



พยาบาลสาร : Nursing Journal

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



วารสารพยาบาลสาร Nursing Journal

ปีที่ 47 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2563 • Volume 47 No.2 April-June 2020 ISSN 0125-5118

ที่ปรึกษา (Consultant)

ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล
Wipada Kunaviktikul, PhD, RN, FAAN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ มีสุขโช
Jutarat Mesukko, PhD, RN

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ
Wichit Srisuphan, DrPH, RN
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์
Pranom Othagnont, RN, M.E.D., Ed.D.
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
Somchit Hanucharurnkul, PhD, RN

อดีตนายกสภาการพยาบาล
Professor
ศาสตราจารย์
Professor
ศาสตราจารย์
Professo

บรรณาธิการ (Editor)

ศาสตราจารย์ ดร. อาวีวรรณ กลั่นกลิ่น
Areewan Klunklin, PhD, RN

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร แสนศิริพันธ์
Nantaporn Sansiriphun, PhD, RN, APN

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.รุตญา ภูไพบูลย์
Rutja Phuphaibul, DNS, RN
ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์
Veena Jirapaet, PhD, RN
ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี ฟองแก้ว
Warunee Fongkaew, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิติ
Aranya Chaowalit, PhD, RN
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
Phechnoi Singchugcha, PhD, RN
ศาสตราจารย์ ดร.ดราวารวรรณ ต๊ะปันทา
Darawan Thapinta, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลศาสตราจารย์
Faculty of Nursing, Mahidol University
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Faculty of Nursing, Songkla University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
Faculty of Nursing, Christian University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Ampornpan Teeranud, PhD, RN	Faculty of Nursing, Khon kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา บุญยะลีพรรณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Suwanna Boonyaleepun, PhD, RN	Faculty of Nursing, Khon kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Kannika Kantaruksa, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร. นัทธมน วุฒานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nuttamon Vuttanon, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช ชูโต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Piyanut Xuto, PhD, RN, APN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Pimpaporn Klunklin, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Wanchai Lertwatthanawilat, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี วรกิจพูนผล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Patcharee Woragidpoonpol, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.อภิรดี นันทศุภวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Apiradee Nantsupawat, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุภธากรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Weeraporn Suthakorn, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพูนมพร ธรรมไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Kwaunpanomporn Thummathai, MSC, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณุช กิตส์มันน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Varanut Kitsumban, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐยานี สุวรรณคฤหาสน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nattaya Suwankruhasn Ph.D, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Benjamas Suksatit, PhD, RN, APN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรินทร์ จรุงโรจน์สกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Waruntorn Jongrungsakul, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา มีชำนาญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chutima Meechamnan, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Piyaporn Prasitwattanaseree, MP.H., RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รตอ.หญิง อมรรักษ์ งามสวย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Amornrat Ngamsuoy	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN	The University of Alabama at Birmingham, School of Nursing, U
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN	University of Washington, Seattle, USA
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA	National Taiwan University Department of Nursing, College of
	Medicine National Taiwan University Hospital, Taiwan
Tonda Hughes, Ph.D, RN, FAAN	University of Illinois at Chicago (UIC), College of Nursing, USA
	Department of Health Systems Science
Shake Ketefian, EdD, RN, FAAN	WMU Bronson School of Nursing, USA
Mari Kondo, Ph.D	Faculty of Nursing, Toho University, Japan

Karry Liu Ming, PhD, RN	School of Health Science Macao Polytechnic Institute, Hong Kong
Pamela H. Mitchell PhD, RN, FAHA, FAAN	Biobehavioral Nursing @ Health Systems, School of Nursing University of Washington, USA
Alan Pearson, PhD, RN, FRCNA, FCN, FAAG, FRCN	The Joanna Briggs Institute School of Translational Health Science Faculty of Health Sciences The University of Adelaide, Australia
Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN	The University of North Carolina at Chapel Hill, School of Nursing, USA
Josefina A. Tuazon, DPH, RN,	College of Nursing, University of Philippines Manilla, The Philippines
Lynda Wilson, PhD, RN, FAAN	School of Nursing The University of Alabama at Birmingham, USA
Nancy Fugate Woods, PhD, RN, FAAN	Biobehavioral Nursing and Health Systems University of Washington Seattle, USA
Hu Yan, PhD, RN	School of Nursing, Fudan University, China

บรรณาธิการการจัดการ (Managing Editor)

อาจารย์ ดร. รุจาธร อินทรตุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Rujadhorn Indratula, PhD, RN,	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ ดร. กาญจนา ธานะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Kanjana Thana, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ วรณิศา สอนกองแดง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Wannita Sonkongdang, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางอนุสรรา ต๊ะพรหม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Anusra Thaprom	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวชลลดา กองสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chonlada Kongsook	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาววิริษา วิกะศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Warisa Wikasillp	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางมารีสา คุปตารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Marisa Guptarak	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นายสุพจน์ เชี่ยวชาญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Supoj Cheiwchan	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวพรชิตา คำมงคล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Pornthida Kummongkol	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับวารสารพยาบาลสาร สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์

วารสารพยาบาลสาร ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นการเผยแพร่ ผลงานวิชาการของนักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา ผู้ที่สนใจในวิชาชีพการพยาบาล และผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการวารสารพยาบาลสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไปโดยพยาบาลสารเปิดรับ บทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง ที่กองบรรณาธิการฯ มีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะตีพิมพ์ในพยาบาลสาร

วัตถุประสงค์และขอบเขต

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของพยาบาล นักวิจัย นักศึกษา และ นักวิชาการในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างบุคลากรที่อยู่ในวงการวิชาชีพการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความวิชาการ (Academic article)
3. บทความพิเศษ

กำหนดการออกวารสารปีละ 5 ฉบับ

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

การพิจารณาบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณา และตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้าน การพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

จริยธรรมของการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Author)

1. บทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และจะต้องแน่ใจว่าผลงาน ดังกล่าวนั้นไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น
2. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ
3. ตรวจสอบการเขียนบทความ ให้ถูกต้องตามรูปแบบตามข้อกำหนดของวารสาร
4. รายชื่อของผู้วิจัยทั้งหมด ที่ปรากฏในบทความวิจัยทุกคนต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยจริง
5. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยจะต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองแล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว
2. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน
3. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้นเป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือ ทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่นผู้ทรงคุณวุฒิต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันทีเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่
4. ต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่กำหนด
5. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. พิจารณาคุณภาพของบทความให้มีความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร
2. ตรวจสอบคุณภาพบทความในทุกกระบวนการประเมินก่อนการเผยแพร่
3. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
4. ไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความที่ผู้วิจัยได้ส่งมายังวารสาร และผลประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ
5. หากตรวจพบว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์ได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำบรรณาธิการมีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้นๆ

ขั้นตอนการประเมินบทความ

การดำเนินการพิจารณาบทความทั้งหมด จะดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของวารสารพยาบาลสาร เป็นไปตามมาตรฐานสากลโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนมีหน้าที่ส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของวารสารพยาบาลสารในเว็บไซต์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: <https://www.tci-thaijo.org>

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบที่ได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจสอบ เนื้อหาของบทความ รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกบทความ (Plagiarism) ความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของวารสารรวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. กองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรตีพิมพ์ จะดำเนินการจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบคุณภาพของบทความ ว่าเหมาะสมที่จะลงตีพิมพ์หรือไม่ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่น ทราบเช่นกัน

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินผลคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วกองบรรณาธิการจะดำเนินการดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ ตอรับการตีพิมพ์ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require) ทางกองบรรณาธิการจะส่งคำแนะนำให้ผู้เขียน แก้ไขบทความ และเมื่อแก้ไขเสร็จแล้วให้ ส่งกลับคืนมายังบรรณาธิการ เพื่อพิจารณาใหม่อีกครั้งโดยอาจส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการแก้ไข หรือ บรรณาธิการตรวจสอบ ด้วยตนเอง ซึ่งหากต้องมีการแก้ไขในรอบที่ 2 จะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข และตรวจสอบผลการแก้ไข จนกว่าจะมีเนื้อหาบทความครบถ้วนสมบูรณ์

5.3 กรณีมีความเห็นให้ ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) กองบรรณาธิการ จะส่งจดหมายแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธ

6. หลังจากกองบรรณาธิการได้ส่งข้อมูลการแก้ไขจากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียนบทความ ให้ผู้เขียนแก้ไขเอกสาร และจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไขระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 และ 2 ทุกข้อตามแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไขของวารสารและส่งกลับกองบรรณาธิการ ภายใน 1 สัปดาห์

การจัดเตรียมต้นฉบับ

ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในพยาบาลสารนี้จะต้องเป็นสมาชิกของพยาบาลสารจึงจะได้รับการตีพิมพ์ และกองบรรณาธิการ ใครขอความร่วมมือท่านผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 3.81 ซม. ขอบขวา 2.54 ซม. และขอบซ้าย 3.81 ซม. รวมอ้างอิงทั้งหมดต้องไม่เกิน 15 หน้า การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน คำสะกดและคำแปลความหมายใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีความจำเป็นในภาษาไทย การใช้ อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน และไม่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐานยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยให้เขียนทับศัพท์โดยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกขอบทความสำหรับวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่ง วิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ e-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) นำดอกจันทิ้งไปต่อคำสำคัญส่วนท้ายกระดาษ

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และการอภิปรายผล โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมเป็นประโยคสมบูรณ์และสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 250 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำสำคัญในแต่ละภาษาให้ใช้คำที่สื่อความหมายกับเนื้อหาของงานวิจัย จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามตัวอักษร

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

การอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ส่วนที่ 3 ส่วนเนื้อหาของบทความวิชาการ

บทนำ (Introduction)

เนื้อหา

บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Cite and References)

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA6) โดยมีหลักเกณฑ์การลงรายการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในรายชื่อเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม

2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา
3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการแล้วให้ระบุคำว่า (In Thai) ไว้ท้ายรายการ
4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 20 รายการ
5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) อย่างเคร่งครัด

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์วารสารฯ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียน ใน ThaiJo ได้บนหน้าเว็บไซต์ของวารสาร

2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอส่งบทความผ่านทางหน้าเว็บไซต์ ThaiJo ของวารสารพยาบาลสาร URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing> กรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.4 สำเนาใบเสร็จสมาชิก วารสารพยาบาลสาร

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เลขที่ 110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

เบอร์ติดต่อ 053-949100

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	1
Knowledge and Practice of Primary Caregivers for Promoting Child's Emotional Intelligence in Child Development Centers	
จันทน์พิมพ์ สารากร Janpim Sarakorn	
จุฑามาศ โชติบง Jutamas Chotibang	
มาลี เอื้ออำนาจ Malee Urhamnuy	
การปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองต่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนด ขณะให้การดูแลประจำวัน	12
Nurses' Practices in Response to Preterm Infant Cues During Daily Care	
ลำดวน การะพิน Lamduan Karapin	
จุฑามาศ โชติบง Jutamas Chotibang	
มาลี เอื้ออำนาจ Malee Urharmnuay	
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย	24
Food Consumption Behaviors, Fruits and Vegetables Among School-aged Children in Chiang Rai Province	
สุกัญญา บัวศรี Sukanya Buasri	
กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์ Kamoltrip Thipsungwan	
อนงค์ สุนทรานนท์ Anong Suntranon	
ปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่	37
Ergonomic Factors and Musculoskeletal Disorders Among Bamboo Handicraft Workers	
อารยา วุฒิกุล Araya Vuttikun	
ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ Chawapornpan Chanprasit	
ธานี แก้วธรรมานุกุล Thanee Kaewthummanukul	
พฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของแรงงานนอกระบบ: เกษตรกรปลูกข้าวโพด	50
Working Behaviors and Lifestyle Among Informal Workers: Corn Farmers	
ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ Chawapornpan Chanprasit	
วรรณธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล Waruntorn Jongrungsakul	
ธานี แก้วธรรมานุกุล Thanee Kaewthummanukul	
รุจาธร อินทรตุล Rujadhorn Indratula	

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยด้านการยศาสตร์และความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ
ในแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า 64

Ergonomic Factors and Prevalence of Musculoskeletal Disorders Among Informal
Garment Workers

ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์	Chawapornpan	Chanprisit
วรินทร์	จรุงโรจน์สกุล	Waruntorn	Jongrungrotsakul
ธานี	แก้วธรรมานุกุล	Thanee	Kaewthummanukul
รุจาธร	อินทรตุล	Rujadhorn	Indratula

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
และการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 75

Effects of a Community Participatory Health Promotion Program on Food
Consumption and Exercise Behaviors Among Overweight Students

ชมนุมพร	ยอดปะนัน	Chumnumporn	Yodpanan
ประพิมพ์	พุทธิรักษ์กุล	Prapim	Buddhirakkul
คิพร	อิงวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต
ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 85

Effects of Self-management Promoting Program on Health Behaviors and Blood
Pressure Level of Persons with Uncontrolled Hypertension

สุพัตรา	สิทธิวัง	Supattra	Sittiwang
คิพร	อิงวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana
เดชา	ทำดี	Decha	Tamdee

การพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน 98
Development of Northern Thai Food Preparation Knowledge Package for Persons
with Diabetes Mellitus

ณริศรา	พสุรวรรณกุล	Narissara	Phasuworawattanakul
วราภรณ์	บุญเชียง	Waraporn	Boonchieng
คิพร	อิงวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana

การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่ เป็นเบาหวาน 111
Development of a Community Participation Caring Model for People with Diabetes Mellitus

จุฑาพงศ์	เดชะสืบ	Jutapong	Teachasub
วราภรณ์	บุญเชียง	Waraporn	Boonchiang
รังสิยา	นารินทร์	Rangsiya	Narin

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล Development of a Nosocomial Infection Surveillance System, Tambon Health Promoting Hospitals	122
นุชจรรย์ ชัยชนันท์ Nutcharee Chaikhan อะเคื้อ อุณหเลขกะ Akeau Unahalekhaka นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล Nongyao Kasatpibal	
ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ Factors Predicting Practices in Prevention of Drug Resistant Organism Transmission Among Registered Nurses in Regional Hospitals	133
ชลธิศ บุญรุ่ม Chonlathit Bunruam อะเคื้อ อุณหเลขกะ Akeau Unahalekhaka วันชัย เลิศวัฒนวิลาส Wanchai Lertwatthanawilat	
ประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร: การทบทวน อย่างเป็นระบบ Effectiveness of Breast Massage on Breast Engorgement Among Lactating Mothers: A Systematic Review	143
กฤษณา ปิงวงศ์ Kridsana Pingwong กรรณิการ์ กันธะรักษา Kannika Kantaruksa นงลักษณ์ เฉลิมสุข Nonglak Chaloumsuk	
ผลของโปรแกรมการสอนบนเว็บต่อสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ของสตรีตั้งครรภ์ Effect of a Web-based Instruction Program on Breastfeeding Self-efficacy Among Pregnant Women	156
จารุพร เพชรอยู่ Jaruporn Phetyoo กรรณิการ์ กันธะรักษา Kannika Kantaruksa นันทพร แสนสิริพันธ์ Nuntaporn Sansiriphun	
ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก Stress, Social Support and Postpartum Depression among First-time Mothers	169
นลินี สิทธิบุญมา Nalinee Sitthiboonma กรรณิการ์ กันธะรักษา Kannika Kantaruksa บ้งอร ศุภวิฑิตพัฒนา Bungorn Supavititpatana	

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะคลอด Factors Related to Anxiety of First-time Fathers During Labour	180
รัชนิวรรณ จารุเลิศพงศ์ Ratchaneewan Charuloedphong นันทพร แสนศิริพันธ์ Nantaporn Sansiriphun ฉวี เบาทรวง Chavee Baosoung	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Factors Related to Fatigue Among Gestational Diabetic Women	191
กัญญาภัก เทียนโชติ Kanyapak Tianchot กรรณิการ์ กัณธรักษา Kannika Kantaruksa นงลักษณ์ เฉลิมสุข Nonglak Chaloumsuk	
ประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น: การทบทวนอย่างเป็นระบบ Effectiveness of Maternal Role Attainment Enhancement Among Adolescent Mothers: A Systematic Review	204
เครือวัลย์ คนอยู่ Kruawan Konyoo กรรณิการ์ กัณธรักษา Kannika Kantaruksa นงลักษณ์ เฉลิมสุข Nonglak Chaloumsuk	
ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดในการคลอดและความพึงพอใจ ของผู้คลอดวัยรุ่น Effects of Foot Reflexology on Labor Pain and Satisfaction among Adolescent Parturients	216
กรรณิการ์ โปร่งเกษม Kannika Prongkasem ปิยะนุช ชูโต Piyanut Xuto นงลักษณ์ เฉลิมสุข Nonglak Chaloumsuk	
ประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา: การทบทวน อย่างเป็นระบบ Effectiveness of Breastfeeding Self-efficacy Enhancement: A Systematic Review	227
ขณุดพร สมใจ Chanuttaporn Somjai กรรณิการ์ กัณธรักษา Kannika Kantaruksa นงลักษณ์ เฉลิมสุข Nonglak Chaloumsuk	

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด Factors Related to Fatigue Among Fathers in Postnatal Period	240
ณัฐยา อ่อนผิว Nuttaya Onpiw นันทพร แสนศิริพันธ์ Nantaporn Sansiriphun ฉวี เปาทรวง Chavee Baosoung	
ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus	251
จริยา นพเคราะห์ Jariya Noppakraw โรจน์ จินตนาวัฒน์ Rojanee Chintanawat ทศพร คำผลศิริ Totsaporn Khampolsiri	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว Factors Related to Health Behaviors Among Persons with Transient Ischemic Attack	262
ณัฐวุฒิ บุญสนธิ Natthawut Bunsonti ประทุม สร้อยงค์ Pratum Soivong จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช Chiraporn Tachaudomdach	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ Factors Related to Readiness for Hospital Discharge Among Older Patients Undergone Coronary Artery Bypass Grafting	274
รุจิรา ถูกใจ Ruchira Thukchai ภารดี นานาศิลป์ Paradee Nanasilp ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ Nattaya Suwankruhasn	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การรักษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่ Effects of Characteristic of a Peer Consulting Contemplative Education Theory Promotion Program in Second Year Nursing Students, Faculty of Nursing, Chiang Rai College.	286
พัชรารวรรณ แก้วกัณฑ์ Patcharawan Kaewkanta วิไลพร นุชสุธรรม Wilaiporn Nuchsutham คอย ละอองอ่อน Khoy La-ongon	

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน Effectiveness of Implementing Cognitive Behavior Therapy Program Among Patients with Alcohol Dependence, Thanyarak Maehongson Hospital กนกวรรณ พวงมาลีประดับ Kanokwan Puangmaleepradab สมบัติ สกุลพรรณ Sombat Skulphan दारवाररณ तीपिनता Darawan Thapinta	297
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท The Effect of Coping Skills Enhancement Program on Psychological distress in Caregivers of Person with Schizophrenia ศิริรนา ยะมะโน Sirithana Yamano รชนีกร อุปเสน Ratchaneekorn Upasen	310
การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐ Head Nurses' Motivating Language and Registered Nurses' Job Performance, Government University Hospitals เบญจวรรณ กันยานะ Benchawan kanyana กุลวดี อภิชาติบุตร Kulwadee Abhicharttibutra บุญพิชชา จิตต์ภักดี Bunpitcha Chitpakdee	320
การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาล ในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ Development of a Competency Framework Among Gastrointestinal Endoscopy Nurses, Ramkhamhaeng Hospital Group, Chiang Mai Province สรญา ศิริวาท Soraya Siriwat กุลวดี อภิชาติบุตร Kulwadee Abhicharttibutra ทรียาพรรณ สุภามณี Treeyaphan Supamanee	333
การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง Nursing Activity Costing Analysis of Cesarean Section Management in a Private Hospital การะเกต ศิริรักษ์ Karakate Keereeruk เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย phechnoy Singchungchai นฤมล ปทุมรักษ์ Narumon Pathumarak	345

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลรุ่นเจนเอเรชั่นวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ Factors Predicting Organizational Citizenship Behaviors Among Generation Y Nurses, Government University Hospitals	356
พจนภัต การะเกตุ Phornnapus Karakate ทริยาพรรณ สุภามณี Treeyaphan Supamanee บุญพิชชา จิตต์ภักดี Bunpitcha Chitpakdee	
การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ Quality Improvement of Nursing Handover, Emergency Room, Uttaradit Hospital	369
พรชนิดา แก้วเปี้ย Pornchanida Kaewpea กุลวดี อภิชาติบุตร Kulwadee Abhicharttibutra อรอนงค์ วิชัยคำ Orn-Anong Wichaikhum	
ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ Activity-Based Costing of Services in Male Surgical Ward, Uttaradit Hospital	381
มาลัยวรรณ ทิพย์ปิ่นวงศ์ Malaiwan Thippinwong ฐิติณัฐ อัคคะเตชอนันต์ Thitinut Akkadechanunt บุญพิชชา จิตต์ภักดี Bunpitcha Chitpakdee	
การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ Quality Improvement of Nursing Handover, Surgical Intensive Care Unit, Uttaradit Hospital	394
ลัดดา มีจันทร์ Ladda Mechan อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul	
การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย Situational Analysis of Risk Management in Female Medical Ward at Hospital in the Northern Region of Thailand	406
กานต์พิชชา จันทร์หงษ์ Kanpicha Chanhong อรอนงค์ วิชัยคำ Orn-Anong Wichaikhum ฐิติณัฐ อัคคะเตชอนันต์ Thitinut Akkadechanunt	

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก **417**

Quality Improvement of Discharge Planning for Patients with Head and Neck
Cancer, Eye Ear Nose and Throat Ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

ฉวีวรรณ	เกตุน้อย	Chaweewan	Ketnoi
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee

การประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก **427**

Applying Lean Thinking to Improve Discharge Process for Sick Newborn Babies,
Pediatric Ward 3, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

พุทธสิริ	เชื้อสกุล	Puthsiri	Chueskul
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt
อรอนงค์	วิชัยคำ**	Orn-Anong	Wichaikhum

การประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก **440**

Applying Lean Thinking to Improve Patient Discharge Process, Female Medical
Ward 1, Buddhachinnaraj Phitsanulok Hospital

ลัดดา	ผลรุ่ง	Ladda	Ponrung
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt
อรอนงค์	วิชัยคำ	Orn-Anong	Wichaikhum

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก **453**

Situational Analysis of Patient Safety Management, Male Surgical Ward,
Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

สำรี	ชมบริสุทธิ์	Samree	Chumburisut
เพชรสุณีย์	ทังเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul
อภิรดี	นันทศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat

ผลของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวคิดแฟนคัสในกระบวนการวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล
Effects of Using a Critically ILL Patients Assessment from According to FANCAS
Concept in Nursing Practicum Course **463**

เยาวลักษณ์	โพธิดารา	Yoawaluk	Pothidara
ธัญญาสิริ	ธันยสวัสดิ์	Thanyasiri	Thanyasawad

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

Emotional Intelligence and Work-related Stress of Nurses in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China **476**

ความฉลาดทางอารมณ์และความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงานของพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งประชาชนต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน

มา	เหวยลี่	Ma	Wei Li
ทรียาพรรณ	สุภามณี	Treeyaphan	Supamanee
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee

Job Crafting and Organizational Commitment of Nurses in Chengdu University Hospitals, the People's Republic of China **486**

การจัดแจงในงานและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

คิน	ฮวง	Qin	Huang
อรอนงค์	วิชัยคำ	Orn-Anong	Wichaikhum
อภิรติ	นันทศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat

ความยุติธรรมในองค์กรและพฤติกรรมการออกสิทธิออกเสียงของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิของต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน **502**

Organizational Justice and Voice Behavior of Nurses in Tertiary Hospitals of Dali, the People's Republic of China

ชูจุน	ซู๋	Shujun	Xu
อรอนงค์	วิชัยคำ	Orn-Anong	Wichaikhum
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra

บทความวิชาการ

การกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนในสังคมไทยยุค 4.0 **514**
Repeated offenses in narcotics cases of juvenile in Thai society 4.0 Era

ศิริลักษณ์	ปัญญา	Siriluck	Panya
เสาวลักษณ์	ทาแจ้ง	Saowaluk	Thajang

บทบรรณาธิการ

พยาบาลสารฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 47 ซึ่งจะตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่หลากหลายประเด็นมากขึ้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งบทความวิชาการ ตัวอย่างเช่น ความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปัจจัยด้านการยศศาสตร์และอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่ ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ประสิทธิภาพของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร: การทบทวนอย่างเป็นระบบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน และบทความวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษได้แก่ Emotional Intelligence and Work-related Stress of Nurses in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China Job Crafting and Organizational Commitment of Nurses in Chengdu University Hospitals, the People's Republic of China Organizational Justice and Voice Behavior of Nurses in Tertiary Hospitals of Dali, the People's Republic of China นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับ ยาเสพติดกับการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนในสังคมไทยยุค 4.0

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความวิจัยและบทความวิชาการจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านทุกท่าน ขอขอบคุณที่ส่งบทความวิจัยมาตีพิมพ์กับพยาบาลสารของเราและทางกองบรรณาธิการจะยังคงมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่องตลอดไป



อาคารเรียนคณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING

คณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING

ความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก เพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก Knowledge and Practice of Primary Caregivers for Promoting Child's Emotional Intelligence in Child Development Centers

จันทิพิมพ์	สารากร *	Janpim	Sarakorn *
จุฑามาศ	โชติบาง **	Jutamas	Chotibang **
มาลี	เอื้ออำนวย **	Malee	Urhamnuay **

บทคัดย่อ

เด็กวัย 3-5 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมสำหรับการได้รับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ จากผู้ดูแลหลัก การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้กับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักของเด็กวัย 3-5 ปี ที่กำลังเข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 10 แห่ง จำนวน 194 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง การปฏิบัติโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก แบ่งเป็นด้านดี ร้อยละ 64.90 ด้านเก่ง ร้อยละ 64.40 และด้านสุข ร้อยละ 76.30 และความรู้กับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .429, p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลหลักและนำไปสู่การปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ที่ดีในระยะยาวและพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

คำสำคัญ: ความรู้และการปฏิบัติ ผู้ดูแลหลัก การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็ก

Abstract

Children, aged 3-5, are ready to engage in activities promoting emotional intelligence from their primary caregivers. The purpose of this descriptive correlational study was to assess primary

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Instructor, Faculty of Nursing Chiang Mai University

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 ธันวาคม 2558 วันที่แก้ไขบทความ 30 พฤษภาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 25 สิงหาคม 2559

caregivers' knowledge and practices for promoting emotional intelligence and to explore the correlation between knowledge and practices among primary caregivers. The participants included 194 primary caregivers of children aged 3-5 years. The data was collected when participants took their child to receive care at the 10 child development center in Chiang Mai. The instruments used for data collection consisted of a knowledge for promoting child's emotional intelligence questionnaire and a promoting child's emotional intelligence practice questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Results revealed that primary caregivers had a high level of knowledge for promoting emotional intelligence. Primary caregivers' promotion of emotional intelligence was also high; 64.90% promoted goodness at a high level, 64.40% promoted courage at a high level, and 76.30% had high levels of promoting happiness. The positive correlation between knowledge and promotion was moderate ($r = .429, p < .001$).

Findings could be used by nurses and persons involved in promoting child's emotional intelligence in child development centers as baseline data for improving knowledge of primary caregivers. This will increase the promotion of children's emotion intelligence among primary caregivers in the context of each area properly and continuously. that will result in the promotion of good emotional intelligence for Thai children in the long term and their development into quality adults in the future.

Keywords: *Knowledge and Practice, Primary Caregiver, Promoting Child's Emotional Intelligence*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถในการรับรู้อารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นสามารถควบคุมจัดการและแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงรู้จักวิธีปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขซึ่งจะทำให้เกิดความสำเร็จในชีวิต (Salovey & Mayer, 1997) สำหรับประเทศไทย มีการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยวัย 3-5 ปี โดยแบ่งองค์ประกอบ เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความพร้อมทางอารมณ์ของเด็กที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือด้านดี 2) ความพร้อมทางอารมณ์ของเด็กที่จะพัฒนาตนเองไปสู่ความสำเร็จหรือด้านเก่ง และ 3) ความพร้อมทางอารมณ์ของเด็กที่ทำให้ตนเองมีความสุขหรือด้านสุข หากเด็กมีครบทั้ง 3 องค์ประกอบ จะทำให้เด็กแสดงคุณลักษณะ

ที่ดี เช่น รู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง มีน้ำใจ รู้ผิดรู้ถูก มีความกระตือรือร้น ปรับตัวได้ดี กล้าพูดกล้าบอก รู้จักพอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ รู้จักความอบอุ่นใจ และสนุกสนานกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Department of mental health, Ministry of health, 2014)

การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ควรเริ่มตั้งแต่ปฐมวัย โดยเฉพาะช่วงวัย 3-5 ปี เนื่องจากโครงสร้างและการทำงานของระบบประสาทและสมองส่วนต่าง ๆ ของเด็กวัยนี้พัฒนาอย่างรวดเร็วเพื่อเตรียมพร้อมต่อการเรียนรู้ของเด็ก (Santrock, 2004) ร่วมกับขอบเลียนแบบพฤติกรรมหรือการแสดงอารมณ์จากผู้ดูแล และเริ่มเชื่อมโยงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่ซับซ้อนได้ และยังไม่สามารถให้เหตุผลกับสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์ (Chanaim, 1997) เริ่มมีความคิดสัมพันธ์กับอารมณ์มากขึ้น แต่ยังคงมีลักษณะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง

(egocentric) หากถูกขัดใจจะแสดงอารมณ์ไม่พอใจ หรือโกรธอย่างชัดเจน (Santrock, 2004) และมักจะเกิดความขัดแย้งระหว่างความเห็นอกเห็นใจ ความก้าวร้าว และความเป็นผู้นำ ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย

ผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นบุคคลที่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดสนิทสนม จึงมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กมากที่สุดซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ปู่ ย่า ตาหรือยายของเด็ก (Sakolwasan, 2007) โดยมีหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก การอบรมสั่งสอน ค่านิยม กระบวนการสื่อสาร รวมถึงการเป็นแบบอย่างให้แก่เด็ก (Piercy & Chapman, 2001) แต่ในสังคมไทยปัจจุบัน บิดามารดามักทำงานนอกบ้าน จึงมีเวลาดูแลเด็กน้อยลงและให้ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้ดูแลเด็กแทน และมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก เช่น การให้ความรักกับเด็กโดยการให้สิ่งของเป็นรางวัล การตีเด็กทุกครั้งที่ทำผิดโดยไม่เปิดโอกาสให้เด็กอธิบายเหตุผล ชอบขู่เด็กว่าจะไม่รักหรือขู่ให้เด็กกลัวสิ่งต่าง ๆ เป็นต้น (The Secretariat of the Council of Education, Ministry of Education, 2007) บางส่วนเคยปล่อยให้เด็กหุบตีเพื่อนโดยไม่สนใจ ไม่เคยเล่านิทานให้เด็กฟังหรือตอบคำถามที่เด็กสงสัย รวมถึงเห็นด้วยว่าควรปล่อยให้เด็กดูแลตัวเองการแสดงกิริยาก้าวร้าวไม่สุภาพจากโทรทัศน์ และไม่เห็นด้วยว่าการวิจารณ์และการต่อว่าหรือลงโทษเด็กที่รุนแรงมีผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม (Changkam, 2007; Khaigaew, 2002) มักเลี้ยงดูเด็กโดยปฏิบัติตามที่เคยปฏิบัติในอดีต แต่เน้นส่งเสริมเพียงพัฒนาการด้านร่างกาย (Suphakun, 2007) รวมทั้งไม่เคยฝึกให้เด็กควบคุมอารมณ์ตนเอง ไม่สอนเรื่องการปรับตัว (Changkam, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยอายุ 3-5 ปี ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีระดับลดลงจากปี พ.ศ. 2545 (Department of mental health, Ministry of health, 2007) และผลสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยอายุ 6-11 ปีใน พ.ศ. 2554 ที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์เฉลี่ยจัดอยู่ระดับต่ำกว่า

เกณฑ์มาตรฐาน ทั้งด้านดี เก่ง และสุข (Department of mental health, Ministry of health, 2011) แสดงให้เห็นว่า เด็กไทยกลุ่มนี้มีแนวโน้มของความฉลาดทางอารมณ์ลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หากเด็กไม่ได้รับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสม อาจมีแนวโน้มที่ลดลงมากยิ่งขึ้น

ผู้ดูแลหลักจึงควรมีแนวทางสำหรับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยวัย 3-5 ปี (Department of mental health, Ministry of health, 2003) ซึ่งแบ่งตามองค์ประกอบเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี โดยการฝึกให้เด็กแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การรู้จักแบ่งปันผู้อื่น การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ใหญ่ มีระเบียบวินัย และการกล่าวคำขอโทษหรือแสดงความรับผิดชอบเมื่อกระทำผิดต่อผู้อื่น 2) การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง โดยการกระตุ้นให้เด็กมีความอยากรู้อยากเห็น การฝึกให้เด็กมีความสนใจในการทำกิจกรรมใหม่ ๆ รู้จักกล้าพูดหรือซักถามสิ่งที่ยากรู้ รู้จักการอดทนรอคอย และรู้จักยอมรับกฎเกณฑ์หรือข้อตกลงต่าง ๆ และ 3) การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข โดยการฝึกให้เด็กแสดงความพอใจในสิ่งของตนเอง และการแสดงความภาคภูมิใจเมื่อได้รับคำชมเชย รู้จักหากิจกรรมหรือของเล่นที่ทำให้สนุก การแสดงอารมณ์สนุกสนานเมื่อทำกิจกรรม การรู้จักเล่นกับเพื่อน และไม่งอแงที่จะทำความรู้จักกับผู้อื่นที่ไม่สนิทสนม โดยแนวทางการปฏิบัตินี้ได้รับการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการเลี้ยงดูเด็กของไทย และปรับให้ครอบคลุมการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติตามได้อย่างเหมาะสม

ผู้ดูแลหลักที่มีการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กที่เหมาะสม ย่อมทำให้เด็กได้รับการพัฒนาทักษะทางอารมณ์ที่ดี ส่งผลให้เด็กกล้าเผชิญหน้ากับปัญหา สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ และช่วยมีผลต่อความสำเร็จด้านการศึกษาของเด็กได้ เนื่องจาก การควบคุมอารมณ์จะทำให้มีสมาธิและพร้อมเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี (Brackett, Rivers, & Salovey,

2011) ในทางตรงข้าม หากเด็กไม่ได้รับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสม มักส่งผลให้เด็กไม่สามารถจัดการหรือควบคุมอารมณ์ของตนเอง ตลอดจนไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และไม่กล้าเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ (Hastings, 2002) รวมถึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น โทก ก้าวร้าว หงุดหงิดใจตนเอง ไม่รู้จักการรอคอย ขี้อาย หรืออาจทำลายสิ่งของและทำร้ายผู้อื่นได้ เป็นต้น (Baker et al., 2003; Konkijakvin, 1999; Lecavalier, Leone, & Wiltz, 2006) สิ่งเหล่านี้ ทำให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้ความรุนแรง ทั้งการใช้ ถ้อยคำที่ไม่สุภาพ การทำร้ายร่างกายผู้อื่น การฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา เป็นต้น (Department of mental health, Ministry of health, 2012) ดังนั้น การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก และจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์นั้นมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลเด็ก เช่น อายุ ระดับการศึกษา บทบาทบิดามารดา และรายได้ครอบครัว แต่ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงโดยการใช้บทบาทของพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี โดยตรง มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งมีลักษณะการส่งเสริมที่คล้ายคลึงกัน พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพของเด็ก โดยเฉพาะพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดังเช่น การศึกษาการปฏิบัติของมารดาชาวมาเลเซียในการส่งเสริมพัฒนาการของทารกกับคุณภาพการปฏิบัติการกระตุ้นพัฒนาการ พบว่า มารดาที่มีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการทารกด้านการมองเห็น การสื่อสารและทักษะ

ทางสังคม ทำให้มารดามีการปฏิบัติการกระตุ้นพัฒนาการทารกที่ดี โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, p < .001$) (Parks & Smeriglio, 1986) และการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กของผู้ดูแล พฤติกรรมการเลี้ยงดู และความเครียดของผู้ดูแลจากการเลี้ยงดู พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กที่สูงจะมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ดี (Belcher, Watkins, Johnson, & Jalongo, 2007) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักในระดับต่ำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .384, p < .001$) (Sakolwasan, 2007) ความรู้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักเกิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก โดยเฉพาะพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติที่จะศึกษานี้ มาสร้างกิจกรรมเพื่อพัฒนาให้ผู้ดูแลหลักเกิดความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติที่ดีได้มากขึ้น

ความรู้เพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี เป็นความรู้ที่เกิดจากความเข้าใจของผู้ดูแลหลักที่ได้รับข้อมูลหรือการเรียนรู้ประสบการณ์ และจดจำเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี (Bellinger, Castro, & Mills, 2004) เมื่อรู้ประโยชน์จากข้อมูลแล้ว จึงนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ให้แก่เด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้ ความรู้ผู้ดูแลหลักจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของเด็ก ได้แก่ พัฒนาการทางสมองและสติปัญญา พัฒนาการด้านจิตใจ-อารมณ์ และพัฒนาการด้านสังคม รวมถึงความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี ตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านตี เก่ง และสุข จะช่วยทำให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจและเกิดการปฏิบัติ

เพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Department of Mental Health, 2014)

ดังนั้นผู้ดูแลหลักที่มีความรู้และการปฏิบัติที่ดีในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก จะช่วยให้เด็กได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องที่บ้านมากขึ้น และทำให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับวัย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลและมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก จึงเห็นความสำคัญและมีความสนใจศึกษาความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อนำข้อมูลวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนำไปวิเคราะห์ปัญหา หรือพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักเกิดความรู้ที่ถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กเป็นอย่างไร

2. การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นอย่างไร

3. ความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ การปฏิบัติ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี โดยกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติเพียงอย่างเดียว แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก ซึ่งพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลหลักเป็นปัจจัยสำคัญต่อการนำไปสู่การปฏิบัติรวมกับการใช้แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กของกรมสุขภาพจิต (Department of mental health, Ministry of health, 2014) ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กและความฉลาดทางอารมณ์ และการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3 ด้าน ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ดังนั้นผู้ดูแลหลักซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเลี้ยงดูให้การสนับสนุนและส่งเสริมเด็กตลอดช่วงเวลาที่เด็กเจริญเติบโตผ่านช่วงวัยต่าง ๆ นั้น เมื่อผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจ โดยอาศัยการได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่ผ่านการเรียนรู้ประสบการณ์ และจดจำสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กที่ผสมผสานกันเป็นองค์ความรู้ที่ถูกต้อง จะสามารถนำความรู้นั้นไปสู่การปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และส่งผลให้เด็กมีคุณลักษณะของความฉลาดทางอารมณ์ที่ดี ซึ่งเป็นสร้างพื้นฐานของลักษณะนิสัยและพฤติกรรมที่ดี สำหรับเตรียมความพร้อมให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรู้ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กวัย 3-5 ปีที่กำลังเข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 10 แห่ง ภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกระทรวงมหาดไทยในเขตจังหวัดเชียงใหม่ โดยคำนวณจากขนาดอิทธิพลและการเปิดตารางกำลังทดสอบ (power analysis) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 194 ราย และแบ่งสัดส่วนตามจำนวนเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี ในแต่ละแห่ง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นบิดามารดา ปู่ย่าตายายของเด็กที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และอาศัยในบ้านเดียวกันกับเด็กและเป็นผู้ที่ดูแลเด็กอย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารและอ่านเขียนภาษาไทยได้และมีความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี ของผู้ดูแลหลัก สร้างขึ้นตามแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (Department of mental health, Ministry of health, 2014) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นแบบสอบถามเลือกคำตอบถูกและผิด มีทั้งหมด 16 ข้อ และแบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี สร้างขึ้นตามแนวทางการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี ของกรมสุขภาพจิต (Department of mental health, Ministry of

health, 2003) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีทั้งหมด 41 ข้อ ทั้ง 2 แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และ .97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และได้รับอนุญาตจากนายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 10 แห่ง โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนความรู้และคะแนนปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี เป็นสถิติบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ร้อยละ 40.70 เป็นเด็กที่มีอายุ 4 ปี ถึง 4 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยมีจำนวนเด็กชายกับเด็กหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.00 เท่ากัน และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 61.90 มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็ก ร้อยละ 64.00 มีอายุระหว่าง 31 ปี ถึง 40 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 36.78 ปี ร้อยละ 78 มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส ร้อยละ 38.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.00 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001 บาท ถึง 10,000 บาท ร้อยละ 47.40 มีความเห็นคิดว่า ตนเองมีรายได้ของครอบครัวเพียงพอแต่ไม่เหลือเงินเก็บ ร้อยละ 51.00 มีจำนวนชั่วโมงโดยเฉลี่ยต่อวันที่ดูแลเด็ก เฉพาะช่วงเวลาเด็กตื่น (เฉลี่ยโดยรวม ทั้งวัน

ราชการและช่วงวันหยุดต่าง ๆ) 8-16 ชั่วโมง ร้อยละ 79.40 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน ร้อยละ 26.80 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.มากที่สุด และร้อยละ 80.90 เคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี โดยในจำนวนนี้ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการศึกษา เช่น ครูผู้ดูแลเด็ก ครูผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00

2. ความรู้ของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี มีระดับคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.50 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 12.74 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน (S.D.= 1.62)

3. การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี โดยรวม อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 74.20 (S.D.=.41) มีคะแนนค่าเฉลี่ย 3.20 จากคะแนนเต็ม 4.00 โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 2.10-3.95 คะแนน การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กด้านดี มีคะแนนเฉลี่ย 3.11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4.00 คะแนน ร้อยละ 64.90 มีการปฏิบัติในระดับมาก (S.D.=.46) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.67-3.93 คะแนน การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กด้านเก่ง มีคะแนนเฉลี่ย 3.13 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4.00 คะแนน ร้อยละ 64.40 มีการปฏิบัติในระดับมาก (S.D.=.48) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.76-4.00 คะแนน และการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กด้านสุข คะแนนเฉลี่ย 3.34 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4.00 คะแนน ร้อยละ 76.30 มีการปฏิบัติในระดับมาก (S.D.=.47) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 2.11-4.00 คะแนน

4. ความรู้ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี ในระดับกลางอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .429$)

การอภิปรายผล

1. ความรู้ของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.50 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง และในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนสูงดังกล่าวนี้ พบว่ามีร้อยละ 80.90 ที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ และร้อยละ 50.00 ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการศึกษา เช่น ครูผู้ดูแลเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมแนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็กมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะข้อมูลพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก โดยแจ้งผลการประเมินพัฒนาการ รวมถึงผลประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กร่วมกับการให้คำแนะนำ จึงอาจทำให้ผู้ดูแลหลักมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กจากทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากยิ่งขึ้น (Sriwongpanich, 2014) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ หากพิจารณาแยกเป็นประเด็นการดูแลในด้านต่าง ๆ ทำให้ทราบว่า แม้ผู้ดูแลหลักในกลุ่มที่ได้คะแนนความรู้ระดับสูงนี้ (ร้อยละ 83.50) พบว่ายังมีผู้ดูแลหลักที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับความรู้ในบางประเด็นอยู่ เช่น ร้อยละ 55.20 ของผู้ที่ได้คะแนนความรู้ระดับสูง เข้าใจว่า ครูผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญมากกว่าบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ ร้อยละ 66.80 ของผู้ที่ได้คะแนนความรู้ระดับสูง เข้าใจว่า การตีหรือดุว่าเมื่อเด็กกระทำความผิดเป็นการลงโทษเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม และ ร้อยละ 60.00 ของผู้ที่ได้คะแนนความรู้ระดับสูง เข้าใจว่า การให้รางวัลเป็นวัตถุหรือสิ่งของแก่เด็กดีกว่าการพูดชมเชยเด็ก จึงทำให้เห็นได้ว่า หากจะพัฒนาความรู้ในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กสำหรับผู้ดูแลหลักอย่างมีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาความรู้ในประเด็นที่มีความเข้าใจผิดดังกล่าวเพิ่มเติม

2. การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริม

ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติ การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี อยู่ในระดับ มากถึงร้อยละ 71.10 ซึ่งโดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งมีการปฏิบัติ การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ เด็กทุกครั้งในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ดูแลหลักที่มีการปฏิบัติทุกครั้งในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็ก เกิดจากการสะสมความรู้ที่ได้รับมาก และเกิดเป็นแรงจูงใจและตระหนักว่าการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เกิดผลดีกับเด็ก (Bellinger, Castro, & Mills, 2004) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ แม้คะแนนการปฏิบัติโดยรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนถึงร้อยละ 26.30 ที่ไม่เคยฝึกให้เด็กเรียกชื่ออารมณ์ของตนเอง ร้อยละ 10.80 ไม่เคยเปิดโอกาสให้เด็กทดลองทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างอิสระ ร้อยละ 6.70 ไม่เคยบอกให้เด็กหยุดร้องแกสตัน และ ร้อยละ 5.20 ไม่เคยเล่านิทานที่เกี่ยวกับความดีให้เด็กฟัง โดยเฉพาะผกลุ่มตัวอย่างไม่เคยเล่านิทานให้เด็กฟัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khaigaew (2002) และ Changkam (2007) ที่พบว่าผู้ดูแลหลักของเด็กบางส่วนไม่เคยเล่านิทานให้เด็กฟัง แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลหลักยังมีการปฏิบัติของส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็ก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .429, p < .001$) เนื่องจากไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปีโดยตรง แต่พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นการศึกษาความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการทารกด้านการมองเห็น การสื่อสารและทักษะทางสังคมของมารดาชาวมาเลเซีย ในการปฏิบัติการกระตุ้นพัฒนาการของทารก ซึ่งพบว่ามี ความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (Parks & Smeriglio,

1986) อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางของการศึกษาครั้งนี้ อาจมีปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กที่แตกต่างกันของผู้ดูแลหลัก เช่น อายุ ระดับการศึกษา บทบาทบิดามารดา และรายได้ครอบครัว ทั้งนี้ ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ อาจมีผลต่อการปฏิบัติร่วมด้วย เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นมารดาของเด็ก คิดเป็นร้อยละ 64.00 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Sittichok and Wichan (1999) ซึ่งศึกษาบทบาทของบิดามารดาในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า บิดาและมารดามีบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.021$) โดยมารดามีคะแนนเฉลี่ยของบทบาทในการดูแลบุตรสูงกว่าบิดาในทุกด้านโดยเฉพาะการดูแลด้านร่างกายและด้านอารมณ์ นอกจากนี้ จากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าผู้ดูแลหลักที่มีคะแนนระดับสูงทั้งความรู้และการปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่ยังมีความรู้และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในบางประเด็น ซึ่งหากให้การสนับสนุนปัจจัยความรู้โดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวร่วมกัน เช่น การออกแบบการจัดกิจกรรมหรือรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลหลักทั้งด้านอายุ ระดับการศึกษา บทบาทและรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างความเข้าใจในทุกประเด็นของการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์อย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กวัย 3-5 ปี ที่ดียิ่งขึ้นได้ เนื่องจากความรู้เกิดจากความเข้าใจของบุคคลที่ได้รับข้อมูลหรือการเรียนรู้ประสบการณ์ และจดจำเรื่องราว นั้นได้ (Bellinger, Castro, & Mills, 2004) และเป็นแรงจูงใจให้นำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติในเรื่องนั้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรมีการประสานความร่วมมือกับผู้ดูแลหลักของเด็ก โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้

คำแนะนำและให้ข้อมูลความรู้หรือจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลหลักที่เฉพาะเจาะจงหรือเพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่ผู้ดูแลหลักเข้าใจผิด เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น ผู้ดูแลหลักมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กมากกว่าครูผู้ดูแล วิธีการลงโทษเด็กที่ไม่จำเป็นต้องใช้ความรุนแรง หรือการให้รางวัลเด็กโดยไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งของ เป็นต้น

1.2 ควรจัดโครงการส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี ให้ครบทุกด้านและเหมาะสมกับปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลหลักและบริบทของครอบครัว เช่น การออกแบบการจัดกิจกรรมหรือรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลหลักทั้งด้านอายุ ระดับการศึกษา บทบาทและรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างความเข้าใจในทุกประเด็นของการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์อย่างถูกต้อง การจัดอบรมเชิงปฏิบัติให้ผู้ดูแลหลักเห็นความสำคัญของการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก มีการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็ก หรือบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบด้านการดูแลเด็กเล็ก เพื่อให้เกิดแนวทางที่เอื้อต่อการส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการเพิ่มเติมเนื้อหาหรือข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กร่วมกับการเชื่อมโยงไปสู่เนื้อหาด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี เช่น สมรรถนะแห่งตน อุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติ เป็นต้น

2. ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก

3. ศึกษาเชิงทดลองโดยการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้และการปฏิบัติเรื่องการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี อย่างถูกต้องเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Pre-school children with and without developmental delay: behavior problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*(45), 217-230.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2011). Emotional intelligence: implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(1), 88-103.
- Belcher, H. M., Watkins, K., Johnson, E., & Ialongo, N. (2007). Early head start: factors associated with caregiver knowledge of child development, parenting behavior, and parenting stress. *HNHD: NHA DIALOG, 10*(1), 6-19.

- Bellinger, G., Castro, D., & Mills, A. (2004). *Data, information, knowledge, and wisdom*. Retrieved from <http://courseweb.lis.illinois.edu/~katewil/spring2011-502/502%20and%20other%20readings/bellinger%20on%20ackoff%20data%20info%20know%20wisdom.pdf>
- Chanaim, S. (1997). *Developmental psychology* (4th ed.). Bangkok: Thai Wattanapanich Printing Company Limited. (In Thai)
- Changkam, C. (2007). *Knowledge, Attitude and Practice of Parents in Promoting Child Development aged 1-3 Years in Warin Chamrap, Ubon Ratchathani Province* (Master's thesis, Sukhothai Thammathirat Open University). (In Thai)
- Department of mental health, Ministry of Public Health. (2003). *Knowledge guide for developing emotional intelligence in children aged 3-11 years for parents / guardians*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/ebook/dl.asp?id=14#>. (In Thai)
- Department of mental health, Ministry of Public Health. (2007). *Intelligence Report of Thai Children for the Year 2007*. Nonthaburi: Department of mental health, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Department of mental health, Ministry of health. (2011). Situation of school age health problems. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Strategy/วิจัยเขียน.pdf> (In Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2012). *Manual for parents to develop their children's EQ. developed by The Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand*. Retrieved from http://www.klb.dmh.go.th/eng/index.php?m=publication&op=detail&research_id=583. (In Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2014). *A guide to developing emotional intelligence for young children for parents* (2nd ed.). Nonthaburi: Printing House, Agricultural Cooperative of Thailand Limited. (In Thai)
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*(3), 149-160.
- Khaigaew, J. (2002). *Perception and Behavior on Promoting Child Development of Households in Rural Community* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Konkijkovin, W. (1999). Study of behavior of preschool children in communities in northern Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 44*(3), 228-238. (In Thai)
- Kuebli, J. (1994). Young children's understanding of everyday emotions. *Young Children, 49*(3), 36-47.
- Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behavior problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(3), 172-183.
- Parks, P. L., & Smeriglio, V. L. (1986). Relationships among parenting knowledge, quality of stimulation in the home and infant development. *Family Relations, 411-416*.

- Piercy, K. W., & Chapman, J. G. (2001). Adopting the Caregiver Role: A Family Legacy. *Family Relations*, 50(4), 386-393.
- Sakolwasan, U. (2007). *Knowledge, self-efficacy, and behaviors in promoting preterm infant development among primary caregivers* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1997). What is emotional intelligence. In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Basic books.
- Santrock, J. W. (2004). *Child Development* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Sittichok, J., & Wichan, N. (1999). The role of parents in caring and promoting preschool child development. *Journal of Health and Environmental Health Promotion*, 22(3). (In Thai)
- Sriwongpanich, N. (2014). *Guidelines for the implementation of preschool child development projects to support the national strategy, fiscal year 2014*. Nonthaburi: Printing House, Agricultural Cooperative of Thailand Limited. (In Thai)
- Suphakun, J. (2007). *Effects of Participatory Learning Process on Families' Knowledge and Behaviors to Promote Emotional Intelligence Among Children Aged 3-5 years* (Independent Study, Master of Nursing, Khon Kaen University). (In Thai)
- The Secretariat of the Council of Education, Ministry of Education. (2007). *Policies and strategies for early childhood development (0-5 years), long term, 2007-2016*. Bangkok: Partnership VTC Communication. (In Thai)



การปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองสื่อสัญญาณทารก เกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวัน

Nurses' Practices in Response to Preterm Infant Cues During Daily Care

ลำดวน	การะพิน *	Lamduan	Karapin *
จุฑามาศ	โชติบาง **	Jutamas	Chotibang **
มาลี	เอื้ออำนวย **	Malee	Urharmnuay **

บทคัดย่อ

ทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกควรได้รับการดูแลตามหลักการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยพยาบาลต้องประเมินสื่อสัญญาณและให้การตอบสนองต่อสื่อสัญญาณที่ประเมินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองสื่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวัน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองสื่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวัน วิเคราะห์หาค่าร้อยละจำแนกตามการปฏิบัติของพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมหลักที่พยาบาลให้การดูแลประจำวันคือ การประเมินสัญญาณชีพและการทำความสะอาดร่างกาย โดยพยาบาลมีการปฏิบัติตอบสนองสื่อสัญญาณที่ทารกเกิดก่อนกำหนดแสดงออกมาได้ชัดเจนในระบบประสาทอัตโนมัติและระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว พยาบาลส่วนใหญ่ตอบสนองโดยหยุดกิจกรรมเมื่อทารกแสดงออกสื่อสัญญาณด้านประสาทอัตโนมัติ/สรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจลดลงหรือเพิ่มขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 88 และ พยาบาลส่วนใหญ่ตอบสนองโดยการห่อตัว จัดทำนอนเมื่อทารกแสดงออกสื่อสัญญาณระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว ได้แก่ เหยียดแขนขาหรือลำตัวมากกว่าปกติ งอแขนขามากกว่าปกติ แอ่นหลัง บิดตัว วางมือปิดหน้า กางนิ้วมือ กำหมัด ไบหน้าเหยเกอยู่ไม่นิ่ง ตื่นกระสับกระส่าย ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการตอบสนองสื่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวัน

คำสำคัญ: การปฏิบัติของพยาบาล การตอบสนองสื่อสัญญาณทารก ทารกเกิดก่อนกำหนด การดูแลประจำวัน

Abstract

Preterm infants admitted to Neonatal Intensive Care Unit should receive appropriate nursing care according to principle of developmental care for preterm infants. Nurses should be able to

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก

* Professional nurse, Naresuan University Hospital, Phitsanulok

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 มีนาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 23 กันยายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 20 ธันวาคม 2559

assess preterm infant cues and respond appropriately nursing activities for infants to console themselves to stability. This study aims to survey practices of nurses in response to preterm infant cues during daily care. A purposive sample was ten nurses working in a Neonatal Intensive Care Unit or Nursery Unit. Instrument was the observation form of nurses' practices in response to preterm infant cues during daily care. Data was analyzed using percentages of the nursing practices.

It was found that two nursing activities providing daily care were taking vital signs such and body cleaning. Nurse responded to the preterm infant cues obviously in two subsystems, autonomic and motor subsystems. Most nurses responded by stopping the nursing activities to infants' physiological cues; changing heart rate and oxygen saturation less than 88 %. Most nurses responded by swaddling and facilitated tucking to motor cues included arms, legs, and body over stretched or flexed; back arched; body twisted; face covered; finger sprayed; fist clenched; grimace; twitched; and fuzzy. The results of this study can be information for enhancing nurse's understanding and concerns regarding response to preterm infant cues during daily care.

Keywords: *Nurses' Practices, Response to Infant Cues, Preterm, Daily Care*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (World Health Organization [WHO], 2012) จากรายงานสถิติของทารกเกิดมีชีพทั้งประเทศ พบว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมในปี พ.ศ. 2553-2557 คิดเป็นร้อยละ 10.3 10.4 10.2 10.7 และ 10.4 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมดตามลำดับ (Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, 2014) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยส่วนใหญ่หรือประมาณ 2 ใน 3 เป็นทารกที่เกิดก่อนกำหนด ถึงแม้ทารกเกิดก่อนกำหนดจะสามารถรอดชีวิตมาได้ ก็ยังพบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนในด้านต่าง ๆ เช่น การหายใจและการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ มีการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย การได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เป็นต้น ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย จากการศึกษาจำนวนครั้งของการจับต้องในหออภิบาลทารกพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดถูกจับต้องเฉลี่ยมากถึง 44 ครั้งในหนึ่งวัน

(Inthapan, 2001) ในขณะที่ค่าความดังของเสียงที่เหมาะสมกับทารกเกิดก่อนกำหนดไม่ควรจะเกิน 45 เดซิเบล เสียงที่ดังจากเสียงสิ่งแวดล้อมรอบตัวทารกในช่วงเวรเช้ามีค่าเฉลี่ยความดังเสียง 79.2 (Nakklinklul, 2003) เสียงเตือนของอุปกรณ์ทางการแพทย์มีระดับความดัง 78-86.1 เดซิเบล และเสียงสนทนาของเจ้าหน้าที่มีระดับความดัง 72-96 เดซิเบล (Plupphol, 2008) แสดงให้เห็นว่าสิ่งแวดล้อมภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีแสงและเสียงต่างจากสิ่งแวดล้อมภายในครรภ์มารดาที่มืดและเงียบสงบ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้

ทารกจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมนอกครรภ์มารดาโดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เรียกว่า สื่อสัญญาณ (infant cues) โดยตามทฤษฎีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง (synactive theory of development) ของ Als (1982) ได้อธิบายถึงการสื่อสารและการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของทารกเกิดก่อนกำหนด ผ่านการทำหน้าที่ของระบบย่อยต่าง ๆ 5 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบประสาทอัตโนมัติ/สรีรวิทยา (autonomic/physiologic subsystem) 2) ระบบการ

ทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว (motor subsystem) 3) ระบบภาวะหลับ-ตื่น (state/organizational subsystem) 4) ระบบท่าที่สนใจและการมีปฏิสัมพันธ์ (attention/interaction subsystem) และ 5) ระบบการปรับตนเองสู่ภาวะสมดุล (self-regulatory subsystem) ซึ่งสัญญาณทารกเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงภาวะของร่างกายทารก ทั้งที่มีภาวะสมดุลและมีความเครียด การกระตุ้นของระบบประสาทสัมผัสมากเกินไปในทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีผลกระทบต่อทารกได้โดยผลกระทบในระยะสั้นจะทำให้ทารกมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นหรือลดลง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็นต้น (Limperopoulos et al., 2008) และผลกระทบต่อทารกในระยะยาวคือ ปัญหาด้านพัฒนาการของพฤติกรรมทางระบบประสาทของทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น ขาดทักษะด้านการพูด ไม่มองสบตาผู้ดูแล มีกล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนปวกเปียก (Gardner & Lubchenco, 1998) ดังนั้นการตอบสนองต่อสัญญาณของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องเหมาะสมจากผู้ดูแลจะก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและทารก ส่งผลต่อการเลี้ยงดูส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของทารกเกิดก่อนกำหนด

การตอบสนองต่อสัญญาณของทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสมตามหลักการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด (developmental care) โดยการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิดเพื่อลดการกระตุ้นที่เป็นอันตรายต่อระบบประสาทส่วนกลางของทารก พบว่าก่อให้เกิดผลดีแก่ทารก โดยพบอัตราการรุนแรงของการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง การมีลมรั่วจากถุงลม และโรคปอดเรื้อรังลดลง ระบบหัวใจและระบบการหายใจทำงานคงที่มากขึ้น (Gardner & Lubchenco, 1998) ระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง จำนวนวันที่ต้องให้นมทางสายยางลดลง (Symington & Pinelli, 2005) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นลง (Altimier, Eichel, Warner, Tedeschi, & Brow, 2004) จากการศึกษา

เกี่ยวกับการจัดชั่วโมงเงียบ พบว่าทารกมีระยะเวลาหลับลึกเพิ่มขึ้น ระยะเวลาหลับตื้นลดลง (Naklinkul, 2003) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามอายุครรภ์มีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้น ปัญหาด้านพัฒนาการและพฤติกรรมของระบบประสาท (neurobehavioral development) ในระยะยาวพบน้อยลง (Rick, 2006) สอดคล้องกับการจัดห้องแบบเดี่ยวภายในหออภิบาลทารกให้แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งมีผลให้พฤติกรรมของระบบประสาทของทารกเมื่อออกจากโรงพยาบาลดีขึ้น (Lester et al., 2010) อีกทั้งยังก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดาและทารก เกิดสัมพันธภาพที่ยาวนาน

ในแต่ละวันทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษายาบาลในหออภิบาลทารกจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลากหลายกิจกรรม ทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามต่อร่างกาย เช่น การเจาะเลือด การใส่สายยางให้อาหาร เป็นต้น เมื่อทารกได้รับการพยาบาลเหล่านี้ก็จะแสดงสัญญาณความเครียด (stress cues) ออกมาให้ทราบได้อย่างชัดเจน เช่น ทารกมีการร้องไห้ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น (Ramsay & Lewis, 2003) แต่หากทารกได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่คุกคามต่อร่างกาย การแสดงสัญญาณของทารกอาจไม่มากเท่ากับกิจกรรมที่คุกคามต่อร่างกาย ทำให้พยาบาลอาจเกิดการเข้าใจว่าทารกไม่มีภาวะเครียด ทั้งนี้จากการศึกษาสัญญาณของทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอาบน้ำ พบว่าทารกมีการแสดงสัญญาณที่ร่างกายมีภาวะเครียด เช่น ผวา สั่น กางนิ้วมือ คว่ำจับ ร้องไห้ เป็นต้น (Liaw, Yang, Yuh, & Yin, 2006) และยังมีการศึกษาที่พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลงไปจากค่าพื้นฐาน มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ และมีสีหน้าแสดงถึงความเจ็บปวด ในขณะที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการดูแลประจำวันคือ การเปลี่ยนผ้าอ้อม การวัดรอบท้อง การวัดอุณหภูมิทางรักแร้ และการทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (Holsti, Grunau, Oberlander, & Whitfield,

2005) รวมทั้งการศึกษาในการสังเกตพฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนดขณะที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้แก่ทารก พบว่าขณะที่ทารกได้รับการเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าอ้อม ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลงไปจากค่าพื้นฐาน ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ หรือลดลงจากค่าพื้นฐานร้อยละ 1-10 เปอร์เซ็นต์ และมีการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ เช่น แขนขาเหยียดหรืองอมากกว่าปกติ ศีรษะและลำตัวเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ (Sirikunsatian, 2013) สอดคล้องกับการศึกษากิจกรรมการพยาบาลประจำวันที่พยาบาลปฏิบัติต่อทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การเช็ดตา การทำความสะอาดภายในช่องปาก การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และการเปลี่ยนผ้าอ้อม พบว่าเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที มีค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ และมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ เช่น กำหมัด งอแขนและขามากกว่าปกติ เป็นต้น (Sengphanit, 2007) จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่คุกคามต่อร่างกาย ก็มีผลต่อความเครียดของทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยเช่นกัน และทารกก็ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงกิจกรรมเหล่านี้ได้เนื่องจากการดูแลประจำวันเพื่อทำความสะอาดร่างกาย ป้องกันการติดเชื้อในทารก

พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับทารกเกิดก่อนกำหนด จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ทารกมีพัฒนาการของสรีรวิทยาและระบบประสาทส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง ภายนอกครรภ์มารดา โดยพยาบาลต้องสามารถประเมินสัญญาณที่ทารกเกิดก่อนกำหนดแสดงออกถึงภาวะที่ร่างกายทารกอยู่ในภาวะสมดุลหรือภาวะเครียด จากนั้นให้การตอบสนองต่อสัญญาณได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ให้การดูแลเพื่อลดความเครียดและสนับสนุนให้ทารกกลับสู่ภาวะสมดุล โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมตามสถานการณ์และอาการของทารก ซึ่งมีวิธีการลดความเครียดของทารก ได้แก่ การโอบกอดทารกด้วยมือ การห่อตัว การทำ

ขอบเขตและการดูจุกหลอก จากนั้นพยาบาลต้องลดสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายต่อทารก โดยการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น การลดแสงโดยการใช้ผ้าคลุมตัว ลดเสียงของโทรศัพท์ เป็นต้น หากพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการแสดงสัญญาณทารก และสามารถประเมินสัญญาณทารกได้ ก็จะสามารถให้การตอบสนองแก่ทารกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามสัญญาณ การศึกษานี้ศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวันโดยใช้แนวคิดทฤษฎีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องของ Als (1986) โดยผู้วิจัยทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของพยาบาลขณะให้การดูแลประจำวันแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการตอบสนองสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง (synactive theory of development) ของ Als (1982) เพื่อศึกษาในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นทารกที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายยังไม่สมบูรณ์โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทรับความรู้สึก เมื่อทารกได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทารกจะแสดงสัญญาณเพื่อบ่งบอกถึงภาวะที่ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลหรือภาวะร่างกายอยู่ในภาวะเครียด การดูแลประจำวันเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อประเมินสัญญาณชีพ และทำความสะอาดร่างกายทารก ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น การประเมินสัญญาณชีพ และการดูแลทำความสะอาดร่างกาย ซึ่งในขณะที่ได้รับกิจกรรม

พยาบาลเหล่านี้ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุหลัง
ปฏิสนธิอยู่ในช่วง 28-36 สัปดาห์ก็มีการแสดงสื่อ
สัญญาณที่แสดงถึงภาวะเครียดออกมา โดยจะพบมาก
และบ่อยใน 2 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติ
และระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว
พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่าง
ใกล้ชิด จึงจำเป็นต้องมีการประเมินสื่อสัญญาณและ
ให้การตอบสนองต่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดอย่าง
ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจ
เกิดในทารกเกิดก่อนกำหนดได้ ส่งผลต่อการดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descrip-
tive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลใน
การตอบสนองต่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุ
ครรภ์หลังปฏิสนธิอยู่ระหว่าง 28-36 สัปดาห์
ขณะให้การดูแลประจําวัน ซึ่งได้รับการรับรองโดยคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และตลอดการดำเนินการวิจัย
ครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ยึดหลักพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วม
การวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการรวบรวมข้อมูลจน
เสร็จสิ้น โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่ม
ตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดย
สมัครใจและยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ในทุกช่วงของ
การวิจัย การบันทึกข้อมูลจะไม่มีภาระระบุชื่อของกลุ่ม
ตัวอย่างโดยจะทำการเป็นรหัสแทนชื่อ ซึ่งข้อมูลทุกอย่างของ
กลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัย
เท่านั้น ไม่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาผลงานใด ๆ ทั้งสิ้น

กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้คือ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด
และหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดในโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ทำการคัดเลือก
กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)
กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลคือปฏิบัติงานเป็นระยะ
เวลา 6 เดือนขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมวิจัย ยกเว้น

หัวหน้าหอผู้ป่วยเนื่องจากภาระงานส่วนใหญ่เป็นงาน
ด้านการบริหาร มีการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย
โดยตรงน้อยและเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถ
เข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขั้นตอน จึงคำนวณเพิ่มขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จากการประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ได้
ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้ง
นี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
และแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนอง
ต่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแล
ประจําวัน โดยสังเกตสัญญาณของทารกเกิดก่อน
กำหนดที่แสดงออกมาใน 2 ระบบ คือ ระบบประสาท
อัตโนมัติ และระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและ
การเคลื่อนไหว ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม
และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหา โดยนำแบบบันทึกการสังเกตไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity Index: CVI) ของแบบสังเกตการปฏิบัติของ
พยาบาลในการตอบสนองต่อสัญญาณทารกเกิดก่อน
กำหนด มีค่าเท่ากับ .968 การตรวจสอบความเชื่อมั่น
การสังเกตของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยทำการสังเกต
การปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 10 เหตุการณ์ต่อ 1 กิจกรรม ทำการสังเกต
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกัน และทำการบันทึกอย่างเป็น
อิสระต่อกัน จากนั้นจะนำผลการบันทึกจากการสังเกต
ที่ได้มาเปรียบเทียบ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นการ
สังเกต (interrater reliability) มีค่าเท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็น
ผู้สังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองต่อ
สัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจําวัน
โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการ
15 สัปดาห์ ในสัปดาห์แรกสังเกตโดยไม่มีการบันทึก
ข้อมูล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความคุ้นเคยกับการ

ที่ผู้วิจัยร่วมปฏิบัติงาน สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดกิจกรรม จึงบันทึกผลในแบบการสังเกต โดยในหนึ่งสัปดาห์ทำการสังเกต 7 วัน ในกรณีที่มีพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมพร้อมกัน ผู้วิจัยทำการสุ่มการปฏิบัติของพยาบาล ซึ่งพยาบาลแต่ละคนถูกสังเกตซ้ำได้หลายครั้ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองต่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวัน นำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละตามการปฏิบัติของพยาบาล

ผลการวิจัย

การปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองต่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวัน ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จำนวน 10 คน พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี ร้อยละ 60 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และร้อยละ 40 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางระยะสั้นเกี่ยวกับทารกแรกเกิดมากกว่าครึ่ง พยาบาลร้อยละ 40 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน-2 ปี ส่วนทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง และมีน้ำหนักตัววันที่ทำการศึกษา ตั้งแต่ 1,000-2,000 กรัม มากกว่าครึ่ง มีอายุหลังปฏิสนธิโดยวิธีบาร์ลาร์ด (Ballard score) เมื่อแรกเกิด และอายุจริงหลังเกิดวันที่ทำการศึกษา 30.1-33 สัปดาห์ และร้อยละ 60 มีระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและวิกฤต 6-10 วัน

ตารางที่ 1 จำนวนครั้งที่ทารกเกิดก่อนกำหนดแสดงสัญญาณจากจำนวนครั้งที่สังเกต 110 ครั้ง

สัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนด	จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์กิจกรรม						
	วัดอุณหภูมิ	วัดความดันโลหิต	เช็ดตา	เช็ดสะดือ	เช็ดตัว	เปลี่ยนผ้าอ้อม	เช็ดในช่องปาก
อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น	24	12	22	22	10	16	8
อัตราการเต้นของหัวใจลดลง	0	6	6	9	4	2	1
ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง < 88%	8	15	6	6	3	10	2
หายใจเหนื่อยขึ้น	6	6	0	4	2	2	1
ปิดตัว	8	3	8	6	4	6	11
หาว	4	9	6	0	0	0	0
วางมือปิดหน้า	8	2	0	0	0	4	2
ดูดและทำท่าดูด	5	5	4	6	0	0	11
เอามือเข้าปาก	2	4	0	0	0	4	0
แอ่นหลัง	2	0	3	4	3	9	12

สื่อสัญญาณ ทารกเกิดก่อนกำหนด	จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์กิจกรรม						
	วัด อุณหภูมิ	วัดความ ดันโลหิต	เช็ด ตา	เช็ด สะดือ	เช็ดตัว	เปลี่ยน ผ้าอ้อม	เช็ด ในช่อง ปาก
เท้าก่ายกัน	2	0	2	0	3	0	5
แขนขาหรือลำตัวเหยียด มากกว่าปกติ	0	6	0	6	4	4	7
งอแขนขามาก	0	7	0	3	0	7	6
กางนิ้วมือ	0	2	0	0	2	4	1
เอามือวางทับกัน	0	2	0	0	0	0	4
เอามือเข้าปาก	0	4	0	4	0	0	10
กำหมัด	0	0	25	0	10	5	5
อยู่ไม่นิ่ง ดิ้นกระสับกระส่าย	0	0	13	0	0	4	10
สะอึก	0	0	8	5	6	7	5
จาม	0	0	7	12	7	6	3
อยู่ไม่นิ่ง ดิ้นกระสับกระส่าย	0	0	0	12	24	0	0
ใบหน้าเหยเก	0	0	0	11	24	17	3
งอแขนขาเข้าหากึ่งกลางลำตัว	0	0	0	0	0	0	3

ตารางที่ 2 การปฏิบัติของพยาบาลส่วนใหญ่ที่ตอบสนองต่อสื่อสัญญาณที่ทารกแสดงออกในขณะที่ทำกิจกรรม

การปฏิบัติ	สื่อสัญญาณที่ทารกแสดงออกในกิจกรรม
หยุดกิจกรรม	อัตราการเต้นของหัวใจลดลงขณะวัดความดันโลหิต เช็ดตัวและเช็ดสะดือ เปลี่ยนผ้าอ้อม ทำความสะอาดช่องปาก ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง ขณะวัดอุณหภูมิ เช็ดตัว และสะดือ เช็ดปาก และหายใจเหนื่อยขึ้นขณะวัดอุณหภูมิ เช็ดตัวและเช็ดสะดือ เปลี่ยนผ้า อ้อม เช็ดปาก และแอนหลังในขณะที่เช็ดตัว
ห่อตัว	อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นขณะทำความสะอาดช่องปากและหายใจเหนื่อยขึ้นในขณะที่ เปลี่ยนผ้าอ้อม หาวขณะวัดอุณหภูมิและวัดความดันโลหิต ใบหน้าเหยเกขณะเช็ดตัว จามขณะเช็ดตัวหรือ เปลี่ยนผ้าอ้อม สะอึกขณะเช็ดตัวหรือเช็ดปาก ดูดและทำท่าดูดขณะวัดอุณหภูมิ แอนหลังขณะวัดอุณหภูมิและเช็ดตัว กางนิ้วมือในขณะที่วัดความดันโลหิต อยู่ไม่นิ่ง ดิ้นกระสับกระส่ายขณะเช็ดสะดือ เช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าอ้อม

การปฏิบัติ	สื่อสัญญาณที่ทารกแสดงออกในกิจกรรม
จัดท่านอน	<p>วางมือปิดหน้าขณะวัดความดันโลหิต กางนิ้วมือ กำหมัดขณะเช็ดตัวหรือเช็ดปาก เพื่ากำบังหน้าขณะวัดอุณหภูมิ ปิดตัวขณะวัดอุณหภูมิ เช็ดตัวหรือเช็ดปาก</p> <p>งอแขนขาเข้าหากึ่งกลางลำตัวขณะวัดอุณหภูมิ งอแขนขามากขณะเช็ดสะดือ เช็ดตัว และเปลี่ยนผ้าอ้อม เขามือวางทับกันในขณะวัดความดันโลหิต</p> <p>อัตราการเต้นของหัวใจลดลงขณะเช็ดตา แต่อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นขณะเช็ดสะดือ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง < 88% ขณะเช็ดตา เปลี่ยนผ้าอ้อมและหายใจเหนื่อยขึ้นขณะวัดความดันโลหิต</p> <p>ดูและทำท่าดูขณะวัดอุณหภูมิ สะอึกขณะเช็ดสะดือ เปลี่ยนผ้าอ้อม จามขณะ ทำความสะอาดช่องปาก ใบหน้าเหยขณะทำความสะอาดช่องปาก</p> <p>เขามือวางทับกันขณะวัดความดันโลหิต ทำความสะอาดช่องปาก เพื่ากำบังหน้าขณะเช็ดตัว ทำความสะอาดช่องปาก</p> <p>แขนขาหรือลำตัวเหยียดมากกว่าปกติในขณะวัดความดันโลหิต เช็ดสะดือ ทำความสะอาดช่องปาก ปิดตัวในขณะวัดความดันโลหิต เช็ดตา เช็ดสะดือ งอแขนขามากในขณะวัดความดันโลหิต ทำความสะอาดช่องปาก กางนิ้วมือในขณะวัดความดันโลหิต เปลี่ยนผ้าอ้อม ทำความสะอาดช่องปาก</p> <p>แอนหลังขณะเช็ดตาเช็ดสะดือ อยู่ไม่นิ่ง ดิ้นกระสับกระส่าย ทำความสะอาดช่องปาก</p>
ให้จุกนมหลอก	<p>เขามือเข้าปาก ดูและทำท่าดูขณะวัดอุณหภูมิ วัดความดันโลหิต เช็ดตา เปลี่ยนผ้าอ้อม และทำความสะอาดช่องปาก</p>
จัดสิ่งแวดล้อม	<p>มือวางปิดหน้าขณะทำความสะอาดช่องปาก</p>
โอบด้วยมือ	<p>หาวในขณะวัดอุณหภูมิและงอแขนขามากในขณะเช็ดตัว</p>
สัมผัสอย่างนุ่มนวล	<p>อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นในขณะวัดอุณหภูมิและกางนิ้วมือในขณะเช็ดตัว</p>
พูดคุยกับทารก	<p>ใบหน้าเหยขณะเช็ดสะดือ</p>

การสังเกตทั้งหมดจำนวน 110 ครั้ง พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดมีการแสดงสื่อสัญญาณที่หลากหลาย โดยในทุกกิจกรรมทั้งการปฏิบัติของพยาบาลในการวัดสัญญาณชีพและการปฏิบัติของพยาบาลในการทำความสะอาดร่างกายจะมีการตอบสนองโดยอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง น้อยกว่า 88% และบิตตัว (ตารางที่ 1) การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อตอบสนองสื่อสัญญาณมีอยู่หลายแบบ ได้แก่ การหยุดกิจกรรม การห่อตัว การจัด

ท่านอน ให้จุกหลอก จัดสิ่งแวดล้อม โอบด้วยมือ สัมผัสอย่างนุ่มนวล พูดคุยกับทารกทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสื่อสัญญาณและประเภทของกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งเป็นการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อตอบสนองสื่อสัญญาณที่พบในการปฏิบัติของพยาบาลส่วนใหญ่หรือร้อยละ 50 ขึ้นไป พยาบาลส่วนใหญ่จะหยุดกิจกรรมหากพบว่าทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจลดลงซึ่งพบในขณะวัดความดันโลหิต เช็ดตัวและเช็ดสะดือ เปลี่ยนผ้าอ้อม ทำความสะอาดช่องปาก เมื่อความอึดตัวของออกซิเจน

ในเลือดลดลงน้อยกว่า 88 ซึ่งเกิดขึ้นขณะวัดอุณหภูมิ
เช็ดตัวและเช็ดสะดือ ทำความสะอาดช่องปาก และ
หายใจเหนื่อยขึ้น มีปิกจมูกบานและมี retraction
มากขึ้น ขณะวัดอุณหภูมิ เช็ดตัวและเช็ดสะดือ
เปลี่ยนผ้าอ้อม ทำความสะอาดช่องปาก พบว่าพยาบาล
ส่วนใหญ่ให้จุกหลอกเมื่อทำท่าดูด

การอภิปรายผล

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีการแสดงสื่อสัญญาณขณะ
ที่ได้รับการดูแลประจําวัน ในกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม
คือ การปฏิบัติของพยาบาลในการวัดสัญญาณชีพ ซึ่งใน
การศึกษานี้สังเกตการปฏิบัติในการตอบสนองสื่อสัญญาณ
ในขณะการวัดอุณหภูมิและการวัดความดันโลหิต มีผล
ให้ทารกแสดงสื่อสัญญาณในระบบประสาทอัตโนมัติ/
สรีรวิทยา 5 แบบ คือ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น
ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง < 88% หายใจ
เหนื่อยขึ้น เช่น ปิกจมูกบาน มี retraction มากขึ้น หาว
และอัตราการเต้นของหัวใจลดลง และทารกแสดงสื่อ
สัญญาณในระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและ
การเคลื่อนไหวที่ทารกแสดงออกมามี 11 แบบ คือ
แขนขาหรือลำตัวเหยียดมากกว่าปกติ งอแขนขา
มากกว่าปกติ แอ่นหลัง ปิดตัว แขนเหมือนอยู่ในท่า
ป้องกันตัวหรือวางมือปิดหน้า กางนิ้วมือ ใบหน้าเหยเก
อยู่ไม่นิ่ง ดิ้น กระสับกระส่าย เอามือวางทับกัน
เอามือเข้าปาก ดูดและทำท่าดูด และทำก่ายกัน

การปฏิบัติของพยาบาลในการทำความสะอาด
ร่างกาย ประกอบด้วย การเช็ดตา การเช็ดสะดือ
ทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนผ้าอ้อม และการ
ทำความสะอาดช่องปาก ทารกได้แสดงสื่อสัญญาณใน
ระบบประสาทอัตโนมัติ/สรีรวิทยาทั้งหมด 7 แบบ ได้แก่
อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ
เพิ่มขึ้น ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง < 88%
หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น เช่น ปิกจมูกบาน มี retraction
มากขึ้น สะอึก จาม และหาว นอกจากนี้ทารกยัง
แสดงสื่อสัญญาณในระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและ
การเคลื่อนไหว 14 แบบ คือ แขนขาหรือลำตัวเหยียด

มากกว่าปกติ งอแขนขามากกว่าปกติ แอ่นหลัง ปิดตัว
แขนเหมือนอยู่ในท่าป้องกันตัวหรือวางมือปิดหน้า
กางนิ้วมือ กำหมัด ใบหน้าเหยเก อยู่ไม่นิ่ง ดิ้น
กระสับกระส่าย เอามือวางทับกัน เอามือเข้าปาก
ดูดและทำท่าดูด ทำก่ายกัน และงอแขนขาเข้าหา
กึ่งกลางลำตัว ทั้งนี้การประเมินสัญญาณชีพ โดยการวัด
อุณหภูมิและการวัดความดันโลหิต เป็นการสัมผัสทารก
ทำให้ทารกมีการแสดงสื่อสัญญาณความเครียด ได้แก่
อัตราการเต้นของหัวใจลดลงต่ำกว่า 120 ครั้งต่อนาที
หรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที และค่าความ
อึดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลงต่ำกว่า 90 เปอร์เซ็นต์
รวมทั้งมีการส่ายหน้าหรือขยับลำตัว กางนิ้วมือ
แขนหรือขาอยู่ในท่าเหยียด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนอง
ต่อความเครียด (Sirikunsatian, 2013) การทำความสะอาด
สะอาดร่างกาย โดยการเช็ดตา การเช็ดสะดือ การเช็ดตัว
การเปลี่ยนผ้าอ้อม และการทำความสะอาดช่องปาก
เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมี
การเคลื่อนไหวของร่างกายเพิ่มมากขึ้น จึงมีการใช้
ออกซิเจนเพิ่มขึ้นทำให้ค่าความอึดตัวของออกซิเจน
ในเลือดลดลง (Herlihy & Maebius, 2003) ซึ่งเป็น
การแสดงสื่อสัญญาณความเครียดออกมามาทางการ
เคลื่อนไหวท่าทาง ขณะที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับ
การอาบน้ำ จะมีอาการใบหน้าเหยเก กำหมัด แลปลิ้น
แขนขาอยู่ในท่าป้องกันตัวหรือวางปิดหน้า (Sengphanit,
2007) เมื่อถูกกระตุ้นร่างกายทารกจะส่งกระแสประสาท
จากบริเวณผิวหนังที่ถูกจับต้อง และส่งไปยังไขสันหลัง
ผ่านสมองส่วนคอร์เท็กซ์ ที่ทำหน้าที่แปลสัญญาณจาก
กระแสประสาทเป็นความเครียด โดยทำให้เกิดปฏิกิริยา
ตอบสนองต่อความเครียด โดยไปกระตุ้นการทำงานของ
ของซิมพาเทติกให้หลั่งสารอิพิเนฟริน จนทำให้เกิด
การเปลี่ยนแปลง เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น
หรือลดลง (Ballweg, 2007; Holsti, Grunau,
Oberlander, & Whitfield, 2005)

การปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองสื่อ
สัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจํา
วันในทั้ง 2 กิจกรรม อธิบายได้ว่าพยาบาลส่วนมาก

ให้การตอบสนองต่อสัญญาณที่ทารกแสดงออกมาอย่างชัดเจน คือสัญญาณที่ตอบสนองของระบบอัตโนมัติ/สรีรวิทยา พยาบาลตอบสนองโดยการหยุดกิจกรรม หรือสัมผัสอย่างนุ่มนวล อัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง เมื่อทารกความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลงน้อยกว่า 88% พยาบาลเกือบทั้งหมดหยุดกิจกรรมและหากทารกหายใจเหนื่อยขึ้น เช่น ปีกจมูกบาน มี retraction มากขึ้น พยาบาลหยุดกิจกรรมหรือจัดท่านอนให้กับทารก นอกจากนี้ทารกยังแสดงสัญญาณในระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว คือมีใบหน้าเหยง อยู่ไม่นิ่ง ตื่น กระสับกระส่าย งอแขนขา มากกว่าปกติ แขนขาหรือลำตัวเหยียดมากกว่าปกติ บิดตัว กางนิ้วมือ และยกแขนเหมือนอยู่ในท่าป้องกันตัวหรือวางมือปิดหน้า พยาบาลส่วนใหญ่จัดท่านอน หรือห่อตัวทารกเมื่อทารกดูดและทำท่าดูด หรือเอามือเข้าปาก พยาบาลเกือบทั้งหมดให้จุกนมหลอกแก่ทารก

การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ทารกกลับสู่ภาวะสมดุล ภายหลังจากเกิดความเครียดเมื่อทารกถูกกระตุ้นประสาทสัมผัส จากการถูกจับขณะได้รับการพยาบาลประจำวัน ทารกจะพยายามปกป้องตนเองให้กลับเข้าสู่ภาวะสมดุล (Holditch-Davis & Blackburn, 2007) ภายหลังจากให้การพยาบาล ควรให้ทารกมีระยะพัก 3-5 นาที เพื่อให้ทารกกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล (Sirikunsatian, 2013) ดังนั้นขณะที่ให้การดูแล

ประจำวัน พยาบาลต้องสังเกตสัญญาณทารกเกิดก่อนและปฏิบัติการตอบสนองสัญญาณให้เหมาะสมตามที่ทารกแสดงออกมา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองสัญญาณทารกเกิดก่อน กำหนดขณะให้การดูแลประจำวันนี้ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการตอบสนองสัญญาณทารกแรกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลประจำวัน รวมทั้งเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนด และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาที่เพิ่มกลุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เห็นการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนดขณะได้รับการดูแลประจำวัน ได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
2. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการตอบสนองสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of developmental: Promise for the assessment and support infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229–243.
- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 6(3-4), 3-53.
- Altimier, L. B., Eichel, M., Warner, B., Tedeschi, L., & Brow, B. (2004). Developmental care: Changing the NICU physically and behaviorally to promote patient outcomes and contain costs. *Neonatal Intensive Care*, 17(2), 35–39.

- Ballweg, D. (2007). Neonatal and pediatric pain management: standards and application. *Pediatric and Child Health, 17*, S61-S66.
- Blackburn, S. T. (2007). *Maternal, fetal, & neonatal physiology: a clinical perspective* (3rd ed.): St. Louis Missouri: Saunders Elsevier.
- Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary. (2014). *Number and Fertility Rate per 1,000 Female, by Age Group of Mother, 2006-2010*, Retrieved from http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic53/2.1.2_53.pdf (In Thai)
- Epstein, E. (2005). Toward anew conceptualization for stress response in newborn infants. *Newborn and Infant Nursing Review, 5*(2), 97-103.
- Gardner, S. L., & Lubchenco, L. O. (1998). The neonate and the environment: Impact on development. In G. B. Merenstein & S. L. Gardner (Eds.), *Handbook of neonatal intensive care* (pp. 211-212). St. Louis: Mosby.
- Herlihy, B., & Maebius, N. K. (2003). *The human body in health and illness* (2nd ed.). Louis: Saunders.
- Holditch-Davis, D., Blackburn, S. Y., & Vanderberg, K. (2003). Newborn and infant neurobehavioral development. In C. Kenner & J. W. Lott (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing* (3rd ed., pp. 236-278). Philadelphia: Saunders.
- Holditch-Davis, D., & Blanckburn, S. T. (2007). Neurobehavioral development. In C. Kenner & J. W. Lott (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing* (4th ed., pp. 448-479). St. Louis: Saunders.
- Holsti, L., Grunau, R. E., Oberlander, T. F., & Whitfield, M. F. (2005). Prior pain induces heightened motor responses during clustered care in preterm infants in the NICU. *Early Hum Dev, 8*(3), 293-302.
- Inthapan, J. (2001). *Handing Received by Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Lester, B. M., Miller, R. J., Hawes, K., Salisbury, A., Bigsby, R., Sullivan, M. C., & Padbury, J. F. (2010). Infant Neurobehavioral Development. *Seminars in Perinatology, 35*, 8-19.
- Liaw, J. J., Yang, L., Yuh, Y. S., & Yin, T. (2006). Effects of tub bathing procedures on preterm infants' behavior. *Journal of Nursing Research, 14*(4), 297-304.
- Limperopoulos, C., Gauvreau, K. K., O'Leary, H., Moore, M., Bassan, H., Eichenwald, E. C., ... Plessis, A. J. (2008). Cerebral hemodynamic changed during intensive care of preterm infants. *Pediatrics, 122*(5), 1006-1013.
- Nakklinkul, P. (2003). *Effect of quiet hour provision on sleep period of premature infants*. (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Plupphol, W. (2008). *Effects of noise reduction cap usage on stress responses of premature infants in the neonatal in tensive care unit* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)

- Ramsay, D., & Lewis, M. (2003). Reactivity and regulation in cortisol and behavioral to stress. *Child Development, 74*(2), 456–464.
- Rick, S. L. (2006). Developmental care on newborn intensive care unit: Nurse's experiences and neurodevelopmental, behavioral, and parenting outcome. A critical review of the literature. *Journal of Neonatal Nursing, 12*, 56-61.
- Sengphanit, T. (2007). *Stress Signals of Premature Infants Receiving Non-Invasive Care*. (Master's thesis, Chiangmai University). (In thai)
- Sirikunsatian, V. (2013). Pattern of stress responses among preterm infants while receiving daily nursing care: *Nursing Journal, 40*(1), 127-139. (In Thai)
- Solhaug, M., Bjork, I. T., & Sandtro, H. P. (2012). Staff perception one year after implementation of the newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP). *Journal of Pediatric Nursing, 25*(2), 89-97.
- Smith, J. R. (2012), Comforting touch in the very preterm hospitalized infant: an integrative review. *Advances in Neonatal, 12*(6), 349–365.
- Symington, A., & Pinelli, J. (2005). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Library: Cochrane Reviews, 2*.
- Traut, W. R., Wink, T., Minehart, T., & Davis, D. H. (2012). Frequency of premature infant engagement and disengagement behaviors during two maternally administered intervention. *Newborn & Infant Nursing Reviews, 12*(3), 124–131.
- World Health Organization. (2012). *15 Million babies born too soon*. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/en/



พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย Food Consumption Behaviors, Fruits and Vegetables Among School-aged Children in Chiang Rai Province

สุกัญญา	บัวศรี *	Sukanya	Buasri *
กมลทิพย์	ทิพย์สังวาลย์ **	Kamoltrip	Thipsungwan **
อนงค์	สุนทรานนท์ *	Anong	Suntranon *

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การรับประทานผักและผลไม้อย่างเพียงพอ และการเข้าถึงแหล่งอาหารเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะโภชนาการ และสุขภาพที่ดีของเด็กวัยเรียน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์สำรวจการเข้าถึงแหล่งอาหารและศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในสังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 1,467 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานผักและผลไม้วัดความถี่อาหารบริโภคกึ่งปริมาณ (Semi-food frequency questionnaire, semi-FFQ) ค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.1 อยู่นอกเขตเทศบาล แหล่งจำหน่ายอาหารที่เข้าถึงได้ง่ายมากที่สุดคือ ร้านค้าในชุมชน และแหล่งที่มาของอาหารมื้อหลัก คือ ตลาดสด

2. นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในปริมาณและปริมาณมาก ดังนี้ อาหารที่มีน้ำตาลสูง ได้แก่ ขนมหวาน ทำจากไข่แดง ร้อยละ 16.0 และ เครื่องดื่มรสหวานขงชาย ร้อยละ 14.2 อาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ร้อยละ 45.9 และเนื้อสัตว์แปรรูป ร้อยละ 40.1 อาหารที่มีไขมันสูง ได้แก่ ไข่ดาว ร้อยละ 51.0 ไข่เจียว ร้อยละ 50.1 และ หมูทอด เนื้อทอด ปลาทอด ร้อยละ 49.6 อาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง ได้แก่ ไอศกรีมกะทิหรือไอศกรีมนม ร้อยละ 38.6 อาหารที่มีไขมัน น้ำตาลและโซเดียมสูง ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 60.4 และอาหารฟาสต์ฟู้ด ร้อยละ 12.8

3. การรับประทานผักและผลไม้พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมรับประทานในปริมาณและปริมาณมาก ได้แก่ ผักใบปรุงสุกมากที่สุด ร้อยละ 34.0 รองลงมาเป็นผักใช้ผล หั้ว ราก เช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ร้อยละ 26.8 และผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุกน้อยที่สุด ร้อยละ 10.9 ผลไม้ตามฤดูกาล เช่น เงาะ มังคุด ส้มเขียวหวาน ร้อยละ 28.7 และผลไม้ท้องถิ่น เช่น มะละกอ กล้วยน้ำว่า กล้วยหอม ร้อยละ 23.4

ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนพัฒนานโยบาย และโครงการต่าง ๆ เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์และให้เกิดสุขภาพที่ดีของเด็กวัยเรียนต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าถึงแหล่งอาหาร, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การกินผักและผลไม้, เด็กวัยเรียน

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai Collage, sukanya.buasri@crc.ac.th

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

** Instructor, Faculty of Nursing, Nation University, Thip13@gmail.com

วันที่รับบทความ 22 ตุลาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 4 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 20 สิงหาคม 2562

Abstract

Appropriate food consumption behaviors, eating enough fruits and vegetables, and access to food sources are important factors to nutritional status and well-being of school-age children. This research aimed to explore food sources and eating vegetables and fruits of school-age children in Chiang Rai Province. The samples were 1,467 students under Chiang Rai Provincial Primary Education Office. They studied in 1st semester academic year 2018. Stratified random sampling was used to collect data. Data were collected by a food consumption behavior, eating vegetable and fruit tool (semi-Food Frequency Questionnaire; semi-FFQ). The reliability of the instruments was .96. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. 54.1 percent of the samples were outside the municipality. Food sources that were most easily accessible were community stores. Additionally, the sources of main food were markets.

2. Students had food consumption behaviors in high frequencies and quantities as follows: High-sugar foods such as desserts that made from egg yolks as 16.0% and sweet-brewed beverages as 14.2%. High-sodium foods were instant noodles as 45.9% and processed meat as 40.1%. High-fat foods were fried eggs as 51.0%, omelets as 50.1%, and fried porks, fried meats and fried fishes 49.6%. High fat and sugar were coconut milk or milk ice creams 38.6%. High fat, sugar and sodium foods were crunchy snacks 60.4% and fast foods 12.8%.

3. Eating vegetables and fruits found that students had eating behaviors in high frequencies and quantities as follows: The most were cooked vegetables 34.0%. The followings were vegetables used with fruits, tubers, and roots such as tomatoes, carrots and pumpkins 26.8%. Seasonal fruits such as rambutans, mangosteens, and oranges were 28.7%, and local fruits such as papayas and bananas were 23.4%.

The results of this study will be important information in planning and developing policies and various projects for students in order to have nutritional status according to the criteria and continue to achieve well-being.

Keywords: *Access to Food Source, Food Consumption Behavior, Eating Vegetables and Fruits, School-aged Children*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโภชนาการของเด็กเป็นตัวสะท้อนสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยเรียนซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอจะส่งผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย การได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจะทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่เหมาะสมตามวัย (Unicef, 2006)

จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในปี พ.ศ. 2544 พบว่าเด็กไทยมีสัดส่วนการเจริญเติบโตที่ไม่ได้มาตรฐานถึง 1.2 ล้านคน โดยจำแนกเป็นน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 223,288 คน และเตี้ยจำนวน 258,149 คน ปัจจุบันเด็กวัยเรียน จำนวนเกือบ 1.5 ล้านคน พบภาวะโภชนาการเกิน

และภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 10.1 และ 4.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงรยมีภาวะเตี้ยถึงร้อยละ 6.4 (Office of the Basic Education Commission Chiang Rai, 2018) ดังจะเห็นได้ว่าแม้เวลาจะผ่านไปหลายสิบปีแต่ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ หรือโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนยังคงอยู่ หากไม่ได้รับการวางแผนการแก้ไขและมีนโยบายที่เหมาะสมในการสร้างความเข้มแข็งด้านอาหารและโภชนาการแล้วนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนตามมาได้

ปัจจุบันปัญหาภาวะทุพโภชนาการและโภชนาการเกินมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาและคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมตามวัย โดยเฉพาะการบริโภคผักเฉลี่ยเพียง 60 กรัมต่อวันซึ่งน้อยกว่าปริมาณที่แนะนำคือ 400 กรัม การรับประทานขนมกรุบกรอบ การดื่มเครื่องดื่มรสหวานจัดเกือบทุกวันหรือทุกวัน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยเรียนได้รับน้ำตาลจากเครื่องดื่มเฉลี่ย 5-7 ช้อนชาต่อวัน และน้ำตาลจากขนมกรุบกรอบเฉลี่ย 3 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งปริมาณรวมในการบริโภคน้ำตาลของเด็กมากถึง 10 ช้อนชา รวมถึงการมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ดังนั้นการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจะส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และสติปัญญาล่าช้า ไม่เป็นไปตามศักยภาพที่ควรจะเป็น (Bureau of Nutrition Department of Health, 2018) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2556 แม้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนจะรับประทานอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อสูงถึงร้อยละ 92.7 ก็ตาม แต่ยังพบว่ารับประทานของว่างมากที่สุดถึงร้อยละ 89.8 เช่นกัน (The National Statistical Office, 2014) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องทั้งปริมาณและสัดส่วน ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล และอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณน้อยกว่าที่แนะนำร่วมกับกิจกรรมทางกายน้อยในแต่ละวัน (Bureau of Health

Promotion Department of Health, Ministry of Public Health, 2014) จึงทำให้เด็กวัยเรียนมีแนวโน้มอ้วน จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กไทยอายุตั้งแต่ 1 ปี ถึง 14 ปี จะมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนถึงร้อยละ 10 (Akepalakorn, 2014) ดังนั้นการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพออาจจะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการและโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร เขตพื้นที่การศึกษาหรือเขตที่อยู่อาศัย (Pongautha, 2018; Phenphong, 2016) ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจุบันจังหวัดเชียงรยมีนโยบายและแผนงานด้านอาหารและโภชนาการหลายโครงการ เช่น 1) การสร้างเครือข่ายอาหารปลอดภัยโดยยกระดับร้านอาหารให้เป็นแหล่งเรียนรู้ 2) สร้างทีมประเมินร้านอาหาร 3) พัฒนาการสื่อสารด้านการตลาดเพื่อสร้างความตระหนักด้านอาหารปลอดภัย และ 4) เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ขยายเครือข่ายไปสู่ชุมชน ผู้บริโภค และมีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการเด็กไทยแก้มใส นำผลผลิตจากกิจกรรมเกษตรมาจัดทำอาหารกลางวัน มีการติดตามภาวะโภชนาการเด็กนักเรียน การจัดบริการสุขภาพพร้อมทั้งการสอดแทรกความรู้ด้านเกษตร สหกรณ์ โภชนาการ และสุขภาพในบทเรียน (Bureau of Health, 2014) แต่แผนงานโครงการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทั่วพื้นที่ในจังหวัด เกิดการป้องกันภาวะทุพโภชนาการและโภชนาการเกินของวัยเรียน อีกทั้งบริบทพื้นที่ของจังหวัดเชียงรยมีความหลากหลายของเผ่าพันธุ์ ลักษณะภูมิประเทศ ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงแหล่งอาหารที่แตกต่างกัน รวมถึงการผสมผสานของประเพณี และวิถีชีวิตของคนในพื้นที่กับการรับประทานอาหารตามประเพณีท้องถิ่น (Strategic Department and Information Chiang Rai Province, 2018) ดังนั้นเพื่อให้มีข้อมูลเพื่อเป็น

ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนานโยบายและแผนงาน โครงการต่าง ๆ ในระดับจังหวัดจึงควรมีการสำรวจ การเข้าถึงแหล่งอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานผักและผลไม้ของนักเรียนเพื่อส่งเสริม ด้านอาหารและโภชนาการในนักเรียนให้เกิดสุขภาพะ ที่ดีตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

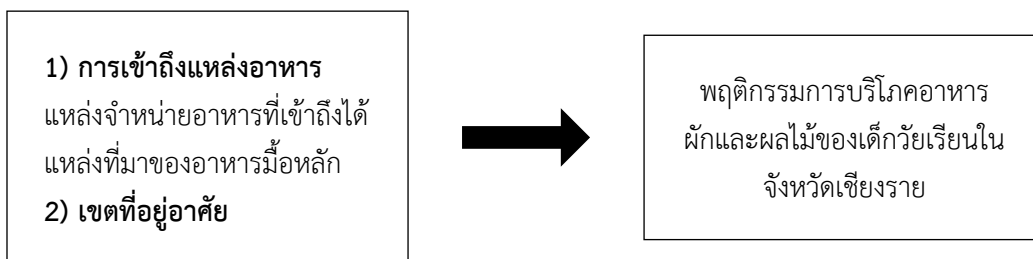
1. เพื่อสำรวจการเข้าถึงแหล่งอาหาร ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย

คำถามการวิจัย

การเข้าถึงแหล่งอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงแหล่งอาหาร ได้แก่ แหล่งจำหน่ายอาหารและแหล่งที่มาของอาหารมื้อหลัก 2) เขตที่อยู่อาศัย ซึ่งทั้งสององค์ประกอบเป็นปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภค ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ในนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 อายุ 6-12 ปี สังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมจนถึงเดือนกันยายน 2561 จำนวน 578 โรงเรียน นักเรียนทั้งหมด 96,987คน (Office of the Basic Education Commission Chiang Rai, 2018) ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรของยามานะ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (กำหนดให้สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ระดับ 0.03 ได้ 1,099 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลผู้วิจัยจึงเก็บเพิ่มร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,308 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งนักเรียน

จากโรงเรียนสังกัดสำนักประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย ทั้งหมดออกเป็น 4 เขตการศึกษา สุ่มอย่างง่าย เขตการศึกษาละ 1 อำเภอ รวม 4 อำเภอ แต่ละอำเภอสุ่มโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ อย่างละ 1 โรงเรียนอย่างเป็นระบบ ยกเว้นโรงเรียนในเขตการศึกษาที่ 3 เพิ่มโรงเรียนขนาดใหญ่อีก 1 โรงเรียน รวมเป็น 13 โรงเรียน เนื่องจากมีนักเรียนอายุเกิน 12 ปี แต่ละโรงเรียนเก็บข้อมูลตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 1-6 ชั้นเรียนละ 1 ห้องสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้เพิ่มขึ้นเป็น 1,467 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เขตพื้นที่การศึกษา และการเข้าถึงแหล่งอาหาร

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานผักและผลไม้ มี 6 กลุ่มรายการอาหาร ได้แก่ 1) อาหารรสหวาน 2) อาหารที่มีโซเดียมสูง 3) อาหารที่มีไขมันสูง 4) เครื่องปรุงรส 5) อาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง 6) ผักและผลไม้ จำนวน 30 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการ รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรม การบริโภคอาหารจากการวัดความถี่อาหารบริโภค กิ่ง ปริมาณ (Semi-food frequency questionnaire, semi-FFQ) ของ Pongautha (2018) ภายใต้โครงการ แผนงานอาหารเพื่อสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แบบสอบถาม จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจ ร่างกาย ครั้งที่ 5 และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของ แผนงานดังกล่าว จึงไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำ แบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับชั้น ประถม ศึกษาทุกระดับชั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (เลขที่ 29/2561 ลงวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2561) ประสานงานและประชุมชี้แจงกับ ผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครู และออกหนังสือขอความ อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งทำเอกสารชี้แจง การเข้าร่วมการวิจัยถึงผู้ปกครองนักเรียนเพื่อลงนามใน เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย คำตอบหรือ ข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอใน ภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนักวิจัยและ ผู้ช่วยนักวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2561 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) คัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย เป็นนักศึกษาผู้ช่วย พยาบาลที่สมัครใจเป็นที่วิจัยจำนวน 5 คน
- 2) มีการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือและวิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยนักวิจัย
- 3) ประสานงานโรงเรียนเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล และชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย
- 4) ข้อมูลส่วนบุคคล เขตพื้นที่การศึกษา และการ เข้าถึงแหล่งอาหาร ผู้ปกครองและครูประจำชั้นเป็นผู้ส่ง ข้อมูลให้
- 5) ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดย อธิบายการวัดการบริโภคอาหารกิ่งปริมาณในแต่ละ ความถี่ และขนาดการบริโภคเป็นปริมาณ S, M, L ให้ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนเช่น ไข่ดาว 1 ฟอง ปริมาณ เท่ากับ M น้อยกว่า 1 ฟองเท่ากับ S และมากกว่า 1 ฟอง เท่ากับ L เป็นต้น พร้อมกับดูรูปภาพอาหารในโปสเตอร์ ประกอบ แสดงอุปกรณ์ในการชั่งตวง เช่น ช้อนชา ช้อน โต้ะ ทัพพี เป็นต้น ร่วมกับอธิบายข้อคำถาม แต่ละข้อ อย่างละเอียด ทำที่ละข้อ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4-6 จะบันทึกความถี่ และปริมาณที่บริโภคใน แบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนนักเรียนระดับชั้น ประถม ศึกษาปีที่ 1-3 จะเป็นการสัมภาษณ์เนื่องจากมีข้อจำกัด ในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยบันทึก ข้อมูลตามจริงที่กลุ่มตัวอย่างบอก นักเรียนในสองระดับ ชั้นนี้จะใช้เครื่องมือวัดแบบเดียวกัน
- 6) นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล
- 7) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 54.1 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองอยู่ในระดับ ประถม ศึกษาหรือน้อยกว่ามากที่สุดร้อยละ 23.20 รองลงมา เป็น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 15.40 ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างรายวันมากที่สุดร้อยละ 31.4 รองลงมาเป็นเกษตรกรร้อยละ 23.10 รายได้ต่อเดือน

น้อยกว่า 5,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 62.0 รองลงมา รายได้ 5,001–15,000 บาทร้อยละ 21.10 การเข้าถึง แหล่งอาหารพบว่า แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชนที่สามารถเดินทางถึงในระยะเวลา 20 นาที หรือ ในรัศมี

1 กิโลเมตรส่วนใหญ่เป็นร้านค้าในชุมชนร้อยละ 92.8 รองลงมาเป็นตลาดสดร้อยละ 67.1 แหล่งที่มาของ อาหารมือหลักส่วนใหญ่มาจากตลาดร้อยละ 75.1 รองลงมาเป็นร้านสะดวกซื้อร้อยละ 39.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงแหล่งอาหารของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย

การเข้าถึงแหล่งอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งจำหน่ายอาหารที่เข้าถึงได้		
ร้านค้าในชุมชน/ร้านขายของชำ	1,361	92.80
ตลาดสด	984	67.10
มินิมาร์ท/ร้านสะดวกซื้อ	478	32.60
ห้างสรรพสินค้า	81	5.50
แหล่งที่มาของอาหารมือหลัก		
ตลาดสด	1,102	75.10
มินิมาร์ท/ร้านสะดวกซื้อ	575	39.20
ตลาดนัด	520	35.40
รถเร่/เรือเร่ขายอาหาร/อาหารริมบาทวิถี/อาหารริมทาง	376	25.60
ร้านอาหารตามสั่ง/ภัตตาคาร/ร้านอาหารทั่วไป	281	19.20
ซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้า	109	7.40
ร้านขายอาหารฟาสต์ฟู้ด	21	1.40
อื่น ๆ เช่น ป่า ปลูกผักเองที่บ้าน	57	3.90

ตารางที่ 2 เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการบริโภค อาหารที่มีน้ำตาลสูงมากที่สุดคือ ขนมหวานทำจากไข่แดง ร้อยละ 16.0 รองลงมา บริโภคเครื่องดื่มรสหวานชงขาย

ร้อยละ 14.2 และเครื่องดื่มสำเร็จรูปบรรจุในภาชนะ บรรจุที่ปิดสนิท ร้อยละ 11.8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มที่มีน้ำตาลสูงของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในปริมาณและความถี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ขนมหวานทำจากไข่แดง เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 1 ทศพีขึ้นไป	234	16.0
เครื่องดื่มรสหวานชงขาย เช่น ชาไข่มุก น้ำหวาน 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ตั้งแต่ 200 มิลลิลิตรขึ้นไป	208	14.2
เครื่องดื่มสำเร็จรูปบรรจุในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ตั้งแต่ 200 มิลลิลิตรขึ้นไป	173	11.8

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในปริมาณและประเภทย่อย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาหารเชื่อม เช่น มันเชื่อม กล้วยเชื่อม ลูกชิตน้ำเชื่อม 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 1 ทศพีขึ้นไป	165	11.2
ผลไม้อบแห้ง เช่น ลูกเกด ลูกพรุน 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 1/4 ถ้วยตวงขึ้นไป	161	10.9
เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสำเร็จ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2 ช้อนชา ขึ้นไปในแต่ละครั้ง	161	10.9

ตารางที่ 3 เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภค ร้อยละ 45.9 รองลงมา บริโภคเนื้อสัตว์แปรรูป ร้อยละ 40.1 และน้ำพริก ร้อยละ 15.2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มที่มีไขมันสูงของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในปริมาณและประเภทย่อย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 1 ชองขึ้นไปในแต่ละครั้ง	673	45.9
เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ปลาเค็ม หนำเลี้ยบ หมูหยอง กุนเชียง ไส้กรอก 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2 ช้อนโต๊ะขึ้นไปในแต่ละครั้ง	588	40.1
น้ำพริก 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2 ช้อนโต๊ะขึ้นไปในแต่ละครั้ง	223	15.2
เติมชีอิ้วในอาหารที่ปรุงสำเร็จ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2 ช้อนชาขึ้นไปในแต่ละครั้ง	173	11.8
เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 1 ช้อนโต๊ะขึ้นไปในแต่ละครั้ง	150	10.2
แกงรสเค็มจัด 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2 ทศพีขึ้นไปในแต่ละครั้ง	124	8.4
ไข่เค็ม 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2 ฟองขึ้นไป	79	5.4

ตารางที่ 4 พบว่าเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภค ร้อยละ 50.1 และ หมูทอด อาหารที่มีไขมันสูงมากที่สุดคือ ไข่ดาว ร้อยละ 51.0 เนื้อทอด ปลาทอด ร้อยละ 49.6 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มที่มีไขมันสูงของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในความถี่และปริมาณมาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไข่ดาว 1-3 ครั้ง/สัปดาห์และบริโภคตั้งแต่ 1 ฟอง เป็นต้นไปในแต่ละครั้ง	748	51.0
ไข่เจียว 1-3 ครั้ง/สัปดาห์และบริโภคตั้งแต่ 1 ฟอง เป็นต้นไปในแต่ละครั้ง	735	50.1
หมูทอด เนื้อทอด ปลาทอด 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2.5 ช้อนกินข้าว เป็นต้นไปในแต่ละครั้ง	727	49.6
ปีกไก่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2.5 ช้อนกินข้าว เป็นต้นไปในแต่ละครั้ง	552	37.7
น่องไก่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2.5 ช้อนกินข้าว เป็นต้นไปในแต่ละครั้ง	537	36.6
เนื้อติดมัน หมูสามชั้น แคบหมู 1-3 ครั้ง/สัปดาห์และบริโภคตั้งแต่ 2.5 ช้อนโต๊ะ เป็นต้นไปในแต่ละครั้ง	335	22.9
อกไก่ทอด 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2.5 ช้อนกินข้าว เป็นต้นไปในแต่ละครั้ง	219	15.0

ตารางที่ 5 พบว่าเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูงมากที่สุดคือ ไอศกรีมกะทิ หรือไอศกรีมนม ร้อยละ 38.6 รองลงมา บริโภคอาหารที่มีเนย มากارين และแป้ง ร้อยละ 25.0 และขนมที่มีกะทิ ร้อยละ 23.9 นอกจากนี้ยังบริโภคขนมกรุบกรอบสูงถึงร้อยละ 60.4 ซึ่งเป็นอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูงของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในความถี่และปริมาณมาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มอาหารไขมัน และน้ำตาลสูง		
ไอศกรีมกะทิหรือไอศกรีมนม 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 3 ลูก ขึ้นไป	567	38.6
อาหารที่มีเนย มากارين และแป้ง เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 1 ทศพีขึ้นไป	366	25.0
ขนมที่มีกะทิ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2 ทศพีขึ้นไป	352	23.9
กลุ่มอาหารไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง		
ขนมกรุบกรอบ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 2 ซองขึ้นไปในแต่ละครั้ง	886	60.4
อาหารฟาสต์ฟู้ด 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และบริโภคตั้งแต่ 1 ทศพี ขึ้นไปในแต่ละครั้ง	188	12.8

ตารางที่ 6 พบว่าเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคผักใบปรุงสุกมากที่สุดร้อยละ 38.6 รองลงมา บริโภคผักใช้ผล ร้อยละ 26.8 และผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก

น้อยที่สุด ส่วนผลไม้พบว่าบริโภคผลไม้ ผลไม้ตามฤดูกาลมากที่สุดร้อยละ 28.7 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย

พฤติกรรมการบริโภคผัก และผลไม้ในปริมาณและปริมาณมาก ตั้งแต่ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ และ 1 ส่วนมาตรฐานเป็นต้นไป*	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผักใบปรุงสุก	498	34.0
ผักใช้ผล หัว ราก เช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กะหล่ำดอก ถั่วฝักยาว หอมหัวใหญ่	393	26.8
ผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก	159	10.9
ผลไม้ท้องถิ่น เช่น มะละกอ กล้วยน้ำว่า กล้วยหอม	343	23.4
ผลไม้ตามฤดูกาล เช่น เงาะ มังคุด ส้มเขียวหวาน	421	28.7

* กำหนดให้ผัก 1 ส่วนมาตรฐานตามธงโภชนาการ เท่ากับ ผักใบปรุงสุกแล้ว 1 ทัพพี หรือผักใช้ผล หัว 1 ทัพพี หรือผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก 2 ทัพพี

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.1 เป็นเขตการศึกษาที่ 3 และ 4 อยู่ไกลจากอำเภอเมืองและไม่มีห้างสรรพสินค้าที่สามารถเข้าถึงได้ แหล่งจำหน่ายอาหารที่เข้าถึงได้ง่ายมากที่สุดจึงเป็นร้านค้าและตลาดสดมากกว่าห้างสรรพสินค้า ส่วนแหล่งอาหารมือหลักเป็นตลาดมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ อาหารเสี่ยงต่อสุขภาพและภาวะโภชนาการในพื้นที่โครงการภายใต้แผนอาหารเพื่อสุขภาพในจังหวัดเป้าหมายของโครงการภายใต้การสนับสนุนจากแผนอาหารเพื่อสุขภาพ สสส. ที่พบว่าความเป็นเมืองมีผลต่อการเข้าถึงแหล่งอาหาร (Pong-Autha, 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าพื้นที่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค (Phenphong, 2016) ดังนั้นเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงรายจึงเข้าถึงร้านค้าในชุมชนและตลาดสดได้มากที่สุด และตลาดสดจึงเป็นแหล่งอาหารมือหลักที่ควรได้รับการส่งเสริมเพื่อจำหน่ายอาหารที่มีคุณภาพ ปลอดภัย

นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ในปริมาณและปริมาณที่มาก โดยเฉพาะอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่สูงถึงร้อยละ 45.9 เนื่องจากบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถหาซื้อได้ง่ายจากร้านค้าในชุมชน และสะดวกในการปรุงคล้ายกับการศึกษาของ Kaeocha, Tunpiphat, and Witthayaprichakun (2004) นอกจากนี้ยังมีการเติมน้ำตาล น้ำปลา และซีอิ๊วขาวในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วในปริมาณมากเช่นกันซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Jaikumwang, 2015) การรับประทานอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด กลับมีปริมาณและความถี่ไม่มากเพียงร้อยละ 12.8 อาจเป็นเพราะแหล่งจำหน่ายอาหารฟาสต์ฟู้ดส่วนใหญ่มีในห้างสรรพสินค้า การเข้าถึงแหล่งอาหารประเภทนี้จึงมีข้อจำกัดในนักเรียนบางเขตเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครที่เด็กส่วนใหญ่ไม่บริโภคอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง แต่บริโภคพืชฯ แสมเบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์ถึงร้อยละ 46 (Aongard & Pinyoanunthapong, 2016) เพราะเป็นเขตเมือง แต่ในทางกลับกัน

การบริโภคขนมกรุบกรอบในปริมาณที่และปริมาณมากยังสูงถึงร้อยละ 60.4 เพราะขนมกรุบกรอบมีจำหน่ายในร้านค้าชุมชน ร้านสะดวกซื้อที่เข้าถึงได้ง่ายกว่าอาหารประเภทพาสต์ฟู้ด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในเขตภาคใต้ของ กรุงเทพมหานคร ของ Chiangkhuntod, Mutthawangkul, and Junjarean (2014) ที่พบว่านักเรียนบริโภคขนมขบเคี้ยวกรุบกรอบ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ มากถึงร้อยละ 57.1 ดังนั้นขนมกรุบกรอบบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปจึงเป็นกลุ่มอาหารที่นักเรียนทั้งเขตชนบทและเขตเมืองเข้าถึงได้ง่าย และมีการบริโภคในปริมาณที่และปริมาณมาก

นอกจากนี้นักเรียนยังมีการบริโภคผักและผลไม้ น้อยกว่า 400 กรัมต่อวัน และมักบริโภคผักใบปรุงสุกในปริมาณที่และปริมาณมากเพียงร้อยละ 34.0 และผลไม้ตามฤดูกาลเพียงร้อยละ 28.7 ซึ่งการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอจะส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ได้ (Kriengsinyos, 2014) มีการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนพบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติทั้งของนักเรียนและผู้ปกครอง (Jantharungsri, 2015; Zakai, & Sutha, 2018) นอกจากนี้การศึกษาของ Kongla and Kunarathanaphek (2012) ยังพบว่าหากนักเรียนไม่ได้รับการส่งเสริมการกินผักและผลไม้ตั้งแต่วัยเรียนเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณน้อยเช่นกัน ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการมีโภชนาการที่ดีจึงควรมีการส่งเสริมการรับประทานผักและผลไม้ให้ได้มากกว่า 400 กรัมต่อวันตั้งแต่ระดับปฐมวัย สร้างเสริมความรู้ทัศนคติที่ดีในการบริโภคผักและผลไม้แก่นักเรียนและผู้ปกครอง

ฉะนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมและการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอของเด็กวัยเรียนจึงเป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลควรให้การส่งเสริมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งควรได้รับความร่วมมือระหว่างชุมชนเพื่อให้เกิด

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง ครู และเพื่อน ในการจัดการด้านอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Jaicherdchoo, Udomvong, & Boonchieng, 2013) นอกจากนี้การส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในตัวบุคคล โดยการใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองช่วยให้เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินมีความเชื่อในความสามารถและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติจะส่งเสริมให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น (Kitchanapaibul, Klunklin, & Klunklin, 2013) และการใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินยังช่วยส่งเสริมให้เด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ (Chotibang, Namprom, & Worakidpoonpol, 2012) ดังนั้นพยาบาลจะต้องการส่งเสริมพฤติกรรมบุคคล และร่วมมือกับครอบครัว โรงเรียน และชุมชน อีกทั้งควรผลักดันให้เกิดเป็นนโยบาย แผนงานหรือโครงการต่าง ๆ ในระดับจังหวัดที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อให้เด็กวัยเรียนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม บริโภคผักและผลไม้เพียงพอต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการเก็บข้อมูลเขตการศึกษาที่ 3 ซึ่งเป็นอำเภอติดชายแดนไทย-พม่า นักเรียนส่วนหนึ่งเข้ารับการศึกษามากกว่าเกณฑ์ทำให้มีอายุเกิน 12 ปี ผู้วิจัยจึงต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 1 โรงเรียนเป็น 13 โรงเรียน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวางแผนด้านนโยบาย และแผนงานอาหารในระดับโรงเรียน ควรให้ความสำคัญกับการเข้าถึงแหล่งอาหาร เขตการศึกษา เขตเมืองและเขตชนบท
2. การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ควรเน้นการลดพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มหวาน มัน เค็ม และเพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ของนักเรียนอย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่ครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และนำไปสู่การส่งเสริมป้องกันภาวะโภชนาการเกิน หรือทุพโภชนาการที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
2. ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอในโรงเรียน และลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม โดยใช้ทฤษฎีสร้างเสริมพลังอำนาจ และทฤษฎีความสามารถแห่งตนเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งเสริมภาวะโภชนาการ
3. ควรนำผลการศึกษาไปพัฒนางานวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายโดย

บูรณาการเข้ากับการเรียนการสอนในโรงเรียน และใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง ครู และเพื่อน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหวานมันเค็ม และเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ให้เกิดอย่างความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (FHP) มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับการสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดเชียงราย ผู้อำนวยการโรงเรียน และครู จำนวน 13 โรงเรียนในจังหวัดเชียงราย

เอกสารอ้างอิง

- Aongard, W., & Pinyoanunthapong, S. (2016). Consumption of children early childhood education in the schools under the Bangkok Metropolitan Administration. *Journal Forum of Education, 17*(1), 13-27. (In Thai)
- Akepalakorn, W. (2014). *Thai Health Survey by Physical Examination #5 2014*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (In Thai)
- Bureau of Nutrition Department of Health. (2018). *Annual Report, 2018*. Retrieved from http://env.anamai.moph.go.th/download/actionplan/reportEB4_210261.pdf (In Thai)
- Bureau of Health Promotion Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). *Annual Report Department of Health*. Nonthaburi: Department of plans. (In Thai)
- Bureau of Health. (2014). *Manual training course to develop the master school children*”, Nonthaburi : The Department of Health, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Chotibang J., Namprom N., & Worakidpoonpol, P. (2012). Effect of Empowerment Program on Eating Behavior and Physical Activity among Overweight Children. *Nursing Journal, 39*(1), 23-34. (In Thai)
- Chiangkhuntod, S., Mutthawangkul, C., & Junjarean, K. (2014). *Research reports about the knowledge and food consumption of People in Pasri Charoen*. Retrieved from http://rcfcd.com/wp-content/uploads/2014/03/9_สุวรรณารวมเล่ม.pdf (In Thai)

- Office of the Basic Education Commission Chiang Rai. (2018). *Basic information to the Office of the District area of study elementary school Chiang Rai*. Retrieved from <https://www.obec.go.th/> (In Thai)
- Jaicherdchoo, R., Udomvong, N., & Boonchieng, W. (2013). Development of a Community Participative program for Health Promotion among overweight student. *Nursing Journal*, 40(2), 64-76. (In Thai)
- Jaikumwang, N. (2015). Risk behaviors of the group at risk of diabetes and high blood pressure: A Case Study of the hospital health promotion, Tambon Pakkayang, Sukhothai Province. *The Official Journal of the community development and quality of life*, 3(2), 173-184. (In Thai)
- Jantharungsri, P. (2015). *Knowledge attitudes and behaviors of Vegetables of the students in grades 4-6 School Queen* (Master's thesis, University of Rajamangala Phra Nakhon). (In Thai)
- Kaeocha, A., Tunpiphat, A., & Witthayaprichakun, P. (2004). Consumption behaviors and factors Influencing the purchase Instant noodles in Bangkok. *The agricultural journals King*, 22(3), 1-10. (In Thai)
- Kitchanapaibul, S., Klunklin, S., & Klunklin, A. (2013). The effectiveness of a health education program by applying the self-efficacy theory on eating behavior of late primary school students with overweight condition at the basic education expansion in Chiang Kham, Phayao province. *Nursing Journal*, 40(2), 77- 87. (In Thai)
- Kongla, M., & Kunaratthapruk, K. (2012). Consumption of vegetables and fruits and vegetables in folk of students early teens in rural amphoe Si That Udon Thani Province. *The KKU Research Journal*, 12(1), 66-79. (In Thai)
- Kriengsinyos, W. (2014). Eat the fruit and vegetables. 400 g per day to better health, *The documentation for academic meeting National Food and Nutrition for health 1#*. Bangkok: Mahidol University. (In Thai)
- Phenphong, M. (2016). Food consumption of the group the students and students in Surat Thani Province. *The Journal of science*, 3(1), 109-26. (In Thai)
- Pongautha, S. (2018). *Project the behaviors of fruit and vegetables, risk to health and nutrition in the area under the project plan food to health condition*. Retrieved from <http://www.fhpprogram.org/media/pdfs/reports/471878b3f85b3cbf1c3d27300ce78890.pdf> (In Thai)
- Strategic Department and Information Chiang Rai Province. (2018). *General Information of Chiang Rai Province*. Retrieved from http://www.chiangrai.net/cpwp/?page_id=145 (In Thai)
- The National Statistical Office. (2014). *To explore food consumption of the population in 2013*. Bangkok: National Statistics Office. (In Thai)
- Unicef. (2006). *Thailand Multiple Indicator Cluster Survey December 2005-May 2006*. Retrieved from http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_DataMarts/MICS/MICS3_2548-2549.pdf

Zakai, Y., & Sutha, W. (2018). Knowledge attitudes and behaviors of fruit and vegetables of the students at the beginning of the school to demonstrate the following universities: eco-friendly interface (high school). *Veridian e-journal silpakorn university*, 11(3), 1038-1055. (In Thai)

ปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่ Ergonomic Factors and Musculoskeletal Disorders Among Bamboo Handicraft Workers

อารยา	วุฒิกุล *	Araya	Vuttikun *
ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์ **	Chawapornpan	Chanprisit **
ธานี	แก้วธรรมานุกุล ***	Thanee	Kaewthummanukul ***

บทคัดย่อ

ปัจจัยด้านการยศาสตร์ เป็นปัจจัยอันตรายจากการทำงานที่ส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่ การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อกลุ่มแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่ จำนวน 159 ราย ในอำเภอดอยสะเก็ดและอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตท่าทางการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ในส่วนของการท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้มศีรษะขณะทำงาน ร้อยละ 100 ก้มโค้งลำตัวขณะทำงาน ร้อยละ 98.11 นั่งบนพื้น/เก้าอี้ไม่มีพนักพิง ร้อยละ 96.86 บิดเอี้ยวตัวและนั่งทำงานต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 96.23 รวมทั้งการมีท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ เช่น การออกแรงกระดกข้อมือขึ้น-ลงซ้ำ ๆ ร้อยละ 74.84 ส่วนการสังเกตท่าทางการทำงานโดยประเมินท่าทางของร่างกายอย่างรวดเร็วยังพบ กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงจากท่าทางการทำงานระดับ 4 ร้อยละ 44.02 ซึ่งมีปัญหาด้านการยศาสตร์ ต้องได้รับการปรับปรุงงานทันที และระดับ 3 ร้อยละ 47.80 ซึ่งเริ่มมีปัญหาด้านการยศาสตร์ ควรพิจารณาดำเนินการปรับปรุงงานโดยเร็ว สำหรับอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 12 เดือนและ 7 วันที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 86.79 และร้อยละ 57.23 ตามลำดับ โดยพบอาการผิดปกติบริเวณหลังส่วนล่างในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 49.22 และร้อยละ 44.78)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลอาชีวอนามัยและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงความสำคัญในการสื่อสารความเสี่ยงถึงอันตรายจากการทำงานโดยเฉพาะท่าทางการทำงาน เพื่อสร้างความตระหนักในการทำงานที่ปลอดภัยและลดอัตราการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ตลอดจนส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานผ่านการพัฒนาโครงการสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพแก่แรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่

คำสำคัญ: ปัจจัยด้านการยศาสตร์, อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ, แรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

* Professional nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 23 พฤษภาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 28 ตุลาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 25 มกราคม 2560

Abstract

Ergonomic factors is a significant occupational health hazard resulting in musculoskeletal disorders (MSDs) among bamboo handicraft workers. This descriptive study was aim to study ergonomic factors and musculoskeletal disorders (MSDs) among 159 bamboo handicraft workers in Doi Saket district and San Kamphaeng district, Chiang Mai province. Data were collected using the interview form and observation form of working posture. Data analysis was performed using descriptive statistics.

The results of study showed that the study sample perceived the exposure of ergonomic factors in terms of awkward posture and repetitive posture. These included: neck flexion 100%, body bending 98.11%, sitting on the floor or a chair without a backrest 96.86%, body twisting and prolong sitting over one hour per day 96.23%, and wrist flexion 74.84%. Base on RULA, the study sample had risk associated with working posture at level 4 (44.02%), which requires an immediate action for improvement, and at level 3 (47.80%), which requires action as soon as possible for improvement. The rates of musculoskeletal disorders among the study samples during the past 12 month and 7 day were 86.79% and 57.23% respectively, which was most commonly found in the lower back.

The results of this study indicated that occupational and health nurses and other members of a multidisciplinary team should recognize the importance of risk communication concerning the posture of workers. This is anticipated to raise awareness and reduce the occurrence of musculoskeletal disorders. Further, an enhancement of the quality of working life should be addressed through the development of a health project to reduce risk and promote health among bamboo handicraft workers.

Keywords: *Ergonomic Factors, Musculoskeletal Disorders, Bamboo Handicraft Workers*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ เป็นปัญหาด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญที่พบได้บ่อยในทุกกลุ่มอาชีพของคนที่ทำงาน ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา นับเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานที่มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับต้นในระดับโลก (Dianat, Kord, Yahyazade, Karimi, & Stedmon, 2015) ประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังเช่นประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานการสำรวจของกระทรวงแรงงานปี ค.ศ. 2013 พบว่า มีแรงงานที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ 35.8 รายต่อ 10,000 คนทำงาน โดยอาการ

ผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่พบบ่อย คือ ร่างกายรยางค์ส่วนบน ได้แก่ มือ/ข้อมือ แขน และไหล่ 32.5 รายต่อ 10,000 คนทำงาน ร่างกายรยางค์ส่วนล่าง ได้แก่ เท้า/ข้อเท้า และเข่า 24.8 รายต่อ 10,000 คนทำงาน ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การทำงานซ้ำ ๆ และการยกของหนัก (Bureau of Labor Statistics [BLS], 2014) ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย จากรายงานของกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2556 พบว่า มีแรงงานในระบบมีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ 32.2 รายต่อ 100,000 คนทำงาน

โดยมีสาเหตุจากท่าทางการทำงาน และการยกหรือย้ายของหนัก (Social Security Office, 2014) สถิติดังกล่าวจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากไม่รวมอัตราการเจ็บป่วยด้วยอาการผิดปกติดังกล่าวในกลุ่มแรงงานนอกระบบ อย่างไรก็ตามการรายงานทั้งต่างประเทศและในประเทศแสดงให้เห็นว่าอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อยในวัยแรงงาน แต่ทั้งนี้อาการผิดปกติดังกล่าว ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการทำงาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทการทำงานของแต่ละอาชีพที่ส่งผลต่อความต่างของปัจจัยอันตรายจากการทำงาน

งานหัตถกรรมไม้ไผ่เป็นกลุ่มอาชีพหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่ออาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ โดยประกอบด้วย เครื่องจักสาน การสานตะกร้าไม้ไผ่ และงานหัตถกรรมโคร่งมและพัด (Chaichanan, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2014; Parimalam, Balakamakshi, & Ganguli, 2006; Teeratarinphong, & Suthakorn, 2014) อีกทั้งงานหัตถกรรมไม้ไผ่ยังเป็นส่วนหนึ่งของงานหัตถกรรมไม้ ซึ่งถูกจัดให้เป็นหนึ่งใน 16 อุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงในการทำงาน (Ministry of Labor, 2006) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา ระบุว่า แรงงานที่ทำงานในอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้ประเทศอิหร่าน มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ กล่าวคือ แรงงานร้อยละ 39 มีอาการปวดเข่า อีกร้อยละ 35.6 และร้อยละ 29.5 มีอาการปวดหลังและปวดมือ/ข้อมือตามลำดับ (Nejad, Choobineh, Rahimifard, Haidari, & Tabatabaei, 2013) หรือการศึกษาในประเทศอินเดีย พบแรงงานสานตะกร้าไม้ไผ่ส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ คือ มีอาการปวดหลัง (ร้อยละ 99) ปวดแขน (ร้อยละ 98) และปวดไหล่ (ร้อยละ 93) (Parimalam et al., 2006) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่า แรงงานสานตะกร้าไม้ไผ่กว่าครึ่งหนึ่งมีอาการปวดหลัง และปวดไหล่ อีกร้อยละ 44.3 มีอาการปวดข้อมือ (Teeratarinphong & Suthakorn, 2014) และการศึกษาของ Chaichanan, Chanprasit, and Kaewthummanukul (2014)

ในแรงงานหัตถกรรมโคร่งม พบว่าแรงงานร้อยละ 76.52 มีอาการปวดไหล่ แขน และมือ อีกร้อยละ 65.04 มีอาการปวดหลัง และร้อยละ 53.98 มีอาการชามือหรือนิ้วมือ จากสถิติทั้งต่างประเทศและในประเทศ แสดงให้เห็นว่าอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มงานหัตถกรรมไม้ไผ่

อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงานก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตัวคนทำงาน สถานประกอบการ และภาครัฐ (Dianat et al., 2015; Habibi, Zare, Haghi, Habibi, & Hassanzadeh, 2012) การสูญเสียเศรษฐกิจทางตรงที่สำคัญ ได้แก่ การสูญเสียทั้งรายได้ที่คนทำงานงานเสียจากการหยุดงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าชดเชยในกรณีเจ็บป่วยจากงาน (Dunning et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในปี ค.ศ. 1999 ถึง 2004 ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องเสียค่าใช้จ่ายให้กับแรงงานเฉลี่ย 5,130 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย ในจำนวนนี้เป็นค่ารักษาพยาบาล 2,924 ดอลลาร์สหรัฐ และค่าชดเชยการเสียเวลาจากการเจ็บป่วย 2,206 ดอลลาร์สหรัฐ (Dunning et al., 2010) และในปี ค.ศ. 2007 ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วยจากอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อจากการทำงานจำนวน 1.5 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ (Bhattacharya, 2014) ส่วนการสูญเสียทางอ้อม ได้แก่ การหยุดงานของคนทำงาน ปริมาณผลผลิตจากงานลดลง เสียค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมคนทำงานใหม่ (Escorpizo, 2008) จากการรายงานสถิติการหยุดงานเนื่องจากอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อจากการทำงานของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า แรงงานต้องหยุดงานเฉลี่ย 11.7 วัน (BLS, 2014) สำหรับของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคมรายงานการเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะแรงงานที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำนวน 1,668.71 ล้านบาท โดยเป็นค่าทดแทนการเสียเวลาจำนวน 957.60 ล้านบาท

และคำรักษาพยาบาล จำนวน 688.29 ล้านบาท ซึ่งใน
ที่นี้จะรวมอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ
(Social Security Office, 2015) จากความสูญเสียทาง
ด้านเศรษฐกิจสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการป้องกัน
อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่อาจ
เกิดขึ้น แต่ทั้งนี้ต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการ
ผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ เพื่อนำไปสู่การแก้ไข
ปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพการทำงานที่แท้จริง

อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อเกิดจาก
หลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านกายภาพ
และปัจจัยด้านจิตสังคม แต่ปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง
เนื่องจากงาน คือ ปัจจัยด้านการยศศาสตร์ จากหลักฐาน
เชิงประจักษ์ที่ผ่านมาระบุว่า ปัจจัยด้านการยศศาสตร์เป็น
ปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพการ
ทำงานที่ไม่เหมาะสมกับคนทำงาน ได้แก่ ท่าทางการ
ทำงานที่ไม่เหมาะสม การทำงานซ้ำ ๆ การยืนหรือนั่ง
ทำงานเป็นเวลานาน การยกของหนัก เครื่องมือหรือ
อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับสรีระของคนทำงาน และการ
ทำงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่มีความสั่นสะเทือน
(International Ergonomics Association [IEA],
2000; Occupational Safety and Health
Administration [OSHA], 2000) มีรายงานวิจัยพบ
ปัจจัยการยศศาสตร์ดังกล่าวในแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้
และหัตถกรรมไม้ไฟ โดยเฉพาะการมีท่าทางการทำงาน
ที่ไม่เหมาะสม เช่น การบิด/หมุนข้อมือ การก้มหรือ
การเอี้ยวตัว มีการทำงานในท่าทางซ้ำ ๆ มีการยืนหรือนั่ง
ทำงานในท่าทางเดิมเป็นเวลานานตลอดระยะเวลาของ
การทำงาน มีกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การยก
ท่อนไม้ที่มีน้ำหนักมาก และการทำงานกับเครื่องมือหรือ
อุปกรณ์ที่มีความสั่นสะเทือน ที่ส่งผลต่ออาการผิดปกติ
ในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (Chaichanan, Chanprasit,
& Kaewthummanukul, 2014; Nejad et al., 2013;
Parimalam et al., 2006) มีการศึกษาปัจจัยด้าน
การยศศาสตร์ในอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้ในประเทศตุรกี
พบว่า คนทำงานมีท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ ร้อยละ 68.5
ทำงานในท่าทางเดิมเป็นเวลานาน ร้อยละ 55.6 มีการ

ยกของหนัก ร้อยละ 74.1 และทำงานกับเครื่องมือหรือ
อุปกรณ์ที่มีความสั่นสะเทือน ร้อยละ 15.1 (Soytas,
2006) สำหรับประเทศไทย พบว่า แรงงานที่ทำงานใน
อุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้มีท่าทางการทำงานไม่
เหมาะสม ร้อยละ 95.0 มีท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ ร้อยละ
90.4 และการยก/เคลื่อนย้ายของหนัก ร้อยละ 77.5
(Sukdee, Chanprasit, & Songkham, 2010) หรือการ
ศึกษาในแรงงานหัตถกรรมโครงร่าง พบว่า คนทำงานมี
ท่าทางบิดเอี้ยวตัว ก้มตัวขณะทำงาน ร้อยละ 82.3
มีการใช้มือ/แขนทำงานซ้ำ ๆ ร้อยละ 94.3 และนั่งกับพื้น
ตลอดระยะเวลาการทำงาน ร้อยละ 89.4 (Chaichanan,
Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2014) จากการศึกษา
ที่ผ่านมา บ่งบอกปัจจัยด้านการยศศาสตร์เป็นปัจจัย
อันตรายที่สำคัญในแรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ ซึ่งให้ความ
จำเป็นของการศึกษาในปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มแรงงาน
เฟอร์นิเจอร์ไม้แต่ละประเภท อาทิ แรงงานหัตถกรรม
ไม้ไฟกลุ่มโครงร่างและพัด เพราะปัจจัยด้านการยศศาสตร์
มีผลต่อการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ
คนทำงาน ดังนั้นการประเมินปัจจัยด้านการยศศาสตร์จาก
การทำงาน จึงมีความสำคัญ เพื่อส่วนหนึ่งเป็นฐานข้อมูล
บ่งบอกถึงปัจจัยอันตรายจากงานที่ส่งผลต่ออาการผิดปกติ
ในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของแรงงานกลุ่มหัตถกรรม
ไม้ไฟ

อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ หมายถึง
อาการปวด เมื่อยล้า ตึงกล้ามเนื้อ บวมแดง ชาหรือรู้สึก
เจ็บแปลบ ที่เกิดขึ้นกับระบบโครงร่างกล้ามเนื้ออันเนื่อง
มาจากการทำงาน (Canadian Centre for Occupational
Health and Safety, 2005; OSHA, 2000)
จากการศึกษาพบว่าแรงงานที่ทำงานในอุตสาหกรรม
เฟอร์นิเจอร์ไม้มีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม
ท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ และการยืนหรือนั่งทำงานเป็น
เวลานาน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระบบโครงร่าง
กล้ามเนื้อ โดยมีอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 69.17
มีอาการปวดไหล่ ข้อศอก และแขน ร้อยละ 64.17 5
(Sukdee, Chanprasit, & Songkham, 2010)
ส่วนการศึกษาในแรงงานหัตถกรรมโครงร่าง พบอาการ

ปวดไหล่ แขน ร้อยละ 76.52 ปวดกล้ามเนื้อหลัง ร้อยละ 65.04 และปวดคอ ร้อยละ 50.44 (Chaichanan, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2014) การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อเฉพาะในช่วง 1 เดือน ซึ่งไม่ครอบคลุมอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันซึ่งมีอาการในช่วง 3 เดือนแรกและแบบเรื้อรัง (Walsh et al., 2008) โดยอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อแบบเรื้อรังนั้นจะเริ่มแสดงอาการเมื่อมีอาการบาดเจ็บสะสมเป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป (Barbe & Barr, 2006) ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพในส่วนของอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่ จึงควรมีการประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นแหล่งผลิตโครงร่างและพัด โดยเฉพาะอำเภอดอยสะเก็ดและอำเภอสันกำแพง (Community Development Department, Ministry of Interior, 2004) ซึ่งมีแรงงานในการผลิตโครงร่างและพัดที่รวมกลุ่มกันทำงานที่บ้านและสถานประกอบการจำนวน 270 ราย (Ban San Ton Naeo Health Promoting Hospital, 2015) จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ขั้นตอนของกระบวนการผลิตโครงร่าง ประกอบด้วย ขั้นตอนการทำหัวร่มและตุ้มร่ม การทำซี่ค้ำและซี่กลอนร่ม การขึ้นโครงร่าง ส่วนกระบวนการทำพัดประกอบด้วย การทำโครงพัด การหุ้มพัด และการเขียนพัด ส่วนมากใช้แรงงานคนเป็นหลัก ทำให้แรงงานมีโอกาสร่วมสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ ซึ่งเป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญในหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโครงร่างและพัด ส่งผลให้แรงงานเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ประกอบกับมาตรการทางกฎหมายในการป้องกันและดูแลสุขภาพของคนทำงานยังไม่ครอบคลุมถึงการควบคุมปัจจัยด้านการยศาสตร์ในแรงงานนอกระบบ ดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลอาชีวอนามัย มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมและ

ป้องกันสุขภาพคนทำงาน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโครงร่างและพัด เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การหาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากการทำงาน ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์ในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโครงร่างและพัด
2. เพื่อศึกษาอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโครงร่างและพัด

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยด้านการยศาสตร์ในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโครงร่างและพัดเป็นอย่างไร
2. อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโครงร่างและพัดเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์ และอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่ ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของ Rogers (2003) มาใช้ กล่าวคือ กระบวนการทำงานในภาพรวม คนทำงานจะสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ปัจจัยด้านการยศาสตร์เป็นหนึ่งในปัจจัยดังกล่าวที่สำคัญองค์ประกอบสำคัญได้แก่ ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม (awkward posture) การออกแรง (forceful exertion) การทำงานซ้ำ ๆ (repetitive) และความสั่นสะเทือน (vibration) ซึ่งการประเมินปัจจัยด้านการยศาสตร์สามารถประเมินได้ทั้งแบบปรนัยและแบบอัตนัย การประเมินแบบปรนัยที่นิยมในกลุ่มหัตถกรรมไม้ไผ่ ประเมินโดยใช้แบบประเมินท่าทางของร่างกายบางส่วนบนอย่างรวดเร็ว (RULA) พัฒนาโดย McAtamney and Corlett (1993) ส่วนการประเมินแบบอัตนัย ประเมิน

โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติในระบบ โครงร่างกล้ามเนื้อ ก่อให้เกิดอาการปวด เมื่อยล้า ตึงกล้ามเนื้อ บวมแดง ชาหรือรู้สึกเจ็บแปลบ เคลื่อนไหว ลำบาก (CCOHS, 2005; OSHA, 2000) ซึ่งอาจเกิด เฉียบพลันและเรื้อรัง สามารถประเมินได้โดยการใช้แบบ สัมภาษณ์อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อใน ช่วง 12 เดือนและ 7 วันที่ผ่านมา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ ปรับปรุงจากแบบสอบถามมาตรฐานนอร์ดิกของ Kuorinka et al. (1987)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงาน หัตถกรรมไม้ไฟกลุ่มโครงร่างและพืดที่ทำงานในขั้นตอน ใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนของกระบวนการผลิต โครงร่างและพืด มีลักษณะการทำงานแบบรวมกลุ่มหรือ ทำงานในสถานประกอบการ ในอำเภอต๋อยสะเก็ด และ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนแรงงานทั้งสิ้น 270 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางกำหนด กลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับ ความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 159 ราย จากนั้นคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ตามสัดส่วน (proportional sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ระยะเวลาในการ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูล ภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการด้านจริยธรรม การวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับสังเกตท่าทางการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านการยศาสตร์ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจ

สอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรง คุนวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.96 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับแรงงานหัตถกรรมไม้ไฟ กลุ่มโครงร่างและพืดที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ จะศึกษาจำนวน 12 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 สำหรับแบบสัมภาษณ์อาการผิดปกติในระบบโครงร่าง กล้ามเนื้อของ Prom-Anan, Chanprasit, and Kaewthummanukul (2006) ที่ปรับปรุงมาจากแบบ สอบถามมาตรฐานนอร์ดิก (Standardized Nordic Questionnaire [SNQ]) ของ Kuorinka et al. (1987) มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และหาความ เชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการทดสอบความเป็นปรนัย (objectivity) เพื่อทดสอบความชัดเจนของข้อคำถาม และความเหมาะสมของลำดับข้อคำถามก่อนการ รวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริง และแบบประเมิน ท่าทางของร่างกายรังค์ส่วนบนอย่างรวดเร็ว (Rapid Upper Limb Assessment [RULA]) ผู้วิจัยทำการ พิจารณาการใช้แบบประเมินดังกล่าวกับผู้เชี่ยวชาญด้าน การยศาสตร์ และทดสอบความเชื่อมั่นของการสังเกตกับ ผู้เชี่ยวชาญด้านการยศาสตร์ (inter-rater reliability) กับแรงงานหัตถกรรมไม้ไฟกลุ่มโครงร่างและพืดที่ไม่ถูก คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย คำนวณหาค่า ความเชื่อมั่นของการสังเกตท่าทางการทำงานได้เท่ากับ 1.0

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ กลุ่ม ตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.58 เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.42 อายุอยู่ในช่วง 21 ถึง 85 ปี (อายุเฉลี่ย 58.84 ปี S.D.=9.52) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 12.89-35.67 kg/m² มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 66.00 และออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 68.57 ระยะเวลาการทำงานหัตถกรรมไม้ไฟ อยู่ระหว่าง 1 ถึง 64 ปี (เฉลี่ย 29.02 ปี S.D.=15.02) มีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง ร้อยละ 61

2. ข้อมูลการสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ในส่วนของการทำางานในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.80 มีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับ 3 (ลักษณะงานที่ทำเริ่มมีปัญหาด้านการยศาสตร์ ควรพิจารณาดำเนินการปรับปรุงงานโดยเร็ว) และกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 44.02 มีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับ 4 (ลักษณะงานที่ทำมีปัญหาด้านการยศาสตร์ ต้องได้รับการปรับปรุงงานทันที) (ตารางที่ 1) สำหรับการสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในส่วนของการทำางานไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการก้มศีรษะขณะทำงาน (ร้อยละ 100) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หรือเกือบทุกราย (ร้อยละ 89.31-98.11) ระบุมีการเอียงลำตัวไปด้านข้าง เอียงศีรษะไปทางด้านข้าง งอข้อศอกขณะทำงาน บิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน นั่งทำงานต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน นั่งบนพื้น/เก้าอี้ไม่มีพนักพิง ก้มโค้งลำตัวขณะทำงาน ส่วนการออกแรง พบ กลุ่มตัวอย่างมีการออกแรงบีบ/กำมือจับสิ่งของขณะทำงาน ร้อยละ 89.94 สำหรับการทำางานซ้ำๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกแรงแขนส่วนล่างขึ้น-ลงซ้ำ ๆ ขณะทำงานและออกแรง

กระดกข้อมือขึ้น-ลงซ้ำ ๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 70.44 และร้อยละ 74.84 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

3. ข้อมูลอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ในช่วง 12 เดือนและ 7 วันที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 86.79 (ตารางที่ 3) ซึ่งครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.26) มีระดับความรุนแรงของอาการผิดปกติอยู่ในระดับน้อย และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งหมดไม่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานทั่วไป การทำากิจวัตรประจำวัน และการทำากิจกรรมทางสังคม ส่วนในช่วง 7 วันที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ร้อยละ 57.23 (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีอาการผิดปกติบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด (ร้อยละ 49.22) รองลงมาเป็นอาการผิดปกติบริเวณไหล่ (ร้อยละ 18.65) และ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา พบว่า มีอาการผิดปกติบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด (ร้อยละ 44.78) รองลงมา เป็นอาการผิดปกติบริเวณไหล่ (ร้อยละ 20.15)

ตารางที่ 1 ระดับความเสี่ยงจากทำางานของของกลุ่มตัวอย่าง (n=159)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
2 (ควรพิจารณารายละเอียดลักษณะงาน)	13	8.18
3 (เริ่มมีปัญหาด้านการยศาสตร์ ต้องปรับปรุงงานโดยเร็ว)	76	47.80
4 (ต้องปรับปรุงงานทันที)	70	44.02

ตารางที่ 2 การสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=159)

ปัจจัยด้านการยศาสตร์	มี	ไม่มี
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ทำางานไม่เหมาะสม		
ก้มศีรษะขณะทำงาน	159 (100.00)	0 (0.00)
ก้มโค้งลำตัวขณะทำงาน	156 (98.11)	3 (1.89)
นั่งบนพื้น/เก้าอี้ไม่มีพนักพิงขณะทำงาน	154 (96.86)	5 (3.14)
นั่งทำงานต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน	153 (96.23)	6 (3.77)

ปัจจัยด้านการยศาสตร์	มี	ไม่มี
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
บิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน	153 (96.23)	6 (3.77)
งอข้อศอกขณะทำงาน	152 (95.59)	7 (4.41)
เอียงศีรษะไปด้านข้างขณะทำงาน	150 (94.34)	9 (5.66)
เอียงลำตัวไปด้านข้าง	142 (89.31)	17 (10.69)
บิด/หมุนข้อมือขณะทำงาน	36 (22.64)	123 (77.36)
ยืนทำงานต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน	13 (8.18)	146 (91.82)
การออกแรง		
ออกแรงบีบ/กำมือจับสิ่งของขณะทำงาน	143 (89.94)	16 (10.06)
ยก/เคลื่อนย้ายของหนัก > 25 กก.(ผู้หญิง) และ > 55 กก.(ผู้ชาย)	24 (15.09)	135 (84.91)
ท่าทางการทำงานซ้ำๆ		
ออกแรงกระดกข้อมือขึ้น-ลงซ้ำๆ	119 (74.84)	40 (25.16)
ออกแรงแขนส่วนล่างขึ้น-ลงซ้ำๆขณะทำงาน	112 (70.44)	47 (29.56)
เคลื่อนไหวแขนส่วนล่างขึ้น-ลงซ้ำๆขณะทำงาน	49 (30.82)	110 (69.18)
กระดกข้อมือขึ้น-ลงขณะทำงาน	39 (24.53)	120 (75.47)
ความสั่นสะเทือน		
ทำงานกับเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่มีความสั่นสะเทือน	51 (32.08)	108 (67.92)

ตารางที่ 3 อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 12 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา (n=159)

กระบวนการผลิต	อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ	
	มี	ไม่มี
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
12 เดือนที่ผ่านมา	138 (86.79)	21 (13.21)
7 วันที่ผ่านมา	91 (57.23)	68 (42.77)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโคร่งร่มและพัด ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการยศาสตร์ในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโคร่งร่มและพัด

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง

(ร้อยละ 47.80) มีระดับความเสี่ยงจากท่าทางการทำงานอยู่ในระดับ 3 คือ ลักษณะงานที่ทำเริ่มมีปัญหาด้านการยศาสตร์ ควรพิจารณาดำเนินการปรับปรุงงานโดยเร็วและอีก ร้อยละ 44.02 มีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับ 4 คือ ลักษณะงานที่ทำมีปัญหาด้านการยศาสตร์ ต้องได้รับการปรับปรุงงานทันที (ตารางที่ 1)

สำหรับการสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในส่วนของท่าทางการ

ทำงานไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการก้มศีรษะขณะทำงาน (ร้อยละ 100) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หรือเกือบทุกราย (ร้อยละ 89.31-98.11) ระบุมีการเอียงลำตัวไปด้านข้าง เอียงศีรษะไปทางด้านข้าง งอข้อศอกขณะทำงาน บิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน นั่งทำงานต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน นั่งบนพื้น/เก้าอี้ไม่มีพนักพิงก้มโค้งลำตัวขณะทำงาน ส่วนการออกแรง พบ กลุ่มตัวอย่างมีการออกแรงบีบ/กำมือจับสิ่งของขณะทำงาน ร้อยละ 89.94 สำหรับท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกแรงแขนส่วนล่างขึ้น-ลงซ้ำ ๆ ขณะทำงานและออกแรงกระดกข้อมือขึ้น-ลงซ้ำ ๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 70.44 และร้อยละ 74.84 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นลักษณะการทำงานซ้ำ ๆ ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายกับการศึกษาของ Chaichanan, Chanprasit, and Kaewthummanukul (2014) ที่พบคนงานกลุ่มทำโครงรมมีการสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ในส่วนของท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ ได้แก่ การใช้มือหรือแขนทำงานซ้ำ ๆ ร้อยละ 94.25 และท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ นั่งกับพื้นตลอดระยะเวลาการทำงาน ร้อยละ 89.38 และบิดเอี้ยวตัว ก้มตัวขณะทำงาน ร้อยละ 82.30 จากผลการศึกษาบ่งบอกแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโครงรมและพัดเป็น กลุ่มที่ประสบปัญหาท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ และท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม

2. อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ แรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโครงรมและพัด

จากการศึกษาอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่กลุ่มโครงรมและพัดในช่วง 12 เดือนและ 7 วันที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 86.79 (ตารางที่ 3) ซึ่งครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 50.26) มีระดับความรุนแรงของอาการผิดปกติอยู่ในระดับน้อย และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งหมด ไม่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานทั่วไป การทำกิจกรรมประจำวัน และการทำกิจกรรมทางสังคม ส่วนในช่วง 7 วันที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ

ในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ร้อยละ 57.23 (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณาตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อทั้งในช่วง 12 เดือนและ 7 วันที่ผ่านมา พบว่า มีอาการผิดปกติบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด รองลงมาเป็นอาการผิดปกติบริเวณไหล่ ซึ่งอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่พบคล้ายกับการศึกษาในคนงานสานตะกร้าไม้ไผ่ ประเทศไทย โดยพบว่า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมามีอาการผิดปกติบริเวณหลังส่วนล่าง ร้อยละ 46.80 รองลงมาเป็นอาการผิดปกติบริเวณไหล่ ร้อยละ 41.4 (Teeratarinphong, & Suthakorn, 2014) ในขณะที่การศึกษาของ Chai-ghanan, Chanprasit, and Kaewthummanukul, (2014) พบว่า คนงานกลุ่มทำโครงรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อสูงสุด โดยมากกว่าสามในสี่มีอาการผิดปกติบริเวณไหล่ และแขน (ร้อยละ 76.52) รองลงมาเป็นอาการผิดปกติบริเวณหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 65.04)

จากการศึกษาอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ท่าทางการทำงานที่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง บิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน นั่งทำงานต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน (ตารางที่ 2) ท่าทางดังกล่าวส่งผลให้เกิดแรงกดต่อกระดูกสันหลังบริเวณเอว หมอนรองกระดูก เส้นเลือด เส้นเอ็นและเส้นประสาท การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหลังลดลง รวมถึงการหดเกร็งของกล้ามเนื้อซ้ำ ๆ จนกล้ามเนื้ออ่อนล้าทำให้เกิดอาการปวด ตึง แสบหรือชาบริเวณหลังส่วนล่างได้ (Chaiklieng & Homsombat, 2011) สำหรับอาการผิดปกติบริเวณไหล่ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การก้มและเอียงศีรษะไปด้านข้างขณะทำงาน ส่งผลให้เกิดแรงกดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอที่ระดับ C4-C5 เส้นเอ็นบริเวณคอและไหล่ถูกยึด เส้นประสาทถูกกดทับ กล้ามเนื้อหดเกร็งอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเมื่อยล้าและมีการปวดในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ได้

(Chenggalur, Rogers, & Bernard, 2004)

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 39.00 (เฉลี่ย 48.36 ชั่วโมง) ระยะเวลาการทำงานที่ต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียดและอ่อนล้า ส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (Fernandes, Dantas, & Costa de Lima, 2015; Keawduangdee et al., 2011) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 13.21 และมีภาวะอ้วน ร้อยละ 32.70 ค่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ เนื่องจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มแรงกดต่อข้อต่อ กระดูก เอ็น และกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการบาดเจ็บดังกล่าวได้ (Irving, Cook, Young, & Menz, 2007) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.00 ไม่มีการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วยให้ข้อต่อ กระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นมากขึ้น ลดการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อและส่งเสริมประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น (Nilsen, Holterman, & Mork, 2011)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพคนทำงาน ป้องกันและลดอัตราการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ดังนี้

1.1 การจัดอบรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการทำงานที่ปลอดภัย โดยการสื่อสารความเสี่ยงด้านท่าทางการทำงานที่เป็นอันตราย และให้ความรู้แก่คนงานเกี่ยวกับท่าทางการทำงานที่ถูกต้องเพื่อสร้างความตระหนักในการทำงานที่ปลอดภัยและลดอัตราการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ

1.2 การให้คำแนะนำในการบริหารร่างกายเพื่อบรรเทาอาการปวดในระบบโครงร่างกล้ามเนื้ออย่างถูก

วิธี และพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพในแรงงานหัตถกรรมไม้ไฟกลุ่มโครงร่างและพืด ทำให้สามารถค้นพบแรงงานที่ประสบปัญหาสุขภาพในระยะเริ่มแรก และให้การดูแลได้ทันเวลาที่ รวมถึงป้องกันการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในระดับที่รุนแรง

2. ด้านการบริหาร จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดนโยบายหรือมาตรฐานในการส่งเสริมสุขภาพในแรงงานหัตถกรรมไม้ไฟกลุ่มโครงร่างและพืด รวมทั้งการพัฒนาสื่อเกี่ยวกับท่าทางการทำงานที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการพยาบาลและอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ เพื่อนำไปสู่การเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในแรงงานหัตถกรรมไม้ไฟกลุ่มโครงร่างและพืด โดยการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดและป้องกันการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ

เอกสารอ้างอิง

- Barbe, M. F., & Barr, A. E. (2006). Inflammation and the pathophysiology of work-related musculoskeletal disorders. *Brain, Behavior, and Immunity*, 20(5), 423–429.
- Ban San Ton Naeo Health Promoting Hospital. (2015). *Summary of health development performance for the year 2014*. Chiangmai: Doi Saket District Public Health Office. (In Thai)
- Bhattacharya, A. (2014). Costs of occupational musculoskeletal disorders (MSDs) in the United States. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 44(3), 448-454.
- Bureau of Labor Statistics [BLS]. (2014). *Nonfatal occupational injuries and illness requiring day away from work, 2013*. Retrieved from <https://www.bls.gov/news.release/pdf/osh2.pdf>
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety [CCOHS]. (2005). Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs). Retrieved from <http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/rmirsi.html>
- Chaichanan, P., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2014). Occupational health hazards and work-related illnesses and injuries among informal workers: A case study of umbrella frame workers. *Nursing Journal*, 41(2), 49-60. (In Thai)
- Chaiklieng, S., & Homsombat, T. (2011). Ergonomic risk assessment by RULA among workers of Rom Suk broom weaving. *Srinagarind Medicine Journal*, 26(1), 35-40. (In Thai)
- Chenggalur, S. N., Rodgers, S., & Bernard, T. (2004). *Kodak's ergonomic design for people at work* (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Community Development Department, Ministry of Interior. (2004). *OTOP product information*. Retrieved from <http://cddata.cdd.go.th/otopracha/main2.php>. (In Thai)
- Dianat, I., Kord, M., Yahyazade, P., Karimi, M. A., & Stedmon, A. W. (2015). Association of individual and work-related risk factors with musculoskeletal symptoms among Iranian sewing machine operators. *Applied Ergonomics*, 51, 180-188.
- Dunning, K. K., Davis, K. G., Cook, C., Kotowski, S. E., Hamrick, C., Jewell, G., & Lockey, J. (2010). Costs by industry and diagnosis among musculoskeletal claims in a State workers compensation system: 1999-2004. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(3), 276-284.
- Escorpizo, R. (2008). Understanding work productivity and its application to work-related musculoskeletal disorders. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 38(3-4), 291-297.
- Fernandes, F., Dantas, O., & Costa da Lima, K. (2015). The relationship between physical load and musculoskeletal complaints among Brazilian dentists. *Applied Ergonomics*, 47, 93-98.
- Habibi, E., Zare, M., Haghi, A., Habibi, P., & Hassanzadeh, A. (2012). Assessment of physical risk factors among artisans using occupational repetitive actions and Nordic questionnaire. *International Journal of Environmental Health Engineering*, 1(8), 1-6.
- International Ergonomics Association [IEA]. (2000). *Definition and domains of ergonomics*. Retrieved from <http://www.iea.cc/whats/>

- Irving, D. B., Cook, J., Young, M. A., & Menz, H. B. (2007). Obesity and phonated foot type may increase the risk of chronic plantar heel pain: amatched case-control study. *BioMed Central Musculoskeletal Disorder*, 8, 41. doi:10.1186/147-247-8-41
- Keawduangdee, P., Puntumetakul, R., Siritaratiwat, W., Boonprakob, Y., Wanpen, S., Rithmark, P., & Thavornpitak, Y. (2011). The prevalence and associated factors of working posture of low back pain in the textile occupation (fishing net) in Khon Kaen province. *Srinagarind Medicine Journal*, 26(4), 317-324. (In Thai)
- Krejcie, R., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G., & Jorgensen, K. (1987). Standardised nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms, *Applied Ergonomics*, 18(3), 233-237.
- McAtamney, L., & Corlett, E. N. (1993). RULA: A survey method for the investigation of workrelated upper limb disorder. *Applied Ergonomics*, 24(2), 91-99.
- Ministry of Labor. (2006). *Wood furniture industry*. Retrieved from <http://library.dip.go.th/multim/edoc/09548.pdf>. (In Thai)
- Nejad, N. H., Choobineh, A., Rahimifard, H., Haiddri, H. R., & Tabatabaei, S. H. R. (2013). Musculoskeletal risk assessment in small furniture manufacturing workshops. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 19(2), 275-284.
- Nilsen, T. I. L., Holtermann, A., & Mork, P. I. (2011). Physical exercise, body mass index, and risk of chronic pain in the low back and neck/shoulders: longitudinal data from the Nord-Trondelag health study. *American Journal of Epidemiology*, 174(3), 267-273.
- Occupational Safety and Health Administration. (2000). *Ergonomics: The study of work*. Retrieved from <https://www.osha.gov/Publications/osha3125.pdf>
- Parimalam, P., Balakamakshi, K., & Ganguli, A. K. (2006). Musculoskeletal problems of woman bamboo workers in Madurai, India. *Human Factors & Ergonomics Society of Australia 42nd Annual Conference*, 1-6.
- Peolsson, A., Marstien, E., MaNamara, T., Nolan, D., Sjaaberg, E., Peolsson, M., ... O'Leary, S. (2014). Does posture of the cervical spine influence dorsal neck muscle activity when lifting. *Manual Therapy*, 19(1), 32-36.
- Prom-Anan, P., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T., (2006). Ergonomic factor and prevalence rate of musculoskeletal disorders among workers in furniture industry. *Journal of health science*, 15(6), 923-930. (In Thai)
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing concept and practice*. USA: Philadephia.

- Social Security Office. (2014). *Annual report 2013 compensation fund*. Retrieved from <http://www.sso.go.th/wpr/uploads/uploadImages/file/AnnualReportBook2556.pdf>. (In Thai)
- Social Security Office. (2015). *Compensation fund statistics 2015*. Retrieved from <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=801>. (In Thai)
- Soytas, U. (2006). Physical and ergonomic hazards in the textile, chemical, food, metal products, and woodworking industries in Turkey. *International Journal of Occupational Environment and Health*, 12(1), 35-41.
- Sukdee, C., Chanprasit, C., & Songkham, W. (2010). Health status and health protective behaviors among wooden furniture workers in small and medium sized. *Thai Journal of Nursing Council*, 25(3), 121-139. (In Thai)
- Teeratarinphong, J., & Suthakorn, W. (2014). Prevalence of musculoskeletal disorders and working postures among bamboo basket weavers. *Journal of Public Health*, 44(3), 273-287. (In Thai)
- Walsh, N. E., Brooks, P., Hazes, J. M., Walsh, R. M., Dreinhofer, K., Woolf, A. D., ... Lidgren, L. (2008). Standards of care for acute and chronic musculoskeletal pain: The bone and joint decade (2000-2010). *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 89(9), 1830-1845.



พฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของแรงงานนอกระบบ: เกษตรกรปลูกข้าวโพด

Working Behaviors and Lifestyle Among Informal Workers: Corn Farmers

ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ *	Chawapornpan Chanprasit *
วรินทร์ จรุงโรจน์สกุล **	Waruntorn Jongrungrotsakul **
ธานี แก้วธรรมานุกุล **	Thanee Kaewthummanukul **
รุจาธร อินทรตุล ***	Rujadhorn Indratula ***

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพหนึ่งที่สำคัญมีผลต่อภาวะสุขภาพของคนทำงาน การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 339 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .99 และทดสอบความเชื่อมั่นทั้งในส่วนพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตได้ค่าในระดับ ที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.80 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.2 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย (การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย ส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามหลักการการทำงานที่ปลอดภัย) อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง ร้อยละ 16.81 มีพฤติกรรม การทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสาม (ร้อยละ 63.72) มีวิถีชีวิตที่ปลอดภัย (การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การพักผ่อนและนอนหลับ และการไม่ใช้สารเสพติด) อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 17.99 ที่มีวิถีชีวิตที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ทีมบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตาม ความเสี่ยงของเกษตรกรปลูกข้าวโพดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมทั้งเฝ้าระวังทางสิ่งแวดล้อม จัดการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำงานและวิถีชีวิตเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากการทำงาน ก่อให้เกิดการทำงานที่ปลอดภัยส่งผลต่อการมี คุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: พฤติกรรมการทำงาน วิถีชีวิต เกษตรกรปลูกข้าวโพด แรงงานนอกระบบ

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Associate professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 21 พฤษภาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 29 พฤศจิกายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 11 มีนาคม 2562

Abstract

Working behaviors and lifestyle are the significance health determinants affecting the health status of workers. This descriptive study aimed to examine working behaviors and lifestyles among 339 corn farmers working in Chiang Mai province, chosen through purposive sampling. Data collection was conducted using the interview form which were developed from literature review. A panel of experts confirmed the content validity of the instrument, which received a content validity index of 0.99. The reliability was also tested and found to be acceptable, with working behaviors and lifestyle receiving scores of 0.80 and 0.94 respectively. Data analysis was performed using descriptive statistics.

The findings showed that 65.2 percent of the sample performed safe working behaviors (use of personal protective equipment, and safety work practices) at a medium level; only 16.81 percent was at a high level. In addition, nearly two thirds (63.72%) of the sample performed a safe lifestyle (food consumption, physical activity, rest and sleep, and non-drug use) are at a medium level; 17.99 percent was found at a high level

The results of this study indicated that healthcare provider team should recognize the significance of health risk surveillance among corn farmers. Such surveillance should be implemented systematically and continuously. Also, healthcare provider team should operate with environmental surveillance and disseminate health information to corn farmers. Furthermore, health risk communication contributing to modified working behavior and lifestyle needs to be managed in order to reduce occupational risk. This will result in a higher level of safety and quality of life among these corn farmers.

Keywords: Working Behavior, Lifestyle, Corn Farmer, Informal Workers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มแรงงานสำคัญในระบบเศรษฐกิจ (International Labour Organization, 2018) โดยเฉพาะประเทศไทยมีการขยายตัวของแรงงานนอกระบบจากการลดต้นทุนการผลิตของภาคอุตสาหกรรมประกอบกับแรงงานจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในการเข้าสู่ระบบการจ้างงานอย่างเป็นทางการ ส่งผลให้เกิดการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการหรือแรงงานนอกระบบเพิ่มขึ้น จากรายงานผลการสำรวจแรงงานนอกระบบของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2561 พบว่าแรงงานนอกระบบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 20.8 ล้านคนในปี 2560 เป็น 21.2 ล้านคน โดยแรงงานนอกระบบ

ร้อยละ 55.5 ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม รองลงมา เป็นภาคการบริการและการค้าร้อยละ 33.2 และภาคการผลิตร้อยละ 11.3 ตามลำดับ (National Statistic Office, 2018a) จากสถิติดังกล่าวเห็นได้ว่าแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรมนับเป็นกลุ่มแรงงานที่มีสัดส่วนสูงเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ อย่างไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า แรงงานนอกระบบมีความเสี่ยงทางด้านภาวะสุขภาพจากการทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (Molineri, Signorini, & Tarabla, 2015; Suthakorn, Kaewthummanukul, & Tantranon, 2018) มีรายงานระบุว่า ในปี 2561 กลุ่มแรงงานนอกระบบจำนวน 6.7 ล้านคน

หรือร้อยละ 31.6 ของแรงงานนอกระบบทั้งหมด เกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานสูงถึงร้อยละ 73.1 โดยมีสาเหตุจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ร้อยละ 46.3 และจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยร้อยละ 40.3 (National Statistical Office, 2018a) ทั้งนี้ลักษณะความรุนแรงของปัญหาหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบริบทการทำงานของแต่ละอาชีพเป็นสำคัญ

เกษตรกรปลูกข้าวโพดเป็นหนึ่งในอาชีพที่พบมากของแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม เนื่องจากข้าวโพดเป็นพืชเศรษฐกิจมีความสำคัญและมีความต้องการสูงในอุตสาหกรรมอาหาร (National Statistical Office, 2018b) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุกลุ่มเกษตรกรมีการสัมผัสปัจจัยอันตรายที่สำคัญในสภาพแวดล้อมการทำงานทั้งด้านกายภาพ เคมี การยศาสตร์ และชีวภาพ (Molineri et al., 2015; Suthakorn et al., 2018) ปัจจัยอันตรายด้านกายภาพที่พบบ่อย ได้แก่ เสียงดัง ความร้อน และความสั่นสะเทือน (Suthakorn et al., 2018) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกร โดยเฉพาะการเกิดการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังที่เกินค่ามาตรฐาน ปัจจัยอันตรายด้านเคมี เช่น ฝุ่น สารกำจัดศัตรูพืชและสารเคมีทางการเกษตรอื่น ๆ ก่อให้เกิดอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจและเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Stocks, Turner, Carder, Hussey, McNamee, & Agius, 2010) สำหรับปัจจัยอันตรายด้านการยศาสตร์ที่เกิดจากท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม การทำงานซ้ำซาก ลักษณะการยกหรือเคลื่อนย้ายวัตถุสิ่งของที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal disorders) (Stocks et al., 2010) และปัจจัยอันตรายด้านชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคต่าง ๆ ที่ปะปนในสิ่งแวดล้อมการทำงาน ทำให้เกิดโรคติดต่อต่าง ๆ (Yoosuk, 2012) กลุ่มเกษตรกรจึงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพในแง่คุณภาพของวิถีชีวิตคนทำงานและด้านเศรษฐกิจ ส่งผลต่อรายได้และ

ความสามารถในการทำงานลดลง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่สำคัญตามมา (Osborne et al., 2011) นอกจากนี้กลุ่มเกษตรกรยังต้องเผชิญความเสี่ยงหรือปัจจัยอันตรายจากสภาพการทำงานที่ต่ำกว่ามาตรฐานหรือไม่ปลอดภัย (National Statistical Office, 2018a) ไม่ว่าจะเป็นการทำงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคม การออกแบบอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องจักรที่ไม่เหมาะสมกับสภาพการทำงาน การทำงานกับเครื่องจักรหรือเครื่องมืออุปกรณ์ที่ชำรุด รวมทั้งบริเวณพื้นที่ในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น พื้นที่คับแคบ พื้นเปียกชื้น มีโคลน น้ำขัง เป็นต้น ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุหรือการได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน

จากปัจจัยอันตรายในทั้งจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรมโดยเฉพาะเกษตรกรมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ทั้งเป็นกลุ่มแรงงานที่ทำงานในลักษณะจ้างตนเองไม่ได้รับความคุ้มครอง ไม่มีหลักประกันทางสังคมหรือความมั่นคงในการทำงาน รวมถึงไม่มีกฎหมายในการคุ้มครองดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเหมือนเช่นแรงงานในระบบ (National Statistical Office, 2018a) จึงมีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพต้องให้ความสนใจภาวะสุขภาพของเกษตรกร เพื่อให้เกษตรกรเกิดความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งมาตรการความปลอดภัยในการทำงานที่เน้นพฤติกรรมป้องกันในระดับบุคคลมีความจำเป็นที่จะช่วยป้องกันคนงานไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการสัมผัสกับปัจจัยอันตรายจากสภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (Mokhtari, 2007; Rogers, 2003) ดังนั้นในบริบทการทำงาน พฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตที่ปลอดภัย จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้คนงานสามารถป้องกันตนเองจากการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงาน รวมทั้งการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งในการทำงานและวิถีชีวิตประจำวัน การป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ ตลอดจนการเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของ

ร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน (Rogers, 2003)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เป็นการลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องจากงาน ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากงานและการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Occupational Safety and health administration [OSHA], 1999; United States Department of Labour, 2006) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของคณงานเป็นพฤติกรรมปกป้องที่สำคัญในการป้องกันสุขภาพของคณงานจากการสัมผัสปัจจัยอันตรายและอุบัติเหตุจากการทำงาน จากรายงานการเกิดอุบัติเหตุในประเทศฮ่องกง พบว่าการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทำให้คณงานก่อสร้างรอดชีวิตจากการตกจากอาคารสูง (The Hong Kong Polytechnic University and Department of Building & Real Estate, 2005) ในกระบวนการทำงานปลูกข้าวโพด เกษตรกรมีโอกาสสัมผัสฝุ่น เสียงดัง ความร้อน และสารเคมีทางการเกษตรขณะทำงาน จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามการเลือกใช้อุปกรณ์ดังกล่าวต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทการทำงาน มีการศึกษาระบุว่า การไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตกระป๋องเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Khantharujee, 2005) จากลักษณะการทำงานปลูกข้าวโพด เกษตรกรต้องทำงานกับเครื่องจักรและอุปกรณ์ไฟฟ้าในการทำงาน รวมทั้งอุปกรณ์ที่มีความคมส่งผลให้เกษตรกรเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ได้แก่ การใช้เครื่องมือเครื่องจักร อุปกรณ์อย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับงาน ไม่ถอดที่ป้องกันเครื่องจักรออก ไม่หยอกล้อขณะทำงาน การยกของด้วยท่าทางที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความพร้อมทั้งด้านสภาพร่างกายและจิตใจขณะทำงาน จึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Heinrich, 1959;

Yoosuk, 2012) นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัยในกระบวนการทำงานปลูกข้าวโพด เช่น การทำงานกับเครื่องจักรที่ไม่ได้ติดตั้งเครื่องป้องกันอันตราย การจัดสภาพพื้นที่ทำงานไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย (United States Department of Labour, 2016) รวมทั้งความสะอาดในบริเวณที่ทำงาน การจัดสถานที่ทำงานและการใช้เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับคณงาน ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานได้ (Silapasuan, 2015; Yoosuk, 2012) การทำงานในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยจะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บจากการทำงาน (Thetkatuk, 2013)

วิถีชีวิตที่ปลอดภัย เป็นการลดความเสี่ยงจากวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ สมรรถภาพการทำงานและผลผลิตของคณงาน ได้แก่ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การพักผ่อนและการจัดการความเครียด การไม่ใช้สารเสพติด (Blix, 1999; O' Donnell, 2002) การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สามารถป้องกันการเกิดโรค เสริมสร้างความแข็งแรงให้แก่ร่างกาย และช่วยให้ร่างกายมีพลังงานเพียงพอในการทำงาน (Edelman & Mandel, 2006) ส่วนกิจกรรมทางกายมีการศึกษา พบว่า กิจกรรมทางกายโดยเฉพาะการออกกำลังกายสามารถช่วยลดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการปวดหลังส่วนล่างได้ (Kaplansky, Wei, & Reecer, 2006) ส่วนการพักผ่อนและการจัดการความเครียด มีรายงานระบุว่า การนอนหลับที่เพียงพอ เป็นการสะสมพลังงานเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้การใช้ความคิด ตัดสินใจ จัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เป็นไปได้ด้วยดี และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น (Hill & Smith, 1990) สำหรับการใช้สารเสพติด เช่น การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และคาเฟอีน จะช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2018) ทั้งนี้เนื่องจาก

การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Edelman & Mandel, 2006; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2020) จากการศึกษาในกลุ่มคนวัยทำงานที่ได้รับอันตรายจากการสัมผัสกับปัจจัยคุกคามสุขภาพในการทำงานพบว่า ร้อยละ 31 มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Conrad, Furner, & Qian, 1999) ในขณะที่การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในปริมาณที่มากเกินไป จะทำให้เกิดอาการกระวนกระวาย หงุดหงิดใจสั้น นอนไม่หลับ ส่งผลให้ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการทำงานลดลง จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนกับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานโรงงาน หลอมโลหะพบว่า เฉพาะปริมาณคาเฟอีน ที่ได้รับการดื่มชา กาแฟ โกโก้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานดื่มชา กาแฟ โกโก้ เฉลี่ย 55.34 มิลลิกรัมต่อวัน (Butrungsamrungs, Thirimanat, & Lomphong, 2005) ส่วนพฤติกรรมสูบบุหรี่นอกจากจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ยังส่งผลให้คนทำงานขาดงานมากขึ้น ปริมาณผลผลิตจากการทำงานลดลง และเพิ่มจำนวนการลาออกจากงานของคนทำงาน เนื่องจากการเจ็บป่วย (WHO, 2014) มีรายงานการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียผลผลิต เป็นจำนวนเงินถึง 92 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (CDC, 2017) ดังนั้นการศึกษาทั้งพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตที่ปลอดภัยจึงมีความสำคัญเนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อทั้งผลผลิตและความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในกลุ่มคนงานจังหวัดเชียงใหม่เป็นหนึ่งในภาคเหนือที่มีจำนวนเกษตรกรปลูกข้าวโพดในสัดส่วนสูงเมื่อเทียบกับจังหวัดในภาคอื่นในประเทศไทย จากการศึกษาภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของเกษตรกรปลูกข้าวโพดจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า เกษตรกรปลูกข้าวโพดเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (ร้อยละ

80.2) มีอาการเครียดจากรายได้ไม่แน่นอน (ร้อยละ 76.7) มีอาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 62.3) คัดจมูก น้ำมูกไหล (ร้อยละ 62.9) และมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย กระหายน้ำ (ร้อยละ 58.1) ตามลำดับ ส่วนการบาดเจ็บจากงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาพบร้อยละ 11.2 โดยมีสาเหตุจากเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่มีคมตัดบาดที่มเท้า พบร้อยละ 48.5 (Chanprasit, Jongrungsakul, Kaewthummanukul, & Jaiwilai, 2019) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเกษตรกรปลูกข้าวโพดเป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดการเจ็บป่วยและประสบอันตรายจากการทำงานจากการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงาน ทั้งจากสภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงาน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากการทำงาน จึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของเกษตรกรปลูกข้าวโพด จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกษตรกรปลูกข้าวโพดมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของเกษตรกรปลูกข้าวโพด

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของเกษตรกรปลูกข้าวโพดเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของเกษตรกรปลูกข้าวโพด ประยุกต์แนวคิดทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย กล่าวคือ จากกระบวนการทำงานปลูกข้าวโพด เกษตรกรต้องสัมผัสกับปัจจัยอันตรายจากการทำงานทั้งจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านการยศาสตร์และ

ด้านชีวภาพ รวมถึงสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ที่อาจก่อให้เกิดการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ ทั้งนี้การมีพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตที่ปลอดภัย จะสามารถช่วยลดผลกระทบต่อการเบี่ยงเบนภาวะสุขภาพ ป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากสภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย โดยพฤติกรรมจากการทำงานที่ปลอดภัย ประกอบด้วย การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามหลักการการทำงานที่ปลอดภัย ส่วนวิถีชีวิต ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การไม่ใช้สารเสพติด การพักผ่อนและการจัดการความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประชากร คือกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดในจังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดอำเภอเชียงดาว อำเภอฮอดและอำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นอำเภอที่มีกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดในสัดส่วนสูงสุดในจังหวัดเชียงใหม่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จของ Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว ตำบลบ่อหลวง อำเภอฮอด และตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นเกษตรกรที่ทำงานอยู่ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของการปลูกข้าวโพด ได้แก่ การเตรียมดิน การปลูก การบำรุงรักษาและการเก็บเกี่ยว 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีประสบการณ์ในการปลูกข้าวโพดไม่น้อยกว่า 3 เดือน และ 4) สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทย ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจำนวน 339 ราย ทำการศึกษาทุกราย เพราะจัดเป็นกลุ่มเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของเกษตรกรปลูกข้าวโพดซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การประกอบอาชีพและภาวะสุขภาพทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการทำงานในอดีตและปัจจุบันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย

2. พฤติกรรมการทำงาน มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และ 2) พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักการการทำงานที่ปลอดภัย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1) ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง ปฏิบัติตามกิจกรรมที่ระบุไว้อย่างสม่ำเสมอหรือทุกวัน 2) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) หมายถึง ปฏิบัติตามกิจกรรมที่ระบุไว้บางครั้ง และ 3) ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมที่ระบุไว้เลย

3. วิถีชีวิต มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การบริโภคอาหาร จำนวน 8 ข้อ 2) กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ 3) การไม่ใช้สารเสพติด จำนวน 4 ข้อ และ 4) การพักผ่อนและการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1) ทำเป็นประจำ (2 คะแนน) หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกวัน 2) ทำบางครั้ง (1 คะแนน) หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง และ 3) ไม่เคยทำ (0 คะแนน) หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

การแปลผลความหมายคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิต ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ $\bar{X} \pm 1SD$ เป็นตัวแบ่งในการกำหนดช่วงคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและ

ระดับต่ำ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของเกษตรกรปลูกข้าวโพดผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 ท่าน เป็นแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่านและพยาบาลอาชีวอนามัยจำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI] เท่ากับ .99 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ทั้งในส่วนพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตได้ค่าในระดับที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.80 และ 0.94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 006/2559 หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายเวลาและสถานที่กับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานแต่ละพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 339 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละคนประมาณ 15-20 นาที รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิต นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.2 เป็นเพศหญิงมีอายุอยู่ในช่วง 17-89 ปี (อายุเฉลี่ย 42.4 ปี, S.D.=13.9) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.7 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.8 ไม่ได้เรียนหนังสือและเกือบหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.0) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 200-150,000 บาท (Median=3,333 บาท) กว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 62.8 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และมีรายได้ไม่พอใช้เป็นหนี้ ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการทำงานอยู่ในช่วง 1-46 ปี (ค่าเฉลี่ย 8.4 ปี, S.D.=6.7, Median=6.0) กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการทำงานต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 59.9 มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 45.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (S.D.=13.1) มีการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 62.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 94.4 ไม่เคยได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัยหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์ปกติ โดยร้อยละ 13.3 มีภาวะอ้วน นอกจากนี้ร้อยละ 21.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56.2) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 12.5) และปวดบริเวณข้อและกระดูก (ร้อยละ 10.0) โดยร้อยละ 75.2 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

2. พฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิต

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง (การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย) อยู่ในระดับปานกลางด้วยสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 65.2) มีเพียง

ร้อยละ 16.81 ที่มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ส่วนวิถีชีวิตที่ปลอดภัย (การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การพักผ่อนและนอนหลับ และการไม่

ใช้สารเสพติด) มีสัดส่วนสูงสุดที่ใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.72) และมีร้อยละ 17.99 ที่มีวิถีชีวิตที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=339)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการทำงาน		
สูง (คะแนน > 34.73)	57	16.81
ปานกลาง (คะแนน 18.35-34.73)	221	65.20
ต่ำ (คะแนน < 18.35)	61	17.99
พิสัย = 2-42		
\bar{X} (S.D.) = 26.54 (8.19)		
วิถีชีวิต		
สูง (คะแนน > 22.77)	61	17.99
ปานกลาง (คะแนน 16.09-22.77)	216	63.72
ต่ำ (คะแนน < 16.09)	62	18.29
พิสัย = 8-29		
\bar{X} (S.D.) = 19.43 (3.34)		

พฤติกรรมการทำงาน ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการเปลี่ยนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเมื่อชำรุดทุกครั้ง ด้วยสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกลุ่มตัวอย่างมีการทำความสะอาดและจัดเก็บรักษาอุปกรณ์ทุกครั้งหลังใช้งาน (ร้อยละ 46.0) และตรวจสอบสภาพความพร้อมของอุปกรณ์ทุกครั้งก่อนใช้งาน (ร้อยละ 45.7) มีเพียงร้อยละ 41.0 ที่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงานทุกครั้ง ส่วนด้านการปฏิบัติตามหลักการการทำงานที่ปลอดภัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.1 งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนหรือขณะทำงาน ขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.4-75.2 ไม่ปฏิบัติงานกับเครื่องจักรหรืออุปกรณ์ที่ชำรุด หลีกเลี่ยงทั้งการกินยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงนอนและ ปฏิบัติงานเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ที่น่าสนใจกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.7 ไม่เคยใช้เครื่องทุ่นแรงเมื่อต้องเคลื่อนย้ายหรือยกของหนัก

วิถีชีวิตในส่วนของพฤติกรรมบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 3 มื้อ (ร้อยละ 88.8) และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน (ร้อยละ 82.3) เป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 56.3 รับประทานอาหารเช้าที่มีกากใยเป็นประจำ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงหนึ่งในสามที่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด ด้านกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.9 มีกิจกรรมทางกายเพื่อเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายขณะอยู่บ้านเป็นประจำ ที่น่าสนใจมีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 46.9 ที่มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ/เคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายระหว่างทำงานเป็นประจำ ด้านการไม่ใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.9 ไม่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.5-76.4 ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมดังต่อไปนี้ ใช้ยาหรือดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มชา กาแฟ มากกว่า 2 แก้ว/วัน และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สำหรับพฤติกรรมการทำงานและการจัดการกับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87.6 นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงเป็นประจำ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.9 ไม่เคยใช้ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาทเมื่อนอนไม่หลับ และกลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสามสามารถจัดการกับความเครียดได้

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตของเกษตรกรปลูกข้าวโพด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.2 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย (การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามหลักการการทำงานที่ปลอดภัย) อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 16.81 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ส่วนวิถีชีวิตที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสาม (ร้อยละ 63.72) มีวิถีชีวิตที่ปลอดภัย (การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การพักผ่อนและนอนหลับ และการไม่ใช้สารเสพติด) อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 17.99 ที่มีวิถีชีวิตที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) การที่ระดับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากปัจจัยที่สำคัญหลายประการ อาทิเช่น การได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัย อายุและประสบการณ์การทำงาน รายได้ รวมทั้งการมีโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) การได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัย เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง เพราะการได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัยมีความสำคัญต่อพฤติกรรมหรือการกระทำที่ปลอดภัย จึงสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน จากผลการทดสอบทางสถิติพบว่า การได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.2 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) และกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัยร้อยละ 94.4

จึงชี้ให้เห็นว่า การได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัยอาจยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง หรือยังไม่สามารถกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักในความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล โดยเฉพาะการเสริมสร้างความตระหนักเป็นขั้นแรกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไป (Rogers, 2003) จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 16.81 (ตารางที่ 1) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 33.0) และไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 50.8) อาจส่งผลถึงความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับหรืออาจเป็นเหตุให้มีโอกาสน้อยในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในประเด็นการทำงานที่ปลอดภัยหรือพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ทั้งระดับการศึกษาหรือการได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัยถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Orem, 2001) โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องชัดเจนจะนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006)

2) อายุและประสบการณ์การทำงาน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความแตกต่างในการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพทั้งในการทำงานและดำเนินวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจ และรับผิดชอบต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพได้ดี (Orem, 2001; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 25.7) และ 40-49 ปี (ร้อยละ 23.3) (เฉลี่ย 42.4 ปี) ถ้าพิจารณาจากอายุเฉลี่ยจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยผู้ใหญ่ถือเป็นวัยที่มีประสบการณ์ต่าง ๆ ร่วมกับการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง มีความรับผิดชอบต่อการมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั่วไปได้ดีกว่าวัยอื่น ส่วนประสบการณ์ทำงานจะทำให้สามารถพิจารณาและวิเคราะห์ตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผลและ

มีความรับผิดชอบในการดูแลความปลอดภัยในสุขภาพ (Edelman & Mandel, 2006) จากการทดสอบทางสถิติพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 8.4 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้สัมผัสประสบการณ์มาช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีป้องกันตนเองหรือการปฏิบัติงานที่ดีมากขึ้น และอาจส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน (Edelman & Mandel, 2006; Pender et al., 2006) ดังนั้นผู้ที่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานสามารถเรียนรู้และปฏิบัติงานได้ดี (Mullen, 2004) มีการศึกษากลุ่มเกษตรกรในออสเตรเลียพบว่า วิญญาณมีความปลอดภัยสูงจากการทำงานมากกว่าวัยสูงอายุเนื่องจากยังขาดประสบการณ์การทำงาน รวมทั้งขาดทักษะในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Australian Safety and Compensation Council, 2006) จึงเป็นไปได้ว่า ทั้งอายุร่วมกับประสบการณ์การทำงานมีผลต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น เกษตรกรในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เกษตรกรประเทศสหรัฐอเมริกามีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ มีพฤติกรรมความปลอดภัยในระดับสูง ซึ่งในกลุ่มนี้ร้อยละ 77.10 มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (Stallones & Beseler, 2004) โดยสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป สูงกว่าในการศึกษาในปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ต่าง ๆ ทั้งประสบการณ์การทำงานและวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงส่งผลให้มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

3) รายได้ เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตที่ปลอดภัย เมื่อบุคคลมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี ย่อมมีโอกาสในการแสวงหาปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพได้ดีหรือ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Pender, Murdaugh, & Parsons,

2006) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 62.8 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (เฉลี่ย 3,333 บาทต่อเดือน) เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ในการศึกษารั้งนี้กับรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนทั่วประเทศพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนทั่วประเทศมีสัดส่วนที่สูงกว่า คือ 26,371 บาทต่อเดือน (Thai Civil Rights and Investigative Journalism [TCIJ], 2020) สัดส่วนรายได้ในการศึกษารั้งนี้ของกลุ่มตัวอย่างที่ต่ำกว่า อาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในวิถีชีวิตที่ดีต่อการดูแลและป้องกันสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งการซื้ออุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อการป้องกันอันตรายจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานได้อย่างเหมาะสมและราคาของอุปกรณ์ดังกล่าวค่อนข้างแพง ทำให้เป็นอุปสรรคและดูเหมือนไม่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยออกกกำลังกาย (ร้อยละ 70.2) กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (ร้อยละ 32.5) สอดคล้องกับการศึกษาของเกษตรกรในประเทศกรีซ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.0 ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น ผ้าปิดปากผิดจุก ถุงมือ รองเท้าบูท เนื่องจากอุปกรณ์ดังกล่าวราคาแพง (Damalas, Georgiou, & Theodorou, 2006) ดังนั้นเป็นไปได้ว่า รายได้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

4) โรคประจำตัว เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิต ทั้งนี้เพราะบุคคลที่มีโรคประจำตัวจะมีการรับรู้ต่อประสบการณ์และการป้องกันการเกิดโรค ส่งผลให้บุคคลเกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตที่เหมาะสม (McQueen, 2012) จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 21.2 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56.2) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 12.5) และอาการปวดตามข้อและกระดูก (ร้อยละ 10.0) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีชีวิตของกลุ่ม

ตัวอย่างพบว่า มีเพียงร้อยละ 9.2 ของกลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ร้อยละ 36.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดและมีไขมันสูงมีเพียงร้อยละ 33.3 และ 26.0 ตามลำดับ พฤติกรรมดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วย โดยเฉพาะเมื่อบุคคลรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการมีพฤติกรรมการทำงานออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม จึงอาจส่งผลให้บุคคลมี วิถีชีวิตในการปกป้องสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้น (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) จึงอาจเป็นไปได้ที่ความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวเป็นตัวกำหนดให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในการทำงานและวิถีชีวิตทั่วไปที่เหมาะสมเพื่อปกป้องดูแลมิให้ความเจ็บป่วยหรือโรครมีความรุนแรงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานและส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน อาทิ การจัดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโดยการให้ความรู้ การฝึกอบรมหรือการฝึกปฏิบัติด้านการทำงานที่ปลอดภัย เน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การปฏิบัติงานตามหลักการทำงานที่ปลอดภัยเพื่อก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยได้เหมาะสมกับบริบท

และสภาพการทำงานที่แท้จริงของกลุ่มเกษตรกร รวมถึงการสร้างเสริมพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตที่ปลอดภัยเพื่อลดการเกิดปัญหาจากการทำงานและสุขภาพทั่วไป โดยประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมพิจารณาหาแนวทางสร้างเสริมพฤติกรรมการทำงานและวิถีชีวิตที่ปลอดภัยในการป้องกันการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากงาน

2. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนงานในด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงาน ทั้งยังเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวิเคราะห์การทำงานของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดในเชิงลึกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหรือวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน ทั้งการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามหลักการการทำงานที่ปลอดภัย ทั้งนี้อาจพิจารณาใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยเริ่มจากการวางแผน ลงมือปฏิบัติ การสะท้อนปัญหาและการประเมินผล เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

- Australian Safety and Compensation Council. (2006). *Estimating the number of work-related traumatic injury fatalities in Australia*. Retrieved from <http://www.safeworkaustralia.gov.au/swa/AboutUs/AboutSafeWorkAustralia/>
- Blix, A. (1999). Integrating occupational health protection and health promotion. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 47(4), 168-171.

- Butrumbamrung, N., Thirimanat, T., & Lomphong, S. (2005). The relationship between caffeine drink consumption behavior and workplace accident of metal founders in Chon Buri Province. *Journal of Safety and Environment*, 15(3), 39-50. (In Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2017). *Cigarette smoking among adults-United States*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5644a2.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2018). *Dangers of mixing alcohol and energy drinks*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/caffeine-and-alcohol.htm>
- Chanprasit, C., Jongrungsakul, W., Kaewthummanukul, T., & Jaiwilai, W. (2019). Occupational and environmental health situations among corn farmers. *Nursing Journal*, 46(1): 4-16. (in Thai)
- Conrad, K. M., Furner, S. E., & Qian, Y. (1999). Occupational hazard exposure and at risk drinking. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 47(1), 9-16.
- Damalas, C. A., Georgiou, E. B., & Theodorou, M. G. (2006). Pesticide use and safety practices among Greek tobacco farmers: A survey. *International Journal of Environmental Health Research*, 16(5), 339-348.
- Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2006). *Health promoting throughout the lifespan* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Heinrich, H. W. (1959). *Industrial accident prevention* (4th ed.). New York: McGraw-HillBook.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). *Self-Care nursing: Promotion of health* (2nd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- International Labour Organization. (2018). *Informal economy*. Retrieved from https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_627189/lang-en/index.htm
- Kaplansky, B. D., Wei, F. Y., & Reecer, M. V. (2006). Preventive strategies for occupational low back pain. In B.D. Kaplansky (Ed), *Occupational low back pain: Aggressive nonsurgical care*. London: CRC.
- Khantharujee, N. (2005). *Factors affecting accidents in the can industry, Samut Sakhon Province* (Master's thesis of Education, Phranakhon Rajabhat Institute). (In Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- McQueen, D. V. (2012). *Illness and sick- role behavior*. Retrieved from <http://www.answers.com/topic/illness-and-sick-rolebehavior?cat=health>
- 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 Remote Health*, 15(2), 1-8.
- Mullen, J. (2004). Investigating factors that influence individual safety behavior at work. *Journal of Safety Research*, 35, 275-285.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2020). *Alcohol's effects on the body*. Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohols-effects-body>
- National Statistical Office. (2018a). *The Informal employment survey 2018*. Retrieved from www.nso.go.th (In Thai)
- National Statistical Office. (2018b). *Corn planting: Area, product, and product per 1 Rai from 2009 to 2018*. Retrieved from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/11.aspx> (In Thai)
- O'Donnell, M. P. (2002). *Health promotion in the workplace* (3rd ed.). USA: Delmar.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Osborne, A., Blake, C., Fullen, B. M., Meredith, D., Phelan, J., McNamara, J., & Cunningham, C. (2011). Risk factors for musculoskeletal disorders among farm owners and farm workers: A Systematic review. *AJIM*, *55*, 376-389.
- Occupational Safety and health administration [OSHA]. (1999). *A guide for protecting workers from woodworking hazards*. Retrieved from <http://www.osha.gov/publications/osha3157.pdf>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2006). *Health Promotion in nursing practices* (5th ed.). New York: Appleton & Lange.
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concept and practices* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Silapasuwan, P. (2015). *Occupational health nursing: Concept and practices* (3rd ed.). Bangkok: Danex Inter-cooperation. (In Thai)
- Stocks, S. J., Turner, S., Carder, M., Hussey, L., McNamee, R., & Agius, R. M. (2010). Medically reported work-related ill-health in the UK agricultural sector. *Occupational Medicine*, *60*(5), 340-347.
- Stallones, L., & Beseler, C. (2004). Safety practices and depression among farm residents. *Annals of epidemiology*, *14*, 571-578.
- Suthakorn, W., Kaewthummanukul, T., & Tantranon, K. (2018). Occupational health hazards among Longan grower. *Nursing Journal*, *45*(2), 135-147. (In Thai)
- Thai Civil Rights and Investigative Journalism [TCIJ]. (2020). *Average household income in 2019*. Retrieved from <https://www.tcijthai.com/news/2020/1/watch/9729> (In Thai)
- The Hong Kong Polytechnic University and Department of Building & Real Estate. (2005). *Measure to prevent accidents with Truss-out scaffolds*. Retrieved from http://www.bre.polyu.edu.hk/research/ConstrSafetyAtHeight/archive/Fall_from_Height_Sol_%20HK/HKOrgGuideline/SHKP.pdf
- Thetkatuk, A. T. (2013). *Occupational and safety*. Bangkok: O.S. Printing House. (In Thai)
- U.S. Department of Labour. (2006). *Woodworkers*. Retrieved from <http://www.bls.gov/oco/print/ocos237.htm>

World Health Organization [WHO]. (2014). *World no tobacco day 2014*. Retrieved from <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2014/en/>

Yoosuk, W. (2012). *Occupational safety*. Bangkok: Faculty of Public Health, Mahidol University. (In Thai)



ปัจจัยด้านการยศาศาสตร์และความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ในแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

Ergonomic Factors and Prevalence of Musculoskeletal Disorders Among Informal Garment Workers

ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์ *	Chawapornpan	Chanprasit *
วรินทร์	จรุงโรจน์สกุล **	Waruntorn	Jongrungsakul **
ธานี	แก้วธรรมานุกูล **	Thanee	Kaewthummanukul **
รุจาธร	อินทรตุล ***	Rujadhorn	Indratula ***

บทคัดย่อ

ปัจจัยด้านการยศาศาสตร์เป็นหนึ่งในปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานที่ส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการยศาศาสตร์และอัตราความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาศาสตร์และอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 330 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99 และความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไครส์แควร์

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการยศาศาสตร์ที่สำคัญคือ การก้มหรือเงยศีรษะ (ร้อยละ 97.0) การบิดเอี้ยวตัว (ร้อยละ 90.0) การทำงานในลักษณะซ้ำซาก (ร้อยละ 88.8) การนั่งหรือยืนทำงานนาน (ร้อยละ 88.2) และการก้มโค้งตัวไปด้านหลัง (ร้อยละ 87.6) ส่วนอัตราความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 90.0 นอกจากนี้ พบว่าการก้มโค้งตัวไปด้านหลังขณะทำงานมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าพยาบาลอาชีวอนามัยและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงการจัดอบรมเพื่อเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยเฉพาะท่าทางการทำงานเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

คำสำคัญ: ปัจจัยการยศาศาสตร์ อาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Associate professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 25 มีนาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 27 กันยายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 16 ธันวาคม 2562

Abstract

Ergonomic factors are one of significant occupational health hazard, resulting in musculoskeletal disorders particularly among informal garment workers. This descriptive study was to examine ergonomic factors and the prevalence of musculoskeletal disorders, including their association among 330 informal garment workers in Chiang Mai Province, chosen through purposive sampling. Data was collected by using an interview form which had been confirmed its quality, content validity index (CVI) = 0.99 and acceptable reliability level (0.81). Obtained data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square.

The major findings illustrated that the most significant ergonomic factors related to musculoskeletal disorders were bending or lifting neck (97.0%), twisting the body (90.0%), repetitive works (88.8), prolonged sitting or standing (88.2%), and bending forward (87.6%). The prevalence rate of musculoskeletal disorders among the samples during the past 1-month period was 90.0 percent. Further, only bending forward associated with musculoskeletal disorders significantly ($p < .01$). The results of this study indicate that occupational health nurses and related health team should place a high importance on safety training so as to promote safe working postures. This is anticipated to reduce the occurrence of musculoskeletal disorders as well as improve work productivity among informal garment workers.

Keywords: Ergonomic Factors, Musculoskeletal Disorders, Informal Garment Worker

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แรงงานนอกระบบมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (Chaiklieng, Suggaravetsiri, & Puntumetakul, 2014; Schneider, Buehn, & Claudio, 2010) อย่างไรก็ตาม กลุ่มแรงงานดังกล่าวมิได้รับสิทธิคุ้มครองจากกฎหมายหรือหลักประกันสังคมจากการทำงาน ประกอบกับสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานของแรงงานนอกระบบที่ต่ำกว่ามาตรฐานและเป็นอันตราย (Chanprasit, Kaewthummanukul, Jongrungrotsakul, Sripetwandee, & Wisuttananon, 2019; Kelly et al., 2010) รวมถึงยังไม่มีระบบการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบอย่างเป็นทางการ (Thailand National Statistical Office, 2018) ทำให้แรงงานดังกล่าวต้องเผชิญความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งจากสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน

ที่ไม่ปลอดภัย เช่น ท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม ทำงานในลักษณะซ้ำซาก สารเคมีอันตราย หรืออันตรายจากงานที่ไม่มีการควบคุม ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน (Buddhari & Rugpenthum, 2019; International Labour Organization, 2019; Khan et al., 2015)

อาชีพตัดเย็บผ้าจัดว่าเป็นหนึ่งกลุ่มอาชีพสำคัญของแรงงานนอกระบบในสวนอุตสาหกรรมภาคการผลิตที่มีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพในสภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากงาน (Chanprasit et al., 2019; Innama, 2010; Silpasuwan, Prayomyong, Sujitrat, & Suwan-ampai, 2015) ปัจจัยคุกคามสุขภาพในสภาพแวดล้อมการทำงานที่สำคัญ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการยศาสตร์ อาทิ ท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม นั่งหรือ

ยืนทำงานนาน ทำงานในลักษณะซ้ำซาก การยกของหนัก หรือออกแรงเกินกำลัง ด้านเคมีจากฝุ่นผ้า ด้านกายภาพ เป็นเสียงดังจากจักรเย็บผ้า และด้านจิตสังคม เช่น รายได้ไม่แน่นอนหรือค่าตอบแทนต่ำ แรงriebทำงาน ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ส่วนสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เป็นการทำงานกับเครื่องจักร อุปกรณ์ของมีคมและเครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น (Polat & Kalayci, 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าในประเทศบังกลาเทศมีท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม และนั่งทำงานเป็นเวลานาน (ร้อยละ 79.0-85.5) เเขยงเสียงดัง (ร้อยละ 33.8-75.0) ทำงานกับเครื่องจักร (ร้อยละ 52.4) และรายได้ไม่แน่นอน (ร้อยละ 16.0) (Khan et al., 2015; Mahmud, Rajath, Mahmud, & Jahan, 2018) ขณะที่การศึกษาในประเทศอินเดีย ระบุปัจจัยด้านการยศาสตร์เป็นปัญหาด้านอาชีพอนามัยที่สำคัญของคณงานเย็บผ้าทั้งในอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ และกลุ่มแรงงานนอกระบบที่รับงานไปทำที่บ้าน ถึงร้อยละ 60.0 (Saha, 2014) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการยศาสตร์ เช่น ท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม (ร้อยละ 86.7-96.5) ท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ (ร้อยละ 69.3-89.5) นั่งทำงานติดต่อกันเกิน 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 24.4-81.1) และยกของหนัก (ร้อยละ 30.8) ส่วนปัจจัยด้านเคมีจะมีการสัมผัสฝุ่นผ้า (ร้อยละ 42.1-99.6) ด้านกายภาพจะ เเขยงเสียงดัง (ร้อยละ 60.5) และด้านจิตสังคมเกี่ยวข้องกับการทำงานที่แรงrieb (ร้อยละ 73.4) และงานที่ทำมี รายได้ไม่แน่นอน (ร้อยละ 58.74) ในส่วนสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ต้องทำงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ ที่มีคมหรือไฟฟ้า (ร้อยละ 91.3-96.5) (Chaiklieng et al., 2014; Maksri, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2018) จากสถิติข้างต้นชี้ชัดว่าการยศาสตร์ เป็นปัจจัยสำคัญที่พบในลำดับต้นในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

ปัจจัยด้านการยศาสตร์มีความสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับสุขภาพคนทำงานและความสามารถในการทำงาน ประกอบด้วย ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม

ทำงานในลักษณะซ้ำซาก และการยกของหนักหรือ ออกแรงเกินกำลัง ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมจะ ส่งผลให้ข้อต่อด้านในถูกกด ขณะที่เอ็นและกล้ามเนื้อ ด้านตรงข้ามจะยึดออก เกิดแรงกดต่อเส้นเลือด เส้นประสาทและเอ็น ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณนั้นลดลง ทำให้เกิดอาการล้าและ อาการปวดของโครงร่างกล้ามเนื้อ (Jahan et al., 2014) ส่วนการทำงานในลักษณะซ้ำซาก จะมีการบิดเกร็งของ กล้ามเนื้อและกระดูกรอบอวัยวะที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ อาจทำให้เกิดการอักเสบของเอ็น ซึ่งมีผลต่อเส้นประสาท และกล้ามเนื้อของอวัยวะในบริเวณนั้น (Canadian Centre for Occupational Health & Safety, 2019) สำหรับการออกแรงยกของหนัก ลักษณะการทำงาน ดังกล่าวทำให้กล้ามเนื้อมีการออกแรงแบบหดตัวอยู่กับที่ แรงดันในกล้ามเนื้อจะเพิ่มสูงขึ้น หลอดเลือดและเส้นประสาทภายในกล้ามเนื้อจะถูกกด เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลงจนทำให้เกิดอาการเจ็บ ปวดเมื่อยล้า หากมีการทำงานออกแรงมากอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน จะเพิ่มโอกาสการเกิดการบาดเจ็บและอักเสบของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นหรือเส้นประสาทบริเวณอวัยวะนั้น หากเกิดการบาดเจ็บสะสมจะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง ปวดบวม ฉีกขาดและมีเนื้อเยื่อพังผืดเกิดขึ้นได้ (Nunes, 2017) กล่าวอีกนัยหนึ่ง ปัจจัยด้านการยศาสตร์มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ดัง การศึกษากลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าในประเทศ อินเดีย ร้อยละ 78.8 มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่าง กล้ามเนื้อซึ่งมีสาเหตุหลักจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ (Senthil et al., 2009) หรือการศึกษากลุ่มแรงงาน นอกระบบตัดเย็บผ้าในประเทศบังกลาเทศ ระบุว่า อาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Ahmad et al., 2007) ดังนั้น แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าจึงเป็นกลุ่มอาชีพหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ

กลุ่มอาการผิดปกติโครงร่างกล้ามเนื้อ เป็นลักษณะ ของการบาดเจ็บ ทำให้เกิดอาการปวด บวม เมื่อยล้า

เคล็ดตึง อักเสบ แสบ ซา การเสื่อมและการสูญเสียหน้าที่ของเอ็น กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เส้นประสาท และเส้นเลือดหรือมีอาการติดของข้อต่าง ๆ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ เช่น ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ทำงานในลักษณะซ้ำซาก และการยกของหนักหรือออกแรงเกินกำลัง (Berberoglu & Tokuc, 2013) จากการศึกษาในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าในประเทศบังคลาเทศและศรีลังกา พบความชุกของอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ร้อยละ 78.8 และร้อยละ 15.5 ตามลำดับ (Ahmed & Raihan, 2014; Silva, Lombardo, Lipscomb, Grad, & Østbye, 2013) ตำแหน่งที่มีอาการปวดบ่อย คือ ปวดไหล่และหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 22.2-68.5) (Silva et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาในประเทศไทย พบกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าในจังหวัดเชียงใหม่มีอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อมากถึงร้อยละ 85.3 โดยตำแหน่งที่พบอาการปวดเมื่อยสูงสุด ได้แก่ ไหล่ (ร้อยละ 50.8) และหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 48.4) (Maksri et al., 2018) หรือผลการศึกษากลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าในจังหวัดขอนแก่นพบอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 30.7 ปวดข้อไหล่ ร้อยละ 25.1 และปวดหลัง ร้อยละ 24.1 (Thaosathit, Puntumetakul, Eungpinichpong, & Peungsuwan, 2011) จากสถิติดังกล่าวข้างต้น ระบุอาการผิดปกติโครงร่างกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพจากการทำงานที่สำคัญในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมามีส่วนใหญเป็นการพรรณนาที่วิเคราะห์ปัจจัยอันตรายจากการทำงานแต่ละด้านกับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยง ยังไม่ครอบคลุมการวิเคราะห์หาปัจจัยเชิงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์ ความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า และความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและลดอันตรายที่เกิดกับระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพ

การทำงานของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า
2. เพื่อศึกษาอัตราความชุกของอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้หลักแนวคิดด้านวิทยาการระบาดอาชีวอนามัยโดยเฉพาะความเสี่ยงจากการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า โดยเฉพาะในทุกขั้นตอนของกระบวนการตัดเย็บผ้า ตั้งแต่การสร้างแบบ การตัดผ้าตามแบบ การโพล้งผ้าและเย็บประกอบ การตกแต่ง การรีดและตรวจสอบคุณภาพ และการบรรจุภัณฑ์ แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าต้องเผชิญกับปัจจัยด้านการยศาสตร์ อาทิ การก้มหรือเงยศีรษะ ก้มโค้งตัวไปด้านหลัง บิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน ทำงานในลักษณะซ้ำซาก การนั่งหรือยืนทำงานนานเกิน 2 ชั่วโมง และการยกของหนักหรือออกแรงเกินกำลัง ลักษณะการทำงานดังกล่าวทำให้เกิดแรงกดต่อเส้นเลือด เส้นประสาทและเอ็น การไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาค้นคว้านี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่วิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีว-อนามัย และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มแรงงานตัดเย็บผ้าในวิสาหกิจชุมชนและสถานประกอบการขนาดย่อม การนำเสนอรายงานครั้งนี้เสนอเฉพาะปัจจัยด้านการยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติระบบ โครงร่างกล้ามเนื้อของเร

งานนอกระบบตัดเย็บผ้า กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานตัดเย็บผ้าในวิสาหกิจชุมชนและสถานประกอบการขนาดย่อม อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 330 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตำบลสันกำแพงที่มีสัดส่วนแรงงานตัดเย็บผ้าสูงสุดตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นแรงงานตัดเย็บผ้าที่ทำงานอยู่ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง คือ การสร้างแบบ การตัดผ้าตามแบบ การโพล้งผ้าและเย็บประกอบ การตกแต่ง การรีดและตรวจสอบคุณภาพ การบรรจุภัณฑ์และจำหน่าย 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีประสบการณ์ในการทำงานตัดเย็บผ้าไม่น้อยกว่า 3 เดือน 4) สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทย และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ 2) การสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์จากการทำงาน และ 3) การรับรู้กลุ่มอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อจากการทำงานของแรงงานตัดเย็บผ้า พัฒนาโดยทีมผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ ดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลอาชีวอนามัย จำนวน 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .99 ทดสอบความเชื่อมั่นและความเป็นปรนัยของแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มแรงงานตัดเย็บผ้าที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .81

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลอาชีว

อนามัย จำนวน 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .99 ทดสอบความเชื่อมั่นและความเป็นปรนัยของแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มแรงงานตัดเย็บผ้าที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 007/2559 หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยรวมทั้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายเวลาและสถานที่กับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 330 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15 นาที ต่อคน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์จากการทำงานและการรับรู้กลุ่มอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อจากการทำงานของแรงงานตัดเย็บผ้าโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้และค่าไคร์สแควร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 99.4 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 20-82 ปี (\bar{X} = 52.2 ปี S.D. = 8.5 ปี) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี และเกือบหนึ่งในสี่ มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.1 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนระยะเวลาการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 1-58 ปี (\bar{X} = 23.8 ปี S.D. = 13.2 ปี Median = 27.0 ปี) โดยหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการทำงานอยู่ในช่วง 30-39 ปี ชั่วโมงการทำงานของกลุ่มตัวอย่างต่อสัปดาห์เฉลี่ยเท่ากับ 44.5 ชั่วโมง (S.D. = 15.5 ชั่วโมง) โดยกลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 57.9 มีการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ กว่าหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 29.7) มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 10.3 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน และกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 57.0) ไม่มีการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

2. อัตราความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 90.0 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดบริเวณเอว/หลังส่วนล่าง (ร้อยละ 46.1) ปวดเข่า/น่อง (ร้อยละ 36.1) ปวดไหล่ (ร้อยละ 33.0) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์จากการทำงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n=330)

กลุ่มอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ	มี	ไม่มี
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย	297(90.0)	33(10.0)
ปวดเอว/หลังส่วนล่าง	152(46.1)	178(53.9)
ปวดเข่า/น่อง	119(36.1)	211(63.9)
ปวดไหล่	109(33.0)	221(67.0)
ปวดต้นคอ	96(29.1)	234(70.9)
ปวดหลัง	80(24.2)	250(75.8)
ปวดมือ/ข้อมือ	63(19.1)	267(80.9)
ปวดข้อเท้า/ส้นเท้า	53(16.1)	277(83.9)
ปวดข้อศอก/แขน	46(13.9)	284(96.1)
ปวดต้นขา/สะโพก	40(12.1)	290(87.9)

3. ปัจจัยด้านการยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน (ร้อยละ 97.0) มีการบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน (ร้อยละ 90.0)

มีการทำงานในลักษณะซ้ำ ๆ นิ่งหรือยืนทำงานนานเกิน 2 ชั่วโมง รวมทั้งก้มโค้งตัวไปด้านหน้าขณะทำงานด้วยสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 88.2-87.6) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การส้ผ้สปีจยคูกคความสขภาพด้านการยศาศตรจกการท้งานของกุ่มตัวอย่าง (n=330)

ปัจจัยคูกคความสขภาพด้านการยศาศตร	มีการส้ผ้ส	ม่มีการส้ผ้ส
	จ้นวน(ร้อยละ)	จ้นวน(ร้อยละ)
ก้มหรือเงยศรระขณะท้งาน	320(97.0)	10(3.0)
บดเอี้ยว เอยงด้วขณะท้งาน	397(90.0)	33(10.0)
ท้งานในลัษณะซ้้าซาก	293(88.8)	37(11.2)
น้งหรือย่นท้งานนานเกิน 2 ชั่วโมง	291(88.2)	39(11.8)
ก้ม โค้งด้วไปด้านหน้าขณะท้งาน	289(87.6)	41(12.4)
ยกของหนักหรือออกรงเกินกำล้ง	81(24.5)	249(75.5)

4. ความส้ผ้สพ้รหว่าปัจจัยด้านการยศาศตรแล ละกุ่มอการพดปกรระบบโครรงรงกล้ำนเนือ พบว่า ส้ผ้สพ้กับอการพดปกรระบบโครรงรงกล้ำนเนืออย่าง ม่นย้สำคัญทางสถิต (ตารางที่ 3) ท้าทงการก้มโค้งด้วไปด้านหน้าขณะท้งานม่ความ

ตารางที่ 3 ความส้ผ้สพ้รหว่าปัจจัยด้านการยศาศตรแลอการพดปกรระบบโครรงรงกล้ำนเนือของกุ่มตัวอย่าง (n=330)

ปัจจัยด้านการยศาศตร	อการพดปกรระบบโครรงรงกล้ำนเนือ		χ ²	p-value
	ม่	ม่ม่		
ก้มหรือเงยศรระ				
ส้ผ้ส	93	227	.004	.595
ม่ส้ผ้ส	3	7		
ก้ม โค้งด้วไปด้านหน้า				
ส้ผ้ส	77	212	6.754	.009 *
ม่ส้ผ้ส	19	22		
บดเอี้ยว เอยงด้ว				
ส้ผ้ส	85	212	.320	.351
ม่ส้ผ้ส	11	22		
ท้งานในลัษณะซ้้า ๆ				
ส้ผ้ส	86	207	.086	.468
ม่ส้ผ้ส	10	27		
น้งหรือย่นท้งานเกิน 2 ชั่วโมง				
ส้ผ้ส	86	205	.255	.383
ม่ส้ผ้ส	10	29		
ยกของหนักหรือออกรงเกิน				
ส้ผ้ส	21	60	.521	.283
ม่ส้ผ้ส	75	174		

* p < .01

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยด้านการยศาสตร์ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน (ร้อยละ 97.0) บิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน (ร้อยละ 90.0) ทำงานในลักษณะซ้ำ ๆ นิ่งหรือยืนทำงานนานเกิน 2 ชั่วโมง รวมทั้งก้มโค้งตัวไปด้านหลังขณะทำงานด้วย สัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 88.2-87.6) ซึ่งเป็นไปตามลักษณะการทำงานตัดเย็บผ้าตั้งแต่การสร้างแบบ การตัดผ้าตามแบบ การโพล่งผ้าและเย็บประกอบ การตกแต่ง การรีดและตรวจสอบคุณภาพ และการบรรจุภัณฑ์ แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าจะทำงานในลักษณะที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ หรือนิ่งติดต่อกันเป็นเวลานานหลายชั่วโมง (Islam, Sultana, & Feadous, 2014; Khan et al., 2015) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใกล้เคียงกับหลายการศึกษาในประเทศไทยที่พบแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้ามีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 82.2-97.0) ทำงานในลักษณะงานซ้ำ ๆ (ร้อยละ 69.3-89.5) นิ่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน (ร้อยละ 64.9-88.2) (Chaiklieng et al., 2014; Maksri et al., 2018; Wongbut & Hansakul, 2011)

2. อัตราความชุกของอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบร้อยละ 90.0 โดยพบอาการผิดปกติบริเวณเอวและหลังส่วนล่างในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 46.1) ทั้งนี้เป็นไปตามลักษณะงาน โดยแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าจะต้องก้มโค้งลำตัวไปด้านหลัง บิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน จากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ทำให้เกิดแรงดึงและแรงกดต่อเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ เส้นเลือดและเส้นประสาท ส่งผลให้ข้อต่อ เอ็น และกล้ามเนื้อเกิดการตึงตัว การบาดเจ็บหรือการอักเสบทำให้เกิดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (Jahan et al., 2014) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสี่มีการก้มออกแรงยกของที่มีน้ำหนักมากเป็นประจำ ซึ่งการก้มยกของที่มีน้ำหนักมากจะเกิดแรงส่งไปยังกระดูกสันหลังบริเวณเอว (lumbar spines) ทำให้เกิดแรงกดต่อเส้นเลือด เส้นประสาทและเอ็นส่งผล

ให้การไหลเวียนโลหิตที่จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณหลัง ลดลง ทำให้เกิดการปวดบริเวณเอวหรือหลังส่วนล่าง (Gallagher & Heberger, 2013; Nunes, 2017) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.7 มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 10.3 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่าคนที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน กระดูกสันหลังได้รับแรงกดดันเกิดการอักเสบเรื้อรัง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อโดยเฉพาะบริเวณรยางค์ส่วนล่างมากกว่าคนที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.37 เท่า เนื่องจากคนอ้วนจะมีปริมาณเนื้อเยื่อไขมันมากและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มแรงกดต่อกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ (Viester et al., 2013) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอร้อยละ 57.0 ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องติดกันอย่างน้อย 20 นาที เป็นเวลา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะมียาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ คอ ทรวงอกและหลังส่วนล่างน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (Rodrigues, Gomes, Tanhoffer, & Leite, 2014)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาสตร์ และกลุ่มอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า พบว่าเฉพาะท่าทางการก้มโค้งตัวไปด้านหลังขณะทำงานมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากลักษณะการทำงานส่วนใหญ่คนทำงานต้องนั่งอยู่ในท่าก้มโค้งตัวไปด้านหลังขณะตัดเย็บผ้าเป็นระยะเวลาเกิน 2 ชั่วโมง เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีที่ระบุว่า การทำงานด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสมหรืออยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน (static posture) จะทำให้มีปริมาณเลือดออกมาเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นลดลง สูญเสียความยืดหยุ่น ส่งผลให้เกิดอาการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อของคนทำงานตัดเย็บผ้า

(Canadian Centre for Occupational Health & Safety, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiklieng et al. (2014) ที่ระบุลักษณะงานที่ต้องทำงานอยู่ท่าเดิมนาน ๆ และไม่มีมีการเปลี่ยนท่าทางการทำงานทุกชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Chaiklieng et al., 2014)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลอาชีวอนามัยและที่มสุขภาพที่รับผิดชอบในการดำเนินการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า ดังนี้

1. ด้านบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จัดอบรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย โดยเฉพาะท่าทางการทำงานที่ถูกต้องเพื่อป้องกันอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า โดยเน้นการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับท่าทางการทำงานและผลกระทบต่อสุขภาพ วิธีการปรับท่าทางการทำงานที่เหมาะสมกับลักษณะงาน และการบริหารร่างกาย เพื่อลดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ รวมถึงการหาแนวทางในการสื่อสารความเสี่ยงในรูปแบบต่าง ๆ เกี่ยวกับอันตรายจากการทำงานด้วยท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมแก่กลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย
2. ด้านการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ผลการวิจัยเป็นข้อมูลสำหรับ เจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการร่วมพัฒนาสร้างแนวทางการป้องกันและลดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า โดยจัดตั้งศูนย์บริการข่าวสารในอำเภอ และจัดทำสื่อเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานหรือวิธีการทำงาน ตัดเย็บผ้าอย่างปลอดภัย เช่น เอกสารวิชาการ แผ่นพับเกี่ยวกับการทำงานด้วยท่าทางที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ พร้อมจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

3. ด้านการวิจัย ควรพิจารณาการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี RULA (Rapid Upper Limb Assessment) ควบคู่กับการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากข้อค้นพบในการศึกษานี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองหรือเชิงทดลอง (quasi experimental research or experimental research) เกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานเพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ และศึกษาวิธีการปรับปรุงสภาพการทำงานให้เหมาะสมกับคนทำงาน นอกจากนี้อาจพิจารณาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาความเสี่ยงด้านการยศาสตร์หรือท่าทางการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า นำไปสู่คุณภาพชีวิตการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

- Ahmad, A. S., Sayed, S. M., Khan, M. H., Faruquee, M., Yesmin, N., Sarwar, A., ... Selimuzzaman, A. (2007). Musculoskeletal disorders and ergonomic factors among the garment workers. *Journal of Preventive and Social Medicine, 26*(2), 97-110.
- 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.

- Buddhari, A., & Rugpenthum, P. (2019). *A better understanding of Thailand's informal sector*. Retrieved from https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/ArticleAndResearch/FAQ/FAQ_156.pdf (In Thai)
- Berberoglu, U., & Tokuc, B. (2013). Work-related musculoskeletal disorders at two textile factories in Edirne, Turkey. *Balkan medical journal*, 30(1), 23.
- Canadian Centre for Occupational Health & Safety. (2019). *Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs)-Risk factors*. Retrieved from <https://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/risk.html>
- Chaiklieng, S., Suggaravetsiri, P., & Puntumetakul, R. (2014). Prevalence and risk factors for work-related shoulder pain among informal garment workers in the northeast of Thailand. *Small Enterprise Research*, 21(2), 180-189. (In Thai)
- Chanprasit, C., Kaewthummanul, T., Jongrungrotsakul, W., Sripetwandee, N., & Wisutthananon, A. (2019). *Quality of working life among garment workers: From situations to collaborative problem solving*. Chiangmai: Thanuch Printing. (In Thai)
- Gallagher, S., & Heberger, J. R. (2013). Examining the interaction of force and repetition on musculoskeletal disorder risk: A systematic literature review. *Human Factors*, 55(1), 108-124.
- Innama, S. (2010). Informal sector labor force: Working life health and social care: A case study of sewing worker. *Journal of Public Health Research*, 4, 379-392.
- International Labour Organization [ILO]. (2019). *Informal economy*. Retrieved from www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_627189/langen/index.htm
- Islam, L. N., Sultana, R., & Feadous, K. J. (2014). Occupational health of garment worker in Bangladesh. *Journal of environment*, 1(1), 21-24.
- Jahan, N., Das, M., Mondal, R., Paul, S., Saha, T., Akhtar, R., ... Banik, P. C. (2014). Prevalence of Musculoskeletal Disorders among the Bangladeshi Garments Workers. *SMU Medical Journal*, 2(1), 102-113.
- Kelly, M., Strazdins, L., Dellora, T., Khamman, S., Seubsman, S., & Sleigh, A. C. (2010). Thailand's work and health transition. *International Labour Review*, 149(3), 371-386.
- Khan, N. R., Dipti, T. R., Ferdousi, S. K., Hossain, M. Z., Ferdousi, S., Sony, S. A., ... Islam, M. S. (2015). Occupational health hazards among workers of garment factors in Dhaka city, Bangladesh. *Journal of Dhaka Medical College*, 24(1), 36-43.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Journal of Education and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Mahmud, S., Rajath, D. V., Mahmud, R., & Jahan, N. (2018). Health issues of female garment workers: Evidence from Bangladesh. *Journal of Population and Social Studies*, 26(3), 181-194.
- 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)

- Nunes, I. L. (2017). *Introduction to musculoskeletal disorders*. Retrieved from https://oshwiki.eu/wiki/Introduction_to_musculoskeletal_disorders
- Polat, O., & Kalayci, C. B. (2016). *Ergonomic risk assessment of workers in garment industry*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/309321719>
- Rodrigues, E. V., Gomes, A. R. S., Tanhoffer, A. I. P., & Leite, N. (2014). Effects of exercise on pain of musculoskeletal disorders: A systematic review. *Acta Ortopedica Brasileira*, 22(6), 334-338.
- 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.
- 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>
- Senthi, K. R. K., Joseph, B., Sekaran, P., Sulekha, Zachariah, K., & Hariharan, R. (2009). A study of ergonomic factors contributing to the occurrence of occupational-related musculoskeletal problems in garment workers. *Asian Journal of Ergonomics*, 9, 99-107.
- Silpasuwan, P., Prayomyong, S., Sujitrat, D., & Suwan-ampai, P. (2015). Cotton dust exposure and resulting respiratory disorders among home-based garment workers. *Workplace Health & Safety*, 64(3), 95-102. (In Thai)
- Silva, P. D., Lombardo, S., Lipscomb, H., Grand, J., & Østbye, T. (2013). Health status and quality of life of female garment workers in Sri Lanka. *Global Media Journals*, 18(1), 63-9.
- Thailand National Statistical Office. (2018). *The informal employment survey 2018*. Retrieved from <http://www.nso.go.th>. (In Thai)
- Thaosathit, N., Puntumetakul, R., Eungpinichpong, W., & Peungsuwan, P. (2011). Prevalence of musculoskeletal disorders in sewing occupation in Khon Kaen province. *Khon Kaen University Research Journal*, 11(2), 47-54. (In Thai)
- Viestar, L., Verhagen, E. A., Hengel, K. M. O., Koppes, L. L., Beek, A., J. B., & Bongers, P. M. (2013). The relation between body mass index and musculoskeletal symptoms in the working population. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 1-9.
- Wongbut, A., & Hansakul, A. (2011). Factor of health perception influencing sewing group workers in the informal sector's prevention behaviour to occupational hazards in Bannopho village, Loomlumchee subdistrict, Bankwao district, Chaiyaphum province. *Journal of the Office of DPC 2 Khon Kaen*, 18(3), 34-48. (In Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

Effects of a Community Participatory Health Promotion Program on Food Consumption and Exercise Behaviors Among Overweight Students

ชุนนุพพร	ยอดปะนัน *	Chumnumporn	Yodpanan *
ประพิมพ์	พุทธิรักษ์กุล **	Prapim	Buddhirakkul **
ศิวพร	อึ้งวัฒนา ***	Sivaporn	Aungwattana ***

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียนมีผลกระทบต่อพัฒนาการ ทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขเรื้อรังด่วนที่ต้องดำเนินการควบคุมป้องกันและแก้ไข การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ให้ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยปัญหา และผู้พิจารณารูปแบบความเหมาะสม และวิธีการดำเนินการ ของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 12 คน 2) กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ของโรงเรียนวัดเวฬุวันและโรงเรียนวัดพระนอนหนองผึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 48 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามการสัมภาษณ์กลุ่ม แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมโดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมโดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีแนวโน้มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อย่างไรก็ตามควรมีการขยายระยะเวลาในการติดตามประเมินผลเพื่อให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนชัดเจนมากขึ้น

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
* Registered Nurse, Maharaj Nakhorn Chiang Mai Hospital
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 28 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 31 กรกฎาคม 2560

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

Abstract

Overweight school-aged children is a public health problem that has increased. It is caused by inappropriate food consumption and exercise behaviors. The purpose of this quasi experimental research design was to determine effects of a Community Participatory Health Promotion Program on Food Consumption and Exercise Behaviors Among Overweight Students. The sample consisted of two groups which were selected by purposive sampling. The first group were altogether 12 people who helped diagnose the problem. The second group were program participants, 48 overweight school-aged children (grades 5 and 6) from a primary school in Chiang Mai Province. The research was conducted between July and October 2015. The research instruments were the food consumption and exercise behaviors questionnaire and a group interview discussion guide. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results of study found that after attending the program food consumption behavior scores of the intervention groups overweight school-age children increased insignificantly at the level of .001 and exercise behaviors scores increased insignificantly at the level of .001 higher than control group.

The results showed that the community participative program for health promotion could improve food consumption and exercise behaviors in overweight school-aged children. However, there should be an extension of time for monitoring and program evaluation to clearly see the effectiveness of the community participative program for health promotion.

Keywords: *Community participatory health promotion program, Food consumption, Exercise behaviors, Overweight students*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาด้านสุขภาพของเด็กที่เข้าขั้นอันตรายเพราะเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่การเป็นโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ซึ่งจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (Health Education Division, Ministry of Public Health, 2020) สาเหตุของน้ำหนักเกินเกิดจากความไม่สมดุลของพลังงานระหว่างพลังงานที่บริโภคเข้าไปกับสมดุลการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย ทำให้เกิดการสะสมไขมันส่วนเกิน ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ที่ไม่เหมาะสม (World Health Organization, 2011) ปัจจุบันเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารเพื่อให้อ้วน โดยไม่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ และรับประทานอาหารว่างที่ไม่มีประโยชน์ (Bunjaroonsilp, 2003) นอกจากนี้วิถีชีวิตของเด็กวัยเรียนทำให้มีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายลดลง เนื่องจากมีเครื่องอำนวยความสะดวกมากมาย และใช้เวลาว่างไปกับกิจกรรมที่นิ่งอยู่กับที่ (Luevanich, 2007) จากปัจจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการควบคุมภาวะ

น้ำหนักเกินในเด็กเป็นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือ การออกกำลังกายไม่สามารถควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ในเด็กได้ จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะ น้ำหนักเกินของกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม เพื่อให้ การดำเนินงานในการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพสำเร็จ

การควบคุมภาวะน้ำหนักเกินที่ปลอดภัยและได้ผล ในระยะยาว คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (Caprio et al., 2008) จึงมีการนำกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพหรือ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) มาประยุกต์ ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง และเป็นส่วนหนึ่ง ของแบบแผนชีวิตแต่ละบุคคล (Pender, 1996) ปัจจัย ที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การแก้ไขปัญหามิภาวะน้ำหนักเกินใน เด็ก ประสบความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน (Kraiket, 2007) เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายให้เหมาะสมนั้น จำเป็นต้องอาศัย การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ และยั่งยืน

แนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green and Kreuter (2005) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ผสมผสานระหว่าง ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการนำ PRECEDE-PROCEED MODEL มาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหามิภาวะน้ำหนัก เกินในเด็กวัยเรียน โดยศึกษาของ JaiCherdchoo (2013) ที่ได้มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับเด็กนักเรียนที่มีภาวะ น้ำหนักเกิน โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา โปรแกรมมีทั้งในระดับครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนครู ตัวแทนนักเรียน ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทน ผู้ประกอบอาหารและผู้ขายอาหารในโรงเรียน บุคลากร

สาธารณสุขร่วมกัน โดยใช้แบบจำลอง PRECEDE-PRO- CEED เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริม สุขภาพ ทำให้ได้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไข ปัญหาได้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมปัจจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภค อาหารของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการออก กำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่ม ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน สูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่ม ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน เป็นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ ซึ่งต้องคำนึงถึงปัจจัย ต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มเป้าหมาย อย่างครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนที่มี ภาวะน้ำหนักเกิน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ และ การระดมพลังจากทุกฝ่าย และใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ เน้นการทำงาน ร่วมกัน การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green and Kreuter (2005) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งแนวคิด PRECEDE- PROCEED เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพที่ผสมผสานระหว่างปัจจัยภายใน บุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เรียกว่า PRECEDE

เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคม ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางด้านระบาดวิทยา ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยา ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้สุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก ความยากง่ายในการเข้าถึง และปัจจัยเสริม ได้แก่ สิ่งที่ได้รับจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น พ่อแม่ ครู เพื่อน โดยอาจเป็นสิ่งของ ค่าชมเชย การยอมรับ การได้รับข้อมูลย้อนกลับ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินทางด้านบริหาร นโยบาย และการวางแผน ระยะที่ 2 เป็นระยะของการปฏิบัติ และการประเมินผล ระยะนี้ เรียกว่า PROCEED ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผลกระทบ การ ประเมิน ผลกระทบ และขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ ซึ่งจากกระบวนการทั้งหมดนี้จะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุม ปัจจัยทั้งภายใน และภายนอก ครอบครัว และโรงเรียน มีส่วนร่วมในการดูแล สามารถควบคุมและแก้ไขปัญหา ภาวะน้ำหนักเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ในนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และน้ำหนักตัวของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียน และ 2) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ของโรงเรียนวัดเวฬุวัน และวัดพระนอนหนองผึ่ง

อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม เลือกพื้นที่วิจัยโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

ในกลุ่มที่ 1 ทำการคัดเลือกจากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ครูงานอนามัย ครูพลศึกษา ตัวแทนผู้ปกครองของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ตัวแทนผู้ประกอบอาหารและผู้ขายของในโรงเรียน ตัวแทนนักเรียนจากสถานักเรียน บุคลากรสาธารณสุข

ในกลุ่มที่ 2 คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนวัดเวฬุวันและวัดพระนอนหนองผึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2558 โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ มีภาวะน้ำหนักเกิน คือ มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่า +2SD ขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ผู้ปกครองอนุญาตและนักเรียนยินดีเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณวิจัยของ รักษก ใจเชิดชู ซึ่งศึกษาตัวแปรเดียวกัน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการคำนวณจากการเปิดตารางสำเร็จรูป (Burns & Grove, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษา (attrition rate) จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 27 รายรวมทั้งสิ้น 54 ราย หลังจากนั้นทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน (pair matching) โดยกำหนดเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับภาวะโภชนาการ คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเท่ากัน โดยพื้นที่ของกลุ่มควบคุมต้องไม่มีการศึกษาวิจัยโครงการควบคุมและป้องกันภาวะน้ำหนักเกินอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของนักเรียนและครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้ปกครอง การได้รับเงินมาโรงเรียน และการใช้จ่ายเงินของนักเรียน และการใช้เวลาว่างของนักเรียน แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ข้อ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ข้อ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน แบบบันทึกกำกับติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายประจำวันของนักเรียน นำมาจาก JaiCherdchoo (2013) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.82 และ 0.75 ตามลำดับ และแบบบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง และการแปลผลภาวะโภชนาการของนักเรียนโดยใช้วิธีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของ JaiCherdchoo (2013) เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนของแนวคิดพีซีดี-โพซีดี โมเดล (PRECEED-PROCEED Model) ประกอบด้วย 5 แผนกิจกรรม คือ 1) การสอนด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย 2) การปรับพฤติกรรม 3) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม จากผู้ปกครอง ครู และเพื่อน 4) การจัดการด้านอาหารและการออกกำลังกายในโรงเรียน 5) การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งกิจกรรมใน

โปรแกรมจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ดำเนินการภายหลังจากได้รับการรับรองด้านจริยธรรมทางการศึกษาต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 045/2558 และปฏิบัติตามข้อกำหนดของจริยธรรมการทำวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับการบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนการใช้ ชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการศึกษาวิจัยนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน PRECEED-PROCEED Model แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยปัญหา (PRECEED) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของ PRECEED ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องของรชชช ใจเชิดชู เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มกับกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 คน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางร่วมกัน ใช้ระยะเวลา 60 นาที ณ ห้องประชุมของโรงเรียน นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาพิจารณาร่วมกัน ซึ่งรายละเอียดการประชุม ประกอบด้วย 1) การทบทวนสถานการณ์และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน 2) การนำเสนอข้อมูลปัญหาภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนในโรงเรียน 3) การนำเสนอปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินของเด็กวัยเรียน และ 4) การนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินของโรงเรียนที่ผ่านมา จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียน ผู้วิจัยและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องสรุปประเด็นและแนวทางแก้ไข ปัญหา พร้อมกันนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอโปรแกรมการ

ส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของโรงเรียนใจเด็ดชู และแผนกิจกรรมแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการปรับแผนกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มเป้าหมายและบริบทของโรงเรียน ใช้ระยะเวลา 30 นาที

ระยะที่ 2 การปฏิบัติและประเมินผล (PROCEED) นำโปรแกรมไปปฏิบัติและประเมินผล โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1-8 ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปดำเนินการกับกลุ่มทดลองโดยปฏิบัติตามกิจกรรมในโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 9-12 ครูประจำชั้น และผู้ปกครองเป็นผู้ติดตาม ตรวจสอบการลงบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของนักเรียน และผู้วิจัยโทรติดตามและเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง 2 ครั้ง เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาเมื่อพบร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องในระหว่างการดำเนินกิจกรรม และสังเกตการณ์การทำกิจกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องในระหว่างการจัดกิจกรรม หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายรวมทั้งชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ครั้งที่ 2 เพื่อประเมินระดับภาวะโภชนาการ

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินแก่กลุ่มควบคุมตามปกติ และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายรวมทั้งชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการก่อนและหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงค่าพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมปกติ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ฟิชเชอร์เอ็กแซค

และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน (Chi-square test, Fisher exact test และ Independent t-test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบชนิดกลุ่มตัวอย่างที่อิสระต่อกัน (independent t-test) ภายหลังทดสอบการกระจายข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่าเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ แต่ถ้าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จะทำการเปรียบเทียบคะแนนโดยใช้สถิติทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 48 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.83 อายุเฉลี่ย 11.3 ปี อายุที่พบมากที่สุด คือ 12 ปี ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 66.66 กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 33.33 มีภาวะโภชนาการอยู่ระดับเริ่มอ้วน ร้อยละ 91.66 และอ้วน ร้อยละ 8.33 และพบว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 การใช้จ่ายเงินของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ได้รับเงินมาโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 51 บาท และใช้จ่ายเงินเป็นค่าขนมมากที่สุด ร้อยละ 100 (กลุ่มควบคุม) และ ร้อยละ 87.50 (กลุ่มทดลอง) รองลงมาคือ ค่าเครื่องดื่ม ร้อยละ 75 (กลุ่มควบคุม) และร้อยละ 66.67 (กลุ่มทดลอง) การใช้เวลาว่าง พบว่านักเรียนใช้เวลาเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 58.33(กลุ่มควบคุม) และ ร้อยละ 66.66 (กลุ่มทดลอง) ความถี่ในการดูโทรทัศน์/วีซีดีมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน มากที่สุด ร้อยละ 75 (กลุ่มควบคุม) และ ร้อยละ 79.17 (กลุ่มทดลอง) โดยความถี่ในการดูโทรทัศน์หรือวีซีดีของกลุ่มควบคุม 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 45.83 และความถี่ในการดูโทรทัศน์หรือวีซีดีของกลุ่มทดลอง 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 54.17

2. ข้อมูลผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

1) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่า

นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่านักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา (n=48)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนศึกษา			หลังศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	p-value	\bar{X}	S.D.	p-value
คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร						
กลุ่มควบคุม (n=24)	55.88	6.75	0.537	54.04	6.22	0.735
กลุ่มทดลอง (n=24)	53.96	7.73		54.17	7.81	
คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย						
กลุ่มควบคุม (n=24)	12.54	2.62	0.970	13.17	3.13	0.967
กลุ่มทดลอง (n=24)	12.13	2.83		13.25	3.79	

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อภิปรายได้ดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้าน

การเลือกชนิดอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านความถี่และปริมาณของอาหารที่รับประทานมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหาร พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมซึ่งการให้ความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ได้แก่ การฝึกวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา และหาวิธีแก้ไขปัญหา โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน สาเหตุและผลกระทบต่อร่างกาย หลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การสาธิตและฝึกทักษะด้านการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเล่นเกม และกิจกรรมสนทนารวม ทั้งการนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมมาใช้

นอกจากนี้ การกำหนดนโยบายของโรงเรียน โดยการรณรงค์ให้ร้านค้าร้านอาหารภายในโรงเรียน ติดสัญลักษณ์ป้ายไฟสีในกลุ่มอาหารและขนม เชิญชวนให้ลดปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มและขนมหวาน การควบคุมคุณภาพอาหารในโรงเรียน การกำหนดแนวทางการจัดอาหารกลางวันสำหรับนักเรียน โดยให้เพิ่มเมนูผักในมือกลางวันทุกมื้อ จัดเมนูอาหารที่มีความหลากหลาย รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบอาหารและผู้ขายของในโรงเรียน และจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้แก่ ควบคุมเวลาเปิดปิดให้บริการของร้านค้าร้านอาหาร ทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการเลือกชนิดอาหาร

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายหลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการสอนการสาธิต และฝึกการออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม และได้รับการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สัปดาห์ละ 3 วัน จากผู้วิจัย มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ออกกำลังกายให้ส่งเสริมการเล่นกีฬาหลังเลิกเรียนจากครูประจำชั้น นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และเฝ้าติดตามจากเพื่อน ครู และผู้ปกครอง การเตือนตัวเอง และการส่งเสริมการทำกิจกรรม เช่น การทำงานบ้าน หรือการออกกำลังกายร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบทั้งคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารและคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหาร

และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น แต่กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารลดลง อธิบายได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีแนวโน้มช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรม เน้นให้นักเรียนได้เรียนรู้ ฝึกปฏิบัติจริง และนักเรียนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง ครู และเพื่อนก็มีส่วนในการกระตุ้น และผลักดัน ให้นักเรียนมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น การโทรติดตามและเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ปกครองหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคก็สามารถแก้ไขร่วมกันได้อย่างทันที การติดตามยังช่วยกระตุ้นการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัว และโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะน้ำหนักเกินได้ผลในระยะยาวยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Maneekarn and KulaBul (2006) ที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ Pinsaimoon (2009) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเยี่ยมบ้านในกลุ่มทดลอง ทำให้นักศึกษาเข้าใจและทราบถึงปัญหา ข้อจำกัดของครอบครัวในการดูแลพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Horner (2006) ที่ศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของเด็กและครอบครัว พบว่าครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้าน มีพฤติกรรมที่ดูแลสูงขึ้น ในการศึกษา

ครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านรวม 3 ครั้ง มีการประเมินผลเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติที่ว่าครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลเด็ก ทำให้ครอบครัวรับรู้ถึงพลังอำนาจตนเองในการดูแลที่ทำให้เด็กดีขึ้น และคงพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าจากการโทรติดตามและเยี่ยมบ้านพบว่า ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ทั้งเด็ก ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เป็นกลวิธีที่ช่วยให้พยาบาลมีโอกาสเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน นำไปสู่การเปิดเผยสาเหตุและปัญหาที่แท้จริง ทำให้สามารถหาแนวทางแก้ปัญหาได้ถูกต้อง อีกทั้งสมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนได้รับการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น และความต้องการของเด็กและครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้เด็กและครอบครัวสามารถช่วยเหลือตนเองและติดตามผลการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม พยาบาลให้คำแนะนำและช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของครอบครัว (Viyatatsana, 1999) โดยที่ขณะเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพแวดล้อมที่บ้านที่มีความสำคัญ พบว่า หากมีมาตรการการจัดการเกี่ยวกับการดูแลร้านค้าร้านอาหารทั้งบริเวณหน้าโรงเรียนและในชุมชน รวมถึงการจัดสถานที่ จัดอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายภายในชุมชนหรือในเขตพื้นที่อาศัยของนักเรียน ก็จะช่วยจัดการปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กได้ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้ปัจจัยสู่ความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมคิดร่วมทำตั้งแต่ต้นของผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่ามาตรการป้องกันและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินที่สำคัญนอกจากการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายแล้ว การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ก็นับว่าเป็นวิธีที่ดี (Bunjaroonsilp, 2003) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัย

ความร่วมมือจากทุกฝ่าย ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในเด็กนักเรียนมีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อค้นพบเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จากกลุ่มทดลองมีแนวโน้มของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายหลังได้รับโปรแกรมดีกว่ากลุ่มควบคุม และการโทรติดตามหรือการเยี่ยมบ้านในกลุ่มทดลอง เป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ปกครองหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยการนำข้อค้นพบนี้ไปประกอบการใช้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมร่วมกับการศึกษาติดตาม เพื่อนำไปสู่การป้องกันและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินในช่วงวัยอื่น เพื่อนำไปสู่แนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินต่อไป
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Bunjaroonsilp, N. (2003). *A project to review knowledge in behavioral science for prevention overweight in children*. Bangkok: Health Research Report of National Health, Foundation and Research Center. (In Thai)
- Burns, N., & Groove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Caprio, S., Daniels, S. R., Drewnowski, A., Kaufman, F. R., Palinkas, L. A., Rosenbloom, A. L., & Schwimmer, J. B. (2008). Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: Implications for prevention and treatment. *Diabetes Care*, 31(11), 2211-2221.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning an educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw Hill.
- Health Education Division, Ministry of Public Health. (2020). *Healthy Thai children know Thai citizens' duties*. Retrieved from http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=657 (In Thai)
- Horner, S. D. (2006). Home visiting for Intervention delivery to improve rural family asthma management. *Journal of Community Health Nursing*, 23(4), 213-223.
- JaiCherdchoo, R. (2013). Development of a community participative program for health promotion among overweight students. *Nursing Journal*, 40(2), 64-76. (In Thai)
- Kraiket, T. (2007). *Study of the development of weight control activities for students with over nutrition in health promotion schools Rasi Salai School, Rasi Salai District, Sisaket Province* (Master's thesis, Maha Sarakham University). (In Thai)
- Luevanich, C. (2007). *Assessment of school measures to prevent overweight in children of Schools under the Phuket Municipality School*. Phuket: Phuket Rajabhat University. (In Thai)
- Maneekarn, A., & kulaBul, O. (2006). Application of health belief model with group processes and social support to promote weight control for overweight children in Primary Schools, Nakhon Si Thammarat Municipality. *Health*, 29(2), 99-109. (In Thai)
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford: Appleton and Lange.
- Pinsaimoon, S. (2009). *Effects of behavioral modification program on exercise and appropriate food consumption among overweight primary school students, Maung District, Uttaradit Province* (Master's thesis, Khon Kaen University). (In Thai)
- Viyatatsana, P. (1999). *Home health care*. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University. (In Thai)
- World Health Organization. (2011). *Obesity*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Effects of Self-management Promoting Program on Health Behaviors and Blood Pressure Level of Persons with Uncontrolled Hypertension

สุพัตรา	สิทธิวิง *	Supattra	Sittiwang *
ศิวพร	อึ้งวัฒนา **	Sivaporn	Aungwattana **
เดชา	ทำดี **	Decha	Tamdee **

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและของโลก เนื่องจากมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และความดันโลหิตสูงยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีชื่อตามบัญชีรายชื่อการรับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ที่อยู่ในชุมชนอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 รายและกลุ่มควบคุม 24 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คู่มือการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และ แบบบันทึกการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอท หูฟัง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หาความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

* สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai University

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 1 พฤษภาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 3 สิงหาคม 2560

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการส่งเสริมและสนับสนุน ให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และช่วยให้ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต, ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิต สูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

Hypertension is a major public health problem in Thailand as well as all over the world because the number of persons who are unable control their blood pressure levels are constantly increasing which can lead to many complications. A self-management promoting program is important to help them to have better health behaviors and blood pressure levels.

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of self-management program on health behaviors and blood pressure levels of persons with uncontrolled hypertension. The samples consisted of adults with uncontrolled hypertension who were on the list of treatment in the Chronic Disease Clinic, primary care unit of Saraphi, Chiang Mai. Forty-eight persons selected by criteria were assigned into experimental groups and control groups, twenty-four in each group. The data were collected during March to June 2017. The instruments used in this study consisted of the self-management promoting program in persons with uncontrolled hypertension, handbook of self-management in persons with uncontrolled hypertension, two videos about hypertension and how to self-manage for persons with uncontrolled hypertension, a book recording of self-management in persons with uncontrolled hypertension, manual blood pressure monitoring and the health behaviors for persons with uncontrolled hypertension questionnaire. The reliability of health behaviors questionnaire was .87, tested by Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test and paired t-test.

The results of this study revealed that the mean score of the health behaviors of persons with uncontrolled hypertension after receiving the self-management promotion program was statistically significantly higher than before and higher than the control group ($p < .01$). Systolic blood pressure and diastolic blood pressure of persons with uncontrolled hypertension after receiving the self-management promotion program was statistically significantly higher than before and higher than the control group ($p < .05$)

The findings of this study indicate the effectiveness of the self-management promotion program to promote and support persons with uncontrolled hypertension who must constantly monitor and adjust their health behavior which will lead to a better control of blood pressure levels.

Keywords: *Self-management Promoting Program, Health Behaviors and Blood Pressure Level, Persons with Uncontrolled Hypertension*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย สถานการณ์จากองค์การอนามัยโลก ในปี 2554 ทั่วโลกมีผู้เป็นความดันโลหิตสูงเกือบ 1,000 ล้านคน โดยพบว่าคนวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย มี 1 ใน 3 คนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (World Health Organization, 2011) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 59 เมื่อดูรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย เปรียบเทียบจากปี 2546 และปี 2556 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่า (Phangjunan & Phanthawet, 2015) และมีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คือ มีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต (HT > 140/90 mmHg และ DM & HT > 130/80 mmHg) ได้ 1 ครั้ง ร้อยละ 34.7 ไม่สามารถควบคุมได้ 2 ครั้งติดต่อกัน ร้อยละ 57.3 และไม่สามารถควบคุมได้ 3 ครั้งติดต่อกัน ร้อยละ 69.5 (Medical Research Network of the Consortium of Thai Medical Schools, 2014) จากการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้หรือไม่ต่อเนื่องนี้เอง จึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา

การเกิดขึ้นของภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้นจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่ค่อย ๆ เกิดความผิดปกติขึ้นทีละน้อย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง หัวใจ ไต และตา โดยผู้ที่ไม่ได้รักษาโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น 3 เท่า มีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคอัมพาตเพิ่มขึ้น 7 เท่า (Social Security Office, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2012) ส่งผลกระทบ

ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ระบบเศรษฐกิจ และเป็นภาระของระบบบริการทางสาธารณสุข โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs (Phangjunan & Phanthawet, 2015) ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบด้านต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการควบคุมความดันไม่ได้ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องมีการดูแลและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีแนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 2 วิธี คือการควบคุมโดยการใช้จ่าย และการควบคุมโดยไม่ใช้จ่ายหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Joint National Committee, 2003; Thai Hypertension Society, 2015)

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของ Fang, Moore, Loustalot, Yang and Ayala (2016) พบว่า ร้อยละของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ (18-64 ปี) อยู่ในระดับต่ำมาก การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านแม่พุง อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหารและการปรุงอาหาร สาเหตุจากความเคยชิน ผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ยังมีภาวะเครียดจากภาระหนี้สิน (Chaichana & Niyamas, 2007) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ควรได้รับการส่งเสริมสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง (Kals & Cobbs, 1966) แบ่งเป็น 3 ชนิด คือ 1) พฤติกรรมป้องกันโรค (preventive health behavior) 2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) 3) พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (sick-role behavior) (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้สอดคล้องและบรรลุตามเป้าหมายตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 โดยมีวัตถุประสงค์หนึ่ง คือ การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (The Twelfth National Health Development Plan Steering Committee, 2017) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Joint National Committee, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการที่ช่วยในการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 72 งานวิจัยที่มีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นวิธีการที่ช่วยควบคุมความดันได้ดีที่สุด (Glynn, Murphy, & Smith, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคคลากรทางสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริม

แรงตนเอง (self-reinforcement)

ในปัจจุบันมีผู้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (self-management promoting) ในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยพบว่าผู้สนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง (Saelim, 2011) การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่ล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (Noiparn, 2013) และการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เขื่อนชลิน (Khunthong, 2013) โดยมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ที่เป็นโรคกำหนดเป้าหมายตัวเอง วางแผนปฏิบัติ ติดตามบันทึกพฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่ 4-12 สัปดาห์ โดยผลการศึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า โปรแกรมที่ใช้รูปแบบผสมผสานหลายกิจกรรม ช่วยให้ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป และยังไม่พบว่ามี การใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีศักยภาพทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญาในการเรียนรู้ ตลอดจนปฏิบัติตามวิธีการจัดการตนเอง แต่ต้องทำงาน จึงทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการตนเองมาปรับใช้ โดยนำ บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติมาใช้ในการกระตุ้น อำนวยความสะดวกให้ความรู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด และการรับประทานยาไปสู่วิถีชีวิตที่ดีทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดของ Kanfer and Gaelick Buys (1991) เป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ผ่านกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องตลอด 13 สัปดาห์ โดยให้ความรู้ บันทึกการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน โทรติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และการประชุมกลุ่มเพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control groups design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอสารภี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ตามบัญชีรายชื่อการรับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ที่อยู่ในชุมชนอำเภอสารภี โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายและมีเกณฑ์ในการ

คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุระหว่าง 35-59 ปี วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง > 6 เดือน
2. ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา แต่มีประวัติการวัดระดับความดันโลหิตสองครั้งล่าสุด สูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีโรคร่วม
4. สติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.6 (medium effects) เมื่อนำมาเปิดตาราง (Burns & Groove, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 19 คน และได้ป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

- 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 2) คู่มือการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 3) สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 4) แบบบันทึกการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 2) เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอท และหูฟัง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุง ในส่วนของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.96 และคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

หลังผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงสาธารณสุขอำเภอสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตประกอบกิจการวิจัย และขออนุญาตรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยสุ่มเลือก 2 ตำบล ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ได้ตำบล

ท่าวังตาลและตำบลหนองแฝก ทำการสุ่มอีกครั้งเพื่อกำหนดพื้นที่สำหรับเลือกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้กลุ่มควบคุมเป็นตำบลหนองแฝก และกลุ่มทดลองเป็นตำบลท่าวังตาล สํารวจรายชื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จากทะเบียนรายชื่อแล้ว คัดเลือกตามเกณฑ์และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้กำหนดไว้ในงานวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

- 2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย วัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 1 (pre-test) จากนั้นนัดหมายครั้งต่อไปอีก 12 สัปดาห์เพื่อวัดระดับความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 2 (post-test)

- 2.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 การติดตามตนเอง (self-monitoring) โดยการเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือ

มือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยวัดความดันโลหิตและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ครั้งที่ 1

3. เตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยมีกิจกรรมดังนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รับประทานอาหารผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติ การจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีกายบริหาร และฝึกการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4. การติดตามตนเอง (self-monitoring) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน 2) จำแนกพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน 3) กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก 4) ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม 5) แสดงผลการบันทึกที่ชัดเจน 6) วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

สัปดาห์ที่ 2-12 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามตนเอง ประเมินตนเอง และให้เสริมแรงตนเองตามความเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน บันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึกในแต่ละวันเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

สัปดาห์ที่ 3, 7, 11 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการโทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคล

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ การจัดการตนเองที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เปรียบเทียบการ

ปฏิบัติการจัดการตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้จากบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านทุกวัน ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมกับกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติ การจัดการตนเอง จากนั้นให้กำลังใจในการปฏิบัติ การจัดการตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างให้กำลังใจตนเองว่าสามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จได้

สัปดาห์ที่ 5, 9 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการประชุมกลุ่ม

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มย่อย ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการปฏิบัติการจัดการตนเองเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานและเป้าหมายที่ได้วางแผนไว้ ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเอง จากนั้นเขียนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นทั้งหมดของสมาชิกในกลุ่ม ลงในกระดาษที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ พร้อมทั้งวิธีแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค จากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มเลือกผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เสริมทางสังคม โดยให้ทุกคนกล่าวชื่นชมคนละ 1 ประโยค จากนั้นให้ผู้ที่ถูกเลือกกล่าวให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างที่เหลือ

สัปดาห์ที่ 13 การประเมินผลโปรแกรม วัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองครั้งที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยซักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 13 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเข้าสู่การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ตามเอกสารเลขที่ 37/2560 และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย จากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอม

ในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ chi-square test หรือ fisher exact test และ t-test ตามลักษณะของข้อมูล

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ paired sample t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน t-test for independent sample เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน t-test for independent sample พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 105.29, S.D. = 6.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยที่ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 143.92, S.D. = 12.37$ และ $\bar{X} = 76.00, S.D. = 8.07$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 130.25, S.D. = 9.10$ และ $\bar{X} = 70.17, S.D. = 6.21$ ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งสองค่า ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=48) หลังการใช้โปรแกรมกับกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	84.88	7.84	105.29	6.23	.000
ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก	143.92	12.38	130.25	9.10	.000
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก	76.00	8.07	70.17	6.21	.007

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริม

การจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ($\bar{X} = 105.29, S.D. = 6.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความดัน

โลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง โดยที่ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{X} =139.38, S.D. = 11.88 และ \bar{X} = 81.38, S.D. = 10.56 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

(\bar{X} =130.25, S.D. = 9.10 และ \bar{X} = 70.17, S.D. = 6.21 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งสองค่า ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (n=48)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
กลุ่มควบคุม					
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	88.21	7.41	79.71	8.30	.087
ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก	138.79	13.25	143.92	12.37	.146
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก	73.25	11.79	76.00	8.07	.381
กลุ่มทดลอง					
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	84.88	7.41	105.29	6.23	.000
ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก	139.38	11.88	130.25	9.10	.014
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก	81.38	10.56	70.17	6.21	.000

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) มีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่จะ แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ ทักษะใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ต่อพฤติกรรม ของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคคลากรทางสุขภาพ โดยได้มีกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่องโรคความ

ดันโลหิตสูงและการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสม สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคและการรักษาอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมจัดการ ตนเองอยู่ในระดับสูง และความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการ ตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Seetisan, Suwannarat, & Jailungkar, 2013) และ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Sujamnon, Therawiwat, & Imamee, 2013) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และการได้รับการสนับสนุนมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรม การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการปฏิบัติการจัดการ ตนเองขณะอยู่ที่บ้านทุกวัน เพื่อส่งเสริมให้มีการติดตาม

ตนเอง ประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกิจกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และให้แรงเสริมตนเองตามความเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน ร่วมกับการโทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคล คือ มีการติดตามโทรเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 3, 7 และ 11 เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามตนเอง (self-monitoring) และการประเมินตนเอง (self-evaluation) ผ่านการพูดคุยเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบจากบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองที่กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกไว้ทุกวัน มีการให้กำลังใจและให้กลุ่มตัวอย่างมีการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ว่าจะสามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการตนเองของ Wongputtakham (2008) ประกอบด้วย การโทรติดตามเยี่ยมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับการจัดการตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Thatsaeng, Lasuka, & Khampolsiri, 2012) ประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองยังมีกิจกรรมการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสัปดาห์ที่ 5 และ 9 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามตนเอง (self-monitoring) และการประเมินตนเอง (self-evaluation) โดยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Sujamnon, Therawiwat, & Imamee (2013) พบว่า เพื่อนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบผสมผสานหลาย ซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีกิจกรรมการจัดการตนเองที่หลากหลาย มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต มีการปฏิบัติการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง 13 สัปดาห์ จึงทำให้ความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่าควบคุม และต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการตนเองโดยได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองแบบประยุกต์ การใช้ยา การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Wankham, Wattana, & Khampalik, 2015) และการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้ การแจกคู่มือ การบันทึก พฤติกรรมสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Chompoo, 2008)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นอกจากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตแล้วยังพบว่า ระหว่างที่เก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลองบางคนสามารถปรับลดการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตลงได้ จาก 2 ชนิด ลดลงเหลือ 1 ชนิด และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดที่ต้องได้รับการปรับเพิ่มยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประเมินตนเอง และเสริมแรงตนเอง ผู้วิจัยมีส่วนช่วยเหลือให้เกิดกระบวนการดังกล่าวโดยการกระตุ้น อำนวยความสะดวก ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนปฏิบัติ ค้นหาอุปสรรค และปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพได้ตามที่กำหนด เป้าหมายไว้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นแรงเสริมให้มีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตให้ลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำไปเป็นแนวทางแก่พยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนในการปฏิบัติกรพยาบาล การจัดรูปแบบหรือ

มาตรฐานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเอง สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้ได้ในพื้นที่ และนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในระยะยาว
2. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองซ้ำในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ
3. เพิ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง
4. เพิ่มการพัฒนาสื่อที่สามารถเข้าถึงในการให้ความรู้แก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในลักษณะอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- Burns, N., & Groove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Chaichana, W., & Niyamas, H. (2007). Study of self-care behavior of hypertensive patients in a community in Chiang Rai province. *Journal of Health Systems Research, 1*(2), 92-98. (In Thai)
- Chompoo, S. (2008). *Effects of self-management program on health behaviors and blood pressure of persons with hypertension* (Master's thesis, Burapha University). (In Thai)
- Fang, J., Moore, L., Loustalot, F., Yang, Q., & Ayala, C. (2016). Reporting of adherence to healthy lifestyle behaviors among hypertensive adults in the 50 States and the district of Columbia, 2013. *Journal of the American Society of Hypertension, 10*(3), 252-262.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). Health behaviour and health education. In C. T. Orleans (Ed.), *Health education* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

- Glynn, L. G., Murphy, A. W., & Smith, S. M. (2010). *What interventions improve the control of high blood pressure*. Retrieved from http://www.cochrane.org/CD005182/HTN_what-interventions-improve-the-control-of-high-blood-pressure
- Joint National Committee. (2003). *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment high blood pressure*. Retrieved from <http://www.nhbl.nih.gov/guidelines/hypertension/Express.pdf>
- Kals, S. V., & Cobbs, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. *Archives of Environmental Health. An International Journal*, 12(4), 531-541.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), *Helping people change: A text book of methods*. (4th ed.). New York: Pergamonpress.
- Khunthong, T. (2013). Impact of a self-managed supporting programme on self-management behaviour and sugar levels in category 2 insulin-dependent diabetes patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(1), 85-99. (In Thai)
- Medical Research Network of the Consortium of Thai Medical Schools. (2014). *Summary of evaluation of care for patients with diabetes and hypertension 2010-2015*. Retrieved from https://dmht.thaimedresnet.org/document/NHSO_DMHT_2561_OnTour1_REGIONS_7_8.pdf (In Thai)
- Noiparn, S. (2013). *Effect of the self-management promoting program on food consumption behaviors in the elderly undergoing continuous ambulatory* (Master's thesis, Prince of Songkla University). (In Thai)
- Phangjunan, T., & Phanthawet, N. (2015). *Campaign issues for World Hypertension Day 2015*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/media/leaflet/non-communicable-disease.php>. (In Thai)
- Saelim, R. (2011). *The effect of self-management enhancing program on health behaviors in patients with chronic peripheral arterial occlusion* (Master's thesis, Prince of Songkla University). (In Thai)
- Seetisan, P., Suwannarat, A., & Jailungkar, J. (2013). Factors associated with self-care behaviors among uncontrolled hypertension patients in Dokkhamtai district, Phayao province. *Lanna Pubic Health Journal*, 9(2), 120-136. (In Thai)
- Social Security Office, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2012). *Hypertension*. Retrieved from <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/sso/2555/health/129-hypertention.html> (In Thai)
- Sujamnon, S., Therawiwat, M., & Imamee, N. (2013). Factors related to self-management of hypertensive patients, Taladkwan District Health Promoting Hospital, Nontaburi Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 29(2), 20-30. (In Thai)
- Thai Hypertension Society. (2015). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2012 update 2015*. Retrieved from <http://www.thaihypertension.org/files/GL HT 2015.pdf> (In Thai)

- Thatsaeng, B., Lasuka, D., & Khampolsiri, T. (2012). Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. *Nursing Journal*, 39(4), 125-137. (In Thai)
- The Twelfth National Health Development Plan Steering Committee. (2017). *The twelfth fiveyearnational health development plan (2017–2021)*. Retrieved from http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf (In Thai)
- Wankham, C., Wattana, C., & Khampalik, S. (2015). The effects of a self-management program on hypertension-controlling behaviors, and mean arterial pressure among persons with hypertension. *Nursing Journal*, 42(1), 49-60. (In Thai)
- Wongputtakham, S. (2008). Effects of self-management on health behaviors and blood pressure among hypertensive patients. *Nursing Journal*, 36(3), 125-136. (In Thai)
- World Health Organization. (2011). *Hypertension fact sheet*. Retrieved from http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf



การพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน Development of Northern Thai Food Preparation Knowledge Package for Persons with Diabetes Mellitus

ณริศรา	พสุรวัดพัฒนกุล *	Narissara	Phasuworrawattnanakul *
วราภรณ์	บุญเชียง **	Waraporn	Boonchieng **
สิวพร	อึ้งวัฒนา ***	Sivaporn	Aungwattana ***

บทคัดย่อ

การควบคุมอาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือ สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็น โรคเบาหวาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Kolb (1984) ได้แก่ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม แบ่งการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล

ผู้เข้าร่วมการศึกษายเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 16 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน จำนวน 8 ราย และผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 8 ราย สำหรับระยะดำเนินการและระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แนวสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน แบบประเมินความรู้ในจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) รายการอาหารไทยภาคเหนือ และ 2) สื่อการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือ “เมนูสุขภาพบำบัดเบาหวานด้วยอาหารพื้นเมือง”

ผลการวิจัย พบว่า

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้ในการจัด อาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 1 เดือน พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยคะแนน ความรู้ภายหลังการนำชุดความรู้ฯ ไปใช้สูงกว่าก่อนการนำชุดความรู้ฯ ไปใช้ และผลของความเป็นไปได้ของ การใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 24 กรกฎาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 3 สิงหาคม 2560

ภายหลังจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้นำชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือไปทดลองใช้ 1 เดือน พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความคิดเห็นว่า ชุดความรู้ฯ สามารถนำไปใช้ได้ง่าย อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 87.5 ชุดความรู้ฯ มีความชัดเจนของเนื้อหาในด้านปริมาณ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90.6 ด้านการเลือกซื้อ ด้านการปรุง และด้านความถี่ อยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 87.5 ชุดความรู้ฯ มีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90.6 ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่จะนำชุดความรู้ฯ ไปใช้สามารถซื้อหรือจัดหาเพื่อนำมาใช้ในการจัดอาหารได้ คิดเป็นร้อยละ 81.3 และชุดความรู้ฯ มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 87.5

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้สามารถนำชุดความรู้ฯ ไปพัฒนาและใช้ดำเนินการต่อในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันในภาคเหนือ

คำสำคัญ: การพัฒนาชุดความรู้, การจัดอาหารไทยภาคเหนือ, ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

Abstract

Dietary management is the most significant method to control blood sugar level for people with diabetes. The aims of this research and development were to develop Northern Thai food preparation knowledge package for persons with diabetes mellitus; to assess possibility to apply Northern Thai food knowledge package to persons with Diabetes Mellitus; and to compare knowledge test scores before and after using knowledge package for persons with diabetes mellitus based on a participatory model (Kolb, 1984). The concept of participatory learning is an experiential learning and group process. The research divided into three phases: situation analysis; Implement; and evaluation phase.

The samples were selected based on purposive sampling. In the situation analysis phase, 16 selected samples were divided into two groups included eight village health volunteers who specialized in Diabetes Mellitus and eight persons with Diabetes Mellitus, and thirty-two persons with Diabetes Mellitus on operation and evaluation phase. The study instruments included the following parts: general questionnaire, structured interview questionnaire, group discussion questionnaire, possibility to apply Northern Thai food knowledge package to persons with diabetes mellitus questionnaire, Northern Thai food management for persons with diabetes mellitus evaluation form, and Northern Thai food preparation knowledge package for persons with diabetes mellitus including Northern Thai food recipes and guide book "Healthy Diabetes local food recipes".

The result of this study showed that:

The comparison of the knowledge of persons with diabetes mellitus one month before and after using the Northern Thai Food Preparation Knowledge Package. After using the knowledge package, statistical significance was found ($p < .05$), more than before using the knowledge package. The result of assessing the possibility to apply the Northern Thai food knowledge package to persons with Diabetes Mellitus after one-month usage, showed that a high proportion (87.5%) of the

persons with diabetes mellitus comment that the knowledge package was easy to use. They also report the following, with the figures very favourable to the study: 90.6% for content clarity, 87.5% for cooking and frequency, 90.6% for appropriate application, 81.3% for food purchase and supply and preparation, and 87.5% for the possibility of applying in practice.

Suggestions for this followed: the knowledge package can be developed and apply to communities in the Northern part of Thailand.

Keywords: *Development of Knowledge Package, Northern Thai Food Preparation, Persons with Diabetes Mellitus*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานผลการสำรวจปี ค.ศ. 2014 ทั่วโลกพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 8.5 ทวีปเอเชียร้อยละ 8.6 สำหรับในประเทศไทยร้อยละ 6.5 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และในปี ค.ศ. 2015 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 8.7 ทวีปเอเชียร้อยละ 9 และในประเทศไทย ร้อยละ 6.7 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอัตราป่วยของโรคเบาหวานพบมากในช่วงอายุ 35-59 ปี ร้อยละ 70 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2015) ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดรุนแรงเฉียบพลันและเรื้อรัง จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว นอกจากจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเองแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจคือ ภาวะเครียด เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) มากขึ้นผิดปกติ ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีผลต่อการตอบสนองของอินซูลิน ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (Department of Mental Health, 2001) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ (Diabetes Association American, 2009) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วย

เบาหวานบางส่วนยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 62.1 (Arbsuwan, 2015) ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานคือ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมภาวะแทรกซ้อนโดยการควบคุมพฤติกรรม อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Usay, Muangsom, & Kowi, 2012) ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติหรือคงที่ได้นั้นจะต้องควบคุมอาหารให้ได้ก่อน

อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานนอกจากจะมีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และมีสัดส่วนอาหารแต่ละประเภทอย่างเหมาะสมแล้ว ยังต้องหลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาลในการประกอบอาหาร (Nato, Vannarit, & Somrarnyart, 2015) ซึ่งวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของประชาชนไทยในแต่ละภาคจะแตกต่างกัน ในบริบทของประชาชนภาคเหนือมักจะนิยมรับประทานอาหารที่ทำเอง ส่วนกับข้าวจะหาจากสิ่งที่มีอยู่ในท้องถิ่น หรือพืชพันธุ์ที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ และวัตถุดิบในอาหารไทยภาคเหนือ ส่วนใหญ่ที่สำคัญคือ ผักพื้นบ้าน การปรุงอาหารของคนภาคเหนือจะมีรสชาติอ่อน หรือรสเผ็ด เค็ม เปรี้ยว และหวาน โดยความหวานส่วนใหญ่จะได้มาจากส่วนผสมที่นำมาประกอบอาหาร (Jansiri, 2005) อาหารไทยภาคเหนือเป็นอาหารที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากมีคุณสมบัติช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้

ป่วยเบาหวานหลายประการ เช่น โยอาหารที่มีในผักพื้นบ้าน การไม่เติมน้ำตาล และไม่ใช้กะทิ ตลอดจนฤทธิ์ทางยาที่มีอยู่ในผักและสมุนไพรพื้นบ้านช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างดี (Teerasiri, 2009) ส่วนประกอบหลักของอาหารไทยภาคเหนือหลายอย่างใช้ผักพื้นบ้านและพืชสมุนไพรเป็นส่วนประกอบ

ผักพื้นบ้านจะมีเส้นใยอาหาร (dietary fiber) สูง เมื่อรับประทานเข้าไปแล้ว น้ำย่อยไม่สามารถจะย่อยได้ เนื่องจากเป็นสารประกอบคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (polysaccharides) ที่มีโมเลกุลใหญ่มาก แยกออกเป็น 2 ประเภท (Saktamnu, 2016) คือ 1) โยอาหารชนิดไม่ละลายน้ำ (insoluble fiber) ช่วยให้ได้เพิ่มปริมาณน้ำในกระเพาะอาหาร เพิ่มกากอาหาร ทำความสะอาดทางเดินอาหาร จึงลดปัญหาอาการท้องผูก ลดความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น เซลลูโลส (cellulose) ลิกนิน (lignin) เฮมิเซลลูโลส (hemicellulose) และ 2) โยอาหารชนิดละลายน้ำ (soluble fiber) เป็นเส้นใยอาหารที่ละลายได้ในน้ำแล้วดูดซับน้ำไว้กับตัวจึงมีความหนืดเพิ่มขึ้นทำให้น้ำตาลดูดซึมได้ช้าลง มีลักษณะเป็นเจลสามารถจับน้ำตาลและดูดซับน้ำมันได้ อีกทั้งยังขัดขวางเอนไซม์ของตับอ่อนที่ช่วยย่อยคาร์โบไฮเดรต และทำให้การตอบสนองอินซูลินดีขึ้นจึงช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด พบมากในผลไม้และผัก ได้แก่ เปกติน กัม และมิวซิเลต ซึ่งเมื่อให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวานรับประทานอาหารที่มีโยอาหารในปริมาณมากติดต่อกันเป็นระยะเวลาานจะทำให้ระดับน้ำตาลและความต้องการอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานลดลง (Anderson et al., 2009) ด้วยเหตุนี้อาหารไทยภาคเหนือจึงมีส่วนสำคัญที่สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยการประกอบอาหารที่ดีจะต้องควบคู่ไปกับหลักการจัดอาหาร

หลักการจัดอาหาร ประกอบด้วย 4 ประการ คือ 1) การเลือกซื้อ 2) การปรุง 3) ปริมาณ และ 4) ความถี่ (Kitcharoenchai, 2013) จะเห็นได้ว่าการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจำเป็นต้องนำองค์ความรู้หลายด้านมาผสมผสานกันเพื่อให้เกิดการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้ดี การจัดอาหารไทยภาคเหนือ

สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากอาหารไทยภาคเหนือส่วนใหญ่ใช้ผักพื้นบ้านที่มีเส้นใยมาก และใช้สมุนไพรที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นส่วนประกอบ นอกจากนี้ผักพื้นบ้านและสมุนไพรที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดสามารถหาได้ง่าย และมีอยู่ในท้องถิ่นสามารถนำมาใช้ในการประกอบอาหารได้ ประชาชนมีความรู้ดั้งเดิมเกี่ยวกับผักพื้นบ้านและสมุนไพรที่ใช้ แต่หากความรู้เดิมที่มีอยู่ส่วนไหนยังไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ผู้สอนก็จะเติมเต็มความรู้ในส่วนที่ขาดให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม หรือผู้เข้าร่วมกิจกรรมเองก็สามารถเติมเต็มความรู้ในให้กันในกลุ่มได้ จึงเกิดเป็นการสะท้อนคิด และจากกระบวนการที่ผ่านมาร่วมกับกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความรู้ใหม่ และได้แนวคิดออกมา จึงเกิดเป็นความคิดรวบยอด ซึ่งก็คือชุดความรู้ประกอบด้วย 1) รายการอาหารไทยภาคเหนือ 2) สื่อหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือ “เมนูสุขภาพบำบัดเบาหวานด้วยอาหารพื้นเมือง” ซึ่งชุดความรู้ที่ได้มา ได้มาจากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่ Kolb (1984) เชื่อว่า เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็นสองรูปแบบ คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) และกระบวนการกลุ่ม (group process) ดังนั้น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์จะครอบคลุม 4 องค์ประกอบของการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ (experience) 2) การสะท้อนคิดและอภิปราย (reflection and discussion) 3) ความคิดรวบยอด (concept) 4) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) โดยกระบวนการกลุ่มจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและบรรลุงานสูงสุด และกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เกิดการเรียนรู้ ปรับทัศนคติ นำสู่พฤติกรรมในการปฏิบัติที่ดีในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป (Department of Mental

(Health, 2000) ดังนั้นการพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงน่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานตามบริบทชุมชนภาคเหนือได้ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

คำถามการวิจัย

1. ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเป็นไปได้หรือไม่อย่างไร
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ อาศัยหลักการที่สำคัญ คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ 1) ประสบการณ์ 2) การสะท้อนคิดและอภิปราย 3) ความคิดรวบยอด และ 4) การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) โดยครอบคลุมหลักในการจัด

อาหาร 4 ด้าน ที่ได้มาจากจากการทบทวนวรรณกรรม คือ 1) การเลือกซื้อ 2) การปรุง 3) ปริมาณ และ 4) ความถี่ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นการทดลองใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้มาจากระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) รายการอาหารไทยภาคเหนือ และ 2) สื่อหรืออุปกรณ์ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือ “เมนูสุขภาพบำบัดเบาหวานด้วยอาหารพื้นเมือง” ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นการวัดความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และประเมินความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือหลังจากการนำชุดความรู้ไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ รวมถึงเปรียบเทียบความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล โดยทำการศึกษาในตำบลท่ากว้างอำเภอสารภี ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 เนื่องจากตำบลท่ากว้างเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับผักพื้นบ้าน และสมุนไพร รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้สนับสนุนให้ประชาชนใช้สมุนไพรประกอบรักษาโรคเบาหวานอีกด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้บริการงานสาธารณสุขต่าง ๆ ในตำบลหนึ่งในตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี 2) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

จำนวน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน 2) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี จำนวน 64 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน อาศัยอยู่ในตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 32 คน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี จำนวน 64 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน อาศัยอยู่ในตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี ซึ่งเป็นผู้ที่ได้นำชุดความรู้ไปทดลองใช้ในระยะเวลาที่ 2 ระยะดำเนินการ จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แนวสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ระยะดำเนินการ ได้แก่ ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือ ได้แก่ 1) รายการอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 2) สื่อหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการเรียนรู้ ระยะประเมินผล ได้แก่ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และแบบประเมินความรู้ในจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำโครงสร้างวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ด้วยการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยการแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมได้อย่างอิสระตัดสินใจด้วยตนเองหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดย

ไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย การนำเสนองานวิจัยจะนำเสนอผลในภาพรวมและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการดำเนินการวิจัย

1.1 ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ ต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลท่ากว้าง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากบัญชีรายชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง จากนั้นผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยศึกษาจากงานวิจัย และเข้ารับการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญเรื่องการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้จัดเตรียมสถานที่ และวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นได้แก่ สมุด ดินสอ ปากกา ลูกกลิ้งปากกาเคมี กระดาษบุรูป เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

2. ขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และนัดพบกลุ่มตัวอย่าง

2.2 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และสัมภาษณ์ด้วยวาจาแบบหนึ่งต่อหนึ่ง โดยใช้แนวการสัมภาษณ์แบบมี

โครงสร้าง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที และมีการบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง

2.2.2 กลุ่มที่ 2 ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือ สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และดำเนินการสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือ โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที และมีการบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง

2.3 ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นที่ได้หลังจาก การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม และมีวิทยากรในการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลและช่วยเพิ่มเติมข้อมูล คือ นักโภชนาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

2.4 จัดประชุมกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกัน พัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน อาศัยหลักการที่สำคัญ คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยครอบคลุมหลักในการจัดอาหารไทยภาคเหนือ ซึ่งชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) รายการอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 2) สื่อหรืออุปกรณ์ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือ “เมนูสุขภาพ บำบัดเบาหวานด้วยอาหารพื้นเมือง” ทั้งนี้ชุดความรู้ในการจัดอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะครบถ้วนหลังจากนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาร่างและปรับปรุงให้เหมาะสม

2.5 ผู้วิจัยนำประเด็นที่สรุปได้ไปเสนอข้อมูลย้อนกลับให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันลงมติสำหรับชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และนัดพบกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

จำนวน 32 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

2. อธิบายวิธีการใช้ชุดความรู้ และมอบชุดความรู้ให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวาน จำนวน 32 คน เพื่อนำชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้จากระยะวิเคราะห์สถานการณ์ไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยไม่ได้มีการติดตามผลแต่อย่างใด

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

1. ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

2. ประเมินความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่มโดยการจัดระเบียบและจำแนกเนื้อหาแต่ละส่วน แล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติ Paired sample t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน จึงร่วมกันพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาจัดทำโปรแกรมด้านความรู้ในการจัดอาหาร อาศัยหลักการที่สำคัญ คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทั้ง 4

องค์ประกอบ คือ 1) ประสบการณ์ 2) การสะท้อนคิด และอภิปราย 3) ความคิดรวบยอด และ 4) การทดลอง หรือการประยุกต์แนวคิด ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) โดยครอบคลุมหลักในการจัดอาหาร 4 ด้าน คือ 1) การเลือกซื้อ 2) การปรุง 3) ปริมาณ และ 4) ความถี่ จากนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำผลลัพธ์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างในระยะวิเคราะห์สถานการณ์มาพัฒนาเป็น ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) รายการอาหารไทยภาคเหนือ และ 2) สื่อหรืออุปกรณ์ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือ “เมนูสุขภาพบำบัดเบาหวานด้วยอาหารพื้นเมือง”

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะดำเนิน การมีความคิดเห็นที่มีต่อความเป็นไปได้ของการใช้ชุด ความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรค เบาหวาน คือ ชุดความรู้ฯ สามารถนำไปใช้ได้ง่าย อยู่ใน ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 87.5 ชุดความรู้ฯ มีความ ชัดเจนของเนื้อหาในด้านปริมาณ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90.6 ด้านการเลือกซื้อ ด้านการปรุง และ ด้านความถี่ อยู่ในระดับมากอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อย ละ 87.5 ชุดความรู้ฯ มีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ที่เป็น โรคเบาหวานนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90.6 ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่จะนำชุดความรู้ฯ ไปใช้ สามารถซื้อหรือจัดหาเพื่อนำมาใช้ในการจัดอาหารได้ คิดเป็นร้อยละ 81.3 และชุดความรู้ฯ มีความเป็นไปได้ที่ จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 87.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำแนกตามความคิดเห็นที่มีต่อความเป็นไปได้ของการใช้ชุด ความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (n = 32)

ความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือ สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน	ระดับความคิดเห็น					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชุดความรู้สามารถนำไปใช้ได้ง่าย	28	87.5	4	12.5	-	-
ชุดความรู้มีความชัดเจนของเนื้อหา						
การเลือกซื้อ	28	87.5	4	12.5	-	-
การปรุง	28	87.5	4	12.5	-	-
ปริมาณ	29	90.6	3	9.4	-	-
ความถี่	28	87.5	4	12.5	-	-
ชุดความรู้มีความเหมาะสมที่จะให้ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานนำไปใช้	29	90.6	3	9.4	-	-
ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่จะนำชุด ความรู้ไปใช้สามารถซื้อหรือ จัดหาเพื่อนำมาใช้ในการจัดอาหารได้	26	81.3	4	12.5	2	6.3
ชุดความรู้ฯ มีความเป็นไปได้ที่จะ นำไปใช้ในทางปฏิบัติ	28	87.5	4	12.5	-	-

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนาชุดความรู้ใน

การจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยคะแนนความรู้ภายหลังการนำชุดความรู้ไปใช้สูงกว่าก่อนการนำชุดความรู้ไปใช้ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ($n = 32$)

ระดับคะแนน	ก่อน		หลัง		P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือ	13.31	3.50	18.25	2.17	0.001

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 การพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพื่อให้ได้ชุดความรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผู้ศึกษาไว้หลายการศึกษา เช่น การพัฒนาศักยภาพของแกนนำนักเรียนในการจัดการขยะในโรงเรียนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้ชุดความรู้ในการจัดการขยะในโรงเรียน ส่งผลให้แกนนำนักเรียนได้พัฒนาความรู้ เจนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะในโรงเรียน (Andres, 2013) ประกอบกับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่าผู้ดูแลตระหนักถึงการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ทำให้ได้แนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (Sarootanachareon, 2014) สอดคล้องคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

(Suriya, 2013) อีกทั้งยังพบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สามารถส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง (Mapakdee, 2008) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่ากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีข้อดี คือ ได้ชุดความรู้ ทำให้ได้แนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ ระดับคะแนนความรู้สูงขึ้น พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สร้างความตระหนัก และนำสู่การปฏิบัติที่ดี ดังนั้นการพัฒนาชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจึงน่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานตามบริบทชุมชนภาคเหนือ ได้ดี

ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เกิดขึ้นจากการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) รายการอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และ 2) สื่อหรืออุปกรณ์ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้แก่ คู่มือ “เมนูสุขภาพบำบัดเบาหวานด้วยอาหารพื้นเมือง” ดังนี้

1. รายการอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ผู้ศึกษาจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน และผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนมีส่วน

ร่วมในการสร้างชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็โรคเบาหวาน คือ รายการอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็โรคเบาหวาน โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นพร้อมกันได้มีการผสมผสานภูมิปัญญา วัฒนธรรมท้องถิ่น และเทคโนโลยีที่เหมาะสมมีการปรับสัดส่วนปริมาณที่เหมาะสม ครอบคลุมหลักในการจัดอาหารทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวานสามารถนำรายการอาหารไทยภาคเหนือไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่าย เนื่องจากเป็นอาหารพื้นบ้านของชาวภาคเหนือ มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพียงแต่ต้องปรับสูตรและส่วนผสมของเครื่องปรุง รวมถึงวัตถุดิบบางอย่าง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมต่อผู้ที่เป็โรคเบาหวานสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาสำหรับอาหารไทยเพื่อสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงและบริบทชุมชนพบว่า ทำให้ได้สำหรับอาหารภาคเหนือ 6 รายการ และพบว่าการบริโภคอาหารของผู้คนในท้องถิ่นใดมีนิสัยสัมพันธ์กับบริบทของท้องถิ่นนั้น ทั้งที่เป็นบริบททางธรรมชาติและบริบททางสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสภาพทรัพยากร ภูมิปัญญา และภูมิธรรมของผู้คนในแต่ละท้องถิ่น โดยผู้คนในท้องถิ่นมีการสืบทอดวิถีการบริโภคอาหารต่อ ๆ กันมาจนเกิดเป็นวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของท้องถิ่นภาคเหนือ ประกอบกับการวิจัยและพัฒนาตำรับชุดอาหารสุขภาพไทยจากท้องถิ่นสู่ครัวโลก กรณีศึกษาอาหารท้องถิ่นภาคเหนือพบว่า ได้สำหรับอาหารท้องถิ่นภาคเหนือ จำนวน 10 ชุด ซึ่งใช้ผักพื้นบ้านของภาคเหนือเป็นส่วนประกอบของสำหรับอาหาร (Srimuang, 2006)

2. สื่อหรืออุปกรณ์ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือ “เมนูสุขภาพบำบัดเบาหวานด้วยอาหารพื้นเมือง” เป็นสื่อการเรียนรู้ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือนี้เป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน และผู้ที่เป็โรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อายุ 49-59 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษา รายได้ 1001-5000 บาท จากการศึกษา พบว่า คู่มือ “เมนูสุขภาพ

บำบัดเบาหวานด้วยอาหารพื้นเมือง” มีความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ เนื่องจาก มีเนื้อหาสาระครบถ้วน กระชับ ตัวอักษรมีขนาดที่มองเห็นได้ชัดทำให้สามารถอ่านง่าย ขนาดรูปเล่มเหมาะสม มีสีสันทนสวยงาม และภาพประกอบการบรรยายชัดเจน ดังนั้น จึงเป็นชุดความรู้ที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้อ่านวัยผู้ใหญ่ที่สามารถอ่านหนังสือได้ และสามารถจัดหาวัสดุหรืออุปกรณ์ตามท้องถิ่นได้ เช่น ผักพื้นบ้านหรือสมุนไพรที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถนำไปทดลองใช้ได้ สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพของแกนนำนักเรียนในการจัดการขยะในโรงเรียนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีคู่มือสวยงาม อ่านง่าย และเหมาะสม (Andres, 2013) และสอดคล้องกับผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งใช้คู่มือเป็นสื่อประกอบในการเรียนรู้ โดยคู่มือมีความกระชับ เข้าใจง่าย สีสันทนสวยงาม มีรูปภาพประกอบอย่างชัดเจน (Suriya, 2013)

ส่วนที่ 2 ผลของความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็โรคเบาหวาน

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากผู้ที่เป็โรคเบาหวานได้นำชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือไปทดลองใช้ 1 เดือน จึงร่วมประเมินผลความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็โรคเบาหวาน พบว่า ผู้ที่เป็โรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความคิดเห็นด้วยระดับมาก สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า ความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (Suriya, 2013) และสอดคล้องกับการพัฒนาแบบแผนการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า ความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาระบบแผนการรับประทานอาหาร

อาหารฯ อยู่ในระดับดีมาก (Budda, 2016) ซึ่งผลของความเป็นไปได้ของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 5 ประเด็น คือ 1) ชุดความรู้ฯ สามารถนำไปใช้ได้ง่าย 2) ชุดความรู้ฯ มีความชัดเจนของเนื้อหา 3) ชุดความรู้ฯ มีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานนำไปใช้ 4) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่จะนำชุดความรู้ฯ ไปใช้สามารถซื้อหรือจัดหาเพื่อนำมาใช้ในการจัดอาหารได้ และ 5) ชุดความรู้ฯ มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 ผลของคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ผลการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 1 เดือน พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 8.22, p < .05$) โดยคะแนนความรู้ภายหลังการนำชุดความรู้ฯ ไปใช้สูงกว่าก่อนการนำชุดความรู้ฯ ไปใช้ การพัฒนาชุดความรู้ฯ ในครั้งนี้ได้นำหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโคลบ (Kolb, 1984) มาเป็นแนวปฏิบัติจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพของแกนนำนักเรียนในการจัดการขยะในโรงเรียนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้ชุดความรู้ในการจัดการขยะในโรงเรียน ส่งผลให้แกนนำนักเรียนได้พัฒนาความรู้ เจนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะในโรงเรียน (Andres, 2013) ประกอบกับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ (Suriya, 2013) อีกทั้งยังพบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สามารถส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องเบาหวานใน

ขณะตั้งครรรภ์ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง (Mapakdee, 2008) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีข้อดี คือ ทำให้ได้ชุดความรู้ได้แนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ ระดับคะแนนความรู้สูงขึ้น พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สร้างความตระหนัก และนำสู่การปฏิบัติที่ดี ดังนั้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงมีผลต่อคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไปพัฒนาและใช้ดำเนินการต่อให้ครอบคลุมทั้งชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันในภาคเหนือ
2. สามารถนำชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
3. ในระหว่างการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือควรมีการติดตามผลโดยบุคคลในชุมชน
4. ควรมีการเพิ่มเติมเนื้อหาสาระของคู่มือเกี่ยวกับหลักการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยเน้นในด้านปริมาณและความถี่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้ชุดความรู้ในการจัดอาหารไทยภาคเหนือสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- Anderson, J. W., Baird, P., Ferreri, S., Knudtson, M., Koraym, A., Waters, V., & Williams, C. L. (2009). Health benefits of dietary fiber. *Nutrition Reviews*, 67(4), 188-205.
- Andres, P. (2013). *Capacity building on school wastes management among student leaders by participatory learning* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Arbsuwan, N. (2015). *Campaign substance issues world diabetes day 2015* (fiscal year 2016). Retrieved from www.thaincd.com/document/ประเด็นสารวันเบาหวานโลก2558.doc (In Thai)
- Budda, D. (2016). Development of eating pattern for people with uncontrolled hypertension using family participation approach. *Nursing Journal*, 46(supplement), 36-48. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2000). *Participatory training manual*. Bangkok: Office of Mental Health Development, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2001). *Manual for organizing learning group activities for health behavior adjustment for the diabetes clinic*. Retrieved from <http://www.km.dmh.go.th/km/view.asp?id=48> (In Thai)
- Diabetes Association American. (2009). *Standards of medical care in diabetes-2009*. Retrieved from <https://doi.org/10.2337/dc09-S013>
- Jansiri, K. (2005). *Local food, rice and blood sugar level of non-insulin dependent diabetes mellitus patients* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Kitcharoenchai, R. (2013). *The effectiveness of a nutritional self-management program on food consumption behaviors, HbA1C, and body mass index in persons with type 2 diabetes* (Master's thesis, Burapa University). (In Thai)
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development Vol. 1*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mapakdee, P. (2008). *Effects of using the participatory learning program and telephone visit on knowledge, self-care behaviors, and blood sugar level among gestational diabetic women* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Nato, S., Vannarit, T., & Somrarnyart, M. (2015). Effects of self-management promotion through diabetic camp participation on glycemic control behaviors and hemoglobin A1C level among persons with type 2 diabetes. *Nursing Journal*, 43(4), 92-104. (In Thai)
- Suriya, J. (2013). Development of caregiver capacity by community participation in screening for dementia among older persons. *Nursing Journal*, 46(2), 47-58. (In Thai)
- Saktamnu, P. (2016). *Fiber nutritional value, diseases prevention and treatment*. Bangkok: Ruamtas. (In Thai)
- Saroottanachareon, U. (2014). Developing the capacity of caregivers in health promotion for diabetic patients By using the participation process. *Kuakarun journal of nursing*, 21(1), 57-69. (In Thai)

Teerasiri, L. (2009). *Indigenous vegetables against diseases self healing natural set*. Bangkok: Ruamtas. (In Thai)

Srimuang, P. (2006). *Nutrition*. Bangkok: Suan Dusit University.

Usay, P., Muangsom, N., & Kowi, P. (2012). Factors associated with glycemic control among type2 diabetes mellitus patients attending Tambon Health Promotion Hospitals within the Banphai Hospital's Catchment Area, Khon Kaen Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 5(3), 11-20. (In Thai)

World Health Organization. (2015). *Diabetes*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs312/en/>

การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน Development of a Community Participation Caring Model for People with Diabetes Mellitus

จุกาพงศ์	เตชะสืบ *	Jutapong	Teachasub *
วราภรณ์	บุญเชียง **	Waraporn	Boonchiang **
รังสิยา	นารินทร์ ***	Rangsiya	Narin ***

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบฯในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1977) การดำเนินการมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาในระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน งานวิจัยนี้ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจงทั้ง 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างในประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วม 4 กลุ่ม โดยใน 4 กลุ่ม ประกอบด้วยผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทศบาลจำนวน 33 คน ระยะที่ 2 และ 3 ประกอบด้วยผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และสนใจเข้าร่วมการดำเนินการ โดยกำหนดจากขนาดอิทธิพล เท่ากับ .50 จากนั้นกำหนดตารางสำเร็จรูปที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน ผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง รวม 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นเบาหวาน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วม แนวคำถามเพื่อวิเคราะห์ปัญหาสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน

ผลการศึกษากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า 1) รูปแบบฯ ประกอบด้วยการอบรม เรื่อง โรคเบาหวาน การปฏิบัติตัว การเยี่ยมบ้านฯ โดยทีมสุขภาพ และคู่มือการดูแลตนเองฯ 2) ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.0 และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 70.4

การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ผู้ มีความรู้และมีการปฏิบัติตนดีขึ้น ดังนั้นควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบฯ ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นเบาหวานดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและอันตรายจากโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ที่เป็นเบาหวาน

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Instructor, Faculty of Nursing, Phayao University

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 1 พฤษภาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 15 สิงหาคม 2560

Abstract

This developmental research study aimed to develop a community participation caring model for peoples with diabetes mellitus and to study the effectiveness of this model for peoples with diabetes mellitus in terms of knowledge about the disease and their practice. The community participation concept developed by Cohen and Uphoff (1977) was used in this study which includes three phases. the first phase was situational analysis, the second phase was Implementation that develop in the first phase and the third phase was evaluated of the intervention. The study used purposive sampling to select all the participants who have diabetes mellitus. Sample had 4 groups who participated were composed of people with diabetes mellitus, Care givers, nurses, primary care unit personal, health volunteer and municipality personal total 33 person. This sample size was identified from the effect size at 0.50 the level of statistical significance at .05. The researcher considered increasing the sample size by 20% for the loss. There was a total of twenty-seven participants who were included in the study. The instrument in this research study included: knowledge of diabetes mellitus, self-care practice measures, a community participation caring model, the guideline questions for assessment and analyzing for people with diabetes mellitus, , primary care unit personals, health volunteers, care givers, and a self-care guideline book for people with diabetes mellitus.

The results of developing a community participation caring model for peoples with diabetes mellitus were as follows: 1) A community participation caring model, self-care practice, home visits by a home health care team, and guideline book for people with diabetes mellitus. 2) The effectiveness of a community participation caring model for peoples with diabetes mellitus showed that a level of knowledge after following the community participation caring model for peoples with diabetes mellitus, 74% of the participants increased their knowledge about diabetes mellitus; and a level of practice about self-care after following the community participation caring model for peoples with diabetes mellitus, 70.4% of the participants increased their self-care practice.

The development of a community participation caring model for peoples with diabetes mellitus would increase their knowledge and their self-care practice. Therefore, the guidelines of a development of a community participant caring model for peoples with diabetes mellitus could be applied to promote self-care and practice among people with diabetes mellitus in a community for the prevention.

Keywords: *Community Participation, Development of Caring Model, Peoples with Diabetes Mellitus*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes type 2) เป็นความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมที่เป็นผลจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน (insulin) และ/หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (American Diabetes Association [ADA], 2013) สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้คาดการณ์จำนวนผู้ที่เป็นเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2573 มีจำนวน ถึง 552 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.9 ของประชากร (David, Leonor, Clara, & Jonathan, 2011) สถานการณ์โรคเบาหวานจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติและโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปมีค่าเท่ากับร้อยละ 6.9 ทั้งใน พ.ศ. 2550 ใน พ.ศ. 2554 มีการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health, 2012)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องได้รับการควบคุมดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Kosonjit & Noimuenwai, 2017; National Health Security Office [NHSO], 2011) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ของร่างกาย (Chaiyarit & Jansombatsiri, 2017; NHSO, 2011) ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือด เกิดการตีบแข็งของหลอดเลือด เกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด การไหลเวียนโลหิตเสียสภาพไป ส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการเสื่อมสภาพของจอประสาทตา เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ส่งผลให้กระบวนการส่งกระแสประสาทซ้าในส่วนของการรับความรู้สึกและระบบประสาทส่วนกลาง และมีผลให้เกิดอาหารขาดบริเวณอวัยวะส่วนปลาย (ADA, 2013) จากรายงานของสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (Institute for Community Health System Research and Development, 2009)

รายงาน ว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งร้ายเก่าและใหม่ พบได้ถึงร้อยละ 21.0 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด และมีผู้ที่เป็นเบาหวานเพียง 1 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 30.0 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ดี ดังนั้น ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเป็นระบบ การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานมีเป้าหมายหลัก คือ การไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีโรคร่วม โดยเน้นควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ (NHSO, 2011) การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้ที่เป็นเบาหวานและ/หรือผู้ดูแล แพทย์ และทีมงานผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นเบาหวานให้ถูกต้อง มีการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับการตรวจตามนัด และการประเมินภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ (ADA, 2013; NHSO, 2011)

แนวคิดการมีส่วนร่วมถือเป็นแนวคิดหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่การตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (NHSO, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) คือ การมีส่วนร่วมหมายถึงการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จากการทบทวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งให้ผู้ที่เป็นเบาหวานในชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อค้นหารูปแบบในการดูแลสุขภาพ ผลที่ได้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานดีขึ้น ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน

การคลายความเครียดและการรักษาต่อเนื่อง (Phongprapapan, Sanveingchan, & Panya, 2013)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีสองเมืองเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลไชยสถานอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งชนบทกึ่งเมือง มีประชากรในความดูแลจำนวน 5,225 คน ในจำนวนนี้พบผู้ที่เป็นเบาหวานในความดูแลจำนวน 96 คน (ร้อยละ 1.32) การให้การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานได้ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การตรวจรับยาตามนัด และการประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยการให้บริการเน้นการให้บริการเชิงรับจากการนัดติดตามอาการของผู้ที่เป็นเบาหวานในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง เมษายน พ.ศ. 2557 พบผู้ที่เป็นเบาหวานเข้ารับบริการจำนวน 274 ราย ในจำนวนนี้พบว่า มีผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (FBS>130 mg%) จำนวน 137 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 ของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารับบริการ (Srisong Muang Tumbon Health Promotion Hospital, 2014) นอกจากนี้ การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานในตำบลไชยสถานยังขาดรูปแบบการให้การดูแลที่ชัดเจน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชนซึ่งปฏิบัติงานด้านการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่บุคคลในชุมชนทุกกลุ่ม และการให้บริการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชยสถาน ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะการให้บริการเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ และการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาเบาหวานอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นเบาหวาน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen and Uphoff (1977) ได้แก่ การดำเนินการมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาในระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน

โดยในระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการเป็นการใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการเป็นระยะที่นำรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานที่พัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปดำเนินการในชุมชนระยะที่ 3 ขึ้น เป็นระยะที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น โดยการวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research design) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 96 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสองเมือง จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 114 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลไชยสถาน ฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวน 96 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น

2 กลุ่ม คือ กลุ่มพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน เลือกพื้นที่วิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

1. กลุ่มพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลไชยสถานจำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวน 12 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 27 คน คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 จากนั้นนำไปเปิดตารางสำเร็จรูปที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน (Burns & Grove, 2009) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 27 คน โดยมีเกณฑ์ Inclusion Criteria คือ อายุ ตั้งแต่ 35-70 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ รักษาและรับยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ อย่างน้อย 1 ปี ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดก่อนอาหารเช้ามีค่ามากกว่า 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมาใช้ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 25 ข้อ

1.2 แบบวัดการปฏิบัติกรดูแลตนเอง ผู้วิจัยนำแบบวัดการปฏิบัติกรดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานของ Choeichum (2017) มาใช้ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมซึ่งพัฒนาโดยอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980)

2.2 แนวคำถามเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหา ได้แก่

2.2.1 แนวคำถามเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน

2.2.2 แนวคำถามเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข

2.2.3 แนวคำถามเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสำหรับผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน

2.2.4 แนวคำถามเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในด้านวิชาการและการปฏิบัติงานการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ด้านการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุม รวมทั้งข้อเสนอแนะ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความชัดเจนและเหมาะสม ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.87

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานและแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานไป

ทดลองใช้กับกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษา จำนวน 20 ราย และหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรคูเดอร์และริชาร์ดสัน 20 (The Kuder-Richardson Formula 20 หรือ KR-20) ให้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ตามเอกสารเลขที่ 038/2558 เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ด้วยการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยการแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมได้อย่างอิสระตัดสินใจด้วยตนเองหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย การนำเสนองานวิจัยจะนำเสนอผลในภาพรวมและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นระยะที่มีการวิเคราะห์สถานการณ์เบาหวานเพื่อวินิจฉัยปัญหาและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยใช้การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการให้ข้อมูลและการระดมสมองเพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เบาหวาน ผลกระทบจากโรคเบาหวาน การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน นโยบายในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน จากนั้นนำเสนอข้อมูลที่ได้แก่กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล เป็นระยะที่ประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน และนำเสนอผลที่ได้ต่อชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.5 มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 44.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 56 ปี กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสร้อยละ 77.8 ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 48.1 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 29.6 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 6,001-9,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 37.0 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทำอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 81.5 รองลงมาทำอาชีพค้าขายร้อยละ 11.1

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ และระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์เบาหวานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยใช้การมีส่วนร่วม ดำเนินการเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานยังมีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคยังรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ไม่แยกอาหาร

เฉพาะสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ปริมาณไม่แน่นอนและไม่ตรงเวลาขึ้นอยู่กับความอยากอาหาร มีการดื่มกาแฟสำเร็จรูปก่อนการรับประทานอาหารในตอนเช้ามีการรับประทานผลไม้ซึ่งเป็นผลไม้ตามฤดูกาล เช่น ลำไย และรับประทานขนมจำพวกขนมปัง

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า มีการออกกำลังกายน้อย บางรายที่ออกกำลังกายเป็นการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ง่ายเช่นการเดิน การปั่นจักรยาน หรือรำวง โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 นาที-1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง อีกทั้งยังขาดการสนับสนุนจากชุมชนที่พอเพียง เช่น การขาดผู้นำการออกกำลังกาย

ด้านการรับประทานยา พบว่าใหญ่มีการรับประทานยาที่ถูกต้องโดยยาก่อนอาหารจะรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที-1 ส่วนยาที่ต้องรับประทานหลังรับประทานอาหาร รับประทานหลังรับประทานอาหารทันที หรือหลังรับประทานอาหารครึ่งชั่วโมง และพบว่าหากมีการลืมรับประทานยาหลังอาหาร จะกลับมารับประทานยาในทันทีที่นึกได้ และผู้ที่เป็นเบาหวานส่วนมากมักไม่ยอมรับประทานยาเนื่องจากกลัวเป็นโรคไตเนื่องจากจากมีความเชื่อและคำบอกเล่าที่บอกต่อ ๆ กันมาว่าหากรับประทานยามากจะทำให้ไตเสีย ซึ่งการพบยาที่เหลือจะส่งผลถึงการมาตรวจตามนัดมาไม่ตรงตามนัด

ด้านการตรวจตามนัด พบว่า การตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชยสถาน โดยระยะเวลาในการนัดจะขึ้นกับระดับน้ำตาลของผู้ที่เป็นเบาหวานในครั้งก่อน ในการตรวจแต่ละครั้งมีการเจาะวัดระดับน้ำตาลก่อนเข้ารับการตรวจ ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมาด้วยตนเองแต่มีบางรายที่มีญาติมาส่ง บางรายมารับการตรวจไม่ตรงนัดเนื่องจากบางครั้งติดธุระ

รูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ได้จากการระดมความคิดเห็นมีขอบเขตดังนี้

1) การอบรมเรื่องโรคเบาหวาน การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของโรค อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานดังรายละเอียดตารางที่ 1

2) การติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นเบาหวานและผู้ดูแลด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การรับการตรวจตามนัดและการรับการประเมินภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ติดตามเยี่ยมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานและติดตามเยี่ยมการดูแลตนเองที่บ้านรวมทั้งพบปะผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้โรคเบาหวาน

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
สัปดาห์ที่ 1-2		เนื้อหา
กิจกรรมที่ 1 “เบาหวานคืออะไร”	- ผู้นำกิจกรรมและผู้ร่วมกิจกรรมแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ	ความหมาย ประเภทของโรคเบาหวาน และผลกระทบของโรค
กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์/ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานโดยตั้งคำถามเพื่อแสดงความคิดเห็น และบอกเล่าความเข้าใจตามประสบการณ์ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดของโรคเบาหวาน และประสบการณ์เกี่ยว	สื่อ
กลุ่มละ 9-10 คน/ระยะเวลา 20 นาที		- เครื่องฉายภาพ - สื่อประกอบเรื่องเบาหวานได้แก่รูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน - คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
	กับโรคเบาหวาน - ผู้นำกิจกรรมสรุปเนื้อหาเพิ่มเติม	
สัปดาห์ที่ 1-2		เนื้อหา
กิจกรรมที่ 2 ทำอย่างไร เมื่อเป็นเบาหวาน กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน กลุ่มละ 9-10 คน/ ระยะเวลา 20 นาที	- ผู้ร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลตัวเองเพื่อควบคุมโรคเบา หวานในด้าน การรับประทานอาหาร การ ออกกำลังกาย การรับประทานยา การรับ การตรวจตามนัด ผู้นำกิจกรรมสรุป เนื้อหา เพิ่มเติมการดูแลตนเองในการ ควบคุมโรคเบาหวาน - แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ตนเองกับผู้ที่เป็นเบาหวานที่สามารถ ปฏิบัติตัวได้ดีและสามารถควบคุมน้ำตาล ได้	การปฏิบัติตัวในการควบคุมภาวะเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การรับการตรวจ ตามนัด และการรับการประเมินภาวะ แทรกซ้อน สื่อ - เครื่องฉายภาพ - สื่อประกอบเรื่องเบาหวาน - คู่มือความรู้เรื่องเบาหวาน

ตารางที่ 2 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นเบาหวาน

องค์ประกอบการเรียนรู้	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
สัปดาห์ที่ 3-8		
กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 - ผู้วิจัย - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ไชยสถาน - อาสาสมัครสาธารณสุข	- ผู้เยี่ยมบ้านแนะนำตัวแก่ผู้ที่เป็นเบา หวานและผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน - ผู้เยี่ยมบ้านสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวที่บ้านของผู้ที่เป็นเบาหวาน - ผู้เยี่ยมบ้านสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับการ ให้การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานที่บ้าน - ร่วมหาปัญหาในการให้การดูแลผู้ที่เป็น เบาหวานและหาแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไข ปัญหา	
กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 - ผู้วิจัย - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ไชยสถาน - อาสาสมัครสาธารณสุข	- ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นเบาหวานซ้ำ และรับฟังข้อคิดเห็นในการให้การดูแลผู้ ที่เป็นเบาหวานจากผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน	

ส่วนที่ 3 ผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.2 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.8

หลังเข้าร่วมรูปแบบพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.4 ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน (n = 27)

ระดับความรู้	ก่อนได้รับรูปแบบ		หลังได้รับรูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	-	-	-	-
ปานกลาง	4	14.8	2	7.4
สูง	23	85.2	25	92.6
รวม	27	100.0	27	100.0

เปรียบเทียบร้อยละคะแนนการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังรับรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน พบว่า หลังการรับรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติตัวใน

ระดับปานต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 มีคะแนนระดับปานกลางจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9 และมีคะแนนระดับสูง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 59.3 ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละคะแนนการปฏิบัติตัวในการควบคุมเบาหวานก่อนและหลังเข้ารับรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน (n = 27)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนได้รับรูปแบบ		หลังได้รับรูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	4	14.8	4	14.8
ปานกลาง	8	29.6	7	25.9
สูง	15	55.6	16	59.3
รวม	27	100.0	27	100.0

การอภิปรายผล

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ที่เป็นเบาหวานมีระดับเพิ่มสูงขึ้น โดย หลังเข้าร่วมรูปแบบพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.4 อธิบายได้ว่า การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การบริโภคอาหาร

การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการรับการตรวจตามนัด ประกอบกับการใช้กลวิธีในการสอนและสื่อที่เหมาะสมคือ การบรรยาย การถามย้อนกลับ กิจกรรมการอบรมมีการบรรยายจะร่วมกับการใช้สื่อเรื่องโรคเบาหวาน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจและสนใจฟังการบรรยาย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Peeraprutpong, Pakdeewong, & Namwongprom (2012) โดยการให้ความรู้การจัดการตนเอง

ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการ ประเมินตนเองและการรับประทานยาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการจัดการตนเองเพิ่มสูงขึ้น

2. การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานภายหลังเข้ารับแบบ พบผู้มีคะแนนการปฏิบัติตัวในระดับปานต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 มีคะแนนระดับปานกลางจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9 และมีคะแนนระดับสูง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 59.3 โดยพบว่ามีผู้ที่เบาหวานที่มีคะแนนการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4 และมีผู้ที่เบาหวานที่มีระดับคะแนนการปฏิบัติตัวเท่าเดิม จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 จากการศึกษ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ Pirochom and Hansaku (2018)ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการศึกษาของของ Sintunankul and Chompoopruk (2013) พบว่าการให้ความรู้และการปรึกษาในการปรับ

พฤติกรรมดูแลตนเอง การให้ความรู้และการปรึกษา โภชนาการ/การกำหนดสัดส่วนอาหาร การฝึกการออกกำลังกาย การตรวจเท้า และการปรึกษาเรื่องยา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และการให้ผู้ที่เบาหวานได้รวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงกระบวนการดูแลตัวเอง ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มจะมีส่วนในการช่วยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น มีการลดลงของระดับน้ำตาลในพลาสมา ระดับน้ำตาลสะสม และดัชนีมวลกายลดลง (Aslak, Lisbth, Monde, & Atle, 2012)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ที่เป็นเบาหวานกลุ่มตัวอย่างในระยะยาว
2. ศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานตามตามรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Aslak, S., Lisbth, R., Monde, L., & Atle, F. (2012). *Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/213>
- American Diabetes Association [ADA]. (2013). *Standards of medical care in diabetes 2013*. Retrieved from <http://care.diabetesjournals.org>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (6th ed.). Missouri: Elsevier.
- Chaiyarit, A., & Jansombatsiri, W. (2017). Significant role of nurse case manager to improve quality of care for chronically ill patients: Diabetes and hypertensive patients. *Nursing Journal*, 44(4), 195-205. (In Thai)
- Choeichum, S. (2017). *Method of preventing and health care of patients who have diabetes by the participation of community: A case study of Nongbuanua Community, Satuk District, Burirum Province*. Retrieved from http://elibrary.trf.or.th/project_contentTRFN.asp?PJID=RDG51E0095. (In Thai)

- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1977). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design*. New York: Rural Development Committee.
- David, R., Leonor, G., Clara, W., & Jonathan, S. (2011). IDF diabetes atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *94*, 311-321.
- Institute for Community Health System Research and Development. (2009). *Primary care unit guideline: Diabetes management*. Bangkok: Holistic Publishing. (In Thai)
- Kosonjit, R., & Noimuenwai, P. (2017). Effective of case management in patients with diabetic millitus at Pak Phli Hospital, Nakhon Nayok Province. *Nursing Journal*, *44*(1), 26-38. (In Thai)
- National Health Security Office [NHSO]. (2007). *National Health Security Guideline*. Bangkok: [n.p.] (In Thai)
- National Health Security Office [NHSO]. (2011). *Clinical practice guidelines for diabetes 2011*. Bangkok: Srimuang Publisher. (In Thai)
- Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health. (2012). *Diabetes Patient Report*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/webboard-view.php?id=1320> (In Thai)
- Peeraprutpong, N., Pakdeewong, N., & Namwongprom, A. (2012). Effects of self-management program on knowledge, self-care activities, and HbA1c in persons with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Health Care*, *30*(2), 98–105. (In Thai)
- Phongprapapan, P., Sanveingchan, S., & Panya, P. (2013). Models to promote integral health care in diabetic patients at Wat Puranawas Community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *22*(3), 100-111. (In Thai)
- Piromchom, A., & Hansaku, A. (2018). Perceived health and factors associated with self-care behaviors in type II diabetes mellitus patients in Nongbuarawae District, Chaiyaphum Province. *Journal of Prevention and Control Disease 6 region*, *15*(1), 1-10. (In Thai)
- Sintunankul, S., & Chompoopruk, S. (2013). The effect of a self-care behavior in type 2 diabetes patients. *Khon Kaen Medical Journal*, *37*(2), 24–30. (In Thai)
- Srisong Muang Tumbon Health Promotion Hospital. (2014). *Srisong Muang Tumbon health promotion hospital annual report*. Chiangmai: Srisong Muang Tumbon Health Promotion Hospital. (In Thai)



การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล Development of a Nosocomial Infection Surveillance System, Tambon Health Promoting Hospitals

นุชจรีย์	ชัยขันท์ *	Nutcharee	Chaikhan *
อะเคื้อ	อุณหলেখกะ **	Akeau	Unahalekhaka **
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล ***	Nongyao	Kasatpibal ***

บทคัดย่อ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์เป็นกิจกรรมสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของสถาบันพัฒนาบริการสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจงจากบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง จำนวน 34 คน แบ่งออกเป็น ทีมพัฒนาเป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แห่งละ 1 คน จำนวน 9 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการพัฒนาโดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแก่ทีมพัฒนา 3 ครั้ง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การระดมสมองเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษา ทีมพัฒนานำผลที่ได้จากการประชุมแต่ละครั้งไปทดลองปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยและแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เฝ้าระวังการติดเชื้อแบบมุ่งเป้าจากการเย็บแผล การฉีดยาและการใส่สายสวนปัสสาวะ ขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ประกอบด้วย การวินิจฉัยการติดเชื้อ การบันทึกข้อมูลในแบบเฝ้าระวัง การคำนวณอัตราการติดเชื้อเป็นรายเดือน และการนำเสนอข้อมูลในการประชุมประจำเดือน ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นพบว่าบุคลากรร้อยละ 96 เห็นว่าเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อชัดเจนและใช้ได้จริง ร้อยละ 92 เห็นว่าเกณฑ์เข้าใจง่ายและครอบคลุมการติดเชื้อที่เกิดขึ้น แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อมีเนื้อหาครอบคลุม มีรูปแบบเหมาะสมและบันทึกข้อมูลได้ง่าย บุคลากรทุกคนเห็นว่าวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อเหมาะสมและมีประโยชน์ต่อการป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 92 เห็นว่าวิธีการเฝ้าระวังปฏิบัติได้ง่ายและไม่ทำให้เสียเวลา ร้อยละ 96 และ 92 เห็นว่าขั้นตอนการเฝ้าระวังใช้เวลาไม่นานและปฏิบัติได้ง่าย ตามลำดับ อุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ บุคลากรร้อยละ 68 เห็นว่าเกิดจากบุคลากรไม่มีเวลาและบุคลากร

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

* Professional Nurse, Koh Samui Hospital, Surat Thani Province

** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 29 กุมภาพันธ์ 2559 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤศจิกายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 28 สิงหาคม 2560

ขาดความรู้และขาดที่ปรึกษาในการวินิจฉัยการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 52 และ 40 ตามลำดับ บุคลากรร้อยละ 96 ต้องการให้มีการฝึกอบรม ร้อยละ 76 และ 60 ต้องการคู่มือและที่ปรึกษาในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพัฒนา

Abstract

Surveillance of infections resulting from medical services is important in prevention of nosocomial infections (NI). This developmental research aimed to develop a NI surveillance system in Tambon health promoting hospitals using the collaborative quality improvement method developed by the Institute for Healthcare Improvement in the United States. The research was conducted during July to October 2014. The study sample was purposively selected from the personnel of 9 Tambon health promoting hospitals, altogether 34 participants. These participants were divided into quality improvement teams, 1 per hospital, with 1 participant taking responsibility for infection prevention and control at each hospital. The remaining 25 participants participated in a NI surveillance system questionnaire. The research tools included a NI surveillance system development plan and a NI surveillance system questionnaire. Three workshops were conducted for the quality improvement teams to provide knowledge on NI surveillance as well as to brainstorm ways to develop a NI surveillance system with the expert consultation. The quality improvement teams implemented the outcomes from each workshop at their hospitals. Data were analyzed using descriptive statistics.

The developed NI surveillance system consisted of definitions and surveillance forms for urinary tract infections and skin and soft tissue infections, targeted surveillance of infections from suturing, injection, and urinary catheterization. Steps in NI surveillance included diagnosing infections, recording data using the surveillance form, calculating monthly infection rates, and presenting data at monthly meetings. Overall, 96% of participants surveyed felt that the definition of NI surveillance was clear and practical, 92% felt the definition was easy to understand and covered all infections occurred and that the surveillance form included all the necessary variables, was in a suitable format, and data was easy to record. All participants agreed that the surveillance method was appropriate and useful for prevention of infections. They felt that the NI surveillance methods were practical (92%). They also felt that the surveillance steps used less time (96%) and was practical (92%). Participants noted that lack of time (68%), lack of knowledge (52%) and lack of consultation in the diagnosis of infection (40%) were obstacles to NI surveillance. Participants said they needed training (96%), a NI surveillance manual (76%), and NI surveillance consultants (60%) to properly address NI surveillance at their hospital.

These findings show that a developed NI surveillance system can be used practically in Tambon health promoting hospitals.

Keywords: *Nosocomial Infections Surveillance System, Tambon Health Promoting Hospitals, Development*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ ได้แก่ การตรวจรักษาโรคทั่วไป การปฐมพยาบาลเบื้องต้นกรณีบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การทำแผล เย็บแผล ตัดไหม การผ่าฝี การฉีดยา การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสวนอุจจาระ และปัสสาวะ การตรวจหลังคลอด การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการบริการทางทันตกรรม และกิจกรรมที่มีการปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2554-2556 ได้แก่ การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อมีจำนวน 35,110-40,247 ครั้งต่อปี การทำแผล 13,350-23,585 ครั้งต่อปี และการฉีดยาเข้าผิวหนังและใต้ผิวหนัง 7,509-7,571 ครั้งต่อปี (Provincial Health Station, 2013) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้อาจทำให้ผู้รับบริการเกิดการติดเชื้อได้

การป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องดำเนินการภายใต้แผนงานป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลซึ่งมีองค์ประกอบเช่นเดียวกับโรงพยาบาลระดับอื่น และการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีข้อมูลที่สามารถสะท้อนให้เห็นปัญหาการติดเชื้อที่เกิดขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางกำหนดมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพของข้อมูลดังกล่าวได้จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการติดตามสังเกตการณ์การเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบลักษณะการเกิดและการกระจาย รวมทั้งแนวโน้มของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Edmond, 2003) สามารถ

นำข้อมูลไปใช้ในการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ช่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและมาวางแผนการดำเนินงานส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพยิ่งขึ้น โรงพยาบาลมีมาตรฐานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Unahalekhaka, 2011) ลดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ การศึกษาระบบเฝ้าระวังในหออภิบาลผู้ป่วย 103 แห่ง ที่เข้าร่วมในระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติ ประเทศเยอรมัน ในปี ค.ศ. 2001-2010 พบว่าการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรของโรงพยาบาลส่งผลให้มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมสามารถลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 39 (Gastmeier, Schwab, Behnke, & Geffers, 2012)

ข้อมูลจากการนิเทศงานพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ไม่มีแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ ไม่มีการบันทึกข้อมูลการติดเชื้อ รวมทั้งขาดแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ชัดเจน ทำให้ไม่ทราบสถานการณ์การติดเชื้อ จึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการพัฒนา สถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ (collaborative quality improvement) โดยโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งที่ประสบปัญหาเดียวกันร่วมกัน คิด ปรับปรุงและพัฒนางานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2003)

กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ การเลือกประเด็นที่จะพัฒนา การเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในการพัฒนา การรับสมัครหน่วยงานที่ต้องการร่วมพัฒนาและจัดตั้งทีม การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินการพัฒนา การประเมินการเปลี่ยนแปลง การวัดและการประเมินผล และการสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่ (IHI, 2003) ประเทศต่าง ๆ ได้นำวิธีการนี้มาใช้ในการแก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การบริหารยา การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด การผ่าตัดคลอด การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก การดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็ง โรคเอดส์ การดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต การดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิและผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง ในประเทศไทยมีการประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ 18 แห่ง พบว่าสามารถลดการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ (Unahalekhaka, 2008) และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้โรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกัน (Sukapan, 2009)

การวิจัยนี้นำวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือมาใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการปฏิบัติในการเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นแนวทางเดียวกัน เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ ของสถาบันพัฒนา

บริการสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน คือ 1) การเลือกประเด็นที่จะพัฒนา คือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) การเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในการพัฒนา 3) การรับสมัครหน่วยงานที่ต้องการร่วมพัฒนาและจัดตั้งทีม 4) การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การดำเนินการพัฒนา 6) การประเมินการเปลี่ยนแปลง 7) การวัดและการประเมินผล 8) การสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่ (IHI, 2003) โดยพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ ระยะ

เวลาดำเนินการวิจัย 4 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง ในอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 7 คน นักวิชาการสาธารณสุข 16 คนและเจ้าพนักงานสาธารณสุข 11 คน รวม 34 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทีมพัฒนา ประกอบด้วย บุคลากรสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 9 คน เป็น พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย บุคลากรสุขภาพทุกคนที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 9 แห่ง ยกเว้นทีมพัฒนา
รวม 25 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการ
สาธารณสุข 14 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แผน
พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิด
การพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของสถาบันพัฒนา
บริการสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมพัฒนา
ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด
ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา
สูงสุด ประสบการณ์การปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
การเข้าร่วมประชุมหรือได้รับการ
อบรมเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากร
สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีต่อระบบ
เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่พัฒนาขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลาย
เปิด ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม
ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา
สูงสุด ประสบการณ์การปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
การเข้าร่วมประชุมหรือได้รับการ
อบรมเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพ
ที่มีต่อเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ แบบเฝ้าระวังการติด
เชื้อ วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อและขั้นตอนการเฝ้าระวัง
การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 3 อุปสรรคในการเฝ้าระวังการติด
เชื้อในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 ความต้องการการสนับสนุนใน
การดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้น
ผู้วิจัยนำความคิดเห็นที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไป
ดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดย
การนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
หลังจากได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต
ดำเนินการวิจัยต่อสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย จังหวัด
สุราษฎร์ธานี หลังจากได้รับการอนุมัติผู้วิจัยดำเนินการ
วิจัยโดยชี้แจงโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่ม
ตัวอย่างลงนามในการเข้าร่วมวิจัยในการประชุมเชิง
ปฏิบัติการครั้งที่ 1 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีสิทธิ์ที่จะ
ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้อง
ชี้แจงเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดย
ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกประเด็นที่จะพัฒนา ผู้วิจัย
และกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เลือกประเด็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 2 การเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในการ
พัฒนา ผู้วิจัยเชิญพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของ
โรงพยาบาลเกาะสมุยและโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
จังหวัดสุราษฎร์ธานี แห่งละ 1 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญให้
คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการประชุมเชิงปฏิบัติการ
ทุกครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การรับสมัครหน่วยงานที่ต้องการ
ร่วมพัฒนาและจัดตั้งทีม ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอเกาะสมุยเพื่อเชิญโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมการวิจัย และเชิญผู้รับผิดชอบ
งานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 1 คน เป็นทีม

พัฒนาเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1-3 ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557

ขั้นตอนที่ 4 การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 ครั้ง ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 1 คน รวม 9 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวัง 2 คน และผู้วิจัย 1 คน รวมทั้งหมด 12 คน ในการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 จัดขึ้นในวันที่ 7-8 สิงหาคม พ.ศ. 2557 ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยแก่ทีมพัฒนา ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระดมสมองเพื่อพิจารณาแนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำผลที่ได้จากการประชุมไปทดลองดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1

1) เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรับจากเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อของศูนย์ ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล อายุ เพศ เลขบัตรประชาชน วันที่มารับบริการ การทำหัตถการ การรักษาอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อของผู้ป่วย วันที่พบผู้ป่วยติดเชื้อ

3) วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เลือกว่าใช้วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบมุ่งเป้า (targeted surveillance) โดยเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ในหัตถการที่มีการปฏิบัติบ่อยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การเย็บแผล การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง การฉีดยาเข้าผิวหนัง และการใส่สายสวนปัสสาวะ

4) ขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้า เรียบเรียงข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นหมวดหมู่ คำนวณอัตราการติดเชื้อทุกวันสิ้นเดือน และเผยแพร่ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยการนำเสนอข้อมูลในการประชุมประจำเดือนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทีมพัฒนาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่งที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ไปพบ ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย สรุปผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และสิ่งที่ทีมพัฒนาต้องปฏิบัติในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามข้อตกลงที่ได้จากการประชุม

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 จัดขึ้นในวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2557 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีมพัฒนารายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยงานของตน หลังจากทีมพัฒนานำผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ไปดำเนินการ ร่วมกันค้นหาปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ปัญหาจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและสรุประบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น นำผลที่ได้จากการประชุมไปทดลองดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้งขอความร่วมมือทีมพัฒนานำแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นไปให้บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอบ

ผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2

1) ทีมพัฒนาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลทุกแห่งได้ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยแจ้งให้บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลทราบเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อและขอความร่วมมือให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อ หลังจากมีการดำเนินการเฝ้าระวัง 1 เดือน มีกิจกรรมการรักษายาบาลที่เฝ้าระวังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง คือ การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ 259 ครั้ง การฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง 2,119 ครั้ง การเย็บแผล 16 ครั้ง และไม่พบผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อ

2) บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่พบปัญหาอุปสรรค คือ บุคลากรสุขภาพยังขาดความมั่นใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อ จึงได้ร่วมกันปรับแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดยนำเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อระบุไว้ในแบบเฝ้าระวัง เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังคงดำเนินการเช่นเดิม

บุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่งที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ไปพบทีมพัฒนาและสรุปผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ให้ข้อตกลงที่ได้จากการประชุมไปดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของตนเอง นำแบบสอบถามไปให้ ชี้แจงการตอบแบบสอบถามและนัดหมายการไปปรับแบบสอบถามและการประชุมครั้งต่อไป

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 จัดในวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2557 มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อระบบเฝ้าระวังการติด

เชื้อที่พัฒนาขึ้น ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และสรุปผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งสามารถดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ หลังจากการดำเนินการเฝ้าระวัง 1 เดือน มีกิจกรรมการรักษายาบาลที่เฝ้าระวัง คือ การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ 208 ครั้ง การฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง 653 ครั้ง การเย็บแผล 37 ครั้ง และไม่พบว่ามีผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อจากการทำหัตถการที่เฝ้าระวังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่มีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่งที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ไปพบและสรุปผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 พร้อมทั้งนำเอกสารที่ใช้ในการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปให้เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการพัฒนา ทีมพัฒนานำเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 และ 2 ไปดำเนินการพัฒนาในหน่วยงานของตนเอง โดยทีมพัฒนาได้ให้คำแนะนำแก่บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของตนเองทุกคนก่อนนำไปปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้แบบสอบถามสอบถามความ

คิดเห็นของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 25 คน เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น นำเสนอข้อมูลในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

ขั้นตอนที่ 7 การวัดและการประเมินผล ผู้วิจัยประเมินผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาขึ้น ในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 และ 3 ประเมินจากการนำเสนอและการสอบถามที่พัฒนาในการนำเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลไปใช้ อุปสรรคที่พบจากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 8 การสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่ ผู้วิจัยสรุปผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จัดทำเป็นคู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเผยแพร่ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมวิจัยทุกแห่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมนักพัฒนาและแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีต่อระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละและการจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย

1. เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)

การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะแบบมีอาการ (symptomatic urinary tract infection [SUTI]) ต้องมีลักษณะอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้

1.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะมากกว่า 2 วัน นับตั้งแต่วันที่ที่มีการใส่สายสวน ในวันที่ 1 และมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 1 อย่าง โดยไม่พบสาเหตุอื่น ได้แก่ มีไข้ (อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส) กดเจ็บบริเวณหัวเหน่า เจ็บบริเวณ costovertebral angle หรือกดเจ็บ ร่วมกับปัสสาวะเป็นหนอง

1.1.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะมากกว่า 2 วันนับตั้งแต่วันที่มีการใส่สายสวน และถอดสายสวนออกภายใน 1 วัน หรือถอดสายสวนออกก่อน และมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 1 อย่างโดยไม่พบสาเหตุอื่นต่อไปนี้ ได้แก่ มีไข้ (อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะลำบาก หรือกดเจ็บบริเวณหัวเหน่า เจ็บบริเวณ costovertebral angle ร่วมกับปัสสาวะเป็นหนอง

1.1.3 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาในเวลานั้นหรือถอดสายสวนออกก่อน และมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 1 อย่างโดยไม่พบสาเหตุอื่นต่อไปนี้ ได้แก่ มีไข้ (อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส) ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะลำบาก หรือกดเจ็บบริเวณหัวเหน่า เจ็บบริเวณ costovertebral angle หรือกดเจ็บ ร่วมกับปัสสาวะเป็นหนอง

1.2 การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (skin and soft tissue infection)

1.2.1 การติดเชื้อที่ผิวหนัง (skin infection)

1) มีตุ่มหนอง ตุ่มน้ำหรือฝีที่ผิวหนัง

2) มีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้ โดยไม่พบสาเหตุอื่น ได้แก่ ปวดหรือ

กดเจ็บ บวมเฉพาะที่ แดงหรือร้อน

1.2.2 การติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อน (soft

tissue infection)

1) มีหนองไหลออกจากบริเวณที่มีการติดเชื้อ

2) ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือกดเจ็บเฉพาะที่ บวม แดง หรือร้อน

2. แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ข้อมูลในแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ เพศ เลขบัตรประชาชน วันที่มารับบริการ การทำหัตถการ การรักษาอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ วันที่พบการติดเชื้อ และการวินิจฉัยการติดเชื้อ ในหัตถการที่เฝ้าระวัง คือ การเย็บแผล การฉีดยาและการใส่สายสวนปัสสาวะ

3. วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบมุ่งเป้า โดยเฝ้าระวังในกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่มีการปฏิบัติบ่อยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การเย็บแผล การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง การฉีดยาเข้าผิวหนัง และการใส่สายสวนปัสสาวะ

4. ขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้า เรียบเรียงข้อมูล โดยจัดไว้เป็นหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณอัตราการติดเชื้อเป็นรายเดือน และเผยแพร่ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยการนำเสนอข้อมูลที่ได้ในการประชุมประจำเดือนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ความคิดเห็นของบุคลากรต่อระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาขึ้นพบว่าบุคลากรร้อยละ 96 เห็นด้วยว่าเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่พัฒนาขึ้น มีความชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 92 เห็นด้วยว่าเกณฑ์การวินิจฉัยเข้าใจได้ง่ายและครอบคลุมการติดเชื้อทุกตำแหน่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ มีเนื้อหาครอบคลุม ครบถ้วน รูปแบบเหมาะสมและสามารถบันทึกข้อมูลได้ง่าย บุคลากรทุกคนเห็นด้วยว่าวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อเหมาะสมกับการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้ข้อมูลที่

เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 92 เห็นด้วยว่าวิธีการเฝ้าระวังสามารถปฏิบัติได้ง่าย ร้อยละ 96 และร้อยละ 92 เห็นด้วยว่าขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นใช้เวลาในการปฏิบัติไม่นานและสามารถปฏิบัติได้ง่าย ตามลำดับ อุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ บุคลากรร้อยละ 52 เห็นว่าเกิดจากบุคลากรขาดความรู้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อ ร้อยละ 40 เกิดจากขาดที่ปรึกษาในการวินิจฉัยการติดเชื้อ ในการบันทึกข้อมูลในแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ บุคลากรร้อยละ 68 เห็นว่าอุปสรรคเกิดจากบุคลากรไม่มีเวลา และผู้ป่วยมีจำนวนมาก สิ่งที่บุคลากรต้องการการสนับสนุนในการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าร้อยละ 96 ของบุคลากรต้องการให้มีการฝึกอบรมผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวัง ร้อยละ 76 ต้องการคู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และร้อยละ 60 ต้องการที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

การอภิปรายผล

ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของสถาบันพัฒนาบริการสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานเดียวกัน การพัฒนาระบบด้วยวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือเกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการแสดงความคิดเห็นระดมสมอง ร่วมกันคิด พิจารณาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่สามารถปฏิบัติได้สอดคล้องกับบริบทและการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมพัฒนาซึ่งเข้าใจ

บริบทของหน่วยงานของตนเอง ร่วมกับมีผู้เชี่ยวชาญให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ จึงได้รับการยอมรับจากบุคลากร ได้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งช่วยให้โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่งในจังหวัดเชียงราย มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีนियามการวินิจฉัยการติดเชื้อ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และแนวทางในการเฝ้าระวังการติดเชื้อเหมือนกันทุกโรงพยาบาล (Sukapan, 2009) และการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการปรับใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อของศูนย์ ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ซึ่งเป็นที่ยอมรับ แต่ข้อมูลที่ใช้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ในการพัฒนามีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ชัดเจน ซึ่งสามารถวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ร่วมกันพัฒนาได้นำไปทดลองใช้จริงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและมีการปรับปรุงจนได้แบบเฝ้าระวังที่ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันที่มารับบริการ การทำหัตถการ การรักษา อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งที่เฝ้าระวัง ที่มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ วันที่พบการติดเชื้อ และการวินิจฉัยการติดเชื้อ ซึ่งบุคลากรเห็นว่าแบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาครอบคลุม ครบถ้วน รูปแบบเหมาะสมและบันทึกข้อมูลได้ง่าย มีการระบุรายละเอียดเกณฑ์

การวินิจฉัยการติดเชื้อในแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อช่วยให้การวินิจฉัยการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามอุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งบุคลากรเห็นว่ามีความสำคัญมาจาก บุคลากรไม่มีเวลาผู้ป่วยมีจำนวนมาก บุคลากรบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่บันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukapan (2009) พบว่า การบันทึกข้อมูลการติดเชื้อในแบบเฝ้าระวังไม่ครบถ้วนเนื่องจากบุคลากรต้องดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาในการบันทึกข้อมูล ทำให้การบันทึกไม่ต่อเนื่องและผู้บันทึกไม่เข้าใจวิธีการบันทึก การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญได้สร้างความตระหนักให้บุคลากรสุขภาพโดยอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบันทึกข้อมูลในแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 9 แห่งเลือกใช้วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบมุ่งเป้า โดยเลือกเฝ้าระวังด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้า บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเห็นว่าเป็นวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่มีความเหมาะสมกับการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเฝ้าระวังวิธีนี้ช่วยให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการป้องกันการติดเชื้อ สามารถปฏิบัติได้ง่ายและไม่ทำให้เสียเวลาทำให้ได้รายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการติดเชื้อ ทราบความผิดปกติของการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว ช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างทันท่วงที การศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นนักวิชาการสาธารณสุขถึงร้อยละ 56 และเจ้าพนักงานสาธารณสุขร้อยละ 36 ร้อยละ 88 ไม่มีประสบการณ์การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และร้อยละ 68 ไม่เคยเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนั้นเพื่อให้การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีประสิทธิภาพมีความจำเป็นต้องให้ความรู้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับ

การวินิจฉัยการติดเชื้อ ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวังควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำไปเผยแพร่ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี

3. ควรมีที่ปรึกษา/ผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการดำเนินการเฝ้าระวังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมวิจัยเพื่อติดตามความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. ควรนำผลการวิจัยไปใช้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ เพื่อเป็นการประเมินผลการใช้ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
3. ควรศึกษาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

- Edmond, M. B. (2003). National and international surveillance systems for nosocomial infection. In R. P. Wenzel (Ed.), *Prevention and control of nosocomial infection* (pp. 109-119). New York: Churchill Livingstone.
- Gastmeier, P., Schwab, F., Behnke, M., & Geffers, C. (2012). Decreasing healthcare-associated infections (HAI) is an efficient method to decrease healthcare-associated Methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) infections Antimicrobial resistance data from the German national nosocomial surveillance system KISS. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 1(1), 3. doi:10.1186/2047-2994-1-3
- Institute for Healthcare Improvement [IHI]. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement*. Retrieved from <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>
- Provincial Health Station .(2013). *Health system report*. Surat Thani: Provincial Health Station. (In Thai)
- Sukapan, N. (2009). *Development of a nosocomial infection surveillance system using collaborative quality improvement of Community Hospitals in Chiang Rai Province* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Unahalekhaka, A. (2008). Collaborative quality improvement reduced ventilator-associated pneumonia in a limited resource country. *International Journal of Infection Control*, 4(1), 1-3.

**ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์**
**Factors Predicting Practices in Prevention of Drug Resistant Organism
 Transmission Among Registered Nurses in Regional Hospitals**

ชลธิศ	บุญร่วม *	Chonlathit	Bunruam *
อะเคื้อ	อุณหলেখกะ **	Akeau	Unahalekhaka **
วันชัย	เลิศวัฒนวิลาศ ***	Wanchai	Lertwatthanawilat ***

บทคัดย่อ

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติและปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรมและศัลยกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง จำนวน 441 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การได้รับการสนับสนุนและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น ได้รับแบบสอบถามคืน ร้อยละ 75.7

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดีร้อยละ 70.0 มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 58.7 ได้รับการสนับสนุนในระดับมากร้อยละ 86.8 และมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 88.9 ความรู้ ทักษะและการได้รับการสนับสนุนสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 21.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หน่วยงานในโรงพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่ทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์แก่พยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย การปฏิบัติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร
 * Registered Nurse, Rajavithi Hospital, Bangkok
 ** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 31 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 22 พฤษภาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 28 สิงหาคม 2560

Abstract

Drug resistant organism infection is a major global health problem which severely affect patients. It is necessary to effectively prevent the transmission of drug resistant organism. This study aimed to determine practices and factors predicting the practices of registered nurses in the prevention of drug resistant organism transmission. The samples included 441 Registered Nurses working in the medical and surgical department of three regional hospitals under the Ministry of Public Health. Data were collected using a self-administered questionnaire developed by the researcher, which consisted of five parts: personnel information, knowledge, attitudes, support, and practices in prevention of drug resistant organism transmission. The response rate was 75.7%. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that 70.0% and 58.7% of samples had a good level of knowledge and very good attitude towards the prevention of drug resistant organism transmission, respectively. Eighty six percent reported that they received very good support. Eighty eight percent had very good practice. Knowledge, attitude and support could predict practices in the prevention of drug resistant organism transmission at 21.1% ($p < .05$).

The organization should continuously educate Registered Nurses on up-to-date evidence-based prevention of drug resistant organism transmission so that their practices in the prevention of drug resistant organism are more effective.

Keywords: *Predicting Factors, Practices, Prevention of Drug Resistant Organism Transmission, Registered Nurses, Regional Hospitals*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก และนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นโดยในประเทศไทย ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติพบแนวโน้มการดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องภายในเวลาไม่ถึง 10 ปี อัตราการดื้อยาของเชื้อ *Acinetobacter* spp. ต่อบิมิเพเนมเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จากร้อยละ 38.5 ใน พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 64.8 ใน พ.ศ. 2557 และแนวโน้มการดื้อยา *imipenem* ของเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* และเชื้อแบคทีเรียอื่น ๆ ก็มีแนวโน้มดื้อยาเพิ่มขึ้นเช่นกัน (Sumpradit, 2015) ในโรงพยาบาลพบการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพพบมากในแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม (Furuno et al., 2005) การศึกษาความชุก

และการกระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในประเทศจีน ในปี ค.ศ. 2012-2013 พบความชุกของเชื้อดื้อยามากในแผนกศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วย (Jia, Pang, Chen, & Jiang, 2015) วิธีทางการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่สำคัญในโรงพยาบาล คือการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Kristensen, Wernberg, & Anker-Moller, 1992) ทั้งการสัมผัสทางตรงและการสัมผัสทางอ้อม ดังการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์พบว่าหลังจากพยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Methicillin resistant staphylococcus aureus* (MRSA) พบมีการปนเปื้อนเชื้อนี้บนนิ้วมือของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 5 (Creamer et al., 2010) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องซึ่งเคยให้การรักษากับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ MRSA เสี่ยงต่อ

การติดเชื้อ MRSA 3.9 เท่า (Datta, Platt, Yokoe, & Huang, 2011) เชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายไปยังบุคลากร และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

การปฏิบัติที่สำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย การเฝ้าระวัง (surveillance) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environmental control) การปฏิบัติตามการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (isolation precautions) และการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย (patient placement) แต่จากการศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ายังมีการปฏิบัติในบางกิจกรรมน้อยและปฏิบัติไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำความสะอาดมือซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดังการศึกษาในประเทศบราซิล เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบว่าพยาบาลวิชาชีพทำความสะอาดมือก่อนสัมผัสผู้ป่วยเพียงร้อยละ 18.7 ของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดและมีการปฏิบัติในการสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลน้อย (Bearman et al., 2007) ปัญหาการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญ คือ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อน้อย ซึ่งความรู้เป็นองค์ประกอบภายในตัวบุคคลที่จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้ถูกต้อง การศึกษาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในประเทศออสเตรเลียพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Carbapenem resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในระดับต่ำ (Rogers, Havers, Harris-Brown, & Paterson, 2014)

ทัศนคติเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งในตัวบุคคลที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ การวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติเชิงบวกในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหลายกิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส Hosseinialhash-

emi, Kermani, Palenik, Poursaghari, & Askarian, 2015; Elaziz & Bakr, 2009)

การได้รับการสนับสนุนเป็นองค์ประกอบภายนอกที่ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์อย่างเพียงพอรวมทั้งการได้รับการสนับสนุนให้ได้รับความรู้และการฝึกอบรม (Siegel, Rhinehart, Jackson, Chiarello, & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007) การทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้ ทัศนคติ และสิ่งสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ แต่ในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ และสิ่งสนับสนุน มีอำนาจในการทำนายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาการติดเชื้อใน

โรงพยาบาลที่สำคัญ ซึ่งการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรของโรงพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุด การศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติกำกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ ศึกษาความรู้ ทักษะคิดและการได้รับการสนับสนุน การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ประกอบด้วย การเฝ้าระวัง การควบคุมสิ่งแวดล้อม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยศึกษาว่าความรู้ ทักษะคิดและการได้รับการสนับสนุนสามารถทำนายการปฏิบัติกำกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ได้เพียงใด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่กำลังปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรมและกลุ่มงานศัลยกรรม ในโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป ของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 จากจำนวนประชากร 7,800 คน โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 คน เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2004) ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 441 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรมและศัลยกรรมตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่ไม่ใช่หัวหน้าหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามความรู้ ทักษะคิดและสิ่งสนับสนุนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติและ

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระดับการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความหมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อดื้อยา วิธีการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก มีจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามทั้งหมดมีจำนวน 20 ข้อ มีคำถามเชิงลบจำนวน 7 ข้อ และคำถามเชิงบวกจำนวน 13 ข้อ มี

ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล การได้รับความรู้ การได้รับคู่มือ การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 3 ระดับ คือ มาก น้อยและไม่ได้ได้รับการสนับสนุน

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย การปฏิบัติในการเฝ้าระวัง การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การควบคุมสิ่งแวดล้อมและการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale)

4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งและไม่ปฏิบัติเลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 ถึง เดือนมกราคม 2560 โดยได้รับการรับรองด้านจริยธรรมสำหรับการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และ ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวรแต่ละหอผู้ป่วยที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยและขออนุญาตแจกแบบสอบถามและเอกสารแสดงความยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืนในกล่องที่จัดวางไว้ให้ในแต่ละหอผู้ป่วย โดยแยกกล่องรับแบบสอบถามและเอกสารแสดงการยินยอมคนละกล่อง ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์พยาบาลควบคุมการติดเชื้อของแต่ละโรงพยาบาลรวบรวมแบบสอบถามและเอกสารแสดงความยินยอมส่งคืนผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดเวลาส่งแบบสอบถามคืน แต่ยังไม่ได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืนอีกครั้งภายใน 1 สัปดาห์ โดยได้รับแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่าง 334 คน คิดเป็นร้อยละ 75.7 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยแบบ Binary logistic regression

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 89.2 มีอายุตั้งแต่ 22-56 ปี มีอายุเฉลี่ย 33.2 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปีมากที่สุดร้อยละ 48.2 สำเร็จการ

ศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 92.5 เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการร้อยละ 56.3 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 2-30 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.1 ปี ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-10 ปีมากที่สุดร้อยละ 57.2 ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรมร้อยละ 63.3 และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญร้อยละ 59.9 เคยได้รับการอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาร้อยละ 69.8 และ 61.4 ตามลำดับ เคยได้รับการอบรมทั้ง 2 หัวข้อ 1-5 ครั้งร้อยละ 68.6 และ 60.2 ตามลำดับ เคยดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาร้อยละ 97.6

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.0 มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 58.7 ได้รับการสนับสนุนระดับมาก ร้อยละ 86.8 และมีการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 88.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับของความรู้ ทักษะคต การได้รับการสนับสนุนและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม (n= 334 คน)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ร้อยละ	พิสัย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความรู้	20	70	5-18	13.0	2.5	ดี
ทักษะคต	60	58.7	31-58	46.6	5.3	ดีมาก
การได้รับการสนับสนุน	40	86.8	19-40	33.6	5.1	มาก
การปฏิบัติ	60	88.9	26-60	49.9	6.8	ดีมาก

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 88.9 ระดับปานกลางร้อยละ 11.1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (n= 334 คน)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	297	88.9
ปานกลาง	37	11.1
ต่ำ	0	0

ความรู้ ทักษะคตและการได้รับการสนับสนุน มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพและสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกรป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 21.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของความรู้ ทักษะคตและการได้รับการสนับสนุนในการร่วมทำนายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (n=334 คน)

ตัวแปร	B	SEb	Wald	Df	p-value	OR(95% CI)
ความรู้	.16	.06	7.41	1	.00*	1.17 (1.04-1.31)
ทักษะคต	.06	.03	5.58	1	.02*	1.07 (1.01-1.12)
การได้รับการสนับสนุน	.16	.03	34.54	1	.00*	1.17 (1.01-1.12)

* $p < .05$, -2 Log likelihood = 319.39, Model Chi-square = 50.65, df = 3, Sig = .00, Nagelkerke R2 = .21

การอภิปรายผล

การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมากและระดับปานกลาง ร้อยละ 88.9 และ 11.1 ตามลำดับ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก อาจเป็น

ผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.8 เคยได้รับการอบรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและร้อยละ 61.4 เคยได้รับการอบรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ได้รับการอบรมทั้งสองด้าน 1-5 ครั้ง ร้อยละ 68.6 และ 60.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตามลำดับ รวมทั้งยังเคยให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาถึงร้อยละ

97.6 เคยดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อตั้งแต่ 1-50 ราย ร้อยละ 94 และผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในภาพรวมอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.8 มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 70 มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 15.9 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในระดับดีมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่ดีและถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทัศนคติที่ดี มองเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การยอมรับและนำไปปฏิบัติ ทำให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับไดเอสและคาบารา ที่กล่าวว่าทัศนคติเป็นข้อบ่งชี้ถึงแนวโน้มว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ (Diaz & Cabrera, 1997) และความรู้และการปฏิบัติมีผลต่อกันโดยมีทัศนคติทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ (Schwartz, 1975) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ดี ทัศนคติก็จะเปลี่ยนแปลง เมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงแล้วก็จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับปฏิบัติหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในระดับมาก อาจกล่าวได้ว่า ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน การที่จะมีการยอมรับหรือปฏิบัติสิ่งใดต้องพยายามเปลี่ยนแปลงทัศนคติโดยการให้ความรู้ในเรื่องนั้นก่อน ประกอบกับได้รับการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในระดับมาก ซึ่งการที่โรงพยาบาลให้การสนับสนุนสิ่งที่จำเป็นต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาจึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเป็นไปอย่างราบรื่น แม้ว่าการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในภาพรวมจะอยู่ในระดับดีมาก แต่พบว่าร้อยละ 11.1 ของกลุ่มตัวอย่างยังมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการ

ปฏิบัติที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้งน้อย ได้แก่ การนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยมาหาสาเหตุของการติดเชื้อดื้อยา การสวมแว่นตาเมื่อดูแลคนไข้ให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา การจัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาไว้ในห้องแยก ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลต่อการติดเชื้อในบุคลากรและการ แพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อมได้ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

ความรู้ ทัศนคติและการได้รับการสนับสนุนสามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ได้ร้อยละ 21.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เหตุที่ความรู้ ทัศนคติและการได้รับการสนับสนุนสามารถทำนายนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพได้นั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยามาก่อนและผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ สาเหตุที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล การจัดการผ้าเปื้อนของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและความเสี่ยงในการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วย เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการปฏิบัติได้นั้นจำเป็นต้องมีความรู้เป็นพื้นฐาน ซึ่งความรู้นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติ หากพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาก็คจะทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา MRSA ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าความรู้สามารถทำนายนการปฏิบัติในการป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา MRSA ของพยาบาลวิชาชีพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Seibert, Speroni, Oh, DeVoe, & Jacobsen, 2014) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับมาก แต่ผลการศึกษาก็พบว่ายังมีบางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 30 ได้แก่ เชื้อจุลชีพที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล เชื้อแบคทีเรียแกรมบวกคือยาที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลและชนิดของเชื้อแบคทีเรียคือยาที่สามารถมีชีวิตอยู่บนพื้นผิวสิ่งแวดล้อมได้นานที่สุด เป็นต้น ซึ่งลักษณะสำคัญของเชื้อแบคทีเรียเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องทราบเนื่องจากเกี่ยวข้องกับ การแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วย บุคลากรและสิ่งแวดล้อมได้ แม้ว่าความรู้จะมีผลต่อการปฏิบัติแต่ก็ยังพบว่า ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม จำเป็นต้องมีปัจจัยอื่นที่ช่วยเสริมให้เกิด การเปลี่ยนแปลงด้วย การศึกษานี้พบว่าทัศนคติสามารถ ร่วมทำนายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.7 และระดับดีร้อยละ 41.3 ความรู้และ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กันจึงทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา (Schwartz, 1975) และผลการศึกษายังพบว่า การได้ รับการสนับสนุนเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการ ปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ทั้งนี้ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพได้รับการสนับสนุนสิ่งที่จำเป็น ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.8 การที่บุคคลได้รับสิ่งสนับสนุนที่ตรงกับ ความต้องการในการปฏิบัติงาน ช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้ ส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติด้วยความเต็มใจ (Trilla et al., 1996)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน แก่ บุคลากรรวมทั้งประโยชน์ของการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

ดื้อยาและการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาใช้ในการ ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลให้มีความรู้เกี่ยวกับ การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การปฏิบัติใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและ การทำความสะอาดมืออย่างถูกวิธีแก่พยาบาลวิชาชีพ

2. โรงพยาบาลควรสนับสนุนสิ่งที่จำเป็นต่อการ ปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ได้แก่ อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่เพียงพอและ เหมาะสม อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา สถานที่ในการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติและเอกสารวิชาการ ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ การส่งเสริมทัศนคติและสิ่งสนับสนุนเพื่อส่งเสริม การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของ พยาบาลวิชาชีพและประเมินการปฏิบัติของพยาบาล วิชาชีพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโดยการ สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมที่สำคัญ

เอกสารอ้างอิง

- Bearman, G. M., Marra, A. R., Sessler, C. N., Smith, W. R., Rosato, A., Laplante, J. K., ... Edmond, M. B. (2007). A controlled trial of universal gloving versus contact precautions for preventing the transmission of multidrug-resistant organisms. *American Journal of Infection Control, 35*(10), 650-655.
- Creamer, E., Dorrian, S., Dolan, A., Sherlock, O., Fitzgerald-Hughes, D., Thomas, T., ... Rossney, A. S. (2010). When are the hands of healthcare workers positive for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*?. *Journal of Hospital Infection, 75*(2), 107-111.
- Datta, R., Platt, R., Yokoe, D. S., & Huang, S. S. (2011). Environmental Cleaning Intervention and Risk of Acquiring Multidrug-Resistant Organisms from Prior Room Occupants. *Archives Internal Medicine, 171*(6), 491-494.
- Diaz, R. I., & Cabrera, D. D. (1997). Safety climate and attitude as evaluation measures of organizational safety. *Accident Analysis & Prevention, 29*(5), 643-650.
- Elaziz, K. A., & Bakr, I. M. (2009). Assessment of knowledge, attitude and practice of hand washing among health care workers in Ain Shams University hospitals in Cairo. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 50*(1), 19-25.
- Furuno, J. P., Perencevich, E. N., Johnson, J. A., Wright, M. O., McGregor, J. C., Morris Jr, J. G., & Hebden, J. N. (2005). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant enterococci co-colonization. *Emerging Infectious Diseases, 11*(10), 1539-1544.
- Hosseinalhashemi, M., Kermani, F. S., Palenik, C. J., Pourasghari, H., & Askarian, M. (2015). Knowledge, attitudes, and practices of health care personnel concerning hand hygiene in Shiraz University of Medical Sciences hospitals, 2013-2014. *American Journal of Infection Control, 43*(9), 1009-1011.
- Jia, X. Q., Pang, F., Chen, J. Z., & Jiang, L. X. (2015). Prevalence et distribution clinique des bacteries multi-resistantes (3537isolats) dans un hopital chinois tertiaire (janvier 2012–decembre 2013). *Pathology Biology, 63*(1), 21-23.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.
- Kristensen, M. S., Wernberg, N. M., & Anker-Moller, E. (1992). Healthcare workers risk of contact with body fluids in a hospital: the effect of complying with the universal precautions policy. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 13*(12), 719-724.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, B. A., Havers, S. M., Harris-Brown, T. M., & Paterson, D. L. (2014). Predictors of use of infection control precautions for multidrug resistant gram-negative bacilli in Australian hospitals: Analysis of a national survey. *American Journal of Infection Control, 42*(9), 963-969.

- Schwartz, N. E., (1975). Nutritional knowledge, attitude, and practices of high school graduates. *Journal of The American Dietetic Association*, 66(1), 28-31.
- Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C., & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: a qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American Journal of Infection Control*, 42(4), 405-411.
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S165-S193.
- Sumpradit, N. (2015). *Situation and multidrug management in Thailand*. Bangkok: Graphic design. (In Thai)
- Trilla, A., Vaqué, J., Roselló, J., Salles, M., Marco, F., Prat, A., ... Asenjo, M. A. (1996). Prevention and control of nosocomial infections in Spain: current problems and future trends. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 17(09), 617-622.

ประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร:
การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Effectiveness of Breast Massage on Breast Engorgement Among Lactating
Mothers: A Systematic Review

กฤษณา	ปิงวงศ์ *	Kridsana	Pingwong *
กรรณิการ์	กันธะรักษา **	Kannika	Kantaruksa **
นงลักษณ์	เฉลิมสุข ***	Nonglak	Chaloumsuk ***

บทคัดย่อ

การคัดตึงเต้านมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในมารดาที่ให้นมบุตรและเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อ การตัดสินใจหยุดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การนวดเต้านมเป็นวิธีการลดการคัดตึงเต้านมที่มีประสิทธิภาพ การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร โดยสืบค้นจากรายงานการวิจัยเชิงทดลองและรายงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร ทั้งได้รับการตีพิมพ์ และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง ปี พ.ศ. 2559 โดยใช้วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) ประเมินคุณภาพงานวิจัยและสกัดข้อมูลงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแยกกันประเมินอย่างอิสระ จากการสืบค้นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร พบงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและการประเมินคุณภาพงานวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมจำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 1 เรื่อง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ด้วยการสรุปเชิงเนื้อหา เนื่องจากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง มีวิธีการจัดกระทำต่างกัน มีวิธีการประเมินผลลัพธ์และระยะเวลาในการประเมินผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ผลการวิเคราะห์พบว่า วิธีการนวดเต้านมเพื่อลดการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรมี 2 วิธี คือ การนวดเต้านมด้วยวิธีกำขำ และการนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานิ โดยงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และนวดด้วยความนุ่มนวลโดยบุคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรม ผลการศึกษาพบว่า การนวดเต้านมด้วยวิธีกำขำสามารถลดระดับการคัดตึงเต้านม สำหรับการนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานิสามารถลดระดับความเจ็บปวดของมารดาที่มีการคัดตึงเต้านมได้

จากผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าการนวดเต้านมเพื่อลดการคัดตึงเต้านมต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และนวดด้วยความนุ่มนวล สำหรับด้านการศึกษาวิจัยควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้รูปแบบ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College
** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 25 กันยายน 2558 วันที่แก้ไขบทความ 25 มีนาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 21 มิถุนายน 2559

แบบการวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ และมีงานวิจัยที่มีคุณภาพเพียงพอในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมต่อไป

คำสำคัญ: การนวดเต้านม การคัดตึงเต้านม มารดาที่ให้นมบุตร การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Abstract

Breast engorgement is a problem that is frequently found in lactating mothers and it is a major factor affecting the decision to stop breastfeeding. Breast massage is an effective method for reducing breast engorgement. The purpose of this systematic review was to summarize evidence based about the effectiveness of breast massage on breast engorgement in lactating mothers. The study searched for all published and unpublished randomized controlled trial and quasi-experimental studies in Thai and English regarding the effect of breast massage on breast engorgement from 2010 to 2016. The systematic review was conducted using a systematic guideline developed by the Joanna Briggs Institute (JBI, 2014). All included studies were independently appraised and extracted by the researcher and major advisor using standardized tools, also developed by the Joanna Briggs Institute. There were 2 articles studying the effectiveness of breast massage on breast engorgement in lactating mothers, which met the inclusion criteria and the critical appraisal criteria. One was a randomized controlled trial study while the other was a quasi-experimental study. Data were analyzed using narrative summarization. Due to the difference of intervention, method, and time for measuring outcome in each study, meta-analysis could not be used in this particular study.

The result of this systematic review found that there were 2 methods of breast massage reducing breast engorgement in lactating mothers. These were Gua-Sha therapy and Oketani breast massage. Both studies presented clear practice guidelines. When performed gently by trained health professionals, breast massage proved to be an effective intervention. The results of this systematic review found that the Gua-Sha therapy could reduce breast engorgement. The Oketani breast massage could reduce pain in lactating mothers with breast engorgement.

These findings suggest that breast massage must be practiced based on clear guidelines and performed gently. Further experimental studies using randomized controlled trial are required in order to provide credible evidence and enough qualified studies to perform meta-analysis.

Keywords: *Breast Massage, Breast Engorgement, Lactating Mother, Systematic Review*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์ต่อบุตร เพราะมีสารอาหารครบถ้วนเหมาะสมสำหรับความต้องการของบุตรแรกเกิด มีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อของระบบ

ทางเดินหายใจ และทางเดินอาหาร ทำให้บุตรมีสุขภาพ แข็งแรงสมบูรณ์ (Iyengar & Walker, 2012) รวมทั้งมี ประโยชน์ต่อพัฒนาการทางด้านอารมณ์และจิตใจของ บุตร จากการที่บุตรได้รับการโอบกอดและสัมผัสขณะดูด

นมมารดา ทำให้เกิดความผูกพันและมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Lawrence & Lawrence, 2011) นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อมารดาในด้านร่างกาย ช่วยลดการตกเลือดในระยะหลังคลอด ลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม (Kotsopoulos et al., 2012) และมะเร็งรังไข่ (Danforth et al., 2007) สำหรับด้านจิตใจ ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Harlow, Cohen, Otto, Spiegelman, & Cramer, 2004) นอกจากนี้ยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการซื้อนมผสม ประหยัดเวลาในการเตรียมนมผสม ช่วยรักษาสิ่งแวดล้อม และลดภาวะโลกร้อนจากขยะที่เกิดจากการใช้นมผสม (World Health Organization [WHO], 2009) องค์การอนามัยโลก ได้ส่งเสริมให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน และให้นมมารดาพร้อมกับอาหารตามวัยจนครบ 2 ปีหรือนานกว่า (WHO, 2009) แต่จากการสำรวจการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ปี ค.ศ. 2012 พบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว 6 เดือนทั่วโลกน้อยกว่าร้อยละ 40 (WHO, 2014) สำหรับในประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน เพียงร้อยละ 12.3 (United Nations children's fund [UNICEF], 2012) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนด ให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (Department of health, 2014)

ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งนี้ปัจจัยด้านมารดาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด (Sibeko, Dhansay, Charlton, Johns, & Gray-Donald, 2005) โดยเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจหยุดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จากการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ การคัดตึงเต้านม ท่อน้ำนมอุดตัน น้ำนมไหลน้อย และเต้านมอักเสบ (Giugliani, 2004) ซึ่งปัญหาการคัดตึงเต้านมเป็นสาเหตุที่สำคัญและพบบ่อยในมารดาที่หยุดให้นมบุตร (Meinkathok, 2012) การคัดตึงเต้านมพบได้บ่อยในระยะ 2

สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 55 (Cooke, Sheehan, & Schmied, 2003) และพบได้ตั้งแต่ระยะ 7 วันหลังคลอด เป็นต้นไป ร้อยละ 36 (Giugliani, Santo, Oliveira, & Aerts, 2008) ในประเทศไทยจากรายงานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพบปัญหาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดมากถึงร้อยละ 60-70 (Pawatha, 2014)

การคัดตึงเต้านมคือการที่เต้านมมีการขยายใหญ่มากขึ้น แข็งตึง บวม ผิวหนังแดงเริ่มจากขอบลานนม และกระจายทั่วเต้านม คล้ำเต้านมแล้วร้อน หัวนมถูกดึงรั้งหดสั้น แบนแข็ง ลานนมแข็งตึงซึ่งเกิดจากการเพิ่มขึ้นของน้ำนมอย่างรวดเร็ว โดยการคัดตึงเต้านมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การคั่งและการเพิ่มขึ้นของระบบไหลเวียนเลือดที่เกิดจากเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาภายหลังรกคลอด 2) การเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำนมเกิดจากกลไกการตอบสนองทางสรีรวิทยาหลังรกคลอด และ 3) อาการบวมเป็นผลจากการคั่งและไม่มี การระบายของระบบเลือดและน้ำเหลือง รวมทั้งมีน้ำนมซึ่งอยู่ภายในถุงน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2011) ทำให้ถุงน้ำนมมีการขยายใหญ่ กดเบียดท่อน้ำนมที่อยู่รอบ ๆ เกิดการอุดตัน น้ำนมจึงไหลน้อยลง หากไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้เกิดการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองในระยะต่อมา (Newton & Newton, 1951 as cited in Lawrence & Lawrence, 2011) มารดาหลังคลอดที่คัดตึงเต้านมจะมีความรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปวด ตึงทั่วทั้งเต้านม และอาจมีไข้ร่วมด้วยแต่นานไม่เกิน 24 ชั่วโมง (WHO, 2009; Hill & Humenick, 1994) ศึกษาการเกิดการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอด 14 วัน จำนวน 114 ราย พบว่าร้อยละ 72 ของมารดาหลังคลอด มีการคัดตึงเต้านม และการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้นในระยะ 3-5 วันหลังคลอด โดยเต้านมมีลักษณะแข็งตึง กดเจ็บ จนถึงแข็งตึงมากและกดเจ็บมาก ซึ่งความไม่สุขสบายจากการเจ็บเต้านมดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Schwartz, Gillespie, Bobo, & Foxman, 2002) นอกจากนี้การศึกษาของ (Almeida & Kitay, 1986

as cited in Cunningham et al., 2014) พบว่าร้อยละ 13 ของมารดาหลังคลอดที่มีการคัดตึงเต้านม มีไข้ 37.8-39 องศาเซลเซียส นาน 4-16 ชั่วโมง และอุณหภูมิกายที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการคัดตึงเต้านมที่ลดลง

การคัดตึงเต้านมทำให้ลานนมแข็งตึง หัวนมถูกดึงรั้ง เป็นสาเหตุให้บุตรไม่สามารถดูดและอมหัวนมลึกเข้าไปถึงลานนม การอมหัวนมและการดูดนมจึงไม่ประสิทธิภาพ บุตรรู้สึกหงุดหงิด ร้องไห้หรือกรีดร้อง (screaming) ส่งผลให้มารดาารู้สึกเครียด ปฏิกริยาเล็ตดาว์น (let-down reflex) ถูกยับยั้ง ทำให้น้ำนมภายในถุงน้ำนมไม่ถูกขับออก เกิดการคั่งของน้ำนม ส่งผลต่อปฏิกริยายับยั้งการสร้างน้ำนม (feedback inhibition of lactation [FIL]) ซึ่งจะยับยั้งการหลั่งของฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) การผลิตน้ำนมจึงลดลง (Lawrence & Lawrence, 2011) ส่งผลให้มารดาขาดความมั่นใจ คิดว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงบุตร จึงตัดสินใจหยุดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้การดูแลเพื่อลดการคัดตึงเต้านม บรรเทาอาการไม่สุขสบายและดูแลให้มีการระบายน้ำนมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดที่มีการคัดตึงเต้านมประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สำหรับวิธีการจัดการเพื่อลดการคัดตึงเต้านมมีหลายวิธี เช่น การประคบเต้านมด้วยความร้อน การประคบเต้านมด้วยความเย็น และการประคบเต้านมด้วยใบกะหล่ำปลี เป็นต้น ดังการศึกษาของ Wong และคณะ (Wong et al., 2017) ที่ศึกษาการใช้ใบกะหล่ำปลีแช่เย็นเปรียบเทียบกับการใช้เจลประคบเย็น พบว่า การใช้ใบกะหล่ำปลีแช่เย็นและการใช้เจลประคบเย็นสามารถลดระดับความเจ็บปวดและการคัดตึงเต้านมได้ทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการสืบค้นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร พบว่ามี การทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review [SR]) โดย Mangesi and Dowswell (2010) เกี่ยวกับการรักษาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร ประกอบด้วยงาน

วิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง จำนวน 8 เรื่อง ที่ศึกษา งานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1953 ถึง ปี ค.ศ. 2007 พบว่ามีวิธีการรักษาการคัดตึงเต้านม ได้แก่ การฝังเข็ม การประคบเต้านมด้วยใบกะหล่ำปลี การประคบเต้านมด้วยความเย็น การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยอัลตราซาวด์ โดยวิธีการที่สามารถลดการคัดตึงเต้านม คือการฝังเข็ม และการประคบเต้านมด้วยความเย็น สำหรับการประคบเต้านมด้วยใบกะหล่ำปลี การรักษาด้วยยาออกซิโตซิน (oxytocin) และการรักษาด้วยอัลตราซาวด์ ไม่มีผลต่อการลดการคัดตึงเต้านม นอกจากนี้พบการศึกษาของ Wong, Koh, Hegney, and He (2012) ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการประคบเต้านมด้วยใบกะหล่ำปลีต่อระดับความเจ็บปวดและการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่คัดตึงเต้านม โดยทบทวนจากงานวิจัยปฐมภูมิ เป็นการวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง จำนวน 4 เรื่อง ผลการศึกษาสรุปว่าการใช้ใบกะหล่ำปลีประคบเต้านมในมารดาหลังคลอดที่คัดตึงเต้านม สามารถลดระดับความเจ็บปวด ลดการคัดตึงเต้านม และเพิ่มระยะเวลาของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา นอกจากนี้การนวดเต้านมเป็นอีกวิธีหนึ่งที่พยาบาลนิยมใช้แก้ไขปัญหาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอด และพบว่ามี การพัฒนาวิธีการนวดเต้านมวิธีต่าง ๆ ซึ่งยังไม่ทราบผลลัพธ์ชัดเจน

การนวดเต้านมเป็นวิธีการลดการคัดตึงเต้านมที่มีประสิทธิภาพ สะดวก และใช้อุปกรณ์น้อย จากการศึกษาของ Witt, Bolman, Kredit, and Vanic (2015) ในมารดาหลังคลอดที่มีการคัดตึงเต้านมจำนวน 15 ราย ได้รับการนวดเต้านมจากผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกฝน โดยวิธีการนวดใช้มือทั้งสองนวดจากส่วนต่าง ๆ ของเต้านมไปสู่รักแร้ ร่วมกับการนวดต่อน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือใช้กำปั้นคลึงนวดเต้านมเบา ๆ สลับกับการใช้ปลายนิ้วทั้ง 5 เคาะเบา ๆ บริเวณลานนมและหัวนม หลังจากนั้นใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้วางบริเวณลานนม เพื่อบีบระบายน้ำนมออกอย่างนุ่มนวล ใช้เวลานวดทั้งสองข้างรวมกันประมาณ 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดมีระดับการคัดตึงเต้านมลดต่ำกว่าก่อนได้รับการนวดเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้มีการศึกษาการนวดเต้านมด้วยวิธีกัวซ่า (Gua-Sha Therapy) ในมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตร 54 ราย พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับการนวดเต้านมด้วยวิธีกัวซ่า 5 นาที มีระดับการคัดตึงเต้านม ระดับความเจ็บปวด ความไม่สบาย อุณหภูมิของเต้านม และอุณหภูมิของมารดาลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Chiu et al., 2010)

การสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้นจากฐานข้อมูลและการสืบค้นด้วยมือ พบการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 ถึงปี พ.ศ. 2559 จำนวนหนึ่ง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง และกึ่งทดลอง มีวิธีการนวดเต้านม และผลลัพธ์การศึกษาที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังไม่พบการทบทวนอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ทำให้ไม่สามารถระบุประสิทธิผลของการนวดเต้านมได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษา โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อสังเคราะห์และสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร โดยเลือกใช้วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบตามแนวทางของ Joanna Briggs Institute [JBI], (2014) ดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย 4) การคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การรวบรวมข้อมูลและการสกัดข้อมูล และ 7) การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ และประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ลดการเกิดอคติ ทำให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุมและน่าเชื่อถือ เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำผลงานวิจัยไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่จะเป็นประโยชน์ในการลดการคัดตึงเต้านม เพื่อให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นการทำเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้สูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร

คำถามการวิจัย

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร โดยใช้กระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนา-บริกส์ (JBI, 2014) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถาม 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย 4) การคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การรวบรวมข้อมูลและการสกัดข้อมูล และ 7) การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย โดยการคัดเลือกงานวิจัยปฐมภูมิเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในประชากรมารดาหลังคลอดที่มีการคัดตึงเต้านม มีวิธีการนวดเต้านมโดยบุคลากรสุขภาพเป็นตัวแปรจัดกระทำ มีตัวแปรผลลัพธ์ คือ ระดับการคัดตึงเต้านม ระดับความเจ็บปวด ความไม่สบาย อุณหภูมิของเต้านม อุณหภูมิของมารดาและการดูดนมของบุตร ที่ทำการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ นำเสนอรายงานเฉพาะที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึงปี พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2010 ถึงปี ค.ศ. 2016)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบันโจแอนนา-บริกส์ (JBI, 2014) ซึ่ง

ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถาม เพื่อเป็นแนวทางและระบุจุดมุ่งหมายของการทบทวน

2. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ได้แก่ จากรายงานวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาเกี่ยวกับการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร มีลักษณะครอบคลุมตามหลัก PICO ดังนี้

2.1 กลุ่มประชากร (population) เป็นรายงานการวิจัยที่มีประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาหลังคลอดบุตร 1-2 สัปดาห์ ที่ให้นมบุตรและมีอาการคัดตึงเต้านม

2.2 วิธีการจัดกระทำ (intervention) เป็นรายงานการวิจัยที่มีการจัดกิจกรรม หรือการจัดกระทำให้แก่มารดาที่มีการคัดตึงเต้านม คือ การนวดเต้านมวิธีต่าง ๆ

2.3 การเปรียบเทียบ (comparison) เป็นรายงานการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดเต้านมวิธีต่างๆกับกลุ่มที่ได้รับการนวดตามปกติหรือกลุ่มที่ได้รับการนวดเต้านมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการนวด

2.4 ตัวแปรผลลัพธ์ (outcome) เป็นงานวิจัยที่มีผลลัพธ์ คือ ระดับการคัดตึงเต้านม ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย อุณหภูมิของเต้านม อุณหภูมิกายของมารดา และการดูนมของบุตร

3. การสืบค้นข้อมูลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

3.1.1 กลุ่มประชากร (population) ได้แก่ มารดาหลังคลอด แม่หลังคลอด มารดาที่ให้นมบุตร แม่ที่ให้นมบุตร หญิงให้นมบุตร มารดาที่คัดตึงเต้านม แม่หลังคลอดที่คัดตึงเต้านม มารดา 1-2 สัปดาห์หลังคลอด

3.1.2 วิธีการจัดกระทำ (intervention) ได้แก่ การนวดเต้านม

3.1.3 ตัวแปรผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ ระดับการคัดตึงเต้านม ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย อุณหภูมิของเต้า อุณหภูมิกายของมารดา และการดู

ของของบุตร

3.2 กำหนดแหล่งสืบค้น ทั้งจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นด้วยมือจากห้องสมุด

3.3 สืบค้นข้อมูล โดยผู้วิจัยสืบค้นรายงานการวิจัยตามคำสำคัญที่กำหนดจากฐานข้อมูลและการสืบค้นด้วยมือจากห้องสมุด สำหรับฐานข้อมูลที่ทำการสืบค้น ได้แก่ CINAHL, PubMed, Science direct, Wiley online library, The Cochrane Central Register of Controlled Trials, JBI Library Systematic Reviews และ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย รวมทั้งสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัย

4. การคัดเลือกงานวิจัย โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักได้คัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยพิจารณางานวิจัยที่สืบค้นได้อย่างอิสระต่อกัน และคัดเลือกตามแบบคัดกรองรายงานการวิจัยผลการคัดเลือกงานวิจัยพบว่าผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างเป็นอิสระต่อกัน และสรุปลงในแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่างานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์มีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-7 คะแนน จาก 10 คะแนน และผ่านเกณฑ์ข้อที่สำคัญตามกระบวนการวิจัย และผลการประเมินระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักตรงกัน

6. การสกัดข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองหรือสังเกต ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ และใช้การสกัดข้อมูลแบบปกปิด (blinding extraction before conferring) ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก พบว่ามีความเห็นในการสกัดข้อมูลสอดคล้องกัน

7. การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย โดยการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของรายงานการวิจัย วิธีการและผลลัพธ์ประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีทั้งหมด 3 ประเภท ได้แก่

1. แบบคัดกรองรายงานการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย
2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลอง (JBI Critical Appraisal Checklist for Experimental Studies) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014)
3. แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลงานวิจัยเชิงทดลองหรือสังเกตของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014)

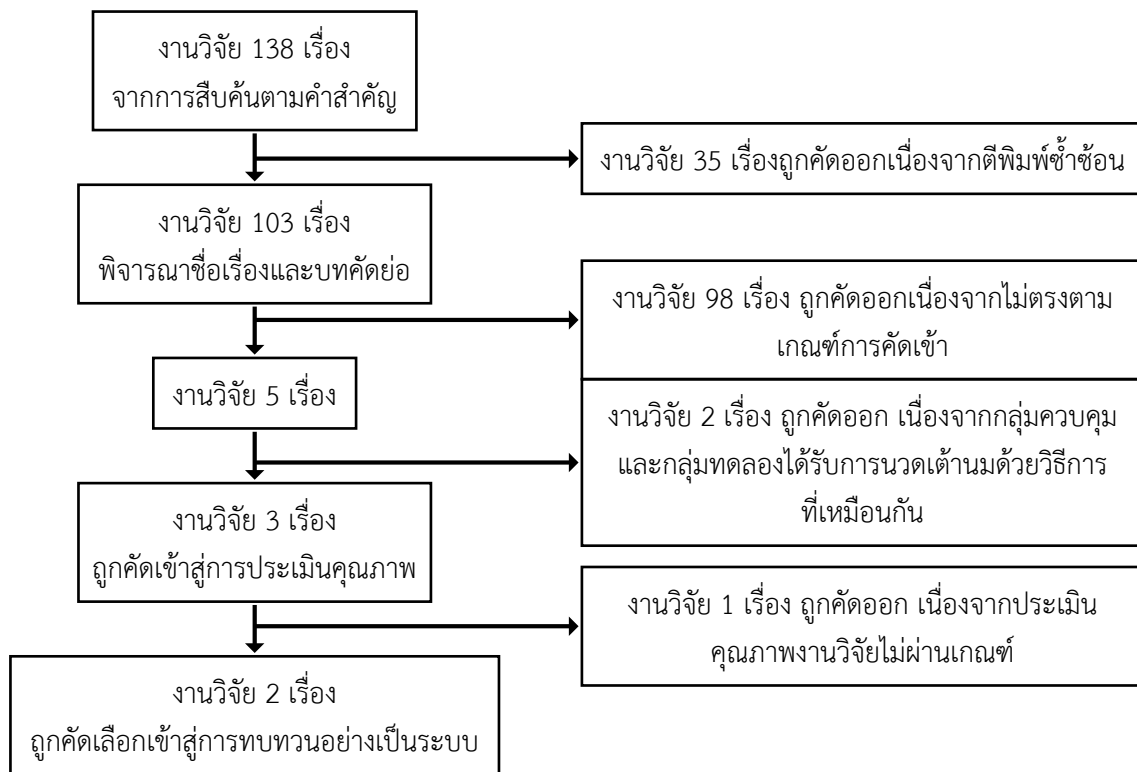
การควบคุมคุณภาพการทบทวน

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้รับการควบคุมคุณภาพการทบทวน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ได้ผ่านการอบรมเป็นผู้สอน (trainer) การทบทวนอย่างเป็นระบบ ซึ่งได้รับการรับรอง (certify) จากสถาบันโจแอนนาบริกส์
2. การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ แบบคัดกรองรายงานการวิจัยตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา จึงไม่ต้องตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ สำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ผู้วิจัยใช้ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
3. การควบคุมคุณภาพการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักทบทวนรายงานการวิจัยโดยใช้แบบประเมินการคัดเลือกงานวิจัยที่สร้างขึ้น ประเมินคุณภาพงานวิจัยและสกัดข้อมูลตามระบบอย่างเป็นอิสระ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกัน พบว่าผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักมีความคิดเห็นสอดคล้องตรงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรโดยคัดเลือกงานวิจัยที่เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หรือเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง เป็นรายงานวิจัยที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2559 (ค.ศ. 2010-2016) โดยผลการสืบค้นแสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงผลการสืบค้นข้อมูล

ผลการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะของรายงานการวิจัย ผลการสืบค้นพบรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ

ประสิทธิภาพของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามลักษณะทั่วไปของงานวิจัย (n=2)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระเบียบวิธีวิจัย		
งานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT)	1	50
งานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental)	1	50
การตีพิมพ์		
ได้รับการตีพิมพ์	2	100
สถานที่ทำการวิจัย		
ต่างประเทศ	2	100
ปีที่ได้รับการตีพิมพ์		
พ.ศ. 2553-2559 (ค.ศ. 2010-2016)	2	100
จำนวนกลุ่มทดลอง		
กลุ่มทดลองขนาดใหญ่ (n > 30)	2	100

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการนวดเต้านม		
การนวดเต้านมด้วยวิธีกัวช่า	1	50
การนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานี	1	50

2. วิธีการนวดเต้านมและผลลัพธ์ของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร พบวิธีการนวดเต้านม 2 วิธี ได้แก่ การนวดเต้านมด้วยวิธีกัวช่าและการนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานี โดยการนวดเต้านมด้วยวิธีกัวช่าพบงานวิจัย 1 เรื่อง (Chiu et al., 2010) เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ในมารดาหลังคลอดบุตร 54 ราย กลุ่มทดลองได้รับการนวดเต้านมด้วยวิธีกัวช่า ที่ได้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ (protocol) จากผู้หนึ่งที่ผ่านการฝึกทักษะเฉพาะทางการแพทย์แผนจีน ซึ่งเริ่มกดและขูดเบา ๆ อย่างนุ่มนวลจากจุดลมปราณบนเต้านม 3 ตำแหน่ง ไปทิศทางเข้าสู่หัวนม และขูดเส้นลมปราณตรงกลางระหว่างเต้านมทั้งสองข้าง แต่ละตำแหน่งจะถูกขูดเบา ๆ 7 ครั้ง จำนวน 2 รอบ ในแต่ละรอบใช้เวลาประมาณ 2 ± 0.5 นาที ทั้งสองข้างรวมกัน นาน 25 นาที ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการประคบด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นร่วมกับนวดเต้านมตามปกติจากพยาบาลบนหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการคัดตึงเต้านม ระดับความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย อุดนมของเต้านม และอุดนมของมารดาต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานี พบงานวิจัย 1 เรื่อง (Jeongsug et al., 2012) เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ในมารดาหลังคลอดบุตร จำนวน 47 ราย ในกลุ่มทดลองได้รับการนวดด้วยวิธีโอคิตานี จากผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางผ่าน โดยใช้นิ้วทำรูปตะขอเกี่ยวสอดเข้าไปตรงฐานเต้านมให้ได้ความลึกประมาณ 0.8 เซนติเมตร และดันไปข้างหน้าเพื่อยกเต้านมขึ้นหลังจากนั้นพักผัดจะค่อย ๆ ดันตัวกลับไปทางกล้ามเนื้อหน้าอก ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของเต้านมมารดา ทำให้ผู้

นวดรู้สึกถึงช่องว่างระหว่างฐานของเต้านม และกล้ามเนื้อหน้าอก จากนั้นดึงเต้านมขึ้นเป็นจังหวะสั้น ๆ อย่างนุ่มนวลเพื่อแยกฐานเต้านมออกจากกล้ามเนื้อหน้าอก 1-2 เซนติเมตร โดยวิธีการนวดเต้านมแต่ละข้างมีทั้งหมด 8 ท่า ประกอบด้วย 7 ท่าในการนวดเต้านมเพื่อแยกช่องว่างกล้ามเนื้อหน้าอกกับเต้านม และ 1 ท่าในการนวดคลึงหัวนมและลานนมเพื่อให้ลานนมและหัวนมนิ่มลง ซึ่งการนวดเต้านมทั้ง 2 ข้างใช้เวลารวมกัน นาน 30 นาที ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการนวดตามปกติจากพยาบาลบนหอผู้ป่วยหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับความเจ็บปวดลดลง จำนวนครั้งในการดูนมของบุตร และระดับความเป็นกรด-ด่างของน้ำนมเพิ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย เป็นงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร จำนวน 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยต่างประเทศทั้งหมด รูปแบบงานวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 เป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ทั้ง 2 เรื่อง ที่ศึกษาปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2555 จึงทำให้ผลการวิเคราะห์มีความเป็นปัจจุบัน ด้านเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือและได้รับการยอมรับทั้งในด้านความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น และการดำเนินการวิจัยถูกต้องตามระเบียบวิธี

วิจัย ซึ่งถือว่ามีคุณภาพในเชิงระเบียบวิธี แต่เนื่องจากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง มีการจัดกระทำและการประเมินผลลัพธ์ที่หลากหลาย จึงไม่สามารถวิเคราะห์ห้เมต้าได้ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์และสรุปผลการทบทวนแบบบรรยายเชิงเนื้อหา

2. วิธีการนวดเต้านม และผลลัพธ์ของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร

งานวิจัย 2 เรื่อง (Chiu et al., 2010; Jeongsug et al., 2012) มีการดำเนินการวิจัยถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัยทุกขั้นตอน เป็นงานวิจัยที่มีการควบคุมความตรงภายในและภายนอกได้อย่างเหมาะสม และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จึงถือว่าเป็นวิจัยที่มีคุณภาพในเชิงระเบียบวิธีวิจัย ทั้งนี้มีการนวดเต้านมในกลุ่มทดลองคือการนวดเต้านมด้วยวิธีกัวซ่าและการนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานิ ซึ่งมีความแตกต่างกันในลักษณะของวิธีการจัดกระทำ โดยการนวดเต้านมด้วยวิธีกัวซ่าเป็นทฤษฎีการแพทย์ของจีนที่ใช้วิธีการขูดเต้านมบนเส้นพลังปราณมีผลทำให้เส้นเลือดฝอยที่มาเลี้ยงบริเวณผิวหนังมีการขยายตัว เลือดจึงไหลเวียนมาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้นได้มากขึ้นหลายเท่าตัวด้วย สำหรับการนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานิเป็นการนวดของประเทศญี่ปุ่น โดยใช้นิ้วมือยกฐานของเต้านมขึ้นและลงเพื่อยืดเนื้อเยื่อระหว่างเต้านมและกล้ามเนื้อแพคโตเรียให้เกิดการคลายตัว และมีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ลดการแข็งตึงของเต้านมลดความเจ็บปวดที่เป็นอาการของการคัดตึงเต้านม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าวิธีการนวดทั้ง 2 วิธี จะมีความแตกต่างกัน แต่ยังมีสิ่งที่เหมือนกัน คือ 1) มีแนวทางปฏิบัติวิธีการนวดที่ชัดเจนและผู้นวดมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันที่เกี่ยวข้อง 2) หลักการสำคัญของเทคนิคการนวด คือ การนวดเต้านมต้องกระทำอย่างนุ่มนวลไม่ทำให้มารดาเกิดความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายเพิ่มขึ้น เนื่องจากความเจ็บปวดจะยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ส่งผลให้น้ำนมไม่ถูกขับออกมา การคัดตึงเต้านมก็จะไม่ลดลง และ 3) กลไกหลักของการนวดที่มีผลต่อเต้านม คือ การนวดจะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดภายในเต้านมดีขึ้น หลอดเลือดมีการขยายตัว

เพิ่มการไหลเวียนของเลือดมาสู่บริเวณเต้านมดีขึ้น เนื้อเยื่อเกิดการคลายตัว ส่งเสริมการระบายน้ำมนอกจากนี้การนวดเต้านมยังส่งเสริมการเกิดปฏิกิริยาเล็ดดาวน (let-down reflex) โดยกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินทำให้กล้ามเนื้อรอบๆอุ้งน้ำนมมีการบีบตัวขับเอาน้ำนมออกมา (Lawrence & Lawrence, 2011) จึงทำให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีการคัดตึงเต้านมลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร โดยสืบค้นจากรายงานการวิจัยเชิงทดลองและรายงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (PICO) ทั้งได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง ปี พ.ศ. 2559 ใช้วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) พบงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและการประเมินคุณภาพวิจัย โดยวิธีการนวดเต้านมมี 2 วิธี คือการนวดเต้านมด้วยวิธีกัวซ่าและการนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานิ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ด้วยการสรุปเชิงเนื้อหา เนื่องจากงานวิจัยทั้งสองเรื่องมีการจัดกระทำที่ต่างกัน มีวิธีการประเมินผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ห้เมต้าได้ ผลการศึกษาพบว่า การนวดเต้านมด้วยวิธีกัวซ่าสามารถลดระดับการคัดตึงเต้านม สำหรับการนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานิสามารถลดระดับความเจ็บปวดของมารดาที่มีการคัดตึงเต้านมได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนวดเต้านมในมารดาหลังคลอดที่มีอาการคัดตึงเต้านมควรทำตามแนวปฏิบัติและกระทำอย่างนุ่มนวล
2. ผู้นวดควรได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการนวดเต้านม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและ

มีกลุ่มควบคุม รวมทั้งมีวิธีการวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ และ มีงานวิจัยที่มีคุณภาพเพียงพอในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เมต้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Chiu, J. U., Gau, M. L., Kuo, S. Y., Chang, Y. H., Kuo, S. C., & Tu, H. C. (2010). Effects of Gua-Sha therapy on breast engorgement: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Research, 18*(1), 1-10.
- Cooke, M., Sheehan, A., & Schmied, V. (2003). A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *Journal of Human Lactation, 19*(2), 145-156. doi:10.1177/0890334403252472
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... Sheffield, J. S. (Eds.). (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Danforth, K. N., Tworoger, S. S., Hecht, J. L., Rosner, B. A., Colditz, G. A., & Hankinson, S. E. (2007). Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control, 18*, 571-523. doi:10.1007/s10552-007-0130-2
- Department of health. (2014). *Strategic Health Plan, Ministry of Public Health Health promotion And disease prevention, fiscal year 2014*. Retrieved from <http://www.anamai.moph.go.th/download/download/.pdf>. (In Thai)
- Giugliani, E. R. J. (2004). Common problems during lactation and their management. *Jornal de Pediatria, 80*(5), 147–154. doi:org/10.1590/S0021-75572004000700006
- Giugliani, E. R. J., Santo, L. C. E., Oliveira, L. D., & Aerts, D. (2008). Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: Associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Human Development, 84*, 305–310. doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.08.00
- Harlow, B., Cohen, L. S., Otto, M. W., Spiegelman, D., & Cramer, D. W. (2004). Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: The Harvard study of moods and cycles. *Journal of Affective Disorders, 79*(1), 167–176. doi:10.1016/S0165-0327(02)00459-7
- Hill, P. D. & Humenick, S. S. (1994). The occurrence of breast engorgement. *Journal of Human Lactation, 10*(2), 79-86
- Iyengar, S. R., & Walker, W. A. (2012). Immune factors in breast milk and the development of atopic disease. *Journal Pediatric Gastroenterol Nutrition, 55*(6), 641-647.

- Jeongsug, C., Young, A. H., Sukhee, A., Myeong, S., & Myung-Haeng, H. (2012). Effects of Oktani breast massage on breast pain, the breast milk pH of mothers, and the sucking speed of neonates. *Korean Journal of Women Health Nursing, 18*(2), 149-158. doi:org/10.4069/kjwhn.2012.18.2.149
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2014*. Retrieved from joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ Reviewers Manual-2014.pdf.
- Kotsopoulos, J., Lubinski, J., Salmena, L., Lynch, H. T., Kim-Sing, C., Foulkes, W., Ghadirian P., ... Blum, J. (2012). Breastfeeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Breast Cancer Research, 14*, 1-7.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2011). *Breastfeeding a guide for the medical profession* (7th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Mangesi, L., & Dowswell, T. (2010). Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Systematic Review, 8*(9). doi:10.1002/14651858.CD006946.pub2
- Mass, S. (2004). Breast Pain: Engorgement, Nipple Pain and Mastitis. *Clinical Obstetrics & Gynecology, 47*(3), 676-682. doi:10.1097/01.grf.0000135652.49154.75
- Meinkrathok, K. (2012). *Solutions for breastfeeding*. Retrieved from http://www.203.157.71.139/group_sr/allfile/1423731064.pdf. (In Thai)
- Pawatha, C. (2014). *Breast compress donut: Yung Thong Special Ward 1 Thammasat University Hospital*. Retrieved from <http://www.hospital.tu.ac.th/>. (In Thai)
- Schwartz, K., Gillespie, B., Bobo, J., & Foxman, B. (2002). Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *The Journal of Family Practice, 51*(5), 439-444.
- Sibeko, L., Dhansay, M. A., Charlton, K. E., Johns, T., & Gray-Donald, K. (2005). Beliefs, attitudes, and practices of breastfeeding mothers from a periurban community in South Africa. *Journal of Human Lactation, 21*(1), 31-38. doi:10.1177/0890334404272388
- United nations children's fund [UNICEF]. (2012). *Inequality Gaps in the problem of children and women: the survey of the situation of children and women 2012 in Thailand*. Retrieved from <http://www.unicef.org/thailand/tha/> (In Thai)
- Witt, A. M., Bolman, M., Kredit, S., & Vanic, A. (2015). Therapeutic breast massage in lactation for the management of engorgement, plugged duct, and mastitis. *Journal of Human Lactation, 32*(1), 123-131. doi:10.1177/0890334415619439
- Wong, B. B., Chan, Y. H., Leow, M. Q. H., Lu, Y., Chong, Y. S., Koh, S. S., ... He, H. G. (2017). Application of cabbage leaves compared to gel packs for mothers with breast engorgement: Randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 76*, 92-99.

- Wong, B. B., Koh, S., Hegney, D. G., & He, H. G. (2012). The effectiveness of cabbage leaf application (treatment) on breast engorgement in breastfeeding women. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 8(34), 1-21.
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks*. Retrieved from <http://www.who.int/inf.htm>
- World Health Organization [WHO]. (2014). *World Health Statistic*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf



ผลของโปรแกรมการสอนบนเว็บต่อสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ของสตรีตั้งครรภ์

Effect of a Web-based Instruction Program on Breastfeeding Self-efficacy Among Pregnant Women

จารุพร	เพชชอรุย์ *	Jaruporn	Phetyoo *
กรรณิการ์	กันธะรักษา **	Kannika	Kantaruksa **
นันทพร	แสนสิริพันธ์ **	Nuntaporn	Sansiriphun **

บทคัดย่อ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญยิ่งคือสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนบนเว็บต่อสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส 3 จำนวน 48 ราย ที่มาฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ตุลาคม 2558 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 23 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้ 1) ระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 2) อายุ 3) การศึกษา และ 4) ระยะเวลาในการลาคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสอนบนเว็บที่สร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของ Dennis (2003) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Jintrawet (2010) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังจากใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บ กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ภายหลังจากใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บ กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนบนเว็บสามารถเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรนำมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์

คำสำคัญ: โปรแกรมการสอนบนเว็บ สมรรถนะแห่งตน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สตรีตั้งครรภ์

* ผู้ช่วยอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Instructor, Faculty of Nursing, Mahidol University

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 4 มกราคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 24 มิถุนายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 20 กันยายน 2559

Abstract

The success of breastfeeding depends on many factors. An important factor is maternal breastfeeding self-efficacy. The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of a web-based instruction program on breastfeeding self-efficacy among pregnant women. The subjects, 48 pregnant women in their third trimester, were recruited from the antenatal care unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital from June to October 2015. Subjects were selected using the inclusion criteria and were assigned to a control group (23 subjects) or an experimental group (25 subjects). Each pair of subjects was matched for the control or experimental groups based on criteria of 1) level of breastfeeding self-efficacy score, 2) maternal age, 3) education level, and 4) duration of maternal leave. The research instrument was the web-based instruction program based on the breastfeeding self-efficacy concept and literature review. The data collection tool was the breastfeeding self-efficacy questionnaire developed by Dennis (2003) and translated into Thai by Jintrawet (2010). Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results of the study revealed that:

1. After participating in the web-based instruction program, the experimental group had a significantly higher breastfeeding self-efficacy than before participating in the web-based instruction program ($p < 0.001$).

2. After participating in the web-based instruction program, the experimental group had a significantly higher breastfeeding self-efficacy than the control group ($p < 0.001$).

The result of this study demonstrates that the web-based instruction program can increase breastfeeding self-efficacy in pregnant women. Therefore, nurse-midwives should use this in practice to promote breastfeeding self-efficacy in pregnant women.

Keywords: *Web-based Instruction Program, Self-efficacy, Breastfeeding, Pregnant Women*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การได้รับนมมารดาเป็นโอกาสที่สำคัญในชีวิตของทารก (Ball, 2010) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นมีผลดีต่อทารกและมารดาอย่างมากเนื่องจากอุดมไปด้วยสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารก (World Health Organization [WHO], 2014) น้านมมารดามีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรค ลดการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ และหูชั้นกลางของทารก ซึ่งเป็นการติดเชื้อที่พบได้บ่อยในขวบปีแรก (Stuebe & Schwarz, 2010) นอกจากนี้สาร

อาหารที่อยู่ในน้ำนมมารดายังสามารถปรับเปลี่ยนไปตามความต้องการของทารกในแต่ละช่วงวัย (Petherick, 2010) การศึกษาในระยะยาว พบว่า ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาของเด็ก (Tawia, 2013) และลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหอบหืด โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคกระดูกในเด็ก (Stuebe & Schwarz, 2010) ตลอดจนลดโอกาสเกิดภาวะอ้วนในวัยรุ่น (Belfield & Kelly, 2012)

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานอกจากมีประโยชน์ต่อทารกแล้วยังมีประโยชน์ต่อมารดาอีกด้วย ดังเช่นใน

ระยะหลังคลอดจะช่วยป้องกันการตกเลือด และในระยะยาวสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อได้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดมะเร็งเต้านม (Mousa, 2014) และมะเร็งรังไข่ (Jordan, Cushing-Haugen, Wicklund, Doherty, & Rossing, 2012) การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาช่วยลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจของมารดา (Stuebe & Schwarz, 2010) อีกทั้งยังลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ระหว่างมารดาและบุตรอีกด้วย (Richman & Cabrera, 2013)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) ได้แนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน หลังจากนั้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาพร้อมกับอาหารตามวัยเป็นระยะเวลา 2 ปี หรือมากกว่านั้น เพื่อให้ทารกมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการที่สมบูรณ์ ประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 และได้ส่งเสริมต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (Planning Division Department of Health, 2015) แต่สถิติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของประเทศไทยยังคงต่ำกว่าของประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก จากรายงานขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2013) พบสถิติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 38 สถิติของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 15 และหากใช้ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 12.3 (National Statistical Office, 2013) การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ผ่านมาของประเทศไทยนั้น ได้มีการดำเนินการโดยใช้หลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นการส่งเสริมภายในโรงพยาบาล หรือ คลินิกฝากครรภ์ โดยพยาบาลผดุงครรภ์

หรือ บุคลากรสุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในรูปแบบนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาที่ต้องตรงกันระหว่างผู้ให้การส่งเสริมและผู้รับการส่งเสริม รวมถึงสถานที่ในการส่งเสริม

การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพื่อให้เกิดความสำเร็จนั้นเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลผดุงครรภ์ (Battersby, 2014) ซึ่งความสำเร็จและระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย แบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ (Meedya, Fahy, & Kable, 2010) ที่รวบรวมงานวิจัยซึ่งตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2009 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ ปัจจัยด้านสังคมและประชากร (socio-demographic factors) ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ สถานะภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการลาคลอด และสถานะทางเศรษฐกิจ สำหรับปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ ปัจจัยด้านกายภาพและชีววิทยา (biophysical factors) ได้แก่ ประสบการณ์ในระยะคลอด การได้รับการฝึกทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ก่อนคลอด และการรับรู้ของมารดาว่าตนเองมีน้ำนมไม่เพียงพอ ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (breastfeeding confidence)

ความมั่นใจในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งสามารถส่งเสริมได้โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ดังเช่นการศึกษาของ Kronborg, Maimburg, and Vaeth (2012) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และฝึกทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยใช้ตุ๊กตา มีความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงขึ้น และจากการศึกษาของ Hannula, Kaunonen, & Pukka (2014) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในประเทศฟินแลนด์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากพยาบาลผดุงครรภ์มีความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงจะมีความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับสูง

Dennis (1999) ได้อธิบายความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (breastfeeding confidence) โดยนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura social cognitive theory) มาประยุกต์ใช้และนำเสนอเป็นแนวคิดสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (breastfeeding self-efficacy) ที่สามารถส่งเสริมได้จาก 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishments) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะสูงขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และจะต่ำลงเมื่อรับรู้ว่าจะไม่ประสบความสำเร็จ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) หากบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่น (self-modeling) หรือ ต้นแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จะทำให้บุคคลประเมินค่าในความสามารถของตนเองว่ามีความสำเร็จเพิ่มขึ้น 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) การกล่าวชมเชยจากผู้อื่นให้คำแนะนำในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น บุคลากรสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน จะเป็นแรงเสริมทางบวกทำให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physical and affective states) ความพร้อม

ด้านร่างกายและอารมณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา หากบุคคลมีสภาวะร่างกายและอารมณ์ที่สมบูรณ์พร้อม จะส่งผลทำให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น

สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ดังเช่นการศึกษาของ Blyth et al. (2004) ที่ศึกษาผลของสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ชาวออสเตรเลีย จำนวน 300 คน และติดตามประเมินผลในระยะหลังคลอด 1 สัปดาห์และ 4 เดือน พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสามารถทำนายระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในระยะหลังคลอด 1 สัปดาห์ และ 4 เดือนได้ ($p < 0.001$) นอกจากนี้พบการศึกษาของ Noel-Weiss, Rupp, Cragg, and Wooden (2006) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในสตรีครรภ์แรก ชาวแคนาดา จำนวน 110 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คณะแผนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเมื่อ 4 และ 8 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยพบการศึกษาของ Chaibarn (2010) ที่ศึกษาถึงผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 26 คน โดยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และติดตามผลเมื่อหลังคลอด 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนม

มารดาอย่างเดี่ยวสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาพบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนมมารดาที่ประสบผลสำเร็จที่ผ่านมาเป็นการจัดกระทำในโรงพยาบาลหรือที่คลินิกฝากครรภ์ตามระยะเวลาที่ไว้วางแผนไว้ ซึ่งมีข้อจำกัดทางด้านเวลาและสถานที่ คือ สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจมีระยะเวลาที่จำกัดในการมาฝากครรภ์ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนมมารดาได้หรืออาจทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเพิ่มระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ นอกจากนี้บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยนมมารดาแก่สตรีที่มาฝากครรภ์ และต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ร่วมด้วยซึ่งต้องใช้เวลาในการให้คำแนะนำ สตรีตั้งครรภ์ที่มีเวลาจำกัดในการมาฝากครรภ์จึงอาจจะได้รับข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม ทำให้ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยนมมารดา และอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ด้วยนมมารดา ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการสอนบนเว็บเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถค้นหาข้อมูลด้วยตนเองในระยะเวลาที่ต้องการ และในทุกสถานที่ที่สะดวก จะสามารถลดข้อจำกัดในเรื่องเวลาและสถานที่ได้ นอกจากนี้จะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถกำหนดการเรียนรู้ที่ต้องการได้ด้วยตนเองดังการศึกษาของ Enebrink, Hogstrom, Forster, and Ghaderi (2012) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยนมมารดาและบิดา ชาวสวีเดน จำนวน 129 คน พบว่ามารดาและบิดามีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บเนื่องจากเป็นแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่ มีความสะดวก และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ โปรแกรมการสอนบนเว็บจึงคาดว่าจะจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนมมารดา

ปัจจุบันมีการใช้อินเทอร์เน็ตในการสืบหาข้อมูลมากขึ้น ประชากรจำนวน 1 ใน 3 ของโลก สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ (Dutta, Dutton, & Law, 2011) จากข้อมูลทางสถิติพบว่าอัตราการใช้อินเทอร์เน็ตของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี จากการสำรวจผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตจำนวน 26,140,447 คน คิดเป็นร้อยละ 40.21 ของประชากร และมีจำนวนชั่วโมงในการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นโดยมีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตมากกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 38.90 ซึ่งในปี พ.ศ. 2544 มีเพียงร้อยละ 18.70 เท่านั้น (Electronic Transactions Development Agency, 2013) สำหรับการใช้อินเทอร์เน็ตในกลุ่มมารดา มีการสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของมารดาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าร้อยละ 80 ของมารดาใช้อินเทอร์เน็ตและเข้าร่วมสังคมออนไลน์มากขึ้น รับข้อมูลทางนิตยสารหนังสือพิมพ์ และโทรทัศน์น้อยลง โดยมารดาเลือกจะหาข้อมูลการเรียนรู้จากอินเทอร์เน็ตมากกว่าการสอบถามประสบการณ์จากญาติผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาชาวไทยเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยร้อยละ 31 หาข้อมูลจากเว็บไซต์ที่แนะนำการเรียนรู้ ร้อยละ 28 เข้าค้นหาทางอินเทอร์เน็ตทั่วไป ร้อยละ 22 สอบถามจากญาติหรือบิดา มารดาและอื่น ๆ ร้อยละ 19 หาข้อมูลจากเว็บเพจต่าง ๆ เฟสบุ๊กหรือวิธีอื่น ๆ (Thammarat Pramotmanirat, 2013) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามารดา มีรูปแบบการหาข้อมูลทางสุขภาพด้วยตนเอง และเรียนรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยนมมารดา (Sillence, Briggs, Harris, & Fishwick, 2007)

การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีอยู่หลากหลายรูปแบบซึ่งการสอนบนเว็บ (web-based instruction) ก็เป็นรูปแบบหนึ่ง สำหรับการสอนบนเว็บในเรื่องการเรียนรู้ด้วยนมมารดา พบการศึกษา

ของ Giglia and Binns (2014) ที่ทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึง 2013 พบว่าการสอนบนเว็บเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสามารถช่วยเพิ่มผลลัพธ์ในทางบวกได้ และแนะนำว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมในอนาคต และจากการศึกษาของ Huang et al. (2007) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้เรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยโปรแกรมการสอนบนเว็บ ในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส 3 ชาวไต้หวันจำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 60 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และทัศนคติต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น รวมถึงมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเต็มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และจากการศึกษาของ Pate (2009) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส 3 จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ภายหลังการทดลอง และคะแนนสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การสอนบนเว็บสามารถลดข้อจำกัดของการให้ความรู้และทักษะเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในเรื่องเวลาและสถานที่ได้ และสตรีตั้งครรภ์สามารถกำหนดการเรียนรู้ที่ต้องการได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสอนบนเว็บต่อสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์ โดยส่งเสริมได้จาก 4 แหล่ง ตามแนวคิดของ Dennis (1999) ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบและประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และ สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งพัฒนาเนื้อหาในโปรแกรมจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตร

ด้วยนมมารดาในระดับสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บ
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บ
2. สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจุบันสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการสืบหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากเว็บมากขึ้น และมีการใช้ประโยชน์ในการสอนบนเว็บเพื่อส่งเสริมสุขภาพกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีความสะดวกในการเข้าถึงและประหยัดค่าใช้จ่าย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนบนเว็บต่อสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์โดยใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของ Dennis (1999) ในการออกแบบโปรแกรมและการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาเนื้อหา ซึ่งสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่สำคัญ และสามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือ

ประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยคาดว่า การใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บจะส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาให้สูงขึ้นได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ มีความตั้งใจที่จะเรียนรู้ด้วยนวมารดา และมาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect) ที่ .50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ขนาดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย และนำมาจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมการสอนบนเว็บเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาของสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาของ Dennis (1999) และการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาของ Dennis (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย Jintrawet (2010) และแบบสอบถามความรู้เรื่องการเรียนรู้ด้วยนวมารดาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดา

ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และ และแบบสอบถามความรู้เรื่องการเรียนรู้ด้วยนวมารดาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองภายหลังผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว โดยผู้วิจัยชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และวิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นระยะที่ผู้วิจัยเตรียมตัว และศึกษาข้อมูลการทำเว็บไซต์ ออกแบบและสร้างเนื้อหาบนเว็บ 2) ระยะดำเนินการวิจัย ดำเนินการโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ติดตามประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาหลังเข้าร่วมการวิจัยแล้ว 5 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บ จากนั้นติดตามประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บแล้ว 5 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บ โดยใช้สถิติทดสอบที่สองกลุ่มสัมพันธ์กัน (pair t-test) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาของมารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนตุลาคม 2558 มีอายุระหว่าง 20-35 ปี จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 23 ราย ซึ่งกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 28.12 ปี (S.D. = 4.53) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 28.30 ปี (S.D. = 4.54) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 96 และ 100 ตามลำดับ ระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 68 และ 73.9 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 40 และ 34.8 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้อยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 40 และร้อยละ 39.1 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวของทั้งสองกลุ่มเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 60 และ

56.5 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นระยะเวลา 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 56 และ 60.9 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มเคยได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 88.0 และ 91.3 ตามลำดับ ระยะเวลาในการลาคลอดของทั้งสองกลุ่ม คือ 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 52.0 เท่ากัน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บกลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนบนบนเว็บ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
กลุ่มทดลอง	46.72	5.17	58.48	5.81	10.543	.001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการ

เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD		
กลุ่มทดลอง	58.48	5.81	5.271	.001
กลุ่มควบคุม	51.74	2.54		

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนบนเว็บต่อสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเข้าใช้งานโปรแกรมการสอนบนเว็บและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาของสตรีตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บ และสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองได้เข้าใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนวมารดาอย่างไม่จำกัดช่วงเวลา ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และไม่จำกัดสถานที่ตั้งจะเห็นได้จากการที่กลุ่มทดลองเข้าใช้งานในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นข้อดีของการสอนบนเว็บที่มีความยืดหยุ่น ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองในช่วงเวลาที่มีความพร้อม (khan, 1997) นอกจากนี้ยังสามารถเรียนรู้ได้ซ้ำเพื่อให้ผ่านเกณฑ์แบบทดสอบความรู้ได้ ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นซึ่งแตกต่างจากการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนวมารดาในรูปแบบเดิมที่ไม่มีการประเมินความสามารถหลังการเรียนรู้ สตรีตั้งครรภ์บางคนอาจจะมีความเข้าใจไม่เพียงพอ และเมื่อไม่มีโอกาสในการเรียนรู้ซ้ำ จะส่งผลต่อการเห็นความสามารถของตนเองและสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดา

ซึ่งโปรแกรมการสอนบนเว็บได้ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาโดยผ่าน 4 แหล่ง ได้แก่ ข้อมูลจากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การได้เห็นตัวแบบและประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ที่พร้อม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้เป็นไปตามแนวคิดของ Dennis (2010) ที่ว่าเมื่อสตรีได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งแล้ว จะทำให้เกิด

สมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดา หรือมีความมั่นใจในความสามารถของตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดา นอกจากนี้โปรแกรมการสอนบนเว็บได้ออกแบบส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส 3 ซึ่งเป็นช่วงที่สตรีตั้งครรภ์มีความสนใจศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยนวมารดา (Winter, 2013) จึงเป็นสิ่งส่งเสริมให้กลุ่มทดลองสนใจเข้าใช้งานโปรแกรมการสอนบนเว็บและทำให้มีสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาสูงขึ้น จึงถือได้ว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยนวมารดาในระยะไตรมาส 3 เป็นระยะเวลาที่เหมาะสมทำให้กลุ่มทดลองมีความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้และฝึกทักษะการเรียนรู้ด้วยนวมารดา

ผลการศึกษาสามารถอธิบายตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาได้ว่าเมื่อก่อนกลุ่มทดลองเข้าใช้งานโปรแกรมการสอนบนเว็บโดยเลือกช่วงเวลาที่ตนเองมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ทำให้กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ ได้เรียนรู้ และฝึกหัดจนมีทักษะเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยนวมารดาสามารถทำแบบทดสอบความรู้ผ่านเกณฑ์ได้ และประเมินตนเองว่ามีทักษะการจัดทำให้นมบุตร และการบีบเก็บน้ำนม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้กลุ่มทดลองได้รับรู้ถึงความสำเร็จของตนเอง นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยได้ชื่นชมผ่านโปรแกรมการสอนบนเว็บเมื่อก่อนกลุ่มทดลองทดสอบความรู้ผ่านเกณฑ์ และเมื่อเรียนจบในทุกบทเรียน เป็นการยืนยันให้เห็นถึงความสำเร็จของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลที่สุดในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Dennis, 1999) และการที่กลุ่มทดลองได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ที่ประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ด้วยนวมารดาผ่านสื่อวิดีโอทัศน์ ซึ่งตัวแบบสัญลักษณ์ที่นำมาแสดงนั้นมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งเรื่องอายุ สถานภาพสมรส และเป็นมารดาที่มีบุตรคนแรกด้วยความคล้ายคลึงกันนี้มีผลทำให้กลุ่มทดลองสามารถเปรียบเทียบความสำเร็จของตัวเองกับตนเองได้ ส่งผล

ให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และทำให้มีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1 และ 2)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Noel-Weiss et al. (2006) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ตามแนวคิดของ Dennis (1999) ในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส 3 ชาวแคนาดาจำนวน 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละเท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมเป็นเวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที โดยใช้ตุ๊กตาในการฝึกทักษะ และนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านวิดีโอ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pate (2009) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Dennis (1999) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาส 3 ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละเท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองจะเข้าโปรแกรมการสอนบนเว็บเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหลังสิ้นสุดการเข้าใช้งาน 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการสอนบนเว็บเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่สร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของ Dennis (1999) โดยส่งเสริมผ่าน 4 แหล่ง และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเข้าใช้งานโปรแกรมการสอนบนเว็บได้ตามความสะดวกทุกที่ ทุกเวลาที่มีความพร้อม โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งในการเข้า

ใช้โปรแกรม รวมทั้งการได้รับข้อมูลจากประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบและประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด ในสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ที่พร้อม ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสอนบนเว็บ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสอนบนเว็บให้เป็นเว็บไซต์เปิดเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงได้ผ่านการค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตได้
2. จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยผสมผสานเทคโนโลยีอื่น ๆ เช่น ไลน์ (Line) หรือเฟซบุ๊ก (www.facebook.com) เพื่อเพิ่มทางเลือกในการเข้าถึงข้อมูล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการสอนบนเว็บเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเนื่องจนถึงพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและการคงอยู่ของพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนบนเว็บเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

- Ball, O. (2010). Breastmilk is a human right. *Breastfeeding Review*, 18(3), 9-19.
- Bandura, A. (1997). Insights. Self-efficacy. *Harvard Mental Health Letter*, 13(9), 4-6.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Battersby, S. (2014). The role of the midwife in breastfeeding: Dichotomies and dissonance. *British Journal of Midwifery*, 22(8), 551-556.
- Belfield, C. R., & Kelly, I. R. (2012). The Benefits of Breast Feeding across the Early Years of Childhood. *Journal of Human Capital*, 6(3), 251-277.
- Blyth, J. R., Creedy, K. D., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., De Vries, M. S., & Healy, G. (2004). Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation*, 20(1), 30-8.
- Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195-201.
- Dennis, C. L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, (6), 734-743.
- Dennis, C. L. (2010). *Development of the Breastfeeding Self-Efficacy Theory*. Retrived form <http://www.cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-efficacy/>
- Dutta, S., Dutton, W. H., & Law, G. (2011). The New Internet World: A global perspective on freedom of expression, privacy, trust and security online. *Insead Working Papers Collection*, (89), 3-34.
- Enebrink, P., Hogstrom, J., Forster, M., & Ghaderi, A. (2012). Internet-based parent management training: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 50(4), 240-249. doi:10.1016/j.brat.2012.01.006
- Electronic Transactions Development Agency. (2013). *Thailand Internet User Profile 2013 Executive Summary*. Retrieved from <http://www.eta.or.th/internetuserprofile2013/>
- Giglia, R., & Binns, C. (2014). The effectiveness of the internet in improving breastfeeding outcomes: a systematic review. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 156-160.
- Huang, M. Z., Kuo, S., Avery, M. D., Chen, W., Lin, K., & Gau, M. (2007). Evaluating effects of a prenatal web-based breastfeeding education programme in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1571-1579.
- Hannula, L. S., Kaunonen, M. E., & Pukka, P. J. (2014). A study to promote breast feeding in Helsinki Metropolitan area in Finland. *Midwifery*, 30(6), 696-704.
- Jintrawet, U., Somboon, L., & Thongsawat, T. (2010). *Evaluation of Self-efficacy in Breastfeeding* (Doctoral dissertation, Chiangmai University). (In Thai)

- Khan, B. H. (1997). *Web-based Instruction: Education and technologies*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Kronborg, H., Maimburg, R. D., & Vaeth, M. (2012). Antenatal training to improve breastfeeding: a randomized trial. *Midwifery, 28*(6), 784-790. doi:10.1016/j.midw.2011.08.016
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth, 23*(4), 135-145.
- Mousa, M. A. (2014). Breastfeeding for the prevention of breast cancer: Evidence Based Practice. *Middle East Journal of Age & Ageing, 12*(4), 8-10.
- Noel-Weiss, J. N., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., & Woodend, A. K. (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35*(5), 616-624.
- National Statistical Office. (2013). *Thailand MICS Multiple Indicator Cluster Survey 2015-2016*. Retrieved from http://www.childinfo.org/files/57-05-010-MICS_TH.pdf
- Pate, B. L. (2009). *Effectiveness of web-based programs in improving breastfeeding self-efficacy* (Doctoral dissertation, University of Arkansas for Medical Sciences).
- Petherick, A. (2010). Mother's milk: a rich opportunity: research on the contents of milk and how breast-feeding benefits a growing child is surprising scientists. *Nature, 468*, 5-9.
- Chaibarn, P. (2010). Effects of self-efficacy and social support enhancement intervention on exclusive breastfeeding behavior among first-time mothers. *Nursing Journal, 37*(4), 70-81. (In Thai)
- Planning Division Department of Health. (2015). *Summary of the strategic development workshop for the Department of Health*. Bangkok: Department of Health
- Richman, S., & Cabrera, G. (2013). Breastfeeding and Postpartum Depression. In Pravikoff, D. (Ed.), *Ipswich*. Massachusetts: EBSCO Publishing.
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P., & Fishwick, L. (2007). Going online for health advice: Changes in usage and trust practices over the last five years. *Interacting with Computers, 19*(3), 397-406.
- Stuebe, A. M., & Schwarz, E. B. (2010). The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *Journal of Perinatology, 30*(3), 155-162.
- Tawia, S. (2013). Breastfeeding, brain structure and function, cognitive development and educational attainment. *Breastfeeding Review, 21*(3), 15-20.
- Thammarat Pramotmanirat. (2013). *Special Report: More Asian mothers surf the Internet*. Retrieved from <http://thaifinancialpost.com> (In Thai)
- Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 38*(3), 259-268.

- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2013). *Breastfeeding*. Retrieved from http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html
- Winter, L. F. (2013). Evidence-based interventions to support breastfeeding. *The Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 169-187. doi:10.1016/j.pcl.2012.09.007
- World Health Organization [WHO]. (2001). *Infant and young child nutrition*. 54th World Health Assembly (WHA 54.2). Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *10 facts on breastfeeding*. Retrieved from <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/United Nations Children's>

ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก Stress, Social Support and Postpartum Depression Among First-time Mothers

นลินี	สิทธิบุญมา *	Nalinee	Sitthiboonma *
กรรณิการ์	กันธะรักษา **	Kannika	Kantaruksa **
บังอร	ศุภวิทิพัฒนา ***	Bungorn	Supavitpatana ***

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพร่างกาย และจิตใจของมารดา ทารก และครอบครัว การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย เป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มารับบริการตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินความเครียดสวนปรง ที่สร้างขึ้นโดย Mahatnirunkul, Pumpaisalchai, and Tapanya (1997) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดที่ นลินี สิทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันธะรักษา และบังอร ศุภวิทิพัฒนา สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเอดินเบิร์กของ Cox, Holden, and Sagovsky (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Pitanupong, Liavsuetrakul, and Vittayanont (2006) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.71 และระดับรุนแรง ร้อยละ 24.71
2. มารดาหลังคลอดครั้งแรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ร้อยละ 54.12
3. มารดาหลังคลอดครั้งแรก มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 57.65
4. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = .463, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลงานวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก รวมทั้งให้การช่วยเหลือ ดูแล พร้อมทั้งส่งต่อผู้ที่มีความเครียดในระดับรุนแรง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาครั้งแรก

* พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยเชียงราย

* Professional Nurse, Chiang Rai Colleague

** ผู้เขียนหลัก, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, kannika.k@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 4 มกราคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 1 พฤษภาคม 2558 วันที่ออกรับบทความ 3 สิงหาคม 2558

Abstract

Postpartum depression affects the physical and psychological health of mothers, infants and families. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. The subjects were selected following the inclusion criteria and consisted of 85 expectant first-time mothers who received postnatal four week check-up at Chiang Rai Hospital and Chiang Mai Health Promotion Hospital from March to July 2014. The research tools were the Suanprung Stress Test developed by Mahatnirunkul, Pumpaisalchai & Tapanya (1997), the Mother Social Support Questionnaire developed by Nalinee Sitthiboonma, Kannika Kantaruksa and Bungorn Supavititpatana based on the social support concept of House (1981) and literature reviewed, and The Edinburgh Postnatal Depression Scales developed by Cox, Holden, and Sagovsky (1987), which was translated into Thai by Pitanupong, Liavsuetrakul, and Vittayanont (2006). Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation were used to analyze the data.

Results of the study revealed that:

1. The first-time mothers had moderate stress 64.71% and severe stress 24.71%.
2. The first-time mothers had high social support 54.12%.
3. The first-time mothers had postpartum depression 57.65%.
4. Stress had moderate positive correlation with postpartum depression ($r = .463, p < .01$) while social support had no statistically significant correlation with postpartum depression.

The research findings suggest that screening for stress, social support, and postpartum depression among first-time mothers should be done so midwives can refer those who have high stress level, lack of social support and have postpartum depression for appropriate care.

Keywords: *Stress, Social Support, Postpartum Depression, First-time Mothers*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) เป็นกลุ่มอาการที่มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิดต่าง ๆ รวมถึงการรับรู้ แล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านพฤติกรรม คือ รู้สึกวิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ กลัวโดยไม่มีทราบสาเหตุ รู้สึกผิด รู้สึกเหมือนตนเองถูกคุกคาม และไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ (Beck, 2002) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจพบได้ตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 1 ปีภายหลังคลอดบุตร และมักพบมากที่สุดในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด และมีอาการนานมากกว่า 2 สัปดาห์ (Pillitteri,

2010) จากการศึกษาพบว่ามารดาร้อยละ 20-40 จะเกิดอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน 6 สัปดาห์แรก (Bigelow, Power, MacLellan-Peters, Alex, & McDonald, 2012)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลก ร้อยละ 4.5-28 (Doucet et al., 2009 as cited in Davison, London, & Ladewing, 2012) จากการศึกษาของ Chaaya et al. (2002) ในประเทศเลบานอน พบมารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 21 และจากการศึกษาของ Lobato et al. (2011) ในศูนย์สุขภาพชุมชนประเทศบราซิล พบมารดา

หลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24 ใน 5 เดือนแรก ในทวีปเอเชีย (Klainin & Arthur, 2009) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจาก 64 การศึกษาใน 17 ประเทศของทวีปเอเชีย พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 1.6-20.3

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 3.1 และจากการศึกษาของ Vacharaporn & Pitanupong (2005) ที่สำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มารับการตรวจหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในช่วง 4-6 สัปดาห์ ร้อยละ 9.5 นอกจากนี้พบการศึกษาของ Sukkasem (2009) ที่ศึกษาเรื่องการดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 205 ราย ซึ่งผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้า จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.96 จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งภาวะนี้ยังส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดบุตรและครอบครัว การดูแลทางด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลรอบข้างควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะหลังคลอด (Boyd, Zayas & McKee, 2006)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อตัวมารดาหลังคลอด บุตร และครอบครัว โดยผลกระทบต่อตัวมารดา ได้แก่ มารดาจะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย รวมถึงการแสดงบทบาทมารดาไม่มีประสิทธิภาพ ดังเช่นการศึกษาของ Lindahl, Pearson & Colpe (2005) พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 20 และจากการศึกษาของ Henderson et al. (2003) พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการไม่ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการยุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผลกระทบต่อบุตรคือมารดาจะเกิดความรู้สึกทางลบกับบุตร ทำให้สัมพันธ์ภาพ

ระหว่างมารดาและบุตรเป็นไปในทางที่ไม่ดี (Boyd et al., 2006) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะปฏิเสธไม่ยอมรับบุตร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรวมถึงไม่สนใจที่จะดูแลบุตร และอาจมีความคิดทำร้ายบุตรได้ (Wong, Perry, Hockenberry, Lowdermilk & Wilson, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักเกิดปัญหาการสื่อสารการอยู่ร่วมกับมารดาครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ทำให้มีภาวะซึมเศร้าในเด็ก รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในด้านผลกระทบต่อครอบครัวพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะเกิดความบกพร่องในด้านการสื่อสาร พูดคุยน้อยลงส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมาได้ (Hanlay & Long, 2006) รวมทั้งสามีเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำหน้าที่สามีกับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทำให้สามีบกพร่องในหน้าที่และความรับผิดชอบต่อภรรยาและเกิดปัญหาในครอบครัวตามมา (Devey, Dziurawiec & O'Brien-Malone, 2006)

การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม (Corwin, Brownstead, Barton, Heckard & Morin, 2005) ซึ่งปัจจัยทางด้านชีวภาพเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นเกิดจากการลดลงของระดับสารที่ไปกระตุ้นการทำงานของสมอง ได้แก่ แคททีโคลามีน (catecholamines) ซีโรโโทนิน (serotonin) และ นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนและสรีรวิทยาหลังคลอดก็เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคม เกิดจากมารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้นรวมทั้งการเกิดความเครียดสะสมที่ส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ (Beck, 2002) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด 2) ความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่มีคุณค่า 3) ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร 4) ความวิตก

กังวลหลังคลอด 5) ความเครียดในการใช้ชีวิต 6) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม 7) มีปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส 8) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 9) การมีบุตรที่เลี้ยงยาก 10) อารมณ์เศร้าหลังคลอด 11) การหย่าร้าง 12) ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม และ 13) การไม่ได้วางแผนครอบครัวและการตั้งครรถ์ไม่พึงประสงค์ (Beck, 2002)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก และปัจจัยด้านจิตสังคมที่คาดว่าอาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 เป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถป้องกัน หรือจัดการลดภาวะเครียดได้ รวมทั้งสามารถส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมในมารดาหลังคลอดได้ (Logsdon, Birkimer, Simpson, & Looney, 2005) สำหรับปัจจัยด้านความเครียดนั้น พบว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายและฮอร์โมนหลังคลอด อาจก่อให้เกิดภาวะเครียดในมารดาได้ นอกจากนี้มารดาครั้งแรก ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา ต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ เช่น การคลอดบุตร ทำให้พบปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาในการดูแลทารก การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอจากการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดภาวะเครียดในมารดาได้โดยเฉพาะมารดาครั้งแรก

ปัจจัยที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนอกจากภาวะเครียดแล้ว การสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดอาจจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ทั้งนี้เนื่องจากมารดาหลังคลอดต้องการการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ (Logsdon et al., 2005) เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา

ภายหลัง คลอดได้ จากการศึกษาของ (Logsdon & Usui, 2001 as cited in Logsdon et al., 2005) พบว่าการที่มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ดี

การศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดา โดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาอีกทั้งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาลผดุงครรภ์จะใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก

คำถามการวิจัย

1. ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกเป็นอย่างไร
2. ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเรื่องความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม กล่าวคือภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากปัจจัยทางด้าน

ชีวภาพ และทางด้านจิตสังคม โดยระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาครรภ์แรกต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ซึ่งมารดาครรภ์แรกต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ เช่น การคลอดบุตร การเลี้ยงดูบุตร เกิดความกดดันต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะทำให้มารดาครรภ์แรกเกิดความเครียดและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ทั้งนี้เมื่อมารดาได้รับการสนับสนุนจากทั้ง สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี และบุคคลรอบข้าง อาจช่วยให้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุ 20–35 ปี 2) เป็นคนไทย สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการพูด 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 อำนาจทดสอบ (level of power) ที่ .80 กำหนดอิทธิพลของขนาดตัวอย่างประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 ภายหลังได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และทุกโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้สถิติการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพียร์สัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะของครอบครัว สัมพันธภาพกับสามี การวางแผนครอบครัว ผู้ให้การสนับสนุน รายได้ของครอบครัว และสุขภาพของทารก

2. แบบประเมินความเครียด ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ของ Mahatnirunkul, Pumpaisalchai, & Tapanya (1997) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียดที่มีความเหมาะสมกับคนไทย แบบประเมินมี 20 ข้อ ให้ผู้ตอบสำรวจดูว่าที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบบ้าง

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ทินลินี สิทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันธะรักษา และบังอร ศุภวิทิตพัฒนา สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินมี 37 ข้อ นำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาตลอดจนความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์และการพยาบาลครอบครัว (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.7 ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไขคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง แล้วจึงคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยได้ความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale) ของ Cox et al. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Pitanupong et al., (2006) แบบประเมินมี 10 ข้อ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีลักษณะ

เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวนค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 0.92 และ 0.84 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-35 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.84 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 97.65 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.53 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 38.82 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.12 สามีประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.29 และครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 38.82 กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 71.76 มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสามี ร้อยละ 90.59 มีความพร้อมในการมีบุตร ร้อยละ 94.12 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี ร้อยละ 81.18 ได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 78.82 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.71 กลุ่มตัวอย่างระบุว่าสามี คือแหล่งให้การสนับสนุนมากที่สุด ร้อยละ 90.59

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 2.00-5.00 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 3.71 (S.D. = .76) เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่าได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรในระดับมาก ร้อยละ 61.18 ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับมาก ร้อยละ 52.94 ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ร้อยละ 49.41 และได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าในระดับมาก ร้อยละ 43.53

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 9.50 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.44 และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 57.65 สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบ ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .463, p < .01$) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.206$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	1	2	3
1. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	1.000	.463**	-.206
2. ความเครียด		1.000	.039
3. การสนับสนุนทางสังคม			1.000

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกที่มาตรวจตามนัด 4 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 85 ราย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามคำถามการวิจัยดังนี้

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกเป็นอย่างไร

ความเครียดของมารดาครั้งแรก

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียด อยู่ระหว่าง 3-63 คะแนน และพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 64.71 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาครรภ์แรก ต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและบทบาทด้านอื่น ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น ต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ เช่น การคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นมารดาครั้งแรก เกิดความกดดันต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะทำให้มารดาครรภ์แรกเกิดความเครียดขึ้นได้ (Ricci, 2007) และการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางนั้น อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 40.00 ซึ่งอายุของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจะเห็นได้ว่ามารดาที่เป็นวัยผู้ใหญ่จะมีการปรับตัว เรียนรู้ มีร่างกายที่พร้อมและจัดการกับอารมณ์ได้ดีกว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยหรืออายุมากเกินไป (Kendall-Tackett, 2010) ดังการศึกษาของ Webster et al. (2000) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาการรับรู้ของมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในช่วง 16 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 901 ราย พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อย จะพบปัญหาปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา การดูแลทารกทำให้มารดาที่อายุน้อยเกิดความเครียด จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางอีกปัจจัยหนึ่งคือ ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.53 มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี ระดับการศึกษาที่สูงช่วยลดระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดได้ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาส่วนใหญ่ จะมีการศึกษาหาความรู้และข้อมูลอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก ความรู้จะทำให้มารดาหลังคลอด สามารถปรับตัวและปฏิบัติตัวหลังคลอดได้อย่างถูกต้องความเครียดต่าง ๆ จึงลดลง (Kendall-Tackett, 2010) ซึ่งมารดาหลังคลอดที่ได้รับการศึกษาน้อยจะทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในตนเองไม่ทราบวิธีหาความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด ทำให้ไม่มีความรู้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและทำให้เกิดความเครียดได้ โดยสรุปการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่และมีการ

ศึกษาสูงจึงทำให้มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมของมารดาครรภ์แรก ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย 3.71 (S.D. = .76) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.12 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.59 มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี ร้อยละ 81.18 ได้รับการสนับสนุนดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดี ร้อยละ 78.82 มีคนช่วยดูแลบุตร และร้อยละ 85.88 มีความเพียงพอของรายได้ เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.18 ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรในระดับมาก ร้อยละ 52.94 ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับมาก ร้อยละ 49.41 ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก และร้อยละ 43.53 ได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าในระดับมาก ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากนั้น อาจเนื่องมาจากมารดาหลังคลอดครรภ์แรกอยู่ในครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 71.76 ทำให้ได้รับการสนับสนุนต่างๆด้านต่าง ๆ จากครอบครัว ดังการศึกษาของ Negrón et al. (2012) ที่ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการ ความคาดหวังของมารดาในระยะหลังคลอด ในมารดาหลังคลอดช่วง 6-12 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ในระยะหลังคลอดจากสามีและญาติ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร การช่วยเหลือทางการเงิน หรือแม้แต่การให้กำลังใจ ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกพึงพอใจ และทำให้ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรลดลง และในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่ให้การสนับสนุนดูแลกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือสามีร้อยละ 90.59 มารดาของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.24 และมารดาของสามี ร้อยละ 42.35 นอกจากนี้ยังมี พี่ ป้า น้า อา เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การสนับสนุน จึงทำให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 57.65 การที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครั้งแรกต้องมีการปรับตัวมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ มารดาจะรู้สึกกดดัน วิตกกังวล ซึ่งโดยทั่วไปมารดาหลังคลอดครั้งแรก มักมีปัญหาความเครียดในการดูแลบุตร และมีอาการอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายถึงแม้จะได้รับการเอื้ออำนวยจากสิ่งแวดล้อมก็ตาม (Kendall-Tackett, 2010) และในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ EPDS ที่มีจุดตัดก่อนข้างต่ำคือ 7 คะแนนขึ้นไป ทำให้พบภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดได้มาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sukkasem (2009) ที่ศึกษาเรื่อง การดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ที่ศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์โดยใช้เครื่องมือ EPDS จุดตัดที่ 7 ขึ้นไปและผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดครั้งแรกร้อยละ 41.96

เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดคือ EPDS เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่มีการปรับจุดตัดของคะแนนให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละประเทศ การศึกษาที่ใช้จุดตัดก่อนข้างต่ำทำให้มีความแตกต่างกันของอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามจุดตัดของคะแนนที่นำมาใช้ประเมิน หากเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Patal, Rodrigues, & DeSouza (2002) ที่ศึกษาเรื่อง เพศ ความยากจน และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาในประเทศอินเดีย ในช่วง 6-8 สัปดาห์ จำนวน 252 ราย โดยใช้จุดตัดที่ 12 คะแนน พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 23 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษานี้พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาสูงเนื่องจากเป็นการศึกษาในมารดาครั้งแรก และเนื่องจากการใช้จุดตัดของเครื่องมือที่ต่ำคือ 7 คะแนน

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

หลังคลอดของมารดาครั้งแรกเป็นอย่างไร

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = .463, p < .01$) อธิบายได้ว่าเมื่อมารดาครั้งแรกคลอดบุตร จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ อีกทั้งต้องปรับบทบาทในการเป็นมารดาครั้งแรก ทำให้มารดาครั้งแรกเกิดความเครียดได้ง่าย (Kendall-Tackett, 2010) หากความเครียดนั้นยังคงดำเนินต่อไป จะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดอาการคล้ายอาการซึมเศร้าคือมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงซึม และหลีกเลี่ยงจากสังคม และส่งผลต่อเนื้อทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา ดังเช่นการศึกษาของ Groer & Morgan (2007) ที่ศึกษาเรื่องของระบบภูมิคุ้มกัน สุขภาพ และระบบต่อมไร้ท่อในมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน 6 สัปดาห์ พบว่าเมื่อมารดาเกิดความเครียด จะส่งผลทำให้ระดับคอร์ติซอล ในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มารดาหลังคลอดมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และมีอาการปวดตามร่างกายเรื้อรัง และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในที่สุด และมารดาครั้งแรกเหล่านี้มักมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอด ได้รับแรงกดดันในชีวิต มีความเครียดในการดูแลบุตร ต้องทำในสิ่งที่ตนเองไม่เคยชิน โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งอาจจะเห็นความสำคัญของวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อดั้งเดิม มากกว่าความต้องการของมารดาหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีความเครียด และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาทั่วไป (Patel, Abas, Broadhead, Todd, & Reeler, 2001) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเมื่อเกิดความเครียดมารดาหลังคลอดครั้งแรกจะรับรู้ถึงความกดดัน และต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในระยะแรกของการเลี้ยงดูบุตร ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.206$) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.12 แต่ก็ยังพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ในระดับมากถึง ร้อยละ 57.65 อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 71.76 และมีแหล่งสนับสนุนส่วนใหญ่คือสามีร้อยละ 90.59 และจากมารดาของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.24 กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน มากจนเกินไป ซึ่งการที่มารดาหลังคลอดครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนมากเกินไป อาจทำให้รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกเหมือนตนเองถูกบังคับ ไม่มีอิสระในการดูแลตนเองและบุตร และอาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Kendall-Tackett, 2010) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อาศัยอยู่กับครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยายจึงอาจจะได้รับข้อเสนอแนะ หรือการสอนที่มากเกินไปจนทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน สับสน อีกทั้งยังรบกวนการพักผ่อนอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการ พยาบาลพยาบาลผดุงครรภ์ ควรประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล พร้อมทั้งส่งต่อผู้ที่มีความเครียดในระดับรุนแรงผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ก่อนที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดรุนแรงต่อไป

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการนำข้อมูลความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของมารดาครรภ์แรก ไปสอดแทรกในด้านการสอน เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ ได้เกิดความตระหนัก ในความสำคัญของจิตสังคมต่าง ๆ ขอบในมารดาครรภ์แรก ที่ยังไม่มีการประสบการณ์ในด้านการคลอดบุตร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น ความพึงพอใจในคู่สมรส และความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีความประปราย เช่น มารดาวัยรุ่น และมารดาที่มีภาวะเสี่ยง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research, 12*(4), 453-472.
- Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012). Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 41*(3), 369-382.
- Boyd, R. C., Zayas, L. H., & McKee, M. D. (2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depression symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and child health journal, 10*(2), 139-148.
- Chaaya, M., Campbell, O. M. R., Kak, F. EL., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A. (2002). Postpartum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of Women's Mental Health, 5*(2), 65-72.

- Corwin, E. J., Bownstead, J., Barton, N., Heckard, S., & Morin, K. (2005). The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 41*(5), 577-586.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science, 150*, 782-786.
- Davison, M. R., London, M. L., & Ladewing, P. W. (2012). *Maternal newborn nursing & women's health* (9th Ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Devey, S. J., Dziurawiec, S., & O'Brien-Malone, A. (2006). Men's voices: Postnatal depression from the perspective of male partners. *Qualitative Health Research, 16*(2), 206-220.
- Groer, M. W., & Morgan, K. (2007). Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology, 32*(2), 133-139.
- Henderson, J. J., Evan, S. F., Straton, J. A. Y., Priest, S. R., & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth, 30*(3), 175-180.
- Hanley, J., & Long, B. (2006). A study of Welsh mother's experience of postnatal depression. *Midwifery, 22*(2), 147-157.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Mass: Addison-Wesley.
- Kendall-Tackett, K. A. (2010). *Depression in new mothers: causes, consequence, and treatment alternative*. New York: Routledge.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 46*(10), 1355-1373.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 8*(2), 77-87.
- Lobato, G., Moraes, C. L., Dias, A. S., & Reichenheim, M. E. (2011) Postpartum depression according to time frames and sub-groups : A survey in primary health care settings in Rio de Janeiro Brazil. *Archives of Women's Mental Health, 14*(3), 187-193.
- Longsdon, M.C., Wisner, K.L., & Pinto-foltz, M. (2005). The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 35*(5), 652-658.
- Logsdon, M. C., Birkimer, C. J., Simpson, T., & Stephen Looney. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 34*(1), 46-54.
- Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, V., & Tapanya, P. (1997). The Construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. *Academic Psychiatry and Psychology Journal, 13*(3), 1-20
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2012). Maternal Predictors for Quality of Life during the Postpartum in Brazilian Mothers. *Scientific Research, 17*(4), 616-623.

- Patel, A., Abas, M., Broadhead, J., Todd, C., & Reeler, A. (2001). Depression in developing countries: Lesson from Zimbabwe. *British Medical Journal*, 322(7284), 482-484.
- Patel, V., Rodrigues, M. & Desouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43-47.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & Child Health Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Company.
- Pitanupong, J., Liavsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2006). Validation of the Thai Edinburgh postnatal depression scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 253-259. (In Thai)
- Ricci, S. S. (2007). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. Philadelphia: Lippicott William & Wikins.
- Sukkasem, N. (2009). Maternal role attainment and postpartum depression. *Nursing Journal*, 37(3), 36-48. (In Thai)
- Vacharaporn, K., & Pitanupong, J. (2005). Postpartum depression. *Journal of Mental Health of Thailand*, 11, 111-120. (In Thai)
- Webster, J., Linnane, J. W. J., Dibley, L. M., & Pritchard., M. (2000). Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 409-412.
- Wong, D. L., Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2006). *Maternal child nursing care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะคลอด Factors Related to Anxiety of First-time Fathers During Labour

รัชนิวรรณ	จารุเลิศพงศ์ *	Ratchaneewan	Charuloedphong *
นันทพร	แสนศิริพันธ์ **	Nantaporn	Sansiriphun **
ฉวี	เปาทรวง **	Chavee	Baosoung **

บทคัดย่อ

ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด พบได้ในผู้เป็นบิดาทุกคนและมักจะถูกลืมมองข้าม เพราะส่วนใหญ่ทุกคนจะมุ่งความสนใจไปที่ผู้เป็นมารดา การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และอายุของผู้เป็นบิดา กลุ่มตัวอย่างคือผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด โดยมาส่งภรรยาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 85 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามความวิตกกังวล ชุดวาย ของ Spielberger (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Nontasak, lamsupasit, and Thapinta (1995) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาในระยะคลอด ที่รัชนิวรรณ จารุเลิศพงศ์ และ นันทพร แสนศิริพันธ์ สร้างขึ้นจากแนวคิดของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.30 โดยมีคะแนน ความวิตกกังวลเฉลี่ย 43.29 (S.D. = 6.07)
2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ร้อยละ 62.35 โดยมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉลี่ย 3.80 คะแนน (S.D. = .49)
3. กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี ร้อยละ 34.20 รองลงมาอยู่ในช่วง 26-30 ปี ร้อยละ 29.40 มีอายุเฉลี่ย 28.51 (S.D. = 5.95)
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรก ขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.274, p < .05$) ขณะที่อายุของผู้เป็นบิดาครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

คำสำคัญ: อายุของผู้เป็นบิดา การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ผู้เป็นบิดาครั้งแรก ระยะคลอด

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่

* Professional Nurse, Chiang Mai Health Promoting Hospital.

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 27 กรกฎาคม 2558 วันที่แก้ไขบทความ 8 มกราคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 19 เมษายน 2559

Abstract

First-time fathers usually experience anxiety while their wives are in labour. It is often overlooked because most people pay attention to the mothers. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore the anxiety of first-time fathers during their wife's labour and other related factors. The subjects were selected following the inclusion criteria and consisted of 85 fathers who brought their wives to the labour room at Chiang Mai Health Promoting Hospital from August to October 2015. The research tools were the State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 by Spielberger (1983), Thai version by Nontasak, Iamsupasit, and Thapinta (1995) and the Fathers Social Support Questionnaire developed by Ratchaneewan Charuloedphong and Nantaporn Sansiriphun based on the social support concept by House (1981) and literature reviewed. Descriptive statistics and Pearson's Product moment correlation were used to analyze the data.

Results of the study revealed that:

1. Most subjects had moderate level of anxiety (68.30%) while the mean score for anxiety was 43.29 (S.D. = 6.07);
2. Most subjects (62.35%) received a high level of social support while the mean score for social support was 3.80 (S.D. = .49);
3. The subjects (34.20%) were of the ages 20 – 25 years old and 26 – 30 years old (29.40%). The mean age was 28.51 (S.D. = 5.95); and
4. Social support had a negative correlation with the anxiety of first-time fathers during the childbirth labour of their wives ($r = -.274, p < .05$) while there was no correlation between the first-time fathers' age and their level of anxiety.

These findings suggest that first-time fathers should be assessed for anxiety. Nurses and midwives should develop strategies to decrease the anxiety of the father while their wives are in labour by providing support which meets the needs of the fathers.

Keywords: *Fathers' age, Social Support, Anxiety, First-time Fathers, Childbirth/Labour period*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บิดาถือว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อครอบครัวอย่างมาก กล่าวคือบิดาเป็นบุคคลที่เป็นผู้นำของครอบครัว เป็นที่เคารพ เป็นผู้ให้การอุปการะเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว และเป็นผู้สร้างครอบครัวให้มีความสุข (Katumarn, 2010) โดยเฉพาะในสังคมไทยได้ให้ความสำคัญและยกย่องผู้เป็นบิดาเป็นอย่างมาก ซึ่งปัจจุบันสังคมไทยมีการปรับเปลี่ยนลักษณะครอบครัว

จากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เมื่อมีการสร้างครอบครัวใหม่สมาชิกในครอบครัวจึงมีเพียงสามีและภรรยา เมื่อภรรยาตั้งครรภ์สามีจึงเป็นผู้ที่ต้องให้ความช่วยเหลือภรรยาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ไปจนถึงการคลอดบุตร ผู้เป็นบิดาจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจภรรยาที่เข้าสู่ระยะคลอด (Cabrera, Tamis-Lemonda, Bradley, Hofferth, & Lamb, 2000)

ระยะคลอดเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อผู้คลอดและสามี เนื่องจากผู้คลอดจะเกิดความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ (Walsh, 2012) และต้องการการสนับสนุนจากสามีเป็นอย่างมาก ผู้คลอดที่แสดงอาการกระสับกระส่ายจากการเจ็บครรภ์ขณะมดลูกหดรัดตัวและมีพฤติกรรมการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดไม่ดี จะทำให้ผู้ดูแลโดยเฉพาะสามีรู้สึกวิตกกังวลเป็นอย่างมาก เห็นได้จากการศึกษาของ Chandler and Field (1997) เกี่ยวกับประสบการณ์ของบิดาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เป็นบิดาชาวอเมริกัน จำนวน 14 ราย ที่อยู่ดูแลภรรยาในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่าผู้เป็นบิดามีความรู้สึกลึกซึ้งที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวลและความห่วงใย เนื่องจากอาการเจ็บครรภ์คลอดของภรรยา ดูเหมือนจะรุนแรงหนักหน่วงเกินกว่าที่ตนเองคาดคิดไว้ วิตกกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบที่จะเพิ่มขึ้นในการเป็นบิดา วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ วิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับภรรยา และวิตกกังวลเกี่ยวกับการถูกคาดหวังในการเป็นบิดา การศึกษาของ Johnson and Baker (2004) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นบิดา ในผู้เป็นบิดาจำนวน 384 ราย พบว่าในระยะคลอดของภรรยาผู้เป็นบิดามีคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 38.73 ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุดเมื่อเทียบกับคะแนนความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะอารมณ์ เกิดจากการรับรู้และประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น และเป็นกระบวนการทางความคิด โดยสถานการณ์นั้นอาจเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดการณ์ และการประเมินสถานการณ์ว่าจะเป็นอันตรายมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมากระทบ โดยบุคคลจะประเมินเหตุการณ์นั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามตนเอง ซึ่งความวิตกกังวลขณะเผชิญ จะมีความรุนแรงแปรผันไปตามสถานการณ์ในช่วงเวลานั้น ๆ ส่วน

ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) เป็นประสบการณ์ในการรับรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลขณะเผชิญของบุคคลที่เกิดขึ้นในอดีต เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลที่แสดงออกมาเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น (Spielberger, 1976) ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในระยะคลอด เป็นสภาวะอารมณ์ของผู้เป็นบิดาที่เกิดขึ้น เนื่องจากการรับรู้ หรือเผชิญต่อสถานการณ์การคลอดบุตรของภรรยา ที่ตนเองไม่คุ้นเคย และไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลภรรยาในระยะคลอดมาก่อน รวมทั้งผู้เป็นบิดามีการคาดคิดถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับภรรยาและบุตรในระยะคลอด ทำให้เกิดความวิตกกังวลยิ่งขึ้น (Sengane & Cur, 2009)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขึ้นจะส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความคิด ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย พบว่าความวิตกกังวลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย กระบวนการเผาผลาญพลังงาน และเกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีที่เป็นตัวนำประสาท คือ Nor-adrenaline, Dopamine และ serotonin ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีความวิตกกังวลและส่งผลให้เกิดชีพจรเต้นเร็ว กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวมาก มือสั่น ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ หงุดหงิด โกรธง่าย กระสับกระส่าย และขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นความวิตกกังวลยังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความจำ และความรู้สึก ทำให้บุคคลไม่มีสมาธิ ลืมง่าย การตัดสินใจเด็ดขาด และการตัดสินใจไม่ดี สำหรับผลกระทบของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้เป็นบิดาในระยะคลอดของภรรยา เห็นได้จากผลการทบทวนวรรณกรรมของ Genesoni and Tallandini (2009) เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ชายที่กำลังเปลี่ยนผ่านไปเป็นบิดาในช่วงปี 1989-2008 พบว่ามี 7 การศึกษาที่กล่าวว่า เมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด ผู้เป็นบิดาจะมีการแสดงความวิตกกังวลออกมาทางกาย ได้แก่ การแสดงอาการกระสับกระส่าย เดินไปมา พุดมากขึ้น เหงื่อออกมากขึ้นและหัวใจเต้นเร็ว นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ

และความคิดของผู้เป็นบิดา ดังการศึกษาของ Bäckström and Wahn (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้เป็นบิดาชาวสวีเดน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาในระยะคลอด จำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษา พบว่าผู้เป็นบิดามีความรู้สึกวิตกกังวลในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการคลอดของภรรยา ผู้เป็นบิดาจะสูญเสียการรับรู้ ความจำ และสมาธิ ทำให้ไม่สามารถรับฟังการให้ข้อมูลหรือแผนการรักษาจากแพทย์และพยาบาลได้ เนื่องจากความรู้สึกวิตกกังวลจะเข้ามารบกวนจิตใจและความคิดของผู้เป็นบิดาตลอดเวลา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาได้คือ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เป็นบิดา ได้แก่ อายุของผู้เป็นบิดา

การสนับสนุนทางสังคม คือ ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และการให้การส่งเสริมสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) และการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ สิ่งของ และบริการ (instrumental support) ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความสามารถ และความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ได้ (House, 1981) หากผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมในทุกด้านอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้เป็นบิดามีความพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะในระยะเจ็บครรภ์คลอดของภรรยาได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เป็นบิดาไม่เกิดความวิตกกังวลหรือเกิดความวิตกกังวลในระดับต่ำ ตรงกันข้าม หากผู้เป็นบิดาไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ อาจส่งผลให้ผู้เป็นบิดามีความวิตกกังวลสูงขึ้น และไม่มีความพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดของภรรยา ดังนั้นผู้เป็นบิดาจึงต้องการการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง

จากรายงานการศึกษาของ Sansiriphun et al. (2014) พบว่า ทันทีที่ภรรยามีอาการนำเข้าสู่ระยะคลอด

โดยมีอาการเจ็บครรภ์ มีมูกเลือดหรือมีน้ำเดิน ผู้เป็นบิดาจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์ของภรรยา จากญาติ หรือเพื่อน ที่มีประสบการณ์ และจากพยาบาล โดยการโทรศัพท์สอบถาม ด้วยความรู้สึกรู้สึกตื่นเต้น และวิตกกังวล เพื่อยืนยันว่าอาการที่เกิดขึ้นกับภรรยา นั้นเป็นอาการที่ภรรยาเข้าสู่ระยะคลอดจริง และต้องการกำลังใจจากญาติและเพื่อน เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าขณะที่เผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าว ผู้เป็นบิดาต้องการ การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลรอบข้าง จากรายงานการศึกษาของ Hildingsson, Cederlof, and Widen (2010) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลภรรยาในระยะคลอดของผู้เป็นบิดาชาวสวีเดน กับการให้การพยาบาลของพยาบาลผดุงครรภ์ พบว่า ร้อยละ 82 ของผู้เป็นบิดาต้องการกำลังใจ และข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าการคลอดของภรรยา และรายงานการศึกษาของ Story et al. (2012) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เป็นบิดาชาวบังคลาเทศจำนวน 10 ราย พบว่า ผู้เป็นบิดามีความวิตกกังวลต่อความพร้อมด้านเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐบาล ผู้เป็นบิดาบางรายจึงเลือกที่จะให้ภรรยาไปคลอดที่โรงพยาบาลเอกชน ที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่พร้อมและทันสมัย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้เป็นบิดาจะหาข้อมูลที่ดีและมีความเหมาะสมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของภรรยา การคลอด รวมถึงการเลือกสถานบริการ การเลือกแพทย์หรือพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อทำคลอดให้ภรรยา การเลือกวิธีการคลอดบุตร ตลอดจนวางแผนการเดินทางไปโรงพยาบาลเมื่อภรรยาเริ่มเจ็บครรภ์คลอด

อายุของผู้เป็นบิดา อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้เป็นบิดามีความวิตกกังวลมากหรือน้อย ซึ่ง Schytt and Bergstrom (2014) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวสวีเดนขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด โดยได้ทำการศึกษาผู้เป็นบิดาใน 3 ช่วงอายุ ได้แก่ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีช่วงอายุเท่ากับหรือน้อยกว่า 27 ปี ช่วงอายุระหว่าง 28-33 ปี และที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 34 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้เป็นบิดาที่มีอายุ

เท่ากับหรือมากกว่า 34 ปี เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดบุตร และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดบุตรของภรรยามากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่ายังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยการศึกษาเกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดของภรรยา ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศยังไม่พบการศึกษา ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาโดยตรง ซึ่งผลการศึกษา ที่ผ่านมาเพียงสะท้อนให้เห็นความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดของภรรยาเท่านั้น และไม่สามารถใช้ในการอ้างอิงถึงประชากรผู้เป็นบิดากลุ่มใหญ่ได้ ไม่สามารถสะท้อนถึงระดับความวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาชาวไทยในระยะเจ็บครรภ์คลอดของภรรยา ผลการศึกษานี้จะทำให้ได้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการใช้เป็นแนวทางในการประเมิน และการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาครั้งแรกขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม และอายุ กับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอดเป็นอย่างไร

2. การสนับสนุนทางสังคม และอายุของผู้เป็นบิดามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และอายุของผู้เป็นบิดา โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของ Spielberg (1976) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ และทำให้ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอดบุตรมากขึ้นหรือน้อยลง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1981) และปัจจัยด้านอายุของผู้เป็นบิดา ที่คาดว่าอาจมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะคลอด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และอายุของผู้เป็นบิดา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาตั้งครรภ์และเข้าสู่ระยะคลอด โดยมาส่งภรรยาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสอบถามความวิตกกังวล ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะ

เผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberger (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อความที่แสดงความวิตกกังวลทางด้านบวก 10 ข้อทางด้านลบ 10 ข้อ 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาในระยะเวลาคลอด (Father Social Support Questionnaire) ที่ รัชนิวีวรรณ จารุเลิศพงศ์ และ นันทพร แสนศิริพันธ์ สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประเมินค่าลิเกิต 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ คะแนนตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับลักษณะการตอบแบบสอบถาม การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การอภิปรายผลจะแสดงถึงภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยสามารถเป็นแนวทางในการดูแลและสนับสนุนผู้เป็นบิดาให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาในระยะเวลาคลอดที่มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้เป็นบิดา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558 ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้เป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์และเข้าสู่ระยะคลอด โดยมาส่งภรรยาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ จำนวน 85 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-45 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.51 ปี (S.D. = 5.95) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 67.10 ประกอบอาชีพรับจ้าง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.70 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 34.20 กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.20 อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 40.00 และมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 69.40 และส่วนใหญ่เข้าร่วมโครงการเตรียมคลอดร้อยละ 61.20

2. ความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 32-61 คะแนน ค่าเฉลี่ย 43.29 (S.D. = 6.07) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.30 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

3. การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 2.64-4.91 คะแนน (จากคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 1.00 -5.00 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D. = .49) กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามารดาของตนเอง คือแหล่งให้การสนับสนุนมากที่สุด ร้อยละ 78.8 รองลงมาคือ ภรรยา ร้อยละ 74.1 และญาติของผู้เป็นบิดาเองได้แก่ พี่ ป้า น้า อา ฯลฯ ร้อยละ 72.9

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาในระยะเวลาคลอด อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = -.274, p < .05$) ส่วนอายุของผู้เป็นบิดาไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความวิตกกังวล อายุ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาในระยะคลอด

ตัวแปร	1	2	3
1. การสนับสนุนทางสังคม	1.000		
2. อายุ	1.000	-.52	
3. ความวิตกกังวล	1.000	-.274*	.23

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 32-61 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 43.29 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.07 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.30 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลของบุคคลเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้น ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นสิ่งคุกคามและอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ (Spielberger, 1976) สถานการณ์การคลอดบุตรของภรรยาจึงเป็นสิ่งที่มากระตุ้นให้ผู้เป็นบิดาคาดการณ์ และประเมินสถานการณ์ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อภรรยาและบุตร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นบิดาครั้งแรก ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตรของภรรยา ดังนั้นเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด และมีอาการเจ็บครรภ์จริง มีมูกเลือดหรือมีน้ำเดิน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ผู้เป็นบิดาไม่เคยประสบมาก่อน (Johnson, 2002) ผู้เป็นบิดาจึงประเมินสถานการณ์ขณะนั้นว่า เป็นสิ่งคุกคาม และรุนแรงกว่าที่คิดไว้ จึงทำให้ผู้เป็นบิดาเกิดความวิตกกังวลขึ้น และเมื่อความก้าวหน้าของการคลอดดำเนินไปต่อเนื่อง ภรรยามีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น รุนแรงขึ้นก็ยิ่งทำให้ความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาทวีเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาของ Johnson and Bakar (2004) ที่พบว่าผู้เป็นบิดามีคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอดสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับระยะ

ตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้เป็นบิดาส่วนใหญ่ จะมีความวิตกกังวลเมื่อเห็นภรรยาเครียด และเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก

การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้เป็นบิดาถึงร้อยละ 67.10 ประกอบอาชีพรับจ้าง ทำให้ต้องทำงานในขณะที่ภรรยาเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ผู้เป็นบิดาบางรายไม่ได้วางแผนในการทำงาน หรือลางานเพื่อมาดูแลภรรยา (Premberg, Carlsson, Hellström, and Berg, 2011) และมีผู้เป็นบิดาร้อยละ 33 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด จึงถูกจำกัดสิทธิ์ในการเข้าเยี่ยมและถูกแยกจากภรรยาเมื่อหมดเวลาเยี่ยม จึงทำให้ผู้เป็นบิดาเกิดความวิตกกังวลได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Johanson, Hildingsson, and Fenwick (2013) ที่พบว่าผู้เป็นบิดาจะเกิดความวิตกกังวลที่ถูกแยกจากภรรยา และถูกจำกัดสิทธิ์ในการเข้าเยี่ยมหรือดูแลภรรยา ในขณะรอคลอด อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เป็นบิดาจำนวนร้อยละ 61.20 จะเข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด แต่ผลการศึกษาก็ยังพบว่าผู้เป็นบิดาส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการเตรียมคลอดยังไม่ตอบสนองในสิ่งที่ผู้เป็นบิดาต้องการ จึงทำให้เกิดการณ์ต่าง ๆ ในระยะคลอด สามารถกระตุ้นให้ผู้เป็นบิดาเกิดความวิตกกังวลขึ้น ดังการศึกษาของเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกขณะภรรยาตั้งครรภ์ ที่พบว่าแม้ผู้เป็นบิดาจะเข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด แต่ก็ยัง

มีความรู้สึกรวิตกกังวล เนื่องจากกิจกรรมที่จัดส่วนใหญ่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้เป็นบิดา แต่มุ่งความสนใจไปที่ผู้คลอดมากกว่าผู้เป็นบิดา ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Hsin-Tzu et al. (2009) ที่พบว่าผู้เป็นบิดาที่ร่วมโครงการเตรียมคลอด และผู้เป็นบิดาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเตรียมคลอดมีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน โดยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.35 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก และระบุว่า มารดาของตนเองคือแหล่งให้การสนับสนุนมากที่สุด ร้อยละ 78.80 รองลงมาคือภรรยา ร้อยละ 74.10 สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุน ให้กำลังใจ การแสดงความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้บุคคลมีความพร้อมและสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม House (1981) ได้แบ่ง แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว สามีหรือภรรยา และญาติพี่น้อง Pender (1987) กล่าวไว้ว่าครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้เป็นบิดาส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมารดาของตนเอง รองลงมาคือภรรยา ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย จะส่งผลให้บุคคลมีความตื่นตัวต่อสิ่งกระตุ้นมีความสามารถในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น และเมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง ก็จะส่งผลให้การรับรู้และเรียนรู้แคลง และเริ่มมีอาการเปลี่ยนทางสรีระวิทยา เช่นพูดมากขึ้น เสียงสั่น เดินไปมาเป็นต้น (Spielberger, 1976) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสังคม สำหรับปัจจัยด้านบุคคล การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้เป็นบิดาส่วนใหญ่มีรายได้

ครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 และส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 69.40 ทำให้ผู้เป็นบิดาสามารถจัดหาปัจจัยที่จะตอบสนองความต้องการได้ ส่วนปัจจัยในด้านสังคม พบว่าผู้เป็นบิดาทุกคนมีสถานภาพสมรสเป็นคู่ และอยู่ด้วยกันตลอดระยะเวลาที่ภรรยาตั้งครรภ์และมาส่งภรรยาคลอด ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เพราะคู่สมรสหรือภรรยาเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด และเป็นผู้ที่ผู้เป็นบิดาให้ความไว้วางใจมากที่สุด การมีคู่สมรสจึงทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่มีคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นตัวกัน (buffer) นี้ทำให้บุคคลสามารถรับมือต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นได้ดีขึ้น (House, 1981) ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้เป็นบิดามีความวิตกกังวลเพียงระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.274, p < .05$) หมายความว่า ถ้าผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพัน ความห่วงใย และการให้การส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ระหว่างบุคคล ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความพร้อม ในการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และเมื่อผู้เป็นบิดาครั้งแรกต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ภรรยา ตั้งครรภ์กำลังเข้าสู่ระยะคลอด มีอาการเจ็บครรภ์จากการหดตัวของมดลูก มีมูกเลือดหรือน้ำเดิน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย จึงกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ผู้เป็นบิดาจึงต้องการการช่วยเหลือสนับสนุน ในทุก ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด การสนับสนุนด้านอารมณ์ การได้รับกำลังใจ การประเมินค่า ในสถานการณ์ที่ตนสามารถเผชิญได้

และการสนับสนุนด้านสิ่งของ และการบริการทางการแพทย์พยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ในด้านสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนผ่านชีวิตไปสู่การเป็นบิดา บุคคลจึงต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อจะสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนั้น ดังผลการศึกษาของ Sansiriphun et al. (2014) ที่พบว่าเมื่อภรรยามีอาการแสดงถึงการเข้าสู่ระยะคลอด ผู้เป็นบิดาจะพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์คลอดของภรรยา จากบุคคลรอบข้าง และสื่อต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลของตน การศึกษาของ Hildingsson, Cederlof, and Widen (2011) ที่พบว่าร้อยละ 82 ของผู้เป็นบิดาต้องการกำลังใจ และการยอมรับจากพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลภรรยา และลดความวิตกกังวลขณะดูแลภรรยาในระยะคลอด การศึกษาของ Brown (2012) พบว่า ผู้เป็นบิดาชาวมุสลิมจะสวดอ้อนวอนต่อพระเจ้า เพื่อให้ภรรยาและบุตรปลอดภัย เมื่อภรรยาเริ่มเข้าสู่ระยะคลอดจนกระทั่งการคลอดนั้นสิ้นสุดลง เพื่อลดความวิตกกังวลของตนเอง และผลการศึกษา (Sapkota, Kobayashi, & Takase, 2012) ที่พบว่า ผู้เป็นบิดาต้องการได้รับกำลังใจ และการพูดคุยกับพยาบาลผดุงครรภ์ ในขณะที่อยู่ดูแลภรรยาที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล แสดงว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ไม่มีผลต่อความวิตกกังวล ซึ่งพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุ มีจำนวนใกล้เคียงกันคือ ช่วงอายุ 20-25 ปี ร้อยละ 29 ช่วงอายุ 26-31 ปี ร้อยละ 25 และช่วงอายุ 31-35 ปี ร้อยละ 21 โดยมีอายุเฉลี่ย 28.51 (S.D. = 5.95) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.30 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้เป็นบิดาในทุกช่วงอายุ ไม่ว่าจะอายุมากหรือน้อย จะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ภรรยามีอาการเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือดหรือน้ำเดิน เกิดความเจ็บปวดจากการ

หดรัดตัวของมดลูก และขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอด แม้จะเป็นกระบวนการคลอดที่ดำเนินไปตามปกติ แต่ผู้เป็นบิดาจะรู้สึกว่าเป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน และทุกข์ทรมานมาก ซึ่งทำให้ผู้เป็นบิดาทุกคนเกิดความวิตกกังวล Sansiriphun et al. (2014) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Poh, Koh, Saew, and He (2014) ที่พบว่าผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวสิงคโปร์ ที่มีอายุระหว่าง 25-43 ปี ทุกคนมีความวิตกกังวล เมื่อเห็นว่าภรรยามีอาการเจ็บครรภ์และกังวลต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์ ควรประเมินความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะคลอด เพื่อให้การช่วยเหลือดูแล และส่งต่อผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องไปเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ เกิดความตระหนักมากยิ่งขึ้น เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม และความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะคลอดของภรรยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาให้ครอบคลุมในทุกระยะของวงจรการมีบุตร นอกจากในระยะคลอด ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด
2. ศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดา เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตรของภรรยา ความพึงพอใจในคู่สมรส และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น
3. ศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะคลอด
4. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Bäckström, C., & Wahn, E. H. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, 27(1), 67-73.
- Brown, M. A. (2012). Fathers' experience accompanying labour and birth. *Journal of Midwifery*, 20(5), 339-344.
- Cabrera, N., Tamis-Lemonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*, 71(1), 127-136.
- Chandler, S., & Field, A. P. (1997). Becoming a father first-time fathers' experience of labor and delivery. *Journal of Nursing Midwifery*, 42(1), 17-24.
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*, 36(4), 305-318.
- Hildingsson, I., Cederlof, L., & Widen, S. (2010). Fathers' birth experience in relation to Midwifery care. *Journal of Women and Birth*, 24(3), 129-136.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Mass: Addison-Wesley.
- Hsin-Tzu, L., Kuan-Chia, L., Shu-Chen, C., Chien-Huel, K., Chieh-Yu, L., & Su-Chen, K. (2009). A birth education program for expectant fathers in Taiwan: Effect on their anxiety. *Journal of Birth*, 36(4), 289-296.
- Johnson, M. (2002). The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 23(3), 173-182.
- Johnson, M., & Baker, R. S. (2004). Implication of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depress following pregnancy, childbirth and miscarriage: Longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(2), 87-98.
- Johanson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2013). Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Journal of Midwifery*, 29(9), 1041-1049.
- Katumarn, P. (2010). *Father Role*. Retrieved from http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/279. (In Thai)
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.) New York: Appleton & Lange.
- Poh, H. L., Koh, S. S., Soew, H. C., & He, H. G. (2014). First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Journal of Midwifery*, 30(6), 779-787.
- Premberg, A., Carlson, G., Hellström, A., & Berg, M. (2011). First-time fathers' experience of childbirth—A phenomenal. *Journal of Midwifery*, 27(6), 848-853.
- Sansiriphun, N., Baosoung, C., Klunklin, A., Kantaruksa, K., & Liamtrirat, S., (2014). Experience of first time father during labor and delivery period. *Nursing Journal*, 41, 143-157. (In Thai)

- Sapkota, H., Kobayashi, T., & Takase, M., (2012). Husbands' experience of supporting their wives during childbirth in Nepal. *Journal of Midwifery*, 28(1), 45-51.
- Sengane, M. L., & Cur, D. (2009). The experience of black fathers concerning support for their wives/partners during labour. *Journal of Democratic Nursing Organization of South Africa*, 32(1), 67-73.
- Schytt, E., & Bergstrom, M. (2014). First-time fathers' expectation and experience of childbirth in relation to age. *Journal of Midwifery*, 30(1), 82-88.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C. D. Spielberger, & R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety* (pp. 3-12). Washington: Hemisphere.
- Story, T. W., Burgard, A. S., Lori, R. J., Taleb, F., Ali, A. N., & Hoque, E. D. (2012). Husbands' involvement in delivery care utilization in rural Bangladesh: A qualitative study. *Journal of Biomedical Central of Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-12.
- Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth* (2nd ed.). Routledge: Abingdon.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Factors Related to Fatigue Among Gestational Diabetic Women

กัญญาภัก	เทียนโชติ *	Kanyapak	Tianchot *
กรรณิการ์	กันธะรักษา **	Kannika	Kantaruksa **
นงลักษณ์	เฉลิมสุข ***	Nonglak	Chaloumsuk ***

บทคัดย่อ

เบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และวิถีการดำเนินชีวิตทำให้เกิดความอ่อนล้าซึ่งมีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 84 ราย ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด แบบวัดดัชนีคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กพัฒนาโดย Buysee, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย Jirapramukpitak and Tanchaisawad (1997) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Boontub (1991) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Brown (1986) และแบบสอบถามความอ่อนล้าของ Pugh, Milligan, Parks, Lenz, and Kitzman (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย Theerakulchai (2004) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 91.21 (SD = 9.25) และ 91.05 (SD = 8.29) ตามลำดับ
2. คุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามอยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 13.69 (SD = 1.13) และ 14.23 (SD = 1.37) ตามลำดับ
3. การสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 59.90 (SD = 4.22) และ 61.04 (SD = 3.62) ตามลำดับ
4. ความอ่อนล้าของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สองอยู่ในระดับต่ำและไตรมาสที่สามอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความอ่อนล้าเท่ากับ 56.71 (SD = 12.74) และ 65.47 (SD = 10.48) ตามลำดับ
5. คุณภาพการนอนหลับและการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทั้งไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.58, -.80, p < .01$ และ $r = -.51, -.25, p < .01$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สุราษฎร์ธานี
 * Instructor, School of Nursing, Suratthani Rajaphat University
 ** ผู้เขียนหลัก, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, kannika.k@cmu.ac.th
 *** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 8 สิงหาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 9 มกราคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 5 เมษายน 2560

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ: ความอ่อนล้า คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม เบาหวานขณะตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์

Abstract

Diabetes mellitus is a complication in pregnant women. Physiological, psychological and lifestyle changes can cause fatigue which then affect the pregnant women and their fetus. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore factors related to fatigue among gestational diabetic women. The subjects were selected following the inclusion criteria and consisted of 84 gestational diabetic women who attended the antenatal care unit at Suratthani hospital from April to December 2016. The research instruments were the blood sugar recording form, The Pittsburgh Sleep Quality Index developed by Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) which was translated into Thai by Jirapramukpitak and Tanchaisawad (1997), The Social Support Behavior Inventory developed by Boontup (1991) which was adapted from Brown's questionnaire (1986), and The Modified Fatigue Symptoms developed by Pugh, Milligan, Parks, Lenz, and Kitzman (1999) which was translated into Thai by Theerakulchai (2004). Data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman rank correlation coefficient.

The research study revealed that:

1. Blood sugar level of gestational diabetic women in the second and the third trimester were at a normal level, the average of blood sugar levels were 91.21 (SD = 9.25) and 91.05 (SD = 8.29) respectively.
2. Sleep quality of gestational diabetic women in the second and the third trimester were at a poor level, the average scores of sleep quality were 13.69 (SD = 1.13) and 14.23 (SD = 1.37) respectively.
3. Social support of gestational diabetic women in the second and the third trimester were at a high level, the average scores of social support were 59.90 (SD = 4.22) and 61.04 (SD = 3.62) respectively.
4. Fatigue of gestational diabetic women in the second trimester was at a low level and in the third trimester, it was at a moderate level, the average scores of fatigue were 56.71 (SD = 12.74) and 65.47 (SD = 10.48) respectively.
5. Sleep quality and social support of gestational diabetic women in the second and the third trimester were negatively statistically significant correlated with fatigue ($r = -.58, -.80, p < .01$ and $r = -.51, -.25, p < .01$ respectively). However, there was no statistically significant correlation between blood sugar level and fatigue.

The results of this study provide baseline data about sleep quality, social support, and fatigue in gestational diabetic women. It could be used by nurse-midwives in planning to prevent fatigue among gestational diabetic women.

Keywords: *Fatigue, Sleep quality, Social support, Gestational Diabetes mellitus, Nurse-midwives*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นความผิดปกติของความทนต่อกลูโคส (glucose tolerance) และได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association [ADA], 2016) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด โดยใช้เกณฑ์จากระดับน้ำตาลในเลือด คือ (Seils, Edmonson, & Davis, 2014) เบาหวานชนิดที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีธรรมชาติ ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 105 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2 hrs. postprandial) ต่ำกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร วินิจฉัยได้ว่าเป็น GDM A1 และเบาหวานชนิดที่ต้องรักษาโดยใช้อินซูลิน ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะดื่มน้ำอาหารสูงกว่า 105 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็น GDM A2 ปัจจุบันอุบัติการณ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ค่อนข้างสูง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในปี ค.ศ. 2010 ร้อยละ 8.5 และในปี ค.ศ. 2014 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.2 ของสตรีที่มารับบริการฝากครรภ์ทั้งหมด (DeSisto, Kim, & Sharma, 2014) สำหรับประเทศไทยไม่พบรายงานอุบัติการณ์ของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระดับประเทศ แต่พบรายงานของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี ค.ศ. 2015 พบร้อยละ 21.8 ของสตรีที่มารับบริการฝากครรภ์ทั้งหมด (Suntorn & Panitchkul, 2015) นอกจากนี้สถิติฝากครรภ์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2558 พบอุบัติการณ์ของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 67.83 ของสตรีผู้มารับบริการฝากครรภ์เสี่ยงทั้งหมดโดยพบสถิติของ GDM A1 เฉลี่ยเท่ากับ 70 รายต่อเดือน และ GDM A2 เฉลี่ยเท่ากับ 40 รายต่อเดือน

(ติดต่อเป็นการส่วนตัว, 8 ธันวาคม 2558)

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, 2016) ได้กำหนดแนวทางการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยการทำสตรี้ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 24–28 สัปดาห์ ให้ฉีดตรวจ oral glucose tolerance test (OGTT) เพื่อวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หากมีระดับน้ำตาลสูงกว่าค่าปกติคือ 190, 165 และ 145 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไปถือว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจตรวจพบและถูกวินิจฉัยในไตรมาสที่สองของอายุครรภ์ 24–28 สัปดาห์ เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนที่สร้างจากรกคือ Human placental lactogen [HPL]) estrogen progesterone และ insulinase รวมถึง glucagon และ prolactin ที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ฮอร์โมนเหล่านี้ออกฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลิน มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ขาดความสมดุลของการสังเคราะห์และความต้องการใช้กลูโคส การที่ร่างกายขาดความสมดุลเกี่ยวกับการสังเคราะห์และความต้องการใช้กลูโคสทำให้เกิดเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Seils et al., 2014) พยาธิสภาพของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีต้องมียุทธศาสตร์ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ ได้แก่ การมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และการเข้ารับบริการในคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง (Sugiyama, 2011) ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค (Sobrevia et al., 2015) สำหรับสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM A1 ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหารด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว ต้องดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ โดย

ไม่ใช่อินซูลิน (Seils et al., 2014) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตทำให้สตรีรู้สึกว่าการเป็นเบาหวานต้องใช้พลังงานมากในแต่ละวัน (Fritschi & Quinn, 2010) การใช้พลังงานมากกว่าปกติ ทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนสูงจนเกิดความอ่อนล้าได้ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) ดัชนีการศึกษาของ Voravong (2012) ที่ศึกษาความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทุกรายมีความอ่อนล้า

ความอ่อนล้าส่งผลกระทบต่อความสามารถของสตรีในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การดูแลตนเอง ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงทั้งที่เคยปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และยังเป็นอุปสรรคต่อการตั้งครรภ์ไปจนครบกำหนด (Pugh & Milligan, 1993) ดัชนีการศึกษาของ Chien & Ko (2004) ที่ศึกษาความอ่อนล้าในระยะตั้งครรภ์ ต่อการทำนายการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนดพบว่า ความอ่อนล้ามีผลต่อการเกิดการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด (OR = 1.05, P = 0.08)

ความอ่อนล้าในวงจรการมีบุตร (childbearing fatigue) ตามแนวคิดของ Pugh & Milligan (1993) หมายถึงการที่สตรีมีความรู้สึกหมดเรี่ยวแรงอย่างมาก มีผลให้ความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง จนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ นอกจากนี้ Pugh and Milligan (1993) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าว่าประกอบด้วย ปัจจัยด้านร่างกาย (physiological factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) สำหรับปัจจัยด้านร่างกายที่นำไปสู่ความอ่อนล้าคือ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ การได้รับพลังงานไม่เพียงพอ และการมีปัญหาพยาธิสภาพของโรค

สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์นอกจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในขณะตั้งครรภ์แล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของโรค การมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ปกติ มีผลให้เกิดความอ่อนล้าได้ (Seo, Hahm, Kim, & Choi, 2015) สำหรับผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก็อาจเกิดความอ่อนล้าได้จาก

การมีกิจกรรมในการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้เหมาะสม การปรับวิถีชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นแต่ละวันได้ใช้เวลาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าปกติ จนเกิดความอ่อนล้าตามมาในที่สุด (Fritschi & Quinn, 2010)

สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Poomalar, 2015) การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ให้กระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีผลให้ทุกระบบในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักขึ้น (Frier, Scherthaner, & Heller, 2011) กระบวนการเผาผลาญพลังงานในร่างกายที่เพิ่มขึ้น ความต้องการใช้ออกซิเจนสูง มีผลให้เกิดความอ่อนล้าในที่สุด (Piper et al., 1987) จะเห็นได้ว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต้องเผชิญทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย พยาธิสภาพของโรค รวมทั้งการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อให้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และอาจส่งผลให้เกิดความอ่อนล้าได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ

นอกจากปัจจัยด้านร่างกายที่ส่งผลให้เกิดความอ่อนล้าแล้ว ปัจจัยด้านจิตใจก็อาจทำให้เกิดความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้เช่นกัน ซึ่งปัจจัยด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความอ่อนล้า ได้แก่ ภาวะเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Fritschi & Quinn, 2010) ดัชนีการศึกษาของ Fritschi et al. (2012) ที่ศึกษาความอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (DM type2) พบว่าภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า ($r = .45, .51, p < .001$)

อย่างไรก็ตาม Pugh & Milligan (1993) พบว่าปัจจัยด้านสถานการณ์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ

ความอ่อนล้าขณะตั้งครรภ์ โดยปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ลักษณะวิถีการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษาของ Siraprom (2006) ที่ศึกษาความอ่อนล้าในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าการนอนหลับไม่เพียงพอเป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีมีความอ่อนล้าได้เพิ่มขึ้นมากที่สุด การที่สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี กระตุ้นให้เซลล์ในร่างกายทำงานมากขึ้น (Hall, Stoll, Hutton, & Brown, 2012) การทำงานของเซลล์ที่มากขึ้นทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน และนำไปสู่ความอ่อนล้าได้ (Piper, Riger, Brophy, Hood, & Lyver, 1989)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบแผนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า (Pugh & Milligan, 1993) โดยเฉพาะในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ คุณภาพการนอนหลับของสตรีลดลง เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ตลอดจนเกิดการไม่สบาย (Chang, Pien, Duntley, & Macones, 2010) การที่สตรีถูกรบกวนการนอนหลับดังกล่าวส่งผลให้ระดับพลังงานในร่างกายลดลง นำไปสู่ความอ่อนล้าได้ (Piper et al., 1989) ดังการศึกษาของบีบี และลี (Beebe & Lee, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการถูกรบกวนการนอนหลับ ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์และระยะแรกของการคลอด พบว่าการนอนหลับที่เพียงพอมีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้า ($r = -.39, p < .05$) สำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมีพยาธิสภาพและอาการของโรคเบาหวานอาจเป็นสาเหตุของการนอนหลับไม่เพียงพอและก่อให้เกิดความอ่อนล้าได้นอกจากคุณภาพการนอนหลับจะเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความอ่อนล้าแล้วยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมก็มีผลต่อความอ่อนล้าขณะตั้งครรภ์ได้เช่นกัน

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าในสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Pugh & Milligan, 1993) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ จะรับรู้ถึงการได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง มีคุณค่าในตนเอง ได้รับการช่วยเหลือในสิ่งที่ตนต้องการ (Elsen-

bruch et al., 2007) ดังการศึกษาของ Siraprom (2006) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ความอ่อนล้าลดลงได้มากถึงร้อยละ 50 คือการได้รับกำลังใจ ความเอาใจใส่จากสามีหรือบุคคลใกล้ชิด

สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพออาจช่วยลดความอ่อนล้าได้ การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอช่วยให้สตรีสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้เหมาะสม (Brown, 1986) ดังการศึกษาของ Voravong (2012) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้า ($r = -.32, p < .01$)

การศึกษาค้นคว้าวิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยศึกษาปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับและการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบเพียงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและสตรีตั้งครรภ์ปกติ ซึ่งผลการศึกษาอาจจะไม่สามารถอธิบายภาวะดังกล่าวในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สำหรับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้มีการศึกษาแล้วในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลเฉพาะในเขตภาคเหนือ (Voravong, 2012) การศึกษาค้นคว้าวิจัยศึกษาในเขตภาคใต้ ที่มีวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันต่างกันซึ่งอาจมีผลต่อการศึกษาได้ ส่วนปัจจัยด้านจิตใจนั้นพบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แล้ว ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้า ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม โดยคาดว่าผลการศึกษาค้นคว้าจะทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติม ที่อาจนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพยาบาลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิดความอ่อนล้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และความอ่อนล้าของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม

คำถามการวิจัย

1. ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และความอ่อนล้าของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายร่วมกับพยาธิสภาพเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความอ่อนล้าในวงจรการมีบุตร ตามแนวคิดของ Pugh & Milligan (1993) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยความอ่อนล้าเป็นความรู้สึกหมดเรี่ยวแรงอย่างมาก ทำให้ความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับความอ่อนล้า ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม โดยสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติตลอดการตั้งครรภ์ได้ และมีความคุณภาพการนอนหลับไม่ดี อาจส่งผลให้มีระดับความอ่อนล้าสูง ส่วนสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี อาจทำให้มีระดับความอ่อนล้าต่ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่เป็น GDM A1 ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด แบบวัดดัชนีคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กพัฒนาโดย Buysse et al. (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย Jirapramukpitak and Tanchaisawad (1997) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 7 ส่วน ผลรวมคะแนนทั้ง 7 ส่วน หากมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึงคุณภาพการนอนหลับดี หากมีคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของ Boontub (1991) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Brown (1986) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 คำถาม เป็นคำถามทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 อันดับ คะแนนรวมแต่ละข้อแปลความหมายได้ 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนอยู่ระหว่าง 11–24 คะแนน หมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 53–66 คะแนน หมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงและแบบสอบถามความอ่อนล้าของ Pugh et al. (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย Theerakulchai (2004) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 1 คะแนนไม่รู้สึกละ 4 คะแนนรู้สึกมาก และแบ่งคะแนนตามอันตรภาคชั้น 4 ระดับดังนี้ 30 คะแนน ไม่มีความอ่อนล้า คะแนนอยู่ระหว่าง 91–120 คะแนน มีความอ่อนล้าระดับสูง

แบบสอบถามทุกชนิดได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach's alpha coefficient ซึ่งแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความอ่อนล้า

มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91, .81 และ .91 ตามลำดับ สำหรับคุณภาพของเครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือดได้รับการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่บริษัทที่จำหน่ายเครื่องมือทุก 6 เดือน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรายใหม่จนครบกำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางประมาณค่าการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) มีอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 กำหนดค่าระดับเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significance level) ที่ .05 และมีขนาดค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย (Polit, 2010) ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นไตรมาสที่สองเท่ากับ 42 ราย และไตรมาสที่สามเท่ากับ 42 ราย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20–42 ปี อายุเฉลี่ย 32.29 ปี (SD = 5.70) กลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคืออายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 39.20 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.20 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.70 เป็น

การตั้งครรภ์หลังร้อยละ 86.90 กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหารทุกราย ออกกำลังกาย ร้อยละ 75 ดูแลตนเองทั้งการออกกำลังกายและควบคุมอาหารร้อยละ 75

ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 91.21 (SD = 9.25) และ 91.05 (SD = 8.29) ตามลำดับ

คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามอยู่ในระดับไม่ดี โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 13.69 (SD = 1.13) และ 14.23 (SD = 1.37) ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามอยู่ในระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 59.90 (SD = 4.22) และ 61.04 (SD = 3.62) ตามลำดับ

ความอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างในไตรมาสที่สองอยู่ในระดับต่ำและไตรมาสที่สามอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความอ่อนล้าเท่ากับ 56.71 (SD = 12.74) และ 65.47 (SD = 10.48) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.58, -.80, p < .01$ และ $r = -.51, -.25, p < .01$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ไตรมาสที่สอง

ตัวแปร	ความอ่อนล้า	ระดับน้ำตาลในเลือด	คุณภาพการนอนหลับ	การสนับสนุนทางสังคม
ความอ่อนล้า	1.00			
ระดับน้ำตาลในเลือด	.05	1.00		
คุณภาพการนอนหลับ	-.58**	.15	1.00	
การสนับสนุนทางสังคม	-.80**	.17	.04	1.00

** $p < .01$

ตารางที่ 2 ไตรมาสที่สาม

ตัวแปร	ความอ่อนล้า	ระดับน้ำตาลในเลือด	คุณภาพการนอนหลับ	การสนับสนุนทางสังคม
ความอ่อนล้า	1.00			
ระดับน้ำตาลในเลือด	.07	1.00		
คุณภาพการนอนหลับ	-.51**	.04	1.00	
การสนับสนุนทางสังคม	-.25**	.06		1.00

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างทั้งในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 91.21 (SD = 9.25) และ 91.05 (SD = 8.29) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหารทุกราย โดยออกกำลังกายร้อยละ 75 ดูแลตนเองทั้งการควบคุมอาหารและออกกำลังกายร้อยละ 75 หากพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 86.90 จึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองจากครรภ์ก่อนทั้งในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดังการศึกษาของ Modh, Lundgerm, & Burgborm (2011) ที่พบว่าสตรี

จะใช้ประสบการณ์ในการดูแลตนเองจากครรภ์ก่อนมาปรับใช้ในการดูแลตนเองกับการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

2. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากการศึกษาคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สาม พบว่าคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี โดยค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 13.69 (SD = 1.13) และ 14.23 (SD = 1.37) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในไตรมาสที่สองภายหลังกลุ่มตัวอย่างรับทราบการวินิจฉัยโรคอาจเกิดความรู้สึกวิตกกังวล คิดถึงอันตรายที่อาจเกิดกับทารกในครรภ์ กลัวทารกพิการ หรือเสียชีวิต (Evans & O'Brien, 2005) สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ส่วนไตรมาสที่สามกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี อาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย จนส่งผลกระทบ

ทบทวนคุณภาพการนอนหลับ (Pien & Schwab, 2004) ดึงการศึกษาของ Gooley, Mohapatra, & Twan (2017) ที่ทำการทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการนอนหลับและการหายใจผิดปกติขณะนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีระยะเวลาการนอนหลับน้อย และมีปัญหาการหายใจผิดปกติขณะนอนหลับโดยเฉพาะสตรีที่มีภาวะอ้วน

3. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามพบว่าอยู่ในระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 59.90 (SD = 4.22) และ 61.04 (SD = 3.62) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 95.20 มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 58.30 และได้วางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 54.80 กลุ่มตัวอย่างจึงอาจได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนดูแลที่ดีจากบุคคลในครอบครัว ดึงการศึกษาของ Shao, Liang, Shi, Wan, & Yu (2018) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง (DM type 2) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($p < 0.05$)

4. เพื่อศึกษาความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากการศึกษาความอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างในไตรมาสที่สองพบว่าอยู่ในระดับต่ำและไตรมาสที่สามพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความอ่อนล้าเท่ากับ 56.71 (SD = 12.74) และ 65.47 (SD = 10.48) ตามลำดับ ในไตรมาสที่สองกลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนล้าระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น (Littleton & Engbretson, 2001) ส่วนในไตรมาสที่สามกลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนล้าระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการขยายใหญ่ของขนาดมดลูก ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกแน่น

หายใจลำบาก (Blackburn, 2007) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในไตรมาสที่สามทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น (Forsum & Lof, 2007) การเผาผลาญพลังงานที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความอ่อนล้าได้ (Pugh & Milligan, 1993) ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Voravong (2012) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความอ่อนล้า

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับความอ่อนล้า

จากการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างทั้งในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สาม ไม่มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไตรมาสมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงไม่ต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน ดึงการศึกษาของ Fritschi et al. (2012) ที่ศึกษาความอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิงชนิดที่สอง พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างมีค่าต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับความอ่อนล้า

จากการศึกษาพบว่าคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้า ($r = -.58, -.51, p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในไตรมาสที่สอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยทั้งของตนเองและทารกในครรภ์ (Evans & O'Brien, 2005) ร่วมกับภาวะเครียดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจทำให้รู้สึกว่าต้องใช้พลังงานมากในแต่ละวัน (Fritschi & Quin, 2010) ส่วนไตรมาสที่สามคุณภาพการนอน

กลับมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากร่างกายของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ถือเป็นกรรบกวนการนอนหลับ มีระยะเวลาการนอนหลับลดลง และเกิดความอ่อนล้า Hall, Hauck, Carty, Hutton, Fenwick, & Stoll, (2009) นอกจากนี้ช่วงที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.9 ที่มีอาชีพเกษตรกรประสบปัญหาทุภักข์ บ้านเรือนและพืชผลทางการเกษตรได้รับความเสียหาย จึงเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างประสบกับภาวะเครียด ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เซลล์ในร่างกายทำงานเพิ่มขึ้น (Chang et al., 2010) เซลล์มีความต้องการใช้ออกซิเจนสูง จนเกิดความอ่อนล้าได้ (Piper et al., 1989) ดังการศึกษาของ Siraprom (2006) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความอ่อนล้าได้มากที่สุดคือการนอนหลับและการศึกษาของ Goedendrop et al. (2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (DM type 1) พบว่าปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า ($r = -0.525, p < 0.001$)

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความอ่อนล้า

จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในไตรมาสที่สองและสามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้า ($r = -.80, -.25, p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะรู้สึกผ่อนคลาย ร่างกายได้รับการพักผ่อน (Pourjavad & Mansoori, 2003) ดังการศึกษาของ Siraprom (2006) ที่พบว่า การได้รับกำลังใจ ความช่วยเหลือจากสามีและบุคคลใกล้ชิดช่วยให้ความอ่อนล้าลดลงร้อยละ 50 ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Voravong (2012) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้า ($r = -.32, p < .01$) ดังการศึกษาของ Muhwawa et al. (2019) ที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 35 รายพบว่า การที่สตรีได้รับการสนับสนุนทั้งด้านกำลังใจที่ดี ข้อมูลด้านสุขภาพ

ที่เพียงพอจากครอบครัว คู่ชีวิต จะทำให้สตรีสามารถเปลี่ยนวิถีชีวิต การดูแลตนเองที่ดีขึ้น จนส่งผลให้รู้สึกมีความอ่อนล้าลดลงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรประเมินคุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และความอ่อนล้าของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม
2. ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับในไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามให้มีคุณภาพ และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ด้านการศึกษาพยาบาล

เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ ให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักถึงผลกระทบต่อความอ่อนล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในสตรีกลุ่มอื่น เช่น สตรีที่เป็นเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์ หรือสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด GDM A2 เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- American Diabetes Association. (2016). Classification and diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 39(supplement1), 13-22. doi:10.2337/dc16-S005.
- Beebe, K. R., & Lee, K. A. (2007). Sleep disturbance in late pregnancy and early labor. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(2), 103-108. doi:10.1097/01JPN000027062666369.26
- Blackburn, S. T. (2007). *Maternal fetal and neonatal physiology: A clinical perspective*. Philadelphia: Saunders.
- Brown, M. A. (1986). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional Construct. *Nursing Research*, 35(1), 4-9. doi:10.1097/00006199-198601000-00002
- Boontub, K. (1991). *Some basic factors social support and the self-care ability of pregnant women* (Unpublished master thesis), Mahido University, Thailand.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Chang, J. J., Pien, G. W., Duntley, S. P., & Macones, G. A. (2010). Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: Is there a relationship?. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 107-114. doi:10.1016/j.smrv.2009.05.001.
- Chien, L. Y., & Ko, Y. L. (2004). Fatigue during pregnancy predicts caesarean deliveries. *Journal of Advance Nursing*, 45(5), 487-494. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02931.x
- DeSisto, C. L., Kim, S. Y., & Sharma, A. J. (2014). Prevalence estimates of gestational diabetes mellitus In the United States, pregnancy risk assessment monitoring system 2007-2010. *Prevention Chronic Disease*, 11, 1-9. doi:10.5888/pcd11.130415
- Evans, M. K., & O'Brien, B. (2005). Gestational diabetes: The meaning of an at-risk pregnancy. *Qualitative Health Research*, 15(1), 66-81. doi:10.1177/1049732304270825.
- Forsum, E., & Lof, M. (2007). Energy metabolism during human pregnancy. *Annual Review of Nutrition*, 27, 277-292. doi:10.1146/annurev.nutr.27.061406.093543..
- Frier, B. M., Schernthaner, G., & Heller, S. R. (2011). Hypoglycemia and cardiovascular risks. *Diabetes Care*, 34(Supplement 2), S132-S137. doi:10.2337/dc11-s220.
- Fritschi, C., & Quinn, L. (2010). Fatigue in patients with diabetes: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 33-41. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.01.021.
- Fritschi, C., Quinn, L., Hacker, E. D., Penckofer, S. M., Wang, E., Foreman, M., & Ferrans, C. E. (2012). Fatigue in women with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(5), 662-672. doi:10.1177/0145721712450925.

- Goedendrop, M. M., Tack, C. J., Steqqink, E., Bloot, L., Bazelmans, E., & Knoop, H. (2014). Chronic Fatigue in type 1 diabetes: Highly prevalent but not explained by hyperglycemia or glucose variability. *Diabetes Care*, *37*(1), 73-80. doi:10.2337/dc13-0515
- Gooley, J., Mohapatra, L., & Twan, D. C. K. (2017). The role of sleep duration and sleep disordered breathing in gestational diabetes mellitus. *Neurobiology of Sleep Circadian Rhythms*, *28*(4), 34-43. doi:10.1016/j.nbscr.2017.11.001.
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, *38*(5), 567-576. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x.
- Hall, W. A., Stoll, K., Hutton, E. K., & Brown, H. (2012). A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *Bio Medical Central Pregnancy and Childbirth*, *12*(1), 78-88. doi:10.1186/1471-2393-12-78.
- Jirapramukpitak, T., & Tanchaisawad, W. (1997). Sleep quality problem of nurse at Songkhla Nakarin Hospital, *Thai Psychiatric Association*, *42*(3), 123-132. (In Thai)
- Littleton, L. Y., & Engebretson, J. (2001). Cultural negotiation: A constructivist-based model for nursing practice. *Nursing Outlook*, *49*(5), 223-230.
- Modh, C., Lundgren, I., & Bergbom, I. (2011). First time pregnant women's experience in early pregnancy. *Internal Journal Qualitative Study Health Well-Being*, *6*(2), 1-11. doi:10.3402/qhw.v6i2.5600.
- Muhwawa, L. S., Murphy, K., Zarovsky, C., & Levitt, N. (2019). Experiences of lifestyle change among women with gestational diabetes mellitus: a behavioural diagnosis using the COM-B model in a low income setting. *PLOS ONE*. doi:10.1371/journal.pone.0225431.
- Pien, G. W., & Schwab, R. J. (2004). Sleep disorders during pregnancy. *SLLEP*, *27*(7), 1405-1417.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, *14*(6), 17-30.
- Piper, B. F., Riger, C. T., Brophy, L., Hood, L. E., & Lyver, A. (1989). Recent advance in the management of biotherapy-related side effect: Fatigue. *Oncology Nursing Forum*, *16*(1), 27-34.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for Nursing research*. (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Poomalar, G. K. (2015). Changing trends in management of gestational diabetes mellitus. *World Journal of Diabetes*, *6*(2), 284-295. doi:10.4239/wjd.v6.i2.284.
- Pourjavad, M., & Mansoori, A. (2003). Study of fatigue in working pregnant women. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, *17*(1), 35-39.

- Pugh, L. C., & Milligan, R. (1993). A framework for study of childbearing fatigue. *Advanced Nursing Science, 15*(4), 60-70. doi:10.1097/00012272-199306000-00007
- Pugh, L. C., Milligan, R., Parks, P. L., Lenz, E. R., & Kitzman, H. (1999). Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *Journal Obstetrics Gynecology Neonatal Nursing, 28*(1), 74-80.
- Seils, A., Edmonson, K. G., & Davis, K. (2014). Diabetes mellitus. In F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, C. Y. Spong, J. S., Dashe, B. L. Hoffman, ...& J. S. Sheffield. (Eds.), *Williams obstetrics* (24th ed., pp. 1125-1146). New York: McGraw-Hill.
- Seo, Y.-M., Hahm, J., Kim, T., & Choi, W. (2015). Factors affecting in patients with type II diabetes mellitus in Korea. *Asian Nursing Research, 9*(1), 60-64. doi:10.1016/j.anr.2014.09004
- Shao, Y., Liang, L., Shi, L., Wan, C., & Yu, S. (2018). The effect of social support on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the mediating roles of self-efficacy and adherence. *Journal of Diabetes Research, 1-9*. doi:10.1155/2017/2804178.
- Siraprom, T. (2006). *Fatigue among pregnant women* (Unpublished master thesis), Chiangmai University, Thailand.
- Sobrevia, L., Salsoso, R., Saez, T., Sanhueza, C., Pardo, F., & Leiva, A. (2015). Insulin therapy and feto placental vascular function in gestational diabetes mellitus. *Experimental Physiology, 100*(3), 231-238. doi:10.1113/expphysiol.2014.082743
- Sugiyama, T. (2011). Management of gestational diabetes mellitus. *Japan of Medical Association Journal, 54*(5), 293-300.
- Suntorn, R., & Panichkul, P. (2015). Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus detected by International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) criteria in Phramongkutklao Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 23*(3), 144-150. (In Thai).
- Theerakulchai, J. (2004). Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women. *Nursing research journal, 8*(3), 23-24. (In Thai)
- Voravong, V. (2012). Fatigue among gestational diabetic women and related factors, *Nursing journal, 41*(3), 24-34. (In Thai)



**ประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น:
การทบทวนอย่างเป็นระบบ**

**Effectiveness of Maternal Role Attainment Enhancement Among
Adolescent Mothers: A Systematic Review**

เครือวัลย์	คนอยู่ *	Kruawan	Konyoo *
กรรณิการ์	กันธะรักษา **	Kannika	Kantaruksa **
นงลักษณ์	เฉลิมสุข ***	Nonglak	Chaloumsuk ***

บทคัดย่อ

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามีความสำคัญต่อพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และพฤติกรรมของบุตร การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น สืบค้นจากงานวิจัยทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม รวมทั้งงานวิจัยกึ่งทดลอง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ถึงปี พ.ศ. 2559 โดยใช้แนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของ The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบสกัดข้อมูลของ The Joanna Briggs Institute งานวิจัยกึ่งทดลอง 2 เรื่องผ่านเกณฑ์การคัดเข้า แต่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เมตาได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันในวิธีการส่งเสริมและการวัดผลลัพธ์ ดังนั้นการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้จึงวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบ คือ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร 2) ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดา และ 3) ความพึงพอใจในบทบาทมารดา การส่งเสริมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มสามารถให้ผลลัพธ์ทางบวกต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น และการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดสามารถเพิ่มความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ในระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด นอกจากนี้ควรมีการวิจัยปฐมภูมิที่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยเฉพาะงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพิ่มเติม เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของวิธีการในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: การดำรงบทบาทมารดา มารดาวัยรุ่น การทบทวนอย่างเป็นระบบ พยาบาล

* อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย
 * Instructor, School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiangrai Province
 ** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 18 พฤศจิกายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 15 พฤษภาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 17 สิงหาคม 2560

Abstract

Maternal role attainment is important for the physical, psychological, social, emotional and behavior in infants. The purpose of this systematic review was to study the effectiveness of maternal role attainment enhancement among adolescent mothers. A comprehensive search was performed on all published and unpublished randomized controlled trial and quasi-experimental studies from 1991 to 2016. Studies in both Thai and English were reviewed. This systematic review used the systematic review guidelines developed by Joanna Briggs Institute (JBI, 2016), as well as the JBI Critical Appraisal Form and Data Extraction Form. Two quasi-experimental studies met the review inclusion criteria. Meta-analysis could not be applied as these studies were dissimilar in terms of types of intervention and measuring outcomes. Instead, a narrative summarization was used.

The finding of this study indicated that the effectiveness of maternal role attainment enhancement among adolescent mothers depended on three components: 1) attached to the infant, 2) competence, and 3) gratification/ satisfaction in the maternal role. Both individual and group interventions had positive outcomes on maternal role attainment among adolescent mothers. Continuous enhancement delivered from pregnancy through the postpartum period could increase maternal role attainment.

The findings in this systematic review suggest that maternal role attainment enhancement may be individual or group based and should continue through pregnancy and the postpartum period. Moreover, primary research using an experimental research design should be conducted, especially randomized controlled trials, to ensure the outcomes of the intervention for enhancing maternal role attainment among adolescent mothers.

Keywords: *Maternal role attainment, Adolescent mother, Systematic review, Nurse*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่น (Adolescence) ตามความหมายของ World Health Organization [WHO] (2015) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 10-19 ปี จากการสำรวจของ United Nations [UN] (2015) ได้รายงานว่ามีมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีทั่วโลก มีอัตราการคลอดเฉลี่ยอยู่ที่ 51 คนต่อประชากรหญิง 1,000 คน และในประเทศไทยมีการรายงานอัตราการคลอดในวัยรุ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2558 และพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2546 เท่ากับ 39.5 คนต่อประชากรหญิง 1,000 คนและในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มสูง

ขึ้นเป็น 44.8 คนต่อประชากรหญิง 1,000 คน (Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, 2016)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เตรียมความพร้อม ไม่มีการวางแผนในการเลี้ยงดูบุตร และการเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทมารดาโดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่มีการปรึกษาการเป็นมารดาก่อน มารดาวัยรุ่นบางคนต้องประสบความยากลำบากในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง และเกิดความยากลำบากในการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบในการดูแลบุตร (Lowdermilk, Perry,

Cashion, & Alden, 2016) จากการศึกษาของ Mercer (1985) เกี่ยวกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (maternal role attainment) ในช่วงปีแรกภายหลังการคลอดบุตร ศึกษาในมารดาที่มีช่วงอายุ 15-42 ปี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ อายุ 15-19 ปี อายุ 20-29 ปี และอายุ 30-42 ปี พบว่า มารดาที่มีอายุระหว่าง 20-42 ปี มีการปรับตัว และมีความสุขในการดำรงบทบาทมารดา ได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุ 15-19 ปี

มารดาวัยรุ่นเมื่อเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นมารดา จะรู้สึกว่ามีแตกต่างจากกลุ่มเพื่อน ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมบันเทิง และมีความยากลำบากที่จะเข้าไปสู่วิถีชีวิตทางสังคมของวัยรุ่นผู้ใหญ่ ทำให้เกิดความขัดแย้ง และสับสนระหว่างความต้องการของตนเองในการเป็นวัยรุ่นกับการปฏิบัติบทบาทมารดาในการตอบสนองความต้องการของบุตร อีกทั้งมารดาวัยรุ่นยังมีความอดทนต่ำกับภาวะกดดันดังกล่าว (Lowdermilk et al., 2016) นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นยังมีความรู้สึกว่ามี ความสามารถไม่เพียงพอในการแสดงบทบาทมารดา เนื่องจากยังขาดความเชื่อมั่นในการดำรงบทบาทมารดา และรู้สึกว่า การดูแลบุตรเป็นเรื่องที่ยากลำบาก (Mercer, 1985)

การมีบุตรในช่วงวัยรุ่นมีผลกระทบต่อมารดา วัยรุ่นและบุตร โดยผลกระทบต่อมารดาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในการเข้าสู่บทบาทมารดา ขาดทักษะในการเลี้ยงดูบุตร ขาดความรู้ความเข้าใจในพัฒนาการของบุตร อีกทั้งยังมีวุฒิภาวะทางจิตใจ อารมณ์และสังคมที่ยังไม่พร้อม ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในบทบาทมารดา และไม่สามารถจะเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง ดังการศึกษาของ Punsuwun, Sungwan, Monsang, & Chaiban (2013) ที่ศึกษาประสบการณ์ของมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานในภาคเหนือตอนบนจำนวน 17 ราย พบว่า มารดาวัยรุ่นมีความห่วงกังวลต่อการแสดงบทบาทของการเป็นมารดา ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลบุตรและไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูบุตร และจากการศึกษาของ Hattakitpanichakul, Phahuwatanakorn, & Boriboonhirunsarn (2012) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 19 ปีไม่มีประสบการณ์ ขาดความรู้ในการ

ดูแลบุตร ร่วมกับมีข้อจำกัดของกระบวนการเรียนรู้ การตัดสินใจที่ยังไม่เป็นระบบทำให้เผชิญกับความยากลำบากในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

มารดาวัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา อาจส่งผลกระทบต่อบุตรในระยะยาว ดังการศึกษาของ Cross (2012) ที่ศึกษาการทอดทิ้งบุตร ในมารดาวัยรุ่นจำนวน 447 ราย ในรัฐแมสซาชูเซตส์พบว่า มารดาวัยรุ่นทำร้ายร่างกายบุตรสูงถึงร้อยละ 35.57 ทอดทิ้งบุตร ร้อยละ 25.50 อีกทั้งจากการศึกษาของ Ryan-Krause, Meadows-Oliver, Sadler, & Swartz (2009) ที่ศึกษาพัฒนาการของเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาวัยรุ่นพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตไม่ สมวัย และมีพัฒนาการล่าช้า อีกทั้งยังถูกทำร้าย ทารุณกรรม ถูกละเลย และถูกทอดทิ้งในที่สุด (George & Lee, 1997) จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างบทบาทการเป็นมารดาและบทบาทการเป็นวัยรุ่น ทำให้มารดา วัยรุ่นไม่ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาตามแนวคิดของ Mercer (1985) เป็นกระบวนการที่มารดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตร และเรียนรู้การทำบทบาทโดยผ่านกระบวนการภายในของมารดา ได้แก่ ประสบการณ์ของมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการปรับบทบาทให้สอดคล้องกับสถานการณ์แวดล้อม และความต้องการของคู่บทบาทคือ บุตร ซึ่งความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเป็นกระบวนการที่มารดาและบุตรมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มารดามีทักษะในการดูแลบุตร มีความสุขในการกระทำบทบาทมารดา เกิดความมั่นใจ และรู้สึกกลมกลืนกับการแสดงบทบาทใหม่ที่มีเอกลักษณ์ของการเป็นมารดา (maternal identity) โดยจะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ซึ่งอาจอยู่ในช่วงระยะ 1 ปีภายหลังคลอด

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา มีองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ Mercer (1986) ได้แก่ 1) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุตร (attached to the infant) เป็นกระบวนการด้านจิตใจเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด

2) ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดา (competence) เป็นทักษะของมารดาในการดูแลบุตร และเป็นความสามารถของมารดาในการมีปฏิสัมพันธ์กับ บุตร เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของ บุตร และ 3) ความพึงพอใจในบทบาทมารดา (gratification/satisfaction in the role) เป็นความรู้สึกรของ มารดาที่มีความพึงพอใจ มีความสุข มีความยินดีในการ มีปฏิสัมพันธ์กับบุตร และการประสบความสำเร็จในการ ปฏิบัติตามบทบาทมารดา

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามีความ สำคัญต่อการเลี้ยงดูบุตร ทำให้บุตรมีพัฒนาการที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนการแสดงออก ทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่ยังมีมารดาอีก จำนวนไม่น้อยที่ประสบความยากลำบากและยุ่งยากใน การดำรงบทบาทมารดา (Mercer, 1981) เนื่องจาก ความขัดแย้งหรือไม่ชัดเจนในบทบาทของตนเอง (Mer- cer, 1985) ดังเช่นมารดาวัยรุ่น หากมีความสำเร็จใน การดำรงบทบาทมารดา จะสามารถทำหน้าที่ของตนเอง ได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้บุตรมีพัฒนาการและการเจริญ เติบโตที่ดี นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และเมื่อบุตรเติบโตขึ้นจะเป็นอนาคตที่ดี ของสังคมตลอดจนประเทศชาติ โดยไม่ก่อปัญหาที่จะส่ง ผลกระทบต่อบุคคลอื่นในสังคม ในทางกลับกันหาก มารดาวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวต่อการดำรงบทบาท มารดา หรือไม่สามารถสร้างความรู้สึที่ดีต่อบทบาท มารดาจะส่งผลกระทบต่อบุตรได้ ดังนั้นการส่งเสริม ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น โดยพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วย ให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับตัวและกระทำตามบทบาท มารดาได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Mercer & Walker (2006) ที่ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา โดย ทบทวนจากงานวิจัย ปฐมภูมิที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 ถึงปี ค.ศ. 2004 (ปี พ.ศ. 2521 ถึงปี พ.ศ. 2547) ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด 28 เรื่อง

แบ่งเป็นงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCTs) จำนวน 23 เรื่อง และงาน วิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) จำนวน 5 เรื่อง เป็นการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และ มารดาหลังคลอดทั้งวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ผลการศึกษา สรุปได้ว่า การพยาบาลที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่าง มารดาและบุตร และส่งเสริมความรู้ของมารดาเกี่ยวกับ การดูแลบุตร อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่นำมาศึกษาได้ใช้ แนวคิดทฤษฎีที่หลากหลายในการจัดกระทำ เช่น การ สอน กระบวนการสร้างความผูกพัน การทำหน้าที่หรือ บทบาทในสังคม เป็นต้น มีงานวิจัยเพียง 1 เรื่องที่ใช้ แนวคิดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของ Mercer (1985) คือ การศึกษาของ Koniak-Griffin and Verzemnieks (1991) และจากการวิเคราะห์พบว่าการ ทบทวนงานวิจัยของเมอร์เซอร์และวอร์เกอร์ครั้งนี้ ไม่ได้ใช้กระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review)

จากการสืบค้นเบื้องต้นของผู้วิจัยพบว่า ภายหลังก การทบทวนงานวิจัยของ Mercer and Walker (2006) ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความสำเร็จใน การดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นจำนวน 8 เรื่อง เป็นการศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด และงานวิจัยทุก เรื่องมีการนำแนวคิดความสำเร็จในการดำรงบทบาท มารดาของ Mercer (1985, 1986) มาประยุกต์ใช้ในการ จัดโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการ ดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น จากงานวิจัยดังกล่าว สามารถแบ่งรูปแบบการส่งเสริมได้เป็นรายบุคคลจำนวน 3 งานวิจัย (Damnong, Kedmongkol, Amnatsatsue, Chandanasotthi, & Auamaneekul, 2011; Jaturong- kachock, Lapvongwatana, & Pichayapinyo, 2014; Noppatanakul & Jirapaet, 2014)และเป็นการส่งเสริม รายกลุ่มจำนวน 5 งานวิจัย (Iamsamrarn, Nirattharadorn, & Rutchanagul, 2014; Narong, Suppasri, & Siriarunrat, 2014; Srisomboon, Serisathien,

Yusamran, & Phahuwatanakorn, 2011; Sunanta, Yusamran, & Phahuwatanakorn, 2016; Wongin, 2011)

จากการสืบค้นของผู้วิจัย ยังไม่พบการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นและการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ผู้วิจัยจึงสนใจทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อสังเคราะห์และสรุปองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้อาศัยแนวคิดของ The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) เนื่องจากสามารถทำการสังเคราะห์และประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ลดอคติ ทำให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุม น่าเชื่อถือ และได้ข้อมูลที่ชัดเจน ซึ่งเป็นประโยชน์และสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น

คำถามการวิจัย

ประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นเป็นกระบวนการที่มารดาวัยรุ่นมีความสำเร็จในการกระทำบทบาทมารดาและสามารถผสมผสานพฤติกรรมของมารดากับบทบาทอื่นได้อย่างมีความสุข จนกระทั่งรู้สึกสบายใจ พึงพอใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยมีองค์ประกอบของความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาตามแนวคิดของ Mercer (1985) 3 องค์ประกอบ คือ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร 2) ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมมารดาเป็นมารดา และ 3) ความพึงพอใจ

ในบทบาทมารดา ปัจจุบันมีวิธีการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น แต่ไม่สามารถสรุป ประสิทธิภาพของการส่งเสริมที่ชัดเจนได้ ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ทำตามแนวทางของ The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดปัญหา วัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การกำหนดวิธีการสืบค้นงานวิจัย 4) การกำหนดวิธีการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การรวบรวมข้อมูลและการสกัดข้อมูล และ 7) การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย ซึ่งผลสรุปที่ได้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ จากรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นตามแนวคิดของ Mercer (1985) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria form) ตามหลักของ PICO และระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้ 1) กลุ่มประชากร (population) เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและ/หรือมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 2) วิธีการจัดกระทำ (intervention) เป็นการจัดกิจกรรมหรือการกระทำเกี่ยวกับการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น โดยใช้แนวคิดของ Mercer (1985) ใน 3 องค์ประกอบ ที่มีการส่งเสริมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอด 3) การเปรียบเทียบ (comparison) เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 4) ตัวแปร

ผลลัพธ์ (outcome) เป็นคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นตามแนวคิดของ Mercer (1985) ประเมินผลลัพธ์โดยใช้แบบสอบถามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา โดยวัดผลลัพธ์ที่ 4-8 สัปดาห์ หลังคลอด 5) รูปแบบการศึกษา (type of study) เป็น รายงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCTs) หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการทบทวน และมีการรายงานค่าสถิติที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ 6) รูปแบบการตีพิมพ์เผยแพร่ (type of publication) โดยได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และ 7) ปีที่พิมพ์ (year of publication) เริ่มตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ถึงปี พ.ศ. 2559 (ปี ค.ศ. 1991 ถึงปี ค.ศ. 2016)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบคัดกรองรายงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria form) ที่สร้างโดยผู้วิจัย เพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยให้ครอบคลุม 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ 3) แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (data extraction form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสกัดข้อมูลและลงบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกมาเพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบของ The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) เพื่อใช้ในการสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิ

การควบคุมคุณภาพของการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักทำการคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย ประเมินคุณภาพรายงานวิจัย และสกัดข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนดโดยแยกกันประเมินอย่างอิสระ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน เพื่อตรวจสอบความตรงกันของผลที่ได้ ผลการคัดกรองพบว่า ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักมีความคิดเห็นตรงกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมแบบเร่งด่วนจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ EXP-016-2560 รายละเอียดบันทึกข้อความที่ ศร 6593(7.15.2)/ป.173 หลังจากผ่านการพิจารณาผู้วิจัยจึงเริ่มต้นรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ตามขั้นตอนของการทบทวนอย่างเป็นระบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนตามขั้นตอนของ The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย
2. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ของ PICO และระเบียบวิธีวิจัย
3. การสืบค้นรายงานวิจัย (search strategy)

3.1 กำหนดคำสำคัญ (key words) ในการสืบค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกำหนด 1) กลุ่มประชากร ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มารดาวัยรุ่น หลังคลอด adolescent pregnant woman, teenage pregnant woman เป็นต้น 2) วิธีการจัดการกระทำ ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดำรงบทบาทมารดา maternal role attainment promotion program และ 3) ตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา คะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา maternal role attainment score

3.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล เพื่อให้ได้รายงานวิจัยที่ครบถ้วนและครอบคลุมมากที่สุด ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์จากการสืบค้นผ่านคอมพิวเตอร์ และห้องสมุดทั้งที่เป็นบทความย่อ (abstract) และรายงานฉบับสมบูรณ์ (full text) ผู้วิจัยทำการสืบค้นงานวิจัยด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

3.2.1 การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (computerized searching) สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล

อิเล็กทรอนิกส์หรือบริการสืบค้นข้อมูลออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตที่ให้บริการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาล โดยสืบค้นตามฐานข้อมูล ได้แก่ Scopus, CINAHL, Wiley online library, PubMed, Science Direct, ProQuest, และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย ได้แก่ Mahidol e- theses, Thailis (TDC) เว็บไซต์ ได้แก่ Google Scholar, MedNar ผู้วิจัยพบรายงานวิจัยจากการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์จำนวน 180 เรื่อง

3.2.2 การสืบค้นด้วยมือ (hand searching) โดยสืบค้นจากวารสารทางการแพทย์ และการพยาบาล ในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยพบรายงานวิจัยจากการสืบค้นด้วยมือจำนวน 2 เรื่อง

3.2.3 ติดต่อกับนักวิจัยโดยตรง ทำให้ได้งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของ Pumprayool, Kantaruksa, and Supavitpatana, (2016) และงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของ Sunanta, Yusamran, and Phahuwatanakorn (2016)

4. การคัดเลือกงานวิจัย (selection of studies) ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักได้คัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างอิสระต่อกัน และนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันพบว่า ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักมีความคิดเห็นตรงกัน

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal) ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักนำงานวิจัย 2 เรื่องที่เข้าเกณฑ์มาทำการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลองของสถาบันโจแอนนาบริกส์ จำนวน 9 ข้อ โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักแยกกันประเมินคุณภาพอย่างอิสระ แล้วบันทึกและสรุปผล พบว่า ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักมีความคิดเห็นตรงกัน

6. การรวบรวมข้อมูลและการสกัดข้อมูล (data extraction) ผู้วิจัยสกัดข้อมูลจากงานวิจัย 2 เรื่องที่มีคุณภาพ แล้วบันทึกรายละเอียดโดยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลองหรือสังเกตของ

The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) ผู้วิจัยสกัดข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก โดยแยกกันสกัดข้อมูลอย่างเป็นอิสระ ซึ่งผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก มีความคิดเห็นตรงกัน

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและการสังเคราะห์ข้อมูล

7.1 ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะของรายงานวิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

7.2 คุณภาพของรายงานวิจัย วิเคราะห์ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพของ The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

7.3 ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น จากการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบรายงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ผู้วิจัยไม่สามารถวิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยการวิเคราะห์เมตาได้ เนื่องจากงานวิจัยมีความแตกต่างกันในวิธีการส่งเสริมและการวัดผลลัพธ์ ดังนั้นการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้จึงวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นทั้งหมด 184 เรื่อง เมื่อพิจารณาจากชื่อเรื่อง งานวิจัยจำนวน 143 เรื่องถูกคัดออก เนื่องจากไม่ได้ศึกษาในมารดาวัยรุ่น เมื่อพิจารณาจากชื่อบทความ งานวิจัย 23 เรื่อง มีรูปแบบงานวิจัยไม่ตรงตามเกณฑ์ และงานวิจัย 6 เรื่อง พบเป็นการตีพิมพ์ซ้ำ และเมื่อพิจารณาเกณฑ์การคัดเข้างานวิจัย 10 เรื่องถูกคัดออก เนื่องจากไม่ได้จัดกระทำและวัดผลลัพธ์ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้งานวิจัย 2 เรื่อง ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะของรายงานวิจัย งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพจำนวน 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ทำการศึกษาในประเทศไทย ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน โดยได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร

วิชาการในปี พ.ศ. 2554 และปี พ.ศ. 2557 เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบการส่งเสริมเป็นรายบุคคลจำนวน 1 เรื่อง และเป็นรายกลุ่มจำนวน 1 เรื่อง

ส่วนที่ 2 คุณภาพของรายงานวิจัย การประเมินคุณภาพรายงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยกึ่งทดลองของ The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) ที่มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ผลการประเมินพบว่า รายงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องมีคุณภาพ

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 2 เรื่องแต่ไม่สามารถวิเคราะห์หาค่าได้เนื่องจากมีวิธีการส่งเสริม และการวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์โดยการสรุปเชิงเนื้อหา

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบรายงานวิจัยที่ส่งเสริมเป็นรายบุคคลจำนวน 1 เรื่อง (Jaturongkachock et al., 2014) และเป็นรายกลุ่มจำนวน 1 เรื่อง (Srisomboon et al., 2011) การส่งเสริมทั้ง 2 เรื่อง ใช้แนวคิดของ Mercer (1985, 1986) โดยส่งเสริมใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร โดยให้มารดาสร้างความผูกพันกับบุตรในระยะตั้งครรภ์ และให้มารดาโอบอุ้ม สัมผัสและสำรวจร่างกายของบุตร มองสบตาและพูดคุยกับบุตร มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุตร และตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม ในระยะหลังคลอด 2) ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม การเป็นมารดา โดยการให้มารดาฝึกทักษะการดูแลบุตร เช่น การทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่าย การอาบน้ำ การอุ้ม การให้นม และการแปลพฤติกรรม สื่อสัญญาณของบุตร 3) ความพึงพอใจในบทบาทมารดา เป็นผลลัพธ์จาก 2 องค์ประกอบแรก มารดามีความสุข รู้สึกพึงพอใจ และประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องมีระยะเวลาของการส่งเสริมที่เหมือนกันคือ เริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอด โดยการศึกษาของ Jaturongkachock et al. (2014) ดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้งคือ 1) ในไตรมาสที่ 3

ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ระหว่าง 36-37 สัปดาห์ 2) ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด 3) ติดตามเยี่ยมบ้าน ในระยะ 2 สัปดาห์หลังคลอด และ 4) เมื่อมาตรวจ 4 สัปดาห์หลังคลอด ขณะที่การศึกษาของ Srisomboon et al. (2011) ดำเนินการทั้งหมด 6 ครั้งคือ 1) ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป 2) ในวันที่ 2 หลังคลอด และครั้งที่ 3-6 เมื่อกลับบ้านติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 หลังคลอด

วิธีการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นที่งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องเหมือนกันคือ การให้ความรู้โดยการบรรยายและให้ฝึกทักษะการเลี้ยงดูบุตร โดยมีเนื้อหา คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร การสร้างจินตนาการเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา วิธีการดูแลบุตร การสังเกตพฤติกรรมของบุตร การสังเกตอาการผิดปกติของบุตร และการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา นอกจากนี้งานวิจัยของ Srisomboon et al. (2011) ยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับการอุ้มบุตร ให้นมในท่าต่าง ๆ และขั้นตอนการอาบน้ำบุตร สำหรับสื่อการสอนที่งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องเหมือนกัน คือ แผนกิจกรรมการสอนประกอบซีดีโปรแกรม Microsoft PowerPoint และคู่มือการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้งานวิจัยของ Jaturongkachock et al. (2014) ยังมีสื่อการสอนเป็นสมุดบันทึกพฤติกรรมบุตร เพื่อให้มารดาจดบันทึก การดูแลบุตร และพัฒนาการของบุตร ขณะที่งานวิจัยของ Srisomboon et al. (2011) มีสื่อการสอนเป็นซีดีบันทึกเสียงเพื่อสร้างจินตนาการเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา

ผลลัพธ์ของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น ประเมินจากคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งงานวิจัย 2 เรื่องใช้แบบสอบถามที่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยของ Jaturongkachock et al. (2014) ใช้แบบสอบถามการดำรงบทบาทมารดาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดของเมอร์เซอร์ ขณะที่งานวิจัยของ Srisomboon et al. (2011) ใช้แบบสอบถามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาตามแนวคิดของเมอร์เซอร์

สำหรับระยะเวลาในการประเมินผลลัพธ์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องมีความแตกต่างกัน โดยงานวิจัยของ Jaturongkachock et al. (2014) มีการประเมินผลลัพธ์ที่ 8 สัปดาห์หลังคลอด ขณะที่การศึกษาของ Srisomboon et al. (2011) มีการประเมินผลลัพธ์ที่ 4 สัปดาห์หลังคลอด อย่างไรก็ตามงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องมีผลลัพธ์ที่ดีคือ กลุ่มทดลองมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น ผลจากการสืบค้นพบงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์ การคัดเลือกตามแบบคัดกรองรายงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพรายงานวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะของรายงานวิจัยงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีจำนวน 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาและตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการในปี พ.ศ. 2554 และปี พ.ศ. 2557 ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจุบันและทันสมัย แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองทั้งหมด ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า เมื่อนำงานวิจัยมาจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) พบว่างานวิจัยกึ่งทดลองอยู่ในระดับ 2 ซี (Level 2. C) ขณะที่งานวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถือมากที่สุดคืองานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมมีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 1 ซี (Level 1. C) อีกทั้งงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องยังเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในมารดาวัยรุ่นไทยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้จึงควรพิจารณาให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น

คุณภาพของรายงานวิจัยพบว่า งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องที่นำมาทบทวน ผ่านการคัดเลือกและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพโดยใช้แบบประเมินคุณภาพรายงานวิจัยของ The Joanna Briggs Institute [JBI] (2016) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพ ได้รับการยอมรับทั้งในด้านความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น ดังนั้นงานวิจัยที่นำมาทบทวนทั้ง 2 เรื่อง ถือได้ว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ มีความถูกต้องเชิงระเบียบวิธีวิจัย ทำให้ผลการศึกษานั้นน่าเชื่อถือ

ประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น จากการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบว่า งานวิจัย 2 เรื่องไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เมตาได้ เนื่องจากมีวิธีการส่งเสริม และการวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ด้วยการสรุปเชิงเนื้อหาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งประสิทธิผลของความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นขึ้นกับ 3 องค์ประกอบตามแนวคิดของ Mercer (1985, 1986) คือ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร 2) ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมมารดาเป็นมารดา และ 3) ความพึงพอใจในบทบาทมารดา การที่งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องได้เตรียมสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ส่งผลให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้พฤติกรรมมารดาเป็นมารดา กระทำบทบาทมารดา รวมถึงสามารถผสมผสานพฤติกรรมมารดาเป็นมารดาเข้ากับบทบาทอื่นได้อย่างมีความสุข และพึงพอใจในการเป็นมารดา มีผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ถึงแม้งานวิจัยจะมีความแตกต่างกันในเรื่องรูปแบบการส่งเสริม โดยส่งเสริมเป็นรายบุคคลจำนวน 1 เรื่องและเป็นรายกลุ่มจำนวน 1 เรื่องตลอดจนมีการวัดผลลัพธ์ที่ต่างกัน โดยวัดผลลัพธ์ที่ 8 สัปดาห์หลังคลอด (Jaturongkachock et al., 2014) และที่ 4 สัปดาห์หลังคลอด (Srisomboon et al., 2011) แต่งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องก็ให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อความสำเร็จใน

การดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น

สรุปได้ว่าการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบงานวิจัย 2 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ มีความน่าเชื่อถือในแง่คุณภาพของระเบียบวิธีวิจัย สำหรับประสิทธิผลของการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นขึ้นกับ 3 องค์ประกอบตามแนวคิดของ Mercer (1985) และการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดสามารถเพิ่มความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา โดยสามารถส่งเสริมได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม อย่างไรก็ตามผลการวิจัยในครั้งนี้ได้มาจากงานวิจัยกึ่งทดลองเพียง 2 เรื่อง ไม่มีงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมซึ่งมีระดับความน่าเชื่อถือมากที่สุด และงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นควรมีการทำวิจัยเพิ่มเติม ให้สามารถนำไปวิเคราะห์เมตาและสรุปองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น โดยส่ง

เสริมได้ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอด

2. การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาอย่างเหมาะสม เนื่องจากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ทำการศึกษาในประเทศไทย และทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นไทยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาวัยรุ่น อีกทั้งควรมีวิธีการส่งเสริมและการวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสม เพื่อสามารถนำมาวิเคราะห์เมตา และสรุปองค์ความรู้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อไป

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องงานวิจัยปฐมภูมิที่นำมาทบทวน พบว่างานวิจัยทั้ง 2 เรื่องเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง และทำการวิจัยในประเทศไทยทั้งหมด อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary. (2016). *Public Health Statistics A.D. 2015*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps (In Thai)
- Cross, T. P. (2012). *Young mothers, infant neglect, and discontinuities in intergenerational Cycles of Maltreatment* (Doctoral dissertation, Tufts University).
- Damnong, P., Kedmongkol, P., Amnatsatsue, K., Chandanasotthi, P., & Auamaneekul. (2011). The effectiveness of maternal role promotion program among postpartum adolescent mothers. *Kuakarun Journal of Nursing*, 18(2), 87-100. (In Thai)
- George, R. M., & Lee, B. J. (1997). Abuse and neglect of the children. In S. D. Hoffman, & R. A. Maynard (Eds.), *Kids having kids* (pp. 205-230). Washington, D.C.: The Urban Institute Press.
- Hattakitpanichakul, K., Phahuwatanakorn, W., & Boriboonhirunsarn, D. (2012). Teaching programme involving husbands' participation: Its impact on teenage mothers' post-childbirth maternity adjustment. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(4), 84-95. (In Thai)

- Iamsamrnga, A., Nirattharadorn, M., & Rutchanagul, P. (2014). The effects of enhancing self-efficacy program on maternal role attainment among adolescent pregnant women. *Nursing Journal, 41*(3), 48-59. (In Thai)
- Jaturongkachock, K., Lapvongwatana, P., & Pichayapinyo, P. (2014). Effects of maternal role attainment promotion program for primiparous teen mothers. *Thai Journal of Nursing, 63*(2), 36-44. (In Thai)
- Koniak-Griffin, D., & Verzemnieks, I. (1991). Effects of nursing intervention on adolescents' maternal role attainment. *Pediatric Nursing, 14*, 121-138. doi:10.3109/01460869109009758
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2016). *Maternity and women's health care* (11th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research, 30*(2), 73-77.
- Mercer, R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research, 34*(4), 198-204.
- Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer Pub. Co.
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, 35*(5), 568-582. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x
- Narong, T., Suppasri, P., & Siriarunrat, S. (2014). Effect of the maternal roles enhancing program on perception of family support and success in maternal role attainment among postpartum adolescent. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 22*(1), 15-26. (In Thai)
- Noppatanakul, N., & Jirapaet, V. (2014). The effect of a maternal roles promotion with computer-assisted instruction program on newborn care behavior of primipara adolescent mothers. *Kuakarun Journal of Nursing, 21*(1), 144-160. (In Thai)
- Pumprayool, P., Kantaruksa, K., & Supavitipatana, B. (2016). Effect of primiparous women preparation on maternal role attainment. *Nursing Journal, 43*(4), 33-43. (In Thai)
- Punsuwun, S., Sungwan, P., Monsang, I., & Chaiban, P. (2013). Experiences after pregnancy among unmarried adolescents in upper north. *Songklanagarind Journal of Nursing, 33*(3), 17-36. (In Thai)
- Ryan-Krause, P., Meadows-Oliver, M., Sadler, L., & Swartz, M. K. (2009). Developmental status of children of teen mothers: Contrasting objective assessments with maternal reports. *Journal of Pediatric Health Care, 23*(5), 303-309. doi:10.1016/j.pedhc.2008.09.001
- Srisomboon, A., Serisathien, Y., Yusamran, C., & Phahuwatanakorn, W. (2011). The effect of a maternal role promoting program on maternal role attainment in adolescent mothers with unplanned pregnancies. *Journal of Nursing Science, 29*(2), 74-81. (In Thai)

- Sunanta, S., Yusamran, C., & Phahuwatanakorn, W. (2016). Effect of providing knowledge and support primiparous adolescent mother and grandmother on maternal role attainment. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 17*(2), 125-134. (In Thai)
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute reviewer's manual: 2014 edition*. Retrieved from <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
- The Joanna Briggs Institute. (2016). *Checklist for quasi-experimental studies (non-randomized experimental studies)*. Retrieved from <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- United Nations. (2015). *Millennium Development Goals report 2015*. Retrieved from <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>
- Wongin, S. (2011). *The effect of a maternal role attainment enhancement program encountered spouse support on maternal role attainment of first-time pregnancy adolescents* (Master's thesis, Mahidol University). (In Thai)
- World Health Organization. (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria*. Retrieved from [1/9789241549332_vol1_eng.pdf](http://www.who.int/publications/m/item/1/9789241549332_vol1_eng.pdf)



ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดในการคลอด

และความพึงพอใจของผู้คลอดวัยรุ่น

Effects of Foot Reflexology on Labor Pain and Satisfaction Among Adolescent Parturients

กรรณิการ์	โปรงเกษม *	Kannika	Prongkasem *
ปิยนุช	ชูโต **	Piyanut	Xuto **
นงลักษณ์	เฉลิมสุข ***	Nonglak	Chaloumsuk ***

บทคัดย่อ

ความเจ็บปวดในการคลอดเป็นสาเหตุของความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมาน และผู้คลอดวัยรุ่นมักทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดได้น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้ไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นอีกวิธีการที่อาจช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดได้ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดในการคลอดและความพึงพอใจของผู้คลอดวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้คลอดวัยรุ่นจำนวน 44 ราย ที่มาคลอดบุตร ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลกำแพงเพชรระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน โดยวิธีการสุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ในระยะปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 4 เซนติเมตรเป็นเวลา 20 นาที และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ แผนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดในการคลอดชนิดตัวเลข และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวด ผู้วิจัยดัดแปลงจาก (Stahmer et al., 1998) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบพรีตแมน และสถิติทดสอบแมนวิทนียู ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในการคลอดในระยะหลังการทดลองทันที ระยะหลังการทดลอง 1 ชั่วโมง และระยะหลังการทดลอง 2 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p = .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการบรรเทาความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ความเจ็บปวดในการคลอด ความพึงพอใจ ผู้คลอดวัยรุ่น

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร
* Professional Nurse, KamphaengPhet hospital, KamphaengPhet Province
** ผู้เขียนหลัก, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, piyanut.x@cmu.ac.th
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 19 กันยายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 14 กุมภาพันธ์ 2560 วันที่ตอบรับบทความ 9 พฤษภาคม 2560

Abstract

Labor pain causes discomfort and suffering. Adolescent parturients are less tolerant to pain than adults that cause them to not cope well with the pain. Foot reflexology is one method that may relieve labor pain. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of foot reflexology on labor pain and satisfaction among adolescent parturients. The subject selected following the inclusion criteria comprised of 44 adolescent parturients admitted at labor unit in Kamphaeng Phet hospital between April and December 2016, divided to an experimental group and control groups by random sampling of 22 participants per group. The participants in the experimental group received foot reflexology for twenty minutes at beginning of cervical dilatation of at least 4 cm. while participants in the control group received routine nursing care. The research instrument consisted of the foot reflexology plan. Data collection tools consisted of the Numeric Rating Pain Scales and Pain management satisfaction assessment form which the researchers adapted from Stahmer et al (1998). Data were analyzed using descriptive statistics, Friedman test and Mann Whitney U test.

Results of the study revealed that: the experimental group had an average mean score of labor pain in the post-test period straightway, one hour after the experiment and two hours statistically significant less than the control group ($p < .001$, $p < .001$ and $p = .001$), and the experimental group had an average mean score of satisfaction statistically significantly higher than the control group ($p < .001$)

Keywords: *Foot reflexology, Labor pain, satisfaction, Adolescent parturients*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่ก่อให้เกิดการหดตัวของปากมดลูก และการเปิดขยายของปากมดลูก เพื่อการขับเคลื่อน ทารก รก เยื่อหุ้มทารก และน้ำคร่ำ ออกสู่ภายนอกร่างกาย ซึ่งกระบวนการนี้ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมาน (Lowdermilk, 2010) การคลอดแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ โดยทุกระยะนั้นมีระยะเวลา และระดับของความเจ็บปวดแตกต่างกันไป ระยะที่มีเวลายาวนานที่สุดคือ ระยะที่ 1 ของการคลอด (Cunningham et al., 2014) โดยเฉลี่ยประมาณ 18 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะที่ผู้คลอดจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดยาวนานที่สุด

ความเจ็บปวดในการคลอดเกิดจากการหดตัวของปากมดลูก และการเปิดขยายของปากมดลูก (Shnol,

Paul, & Belfer, 2014) เป็นสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นสัญญาณประสาท และส่งสัญญาณไปตามเส้นประสาทซีไฟเบอร์ (C fibers) เข้าสู่ประสาทไขสันหลังและส่งผ่านไขสันหลังที่ระดับอกที่ 10-12 (T_{10-12}) ถึงระดับเอวที่ 1 (L1) ขึ้นสู่สมองผ่านช่อง spinothalamic tract ผ่านไปยัง thalamus ส่งต่อไปยังเปลือกสมองส่วน somatosensory cortex บริเวณเปลือกสมอง (cerebral cortex) และแปลผลออกมาเป็นความรู้สึกเจ็บปวด (Rowlands & Permezel, 1998)

ผลกระทบของความเจ็บปวดที่รุนแรง จะเพิ่มอัตราการใช้ออกซิเจนของร่างกายผู้คลอด ทำให้มีการหายใจเร็ว (hyperventilation) ส่งผลให้มีการขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายเพิ่มขึ้นเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ (hypocapnia) และ

เกิดภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก หรือหมดสติได้ และความเจ็บปวดยังส่งผลให้เกิดการคั่งค้างของกรดแลคติก (lactic acid) บริเวณกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะกล้ามเนื้อมดลูก การคั่งค้างของกรดแลคติกจะทำให้การหดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การเปิดขยายของปากมดลูกช้าลง และเกิดการคลอดยาวนานได้ นอกจากนี้ความเจ็บปวดที่รุนแรงยังส่งผลให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มมากขึ้น มีผลกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก (sympathetic nervous system) ทำให้เกิดการเพิ่มแรงดันที่หลอดเลือดส่วนปลาย และเพิ่มการไหลเวียนโลหิตออกจากหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปยังรกลดลง การส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกจึงลดลงอาจทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะค้ำขัง (fetal distress) (Cunningham et al., 2014) นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้คลอด กล่าวคือเมื่อมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้คลอดมีความกลัว และความเครียดเพิ่มมากขึ้น จะมีผลกระตุ้นระบบประสาททำให้มีการหลั่งสารนอร์อิพิเนพรีน (nor-epinephrine) และอิพิเนพรีน (epinephrine) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะไปขัดขวางการทำงานของตัวรับสัญญาณประสาทที่กล้ามเนื้อมดลูก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการคลอดยาวนาน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความกลัว และความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า Fear-Tension-Pain syndrome (Dick-Read, 1984 as cited in Budin, 2007)

ผู้คลอดที่เป็นวัยรุ่นพบว่าผลกระทบจากความเจ็บปวดจะมากขึ้น เนื่องจากผู้คลอดวัยรุ่นมีความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดได้น้อย ขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และมีความต้องการยาระงับปวดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (Sauls, 2010) จะเห็นได้เมื่อมีความเจ็บปวดในการคลอดเพิ่มมากขึ้น ผู้คลอดวัยรุ่นมักจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น

ร้องเสียงดัง บิดตัวไปมา และไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เป็นต้น จาก (Anderson & McGuinness, 2008) พบว่าวัยรุ่นนั้นมีความกลัวที่จะต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และต้องการความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด มากกว่าวัยผู้ใหญ่

การบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถทำได้โดยอิสระ เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเจ็บปวดต่อผู้คลอดและทารก การบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดโดยไม่ใช้ยามีวิธีการที่หลากหลายจากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Simkin & Bolding (2004) พบว่าวิธีการบรรเทาปวด ได้แก่ การใช้น้ำบำบัด การปรับเปลี่ยนท่า การเคลื่อนไหว การฝังเข็ม การสัมผัส การสะกดจิต การใช้ไฟฟ้าในการกระตุ้นใยประสาท การใช้สุคนธบำบัด และการนวดผ่อนคลาย สามารถลดความเจ็บปวดในการคลอดได้โดยกลไกตามทฤษฎีควบคุมประจวบจากการการศึกษาของ Habanananda (2004) พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (foot reflexology) เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจลดความเจ็บปวดในการคลอด และยังพบว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าใช้เวลาสั้นๆ จึงไม่เป็นการรบกวนผู้คลอดมากเกินไป นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นกิจกรรมที่ไม่ลุกล้ำร่างกาย (non-invasive) และเป็นศาสตร์ที่ได้รับการรับรองจาก (World Health Organization: [WHO]) ว่ามีความปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์และสามารถลดความเจ็บปวดได้ดี (WHO, 2003)

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นศาสตร์ที่มีมานาน เป็นการใช้นิ้วมือผู้นวดกดไปตามจุดสะท้อน (reflex point) ที่ฝ่าเท้า ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย (Tiran, 2010) การกดจุดสะท้อนแตกต่างจากการนวดแบบทั่วไปกล่าวคือ การนวดธรรมดาจะเป็นการบำบัดอาการปวดต่าง ๆ จากภายนอก การกดจุดสะท้อนจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะนั้นโดยตรงผ่านปลายประสาทจากบริเวณฝ่าเท้า โดยการกดจุดก่อ

ให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังเนื้อเยื่อของอวัยวะที่ต้องการบำบัด จนเกิดการสั้นหรือการแตกตัวของอนุภาค กระตุ้นให้เกิดกระบวนการเผาผลาญกรดแลคติกบริเวณเนื้อเยื่อ นอกจากนี้การสัมผัสและการใช้แรงกด จะทำให้เกิดการรับรู้ของประสาทไปยังสมอง และระบบซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดขยายตัว กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต (Mackey, 2001) เซลล์ต่างๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ลดการคั่งของกรดแลคติก บริเวณกล้ามเนื้อ ทำให้อาการปวดลดลง การกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้ายังทำให้เกิดพลังไปยับยั้งวิถีประสาทที่รับความปวดในกลไกการควบคุมประตูทำให้ประตูปิด ระดับความรู้สึกปวดจึงลดลง (Tiran, 2010) นอกจากนี้การสัมผัสโดยการนวดมีผลต่อการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ และจะไปกระตุ้นต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ให้มีการหลั่งสารเอนเคฟาลิน (enkephalin) และเอนดอร์ฟิน (endorphin) ออกมา (Bender et al., 2007) ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของสารพี (substance P) ส่งผลให้การนำกระแสประสาทความเจ็บปวดลดลง

ตำแหน่งบนฝ่าเท้าที่เชื่อมโยงกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอด ได้แก่ ตำแหน่งหมายเลข 55 และ 56 เป็นจุดสะท้อนไปยัง ช่องคลอดและมดลูก ซึ่งการกดจุดสะท้อนในตำแหน่งนี้จะเป็นการกระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัวที่สม่ำเสมอ สัมพันธ์กับการเปิดขยายของปากมดลูก ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หมายเลข 1, 5, 6, 8, 16, 17, 18, 39, 40 และ 41 ที่เป็นจุดสะท้อนไปยังสมอง ต่อมไพเนียลและไฮโปธาลามัส (pineal/hypothalamus) ต่อมใต้สมอง (pituitary) กระจกสันหลังระดับอก กระบังลม กระจกสันหลังระดับเอว และก้นกบ โดยการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในตำแหน่งเหล่านี้ จะเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน และเอนเคฟาลิน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (Tiran, 2010)

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าถูกนำมาใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอด ดังการศึกษาของ Dolatian et al. (2011) ที่ศึกษาถึงผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการบรรเทาความเจ็บปวดในการ

คลอดในผู้คลอดครรภ์แรกพบว่าผู้คลอดในกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Jenabi et al. (2012) ที่ทำการศึกษาการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดในกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีระดับความเจ็บปวดในการคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Maneechotwong et al. (2017) ถึงผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$)

นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ายังอาจส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการบรรเทาความเจ็บปวดได้ ซึ่งความพึงพอใจในการบรรเทาความเจ็บปวด คือ ความรู้สึกยินดี หรือชื่นชอบของผู้คลอด ที่มีผลมาจากประสบการณ์ของการได้รับกิจกรรมการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด (Afilalo & Tselios, 1996) เนื่องจากการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทำให้เกิดความผ่อนคลาย และสุขสบายขึ้น ส่งผลให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลทำให้ความเจ็บปวดลดลงดังกลไกที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เมื่อความเจ็บปวดลดลงอาจส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการบรรเทาความเจ็บปวดได้ และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในตำแหน่งที่ 17 และ 18 ที่มีผลกระตุ้น Solar plexus และกระบังลม มีผลให้เกิดความผ่อนคลาย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในผู้คลอดด้วยก็ได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความพึงพอใจในการบรรเทาความเจ็บปวด มีเพียงการศึกษาของ Chumthi, Volrathongchai, & Eungpinichpong (2011) ที่ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีระดับ

ความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แต่การศึกษานี้ได้อธิบายไว้ว่าการที่มารดาหลังคลอดมีระดับความเครียดลดลงเป็นผลมาจากการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ส่งผลให้เกิดความสุขสบาย ความรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้มารดาด้วยรุ่นพึงพอใจจากการได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี แต่ผู้คลอดด้วยรุ่นส่วนใหญ่จะไม่สามารถใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดตามคำแนะนำได้ บางรายมีพฤติกรรม เช่น หายใจเร็ว ร้องครวญคราง เป็นต้น และจากการศึกษาเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่ผ่านมาเป็นการวิจัยในกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกในวัยผู้ใหญ่จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้คลอดด้วยรุ่น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามาใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดในผู้คลอดด้วยรุ่นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพในการดูแลผู้คลอดด้วยรุ่น และเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะต่าง ๆ ของการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการทดลองทันที ชั่วโมงที่ 1 และชั่วโมงที่ 2 หลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

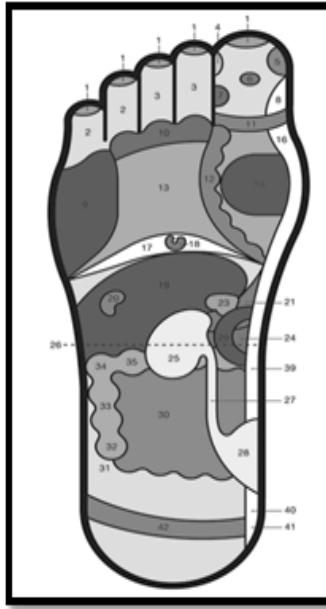
สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดด้วยรุ่นกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีคะแนนความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้คลอดด้วยรุ่นกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีคะแนนความพึงพอใจในการบรรเทาความเจ็บ

ปวดในการคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาโดยจะเริ่มทำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 1 ครั้ง เมื่อผู้คลอดมีปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ใช้ระยะเวลาในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ารวม 20 นาที นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าตำแหน่งหมายเลข 1, 5, 6, 8, 16, 17, 18, 39, 40, 41, 55 และ 56 กระตุ้นให้มีการเร่งกระบวนการคลอดและกระตุ้นให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น (Mackey, 2001) เซลล์ต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ลดการคั่งของกรดแลคติก บริเวณกล้ามเนื้อ ทำให้มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการปวดลดลง และยังเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ทำให้มีการหลั่งสารเอ็นเคฟาลิน และเอนดอร์ฟิน (Kunz & Kunz, 2005) ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของสารที่มีผลให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้การสัมผัสจากการนวดและการกดจุดในตำแหน่งหมายเลข 17 และ 18 ที่เชื่อมโยงไปยังร่างแหประสาทบริเวณช่องท้อง (solar plexus) และกระบังลม จะช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ส่งผลให้เกิดความสุขสบาย ซึ่งอาจทำให้เกิดความพึงพอใจในการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดได้



รูปที่ 1 แสดงตำแหน่งของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (two groups posttest only design) กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 44 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 15-19 ปี 2) อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 37-40 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ 4) ปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 4 เซนติเมตรเมื่อเริ่มทำการศึกษา 5) ฟังและพูดภาษาไทยได้ 6) ไม่มีข้อจำกัดในการนวดฝ่าเท้า ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two sample independent group test) โดยใช้อำนาจทดสอบ (power analysis) ที่ .80 กำหนดค่านัยสำคัญ (signi-ficant level) ที่ระดับ .05 ค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (effect size) ได้จากการศึกษาของ Maneechotwong et al. (2017) เท่ากับ 3.39 เทียบค่า Eta- squared ได้เท่ากับ .14 เปิดตารางเทียบขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ข้อมูลทั่วไป

ของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดในการคลอดหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติทดสอบฟรیدแมน (Friedman test) เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดหลังการทดลองและคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณา และอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับการรับรองแล้ว นำหนังสือยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ควรได้รับตามปกติ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปกปิดเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำรา การวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการฝึกอบรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าประกอบด้วยขั้นตอนและตำแหน่งที่ใช้ในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า คือ เริ่มดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 1 ครั้ง เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตรทำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในตำแหน่งหมายเลข 1, 5, 6, 8, 16, 17, 18, 39, 40, 41, 55 และ 56 ใช้เวลาในการนวดทั้งสิ้น 20 นาที ทำการกดจุดโดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดรูตลงหรือกดรูตขึ้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งหมายเลขจุดละ 10 ครั้ง โดยในระหว่างการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าผู้คลอดสามารถปรับเปลี่ยนอิริยาบถในท่าที่ไม่เป็นอุปสรรคระหว่างการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ยกเว้นเปลี่ยนเป็นท่าอื่น ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้คลอดวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย หลังจากทดลองใช้ไม่มีการปรับแก้จึงนำไปใช้ในการวิจัย

2. แบบประเมินความเจ็บปวดในการคลอด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (intraclass correlation coefficient) เท่ากับ .90

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความเจ็บปวด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสำรวจความพึงพอใจในการดูแลความเจ็บปวด (survey of satisfaction with pain care) ที่พัฒนาโดย Stahmer et al. (1998) ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) และหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .77

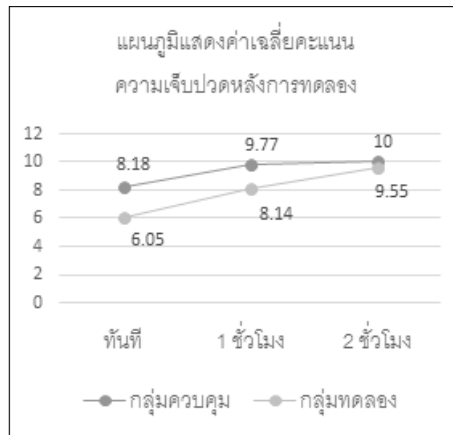
ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมร้อยละ 63.60 มีอายุในช่วง 17-19 ปีมีอายุเฉลี่ย 17.27 ปี (S.D.

= 1.20) ปีมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90.90 มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและสูงกว่าร้อยละ 63.60 ได้รับการเตรียมคลอดร้อยละ 86.40 มีคะแนนความเจ็บปวดก่อนได้รับการดูแลเฉลี่ย 6.05 คะแนน (S.D. = 0.84) กลุ่มทดลองร้อยละ 68.20 มีอายุในช่วง 17-19 ปีมีอายุเฉลี่ย 17.18 ปี (S.D. = 1.44) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90.90 มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและสูงกว่าร้อยละ 63.6 ได้รับการเตรียมคลอดร้อยละ 100 มีคะแนนความเจ็บปวดก่อนการทดลองเฉลี่ย 5.82 คะแนน (S.D. = 0.66) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) และสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในการคลอด ระยะหลังการทดลองทันที 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง เท่ากับ 8.18 (S.D. = 1.05), 9.77 (S.D. = 0.42) และ 10.00 (S.D. = 0.00) ตามลำดับ และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดในการคลอด ระยะหลังการทดลองทันที 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมงหลังการทดลอง เท่ากับ 6.05 (S.D. = 0.57), 8.14 (S.D. = 0.64) และ 9.55 (S.D. = 0.59) ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในการคลอดระยะหลังการทดลองทันที 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test)

พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในการคลอดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p = .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความเจ็บปวดในการคลอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความเจ็บปวดหลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		Z	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ระยะหลังการทดลองทันที	8.18	1.05	6.05	0.57	-5.19	< .001
ระยะหลังการทดลอง 1 ชั่วโมง	9.77	0.42	8.14	0.64	-5.61	< .001
ระยะหลังการทดลอง 2 ชั่วโมง	10.00	0.00	9.55	0.59	-3.32	.001

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนียูพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลอง

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คะแนนความพึงพอใจในการบรรเทาความเจ็บปวดหลังการทดลอง

คะแนนความเจ็บปวดหลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		Z	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ความพึงพอใจหลังการทดลอง	3.23	0.43	4.50	0.51	-5.37	<.001 ^a

กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.23 (S.D. = 0.43) คะแนน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ เท่ากับ 4.50 (S.D. = 0.51) คะแนน

การอภิปรายผล

จากแผนภูมิที่ 1 จะเห็นได้ว่าหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจาก ความก้าวหน้าของการคลอดที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและกลไกของการคลอด เมื่อความก้าวหน้าของการคลอดเพิ่มขึ้นมดลูกจะมีการหดตัวถี่ขึ้นและรุนแรงขึ้น เมื่อปากมดลูกมีการเปิดขยายเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้คลอดด้วยรุ่นมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (Rowlands & Permezel, 1998) แต่จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในการคลอดหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีผลให้กลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดลดลง

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในตำแหน่งที่ 55 และ 56 ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของมดลูก และช่องคลอด ส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอ สัมพันธ์กับการเปิดขยายของปากมดลูก ส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดเป็นไปตามปกติ ผู้คลอดด้วยรุ่นในกลุ่มทดลองจึงมีความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และการนวดกดจุดสะท้อนในตำแหน่ง 1, 5, 6, 8, 16, 40 และ 41 จะเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ทำให้มีการหลั่งสารเอ็นเคฟาลิน และเอนโดรฟิน (Kunz & Kunz, 2005) โดยสารทั้งสองนี้จะไปยับยั้งการทำงานของสารพี มีผลให้ผู้คลอดด้วยรุ่นมีความทนต่อความเจ็บปวดมากขึ้น ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในตำแหน่ง 17 และ 18 จะเป็นการกระตุ้นการทำงานของร่างแหประสาทบริเวณช่องท้อง ส่งผลให้ผู้คลอดด้วยรุ่นเกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย และลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งทำให้ผู้คลอดด้วยรุ่นมีความเจ็บปวดลดลง

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ผลคล้ายคลึงกับการ ศึกษาของ Dolatian et al. (2011) ที่ศึกษาถึงผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการบรรเทาความเจ็บปวดในการ

คลอดของผู้คลอดครรภ์แรกพบว่าผู้คลอดในกลุ่มที่ได้รับ การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มีคะแนนความเจ็บปวด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด และ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และการศึกษาของ Mirzaei et al. (2010) ที่ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความ รุนแรงของความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดใน ผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดในกลุ่มที่ ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีระดับความเจ็บปวด ในการคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .001$)

ส่วนคะแนนความพึงพอใจในการบรรเทาความ เจ็บปวดในการคลอดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สามารถ อธิบายได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในตำแหน่ง 17 และ 18 เป็นการกระตุ้นการทำงานของร่างแห ประสาทบริเวณช่องท้อง ทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย และยังเป็น การช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ส่งผลให้ผู้คลอดมีความกลัวและความเครียดลดลง จึงเป็นการตัดวงจรของกลุ่มอาการ Fear-tension-pain syndrome นอกจากนี้การสัมผัสจากการนวดกดจุด สะท้อนฝ่าเท้าช่วยให้ผู้คลอดด้วยรุ่นรู้สึกว่าได้รับการดูแล เอาใจใส่ และไม่ถูกทอดทิ้งให้เผชิญความเจ็บปวดโดยลำพัง เป็นผลให้เกิดความพึงพอใจในผู้คลอดด้วยรุ่นได้

สรุปได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าสามารถ ช่วยให้ผู้คลอดด้วยรุ่นมีความเจ็บปวดใน การคลอดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความพึงพอใจ ในการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำวิธีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อบรรเทา ความเจ็บปวดในระยะคลอดไปถ่ายทอดให้แก่พยาบาล ผดุงครรภ์ เพื่อให้สามารถนำการนวดกดจุดสะท้อน ฝ่าเท้าไปใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้คลอดได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดในผู้คลอดกลุ่มอื่น ๆ

ร่วมกับการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดโดยไม่ใช้ยาวิธีอื่น ๆ

2. ควรมีการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเครียดความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

เอกสารอ้างอิง

- Afilalo, M., & Tselios, C. (1996). Pain relief versus patient satisfaction. *Annals of emergency medicine*, 27(4), 436-438.
- Anderson, C., & McGuinness, T. M. (2008). Do teenage mothers experience childbirth as traumatic?. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(4), 21-24.
- Bender, T., Nagy, G., Barna, I., Tefner, I., Kádas, É., & Géher, P. (2007). The effect of physical therapy on beta-endorphin levels. *European journal of applied physiology*, 100(4), 371-382.
- Budin, W. (2007). Labor and childbirth. In S. S. Orshan (Ed.), *Maternity, newborn, and women's health nursing: Comprehensive care across the lifespan* (pp. 583-672). Philadelphia: Lippincott.
- Chumthi, L., Volrathongchai, K., & Eungpinichpong, W. (2011). Effect of foot reflexology on stress reduction among adolescent mothers during the postpartum period. *Royal Thai Air Force medical gazette*, 57(1), 24-35 (In Thai)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... Sheffield, J. S. (Eds.). (2014). *Williams obstetrics*. (24th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Dick-Read, G. (1984) *Childbirth without Fear*. (5th ed.) New York: Harper & Row
- Dolatian, M., Hasanpour, A., Montazeri, S. H., Heshmat, R., & Majd, H. A. (2011). The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13(7), 475-479.
- Habananda, T. (2004). Non-pharmacological pain relief in labour. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87(3), 194-202. (In Thai).
- Jenabi, E., Mohajeran, M. H., & Torkamani, M. (2012). The effect of reflexology on relieving the labor pain. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 14(8), 43-48.
- Kunz, B., & Kunz, K. (2005). *The complete guide to foot reflexology* (3rd ed.). NM: RRP press.
- Lowdermilk, D. L. (2010). Labor and birth process. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.). *Maternity nursing* (18th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Mackey, B. T. (2001). Massage therapy and reflexology awareness. *Nursing Clinic of North America*, 39(1), 159-169.

- Maneechotwong, N., Theerasopon, P., Muangpin, S., Jonrapun, R., Songjun, S., & Khumhirun, S. (2017). Effect of Foot Reflexology on Pain Reduction of the First Stage of Labor among Primiparous. *Journal of Health Science*, 26(3), 533-542. (In Thai)
- Mirzaei, F., Kaviani, M., & Jafari, P. (2010). Effect of foot reflexology on duration of labor and severity of first-stage labor pain. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 13(1), 27-32.
- Rowlands, S., & Permezel, M. (1998). Physiology of pain in labour. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 12(3), 347-362.
- Sauls, D. J. (2010). Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39, 703-712.
- Shnol, H., Paul, N., & Belfer, I. (2014). Labor pain mechanisms. *International Anesthesiology Clinic*, 52(3), 1-17.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on non-pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504.
- Stahmer, S. A., Shofer, F. S., Marino, A., Shepherd, S., & Abbuhl, S. (1998). Do quantitative changes in pain intensity correlate with pain relief and satisfaction?. *Academic Emergency Medicine*, 5(9), 851-857.
- Tiran, D. (2010). *Reflexology in pregnancy and childbirth*. Philadelphia: Elsevier.
- World Health Organization. (2003). *Managing complications in pregnancy and child birth: A guide for midwives and doctors*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43972/9>

ประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Effectiveness of Breastfeeding Self-efficacy Enhancement: A Systematic Review

ชญุตพร	สมใจ *	Chanuttaporn	Somjai *
กรรณิการ์	กัณธะรักษา **	Kannika	Kantaruksa **
นงลักษณ์	เฉลิมสุข ***	Nonglak	Chaloumsuk ***

บทคัดย่อ

นมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสตรีตั้งครรภ์และ/หรือ สตรีหลังคลอด สืบค้นจากรายงานวิจัยทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม รวมทั้งงานวิจัยกึ่งทดลอง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2560 โดยใช้แนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2016) เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินคุณภาพการวิจัยและแบบสกัดข้อมูลของสถาบันโจแอนนาบริกส์ งานวิจัย 10 เรื่องผ่านเกณฑ์การคัดเข้า โดย 6 เรื่องเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และอีก 4 เรื่องเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เมตา และการสรุปเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า

1. การวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัย 2 เรื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้ว พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสตรีหลังคลอดสามารถเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 4 สัปดาห์หลังคลอด (WMD -5.56; 95% CI: -7.91, -3.21; $P < 0.001$) และที่ 8 สัปดาห์หลังคลอด (WMD -6.06; 95% CI: -8.67, -3.46; $P < 0.001$)

2. การสรุปเชิงเนื้อหาจากงานวิจัย 8 เรื่อง พบว่ากลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มโดยการส่งเสริมผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ การส่งเสริมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มสามารถให้ผลลัพธ์ทางบวกต่อสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดสามารถเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
* Instructor, Prachomklao College of Nursing Phetchaburi
** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 18 พฤศจิกายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 15 พฤษภาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 3 สิงหาคม 2560

จากผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด เพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสตรีหลังคลอด นอกจากนี้ควรมีการวิจัยปฐมภูมิ ที่เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยเฉพาะงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของวิธีการในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อไป

คำสำคัญ: การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ประสิทธิภาพ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Abstract

Breast milk provides the optimal food for infants. Breastfeeding self-efficacy is the most influential factor in successful breastfeeding. The purpose of this systematic review was to study the effectiveness of breastfeeding self-efficacy enhancement in pregnant women and/or postpartum women. A comprehensive search was performed on all published and unpublished randomized controlled trial and quasi-experimental studies in Thai and English from 2006 to 2017. The systematic review was conducted using a systematic guideline developed by the Joanna Briggs Institute (JBI, 2016). An Appraisal Form and Data Extract Form developed by JBI were used for this systematic review. Ten studies met the review inclusion criteria: 6 randomized controlled trials and 4 quasi-experimental studies. Data were analyzed using meta-analysis and narrative summarization.

The findings of this study indicated that:

1. The meta-analysis included two studies. In comparison to control groups, breastfeeding self-efficacy enhancement in postpartum women significantly increased breastfeeding self-efficacy at 4 weeks postpartum period (WMD -5.56; 95% CI: -7.91, -3.21; $P < 0.001$) and at 8 weeks postpartum period (WMD -6.06; 95% CI: -8.67, -3.46; $P < 0.001$).

2. Narrative summarization of eight studies revealed that participants in the intervention group showed greater increases in breastfeeding self-efficacy through 4 sources: 1) performance accomplishments, 2) vicarious experiences, 3) verbal persuasion, and 4) physiological responses. Both individual and group interventions had positive outcomes on breastfeeding self-efficacy. Continuous enhancement delivered from pregnancy through postpartum period could increase breastfeeding self-efficacy and breastfeeding behavior.

Based on this systematic review, the researcher recommends that enhancing breastfeeding self-efficacy in the postpartum period should be performed to increase breastfeeding self-efficacy in postpartum women. Moreover, primary research in experimental research design should be conducted, especially randomized controlled trials, to ensure the outcomes of the intervention for enhancing breastfeeding self-efficacy.

Keywords: Breastfeeding, Effectiveness, Breastfeeding self-efficacy, Systematic review.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน หลังจากนั้นให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาควบคู่อาหารตามวัยจนอายุครบ 2 ปี หรือนานกว่านั้น (World Health Organization [WHO], 2017) จากการศึกษาสถานการณ์ทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลกมีการรายงานสถิติอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน (exclusive breastfeeding) ระหว่าง พ.ศ. 2553-2559 พบว่า อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวเฉลี่ยทั่วโลกร้อยละ 43 และเมื่อพิจารณาในแต่ละภูมิภาคค่อนข้างมีความแตกต่างกัน โดยทวีปที่มีอัตราสูงที่สุดคือ ทวีปเอเชียใต้ ร้อยละ 59 รองลงมาคือ ทวีปแอฟริกาใต้และทวีปแอฟริกาตะวันออก ร้อยละ 57 ทวีปเอเชียพบเพียงร้อยละ 38 และต่ำที่สุดคือ ทวีปยุโรปกลางและยุโรปตะวันออก ร้อยละ 29 (UNICEF, 2016) สำหรับในประเทศไทยมีการรายงานผลการสำรวจระหว่าง พ.ศ.2555-2558 พบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังมีเพียงร้อยละ 23.1 เท่านั้น (Department of Health, 2016) ซึ่งจากอัตราดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มีหลายทวีปรวมทั้งประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังร้อยละ 50 (WHO, 2012)

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์ทั้งต่อร่างกายและจิตใจของทารก สำหรับประโยชน์ด้านร่างกายนั้น การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในช่วง 1-2 ปีแรก จะช่วยปกป้องทารกจากการติดเชื้อต่าง ๆ โดยมีสารภูมิคุ้มกันที่ได้รับจากมารดา (United Nations Children Fund [UNICEF], 2014) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Kramer and Kakuma (2002) พบว่า บุตรที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน จะช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารมากกว่าบุตรที่ไม่ได้รับนมมารดา 1.07 เท่า (OR 1.07; 95% CI: 0.92-1.24) นอกจากนี้ยังพบว่าช่วยลดการเกิดโรคหอบหืดและ

อาการภูมิแพ้ในเด็กอายุ 5-18 ปี 0.89 เท่า (OR 0.89; 95% CI: 0.82-0.95) (Lodge et al., 2015) และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Bowatte et al. (2015) พบว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน จะช่วยป้องกันการเกิดหูชั้นกลางอักเสบในช่วง 5 ปีแรก 0.79 เท่า (OR 0.79; 95% CI: 0.63- 0.98) เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และบุตรที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียวนาน 5 เดือนสามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ถึง 14 เท่า (OR 14.4; 95% CI: 6.13-33.9) เมื่อเปรียบเทียบกับบุตรที่ไม่ได้รับนมมารดา (Sankar et al., 2015)

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานอกจากมีประโยชน์ต่อทารกแล้ว ยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพของมารดา โดยพบว่า ในขณะที่มารดาให้นมบุตรจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ที่จะช่วยให้มดลูกหดตัวดี ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะหลังคลอด (Alden, 2006) และมีผลในการยับยั้งการทำงานของรังไข่ ทำให้ไม่มีการตกไข่ (Lawrence & Lawrence, 2011) ช่วยยืดระยะเวลาในการมีบุตรในครรภ์ถัดไป ดังการศึกษาของ Chowdhury et al. (2015) ที่พบว่า มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานาน 6 เดือน จะมีระยะเวลาเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของการไม่มีประจำเดือน นานกว่ามารดาที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร้อยละ 23 และยังพบว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานาน 6-12 เดือน สามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่มากกว่ามารดาที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร้อยละ 7 และ 28 ตามลำดับ นอกจากนี้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดายังมีประโยชน์ในด้านเศรษฐกิจและสังคมเพราะลดค่าใช้จ่ายทั้งค่านมผง อุปกรณ์ชงนมและอาหารเสริม (WHO/UNICEF, 2009) การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน ช่วยให้ครอบครัวประหยัดรายจ่ายสูงถึงกว่า 1.8 พันล้านบาทต่อปี รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทารกที่เจ็บป่วย ทางด้านสังคมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ช่วยรักษาสิ่งแวดล้อมและลดภาวะโลกร้อน (Thai Breast-feeding Center Foundation, 2014)

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์ต่อทั้งทารกและมารดาตั้งได้กล่าวมาแล้ว แต่จากอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ยังคงต่ำ ทำให้บุคลากรสุขภาพได้ศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (breastfeeding self-efficacy) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Hinich, 2016) ดังการศึกษาของ Blyth et al. (2002) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงสามารถทำนายการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานาน 4 เดือนหลังคลอด ($\beta=0.41, t=7.17, p<0.001$) และจากการศึกษาของ Dunn, Davies, McCleary, Edwards, and Gaboury (2006) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาหลังคลอดพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่ำ มีแนวโน้มที่จะยุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากกว่ามารดาที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงถึง 1.85 เท่า (OR 1.85; 95% CI: 1.50-2.27, $p < 0.001$) และจากการศึกษาของ Loke and Chan (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนในมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงจะมีพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 สัปดาห์สูงกว่ามารดาที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่ำ 7.78 เท่า (OR 7.776; 95% CI: 2.546-23.748; $p < 0.001$) จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า สตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูง มีผลทำให้ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานาน และมารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ดี

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (breastfeeding self-efficacy theory)

(Dennis, 1999) ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura's social cognitive theory) เพื่ออธิบายความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การส่งเสริมให้มารดามีสมรรถนะแห่งตน และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ๆ สามารถทำได้โดยการส่งเสริมผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) ข้อมูลจากประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishments) คือ ประสบการณ์ของการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลมากที่สุด 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) คือ การปฏิบัติของบุคคลหรือสื่อที่เป็นตัวแทนของบุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีผลกระทบต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) คือ การชักชวนจากบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและการชื่นชมทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นการสนับสนุนให้สตรีมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) คือ การทำให้มารดามีความสุขสบายทางร่างกายและความรู้สึกในทางบวกขณะที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

จากการสืบค้นเบื้องต้นของผู้วิจัยเกี่ยวกับ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบงานวิจัยจำนวน 9 เรื่องที่ส่งเสริมโดยผ่านข้อมูล 4 แหล่งตามแนวคิดของเดนิส เป็นการศึกษานานาชาติ 8 เรื่อง (Ansari, Abedi, Hasanpoor, & Bani, 2014; McQueen, Dennis, Stremler, & Norman, 2011; Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Basstt, & Woodend, 2006; Nichols, Schutte, Brown, Dennis, & Price, 2009; Otsuka et al., 2014; Vincent, 2015; Wu, Hu, McCoy, & Efird, 2014; Yi, Yim, & Chaw, 2016) และเป็นการศึกษาในประเทศไทย 1 เรื่อง (Yuangthong, Sawatpanit, & Deawitdaret, 2012) แบ่งเป็นการจัดกระทำในระยะตั้งครรภ์จำนวน 6 เรื่อง

ระยะตั้งครรรจ์จนถึงหลังคลอด 1 เรื่อง และระยะหลังคลอดจำนวน 2 เรื่อง วัดผลลัพธ์เป็นสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และ/หรือพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

การจัดกระทำในระยะตั้งครรรจ์ พบการศึกษาของ Nichols et al. (2009) และการศึกษาของ Otsuka et al. (2014) ศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสตรีตั้งครรรจ์ไตรมาสที่ 3 โดยใช้ workbook ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยผ่านข้อมูล 4 แหล่ง ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรรจ์ที่ได้ใช้ workbook มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวกันของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Nichols et al., 2009) สำหรับผลการศึกษาของ Otsuka et al. (2014) พบว่า ในโรงพยาบาลที่เป็นสายสัมพันธ์แม่ลูก สตรีตั้งครรรจ์ที่ได้ใช้ workbook มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวกันระหว่างสองกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การจัดกระทำในระยะตั้งครรรจ์จนถึงระยะหลังคลอด พบการศึกษาของ Yi et al. (2016) ที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะ 2 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวกันในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การจัดกระทำในระยะหลังคลอดพบการศึกษาของ Mcqueen et al. (2011) และของ Wu et al. (2014) ที่ศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตร

ด้วยนมมารดาโดยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาผ่านข้อมูล 4 แหล่ง และทั้ง 2 การศึกษาวัดผลลัพธ์ที่เหมือนกันคือ คะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวกันที่ 4 และ 8 สัปดาห์หลังคลอด ผลการศึกษาของ Wu et al. (2014) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ 4 และ 8 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานานกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ที่ 8 สัปดาห์หลังคลอด แต่ไม่พบความแตกต่างกันของระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 4 สัปดาห์หลังคลอด สำหรับผลการศึกษาของ Mcqueen et al. (2011) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวกันที่ 4 และ 8 สัปดาห์หลังคลอดไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในประเทศไทย ที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอดโดยผ่านข้อมูล 4 แหล่ง (Yuangthong et al., 2012) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวกันที่ 4 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นวิธีการจัดกระทำเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยผ่านข้อมูล 4 แหล่ง แต่ผลลัพธ์ของการศึกษายังมีความแตกต่างกัน ไม่สามารถสรุปถึงประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ชัดเจนได้ ทำให้ยากต่อการตัดสินใจนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในเรื่องประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการ

เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะรวบรวมและสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยอาศัยแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการรวบรวมวิเคราะห์ ประเมินคุณค่างานวิจัยอย่างมีวิจารณ์ญาณ และสังเคราะห์ด้วยวิธีการที่เปิดเผย ตรวจสอบได้อย่างเป็นระบบ เพื่อลดความคลาดเคลื่อน และมีอคติน้อย (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery [JBI], 2014) โดยผู้วิจัยใช้แนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของ JBI (2016) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย 4) การคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การรวบรวมข้อมูลและการสกัดข้อมูลงานวิจัย และ 7) การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย เพื่อหาข้อสรุปถึงประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอันจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลผดุงครรภ์ในการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) เพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

คำถามการวิจัย

ประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นวิธีการส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยผ่าน

ข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบจากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) การมีความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งมารดาที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงจะทำให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยใช้กระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ JBI (2016) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย 4) การคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การรวบรวมข้อมูลและการสกัดข้อมูลงานวิจัย และ 7) การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) สืบค้นจากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ที่มีผลลัพธ์เป็นคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและ/หรือพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โดยคัดเลือกจากรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2560 (ค.ศ. 2006 ถึงปี ค.ศ. 2017) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ตามหลักของ PICO และระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้ 1) กลุ่มประชากร (participant) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์และ/หรือ

สตรีหลังคลอดปกติ 2) วิธีการจัดกระทำ (intervention) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาวิธีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ ข้อมูลจากประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยรูปแบบกิจกรรมมีทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และมีการจัดกระทำในระยะตั้งครรภ์และ/หรือในระยะหลังคลอดปกติ 3) การเปรียบเทียบ (comparison/comparator) เป็นรายงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับวิธีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 4) ตัวแปรผลลัพธ์ (outcome) เป็นรายงานวิจัยที่มีตัวแปรผลลัพธ์หลัก (primary outcome) คือ คะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และผลลัพธ์รอง (secondary outcome) คือ ระยะเวลาและ/หรือพฤติกรรมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และ 5) รูปแบบงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (randomized controlled trial: [RCT]) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอน และมีการรายงานค่าสถิติที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบคัดกรองรายงานการวิจัย (inclusion criteria form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยที่ครอบคลุม แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลอง (critical appraisal form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาโดย JBI (2016) แบ่งตามรูปแบบงานวิจัย คือ แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานเชิงทดลอง (JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials) และแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (JBI Critical

Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies) และแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (data extraction form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ลงบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกมาอย่างเป็นระบบ พัฒนาโดย JBI (2016) และมีการควบคุมคุณภาพการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักทำการคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย ประเมินคุณภาพรายงานวิจัย และสกัดข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนดโดยแยกกันประเมินอย่างอิสระ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อตรวจสอบความตรงกันของผลที่ได้ ผลการคัดกรองพบว่า ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักมีความคิดเห็นตรงกัน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัยเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เข้าพิจารณาในคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งหลังจากผ่านการพิจารณาผู้วิจัยจึงเริ่มต้นรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ตามขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบต่อไป

ผลการวิจัย

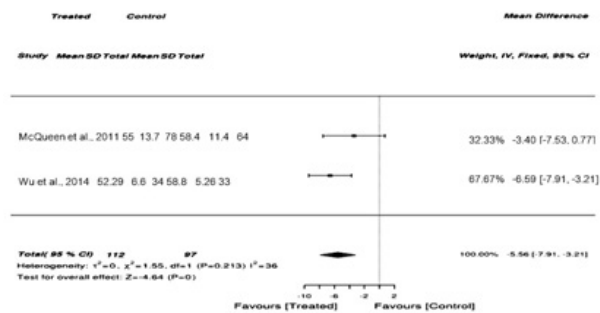
1. งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทั้งหมด 4,419 เรื่อง ภายหลังจากพิจารณาชื่อเรื่อง งานวิจัยจำนวน 4,387 เรื่องถูกคัดออกเมื่อพิจารณาบทคัดย่อพบไม่ใช้การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และไม่ใช่งานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง รายงานวิจัย 6 เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากตีพิมพ์เป็นภาษาเกาหลีและภาษาอาหรับ และรายงานวิจัย 10 เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากตีพิมพ์ซ้ำ งานวิจัยจำนวน 6 เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากจัดกระทำในประชากรที่ไม่ใช่สตรีตั้งครรภ์และ/หรือสตรีหลังคลอดปกติ คงเหลืองานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามแบบคัดกรองรายงานการวิจัยและแบบประเมินคุณภาพ 10 เรื่อง

2. งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมร้อยละ 60 และงานวิจัยกึ่ง

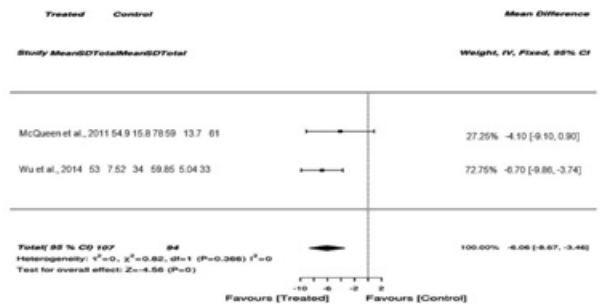
ทดลองร้อยละ 40 งานวิจัยทั้งหมดได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ และรูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดา รายบุคคล ร้อยละ 70 รายกลุ่ม ร้อยละ 30 ช่วงเวลาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดา ระยะตั้งครุภรกรรมร้อยละ 50 ระยะหลังคลอด ร้อยละ 20 และระยะตั้งครุภรกรรมร่วมกับระยะหลังคลอด ร้อยละ 30

3. ผลการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ในงานวิจัย 2 เรื่อง (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 209 ราย) (McQueen

et al., 2011; Wu et al., 2014) จัดกระทำในมารดาหลังคลอดครุภรกรรมแรก พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดา ทำให้มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดาเพิ่มขึ้น ในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด (WMD -5.56; 95% CI -7.91, -3.21, P<0.001) และในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอด (WMD -6.06; 95% CI -8.67, -3.46, P<0.001) ดังภาพที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์เมตา เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดาในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์เมตา เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดาในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอด

4. งานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง ถูกนำมาวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา ซึ่งสามารถสรุปการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดาออกเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดา รายบุคคล มีจัดกระทำทั้งในระยะตั้งครุภรกรรม ระยะหลังคลอด และระยะตั้งครุภรกรรมต่อเนื่องจนถึงหลังคลอด รูปแบบการส่งเสริมเป็นการส่งเสริมผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง โดยให้การบรรยายร่วมกับสื่อ

การสอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดาในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (Nichol et al., 2009; Otsuka et al., 2014) มีพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยนโมรดาอย่างเดี่ยวในระยะ 4 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (Ansari et al., 2014) แต่บางการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้ด้วยนโมรดา (Dodt

et al., 2015) นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการส่งเสริมโดยการบรรยายร่วมกับสอนสาธิต และการให้คำปรึกษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะ 4 และ 8 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Liu et al., 2016)

4.2 การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในกลุ่ม มีการจัดกระทำในระยะตั้งครรภ์ และระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด รูปแบบการส่งเสริมเป็นการส่งเสริมผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง โดยใช้รูปแบบการจัดกระทำ 2 รูปแบบ คือ การอบรมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญในระยะ 2 สัปดาห์หลังคลอด (Vincent, 2015) และการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Mizrak et al., 2017) และมีพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .02$) (Yi et al., 2016)

การอภิปรายผล

1. งานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีจำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ และตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2560 มากที่สุดซึ่งถือได้ว่ามีความทันสมัย เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 6 เรื่อง และเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง ในแง่ของคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ level 1.c-level 2.c)

2. งานวิจัยจำนวน 10 เรื่องที่นำมาทบทวน ผ่าน

การคัดเลือกและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ JBI (2016) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพ ได้รับการยอมรับทั้งในด้านความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น ดังนั้นงานวิจัยที่นำมาทบทวนทั้ง 10 เรื่อง ถือได้ว่ามีคุณภาพ มีความถูกต้องเชิงระเบียบวิธีวิจัย ทำให้ผลการศึกษาเป็นที่น่าเชื่อถือ

3. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จากการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบงานวิจัย 2 เรื่องที่สามารถนำมาวิเคราะห์หาค่าได้ และผลการวิเคราะห์พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสตรีหลังคลอดโดยผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การซักฟูดด้วยคำพูด และ 4) สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ สามารถเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 4 สัปดาห์หลังคลอด (WMD -5.56; 95% CI: -7.91, -3.21; $P < 0.001$) และที่ 8 สัปดาห์หลังคลอด (WMD -6.06; 95% CI: -8.67, -3.46; $P < 0.001$) ซึ่งการวิเคราะห์เมตาที่มีจำนวนตัวอย่างในงานวิจัยรวมทั้งหมด 209 ราย ทำให้มีความน่าเชื่อถือในผลลัพธ์ของการทบทวนอย่างเป็นระบบ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรจะนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยส่งเสริมผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่งตามแนวคิดของ Dennis (1999) เพื่อให้มารดามีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มมากขึ้นทั้งที่ 4 และ 8 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อไป

4. การสรุปเชิงเนื้อหาในงานวิจัย 8 เรื่อง พบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้นโดยการส่งเสริมผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่งตามแนวคิดของ Dennis (1999) เช่นเดียวกับงานวิจัยที่นำไปวิเคราะห์เมตา งานวิจัยที่นำมาสรุปเชิงเนื้อหาทั้ง 8 เรื่อง ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันในเรื่องรูปแบบการ

ส่งเสริม โดยส่งเสริมเป็นรายบุคคลจำนวน 5 เรื่อง เป็นรายกลุ่มจำนวน 3 เรื่อง และมีการใช้สื่อการสอน ตลอดจนช่วงเวลาของการจัดกระทำที่แตกต่างกัน เช่นจัดกระทำในระยะตั้งครรภ์จำนวน 5 เรื่อง ระยะหลังคลอด 1 เรื่อง และระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด 2 เรื่อง อย่างไรก็ตามงานวิจัยจำนวน 7 เรื่องให้ผลลัพธ์ที่ดีในการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด เพื่อให้สตรีหลังคลอดมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

2. พยาบาลผดุงครรภ์ควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตร

ด้วยนมมารดา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด และระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอดซ้ำ เพื่อนำมาเป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือ และมีงานวิจัยที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เมตา เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อไป

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านภาษา เนื่องจากรายงานวิจัยที่นำมาทบทวนคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทำให้ขาดความครอบคลุมในการสืบค้น

เอกสารอ้างอิง

- Alden, K. R. (2006). Newborn Nutrition and Feeding. In D. L. Lowdermilk, & L. E. Perry, *Maternity nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Ansari, S., Abedi, P., Hasanpoor, S., & Bani, S. (2014). The effect of intervention program on breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding in pregnant woman in Ahvaz, Iran. *International Scholarly Research Notices*, 2, 1-7. doi:10.1155/2014/510793.
- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-284. doi:10.1046/j.1523-536X.2002.00202.x.
- Bowatte, G., Tham, R., Allen, K. J., Tan, D. J., Lau, M. X. Z., Dai, X., & Lodge, C. J. (2015). Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 85-95. doi:10.1111/apa.13151.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 96-113. doi:10.1111/apa.13102
- Dennis, C., L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195-201. doi:10.1177/089033449901500303.

- Department of Health. (2016). *Strategic Plan for Development Health Promotion and Environmental Health Systems*. Retrieved from <http://www.anamai.moph.go.th>.
- Dodt, R. C. M., Joventino, E. S., Aquino, P. S., Almeida, P. C., & Ximenes, L. B. (2015). An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 725-732.
- Dunn, S., Davies, B., McCleary, L., Edwards, N., & Gaboury, I. (2006). The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Nursing*, 35(1), 87-97. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00005.x.
- Hinic, K. (2016). Predictors of breastfeeding confidence in the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(5), 649-660.
- Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *The Cochrane Database Systematic Review*, 15(8). doi:10.1002/14651858.CD003517.pub2
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2011). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (7th ed.). Missouri: Elsevier.
- Lodge, C. J., Tan, D. J., Lau, M. X. Z., Dai, X., Tham, R., Lowe, A. J., ... Dharmage, S. C. (2015). Breastfeeding and asthma and allergies: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 38-53. doi:10.1111/apa.13132.
- Loke, A. Y., & Chan, L. K. 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. doi:10.1111/1552-6909.1225
- Liu, L., Zhu, J., Yang, J., Wu, M., & Ye, B. (2017). The effect of a perinatal breastfeeding support program on breastfeeding outcomes in primiparous mothers. *Western Journal of Nursing Research*, 39(7), 906-923.
- McQueen, K. A., Dennis, C. L., Stremler, R., & Norman, C. D. (2011). A pilot randomized controlled trial of a self-efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(1), 35-46.
- Mizrak, B., Ozerdoga, N., & Colak, E. (2017). The effect of antenatal education on breastfeeding self-efficacy: primiparous women in turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 503-510.
- Nichols, J., Schutte, N. S., Brown, R. F., Dennis, C. L., & Price, I. (2009). The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Education & Behavior*, 36(2), 250-259. doi:10.1177/1090198107303362.
- Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., & Woodend, A. K. (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), 616-624.

- Otsuka, K., Taguri, M., Dennis, C. L., Wakutani, K., Awano, M., Yamaguchi, T., & Jimba, M. (2014). Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: Do hospital practices make a difference?. *Maternal and Child Health Journal, 18*, 296-306.
- Sankar, J. M., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, & Bahl, R. J. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, 104*(467), 3-13. doi:10.1111/apa.13147
- Thai Breastfeeding Center Foundation. (2014). *The economic benefits of breastfeeding*. Retrieved from <http://www.thaibreastfeeding.org/page.php?id=31>
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2016). *Checklist for quasi-experimental Study (non-randomized experimental study)*. Retrieved from <http://joannabrigge.org/research/critical-appraisal-tools.html>.
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2016). *Checklist for Randomize Controlled Trails*. Retrieved from <http://joannabrigge.org/research/critical-appraisal-tools.html>.
- Vincent, A. (2015). *The effect of breastfeeding self-efficacy on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration* (Doctoral dissertation, Walden University).
- World Health Organization [WHO]. (2012). *World Breastfeeding week 1-7 August 2012: Understanding the past-planning the future: Celebrating 10 years of WHO/UNICEF's Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Breastfeeding*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>.
- World Health Organization [WHO], & United Nations Children Fund [UNICEF]. (2009). *Baby-friendly hospital initiative revised, Updated and expanded for integrated care: Section 2 strengthening and sustaining The baby-friendly hospital initiative: A course for decision-makers*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Retrieved from <http://www.unicef.org/nutrition>
- Wu, D. S., Hu, J., McCoy, P. T., & Efid, T. J. (2014). The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in wuwan, China. *Journal of Advanced Nursing, 70*(8), 1867-1879. doi:10.1111/jan.12349
- United Nations Children Fund [UNICEF]. (2014). *Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis*. Retrieved from <http://www.unicef.org/thailand>.
- United Nations Children Fund [UNICEF]. (2016). *Monitoring the situation of children and women*. Retrieved from <https://www.unicef.org/vietnam/reports/monitoring-situation-children-and-women>

- Yi, C. M., Yim, I. W., & Chow, C. K. (2016). The effect of a self-efficacy- based educational programme on maternal breastfeeding self-efficacy, breastfeeding duration and exclusive breast-feeding rate: A longitudinal study. *Midwifery*, 36, 92-98.
- Yuangthong, S., Sawatpanit V and Deawitdaret V. (2012). The effect of breastfeeding promoting program for first-time postpartum mothers on breastfeeding duration and behaviors. *The Public Health Journal of Burapha University*, 7(2), 100-115.



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด

Factors Related to Fatigue Among Fathers in Postnatal Period

ณัฐยา	อ่อนนิวิ *	Nuttaya	Onpiw *
นันทพร	แสนศิริพันธ์ **	Nantaporn	Sansiriphun **
ฉวี	เปาพรวง **	Chavee	Baosoung **

บทคัดย่อ

อาการเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้และความรู้สึกที่พบได้ในผู้เป็นบิดาระยะหลังบุตรเกิดซึ่งส่งผลต่อผู้เป็นบิดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้พฤติกรรมสื่อสารของทารก การสนับสนุนทางสังคมและอาการเหนื่อยล้า ของผู้เป็นบิดาในระยะ หลังบุตรเกิด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เป็นบิดาทุกคนที่พาบุตรมารับบริการตรวจคัดกรอง ภาวะสุขภาพในระยะหลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอก ระยะ 1-2 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 85 ราย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2560 เครื่องมือ ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม อาการเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist [The MFSC]) ของ Pugh, Milligan, Parks, Lenz, and Kitzman (1999) ฉบับภาษาไทยโดย Theerakulchai (2004) แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรม การสื่อสารของทารกที่ ณัฐยา อ่อนนิวิ และนันทพร แสนศิริพันธ์ สร้างขึ้น และแบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคมของบิดา ของ Chaina, Sansiriphun, and Kantaruksa (2015) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.47 มีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย (= 41.65, S.D. = 8.38) การรับรู้พฤติกรรมสื่อสารของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.426, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.403, p < .01$)

คำสำคัญ: อาการเหนื่อยล้า ผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด

Abstract

Fatigue is the perception and feeling which can be found among fathers in the postnatal period. It affects fathers physically and mentally. The purpose of this descriptive correlational research was to explore the relationship between the perception of infant's communicated behavior, social support and fatigue among fathers in postnatal period. The subjects were selected following inclusion criteria and consisted of 85 fathers in postnatal period, who brought

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
 * Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University
 ** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 19 กันยายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 27 มีนาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 22 มิถุนายน 2560

their newborn in the 1-2 weeks postnatal period for health screening services at the outpatient department at Chiang Mai Health Promotion Center region 1 from February to April 2017. The research tools were The Modified Fatigue Symptoms checklist (The MFSC) by Pugh, Milligan, Parks, Lenz, and Kitzmen (1999) Thai version by Theerakulchai (2004); The Perception of Infant's Communicated Behavior, developed by Nuttaya Onpiw and Nantaporn Sansiriphun. The Father Social Support Questionnaire, developed by Supakorn Chaina and Nantaporn Sansiriphun (Chaina, Sansiriphun, & Kantaruksa, 2015). Descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient were used to analyze the data.

Results of the study revealed that most of the fathers (96.47%) had low fatigue. Their mean score of fatigue was 41.65 (S.D. = 8.38). Perception of infant's communicated behavior had negative correlation with fatigue among fathers in postnatal period ($r = -.426, p < .01$). Social support had a negative correlation with fatigue among fathers in the postnatal period ($r = -.403, p < .01$).

The findings from this study can be used as baseline data for planning nursing practices to manage fatigue among fathers in postnatal period.

Keywords: *Fatigue, Fathers in Postnatal Period*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อภรรยาตั้งครรภ์และคลอดบุตรผู้เป็นบิดาคือบุคคลใกล้ชิดและมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการดูแลมารดาและทารกในทุกระยะของวงจรการมีบุตร เริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด ขณะภรรยาตั้งครรภ์ ผู้ที่จะเป็นบิดาได้ช่วยเหลือ ดูแลภรรยา รวมทั้งทารกในครรภ์ โดยจะหาข้อมูล เพื่อให้การดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้เป็นภรรยา และทารกในครรภ์ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อจัดการกับความวิตกกังวลและความกลัวที่เกิดขึ้น และพยายามปรับเปลี่ยนตนเองให้ประสบความสำเร็จในช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญนี้ (Sansiriphun, Kantaruksa, Klunklin, Baosung, & Jordan, 2010) และเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอดได้ทำหน้าที่ให้การดูแลและช่วยเหลือภรรยาและบุตร ในระยะนี้ผู้เป็นบิดารู้สึกตื่นเต้นและวิตกกังวลอย่างมากและพยายามหาข้อมูลเพื่อยืนยันอาการเจ็บครรภ์คลอด เตรียมตัวส่งภรรยาไปโรงพยาบาลเพื่อคลอด คอยสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจภรรยา รวมทั้งเฝ้ารอคอยการคลอดด้วย

ความอดทน และวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของทารกเพิ่มทวีมากขึ้น ในระยะหลังคลอด เริ่มตั้งแต่วันแรก ที่ผู้เป็นบิดามารดา และทารกแรกเกิดได้อยู่ด้วยกัน ผู้เป็นบิดาเกิดความรู้สึกสงสารภรรยาที่เจ็บปวดทรมานจากการเจ็บครรภ์และการคลอดบุตร จึงพยายามเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจภรรยา ซึ่งในระยะแรกหลังคลอดขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปจนถึง 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอดขณะอยู่ที่บ้าน ผู้เป็นบิดาต้องเผชิญกับสถานการณ์แปลกใหม่ในสถานะของบิดาที่ต้องดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ซึ่งบางครั้งไม่เข้าใจในการให้บริการตื่น สื่อสัญญาณ และพฤติกรรมของทารก รวมทั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้เป็นบิดารู้สึกกังวล ตึงเครียด และพักผ่อนไม่เพียงพอ (Sansiriphun, Kantaruksa, Klunklin, Baosung, & Liamtrirat, 2015) จะเห็นได้ว่าการทำหน้าที่ของผู้เป็นบิดา ตั้งแต่ภรรยาเริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอดและต่อเนื่องมาถึงระยะหลังคลอดนี้ อาจส่งผลให้ผู้เป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น

อาการเหนื่อยล้า คือ ภาวะหมดเรี่ยวแรงอย่างมาก ตามการรับรู้และความรู้สึกส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (Pugh & Milligan, 1993) ผู้เป็นบิดาจะมีอาการเหนื่อยล้ามากขึ้นในระยะหลังบุตรเกิด เห็นได้จากการศึกษาของ Elek, Hudson, and Fleck (2002) ที่ศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา ในช่วงเช้าและช่วงเย็น และแบ่งเป็น 5 ระยะ ตั้งแต่ระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์จนถึง 16 สัปดาห์หลังบุตรเกิด ผลการศึกษาพบว่า ผู้เป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้าทั้งช่วงเช้าและช่วงเย็นอยู่ในระดับตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงระดับสูง โดยพบอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาตั้งแต่ในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์ต่อเนื่องไปจนถึง 16 สัปดาห์หลังบุตรเกิด การศึกษาของ Montigny and Lacharite (2004) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ในช่วงเวลา 12 วันแรกหลังบุตรเกิด ผลการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ในระยะหลังบุตรเกิดของผู้เป็นบิดาครั้งแรกเต็มไปด้วยประสบการณ์เชิงลบ และอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบมากที่สุด โดยพบถึงร้อยละ 69 และการศึกษาของ Sansiriphun, Baosoung, Klunklin, Kantaruksa, and Liamtirat (2014) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะภรรยาคลอดบุตร และระยะหลังคลอด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เป็นบิดาครั้งแรก จำนวน 41 ราย ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้เป็นบิดาเกิดอาการเหนื่อยล้ามากที่สุดคือ ไม่มีประสบการณ์เลี้ยงดูทารกจึงเกิดความไม่เข้าใจในพฤติกรรมของทารก โดยเฉพาะการร้องไห้ของทารก ในความรู้สึกของ ผู้เป็นบิดานั้น รู้สึกว่าทารกร้องไห้เป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้เป็นบิดาไม่ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ซึ่งอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาที่เกิดขึ้นนั้นมีระดับแตกต่างกันในแต่ละชนชาติและช่วงเวลา หลังบุตรเกิด เห็นได้จากรายงานการศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้เป็นบิดาชาวออสเตรเลีย จำนวน 241 ราย ผลการศึกษาพบว่าในระยะ 6 สัปดาห์และระยะ 12 สัปดาห์หลังบุตรเกิด ผู้เป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65 และอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับมาก ร้อยละ

76 ตามลำดับ (Mellor & John, 2012) และการศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้เป็นบิดาชาวแคนาดา จำนวน 108 ราย ผลการศึกษาพบว่า ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังบุตรเกิด ผู้เป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 50.78 ร้อยละ 48.93 และร้อยละ 50.64 ตามลำดับ (Loutzenhiser, Mcauslan, and Sharpe, 2014) จะเห็นได้ว่าผู้เป็นบิดาในแต่ละชนชาติและแต่ละช่วงเวลาหลังบุตรเกิด มีระดับอาการเหนื่อยล้าที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมาก ซึ่งอาการเหนื่อยล้าอาจส่งผลกระทบต่อผู้เป็นบิดาได้

อาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด ส่งผลกระทบต่อร่างกายและกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ความรู้สึก การทำหน้าที่และการทำงานสัมพันธ์กันในครอบครัวและสัมพันธ์ภาพกับทารก สำหรับผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและกิจวัตรประจำวัน มีรายงานการศึกษาพบว่า อาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาส่งผลทำให้การทำงานของสมองด้านการจัดการ (executive functional) ขาดความสมดุลทำให้การควบคุมความคิด การวางแผน และการตัดสินใจลดลง (Kienhuis, Rogers, Giallo, Matthews, & Treyvaud, 2010) ส่วนผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าต่ออารมณ์ความรู้สึกนั้นพบว่า อาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดอารมณ์หงุดหงิด และมีความรู้สึกแย่เพิ่มมากขึ้นอีก ทั้งอาการเหนื่อยล้ายังส่งผลกระทบต่อการทำงานที่และการทำงานของผู้เป็นบิดาด้วย โดยพบว่าทำให้ผู้เป็นบิดาไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ และการปรับตัวกับบทบาทการเป็นผู้เลี้ยงดู และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเลี้ยงดูทางลบ (Elek, Hudson, & Fleck, 2002) สำหรับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาที่ส่งผลต่อการทำงานพบว่า อาการเหนื่อยล้าทำให้การเตรียมพร้อมและการตัดสินใจในการทำงานลดลง รวมทั้งทำให้พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานลดลง (Mellor & John, 2012) และส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในที่ทำงานเพิ่มขึ้น (Loutzenhiser et al., 2014) สำหรับด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสัมพันธ์ภาพกับทารก อาการเหนื่อยล้า

ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดความหงุดหงิดในการติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว (Giallo, Rose, Cooklin, & McCormack, 2013) และส่งผลให้ความสามารถของคู่สมรสในการมีส่วนร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างมีประสิทธิภาพลดลง และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างรุนแรง (Elek et al., 2002) และมีรายงานการศึกษาพบว่า อาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อผู้เป็นบิดามีเวลาและกิจกรรมให้กับบุคคลในครอบครัวลดลง และส่งผลให้ความอดทนที่มีต่อทารกลดลง และหมดเรี่ยวแรงในการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก (Giallo et al., 2013) จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าอาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อผู้เป็นบิดาหลายด้าน ซึ่งอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอาจมีปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด ตามแนวคิดของ Pugh and Milligan (1993) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ สำหรับปัจจัยด้านร่างกายที่ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดอาการเหนื่อยล้า คือ ปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ การถูกรบกวนการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ (Giallo, Cooklin, Zerman, & Vittorino, 2013; Kushnir, Israeli-Tedgi, & Urkin, 2013; Loutzenhiser, Mcauslan, & Sharpe, 2014; Mellor & John, 2012) ปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Cooklin, Giallo, & Rose, 2012; Elek et al., 2002; Loutzenhiser et al., 2014) ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ของผู้เป็นบิดานำไปสู่อาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย อายุ รายได้ อาชีพ ปัญหาการนอนหลับของทารก ความต้องการการสนับสนุน (support need) และความพึงพอใจในการสนับสนุน (support satisfaction) (Elek et al., 2002; Loutzenhiser et al., 2014; Mellor & John, 2012) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านมีความเกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา และพบว่าปัจจัยที่น่าสนใจในการศึกษา

ครั้งนี้ คือ การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก (John, Cameron, & Mc Veigh, 2005; Sansiriphun et al., 2014) และการสนับสนุนทางสังคม (Cooklin et al., 2012)

การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก หมายถึงความสามารถในการตีความหมาย การแปลความหมาย และการคาดเดาการแสดงออกของทารก ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ระยะการหลับการตื่นของทารก สื่อสัญญาณทารก และพฤติกรรมทารก เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของทารกอย่างเหมาะสม (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในผู้เป็นบิดากับอาการเหนื่อยล้าในระยะหลังบุตรเกิดในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาโดยตรงพบเพียงการศึกษาเชิงคุณภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาที่เกิดขึ้นในระยะหลังบุตรเกิด เนื่องจากความไม่เข้าใจในระยะการหลับการตื่น สื่อสัญญาณ และพฤติกรรมของทารกแรกเกิด ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาไม่ได้พักหลับเต็มที่ และเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น (Sansiriphun et al., 2014) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบการศึกษาของ John, Cameron, and McVeigh (2005) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพสัมภาษณ์ผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะหลังบุตรเกิดชาวออสเตรเลีย พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้เป็นบิดาเกิดอาการเหนื่อยล้าและความเครียดในระยะแรกหลังคลอด ได้แก่ ความเหน็ดเหนื่อยที่ไม่ได้หลับ การร้องไห้ของทารก และความรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น เห็นได้ว่าการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกอาจมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา หากผู้เป็นบิดาไม่สามารถรับรู้หรือเข้าใจในระยะการหลับการตื่น สื่อสัญญาณ และพฤติกรรมของทารก อาจส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดอาการเหนื่อยล้า ซึ่งผู้เป็นบิดาจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ การสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ และความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ คู่สมรส ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากร

ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ในระยะหลังบุตรเกิด ผู้เป็นบิดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ครั้งใหญ่ในชีวิต เผชิญกับสถานการณ์ อารมณ์ และความรู้สึที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Sansiriphun et al., 2014) หากผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพออาจจะช่วยให้อาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาบรรเทาได้ (Cooklin et al., 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดกับอาการเหนื่อยล้าพบเพียงรายงานการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุน และความพึงพอใจในการสนับสนุนกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา ดังการศึกษาของ Cooklin et al. (2012) เกี่ยวกับความต้องการ การสนับสนุนกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36, p < .01$) และความพึงพอใจในการสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.28, p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด พบว่า มีการศึกษาค่อนข้างน้อยและพบเพียงการศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดในต่างประเทศ ที่พบว่า มีหลากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา แต่เนื่องจากความแตกต่างทางเชื้อชาติ สังคม และวัฒนธรรมทำให้ประสบการณ์ของผู้เป็นบิดามีความแตกต่างกัน (Sansiriphun et al., 2014) อาจไม่สามารถนำมาอ้างอิงถึงอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้เป็นบิดาชาวไทยได้ และไม่พบการศึกษาอาการเหนื่อยล้าในระยะหลังบุตรเกิดโดยตรงในผู้เป็นบิดาชาวไทย พบเพียงการศึกษาเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะภรรยาคลอดบุตร และระยะหลังคลอด

ที่สะท้อนให้เห็นถึงอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 1-2 สัปดาห์ หลังบุตรเกิด ที่ผู้เป็นบิดาต้องปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ รวมทั้งต้องช่วยดูแลภรรยาและทารกแรกเกิด จึงทำให้ผู้เป็นบิดาเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นได้ (Sansiriphun et al., 2014) ดังนั้นจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น กับผู้เป็นบิดาชาวไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดการและให้ความช่วยเหลือผู้เป็นบิดาเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า รวมทั้งสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด

คำถามการวิจัย

1. อาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดเป็นอย่างไร
2. การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด โดยอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด ใช้แนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของ Pugh and Milligan (1993) และจากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาครั้งนี้ คือ การรับ

รู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ตามแนวคิดของ Blackburn and Blakewell-Sachs (2003) และการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยผู้วิจัยคาดว่าผู้เป็นบิดาที่มีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมาก อาจมีอาการเหนื่อยล้าน้อย และผู้เป็นบิดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก อาจมีอาการเหนื่อยล้าน้อย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ประชากรในการศึกษาคือ ผู้เป็นบิดาที่บุตรมีอายุ 1-2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นบิดาที่พบบุตรมารับบริการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอก ระยะ 1-2 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้เป็นบิดา อายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 2) ภรรยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 3) ทารกแรกเกิด คลอดปกติ และมีสุขภาพแข็งแรง 4) อาศัยอยู่ด้วยกันกับภรรยาและบุตร 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่าง ตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา (Elek et al., 2002) และเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และมีความเหมาะสมสำหรับ การวิจัยทางการพยาบาลได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอาการเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist [The MFSC]) ของ Pugh et al. (1999) ฉบับภาษาไทยโดย

Theerakulchai (2004) 3) แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ซึ่งผู้วิจัยและคณะสร้างจากแนวคิดของ Blackburn and Blakewell-Sachs (2003) และการทบทวนวรรณกรรม และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดา ของ Chaina et al. (2015) สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามอาการเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist [MFSC]) ของ Pugh et al. (1999) ฉบับภาษาไทยโดย Theerakulchai (2004) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดา ของ Chaina et al. (2015) ผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงแก้ไขเนื้อหา จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำสำหรับแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตลอดจนความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.98 ผู้วิจัยได้นำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาใหม่ จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอาการเหนื่อยล้าแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดา ไปทดลองใช้กับผู้เป็นบิดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำข้อมูลไปคำนวณและหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยพบว่าแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 แบบสอบถามอาการเหนื่อยล้ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านคำชี้แจงแบบสอบถาม และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถที่จะตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจพร้อมเซ็นใบยินยอมและสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาก็จะไม่มีผล ต่อภรรยาและบุตรที่มารับบริการในโรงพยาบาลนี้ ทั้งทางตรงและทางอ้อม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนรวมอาการเหนื่อยล้าของบิดา คะแนนรวมการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก และคะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคมของบิดา

ผลการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด จำนวน 85 ราย มีอายุระหว่าง 20-50 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.81 ปี (S.D. = 6.75) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 57.65 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 45.88 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.53 และประกอบ

อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.59 ซึ่งผู้เป็นบิดาใช้ระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 51.76 และส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-40,000 บาท ร้อยละ 67.06 ซึ่งผู้เป็นบิดาเห็นว่า มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.53 ผู้เป็นบิดาอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 52.94 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4-6 คน ร้อยละ 50.59 และมีบุตรคนแรก ร้อยละ 65.88 ผู้เป็นบิดามีระยะเวลาในการนอนหลับเฉลี่ย 6.33 ชั่วโมงต่อคืน (S.D. = 1.42) ซึ่งมีความเพียงพอในการนอนหลับระดับปานกลาง ร้อยละ 71.76 และส่วนใหญ่ผู้เป็นบิดาไม่เคยมีประสบการณ์เลี้ยงดูทารก ร้อยละ 54.12 มีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรครั้งนี้ในระดับมาก ร้อยละ 50.59 และมีความพึงพอใจมากที่สุดในการเป็นบิดา ร้อยละ 70.59

2. อาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนอาการเหนื่อยล้าอยู่ระหว่าง 31-61 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.65 (S.D. = 8.38) ซึ่งเป็นอาการเหนื่อยล้าในระดับน้อย

3. การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนอยู่ระหว่าง 82-100 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 91.32 คะแนน (S.D. = 5.66) ซึ่งผู้เป็นบิดารับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในระดับมาก

4. การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 69-97 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 84.10 คะแนน (S.D. = 10.45) ซึ่งผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

5. การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.426, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.403, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกการสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก	1.05	6.05	0.57
2. การสนับสนุนทางสังคม	0.42	8.14	0.64
3. อาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา	0.00	9.55	0.59

** $p < .01$

การอภิปรายผล

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 อาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดเป็นอย่างไร

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอาการเหนื่อยล้า อยู่ระหว่าง 31–61 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.65 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.38 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 96.47 รองลงมามีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.53 โดยอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้เป็นบิดาเกิดจากการรับรู้และความรู้สึกว่ามีอาการหมดเรี่ยวแรง และส่งผลทำให้ความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ของผู้เป็นบิดาได้ตามปกติ (Pugh and Milligan, 1993) สามารถอธิบายได้ว่าในระยะหลังบุตรเกิด ผู้เป็นบิดาเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ซึ่งเต็มไปด้วยประสบการณ์เชิงลบ เช่น ความตึงเครียด การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น จึงส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นโดยอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดเป็นอาการที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 69 (Montigny & Lacharite, 2004) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดมีอาการเหนื่อยล้าระดับน้อย คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Giallo et al. (2013) ที่ศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาชาวออสเตรเลียในระยะหลังบุตรเกิด พบว่า ผู้เป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้า อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 84 และข้อมูลส่วนบุคคลที่พบในการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายการเกิดอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาได้คือ อายุพบว่า ผู้เป็นบิดาส่วนใหญ่มีช่วงอายุที่พบมากที่สุด

อยู่ระหว่าง 20–30 ปี ร้อยละ 57.65 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.81 ปี ซึ่งผู้เป็นบิดาที่มีอายุน้อยจะมีอาการเหนื่อยล้าสูงกว่าผู้เป็นบิดาที่มีอายุมากทั้งนี้เป็นผลมาจากผู้เป็นบิดาที่มีอายุน้อยมีรายได้น้อยกว่าผู้เป็นบิดาที่มีอายุมาก จึงต้องพยายามทำงานเพื่อหารายได้เพิ่มมากขึ้นจึงส่งผลให้ผู้เป็นบิดาอายุน้อยเกิดอาการเหนื่อยล้ามากกว่าผู้เป็นบิดาอายุมาก (Elek et al., 2002) และการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ คือ ผู้เป็นบิดาครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 65.88 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก ร้อยละ 54.12 ซึ่งในระยะหลังบุตรเกิด ผู้เป็นบิดาครั้งแรกต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต เช่น เกิดความเครียด เหน็ดเหนื่อยจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ การร้องไห้ของทารก รวมทั้งไม่แน่ใจเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด เป็นต้น (John, Cameron, & Mc Veigh, 2005) จึงส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น ดังการศึกษาของ Sansiriphun et al. (2014) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะหลังคลอด ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้เป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น และสาเหตุที่ทำให้ผู้เป็นบิดาเกิดอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด คือ ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดหรือไม่ อย่างไร

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า การรับรู้พฤติกรรม การสื่อสารของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับ อาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.426, p < .01$) หมายความว่า ผู้เป็นบิดาที่มีการรับรู้ พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมากจะมีอาการเหนื่อย ล้า น้อย สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ในระยะแรกหลังบุตร เกิด ขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล ผู้เป็นบิดาต้องเผชิญ กับสถานการณ์แปลกใหม่ และในฐานะของผู้เป็นบิดาที่ ต้องช่วยดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ซึ่งบาง ครั้งอาจไม่เข้าใจในระยะการหลับการตื่น สื่อสัญญาณ พฤติกรรมของทารก และไม่สามารถตอบสนองความ ต้องการได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาพักผ่อนไม่ เพียงพอจึงเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นได้ อย่างไรก็ตามใน ระยะต่อมาขณะอยู่ที่บ้าน ผู้เป็นบิดาจะมีการปรับตัวใน บทบาทหน้าที่การเป็นบิดา และพยายามเข้ามามีส่วน ร่วมดูแลทารกแรกเกิด โดยผู้เป็นบิดาจะเริ่มสังเกตและ เรียนรู้พฤติกรรมสื่อสารของทารกมากขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมกรร่งให้ การดูดนม การขับถ่าย และความ ต้องการของทารกแรกเกิด และมีการหาข้อมูลเพื่อใช้ในการ แปลความหมายพฤติกรรมสื่อสารของทารกเพื่อ ทำให้ตนสามารถดูแลและตอบสนองทารกได้อย่าง เหมาะสม ซึ่งผลจากการที่ผู้เป็นบิดามีความสนใจในการ เรียนรู้พฤติกรรมสื่อสารและพัฒนาการของทารก ทำให้ผู้เป็นบิดาเข้าใจความต้องการของทารกมากขึ้น และสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้เป็น อย่างดี ส่งผลให้ผู้เป็นบิดารู้สึกมีความสุขเมื่อได้เห็นทารก เติบโต และเมื่อผู้เป็นบิดาสามารถปรับตัวได้กับบทบาท หน้าที่ใหม่ในฐานะการเป็นบิดาทำให้ความรู้สึก เหน็ดเหนื่อยลดลง เกิดความภูมิใจ และมีความสุขอย่าง ยิ่งกับการเป็นบิดา (Sansiriphun et al., 2014) จึงส่ง ผลให้ผู้เป็นบิดาส่วนใหญ่ในการศึกษาค้นคว้านี้รับรู้ถึง อาการเหนื่อยล้าว่าเกิดขึ้นบ้างแต่อยู่ในระดับน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ อาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.403, p < .01$) หมายความว่าผู้เป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มากจะมีอาการเหนื่อยล้า น้อย สามารถอธิบายได้ว่าใน การเป็นบิดา ผู้เป็นบิดาต้องเผชิญกับอารมณ์ ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นทั้งด้านบวกและด้านลบ และการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นกับตน (Sansiriphun et al., 2014) รวมทั้ง ความกดดัน ความเครียด ความท้าทายในการปรับตัวสู่ บทบาทการเป็นบิดา (Pollock, Amankwaa, & Amankwaa, 2005) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะเป็น ตัวกลางในการดูดซับและช่วยลดความเครียดและความ กัดดันต่าง ๆ ได้ (House, 1981) และช่วยให้ผู้เป็นบิดา มีความพร้อมในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้เป็นบิดา สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดา และทำหน้าที่ ได้ด้วยความภูมิใจและไม่รู้สึกถึงอาการเหนื่อยล้าในการ ทำหน้าที่มากเกินไป (Hoffman, 2011) ซึ่งการได้รับ การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ภรรยา การสนับสนุน จากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น จะส่งผลให้ผู้เป็น บิดามีกำลังใจ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ผู้ เป็นบิดาสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดาได้ (Kongmanee, Sansiriphun, & Baosoung, 2015) และผู้เป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียง พออาจจะช่วยให้ความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาลด ลง (Cooklin et al., 2012) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาค้นคว้านี้รับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้าในระดับน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

นำผลที่ได้จากการศึกษาอาการเหนื่อยล้าของ ผู้เป็นบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับ อาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด

ด้านการศึกษาพยาบาล

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอน วิชาการผดุงครรภ์ เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ได้ตระหนัก ถึงความสำคัญของอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาใน

ระยะหลังบุตรเกิด โดยคำนึงถึงการรับรู้พฤติกรรม การสื่อสารของทารก และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาอาการเหนื่อยล้าของบิดาให้ครอบคลุมทุกระยะของวงจรการมีบุตร ได้แก่ ระยะตั้งครรรภ์ และระยะคลอด
2. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด

ได้แก่ ความวิตกกังวล สัมพันธภาพของคู่สมรส ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ อาชีพ ระยะเวลาในการทำงาน รายได้ เป็นต้น

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกและมีบุตรหลายคนควรทำการศึกษาในผู้เป็นบิดากลุ่มอื่นเพิ่มเติม เพื่อศึกษาความแตกต่างของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เช่น ผู้เป็นบิดาครั้งแรก บิดาวัยรุ่น บิดาที่ภรรยาไม่ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Blackburn, S., & Blakewell-Sachs, S. (2003). *Understanding the behavior of term infants*. Retrieved from <https://www.marchofdimess.org/nursing/modnemedial/othermedia/neModule.pdf>
- Chaina, S., Sansiriphun, N., & Kantaruksa, K. (2015). Stress, Social support and father involvement during postpartum period, *Nursing Journal*, 42(1), 85-96. (In Thai)
- Cooklin, A. R., Giallo, R., & Rose, N. (2012). Parental fatigue and parenting practices during early childhood: An Australian community survey. *Child: Care, Health and Development*, 38(5), 654-664. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01333.x
- Elek, S., Hudson, D., & Fleck, M. (2002). Couples' experiences with fatigue during the transition to parenthood. *Journal of Family Nursing*, 8, 221-240.
- Giallo, R., Cooklin, A., Zerman, N., & Vittorino, R. (2013). Psychological distress of fathers attending an Australian early parenting service for early parenting difficulties. *Clinical Psychologist*, 17(2), 46-55. doi:10.1111/j.1742-9552.2012.00044.x
- Giallo, R., Rose, N., Cooklin, A., & McCormack, D. (2013). In survival mode: Mothers and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1), 31-45. doi:10.1080/02646838.2012.751584
- Hoffman, J. (2011). *Father factors: What social science research tells us about fathers and how to work with them*. Retrieved from www.fira.ca/cms/documents/211/FatherFactorsFinal.pdf
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading Mass: Addison-Wesley.
- John, W., Cameron, C., & McVeigh, C. (2005). Meeting the challenge of new fatherhood during the early weeks. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 180-189.
- Kienhuis, M., Rogers, S., Giallo, R., Matthews, J., & Treyvaud, K. (2010). A proposed model for the impact of parental fatigue on parenting adaptability and child development. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), 392-402.

- Kongmanee, N., Sansiriphun, N., & Baosoung, C. (2015). Stress, Social support and father's functional status, *Nursing Journal*, 44(Suppl.1), 83-95. (In Thai)
- Kushnir, T., Israeli-Tedgi, S., & Urkin, J. (2013). Do fathers suffer from postpartum fatigue? The roles of sleep quality and stress. *Sleep Medicine*, 14, e175.
- Loutzenhiser, L., Mcauslan, P., & Sharpe, D. P. (2014). The trajectory of maternal and paternal fatigue and factors associated with fatigue across the transition to parenthood. *Clinical Psychologist*, 19, 15-27. doi:10.1111/cp.12048
- Mellor, G., & John, W. S. (2012). Fatigue and work safety behavior in men during early fatherhood. *American Journal of Men's Health*, 6(1), 80-88. doi:10.1177/1557988311423723
- Montigny, F., & Lacharite, C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(3), 328-339. doi:10.1177/0884217504266012
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Pollock, M. A., Amankwaa, L. C., & Amankwaa, A. A. (2005). First-time fathers and stressors in the postpartum period. *The Journal of Perinatal Education*, 14(2), 19-25.
- Pugh, L. C., & Milligan, R. (1993). A framework for the study of childbearing fatigue. *Advances in Nursing Science*, 15(4), 60-70.
- Pugh, L. C., Milligan, R., Parks, P. L., Lenz, E. R., & Kitzman, H. (1999). Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 28(1), 74-80.
- Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A., Baosoung, C., & Jordan, P. (2010). Thai men becoming a first-time father. *Nursing and Health Sciences* 12, 403-409.
- Sansiriphun, N., Baosoung, C., Klunklin, A., Kantaruksa, K., & Liamtrirat, S. (2014). Experience of first-time father during labor and delivery period, *Nursing Journal*, 44(Suppl.1), 143-157. (In Thai)
- Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A., Baosoung, C., & Liamtrirat, S. (2015). The journey into fatherhood: A grounded theory study. *Nursing and Health Sciences*, 17(4), 460-466.
- Theerakulchai, J. (2004). *Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women*. (Doctoral dissertation). Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus

จริยา	นพเคราะห์ *	Jariya	Noppakraw *
โรจน์	จินตนาวัฒน์ **	Rojanee	Chintanawat **
ทศพร	คำผลศิริ ***	Totsaporn	Khampolsiri ***

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องจัดการตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการจัดการตนเอง การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.54, p < .01$)

ข้อค้นพบนี้เป็นประโยชน์โดยตรงสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

Diabetes is a chronic disease that needs self-management to control the symptoms of the disease. Health literacy is an important factor affecting self-management. This correlation descriptive research aimed to investigate health literacy, self-management, and the relationship between health literacy and self-management among older persons with type 2 diabetes mellitus. Participants were the older persons with type 2 diabetes mellitus who visited a non-communicable

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร

* Professional Nurse, Phothale Hospital, Phichit Province, jjariya-nopp@hotmail.com

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University ,rojaneer@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 3 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 7 เมษายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 4 กรกฎาคม 2560

diseases clinic at Phothale Hospital, Phichit Province. The 88 participants were selected using convenience sampling from November to December 2016. The research tools used in this study were a demographic data recording forms, health literacy and self-management behaviors questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficient

The results showed that the health literacy and self-management were at a high level. Health Literacy had a positive relationship with self-management at a moderate level with statistical significance ($r = 0.54$, $p < .01$).

The results from this study demonstrate the direct benefits for health care professionals in promoting health literacy and self-management among older persons with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: *Health literacy, Self-management, Older Persons with type 2 Diabetes Mellitus.*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ความรุนแรงของโรคจะมากกว่าในวัยอื่น สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2559 พบโรคเบาหวานมากเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจหลอดเลือดและโรคมะเร็ง โดยมีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 9,700,000 คน (Bureau of Elderly Health, Health Promotion Center, Department of Health, Ministry of Public Health, 2013) ทั้งพบว่าโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 13.3 ในปี พ.ศ. 2558 มีความชุกในช่วงอายุ 60-69 ปี สูงสุด ร้อยละ 16.7 ในเพศชาย ร้อยละ 13.6 และในเพศหญิง ร้อยละ 19.3 (Division of Non Communicable Disease, 2016)

แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน และเป้าหมายหลักที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับค่าปกติ โดยการรับประทานยาให้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ทั้งนี้ต้องอาศัยทักษะ

การจัดการตนเองที่ดี ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวาน (Kaissi & Parchman, 2009)

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการจัดการกระทำกับตนเองด้วยความตั้งใจ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรัง โดยอาศัยคำแนะนำด้านสุขภาพ และความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) การจัดการกับตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มี 3 ด้าน คือ 1) การจัดการกับบทบาทหน้าที่ (role management) ประกอบด้วย การจัดการกับอาการของโรค การร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ 2) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) ประกอบด้วย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับโรค การมาตรวจตามนัด การอ่านฉลากยา การอ่านใบสั่งยินยอมให้การรักษา และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (emotional management) ประกอบด้วย การดำเนินการเพื่อลดผลกระทบทางอารมณ์จากภาวะเจ็บป่วย

เช่น อารมณ์เครียด อารมณ์โกรธ อารมณ์กลัว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง (Angboonta, 2011) มีการจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับสภาพจิตใจและอารมณ์ได้เมื่อมีความเครียดจากโรค และยังพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด 125 mg/dl ถึงร้อยละ 55 ของจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมด นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Huang et al. (2014) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดการกับอาการของโรค แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุยังไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งน่าจะมีปัจจัยอื่นที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะที่จำเป็นในการควบคุมภาวะสุขภาพ (Al Sayah et al., 2013) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ ทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2000) ความรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (functional health literacy/basic skills and understanding) เป็นทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน รับรู้ เข้าใจ และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร (interactive/communication health literacy) เป็นทักษะในการพูด ฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสาร เพื่อเพิ่มความสามารถในการ

ดูแลสุขภาพ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมา รู้เท่าทันสื่อ ตัดสินใจ และสามารถเลือกปฏิบัติเพื่อส่งเสริม รักษาสุขภาพของตนให้ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนสูง (high level complexity) ต้องการความรู้และการจัดการตนเองอย่างมาก ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงจำเป็นต้องมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองในการควบคุมโรค (Al Sayah et al., 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Al Sayah et al., 2013) และมีการศึกษาเป็นจำนวนมากแต่บริบททางสังคมของผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทยมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านการรู้หนังสือ ความเป็นอยู่ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต อีกทั้งความรู้ด้านสุขภาพส่วนมากทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ และยังไม่ชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบกับในผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราหลายประการอาจเป็นข้อจำกัดในการสร้างทักษะการอ่าน การคิด การทำความเข้าใจในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการตัดสินใจจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพ ในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน

สุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างไร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือน ธันวาคม 2559

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการควบคุม เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนตามมา การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การจัดการกับบทบาทหน้าที่ (role management) 2) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (emotional management) การจัดการตนเองทั้ง 3 ด้านนี้ จะมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ที่ เป็นความสามารถในการเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถนำข้อมูลไปใช้ติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ และบุคคลอื่น รู้จักคัดสรรข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) แบ่งความรู้ด้านสุขภาพ 3 ด้านคือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (functional

health literacy/basic skills and understanding) 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์/ การติดต่อสื่อสาร (interactive/communication health literacy และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจรรณญาณ (critical health literacy) โดยผู้วิจัยเชื่อว่าถ้าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงจะช่วยให้การจัดการตนเองอยู่ในระดับที่สูงด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร จำนวน 88 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์คือ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีสติปัญญาการรับรู้ที่ปกติ ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีระดับคะแนนสำหรับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้ที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 2) แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Health Literacy scale) ของ Ishikawa et al. (2008) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทย

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย 2 ท่าน ตรวจสอบและแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (back translation) เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพด้านวิจรรณญาณ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ แบ่งระดับความถี่ของการปฏิบัติ ไม่เคย การปฏิบัติทางบวก 1 คะแนน การปฏิบัติทางลบ 4 คะแนนนาน ๆ ครั้ง การปฏิบัติทางบวก 2 คะแนน การปฏิบัติทางลบ 3 คะแนน บางครั้ง การปฏิบัติทางบวก 3 คะแนน การปฏิบัติทางลบ 2 คะแนน บ่อยครั้ง การปฏิบัติทางบวก 4 คะแนน การปฏิบัติทางลบ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน กำหนดคะแนน 14.00-28 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับต่ำ คะแนน 28.01-42 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง คะแนน 42.01-56 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ Angboonta (2011) พัฒนาตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 17 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำนวน 3 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ การใช้ยาเบาหวาน จำนวน 3 ข้อ การรับรู้อาการของโรคเบาหวานและปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ แบ่งระดับความถี่ของการปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมเลย 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมไม่สม่ำเสมอหรือ 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมสม่ำเสมอ 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมสม่ำเสมอ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์ 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-68

คะแนน กำหนดคะแนน 17.00-34.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ คะแนน 34.01-51.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง คะแนน 51.01-68.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index:CVI) เท่ากับ 0.78 และ 0.97 ตามลำดับ และมีความเที่ยงตรงที่ยอมรับได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ การทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91, 0.93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำเสนอโครงร่างการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ และเอกสารข้อมูลการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 085-2559 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงเกี่ยวกับการยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยและวิธีการเก็บความลับไม่ให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน หาค่าความถี่ ร้อยละของระดับคะแนน การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่าข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง มีค่า Asymp Sig (2-tailed) 0.28 และ 0.07 ตามลำดับ (ค่าปกติมากกว่า 0.05) แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (normality) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามเกนต์ (Burns & Grove, 2009)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 88 ราย เป็นเพศหญิง 52 ราย (ร้อยละ 59.09) กลุ่มตัวอย่างมีอายุ

เฉลี่ย 65.28 ปี (S.D.=5.12) อายุระหว่าง 60-69 ปี 77 ราย (ร้อยละ 87.50) สถานภาพสมรสคู่ 61 ราย (ร้อยละ 69.32) การศึกษาในระดับประถมศึกษา 74 ราย (ร้อยละ 84.09) ประกอบอาชีพ 55 ราย (ร้อยละ 62.50) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระยะเวลาอยู่ระหว่าง 1-10 ปี 66 ราย (ร้อยละ 75.00)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีคะแนนโดยรวมต่ำสุด 18 คะแนน สูงสุด 56 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมเท่ากับ 43.69 คะแนน (S.D. = 8.73) อยู่ในระดับสูง

ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีคะแนนโดยรวมต่ำสุด 33 คะแนน สูงสุด 65 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมเท่ากับ 52.45 คะแนน (S.D. = 8.57) อยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนที่ได้ \bar{X} (S.D.)	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14-56	18-56	43.69 (8.73)	สูง
การจัดการตนเอง	17-68	33-65	52.45 (8.57)	สูง

เมื่อจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับคะแนนที่ตั้งเกณฑ์ไว้ 3 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 60.23 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.95 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.82

เมื่อจำแนกระดับการจัดการตนเอง ตามระดับคะแนนที่ตั้งเกณฑ์ไว้ 3 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง คือร้อยละ 65.91 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.68 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.41 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง (n = 88)

คะแนน	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้ด้านสุขภาพ	6 (6.82)	29 (32.95)	53 (60.23)
การจัดการตนเอง	3 (3.41)	27 (30.68)	58 (65.91)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = 0.54$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

1. ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 60.23 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถใช้ทักษะขั้นพื้นฐาน รับรู้เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งสาเหตุ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และดูแลตนเองได้ถูกต้อง สามารถติดต่อ สื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ เลือกข้อมูลที่ได้รับมาปรับใช้ได้ มีจัดการกับตนเองให้เหมาะสมกับภาวะของโรค รวมทั้งมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ประเมิน เลือกใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพ นำไปปรับใช้กับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีความต่อเนื่อง สอดคล้องตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพที่มีในระดับสูง จะมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีด้วย (Al Sayah et al., 2013) อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.50 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่มีศักยภาพในการรับรู้ การคิดการตัดสินใจที่ดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

กระบวนการชราเกิดขึ้นน้อยกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย (Speros, 2009) เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Smith et al. (2014) พบว่าการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชรา จะเกิดมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 69.32 มีสภาพสมรรถฯ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากครอบครัว คู่ชีวิต ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรรถฯ จะมีกำลังใจ กำลังใจ จากแรงสนับสนุนของคู่ชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ นำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาวะของตนเองมากกว่าสถานภาพโสด สถานภาพหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (Bohanny et al., 2013) ร้อยละ 84.09 มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งการศึกษาอาจไม่ได้เป็นเหตุผลเดียวของการเกิดความรู้ด้านสุขภาพ แต่ต้องอาศัยการเข้าถึงข้อมูลที่กล้าตัดสินใจในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากร ทางสุขภาพร่วมด้วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องโรคเบาหวานที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง สามารถส่งผลให้มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีได้ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์/ การติดต่อสื่อสาร และความรู้ด้านสุขภาพด้าน วิจารณ์ญาณ เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดให้มีการจัดการตนเองที่ดี มากกว่าความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Qin & Xu, 2016) และจากการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 75.00 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเริ่มต้น อยู่ในช่วง 1-10 ปี ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ อาจมีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองสามารถ

เลือกวิธีการรักษาหรือการปฏิบัติที่ถูกต้อง จะมีความสนใจในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งจะเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่สนใจตนเอง ส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Heijmans et al., 2015) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วม และการเป็นโรคเบาหวานมานานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคร่วม (Ownby, Waldrop-Valverde, & Taha, 2012) จากการศึกษาของ Montoya (2015) พบว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เฉลี่ย 9.7 ปี ของผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น เช่นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำไม่เพียงพอที่จะนำไปดูแลสุขภาพของตนเอง

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการสร้างพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วย การจัดการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของตนเองให้มีความถูกต้อง เหมาะสม ตามแผนการรักษาของโรค โดยอาศัยคำแนะนำ ความร่วมมือกัน ระหว่างผู้สูงอายุและบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการตนเองที่ดี (Angboonta, 2011) การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองในระดับสูง อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.50 เป็นช่วงผู้สูงอายุตอนต้นจะมีร่างกายที่แข็งแรง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานได้ดีกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย (Angboonta, 2011) ซึ่งอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนาย

พฤติกรรมการจัดการกับโรคเบาหวาน ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้ดีกว่า (Phetarvut, Watthayu, and Suwonnarop, 2011) ด้านสถานภาพสมรส มีสถานะคู่ ร้อยละ 69.32 ซึ่งคู่สมรสจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน สร้างแรงจูงใจ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มีความมั่นคงในชีวิต รู้สึกมีคุณค่า ในตัวเอง ส่งผลให้เกิดมีการจัดการตนเองที่ดีตามมา (Huang et al., 2014) ระดับการศึกษาร้อยละ 84.09 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ค่อนข้างดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่โรงพยาบาลโพทะเลเป็นประจำ ได้รับการสอนให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากแพทย์ พยาบาลบุคลากรประจำคลินิกโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ (Ghafoor et al., 2015) ส่วนระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 75.00 อยู่ในช่วง 1-10 ปี ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยในระยะต้น จะมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะการเจ็บป่วยค่อนข้างนาน เนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต้องอาศัยการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน มีความสำคัญและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนาน อาจส่งผลให้เกิดภาวะเครียด รู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่จะต้องเผชิญกับอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองที่ลดลง (Kim et al., 2012) อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีโรคร่วม ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคไม่มีความซับซ้อน ย่อมส่งผลให้มีความสามารถในการจัดการตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม จะมีการจัดการตนเองได้มีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วม (Kim et al., 2012)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระดับปานกลาง ($r=0.54$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน นำข้อมูลไปใช้ติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่น สามารถคัดสรรเลือกข้อมูลจากสื่อต่างๆ คิด วิเคราะห์ตัดสินใจ และนำมาปรับใช้ เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองที่ดี ทั้งในด้านการจัดการกับบทบาทหน้าที่การจัดการทางการแพทย์ และการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับภาวะของโรคเบาหวาน ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าความรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (glycemic control) ได้ดีด้วย (Al Sayah et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กันทางบวก ส่วนผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ (ตารางที่ 1) อาจเป็นผลมาจากมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 11.36 ผู้สูงอายุตอนปลาย ร้อยละ 1.14 เรียนระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.09 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 12.50 ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้เหล่านี้อาจเป็นข้อจำกัดในการสร้างทักษะการเรียนรู้ ทำความเข้าใจในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ข้อจำกัดการประพฤติกปฏิบัติในการจัดการตนเอง ส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ภาพและการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ในการวางแผน ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ ในการส่งเสริม สนับสนุน จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วม เพื่อให้มีการจัดการตนเองที่ดี และเหมาะสมกับโรค
2. ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เอกสารอ้างอิง

- Al Sayah, F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine, 28*(3), 444-452.
- Angboonta, P. (2011). *Effects of a Self-management Supporting Program on Self-management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Elders with Diabetes Type 2* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Bohanny, W., Wu, S. F. V., Liu, C. Y., Yeh, S. H., Tsay, S. L., & Wang, T. J. (2013). Health literacy, self efficacy, and self care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 25*(9), 495-502.
- Bureau of Elderly Health, Health Promotion Center, Department of Health, Ministry of Public Health. (2013). *Health Status of the elderly Program 2013 Under the health promotion plan for the elderly and disables*. Bangkok: Printing Watcharin PP. (In Thai)
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research conduct, critique, & Utilization*. (5th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Division of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016). *Annual report 2016*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual>. (In Thai)
- Ghafoor, E., Riaz, M., Eichorst, B., Fawwad, A., & Basit, A. (2015). Evaluation of diabetes conversation map education tools for diabetes self-management education. *Diabetes Spectrum, 28*(4), 230-235. doi:10.2337/diaspect.28.4.230
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling, 98*(1), 41-48.
- Huang, M., Zhao, R., Li, S., & Jiang, X. (2014). Self-management behavior in patients with type 2 Diabetes a cross-Sectional Survey in Western Urban China, *PLoS ONE, 9*(4).
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care, 31*(5), 874-879.
- Kaissi, A. A., & Parchman, M. (2009). Organizational factors associated with self-management behaviors in diabetes primary care clinics. *The Diabetes Educator, 35*(5), 843-850.
- Kim, K. S., Kim, S. K., Sung, K. M., Cho, Y. W., & Park, S. W. (2012). Management of type 2 diabetes mellitus in older adults. *Diabetes & metabolism journal, 36*(5), 336-344.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education, history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1-7.

- Montoya, M. F. (2015). *The Association between Health Literacy and Diabetes Outcomes and Self-Management Behaviors among Older Adults in the US* (Doctoral dissertation, University of North Texas Health Science Center).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267.
- Ownby, R. L., Waldrop-Valverde, D., & Taha, J. (2012). Why is health literacy related to health? An exploration among US National Assessment of Adult Literacy participants 40 years of age and older. *Educational Gerontology, 38*(11), 776-787.
- Phetarvut, S., Watthayu, N., P., & Suwonnaroop, N. (2011). Factors Predicting Diabetes Selfmanagement behavior among Patients with Diabetes Mellitus Type 2. *Nursing Science Journal of Thailand, 29*(4), 18-26. (In Thai)
- Qin, L., & Xu, H. (2016). A cross-sectional study of the effect of health literacy on diabetes prevention and control among elderly individuals with prediabetes in rural China. *BMJ Open, 6*(5). doi:10.1136/bmjopen-2016-011077
- Smith, K. H., Nolan, M. E., & Knehans, A. M. Y. (2014). Aging and health literacy. *Journal of Consumer Health on the Internet, 18*(1), 94-100.
- Speros, C. I. (2009). More than words: promoting health literacy in older adults. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 14*(3).



**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว**
**Factors Related to Health Behaviors Among Persons
with Transient Ischemic Attack**

ณัฐวุฒิ	บุญสนธิ *	Natthawut	Bunsonti *
ประทุม	สร้อยงค์ **	Pratum	Soivong **
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช **	Chiraporn	Tachaudomdach **

บทคัดย่อ

ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวควรปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 86 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือวิจัยพัฒนาโดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า

1. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 40.70 ระดับต่ำร้อยละ 37.21 และระดับสูงร้อยละ 22.09 ตามลำดับ
2. พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = -0.25, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r_s = 0.36, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 * Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Co-responding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 18 เมษายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 7 ตุลาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 10 มกราคม 2560

สุขภาพ ($r_s = -0.36, p < .01$) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่พบในส่วนของ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว โดยลดอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ กิจกรรมดังกล่าวควรปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

Abstract

Persons with transient ischemic attack (TIA) are more likely to experience a severe stroke. Therefore, these people with TIA should follow an appropriate healthy behavior. This descriptive correlational study aimed to explore the relationship between factors, which included perceived susceptibility to stroke, perceived seriousness to stroke, perceived benefits of performing health behavior, perceived barriers of performing health behavior, and health behavior among persons with TIA. The sample included eighty-six persons with TIA attending the outpatient clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Saraburi Hospital from July to September 2016. Research instruments consisted of: 1) The Health Behaviors Among Persons with Transient Ischemic Attack Questionnaire, 2) the Perceived Susceptibility to Stroke Questionnaire, 3) the Perceived Seriousness to Stroke Questionnaire, 4) the Perceived Benefits of Performing Health Behavior Questionnaire, and 5) the Perceived Barriers of Performing Health Behavior Questionnaire. All instruments were developed by researcher. Content validity of instruments was approved by experts in the field and reliability was tested prior to collecting data. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation.

Results revealed that:

1. The health behaviors of samples were at a moderate level (40.70%), low level (37.21%), and high level (22.09 %).

2. Health behavior was statistically significant low negative associated with perceived susceptibility to stroke ($r_s = -0.25, p < .05$); significant moderate positive associated with perceived benefits of performing health behavior ($r_s = 0.36, p < .01$); significant moderate negative associated with perceived barriers of performing health behavior ($r_s = -0.36, p < .01$). However, there was no association between health behaviors and perceived seriousness to stroke.

The results of this study confirm the relationships between health behavior and factors based on a framework proposed by Becker (1974) in recognition of the perceived benefits of performing

health behaviors and perceived barriers of performing health behaviors, but was inconsistent in perceived susceptibility to stroke and perceived seriousness to stroke. Further study should develop a care model for persons with TIA by reducing barriers of performing health behavior in order to perform an appropriate and consistent health behavior. These activities should be adapted to the lifestyles of persons with TIA.

Keywords: *Factors Related, Health behavior, Persons with transient ischemic attack*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (transient ischemic attack [TIA], หรือ mini-stroke) เป็นชนิดหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ที่เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีความผิดปกติของการขาดเลือดไปเลี้ยงในบางบริเวณของสมอง ทำให้มีอาการอ่อนแรงของแขนขา ชา พูดลำบาก หรือมีอาการเห็นภาพซ้อน เป็นต้น โดยมีอาการคงอยู่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจไม่หลงเหลืออาการผิดปกติใด ๆ (Easton et al., 2009) โดยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ที่เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีสาเหตุจากเส้นเลือดในสมองมีการอุดตัน ตีบ หรือแตก ส่งผลทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียหน้าที่อย่างเฉียบพลัน นำไปสู่ความพิการหรืออาจทำให้เสียชีวิตภายในเวลา 24 ชั่วโมงได้ (Heron et al., 2009) ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ร้อยละ 87 (World Stroke Organization [WSO], 2015) และในจำนวนนี้พบผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวถึงร้อยละ 15 (Hankey, 2003) โดยในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายหลังได้รับการวินิจฉัย 1 ถึง 5 ปี ถึงร้อยละ 45.57 และมีความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (Tansakul & Tiampakao, 2010)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวอาจระงับหายไปภายในเวลา 1 ชั่วโมง ถึง 24 ชั่วโมง มักจะไม่มีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ (Easton et al., 2009) แต่อย่างไรก็ตามหากเกิดการ

เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นจะส่งผลทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Mackay & Mensah, 2004) สูญเสียความจำ มีความบกพร่องในการสื่อสาร (Linton, 2000) ด้านจิตใจ พบว่า เกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล ส่วนผลกระทบทางด้านสังคมพบว่าเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง รู้สึกเป็นภาระกับครอบครัว และด้านเศรษฐกิจพบว่ารัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 162,664.97 บาทต่อปี (Prasat Neurological Institute, 2009) นอกจากนั้นยังเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคดังกล่าวอีกด้วย (Kunyodying, 2015)

จากการทบทวนการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวเกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น แบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม เป็นต้น และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation [AF]) ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน (Lee et al., 2014) และความเครียดเรื้อรังเนื่องจากมีผลต่อการเต้นของหัวใจและทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (O'Donnell, Denis, & Liu, 2010) สำหรับปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวสามารถปฏิบัติได้คือการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตซึ่งก็คือพฤติกรรมสุขภาพนั่นเอง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการงดสูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ (Kernan et al., 2014) ด้านการรับประทานยา (Zhang et al., 2015) ด้านการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ Kernan et al. (2014) และด้านการจัดการความเครียด (Lee et al., 2014) โดยการศึกษาที่ผ่านพบเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Chiangtong, 2011) กลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (Vazini & Barati, 2014) กลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Riounin, 2007) และกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Phuritakul, 2004) ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและแม้จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน เช่น โรคเบาหวานก็พบว่ามียกระดับพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นผลการวิจัยที่ผ่านมามีข้อจำกัด ไม่สามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีลักษณะการเจ็บป่วยที่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยจะไม่มีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ หรืออาจมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่เล็กน้อย (Easton et al., 2009) จึงควรศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

หากพิจารณาตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมใดเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 1) ปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมจิตวิทยา ระยะเวลาการเป็นโรค

และความรู้เรื่องโรค เป็นต้น 2) ปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นการกระทำหรือสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเป็นสิ่งชักนำภายใน (internal cues) ที่เป็นการรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เป็นต้น และ 3) การรับรู้ของบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) หากบุคคลคิดว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น บุคคลนั้นก็จะมีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) โดยบุคคลประเมินจากความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน หรือประเมินจากอาการทางคลินิก และประเมินจากความยากลำบากทางสังคม เช่น ครอบครัว หรือหน้าที่การงาน เป็นต้น หากบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) การที่บุคคลรู้ถึงผลลัพธ์ทางบวกของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers to action) การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอันจะทำให้หลีกเลี่ยงหรือมีโอกาสที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือก 4 ปัจจัย คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพพบการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (Chiangtong, 2011 ; Duangkaew, 2008; Hwasoo, Seungmi, & Lijuan, 2015; Phuritakul, 2004; Riounin, 2007; Yasser et al., 2015) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้

ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง แม้จะเป็นกลุ่มโรคเดียวกันก็พบว่ามีความสัมพันธ์แตกต่างกัน ดังนั้นในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ซึ่งมีลักษณะการเจ็บป่วยที่แตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นอาจมีข้อค้นพบของความสัมพันธ์ที่เหมือนหรือแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาได้ ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวจะได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการศึกษา อธิบายได้ว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จึงควรปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการงดสูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ 4) ด้านการรับประทานยา 5) ด้านการงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และ 6) ด้านการจัดการความเครียด จึงมีความจำเป็น แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวอาจมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สม่ำเสมอหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อาจทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามหากมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงอาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสม่ำเสมอได้

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2559 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย (Polit & Hunger, 2010) กำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ต่อโรงพยาบาลศูนย์สระบุรีเท่ากับ 1:1 ดังนั้นมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในสองสถานที่ศึกษาแต่ละ 43 คน รวมทั้งสิ้น 86 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดคืออายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือนและไม่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การฟัง การพูด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว 3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว และ 6) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว โดยเครื่องมือชุดที่ 2 ถึงชุดที่ 6 ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.91, 1.00, 1.00, 0.94 และ 1.00 ตามลำดับ เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความเชื่อ

มั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ(test-retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ค่าเท่ากับ 0.90 ส่วนเครื่องมือวิจัยชุดที่ 3 ถึงชุดที่ 6 ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95, 0.89, 0.92 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับรองจริยธรรมการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ EXP-028-2559 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ NONE-2559-03916 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่โครงการ 079/2559 โดยผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในการทำวิจัยในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในท้องที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนาหาความถี่ ร้อยละและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60 เป็นเพศชาย อายุ

ตั้งแต่ 35-64 ปี (\bar{X} = 49.67, SD = 8.53) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.21 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.23 และประถมศึกษา ร้อยละ 26.74 ตามลำดับ ประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัวเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 24.42 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 67.44 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประเมินว่ามีรายได้เพียงพอ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมาแล้ว 3 เดือน ถึง 6 เดือน ถึงร้อยละ 51.16 รองลงมาคือ 6 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 26.74 กลุ่มตัวอย่างทุกคนมารับการตรวจตามนัดทุกครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นมารดา ร้อยละ 20.93 และบิดา ร้อยละ 15.12 ตามลำดับ ร้อยละ 51.16 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ที่ได้รับนั้นมาจากเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือของโรงพยาบาล ร้อยละ 34.88 อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 22.09 และสื่อสิ่งพิมพ์/ป้ายโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 13.95 ตามลำดับ

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.70 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 37.21) และระดับสูง (ร้อยละ 22.09) ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 54 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง

3. พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = -0.25, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r_s = 0.36, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r_s = -0.36, p < .01$) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 86)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	พฤติกรรมสุขภาพ	
	Spearman's rho (rs)	p value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	-0.25*	<.05
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.19 ^{ns}	>.05
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	0.36**	<.01
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-0.36**	<.01

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

คำถามข้อที่ 1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวเป็นอย่างไร

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.70 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 37.21)

และระดับสูง (ร้อยละ 22.09) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างเกินสองในสามยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ดังนี้

ประการที่ 1 เพศ โดยพบว่าเพศหญิงมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง มักสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้น ส่วนเพศชายมักขาดความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งเพศหญิงมักมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพและมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำดีกว่าเพศชาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำได้

ประการที่ 2 สถานภาพทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 25,000 บาท ซึ่งรายได้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมได้ (Anurak, 1999) เนื่องจากการมีรายได้น้อยอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถที่จะเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย นอกจากนี้การประกอบอาชีพที่ต้องมีการออกแรงมากและเวลาของการทำงานที่ไม่แน่นอน อาจทำให้มีการออกกำลังกายลดลง หรือไม่ได้ออกกำลังกาย ดังจะเห็นได้จากข้อคำถามพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ไม่มีการปฏิบัติเลย คือการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 40.70) และการออกกำลังกายในระดับปานกลาง อย่างน้อย 40 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 16.28) การออกกำลังกายที่ลดลงนี้อาจด้วยเหตุของการประกอบอาชีพที่ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย หรือเป็นเพราะการคิดว่าตนมีการออกแรงขณะประกอบอาชีพอยู่แล้ว (Sam-ang-goon, 2004)

ประการที่ 3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังมักต้องใช้เวลาระยะหนึ่งที่จะทำให้เชื่อมั่นในการรักษา รวมถึงการที่จะต้องปรับตัวเข้ากับอาการเจ็บป่วยต้องอาศัยระยะเวลา โดยในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 1-3 ปีถึง 3 ปีขึ้นไปจึงจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ (Evci et al., 2012; Phuritakul, 2004; Riounin, 2007) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 3 เดือนถึง 6 เดือน (ร้อยละ 51.16)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการวิจัยในกลุ่ม

ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (Chiangtong, 2011; Masri, 2011) และพบเช่นเดียวกับการวิจัยในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Phuritakul, 2004) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเหมือนกัน และมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและไม่สม่ำเสมอ

คำถามข้อที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวหรือไม่ อย่างไร

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 1) แสดงว่าหากมีรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำจะพบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง หรือในทางกลับกันหากพบพฤติกรรมสุขภาพสูงจะพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงน้อย ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง และแตกต่างกับการวิจัยที่ผ่านมาในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (Chiangtong, 2011; Hwasoo et al., 2015; Tafti et al., 2015; Yasser et al., 2015) ที่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้พฤติกรรมสุขภาพทางบวกในระดับต่ำถึงสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในช่วงระยะเวลาเริ่มต้นของการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างอาจมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคอยู่ในระดับสูง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อระยะเวลาผ่านไปกลุ่มตัวอย่างยังคงมีการที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ เมื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่ำเนื่องจากได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแล้ว (Brewer et al., 2004)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งไม่ปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของการวิจัยที่กล่าวว่าหากบุคคลใด ๆ เชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อร่างกายและบทบาททางสังคมของตนจะเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากโรค นั้น ๆ (Becker, 1974) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างยังคงมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ กลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าเป็นโรคที่ค่อนข้างไกลตัวจึงให้ความสนใจกับโรคดังกล่าว น้อย (Chiangtong, 2011) ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (Duangkaew, 2008; Sullivan et al., 2008) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงสูงกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการวิจัยเหล่านี้ได้อธิบายว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าเป็นโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงและทรมาณ หากไม่สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนได้จะมีผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของตนจึงอาจเป็นแรงผลักดันทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากโรค

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าหากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สูงด้วย ผลการวิจัยนี้ยืนยันทฤษฎีความเชื่อสุขภาพของ Becker (1974)

ที่กล่าวว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (Duangkaew, 2008; Hwasoo et al., 2015; Tafti et al., 2015; Vazini & Barati, 2014) ซึ่งการวิจัยเหล่านี้ได้อธิบายว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ หรือการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การรับประทานยา การงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าหากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำด้วย ผลการวิจัยนี้ยืนยันทฤษฎีความเชื่อสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ เมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรคเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ น้อย ซึ่งอุปสรรคอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นก็ได้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการศึกษาของการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังทั้ง (Hwasoo et al., 2015) ซึ่งการวิจัยเหล่านี้ได้อธิบายว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ การไม่มีเวลา และรายได้ น้อย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ไม่สม่ำเสมอ

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเพศ อาชีพ เศรษฐฐานะ และระยะเวลา การเจ็บป่วย ในส่วนของความสัมพันธ์ของปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินว่าตนเองเสี่ยงและเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะมีความรุนแรงจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางที่มีการประเมินเพียงครั้งเดียวจึงอาจพบความสัมพันธ์ที่แตกต่างจากกรอบแนวคิดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรค

ดังกล่าวข้างต้นนี้ โดยการส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์และการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวที่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 ปีขึ้นไป
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว

เอกสารอ้างอิง

- Anurak, Y. (1999). *Health Education Process and Health Behavior Development "Forward the year 2000"*. Bangkok: Sigma Design Graphic.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare: Slack.
- Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cutite, C. L., & Herrington, J. E. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine Journal*, 27(125), doi:10.1207/s15324796abm2702_7
- Chiangtong, K. (2011). *Relationships between the health belief model, warning signs perception and management of stroke behavior in the risk group of stroke, Doi Saket District, Chiang Mai Province* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Duangkaew, N. (2008). *Health belief and preventive of risk group diabetes mellitus in Ko Kha District, Lumpang Province* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Easton, J. D., Saver, J. L., Albers, G. W., Albers, M. J., Chaturvedi, S., Feldmann, E., ... Sacco, R. L. (2009). Definition and evaluation of transient ischemic attack. *Stroke*, 40(2), 276–293.
- Evcı, E. D., Ergin, F., Saruhan, G., Benli, C., Beser, E., Okur, O., & Okyay, P. (2012). Prevalence and predictors of burden among family caregivers of the elderly in a Western City in Turkey: A community-based, cross-sectional study. *Journal of Medicine and Medical Sciences*, 3(9), 569-577.
- Hankey, G. J. (2003). Long-Term Outcome after Ischemic Stroke/Transient ischemic Attack. *Cerebrovasc Diseases*, 16(1), 14–19. doi:10.1159/000069936

- Heron, M., Hoyert, D. L., Murphy, S. L., Xu, J., Kochanek, K. D., & Tejada-Vera, B. (2009). Deaths: Final data for 2006. *National Vital Statistics Reports*, 57(14), 1-135.
- Hwasoo, G., Seungmi, R., & Lijuan, X. (2015). A structural model of health behaviors modification among patients with cardiovascular disease. *Applied Nursing Research*, 29(2016), 70-75. doi:10.1016./j.apnr.2015.06.005.
- Kernan, W. N., Ovbiagele, C. B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., ... Wilson, J. A. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*, 48(1), 1-96. doi:10.1161/STR.0000000000000024
- Kunyodying, T. (2015). *Dependency of the elderly with stroke, caregiver burden, social support and quality of life among older caregivers* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Laothiang, A. (2007). *Health Belief and Health Behaviors Among Persons with Diabetes Mellitus, Hod Hospital, Chiang Mai Province* (Master's thesis' Chiangmai University). (In Thai)
- Lee, H. R., Ham, O. K., Lee, Y. W., Cho, I., Oh, H. S., & Rha, J. H. (2014). Knowledge, health-promoting behaviors, and biological risks of recurrent stroke among stroke patients in Korea. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(2), 112-120. doi:10.1111/jjns.12013
- Linton, A. D. (2000). *Introductory nursing care of adult*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Mackay, J., & Mensah, G. A. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Retrieved from www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.htm
- Masri, L. (2011). *Health behavior modification for prevent stroke in risk group using empowerment process at Banlan Sub-District, Banphai District, Khon Kaen Province* (Master's thesis, Khon Kaen University). (In Thai)
- O'Donnell, M. J., Denis, X., & Liu, L. (2010) Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries: A case control. *The Lancet*, 376(9735), 112-123.
- Phuritakul, C. (2004). *Health belief and health behaviors among coronary artery disease patients with dyslipidemia* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (2010). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Prasat Neurological Institute. (2009). *Educational Report for Development of Tertiary Medical System and Beyond in the area of Stroke*. Bangkok: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Riounin, R. (2007). *Health Beliefs and Disease Control Behaviors Among Persons with Hypertension in Primary Care Unit of Li Hospital, Lamphun Province* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Sam-anggoon, S. (2004). *Personality Psychology Millennium*. Chiangmai: Chiangmai University. (In Thai)
- Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., Chang, A., Roos, C., & Scott, C. (2008). Predicting behaviour to reduce stroke risk in at-risk populations: The role of beliefs. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 53(4), 505-512.

- Tafti, A., Mazloomi, S. S., Morowatisharifabad, M. A., Ardakani, M., Rezaeipandari, H., & Lotfi, M. H. (2015). Determinants of self-care in diabetic patients based on health belief model. *Global Journal of Health Science, 7*(5), 33-42. doi:10.5539/gjhs.v7n5p33
- Tansakul, T., & Tiamkao, S. (2010). Practice Guidelines for Hemorrhagic Stroke. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience, 5*(4), 36-39. (In Thai)
- Vazini, H., & Barati, M. (2014). The Health Belief Model and Self-Care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients. *Iranian Journal of Diabetes & Obesity, 6*(3), 107-113.
- World Stroke Organization. (2015). *Types of stroke*. Retrieved from <http://strokeassociation.org/>
- Yasser, M. A., Pharm, D., Kavookjian, J., Ekong, G., Pharm, B., Meshari, M., ... Alrayees, M. S. (2015). the association between health beliefs and medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 12*(2015), 1-12. doi:10.1016/j.sapharn
- Zhang, C., Zhao, X., Wang, C., Liu, L., Ding, Y., Akbary, F., & Null, N. (2015). Prediction factors of recurrent ischemic events in one year after minor stroke. *The public library of science, 10*(3), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0120105



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

Factors Related to Readiness for Hospital Discharge Among Older Patients Undergone Coronary Artery Bypass Grafting

รุจิรา	อุกใจ *	Ruchira	Thukchai *
ภารดี	นานาสิลป์ **	Paradee	Nanasilp **
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์ ***	Nattaya	Suwankruhasn ***

บทคัดย่อ

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจออกจากโรงพยาบาล จึงต้องมีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านอย่างปลอดภัย ลดการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ประสบการณ์การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ จำนวน 52 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล แบบสอบถามคุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย และแบบสอบถามการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งนำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .84 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับสูง
2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.23) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 71.16) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 50) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 48.08) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.81 วัน กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย และคะแนนการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับสูง

* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Students of the Master of Nursing Program Geriatric Nursing Program Faculty of Nursing Chiang Mai University

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 ธันวาคม 2558 วันที่แก้ไขบทความ 23 พฤษภาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 15 สิงหาคม 2559

3. ปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .524, p < .01; r = .432, p < .01$ ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนการจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย

Abstract

When older patients who have undergone coronary artery bypass grafting (CABG), there needs to be careful preparation from the patients, their family members and caregivers so they can achieve a safe recovery at home and minimize any problems and complications that may occur. The purpose of this study was to explore the relationship between related factors and readiness for hospital discharge among older patients who have undergone CABG including age, gender, income, living arrangement, previous experiences with CABG, length of hospital stay, quality of discharge teaching and care coordination before discharge. The samples were selected from patients being discharged from Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital. There were 52 older patients who had undergone CABG that were selected by purposive sampling method. Data were collected by using the Readiness for Hospital Discharge Scale, the Quality of Discharge Teaching Scale and the Care Coordination Scale. All were tested with a value of Cronbach's alpha reliability coefficient of .80, .84 and .83 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the Point biserial coefficient of correlation and the Pearson's product moment correlation.

The results of this study showed that:

1. The samples had a high level of readiness for hospital discharge.
2. Majority of samples were male (69.23 percent) and 60 to 69 years old (71.16 percent), with an average monthly income of less than 5,000 baht (50 percent), and lived with their spouses and children (48.08 percent). This was all the samples first experience in undergoing a CABG and the average length of hospital stay was 11.81 days. The scores of quality of discharge teaching and the scores of care coordination before discharge were at a high level.
3. Nursing therapeutic factors including quality of discharge teaching and care coordination before discharge had a positive correlation with readiness for hospital discharge at a significant level of $p < .01$ ($r = .524, r = .432$ respectively). For patient related factors and hospitalization factors, the correlation with readiness for hospital discharge were not statistically significant.

These findings provide baseline information for nurses and healthcare providers on appropriate discharge planning preparation for older patients who have undergone CABG.

Keywords: *Coronary artery Bypass grafting, Readiness for Hospital discharge, quality of discharge teaching, Care Coordination before discharge*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting: CABG) เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการผ่าตัด มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติพบว่าในปี ค.ศ. 2010 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยจำนวน 397,000 ราย ได้รับการผ่าตัดชนิดนี้ โดยเป็นผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี ถึงร้อยละ 55 (American Heart Association, 2013; Sorensen & Wang, 2009) ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2556 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเช่นกันคือ 4203, 4479, 4402, 4756 และ 4917 รายต่อปีตามลำดับ (Association of Thoracic Surgeons of Thailand, 2014) สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดชนิดนี้ทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2552-2556 มีจำนวน 252, 282, 205, 228 และ 173 รายต่อปี ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 151 ราย (ร้อยละ 59.92), 169 ราย (ร้อยละ 59.93), 129 ราย (ร้อยละ 62.93), 154 ราย (ร้อยละ 67.54) และ 128 ราย (ร้อยละ 73.99) ตามลำดับ (Medical Record and Statistics Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2014) จะเห็นได้ว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) วิธีหนึ่ง ช่วยทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่หลอดเลือดหัวใจมีการตีบหรืออุดตัน สามารถรักษาอาการเจ็บหน้าอกได้ดี ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรื่นยาวขึ้น (Thongcharoen & Laksanabunsong, 2015) การผ่าตัดมีความซับซ้อน และใช้ระยะเวลานาน ส่งผลให้การฟื้นตัว

ภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุช้ากว่าวัยอื่น ๆ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล นอกจากนั้นยังส่งผลในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปบ้าน โดยพบปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ได้แก่ แผลติดเชื้อ แผลแยก ปวดแผล ปวดหลัง ชาขวม (Direk, Çelik, & Lefkoşa, 2012) ปวดกระดูกหน้าอก (Schulz, Zimmerman, Pozehl, Barnason, & Nieveen, 2011) ท้องผูก ท้องอืด คลื่นไส้ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย เครียด โกรธ หวาดกลัว เก็บตัว และแยกตัวออกจากสังคม สาเหตุหนึ่งเกิดจากขาดการได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด (Direk et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบอาการซึมเศร้า (Gehi, Haas, Pipkin, & Whooley, 2005) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่กังวลเกี่ยวกับอนาคต และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ (Cebeci & Çelik, 2011) การเกิดปัญหาดังกล่าว หากมีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ต้องมาตรวจก่อนวันนัด และอาจต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Hannan et al., 2011)

การให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในระยะจำหน่ายเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปพักฟื้นที่บ้านอย่างราบรื่นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันนโยบายลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลง ทำให้การสอนก่อนจำหน่ายของพยาบาลมีเวลาจำกัด ผู้ป่วยอาจจะไม่เข้าใจ หรือจดจำข้อมูลในขณะนั้นได้ (Fredericks & Yau, 2013; MacDonald, 2012)

อีกทั้งสภาพร่างกายของผู้ป่วยอาจทำให้มีความสนใจลดลง (Funder & Steinmetz, 2012; Hughes, Leary, Zweizig, & Cain, 2013) จะเห็นได้ว่าความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวในระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (readiness for hospital discharge) เป็นแนวคิดที่บ่งชี้ความสำเร็จในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ใช้สำหรับการให้บริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะออกจากโรงพยาบาลที่ให้การดูแลแบบเฉียบพลันหรือแบบวิกฤต ว่าได้รับการเตรียมตัวหรือไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเป็นตัวชี้วัดของการฟื้นฟูสภาพที่เพียงพอที่จะออกจากโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย (Weiss & Piacentine, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวอาจไม่สามารถอธิบายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากลักษณะโรคและการดูแลแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้และลักษณะการอยู่อาศัย ปัจจัยด้านการเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ประกอบด้วย การสอนก่อนจำหน่ายและการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ซึ่งคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลสำหรับ

บุคลากรด้านสุขภาพที่จะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Weiss et al. (2007) ซึ่งกล่าวถึงความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความสามารถในการจัดการกับความต้องการการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยในด้านการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 3) ปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยในแนวคิดของ Weiss et al. (2007) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การอาศัยอยู่ลำพัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการจำหน่าย ปัจจัยด้านการเข้ารับการรักษา เช่น ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่าย

และปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาลพบว่า เนื้อหา การสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการจำหน่าย แต่วิธีการสอน และการประสาน การดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดปัจจัยที่จะ ศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย ปัจจัยด้านการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ประสบการณ์ในการ รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และปัจจัยด้านการ บำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ การสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยดังกล่าวจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับความพร้อมในการ จำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา หาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย ปัจจัยด้าน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ประสบการณ์ ในการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และปัจจัย ด้านการบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการสอน ก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วย สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุ 60 ขึ้นไป ที่ได้รับ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ มีสัญชาติไทย แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายจากโรง พยาบาล รู้สึกดีและมีสติสัมปชัญญะดี ซึ่งประเมินด้วย แบบทดสอบสติปัญญาของ Kahn et al. (1960) สามารถ

สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการ วิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดค่าความเชื่อ มั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 เมื่ออำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .90 และกำหนดขนาดความสัมพันธ์ของ ตัวแปร (effect size) โดยจากการทบทวนงานวิจัย พบ ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการจำหน่ายจากโรง พยาบาลกับปัจจัยที่เลือกศึกษาคือ การสอนก่อน จำหน่าย อยู่ที่ 0.57 (Weiss et al., 2007) เปิดตาราง ประมาณค่าได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 43 ราย (Polit & Beck, 2004) ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เป็น 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของ กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่ง เป็น 4 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยว กับ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) แบบสอบถาม ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับผู้ใหญ่ (The Readiness for Hospital Discharge Scale: RHDS - Adult Form) ฉบับภาษาไทยของ Sriprasong (2008) 3) แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย ฉบับผู้ใหญ่ (The Quality of Discharge Teaching Scale: QDTS-Adult Form) ที่พัฒนาโดย Weiss and Piacentine (2006) ฉบับภาษาไทยของ Panautai (2014) และ 4) แบบสอบถามการประสานการดูแลก่อน จำหน่าย ที่พัฒนาโดย Hadjistavropoulos et al., (2008) เฉพาะส่วนการรับรู้การประสานการดูแลก่อน จำหน่าย ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Suwan and Panautai (2014)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่าย จากโรงพยาบาล แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อน จำหน่าย และ แบบสอบถามการประสานการดูแลก่อน จำหน่าย ไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้อง ภายใน (internal consistency reliability) โดยนำไป

ทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่นการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 .84 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการทำวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการทำวิจัย ซึ่งจะไม่มีการข่มขู่หรือการเข้าร่วมในการทำวิจัย ซึ่งจะไม่มีการข่มขู่หรือการเข้าร่วมในการทำวิจัย ซึ่งจะไม่มีการข่มขู่หรือการเข้าร่วมในการทำวิจัย และจะไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และประสบการณ์ในการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยละ 94.23 และมีคะแนน

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 169.52 คะแนน

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุเฉลี่ย 66.40 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 69.23 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลานร้อยละ 48.08 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และมี ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.81 วัน กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายและคะแนนการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 148.67, 115.36 คะแนน ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่า ปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับปานกลาง ($r = .524, p < .01; r = .432, p < .01$ ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การอภิปรายผล

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการจำหน่าย ร้อยละ 94.23 และมีคะแนนการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 169.52, SD = 21.96$) อธิบายได้ว่า ในการที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านจะต้องมีความพร้อมด้านร่างกายแล้วจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุก็รับรู้ได้เช่นเดียวกันกับแพทย์ นอกจากนี้จากการสอบถามผู้ป่วยทุกรายพบอาการหลังผ่าตัดเช่น ปวดแผล และเหนื่อยลดลง สามารถทำ

กิจกรรมเบา ๆ ได้ โดยไม่พบอาการอื่นๆ เช่นเจ็บอก ใจสั่น และเลือดออกจากแผลผ่าตัด จึงพร้อมที่จะกลับบ้าน ที่สำคัญกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-69 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น จึงทำให้การฟื้นตัวเร็วกว่า ผู้สูงอายุวัยอื่น และด้วยบริบทของสังคมไทยที่มีลูกหลาน ดูแลจึงทำให้มั่นใจว่าจะมีผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน ประกอบกับ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้าน วิธีจัดการกับ อาการ ปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงข้อมูล เกี่ยวกับบุคคลที่สามารถติดต่อหากเกิดปัญหา ทำให้ มีความรู้ในการดูแลตนเอง เกิดความมั่นใจ พร้อมจะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Kanthakhu et al. (2009) ที่ศึกษาความพร้อม ในการจำหน่ายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการศึกษาของ Poncharoen et al. (2014) ที่ศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พร้อมที่จะกลับบ้าน และมีคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายโดยรวมอยู่ใน ระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีร่างกายแข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีอาการเจ็บ หน้อก ไม่เหนื่อย รวมถึงได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ มั่นใจ และมีความพร้อม ที่จะออกจากโรงพยาบาลไปดูแลตนเองที่บ้าน

การสอนก่อนจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ คะแนนการรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=148.67$, $SD=18.16$) เนื่องจาก ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลุ่ม ตัวอย่างจะได้รับการสอนแบบรายบุคคล ในระยะเวลา ประมาณ 30 นาที โดยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะด้านหลังผ่าตัดหัวใจ สามารถอธิบายเนื้อหาได้ ชัดเจนและเป็นการสื่อสารสองทาง มีสื่อการสอนที่ เหมาะสมคือ หนังสือคู่มือ และวีดีโอ เนื้อหาส่วนใหญ่จะ เกี่ยวกับการดูแลแผล การรับประทานยา การดูแลตนเอง หลังผ่าตัด ข้อห้ามและข้อควรระวังต่าง ๆ ในการปฏิบัติ ตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ตลอด

จนข้อมูลเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด ในบริเวณที่มี ความเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสมาธิ สามารถจดจำและเข้าใจข้อมูลที่ได้ กอปรกับระยะเวลา ในการสอนไม่นานเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Fredericks et al. (2009) ที่พบว่า การสอนผู้ป่วยที่ได้ รับการผ่าตัดหัวใจเป็นรายบุคคลมีความสัมพันธ์กับการ จดจำข้อมูลที่ดีขึ้น และเพิ่มทักษะในการจัดการตนเอง ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพการสอน ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง คล้ายคลึง กับการศึกษาของ Weiss et al. (2007) และการศึกษา ของ Kanthakhu et al. (2009) ซึ่งพบว่า คะแนนการ รับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการสอนที่มีคุณภาพดีก่อนจำหน่าย คือได้รับการสอนที่มีเนื้อหาการสอนสอดคล้องกับที่ ผู้ป่วยต้องการและพยาบาลสามารถสื่อสาร อธิบาย และเอาใจใส่ในการสอนก่อนจำหน่ายเป็นอย่างดี

การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ คะแนนการรับรู้การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายอยู่ ในระดับสูง ($\bar{X}=115.36$, $SD=9.13$) อธิบายได้ว่า ก่อน การจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดต่อสื่อสารอย่าง ดี ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ดูแลในครอบครัว โดยพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการประสานการดูแล ระหว่างทีมแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วย และครอบครัว ในการ วางแผนการรักษาตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะ จำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการ ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในชุมชนในการแก้ไข ปัญหาฉุกเฉิน การใช้อุปกรณ์ที่จำเป็น การปรับเปลี่ยน สภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการใช้ยาที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าได้รับการประสานการดูแล อย่างดี และให้คะแนนการรับรู้การประสานการดูแลก่อน จำหน่ายอยู่ในระดับสูง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Weiss et al. (2007) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมให้คะแนนการประสาน

การดูแลก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับสูง นอกจากนั้นยังคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Hawley et al. (2010) ที่ศึกษาการรับรู้การประสานการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้คะแนนการประสานการดูแลอยู่ในระดับสูง เนื่องจากว่า ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านอุปกรณ์ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการและรักษาอย่างดี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุไม่ว่าจะอายุมาก หรืออายุน้อยให้ข้อมูลตรงกันว่า เมื่อกลับไปพักที่บ้านจะมีคู่สมรส หรือบุตรหลานช่วยเหลือดูแล ซึ่งสังคมไทยให้ความสำคัญในเรื่องความกตัญญูต่อพ่อแม่ผู้มีพระคุณ จึงทำให้บุตรหลานพร้อมจะดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับไปบ้านอย่างเต็มที่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้ดูแลเมื่อกลับไปบ้าน ทำให้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในปัจจุบันนี้ไม่ต่างกัน อายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่าย เช่นการศึกษาของ Brent & Coffey (2013) ที่ศึกษาการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และการศึกษาของ Coffey and McCarthy (2013) ที่ศึกษาการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปสู่อำนาจของผู้ป่วยสูงอายุด้านอายุรกรรม พบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีการรับรู้

ความพร้อมในการจำหน่ายน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในสองงานวิจัยมีอายุมากกว่า 75 ปี ความสามารถในการดูแลตนเองจึงลดลง การรับรู้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวลดลง ส่งผลให้ผู้ที่มีอายุมากมีการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายลดลง สำหรับการศึกษารับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Sriprasong et al. (2011) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 26-90 ปี พบว่า ผู้ที่มีอายุมากมีการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่า และขาดความสนใจในการรับข้อมูลในการปฏิบัติตัว จึงทำให้มีการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

นอกจากนั้น การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเน้นในเรื่องการดูแลแผล การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิงรับรู้และปฏิบัติได้เหมือนกัน อาจเป็นสาเหตุทำให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่าย คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Poncharoen et al. (2014) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สำหรับปัจจัยด้านรายได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรทอง รองลงมาใช้สิทธิ์ข้าราชการ ซึ่งทั้งสองสิทธิ์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจะมีลูกหลานให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังได้รับเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความกังวลในเรื่องรายได้ รายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่าย ต่างจากการศึกษาของ Sriprasong et al. (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รายได้น้อยจะมีการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้มีรายได้น้อย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 26-90 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ โดยวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่ต้องทำมาหาเลี้ยงชีพ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทำให้

ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ทำให้มีความกังวลเรื่องรายได้ ส่งผลให้ผู้มีรายได้น้อยรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายลดลง

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่าย อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่คนเดียวมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น คิดว่าตนเองสามารถฟื้นฟูสภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว สามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงมีความพร้อมที่จะกลับบ้าน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ลักษณะการอยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่าย ต่างจากการศึกษาของ Weiss et al. (2007) และการศึกษาของ Brent and Coffey (2013) ที่พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่คนเดียว มีคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากคิดว่ากลับไปบ้านจะไม่มีใครคอยช่วยเหลือดูแล จึงคิดว่าตนเองมีความพร้อมในการกลับบ้านน้อย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีคนคอยช่วยเหลือดูแล ทำให้มีคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายอยู่ในระดับที่สูงกว่า

ปัจจัยด้านการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในวันจำหน่าย ซึ่งแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ แสดงถึงสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลกี่วันก็ตาม จะไม่มีผลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่าย ณ วันจำหน่าย จึงทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Weiss et al. (2007) ที่พบว่า ระยะเวลาในการนอน

โรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่าย เนื่องจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายในวันจำหน่ายเช่นเดียวกัน จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความพร้อมที่จะกลับบ้าน

ปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การสอนก่อนจำหน่ายและการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับปานกลาง ($r = .524, p < .01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนแบบรายบุคคลจากพยาบาลและเป็นการสื่อสารสองทาง โดยอธิบายเนื้อหาชัดเจน มีการใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ คือ หนังสือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจซึ่งมีรูปภาพและตัวหนังสือที่อ่านง่าย ชัดเจน เนื้อหากระชับ และวีดีโอแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว มีการจัดสถานที่สอนแยกเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสมาธิในการเรียนรู้ สามารถจดจำและเข้าใจข้อมูลได้ดีขึ้น นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จึงมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ตั้งใจฟังการสอนของพยาบาล ส่งผลให้มีความเข้าใจและเกิดความมั่นใจพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลไปดูแลตนเองที่บ้าน คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Weiss et al. (2007) และ Kanthakhu et al. (2009) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสอนก่อนจำหน่ายที่มีคุณภาพดี ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมั่นใจว่าสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สำหรับการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับปานกลาง ($r = .432, p < .01$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการประสานการดูแลโดยการได้รับข้อมูลจากทีมแพทย์ผู้รักษาและทีม

พยาบาลเฉพาะทาง ได้รับการจำหน่ายตามกระบวนการวางแผนการจำหน่าย โดยมุ่งเน้นการส่งต่อข้อมูลระหว่างบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการสรุปผลการรักษาส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านในกรณีที่ต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ตลอดจนอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการเตรียมตัวมาตรวจตามนัด นอกจากนี้พยาบาลแจ้งเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือเกิดปัญหาขึ้นที่บ้าน และมีการโทรศัพท์ติดตามอาการหลังจำหน่ายในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความพร้อมในการจำหน่าย โดยมีคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายอยู่ในระดับสูง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Weiss et al. (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมศัลยกรรม ที่ได้รับการประสานการดูแลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างดี มีระดับคะแนนการประสานการดูแลอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คือ ปัจจัยด้านการบำบัดทางการแพทย์ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลโดยเฉพาะการสอนก่อนจำหน่าย ต้องมีสื่อการสอนหลากหลายเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ เนื้อหากระชับ ครบคลุม นอกจากนี้วิธีการสอนก็มีส่วนสำคัญพยาบาลจะต้องมีทักษะและวิธีการสอน ที่สื่อสารเข้าใจง่าย ช่วยส่งเสริมการจดจำและการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ อีกทั้งต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสอนด้วย เนื่องจากเมื่อกลับไปอยู่บ้านครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย สำหรับการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย เป็นส่วนสำคัญในกระบวนการจำหน่าย ต้องมีการติดต่อสื่อสารและร่วมมือกับหลายหน่วยงานในการสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุให้มีประสิทธิภาพ เน้นการส่งต่อข้อมูลไปยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง ส่งเสริมครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน เพื่อให้เกิด

การดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะหลังจำหน่าย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนการจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. ด้านการบริหารการพยาบาล สามารถเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และเป็นแนวทางในการจัดอบรมให้ความรู้ด้านวิชาการแก่พยาบาลในเรื่องการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนจำหน่าย ช่วยส่งเสริมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. ในการวิจัยครั้งนี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เพียงโรงพยาบาลเดียว การวิจัยครั้งต่อไปควรทำในโรงพยาบาลอื่นที่มีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- American Heart Association. (2013). *Heart disease & stroke statistics: 2013 update*. Retrieved from <http://www.scai.org/asset.axd?id=abb9f023-3ba5-496d-b89b-e43bcfe13a5f>
- Brent, L., & Coffey, A. (2013). Patient's perception of their readiness for discharge following hip fracture surgery. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 17*(4), 190-198.
- Cebeci, F., & Çelik, S. Ş. (2011). Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg, 19*(2), 170-176.
- Coffey, A., & McCarthy, G. M. (2013). Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *International journal of older people nursing, 8*(2), 104-115.
- Direk, F., Çelik, S. Ş., & Lefkoşa, K. K. T. (2012). Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Turk Goğuş Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 20*(3), 530-535.
- Fredericks, S., Ibrahim, S., & Puri, R. (2009). Coronary artery bypass graft surgery patient education: A systematic review. *Progress in cardiovascular nursing, 24*(4), 162-168.
- Fredericks, S., & Yau, T. (2013). Educational intervention reduces complications and rehospitalizations after heart surgery. *Western journal of nursing research, 35*(1), 1251-1265.
- Funder, K. S., & Steinmetz, J. (2012). Post-operative cognitive dysfunction-Lessons from the ISPOCD studies. *Trends in Anaesthesia and Critical Care, 2*(3), 94-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tacc.2012.02.009>
- Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S., & Whooley, M. A. (2005). Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Archives of internal medicine, 165*(21), 2508-2513.
- Hadjistavropoulos, H., Biem, H., Sharpe, D., Bourgault-Fagnou, M., & Janzen, J. (2008). Patient perceptions of hospital discharge: reliability and validity of a Patient Continuity of Care Questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care, 20*(5), 314-323.
- Hannan, E. L., Zhong, Y., Lahey, S. J., Culliford, A. T., Gold, J. P., Smith, C. R., ... Wechsler, A. (2011). 30-Day Readmissions After Coronary Artery Bypass Graft Surgery in New York State. *JACC: Cardiovascular Interventions, 4*(5), 569-576. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcin.2011.01.010>
- Hawley, S. T., Janz, N. K., Lillie, S. E., Friese, C. R., Griggs, J. J., Graff, J. J., ... Katz, S. J. (2010). Perceptions of care coordination in a population-based sample of diverse breast cancer patients. *Patient education and counseling, 81*, S34-S40.
- Hughes, S., Leary, A., Zweizig, S., & Cain, J. (2013). Surgery in elderly people: Preoperative, operative and postoperative care to assist healing. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 27*(5), 753-765. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.02.006>

- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measure for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117, 326-328.
- Kanthakhu, S., Wattanakitkailert, D., Thawornkamol, K., & Thumwipha, C. (2009). Factors Influencing the Readiness Before Discharging from the Hospital in Acute Myocardial Infarction Patients. *Journal of Nursing*, 27(2), 83-91. (In Thai)
- MacDonald, S. (2012). Discharge Readiness: An Opportunity for Change in the Transition From Hospital to Home. *Canadian Journal of Cardiology*, 28(5).
- Medical Record and Statistics Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital (2014). *Annual Statistics Report 2009-2013*. Chiang Mai: Medical Statistics Unit Medical Record and Statistics Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (In Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principle and methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poncharoen, P., Samartkit, N., & Keeratiyutawon, P. (2014). Factors related to discharge readiness in patients with congestive heart failure. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 25(2), 130-143. (In Thai)
- Sriprasong, S. (2008). *An empirical test, a daily activity model in acute myocardial infarction after discharging from the hospital* (Doctor dissertation, Mahidol University). (In Thai)
- Schulz, P. S., Zimmerman, L., Pozehl, B., Barnason, S., & Nieveen, J. (2011). Symptom management strategies used by elderly patients after coronary artery bypass surgery. *Applied Nursing Research*, 24(2), 65-73. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2009.03.001>
- Sriprasong, S., Nuancharoenkul, S., Phakdee, O., Kritayapong, R., Thawakamol, K., & Worapongsathorn, T. (2011). Personal factors affecting readiness. Before leaving the hospital for acute myocardial infarction patients. *Journal of Heart and Chest Disease*, 22(2), 44-57. (In Thai)
- Suwan, N., & Panautai, S. (2014). *Assessment form for coordination of care before discharging from the Thai version of the hospital*. Chiangmai: Faculty of Nursing, Chiangmai University. (In Thai)
- Thongcharoen, P., & Laksanabunsong, P. (2015, February 24). *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)*. Retrieved from http://www.thaiheart.org/images/sub_1296823951/Coronary%20Artery%20Bypass%20Grafting.pdf (In Thai)
- Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of nursing measurement*, 14(3), 163-180.
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., ... Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.



**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา
ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย**
**Effects of Characteristic of a Peer Consulting Contemplative Education
Theory Promotion Program in Second Year Nursing Students, Faculty of
Nursing, Chiang Rai College.**

พัชรารวรรณ แก้วกันทะ *	Pacharawan Kaewkanta *
วิไลพร นุชสุธรรม ***	Wilaiporn Nuchsutham ***
คอย ละอองอ่อน **	Khoy La-ongon **

บทคัดย่อ

การส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาจะช่วยยกระดับจิตใจและปัญญาของผู้ให้การปรึกษา ทำให้สามารถเป็นสื่อกลางในการช่วยเหลือเพื่อนที่มีปัญหาทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2561 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาด้าน เจตคติต่อการให้การปรึกษาและด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาสามารถส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาในนักศึกษาพยาบาลในการให้การปรึกษาแก่เพื่อนนักศึกษา จึงควรนำไปเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษา จิตตปัญญาศึกษา นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
* Instructor, Faculty of Nursing, Chiangrai College
** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระยา
** Instructor, Boromarajonani College of Nursing Phayao
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangrai College
วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 16 ตุลาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 22 มกราคม 2561

Abstract

The promotion of peer consulting characteristics according to contemplative education helps enhance the heart and wisdom of a consultant. It also turns a consultant himself into a medium that can effectively support those with mental disorders. This research was a quasi-experimental research with control and experimental groups. The objective was to explore the effects of the Peer Consulting Characteristics Promotion Program under the concept of contemplative education among second-year nursing students. Fifty-two nursing students were randomly selected by using a simple random sampling method: 26 students in the experimental group and 26 students in the control group. The study was conducted from March to May 2018. The experimental group was advised by the Peer Consulting Characteristics Promotion Program according to contemplative education, whereas the control group was advised by the standard program. The research instruments consisted of the Peer Consulting Characteristics Promotion Program according to contemplative education, personal information questionnaire, and the evaluation form of peer consulting characteristics according to contemplative education created from the review of literature with a reliability value of 0.91. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The findings suggested that the mean scores of peer consulting characteristics in various aspects, including consulting knowledge, consulting attitudes, and consultants' personality were higher in the experimental group than in the control group. In addition, after receiving the program, the experimental group obtained higher scores in the post-experimental test, with a statistical significance of 0.05.

The results indicated that the promotion of peer consulting characteristics according to contemplative education program could help promote the characteristics of peer consultants among nursing students, while they can also provide advice to fellow friends. As a result, the program shall be introduced as an extracurricular activity of the Faculty of Nursing to encourage the characteristics of peer consulting in a consistent and sustainable manner.

Keywords: *Characteristics of Peer Consulting Promotion program, Contemplative Education, Nursing Students*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมไทยในปัจจุบัน ทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัวอย่างมากนอกจากต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนตามวัยแล้ว การปรับตัวต่อสภาพสิ่งแวดล้อม การเผชิญความเครียดในด้านการเรียนยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ

จิตได้ นักศึกษาพยาบาลเป็นหนึ่งในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความเครียด ได้แก่ การเรียนสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว (Pensuksan, Suwanno, & Tantayothai, 2012) การมีผู้ให้การปรึกษาที่ดีจะช่วยให้วัยรุ่นเผชิญปัญหาได้

แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (contemplative education) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นพัฒนา การเรียนรู้เพื่อยกระดับจิตใจและปัญญาของบุคคล ด้วยหลักการพื้นฐานของการจัดกระบวนการเรียนรู้แนวจิตตปัญญาศึกษา 7 หลักการ (Nilchaigowit & Jantorn, 2009) คือ หลักการพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ (contemplation) หลักความรักความเมตตา (compassion) หลักการเชื่อมโยงสัมพันธ์ (connectedness) หลักการเผชิญความจริง (confronting reality) หลักความต่อเนื่อง (continuity) หลักความมุ่งมั่น (commitment) และหลักชุมชนแห่งการเรียนรู้ (community) ซึ่งทั้ง 7 หลักการนี้มีความสำคัญกับการพัฒนาการเข้าใจภายในของตนเอง รู้ตัว เข้าถึงความจริงทำให้บุคคลเปลี่ยนมุมมองต่อบุคคลอื่น ต่อโลก ทำให้เกิดความสุข ปัญญาและความรักต่อเพื่อนมนุษย์ (Wasi, 2007) อันเป็นพื้นฐานคุณลักษณะที่สำคัญของผู้ให้การปรึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Supwirapakorn (2012) ที่ใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาในการพัฒนาคุณลักษณะเยาวชนเพื่อนที่ปรึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่านักเรียนที่เข้ารับการอบรมมีคะแนนคุณลักษณะเยาวชนเพื่อนที่ปรึกษาที่ดีสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของนักศึกษาพยาบาลทำให้เกิดการยอมรับ เกิดความรู้สึที่ดี ๆ ต่ตนเอง มีความรัก ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น (Chiddee & Uthathum, 2013) อีกทั้งการใช้กิจกรรมส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนที่ปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้ดีที่สุด (Kolb, Rubin, & Osland, 1991) โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้นักศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจและนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เหมาะสมในสังคม

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น นักศึกษาวิทยาลัย

เชียงรายเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต จะปรึกษาเพื่อนเป็นอันดับแรก และเพื่อนที่นักศึกษาไปขอรับการปรึกษามักแนะนำรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น เทียวกลางคืนตามสถานบันเทิง ดื่มเหล้า เป็นต้น (งานให้คำปรึกษา วิทยาลัยเชียงราย, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaewkanta (2015) พบว่าวิธีการแก้ไขปัญหาที่ใช้มากที่สุดของนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ปรึกษาเพื่อน ร้อยละ 87.7 ความคิดเห็นของเพื่อนมีความสำคัญมากกว่าความคิดเห็นจากผู้ใหญ่ อาจารย์ หรือผู้ปกครอง เพราะว่าการได้รับคำแนะนำจากผู้ใหญ่จะทำให้รู้สึกกลัวว่าตนเองเป็นเด็ก อีกทั้งเมื่อนักศึกษาอยู่กับเพื่อนจะรู้สึกว่าตนเองเป็นอิสระมีโอกาสได้พูดในสิ่งที่คิดแบบไม่ต้องเกรงใจได้รับการยอมรับจากเพื่อนและที่สำคัญนักศึกษาใช้เวลาอยู่กับเพื่อนมากกว่าครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามเพื่อนต้องเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีสามารถให้คำแนะนำที่สร้างสรรค์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา เพื่อสร้างเพื่อนผู้ให้การปรึกษาผ่านกระบวนการเรียนรู้ให้เข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อของตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานทางความคิดและจิตสำนึกใหม่เกี่ยวกับตนเอง และสรรพสิ่งส่งผลสู่การประพฤติปฏิบัติอย่างมีสติ มีปัญญา ตามแนวคิดจิตตปัญญา (Nilchaigowit & Jantorn, 2009) น่าจะส่งผลให้เพื่อนผู้ให้การปรึกษามีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองได้ด้วยสติปัญญาของตนเอง สามารถเป็นสื่อกลางในการช่วยเหลือเพื่อนที่ประสบกับปัญหาทางจิตใจแสวงหาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาในชีวิตได้ อีกทั้งสามารถเป็นเครือข่ายทางสังคมของสถานศึกษาในการเชื่อมโยงระบบการช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง

กับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษาและด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษาของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษาและด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษาของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา หรือการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตนของ Wasi (2007) ประกอบด้วยหลักการพื้นฐานในการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ได้แก่ 1) หลักการพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ 2) หลักการรักความเมตตา 3) หลักการเชื่อมโยงสัมพันธ์ 4) หลักการเผชิญความจริง 5) หลักความต่อเนื่อง 6) หลักความมุ่งมั่น และ 7) หลักชุมชนแห่งการเรียนรู้ร่วมกับแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งมีสาระสำคัญครอบคลุม

คุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา ด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา และด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษาโดยผ่าน 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมมองใจ 2) กิจกรรมบอกใจ 3) กิจกรรมเพิ่มใจด้วยหลักการ 4) กิจกรรมสื่อสารด้วยใจแล้วใส่ทักษะ 5) กิจกรรมช่วยได้ด้วยใจเรา 6) กิจกรรมกับความจริงที่ต้องเผชิญ และ 7) กิจกรรมภาษาใจ อีกทั้งมีการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Kolb, Rubin & Osland, 1991) ที่ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม มุ่งเน้นให้สมาชิกปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ร่วมกับการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะ使你ลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา และด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษาเพิ่มสูงขึ้น และสามารถให้การช่วยเหลือเพื่อนที่ประสบปัญหาทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ภาคการศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 132 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจทดสอบที่ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย (Burns & Grove, 2009) ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1999) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย

รวมจำนวนทั้งสิ้น 52 ราย การวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถูกตัดออก และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และจับคู่ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ชุดได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ

1.2 แบบประเมินคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมแบบประเมินมีข้อความทั้งหมด 57 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 และ 10 ให้คะแนน 1 (ตอบใช่) และคะแนน 0 (ตอบไม่ใช่) ส่วนข้อคำถามเชิงลบข้อ 8, 11 และ 12 ให้คะแนน 1 (ตอบไม่ใช่) และคะแนน 0 (ตอบใช่) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน แปลผล 5 ระดับ คือ มีความรู้ต่ำมาก (1-4) ต่ำ (5-6) ปานกลาง (7-8) สูง (9-10) และสูงมาก (11-12) 2) ด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา มีจำนวน 20 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 และ 17 คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 5 (ตอบมากที่สุด) และคะแนน 1 (ตอบน้อยที่สุด) ส่วนข้อคำถามเชิงลบข้อ 11, 18, 19 และ 20 จะมีการกลับการให้คะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-100 คะแนน แปลผล 5 ระดับคือ มีเจตคติต่ำมาก (1-51) ต่ำ (52-63) ปานกลาง (64-74) สูง (75-89) และสูงมาก (90-100) 3) ด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษา มีจำนวน 25 ข้อคำถาม คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 5 (ตอบมากที่สุด) และคะแนน 1 (ตอบน้อยที่สุด) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-125 คะแนน แปลผล 5 ระดับ คือ มีบุคลิกภาพเหมาะสมน้อยมาก (1-72) น้อย

(73-83) ปานกลาง (84-98) มาก (99-112) และมากที่สุด (113-125) นำแบบประเมินคุณลักษณะเพื่อนที่ปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน หาค่าความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.90 และนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแล้วไปหาความเที่ยงกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's coefficient เท่ากับ 0.91

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาของนักศึกษาพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ของ Wasi (2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยชุดกิจกรรม 7 กิจกรรม โดยใช้แนวคิดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดกิจกรรม โปรแกรมได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมตามเนื้อหาและความถูกต้องของการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ต่อจากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 3 ราย หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงและแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยเชียงราย เอกสารเลขที่ 9/2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยและการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ภายหลังจากได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและ

ประเมินคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การศึกษา ทำการจับคู่
กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 52 ราย
จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่เข้า
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 รายและผู้วิจัย
ดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย

กลุ่มทดลอง

ดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อน
ผู้ให้การศึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ระยะเวลา
7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 60-90 นาที โดยในทุกสัปดาห์ก่อน
เริ่มกิจกรรม กลุ่มทดลองจะมีโอกาสแลกเปลี่ยนพูดคุย
ถึงปัญหาอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมเมื่อยู่ที่
บ้าน หลังจากนั้นทำกิจกรรมไหว้ทักทายกัน และ
กิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายโดยนอนราบกำหนดลม
หายใจเข้า-ออกที่ปลายจมูก ฟังเพลงบรรเลงคลื่นสมอง
ตัวร่วมกับพูดบทผ่อนคลายอย่างสมบูรณ์โดยผู้วิจัย
เป็นเวลา 20 นาที จากนั้นจึงเข้าสู่การดำเนินโปรแกรม
การส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การศึกษาตามแนวคิด
จิตตปัญญาศึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียด
ของกิจกรรมที่แตกต่างกันในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมมองใจ กลุ่มทดลอง
วิเคราะห์ตนเองโดยการเขียนภาพปัจจุบันและอนาคต
เล่าถึง ความงาม ความดีและความจริง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมบอกใจ กลุ่มทดลองพูดกับ
ตัวเองทางบวกเพื่อเป็นการกำหนดพฤติกรรมใหม่โดย
การพูดยืนยันกับตัวเอง และผู้วิจัยตั้งคำถามกระตุ้นคิด
“เพื่อนในความหมายของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างไรร”
และ “การเป็นเพื่อนที่ดีควรจะปฏิบัติตัวอย่างไร”

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเพิ่มใจด้วยหลักการ ผู้วิจัย
แลกเปลี่ยนเรียนรู้หลักการและความรู้ทั่วไปในการ
ให้การศึกษา

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสื่อสารด้วยใจแล้วใส่ทักษะ
ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการให้คำปรึกษาร่วมกับ
กลุ่มทดลองพร้อมทั้งสาธิตการใช้เทคนิคการให้
การศึกษา

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมช่วยได้ด้วยใจเรา ผู้วิจัย
ขอตัวแทนจากกลุ่มทดลองจับคู่ 4 คู่ แสดงบทบาทสมมติ

การให้การศึกษาตามสถานการณ์ที่กำหนด เพื่อให้กลุ่ม
ทดลองได้ลองปฏิบัติกรให้การศึกษาผ่านบทบาท
สมมติ

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมกับความจริงที่ต้องเผชิญ
ผู้วิจัยมอบหมายงานให้กลุ่มทดลองไปทำหน้าที่เป็น
ผู้ให้การศึกษาเพื่อนที่มีเรื่องทุกข์ใจ จำนวน 1 ราย

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมภาษาใจ กลุ่มทดลองถอด
บทเรียนการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้และจัดตั้งกลุ่ม
เครือข่ายการพยาบาลใจ

สัปดาห์ที่ 8 สรุปบททวนทั้ง 7 กิจกรรม ให้กลุ่ม
ทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านการอภิปรายร่วม
กัน สะท้อนคิดเกี่ยวกับการนำกิจกรรมไปปฏิบัติจริงใน
การดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยรวบรวมสาระสำคัญที่ได้
จากการสนทนาและนำมาสรุป หลังจากนั้นกลุ่มทดลอง
ทำแบบประเมินคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การศึกษาแล้ว
นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไป
วิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1-7 ให้กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตประจำ
วันและเรียนตามปกติ

2. สัปดาห์ที่ 8 ทำการประเมินคุณลักษณะเพื่อน
ผู้ให้การศึกษาภายหลังเข้าร่วมวิจัย และแนะนำกิจกรรม
การส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การศึกษาทั้ง 7
กิจกรรมเพื่อนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน
รวมทั้งมีการฝึกกิจกรรมให้ในกรณีที่กลุ่มควบคุมต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง
เบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อน
ผู้ให้การศึกษาระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ
ส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การศึกษาตามแนวคิด
จิตตปัญญาศึกษา และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภาย
หลังโดยใช้สถิติค่าที

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอัตราส่วนเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 88.5 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 11.5 อายุระหว่าง 18-27 ปี
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การ

ปรึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา ด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา และด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษาระหว่างกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา ด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา และด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม (n=52)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p (2-tailed)
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
ความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา	10.73	1.18	9.96	1.53	-2.02	.049*
ด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา	84.65	4.45	76.15	5.33	-2.86	.006*
ด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษา	102.35	9.25	95.96	6.83	-2.82	.007*

* $p < .05$

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา ด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา และด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษากลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตาม

แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา ด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา และด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=26)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p (2-tailed)
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
ด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา	9.58	0.85	10.73	1.18	-4.57	.000*
ด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา	81.50	5.83	84.65	4.45	-2.47	.020*
ด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษา	97.23	6.51	102.35	9.25	-2.55	.017*

* $p < .05$

การอภิปรายผล

จากสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาทั้ง 3 ด้านภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสามารถอภิปรายผลการทดลองได้ดังนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาร่วมกับผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ มีการบ้านให้ไปปฏิบัติซ้ำทุกวัน วันละ 20 นาที จำนวนครั้งและระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมซ้ำ ๆ ตามโปรแกรม อาจจะเหมาะสมกับการพัฒนาคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khampakdee and Rerkjaree (2017) ที่ศึกษาผลของกิจกรรมตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาต่อความสงบทางจิตใจของบุคลากรใหม่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์พบว่าบุคลากรใหม่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษามีระดับความสงบทางจิตใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Jantaweemuang, Balhithip & Petchruschatachart (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาทีติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การ

ปรึกษาของนักศึกษาพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้น โดยนำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (Wasi, 2007) มาใช้ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Kolb, Rubin, & Osland, 1991) ประกอบด้วยชุดกิจกรรม 7 กิจกรรมที่เพิ่มคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา ด้านเจตคติต่อการให้การปรึกษา และด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การปรึกษาของกลุ่มทดลอง ดังนี้ 1)ด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา ประกอบด้วยกิจกรรมบอกใจกิจกรรมเพิ่มใจด้วยหลักการ กิจกรรมสื่อสารด้วยใจแล้วใส่ทักษะ กิจกรรมช่วยได้ด้วยใจเรา กิจกรรมกับความจริงที่ต้องเผชิญ โดยทั้ง 5 กิจกรรมสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังได้ร่วมกิจกรรมตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาจากการสังเกตพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สงบจดจ่อกับการทำกิจกรรมตลอดเวลา สามารถควบคุมตนเองให้อยู่ในการทำกิจกรรมจนครบเวลาที่กำหนด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้เรียนมีส่วนร่วมร่วมกับแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาที่มีขั้นตอนการเรียนรู้และมีกิจกรรมการเรียนรู้แบบต่อเนื่อง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ค่อย ๆ ใช้เวลาเรียนรู้และอยู่กับสิ่งนั้น ๆ ค่อย ๆ ซึมซับ รับรู้ทุกแง่มุมอย่างละเอียดลึกซึ้ง ไม่เร่งรีบหาคำตอบไม่รีบสรุปไม่รีบตัดสินใจใคร่ครวญสิ่งที่ต้องการเรียนรู้รวมถึงเป็นการใคร่ครวญเชื่อมโยงมาถึงสภาวะต่าง ๆ ภายในใจตนเอง มีความผ่อนคลายและเปิดรับการเรียนรู้สิ่งใหม่ในการเป็นเพื่อนผู้ให้การปรึกษาซึ่งสอดคล้องกับ (Jantakoon, 2017) ศึกษาผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาที่ส่งผลต่อความสามารถในการพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นของนิสิตครู มหาวิทยาลัยพะเยา พบว่านิสิตครูมีความรู้ในการพัฒนาท้องถิ่นหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ Julrat (2010) ศึกษาผลของกระบวนการเรียนรู้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสุขในการเรียนของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ พบ

ว่านิสิตมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้นหลังจากเรียนวิชา
ความคิดสร้างสรรค์เบื้องต้นด้วยกระบวนการเรียนรู้แนว
จิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
อีกทั้งสอดคล้องกับ Supwirapakorn (2012) ที่ศึกษา
การพัฒนาคุณลักษณะเยาวชนเพื่อนที่ปรึกษาสำหรับ
นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนประจำ
จังหวัดชลบุรี พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณลักษณะเยาวชน
เพื่อนที่ปรึกษาของนักเรียนในระยะหลังอบรมและระยะ
ติดตามผลมีคะแนนคุณลักษณะเยาวชนเพื่อนที่ปรึกษา
ด้านความรู้พื้นฐานการปรึกษาสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ด้านเจตคติต่อการ
ให้การปรึกษา เป็นการเรียนรู้ผ่านทั้ง 7 กิจกรรม
ประกอบด้วย กิจกรรมมองใจ กิจกรรมบอกใจ กิจกรรม
เพิ่มใจด้วยหลักการ กิจกรรมสื่อสารด้วยใจแล้วใส่ทักษะ
กิจกรรมช่วยได้ด้วยใจเรา กิจกรรมกับความจริงที่ต้อง
เผชิญและกิจกรรมภาษาใจ เป็นการนำแนวคิด
จิตตปัญญาศึกษา 7 หลักการมาใช้ให้กลุ่มทดลองมีด้าน
เจตคติที่ดีต่อการให้การปรึกษานั้นต้องเน้นไปที่หลัก
ความรักความเมตตาเนื่องจากหลักความรักความเมตตา
เป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการ
ช่วยเหลือผู้อื่น มีความรู้สึกนึกคิดที่ละเอียดอ่อน
อ่อนโยนทั้งต่อตนเองและผู้อื่น มีพลังอำนาจในทางที่
สร้างสรรค์แบ่งปันความรักความเมตตาต่อบุคคลที่กำลัง
ประสบกับความทุกข์ทั้งกาย ใจและจิตวิญญาณ (Tran-
formative learning Monograph Mahidol Univer-
sity Contemplative Education Center, 2009)
ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง Contemplative Practices
in Teacher Education ของ Nozawa (2004) พบว่า
การนำแนวปฏิบัติแบบจิตตปัญญาศึกษาไปใช้ในชีวิตครู
ส่งผลให้ครูมีการรับรู้ตนเองสูงขึ้นและมีคุณลักษณะ
ความเป็นครู สามารถช่วยเหลือให้ผู้อื่นพัฒนาตนเอง
ได้ดีขึ้น และ 3) ด้านบุคลิกภาพในการเป็นผู้ให้การ
ปรึกษา เป็นการเรียนรู้ผ่านทั้ง 7 กิจกรรมซึ่งแนวคิด
จิตตปัญญาศึกษามุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง
โดยการพัฒนาจากภายในของตนเองด้วยการเรียนรู้
ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ เรียนรู้การฝึกปฏิบัติกิจกรรม

ที่หลากหลายเป็นกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้สู่การ
เปลี่ยนแปลง เพื่อยกระดับคุณค่าความดีงาม (Onsri,
2014) สอดคล้องกับ Supwirapakorn (2012) ที่ศึกษา
การพัฒนาคุณลักษณะเยาวชนเพื่อนที่ปรึกษาสำหรับ
นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนประจำ
จังหวัดชลบุรี พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณลักษณะเยาวชน
เพื่อนที่ปรึกษาของนักเรียนในระยะหลังอบรมและระยะ
ติดตามผลมีคะแนนคุณลักษณะเยาวชนเพื่อนที่ปรึกษา
ด้านบุคลิกภาพในการปรึกษาสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Chid-
dee and Uthaitum (2013) พบว่าเมื่อผู้สอนเข้าใจ
หัวใจของการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา
โดยประยุกต์ให้เข้ากับเป้าหมายของกระบวนการเรียนรู้
ที่ผู้เรียนต้องการตามศักยภาพและสภาวะความพร้อม
ภายในของผู้เรียนจะช่วยหล่อหลอมให้ผู้เรียนมี
จิตวิญญาณความเป็นพยาบาลเกิดการเคารพในคุณค่า
ศักดิ์ศรีของตนเองและผู้อื่น เห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์
เรียนรู้ที่จะรัก เรียนรู้ที่จะให้ด้วยหัวใจพร้อมที่จะปรับ
เปลี่ยนบุคลิกภาพของตนเองในที่สุด

สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อน
ผู้ให้การปรึกษาที่พัฒนาจากแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา
และการทบทวนวรรณกรรม สามารถส่งเสริมคุณลักษณะ
เพื่อนผู้ให้การปรึกษาในนักศึกษาพยาบาลโดยทำให้เกิด
การเปลี่ยนแปลงจากภายในตนเอง เข้าถึงอารมณ์ ความ
รู้สึก ความคิด ความเชื่อของตนเองที่มีความเชื่อมโยง
กับโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานทางความคิดและ
จิตสำนึกใหม่เกี่ยวกับตนเองและสรรพสิ่งส่งผลสู่
การปฏิบัติอย่างมีสติและมีปัญญา (Nilchaigowit &
Jantorn, 2009) ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาล
มีคุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาที่สามารถแก้ไขปัญหา
หรือพัฒนาตนเองได้ด้วยสติปัญญาของตนเองและยัง
เป็นที่พึ่งในการให้คำปรึกษาแก่เพื่อนนักศึกษา โดยผ่าน
กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งมีหลักการสำคัญ
คือการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้เชิง
กระบวนการกลุ่มจนเกิดเป็นความคิดรวบยอดนำความ
รู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ มีปัญญา มีเมตตาต่อตนเองและ
ผู้อื่น อีกทั้งยังช่วยให้มีความสามารถในการที่จะรักษา
ความสุขของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คุณลักษณะเพื่อนผู้ให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องและ
ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อน
ผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ไปจัดเป็น
การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมโดยกำหนดให้อยู่ในกิจกรรม
เสริมหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อส่งเสริม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมหลังจากเสร็จสิ้น 1
เดือน และ 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบผลที่ต่อเนื่องและ
คงทนจากผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเพื่อน
ผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- Burns, N., & Grove, S., (2009) *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (6th ed.). St. Louis: W. B. Saunders.
- Chiddee, K., & Uthaitum, N., (2013). Contemplative Education activities: Personality development strategies for Student Nurses. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(2), 106-117. (In Thai)
- Jantakoon, J. (2017). The Effect of Learning Activites Based on Contemplative Education Approach on the Development of Local Curriculum of University of Phayao Student Teachers' Competency. *Journal of Community Development Research (Humanisties and Social Sciences)*, 10(4), 186-199. (In Thai)
- Jantaweemuang, V., Balthip, K., & Petchruschatachart, U. (2018). Effect of Contemplative Education Program on spiritual well-being of Nursing Students. *Journal of Nursing, Siam University*, 19(37), 84-102. (In Thai)
- Julrat, P. (2010). *The effect of contemplation learning process on learning achievement and happiness in study of graduate students faculty of education Srinakharinwirot University* (Research report). Bangkok: Srinakharinwirot University. (In Thai)
- Kaewkanta, P. (2015). Prevalence of depression in higher education student in Chiangrai province. *Nursing Journal*, 42(4), 48-64. (In Thai)
- Khampakdee, S., & Rerkjaree, S. (2017). The effect of activities base on contemplative education on serenity of new staffs in khonkaen rajanakarindra psychiatric hospital. *Journal of Education Graduate Studies Research*, 11(4), 205-216.(In Thai)
- Kolb, D. A., Rubin, I. M., & Osland, J. S. (1991). *Organizational Behavior An Experiential approach* (5th ed.). Engle weed: Prentice hall.
- Nilchaigowit, T., & Jantorn, A. (2009). *The art of learning process for changing: Contemplation process Guide*. Bangkok: Mahidol University Contemplative Education Center. (In Thai)

- Nozawa, A. (2004). Contemplative Practices in Teacher Education. *Journal of Inservice Education*, 20, 179-192.
- Onsri, P. (2014). Contemplative Education: Education for human development in 21st century. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(1), 7-11. (In Thai)
- Pensuksan, C., Suwanno, J., & Tantayothai, W. (2012). Stress, Coping strategies and Happiness of first year Nursing Student. *Ramathibodi Nursing journal*, 2(8), 90-109. (In Thai)
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principle and method* (6th ed.). Philadelphia: Lippicott William & Wilinks.
- Supwirapakorn, W. (2012) .The development of characteristic of youth peer counselor for lower secondary school students in a boarding-school at Chonburi province. *Education Journal*, 23(2), 204-218. (In Thai)
- Tranformative learning Monograph Mahidol University Contemplative Education Center. (2009). *What is contemplative education*. Nakhon Pathom: Mahidol University. Contemplative Education Center. (In Thai)
- Wasi, P. (2007). *The human way in the 21st century: 019*. (4th ed.). Bangkok: Academic book project of contemplation. (In Thai)

**ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน**
**Effectiveness of Implementing Cognitive Behavior Therapy Program
Among Patients with Alcohol Dependence, Thanyarak Maehongson Hospital**

กนกวรรณ	พวงมาลีประดับ *	Kanokwan	Puangmaleepradab *
สมบัติ	สกุลพรรณณ์ **	Sombat	Skulphan **
दारवारณ	ตั้ะป็นตา ***	Darawan	Thapinta ***

บทคัดย่อ

โรคติดสุราทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมด้วย ผู้ป่วยโรคติดสุราจึงต้องได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคติดสุราจำนวน 15 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2560 และบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้ใช้โปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา 3) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือโดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม 5) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่ม และ 6) แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยประเมินเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยทุกรายสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยในจำนวนนี้สามารถหยุดดื่มได้ถึงร้อยละ 66.67
2. ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทุกราย มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุรา และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด
3. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่า

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
 * Registered Nurse, n.ceremonae@gmail.com
 ** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University, sombat.sk@cmu.ac.th
 *** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University, darawan1955@gmail.com
 วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 16 ตุลาคม 2560 วันที่ออกรับบทความ 29 มกราคม 2561

โปรแกรมมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยและญาติในระดับมาก และร้อยละ 83.33 มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในหน่วยงาน และมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่รับบริการที่หอผู้ป่วยบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนได้ ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, ผู้ป่วยโรคติดสุรา, พฤติกรรมการดื่มสุรา

Abstract

Alcohol dependence impacts physical and psychological health among patients with alcohol dependency and also impacts their families and society. So they need to be treated with proper therapy. Cognitive behavior therapy is a psychosocial therapy that could reduce drinking behavior. The purpose of this operational study was to study the effectiveness of implementing a cognitive behavior therapy program among patients with alcohol dependence at Thanyarak Maehongson Hospital (TMH). The sample included 15 patients with alcohol dependence who were admitted at the detoxification unit of TMH from June to August 2017, and six nurses who conducted the program. The study instruments consist of 1) the Demographic Data Form, 2) the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), 3) the Satisfaction Questionnaire Of The Program Users modified from the nurse's opinion survey form according to patients discharge planning, 4) the Satisfaction Questionnaire Of Patients with Alcohol Dependence modified from the satisfaction questionnaire of patients were assisted by a counseling program, 5) the Cognitive Behavior Therapy Program (CBTP) 6) the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised (CIWA-Ar). Data were analyzed using descriptive statistics.

Results revealed that:

1. After receiving CBTP, the patients were assessed at one month after discharge from the hospital. All of the patients with alcohol dependence were able to reduce their drinking behaviors and 66.67 % of them completely stopped drinking.

2. All patients with alcohol dependence who received the program expressed that this program was beneficial for them to reduce, quit or stop drinking and were overall satisfied with the program from high to the highest level.

3. One hundred percent of the nursing personnel who conducted the program have a high level of perception that the program is beneficial to their practice, their patients and their patients' relatives. More than eighty percent (83.33%) of them expressed that the program was appropriate for practice in the organization and have a high level of overall satisfaction of the program.

The results of the study indicates that CBTP can decrease the drinking behavior of patients with alcohol dependence by receiving services at the detoxification unit of Thanyarak Maehongson

Hospital. Therefore, this program should be further implemented for patients with alcohol dependence.

Keywords: *Cognitive Behavior Therapy Program, Patients with Alcohol Dependence, Drinking Behaviors*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดสุรา เป็นกลุ่มอาการทางร่างกาย พฤติกรรมจิตใจและความนึกคิดที่มีลักษณะของความต้องการดื่มสุรามากขึ้นจนเกิดอาการขาดสุรา ตื้อต่อสุราและไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้แม้จะเกิดผลกระทบบต่อสุขภาพขึ้น และยังคงดื่มแม้จะเกิดปัญหาขึ้น จากการสำรวจระดับชาติของประเทศไทยในปี 2551 พบความชุกของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเป็นร้อยละ 10.9 (Kittirattanapaiboon et al., 2013) และจากการสำรวจระดับชาติปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปี 2555 พบอัตราความชุกของกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นร้อยละ 12.4 (Pruekkanon, Sirisamut, Duangthipsirikun, Puangladda, & Sudsriwilai, 2013) แสดงถึงแนวโน้มของความชุกในการเกิดโรคที่เพิ่มสูงขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดสุรา สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้านประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีวภาพ ซึ่งได้แก่ พันธุกรรม สารสื่อประสาท และพื้นฐานทางอารมณ์หรือบุคลิกภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การเรียนรู้ผลบวกจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นแรงเสริมให้พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราคงอยู่ และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ปัญหาในครอบครัว ค่านิยมทางสังคม (Saipanish & Silpakit, 2015) นอกจากนี้ในการศึกษาประสบการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้สูงอายุนที่เป็นโรคติดสุราพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลับไปดื่มซ้ำ ได้แก่ การมีทัศนคติต่อประโยชน์ของสุราที่มีความเชื่อว่าสุราจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (Panya, Sethabouppha, & Jormsi, 2013)

ผู้ป่วยโรคติดสุราได้รับผลกระทบจากการติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งในด้านสุขภาพจิตพบว่ากรรมการดื่มสุรานำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและทำร้าย

ตนเอง ในประเทศไทยพบปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 56 จากการเป็นโรคที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มสุรา (Center for Alcohol Studies, Thailand, 2013) นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ครัวเรือนที่สมาชิกดื่มสุราพบว่าร้อยละ 36.6 มีปัญหาด้านความสัมพันธ์และการใช้ความรุนแรง (National Statistical Office, Thailand, 2011) ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม จากผลกระทบดังกล่าวจึงได้มีการพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราขึ้น ทั้งการรักษาโดยการให้ยาและการบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและมีความเป็นมาที่ยาวนาน ซึ่งตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของ Beck, Wright, Newman, and Liese, (1993) เชื่อว่าความคิดอัตโนมัติต่อสถานการณ์เป็นผลมาจากความเชื่อพื้นฐานที่จะนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งผู้ติดสุรามักมีความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการดื่มสุรา ส่งผลต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ เป้าหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือการฝึกค้นหา ตรวจสอบความคิด และความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ติดสุราเข้าใจอารมณ์หรือสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ สามารถหลีกเลี่ยงและจัดการปัญหาได้ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดลงได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Chainoon (2008) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกของ

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบว่าการบำบัดรายบุคคลที่พัฒนาจากแนวคิดของ (Beck et al., 1993) ที่มีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดที่ชัดเจน ทำให้คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรารายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งผู้นำนโยบายนี้ไปศึกษาประสิทธิผล ยังพบว่าสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดยาได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ พบว่าโปรแกรมนี้นี้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์เมื่องสง

โรงพยาบาลศรีนครินทร์เมื่องสง เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางด้านยาและสารเสพติด โดยแบ่งการให้บริการออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในถอนพิษยา ผู้ป่วยในพื้นที่ชุมชน และบริการให้บริการชุมชนและติดตามผล สำหรับหอผู้ป่วยในถอนพิษยานั้นมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการถอนพิษยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้ยาและสารเสพติดได้ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ 3 อันดับแรกได้แก่ สุรา ผีน และการใช้สารเสพติดร่วม และจากสถิติของผู้ป่วยโรคติดยาที่เข้ารับการรักษาในระบบผู้ป่วยในช่วงปีงบประมาณ 2556-2558 มีจำนวน 94, 152 และ 141 รายคิดเป็นร้อยละ 67.14, 65.80 และ 47.47 ตามลำดับ (Thanyarak Maehongson Hospital, 2015) แม้จะแสดงถึงแนวโน้มที่ลดลงของจำนวนผู้ป่วยติดยา แต่พบว่าอัตราการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน (early remission rate) ของช่วงปีงบประมาณ 2556-2558 มีอัตราการหยุดเสพยาร้อยละ 44.68, 38.61 และ 27.55 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง 3 เดือนที่ลดลง ผู้ป่วยโรคติดยาจึงถือเป็นผู้ป่วยกลุ่มสำคัญกลุ่มหนึ่งของโรงพยาบาลศรีนครินทร์เมื่องสงที่ต้องให้การดูแลรักษา

ที่ผ่านมาได้มีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมบำบัดของผู้ป่วยสุราอย่างต่อเนื่องจนมีรูปแบบของกิจกรรมกลุ่ม

บำบัดสำหรับผู้ป่วยติดยาที่ชัดเจนขึ้น แต่ด้านการให้คำปรึกษาและการบำบัดรายบุคคล พบว่ายังไม่มีมีการปฏิบัติที่เป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยที่ชัดเจน และผู้ป่วยโรคติดยาที่ได้รับการบำบัดยังมีอัตราการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน ลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมโดยการสืบค้นอย่างเป็นระบบ พบว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Chainoon (2008) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดยา ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำทดสอบประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมดื่มของผู้ป่วยติดยาโรงพยาบาลศรีนครินทร์เมื่องสง เพื่อให้เกิดรูปแบบการบำบัดรายบุคคลที่ชัดเจนมากขึ้น โดยผู้วิจัยได้ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ตามแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของ FAME (Pearson, Wiechula, Lockwood, & Court, 2005) พบว่ามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ ผู้วิจัยจึงตัดสินใจจะนำโปรแกรมหาดังกล่าวนี้มาใช้ตามแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของ Rogers (1983) ซึ่งหากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลที่ดีจะนำนวัตกรรมดังกล่าวใช้ในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยาที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์เมื่องสง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดยาโรงพยาบาลศรีนครินทร์เมื่องสง ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดยาที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล ในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา หลังจากรับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมลดลงหรือไม่ อย่างไร
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นอย่างไร
3. ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราครั้งนี้ใช้โปรแกรมของ Chainoon (2008) เป็นโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของ Beck et al. (1993) ที่เชื่อว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระโดยตรงแต่ต้องผ่านกระบวนการคิด ซึ่งความคิดอัตโนมัติต่อสถานการณ์เป็นผลมาจากความเชื่อพื้นฐานที่จะนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามักมีความเชื่อที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเกี่ยวกับการดื่มสุรา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีเป้าหมายเพื่อค้นหา ฝึกการตรวจสอบความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสม และสามารถช่วยให้เข้าใจอารมณ์หรือสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำให้สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์และจัดการปัญหาได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่วัตรกรรมของ Rogers (1983) เพื่อเป็นการนำนวัตกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน และนำนวัตกรรมดังกล่าวไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราและใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยาโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational research) ซึ่งเป็นการนำเอาผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Research Utilization: RU) และเป็นการนำนวัตกรรมที่ได้รับการพิสูจน์จากงานวิจัยเชิงทดลองแล้วว่าได้ผลดีมาใช้แก้ปัญหาของหน่วยงาน โดยทำการศึกษาดังแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2560

ตัวอย่างในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV-TR) ที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยใช้วิธีประมาณการจากสถิติผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ามารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนจากช่วงเวลาเดียวกันของการศึกษาคือในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2559 ซึ่งจากช่วงเวลาเดียวกันนี้พบว่ามีผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 15 คน และคัดเลือกประชากรเข้ากลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือเป็นผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรามีสคะแนนความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (CI-WA-Ar) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน สามารถอ่านออก เขียนได้ พูดคุยสื่อสารได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา หากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ ผู้ศึกษาจะไม่นำข้อมูลของมาวิเคราะห์และถือว่าได้ถอนตัวออกจากการวิจัย

2. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลผู้ใช้โปรแกรม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในบำบัดยา จำนวน 6 คนที่มีคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราอย่างน้อย 1 ปี ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร การบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดตามแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นหลักสูตร ที่ได้รับการอบรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เป็นระยะเวลา 2 วัน รวมทั้งผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ของ Chainoon (2008) และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคติดสุราซึ่งพัฒนาโดยผู้ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล ปริมาณการดื่มสุรา อายุที่เริ่มดื่มสุรา จำนวนครั้งในการมารับการรักษา

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา

1.3 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) เป็นเครื่องมือคัดกรอง ขององค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทย โดย Assanangkornchai (2003) และมีการเผยแพร่เป็นแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิที่แปล และเรียบเรียงโดย Silapakit and Kittirattanapaiboon (2009) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ และมีการให้คะแนนเป็นระดับตัวเลข ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำมาใช้โดยการปรับระยะเวลาในคำถามให้สอดคล้องกับการศึกษาโดยไม่มีการแก้ไขเนื้อหาในข้อความจึงไม่ได้มีการนำไปทดสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.81

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (Duansawang, 2008)

1.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือโดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดภาคเหนือที่พัฒนาโดย โดย Thapinta, Skulphun, and Kittirattanapaiboon (2014)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการวิจัย

2.1 โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งผู้ศึกษานำมาจากโปรแกรมของ Chainoon (2008) มีกิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยมีกิจกรรมและวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้งดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจเป้าหมายและให้ความร่วมมือในการบำบัด รวมถึงเข้าใจว่าความคิดมีผลต่ออารมณ์ และนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถประเมินอารมณ์ของตนเองและค้นหาความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง

กิจกรรมครั้งที่ 4 การเผชิญหรือการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 5 การค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหาและวางแผนหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 6 การนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการยุติการบำบัด

โปรแกรมนี้ผู้พัฒนาได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหา 0.87 ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมมาปรับเล็กน้อยในส่วนของคำในใบงานและเนื้อหากิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนโดยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาความรู้และแนวคิดทฤษฎีที่ใช้

2.2 แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (The Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised: CIWA-Ar) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Sullivan et al. (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย Kittirattana-paiboon et al., 2013 ในปี 2547 แบบประเมินเป็นข้อคำถาม 10 ข้อ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 046/2017 และคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ และเริ่มดำเนินการศึกษาโดยผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการศึกษา โดยการเข้าร่วมในการศึกษานี้จะทำการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษา ลงชื่อในเอกสารการยินยอม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่ต้องมีการบังคับ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจต่อการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และทำการศึกษาตามขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมของ

Roger (1983) โดยภายหลังผ่านการอนุมัติโครงร่างวิจัย และจริยธรรมจึงได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา จากนั้นได้จัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับบุคลากรทางการพยาบาลผู้เกี่ยวข้องที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสมัครใจและให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาภายหลังจากการได้รับภาระชี้แจง และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั้งในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคติดสุราและกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคติดสุราผู้เข้าร่วมการศึกษาก็จะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Chainoon (2008) จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราและบุคลากรทางการพยาบาลผู้เข้าร่วมการศึกษา จากนั้นได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและรวบรวมรายงานผลให้หน่วยงานรับทราบเพื่อนำไปสู่การผลักดันให้มีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้งานประจำต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคติดสุราและบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยเป็นการประเมินเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลได้นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจักษุแพทย์แม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา จำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 93.33 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 23-63 ปี (\bar{X} = 45.4 ปี, SD = 10.37) มีสถานภาพหย่าร้างร้อยละ 40 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 80 และมีรายได้ส่วนบุคคลอยู่ระหว่าง 0-12,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 5,133.33 บาทต่อเดือน ปริมาณการดื่มสุราของทุกรายมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐาน โดยมีปริมาณการดื่มอยู่ระหว่าง 6-42 ดื่มมาตรฐาน (\bar{X} = 17.47 ดื่มมาตรฐาน, SD = 8.70) และพบว่าอายุที่เริ่มดื่มสุราอยู่ระหว่าง 12-25 ปี (\bar{X} = 16.87 ปี, SD = 2.95) และมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาอยู่ระหว่าง 1-6 ครั้ง (\bar{X} = 2.67 ครั้ง, SD = 1.76)

สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ มีจำนวน 6 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 25-33 ปี (\bar{X} = 30 ปี, SD = 3.09) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราอยู่ในช่วง 1-8 ปี (\bar{X} = 3.67 ปี, SD = 3.08)

พฤติกรรมการดื่มสุรา

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดทั้ง 15 ราย และภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราที่ลดลงทุกคน โดยจากการประเมินคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 1 เดือน พบว่าสามารถหยุดดื่มได้ 10 ราย และสามารถลดพฤติกรรมดื่มจากในระดับแบบติดเป็นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 5 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคติดสุราและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน (n=15)

ระดับพฤติกรรม การดื่มสุรา	ก่อนได้รับโปรแกรม การบำบัด (ราย)	ร้อยละ	หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน (ราย)	ร้อยละ
หยุดดื่มสุรา	0	0	10	66.67
ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ	0	0	5	33.33
ดื่มแบบเสี่ยง	0	0	0	0
ดื่มแบบมีปัญหา	0	0	0	0
ดื่มแบบติด	15	100	0	0

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พบว่าทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100 มีความคิดเห็นในด้านประโยชน์ต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุราและความพึงพอใจโดยรวมต่อการได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 73.33

เช่นเดียวกันกับด้านความพึงพอใจต่อพยาบาลผู้ให้การช่วยเหลือทุกรายมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ส่วนในด้านความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้งมีความคิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 93.33 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมจำแนกตามความรู้สึก/ทัศนคติ รายชื่อ (n=15)

ความรู้สึก/ทัศนคติ	ระดับความคิดเห็น					
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ประโยชน์ต่อการลดละเลิกดื่มสุรา	11	73.33	4	26.67	0	0
ความพึงพอใจต่อพยาบาลผู้ให้การช่วยเหลือ	10	66.67	5	33.33	0	0
ความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง	6	40	8	53.33	1	6.67
ความเหมาะสมของเวลาทั้งหมด 6 ครั้ง	7	46.67	8	53.33	0	0
กิจกรรมหรือสิ่งที่ให้ทำในแต่ละครั้ง	9	60	6	40	0	0
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	11	73.33	4	26.67	0	0

ตารางที่ 3 จำนวนความพึงพอใจ ของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำแนกตามความรู้สึก/ทัศนคติ รายชื่อ (n=6)

ความรู้สึก/ทัศนคติ	ระดับความคิดเห็น	
	มาก	ปานกลาง
ความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงาน	5	1
ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงาน	6	0
ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ	6	0
ความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก	3	3
ความพึงพอใจโดยรวมของการใช้โปรแกรม	5	1

จากการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 6 ราย พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลทุกรายมีความคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติในระดับมาก และบุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่จำนวน 5 ราย มีความคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อการนำมาใช้ในหน่วยงานและมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยใน

บำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยโรคติดสุรามีพฤติกรรม การดื่มอยู่ในระดับติด แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมเมื่อ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่าสามารถ ลดพฤติกรรม การดื่มสุราได้ทั้ง 15 ราย สอดคล้องกับการ ศึกษาของ (Srimongkontaratom, 2011) ที่ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ที่เป็น โรคติดสุราโรงพยาบาลศรีสังขาลย์ จังหวัดสุโขทัย และ การศึกษาของ Wisai (2010) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัด เชียงใหม่ พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมผู้เข้าร่วม

การศึกษามีพฤติกรรมที่ดื่มแอลกอฮอล์ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Matthew (1997) ที่ได้ศึกษาเชิงวิเคราะห์หรือปริมาณการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและปัญหาการดื่มสุรา พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาในการดื่มได้อย่างน้อยในระยะสั้น จึงสามารถอธิบายได้ว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมดื่มสุราได้

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุราของ Chainoon (2008) เป็นโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของ Beck et al. (1993) ที่เชื่อว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยตรงแต่ต้องผ่านกระบวนการคิด ความคิดอัตโนมัติต่อสถานการณ์เป็นผลมาจากความเชื่อพื้นฐานที่จะนำไปสู่อารมณ์พฤติกรรม และสรีระที่เป็นปัญหา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดโดยฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติ ความเชื่อหรือทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการดื่มสุรา และฝึกการตรวจสอบความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมนั้น จนสามารถเผชิญและปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอารมณ์หรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา และสามารถหลีกเลี่ยงได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุรามีพฤติกรรมดื่มสุราลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการศึกษานี้ ประเมินความพึงพอใจในด้านประโยชน์ต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุราและความพึงพอใจโดยรวมต่อการได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 73.33 ความพึงพอใจนี้เกิดขึ้นจากการมีความรู้สึกและทัศนคติที่ดีจากการได้รับโปรแกรมการบำบัด และจากการที่โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมดื่มสุราที่นำมาใช้ใน

ครั้งนี้เป็นการบำบัดรายบุคคล จึงทำให้เข้าใจสามารถวิเคราะห์สภาพของปัญหา สาเหตุของปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยได้ตรงตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้บำบัดมีการเอาใจใส่และแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอื้ออาทรที่มีให้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติและความรู้สึกที่ดี ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการได้รับการบำบัด ดังการศึกษาความเชื่อใจในสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดของ Peschken and Johnson (1997) ที่พบว่าทัศนคติมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นของผู้รับการบำบัดต่อผู้บำบัด จะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ ที่ผู้ป่วยมีการประเมินด้านความพึงพอใจต่อพยาบาลผู้ให้การช่วยเหลืออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งความพึงพอใจนี้เกิดจากการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดที่เป็นไปเพื่อมุ่งช่วยเหลือผู้ป่วย การยอมรับในตัวผู้ป่วย มีความสม่ำเสมอ ให้กำลังใจ และมีความจริงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อใจไว้วางใจให้ความร่วมมือที่ดีต่อการบำบัด และเกิดความพึงพอใจต่อการบำบัด ดังบทสรุปการวิจัยเกี่ยวกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและผลของการบำบัดทางจิต ของ Lambert and Barley (2001) ที่กล่าวว่าสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อผลลัพธ์การรักษา และกระบวนการบำบัดเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล องค์ประกอบหลักในการบำบัดคือการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตั้งแต่วินาทีแรกของการบำบัด รวมถึงการให้การบำบัดด้วยความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ และจริงใจต่อผู้ป่วย จึงเป็นพื้นฐานที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อผู้ให้การบำบัดได้

สำหรับความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการศึกษานี้พบว่า จากการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 6 คน พบว่าทุกคนมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ และส่วน

ใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นโปรแกรมมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Srimongkantaratorn (2011) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่าทีมสุขภาพทุกคนพึงพอใจในประโยชน์และคิดว่าเหมาะสมในระดับมาก ทั้งนี้ความสำเร็จของการศึกษาที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลมาจากการศึกษาครั้งนี้ได้มีการดำเนินการศึกษาโดยใช้สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse : APN) มีการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการศึกษา ทำให้ได้รับความร่วมมือที่ดีทั้งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราผู้เข้าร่วมการศึกษา เกิดความพึงพอใจ ประกอบกับการศึกษานี้การดำเนินการศึกษาได้นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา มาปรับใช้ตามแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของ Rogers (1983) ที่ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะให้ความรู้ (knowledge state) ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลทางด้านสถิติและทางวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดสุราเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา จากนั้นในระยะที่ 2 จูงใจ (persuasion stage) ให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจความสำคัญของการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งทีมบุคลากรทางการแพทย์ทุกรายให้ความสนใจและเห็นถึงความสำคัญของการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา จึงนำไปสู่ระยะที่ 3 การตัดสินใจ (decision stage) นำโปรแกรมมาใช้ในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และเข้าสู่ระยะที่ 4 เป็นระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคลากรผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรม และมีการติดตาม การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และในระยะสุดท้าย ระยะยืนยันผล (confirmation) ที่มีการประเมินผลลัพธ์ทั้งทางคลินิกและทาง

กระบวนการ

จากผลการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา ของ Chainoon (2008) มีประสิทธิภาพในการนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้ ซึ่งทำให้เกิดการนำนวัตกรรมอีกหนึ่งรูปแบบมาใช้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณภาพในหน่วยงานได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาจะพบว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา ของ Chainoon (2008) สามารถทำให้ผู้ป่วยลดหรือหยุดพฤติกรรมการดื่มได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน จึงควรมีการนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โดยก่อนการนำโปรแกรมไปใช้ในงานประจำของบุคลากรพยาบาล โดยต้องได้รับการอบรมการใช้โปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และควรมีการสอน ฝึกและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้นำไปใช้เกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติจริง

2. ควรมีการนำเสนอการใช้โปรแกรมนี้ต่อผู้บริหารเพื่อพิจารณาให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดนโยบายหรือพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราต่อไป และควรมีการสนับสนุนให้เกิดการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย

3. ควรมีการศึกษาในระยะยาวโดยการติดตามคะแนนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้าร่วมการศึกษาระยะเวลา 3 เดือน เพื่อติดตามอัตราการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย และช่วยยืนยันผลของ

โปรแกรมในระยะยาว

โรคติดสุราผู้ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ

4. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วย

พฤติกรรมบางรายที่ไม่สามารถหยุดดื่มได้

เอกสารอ้างอิง

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
- Center for Alcohol Studies, Thailand. (2013). *The situation of alcohol consumption and domestic impact in 2013*. Bangkok: Graphico System Company. (In Thai)
- Chainoon, C. (2008). *Effect of cognitive behavior therapy on alcohol drinking behaviors among persons with alcohol dependence Somdejphrachaotaksinmaharaj Hospital, Tak Province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Duansawang, A. (2008). *Effectiveness of using discharge plan for suicidal attempted patients admitted to Sobprabab Hopital, Lamang Province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Kittirattanapaiboon, P., Kongsuk, T., Pengjuntr, W., Leejongpermpoon, J., Chutha, W., Kenbubpha, K. (2013). Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008. *Journal of Mental Health of Thailand, 21*(1), 1-14. (In Thai)
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 38*(4), 357-361.
- Matthew, G. A. (1997). *Cognitive-behaviour therapy and problem drinking: A meta-analysis* (Master's thesis, University of Toronto).
- National Statistical Office, Thailand (2011). *Summary of smoking and alcohol drinking behavior surveys of Thai population 2011*. Retrieved from <https://www.society.go.th/ewtnews.php?nid=13207>
- Panya, P., Sethabouppha, H., & Jormsi, P. (2013). Experiences of Relapse among Elderly with Alcohol Dependence. *Nursing Journal of Thailand, 40*(4), 45-55. (In Thai)
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 3*(8), 207 - 215.
- Peschken, W., & Johnson, M. (1997). Therapist and client trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 7*(4), 439-447.
- Pruekkanon, B., Sirisamut, T., Duangthipsirikun, S., Puangladda, S., & Sudsriwilai, K. (2013). *Epidemiology mental health problems and psychiatry*. Bangkok: Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission, Department of Mental Health. (In Thai)
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). New York: The Free Press.
- Saipanish, R., & Silpakit, C. (2015). *Substance use disorders*. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (In Thai)

- Silapakit, P., & Kittirattanapaiboon, P. (2009). *Audit: Alcohol Use Identification Test for Use in primary care. Department of Mental Health and Substance Dependence (2nd ed.)*. Bangkok: Thantawan Publishing. (In Thai)
- Srimongkantaratorn, G. (2011). *Effectiveness of implementing a cognitive behavior therapy program in reducing alcohol drinking behaviors among persons with alcohol dependence, Si Satchanalai hospital, Sukhothai province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Addiction*, 84(11), 1353–1357. doi:10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x
- Thanyarak Maehongson Hospital. (2015). *Statistical report 2015*. Maehonson: Thanyarak Maehongson Hospital. (In Thai)
- Thapinta, D., Skulphun, S., & Kittirattanapaiboon, P. (2014). *Effectiveness of Cognitive Behavior Counseling Program for Alcohol Dependent with Depression, Receiving Services in Community Hospital, Northeren Provinces*. Chiangmai: Wanida Printing. (In Thai)
- Wisai, K. (2010). *Effectiveness of implementing cognitive behavior therapy program among persons with alcohol dependence, Chiang Dao hospital, Chiang Mai Province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Coping Skills Enhancement Program on Psychological distress in Caregivers of Person with Schizophrenia

ศิริธนา ยะมะโน * Sirithana Yamano *
รัชณีกร อุปเสน ** Ratchaneekorn Upasen **

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด 2) แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ the Kessler psychological distress scales (K10) 3) แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่า Paired t-test ในกลุ่มทดลองและ Independent t-test ในกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่าภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาวะกดดันด้านจิตใจ ทักษะการเผชิญความเครียด

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were to compare psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia before and after received the coping skills enhancement program, and psychological distress in caregivers of persons with

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
* Students from the Mental Health and Psychiatric Nursing course, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, bellboo_@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

วันที่รับบทความ 21 สิงหาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 20 กุมภาพันธ์ 2561 วันที่ตอบรับบทความ 6 พฤศจิกายน 2561

schizophrenia who received the coping skills enhancement program and those who received regular nursing care. Forty caregivers of schizophrenic patients who had received health care services in outpatient department at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra psychiatric hospital were randomly assigned to either an experimental or control group, 20 subjects in each group. The research instruments used in this research were: 1) the coping skills enhancement program, 2) the Kessler psychological distress scales, and 3) coping scale for caregivers of schizophrenic's patients. Paired t-test and independent t-test were used to analyze data in the experimental and the control groups respectively.

The results showed that the psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia after received the coping skills enhancement program was statistically significantly less than those before at p .05 level and the psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia after received the coping skills enhancement program significantly higher than those in the control group who received the regular nursing care at p. 05 level.

These results could be used as basic information for nurses in planning nursing care in order to enhance coping skills for caregivers of schizophrenic patients to decrease the psychological distress.

Keywords: *Schizophrenia Patients's Caregiver, Psychological Distress, Coping Skills*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น ผู้ป่วยจะแสดงออกในลักษณะอาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) มีความผิดปกติของกระบวนการความคิด (thought disorder) และมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่เห็นชัดว่าแปลกพิกล ไม่สมเหตุผล (Lotrakul & Sukanich, 2015) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลกในประเทศไทยจากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,669,821 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 480,266 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (Information Center Planning Division, Department of Mental Health, 2015) ซึ่งจากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่า โรงพยาบาลจิตเวช

นครราชสีมาราชชนครินทร์พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 และเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2559-2560 มีปริมาณเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ 25,498 ราย 29,881 ราย (Information Center Planning Division, Department of Mental Health, 2016)

ปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล มุ่งเน้นบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่ได้รับการจำหน่าย จะมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ซึ่งยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับสภาพปกติเหมือนเดิม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Inthong et al., 2011) เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็น

หน้าที่ของผู้ดูแล และครอบครัวที่จะต้องเข้ามารับหน้าที่หลักในการดูแลต่อเนื่อง เพิ่มเติมจากบทบาทอื่น ๆ ที่มีอยู่ให้แก่ผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ต้องอาศัยการทุ่มเททั้งร่างกาย แรงใจ จึงส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิด ภาวะกดดันด้านจิตใจ (Petcharat & Suwaluk, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chimsuk (2012) ที่ได้ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดัน ด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพบว่าภาวะกดดัน ด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก ($= 2.55, SD = 0.28$)

ภาวะกดดันด้านจิตใจ (psychological distress) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหมายถึง สภาวะทางอารมณ์ซึ่งเป็นปฏิกริยาที่ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ลักษณะอาการคือซึมเศร้า และวิตกกังวล (Kessler & Mroczek, 1994) ซึ่งซึมเศร้าเป็นอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเหนื่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ สิ้นหวัง หดหู่ รู้สึกว่าทุกอย่างต้องใช้ความพยายาม รู้สึกซึมเศร้า และรู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า เป็นต้น และวิตกกังวลเป็นอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่รู้สึกกังวลใจ และรู้สึกกระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด ซึ่งการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจมาก (Chimsuk, 2012; Chen et al., 2016) เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาภาวะกดดันทางจิตใจของสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลญาติที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก พบว่าสมาชิก ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการประเมินสถานการณ์ ความเครียดทางลบจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดัน ด้านจิตใจมาก (Lohacheewa, Sitthimongkol, Sirapongam, & Viwatwongkasem, 2016) ซึ่งอาจทำให้เสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยทางจิตตามมา ส่งผลให้ผู้ดูแลจิตเภทอาจ ไม่ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้เกิดการไร้สมรรถภาพในการ ทำหน้าที่ โดยเฉพาะไม่สามารถดูแลตนเอง และดำรง ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ

ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น

ปัญหาที่มีความสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและ ครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลใน ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ยาวนาน ไม่ต้อง กลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Udomrat & Vasikanonte, 2009) หากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิต เภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ ผู้ดูแลจะมีสุขภาพจิตดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดโอกาส เกิดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิต (Stawathumrong & Serisatient, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Mitsonis et al., 2012) การสนับสนุนทางสังคม (Yusuf & Nuhu, 2011) และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย (Chimsuk, 2012) นอกจากนี้การเผชิญความเครียด เป็นตัวกลางที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ แหล่งสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์ทาง ลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Lohacheewa et al., 2016; Ong et al., 2016) เช่น เดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของ Chen et al. (2012) ที่พบว่าผู้ดูแลยังใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ไม่มี ประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีการ เผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการที่อารมณ์ เนื่องจากยัง ขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเผชิญ ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นหารูปแบบการบำบัด ที่สามารถนำมาจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ อาจจะช่วยลดภาวะกดดันด้าน จิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

งานวิจัยที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Suriyong, Tungpunkom, & Suvanayos, 2008) ที่เน้นทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาภาวะกดดันทางจิตใจของสมาชิกครอบครัว

ผู้ดูแลญาติที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (Lohacheewa et al., 2016) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งการเผชิญความเครียด เป็นการประเมินสถานการณ์ผ่านกระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ และการประเมินใหม่ (reappraisal) เพื่อหาวิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสมขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรูปแบบการบำบัดวิธีต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยให้ผู้ดูแลมีรูปแบบการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธี มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสม อีกทั้งรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยจำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามการรับรู้และประสบการณ์ (primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด และ กิจกรรมที่ 2 ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล การให้ความรู้เรื่องการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์แบบทำทนาย ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 5 ให้ความ

รู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และฝึกทักษะฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกิจกรรมที่ 6 พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชนผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนและให้สนับสนุนซึ่งกันและกัน ขั้นตอนที่ 3 การประเมินใหม่ (reappraisal) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 ได้แก่ การสรุปกิจกรรมที่ 2-6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ความเครียดใหม่ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง มีรูปแบบการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธี มีทักษะการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสม และรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งส่งผล ให้ลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ประชากรคือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V หรือ ICD-10 F20.0-F20.9 ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ซึ่งมีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจที่ประเมินอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (K10 ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) โดยใช้แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ the Kessler psychological distress scales (K10) และสามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ทั้งชายและหญิง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 40 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched-pair) ให้แต่ละคู่มีความคล้ายคลึงกัน (Thato, 2009) ในเรื่องเพศ (Mit-

sonis et al., 2012) และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Chimsuk, 2012)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่มโดยจำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ครั้งละ 60 นาที เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ the Kessler psychological distress scales (K10) ซึ่งได้แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการเผชิญความเครียด พัฒนาโดย Chimsuk (2012) ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยพบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และพบค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการกำกับการศึกษาไว้ว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมี

คะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมาแล้ว รหัสโครงการ 02-032561 อนุมัติเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2561 เมื่อพิจารณาผ่านการเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จึงได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล เมื่อผ่านการขอจริยธรรมแล้วจึงขออนุญาตเก็บข้อมูลและประสานงานกับผู้อำนวยการและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 4 พฤษภาคม 2561 จนถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2561 โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดใช้สถิติทดสอบที่ (paired t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการเปรียบเทียบภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติใช้สถิติทดสอบที่ (independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 6.337$) ดังตารางที่ 1

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.877$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	21.55	5.60	ปานกลาง	19	6.337	<0.001*
หลังการทดลอง	13.40	1.54	ต่ำ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	23.06	5.22	ปานกลาง	19	1.798	0.088
หลังการทดลอง	21.80	4.55	ปานกลาง			

*P-value from Paired t-test, * significant at the .05 level*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	21.55	5.60	ปานกลาง	38	0.877	0.386
กลุ่มควบคุม	23.05	5.22	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.40	1.54	ต่ำ	38	7.824	<0.001*
กลุ่มควบคุม	21.80	4.55	ปานกลาง			

*P-value from Independent t-test, * significant at the .05 level*

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 การที่ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยจำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการรู้คิด

(cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดังนี้
 ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (primary appraisal) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด และ กิจกรรมที่ 2 ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์ การดูแล การให้ความรู้เรื่องการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์แบบทำท่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lohacheewa et al. (2016) ที่พบว่าหากผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดทางบวกเพิ่มขึ้น จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ขั้นตอนที่ 2

ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถ
กระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้
(secondary appraisal) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 ให้
ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ
อาการ ความรุนแรงของโรคและฝึกทักษะเรื่องอาการ
ข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น
กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและ
การแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบ
มุ่งแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 5 ให้ความรู้เรื่องการเผชิญ
ความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และฝึกทักษะฝึก
การหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และ กิจกรรมที่
6 พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนให้ความรู้เรื่อง
แหล่งประโยชน์ในชุมชนผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์
เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน และให้สนับสนุนซึ่งกัน
และกัน ขั้นตอนที่ 3 การประเมินใหม่ (reappraisal)
ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 สรุปกิจกรรม ประโยชน์ที่
ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินสถานการณ์
ความเครียดใหม่ ซึ่งทั้ง 7 กิจกรรมนี้เป็นการฝึกทักษะ
การเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องจนทำให้ผู้ดูแลมี
ทักษะการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ภาวะ
กดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง อีกทั้งยัง
เป็นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมถึงการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้
เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Junpen (2014) ศึกษาผล
ของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อ
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง
ทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
เสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด สอดคล้องกับ
การศึกษาผลกระทบด้านจิตใจต่อครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท (Riley-McHugh, Brown, & Lindo, 2016) ที่
พบว่าหากผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่าง
เหมาะสมจะทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลจากการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทและช่วยบรรเทาภาวะกดดันด้านจิตใจของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะ
การเผชิญความเครียดต่ำกว่ากับคะแนนของผู้ดูแลกลุ่ม
ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้
เห็นว่าโปรแกรมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญ
ความเครียดเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะ
กดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษา
ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปร
แทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่
เพศ และระยะเวลาการดูแล

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดจากการ
ดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรม ของโปรแกรมเสริมสร้าง
ทักษะการเผชิญความเครียดอย่างแท้จริง พบว่าในแต่ละ
กิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะใน
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญ
ความเครียดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่าง
ถูกต้อง มีรูปแบบการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธี
มีทักษะการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการ
ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้ความรุนแรง
ของโรคอย่างเหมาะสม และรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทาง
สังคม ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ
โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด จะ
ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่
บ้าน ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิต
เภท ลดความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าจาก
ภาวะกดดันด้านจิตใจอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิต
เภท และมีทักษะในการจัดการกับอาการเบื้องต้นจาก
การใช้ยารักษาอาการจิต มีทักษะเผชิญความเครียดแบบ
มุ่งแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการ
กับอารมณ์ รวมทั้งหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถ
ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะ
ช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

2. ผู้จะนำโปรแกรมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดไปใช้นั้นจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มของสมาชิกกลุ่มเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่กำหนดไว้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลในระยะยาว (longitudinal Study) เช่น ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการศึกษาและความคงอยู่ของทักษะการเผชิญความเครียดและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุพการี ครูอาจารย์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านจงมีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

- Chimsuk, N. (2012). *Selected factors related to psychological distress of famcily aregivers of schizophrenia patients* (Master's thesis, Chulalongkorn University). (in Thai).
- Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., & Li, P. (2016). Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences, 96*, 78-82.
- Information Center Planning Division, Department of Mental Health. (2015). *Service statistics of departments under the department Mental Health Annual 2015*. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry public health. (In Thai)
- Information Center Planning Division, Department of Mental Health. (2016). *Service statistics of departments under the department Mental Health Annual 2016*. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry public health. (In Thai)
- Inthong, S., Tungpunkom, P., Suvanayos, C., Wannachaiyakul, S., Woottitluk, P. & Thummathai, K. (2011). Quality of life of person with schizophrenia in Thailand. *Nursing Journal, 38*(2), 177-190.
- Junpen, M. (2014). *The effect of coping skills enhancement program on caring abillity of schizophrenic patients' caregivers in the community* (Master's thesis, Chulalongkorn University). (In Thai)
- Kessler, R., & Mroczek, D. (1994). *Final versions of our non-specific psychological distress scale*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.

- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine, 32*(06), 959-976.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Coping and adaptation*. The handbook of behavioral medicine, 282-325.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi essential psychiatry*. (4th ed.). Bangkok: Department of Psychiatry Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (In Thai)
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 20*(3), 183-195.
- Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., ... Katsanou, M. N. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 47*(2), 331-337.
- Ong, H. C., Ibrahim, N., & Wahab, S. (2016). Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychol Res Behav Manag, 9*, 211-218.
- Petcharat, B., & Suwaluk, Y. (2004). Factors predicting impact on the caregivers of chronic schizophrenic patients. *Journal of Mental Health of Thailand, 12*(3), 141-149. (In Thai)
- Riley-McHugh, D., Brown, C. H., & Lindo, J. (2016). Schizophrenia: Its psychological effects on family caregivers. *International Journal of Advanced Nursing Studie, 5*(1), 96-101.
- Stawathumrong, P., & Serisatient, P. (2000). The problems of patients' and relatives' who receive psychiatric services at Somdet Chaopraya hospital. *Journal of Mental Health of Thailand, 8*(3), 153-161. (In Thai)
- Suriyong, J., Tungpunkom, P., & Suvanayos, C. (2008). Effect of the family Caregiving Program on Caregiving Skills AMong Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Nursing Journal, 35*(3), 97-106.
- Thato, R. (2009). *Nursing reserch: Concepts to application* (2nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)
- Udomrat, P., & Vasikanonte, S. (2009). *Textbook of schizophrenia* (1st ed.). Songkhla: Chaanmeuang Printing. (In Thai)
- Yusuf, A. J., & Nuhu, F. T. (2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 46*(1), 11-16.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>



การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ Head Nurses' Motivating Language and Registered Nurses' Job Performance, Government University Hospitals

เบญจวรรณ กันยานะ *	Benchawan kanyana *
กุลวดี อภิชาติบุตร **	Kulwadee Abhicharttibutra **
บุญพิชชา จิตต์ภักดี **	Bunpitcha Chitpakdee **

บทคัดย่อ

การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นเป็นวิธีการหนึ่งส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ จำนวน 366 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยของ Praparsanobol (2007) และแบบวัดการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพของ Greenslade and Jimmieson (2011) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยและแบบวัดการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ .94 และ .95 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = .65)
2. การปฏิบัติงานตามลักษณะงานและการปฏิบัติงานตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 58.27$, S.D. = 7.37 และ $\bar{X} = 72.00$, S.D. = 10.54 ตามลำดับ)
3. การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานตามลักษณะงานและการปฏิบัติงานตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ($r = .347$, $p < .01$ และ $r = .343$, $p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการใช้ภาษาจูงใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อการปฏิบัติงานของที่ดีขึ้นของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

คำสำคัญ: การใช้ภาษาจูงใจ การปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานตามลักษณะงาน การปฏิบัติงานตามสถานการณ์ พยาบาลวิชาชีพ

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, benchawankanyana@gmail.com
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 16 พฤศจิกายน 2558 วันที่แก้ไขบทความ 27 พฤษภาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 30 สิงหาคม 2559

Abstract

The motivating language of head nurses is one method to motivate nurse are best job performance. This correlational descriptive study aimed to determine the relationship between motivating language of the head nurses and the job performance of the nurses among nurses at government university hospitals. The sample included 366 registered nurses who were selected using the stratified random sampling method. Instruments were the Head Nurses' Motivating Language Questionnaires by Prapasanol (2007) and the Nursing Performance Scale by Greenslade and Jimmieson (2011) that was translated by the researcher. The Cronbach' alpha coefficients of the Head Nurses' Motivating Language Questionnaires and the Nursing Performance Scale were .94 and .95 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman's Rank Order Correlation.

The results of the study revealed the followings:

1. The motivating language of head nurses as perceived by registered nurses at government university hospitals was at high levels. (\bar{X} = 3.79, S.D. = .65)
2. Task performance and contextual performance of registered nurses at government university hospitals were at high levels. (\bar{X} = 58.27, S.D. = 7.37 and \bar{X} = 72.00, S.D. = 10.54 respectively)
3. There was a statistically significant positive correlation between the motivating language of head nurses and the task performance and the contextual performance of registered nurses government university hospitals. (r = .347, p < .01 and r = .343, p < .01 respectively)

Results of the study can be used by nursing administrators to promote the use of the motivating language of head nurses in order to enhance the job performance of registered nurses at government university hospitals.

Keywords: *The motivating language, Job performance, Task performance, Contextual performance, Registered Nurses*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพการพยาบาลที่ดีมีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วย โดยคุณภาพการพยาบาลที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Kunaviktikul et al., 2005) คุณภาพการพยาบาลที่ดีเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่สุด ซึ่งต้องการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมง จึงต้องมีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ แต่คุณภาพการพยาบาลที่ไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Thailand

Nursing and Midwifery Council, 2012)

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นพฤติกรรม การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่หลักทางการพยาบาล รวมถึงการปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากงาน การพยาบาล แบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ การปฏิบัติงานตาม ลักษณะงาน คือ พฤติกรรมการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ (Greenslade & Jimmieson, 2007) เช่น การให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น (Greenslade & Jimmieson, 2011) ส่วนการปฏิบัติงาน ตามสถานการณ์ คือ พฤติกรรมการปฏิบัติงานที่นอก

เนื่องจากบทบาทหน้าที่หลัก ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติงานหน้าที่พิเศษอื่น ๆ ที่จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาล (Greenlade & Jimmieson, 2007) เช่น การจัดกิจกรรมพิเศษให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ เป็นต้น (Greenlade & Jimmieson, 2011) หากพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานที่ดีจะทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย คือ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดอัตราการติดเชื้อและอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่าย เป็นต้น (Awases, Bezuidenhout, & Roos, 2013) ซึ่งจากการศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานในระดับดีถึงดีมาก (Jantuma, 2009; Pibulpawat, 2010; Changwang, 2011) แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหลายประการ เช่น การร้องเรียนเรื่องพยาบาลวิชาชีพมีการดูแลรักษาที่บกพร่อง ขาดความระมัดระวัง ขาดการดูแลด้านจิตใจ ขาดความสุภาพนิ่มนวลในการให้การพยาบาล (Jansin, 2008) พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานด้านความอ่อนโยนอยู่ในระดับต่ำ (Pibulpawat, 2010) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ายังจำเป็นต้องมีการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพให้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ คือ การจูงใจจากหัวหน้าหรือผู้ป่วย (Mayfield, Mayfield, & Kopf, 1998) ซึ่ง Sullivan (1988) ได้เสนอแนวคิดการใช้ภาษาจูงใจ ว่าเป็นการที่ผู้นำใช้การพูดในลักษณะการจูงใจกับผู้ตามผ่านการพูด 3 ลักษณะร่วมกัน ได้แก่ การใช้ภาษาเพื่อลดความไม่มั่นใจ (uncertainly reducing language) เป็นการพูดเพื่อลดความไม่มั่นใจในเรื่องของบทบาทหน้าที่ การมอบหมายงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน เพื่อลดความคลุมเครือในการปฏิบัติงานแก่ผู้ตาม เกิดความเข้าใจในงานและสามารถปฏิบัติงานสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายในที่สุด ลักษณะที่สอง คือ การใช้ภาษาเพื่อสร้างความหมาย (meaning-making language) เป็นการพูดโดยใช้การเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นในองค์กร หรือการเล่าเรื่องสมมุติเกี่ยวกับความสำเร็จที่ได้รับ รวม

ถึงค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้ผู้ตามเกิดความกระตือรือร้นและสามารถนำเอาความหมายของคำพูดนั้น ไปกำหนดบทบาทของตนเองเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ตามความสำเร็จของบุคคลอื่นที่เคยเกิดขึ้น ลักษณะที่สาม คือ การใช้ภาษาเพื่อสร้างความเห็นใจ (empathetic language) เป็นการพูดที่แสดงออกถึงความเห็นใจ ความผูกพัน เป็นสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำและผู้ตาม ผ่านการพูดยกย่อง ชมเชย หรือให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ตามรู้สึกมีคุณค่า มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายองค์กรในที่สุด ซึ่งต่อมา (Mayfield et al., 1998) ได้ประยุกต์แนวคิดการใช้ภาษาจูงใจของ Sullivan (1988) มาใช้กับบริบทขององค์กรพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม Mayfield et al. (1998) ได้ศึกษาการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหรือผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 151 คน พบว่า การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหรือผู้ป่วยมีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .22, p < .05$) สอดคล้องกับ Mayfield and Mayfield (2010) ที่ศึกษาการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหรือผู้ป่วยมีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .34, p < .05$)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ที่จัดตั้งขึ้นโดยมีคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยนั้นเป็นผู้ควบคุมการบริหารและดำเนินการ ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงและวิกฤติ ที่มีปัญหาความเจ็บป่วยที่ยุ่ยาก ซับซ้อน ต้องพึ่งพาการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ต้องการการวินิจฉัยที่ถูกต้องและแม่นยำ ภายใต้การดูแลโดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่า ยังมีการปฏิบัติงานบางอย่างที่ยังต้องมีการปรับปรุง เช่น การศึกษาที่พบว่า

ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = .66) (Mutumol, 2000) และพบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 15.7 มีการปฏิบัติงานต่ำกว่ามาตรฐาน (Wijarnprecha, 2001) อีกทั้งในปัจจุบัน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยยังประสบปัญหาด้านการขาดแคลนอัตรากำลัง จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการต้องทำงานพิเศษที่นอกเหนือจากงานการพยาบาล เช่น การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง การเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดการปฏิบัติงานของ Greenslade (2008 as cited in Fathimath, 2012) และ Greenslade and Jimmieson (2011) ส่วนในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาการใช้ภาษาจูงใจตามแนวคิดการใช้ภาษาจูงใจของ Sullivan (1988); Pathomchaicoop (2002); Praparsanabol (2007) และ Srivarinth (2014) และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดการปฏิบัติงานของ Schwirian (1978) อีกทั้งเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยผลที่ได้รับในการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการส่งเสริมการใช้ภาษาจูงใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามลักษณะงานและตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานตามลักษณะงานและตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามแนวคิดการใช้ภาษาจูงใจของ Sullivan (1988) ประกอบด้วยการใช้ภาษาพูด 3 ลักษณะ ได้แก่ การใช้ภาษาเพื่อลดความไม่มั่นใจ การใช้ภาษาเพื่อสร้างความหมาย และการใช้ภาษาเพื่อสร้างความเห็นใจ ส่วนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นการศึกษาตามแนวคิดการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพของ Greenslade (2008 as cited in Fathimath, 2012) และ Greenslade and Jimmieson (2011) ประกอบด้วย การปฏิบัติงาน 2 ลักษณะ ได้แก่ การปฏิบัติงานตามลักษณะงานและการปฏิบัติงานตามสถานการณ์ หากพยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นจากหัวหน้าหอผู้ป่วยผ่านการพูดโดยการใช้ภาษาจูงใจ จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานทั้ง 2 ลักษณะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 379 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2558 ถึง มกราคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในเขตภาค

คนเหนือ จำนวน 1,508 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐจำนวน 2 แห่ง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane (1973 as cited in Srisatidnarukul, 2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 379 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยคนปัจจุบันไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีเกณฑ์การคัดออกคือ อยู่ในระหว่างลาศึกษาต่อและลาคลอดในการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีลักษณะเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยของ Praparsanobol (2007) มีข้อความจำนวน 22 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราวัดการประมาณค่าแบบ (likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) การใช้ภาษาเพื่อลดความไม่มั่นใจ จำนวน 9 ข้อ 2) การใช้ภาษาเพื่อสร้างความหมาย จำนวน 6 ข้อ และ 3) การใช้ภาษาเพื่อสร้างความเห็นใจ จำนวน 7 ข้อ และมีเกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยและ กุลวดี อภิชาติบุตร และ บุญพิชชา จิตต์ภักดี ได้แปลมาจากแบบวัดการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพของ Greenslade and Jimmieson (2011) ตามขั้นตอน คือ ผู้วิจัยทำการแปลเครื่องมือ

ต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาแปลฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ และเปรียบเทียบเครื่องมือฉบับแปลและต้นฉบับให้มีความหมายตรงกัน (Hilton & Skrutkowski, 2002) ผลการแปลย้อนกลับพบว่า ฉบับแปลย้อนกลับมีความหมายของคำถามตรงกับเครื่องมือต้นฉบับ โดยมีข้อความจำนวน 25 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราวัดการประมาณค่า 7 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับการปฏิบัติงานตามลักษณะงานตั้งแต่แย่มากจนถึงยอดเยี่ยมที่สุด ส่วนเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับการปฏิบัติงานตามสถานการณ์ตั้งแต่แย่มากจนถึงมากที่สุด ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยเท่ากับ .94 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ และได้รับอนุญาต ให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ผู้ตอบแบบสอบถาม

สามารถขอลงตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการปฏิบัติงาน หรือผลกระทบอย่างอื่นที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ ข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งหลังการศึกษาทันที ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนีเท่านั้น พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทั้ง 2 แห่ง จากนั้นประสานงานกับผู้ประสานงานวิจัยของทั้ง 2 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้ผู้ประสานงานเพื่อแจกให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยหนังสือชี้แจง ใบยินยอมการวิจัย แบบสอบถามพร้อมทั้งซองจดหมายสำหรับปิดผนึก 2 ซอง สำหรับแยกส่งคืนแบบสอบถามและใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังจากแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ให้ผู้ประสานงานวิจัยรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับคืนผู้วิจัย โดยได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 367 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.83 เป็นแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 366 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.56 ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของ

กลุ่มตัวอย่าง มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยคำนวณหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (the Spearman Rank difference method) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่เป็นปกติ

ผลการวิจัย

1. การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79, S.D. = .65$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การใช้ภาษาเพื่อลดความไม่มั่นใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.89, S.D. = .64$) รองลงมาคือ การใช้ภาษาเพื่อสร้างความหมาย ($\bar{X} = 3.76, S.D. = .66$) และการใช้ภาษาเพื่อสร้างความเห็นใจ ($\bar{X} = 3.71, S.D. = .77$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน (n = 366)

การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
โดยรวม	3.79	.65	มาก
ด้านการใช้ภาษาเพื่อลดความไม่มั่นใจ	3.89	.64	มาก
ด้านการใช้ภาษาเพื่อสร้างความหมาย	3.76	.66	มาก
ด้านการใช้ภาษาเพื่อสร้างความเห็นใจ	3.71	.77	มาก

2. การปฏิบัติงานตามลักษณะงานและการปฏิบัติงานตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 58.27, S.D.$

$= 7.73$ และ $\bar{X} = 72.00, S.D. = 10.54$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 366)

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การปฏิบัติงานตามลักษณะงาน	58.27	7.37	สูง
การปฏิบัติงานตามสถานการณ์	72.00	10.54	สูง

3. การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามลักษณะงานและการปฏิบัติงานตามสถานการณ์อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .347, p < .01$ และ $r = .343, p < .01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

	การใช้ภาษาจูงใจ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P Value
การปฏิบัติงานตามลักษณะงาน	.347	.000
การปฏิบัติงานตามสถานการณ์	.343	.000

การอภิปรายผล

1. การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการใช้ภาษาจูงใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79, S.D. = .65$) (ตารางที่ 1) อาจเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการใช้ภาษาจูงใจทั้ง 3 ลักษณะร่วมกัน ดังนี้

การใช้ภาษาเพื่อลดความไม่มั่นใจ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลและอธิบายเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงสร้างของหอผู้ป่วย ลักษณะหอผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วย ที่รับเข้ารักษา ลักษณะงานของหอผู้ป่วย แนวทางการปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะการอธิบายเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตามแบบพรรณนาลักษณะงาน ซึ่งจะทำให้พยาบาลวิชาชีพ เกิดความเข้าใจและทราบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ งานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ แนวทางการปฏิบัติงาน และทราบถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของหอผู้ป่วย อันเป็นการช่วยลดความคลุมเครือและความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานลง ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติงาน

เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Mayfield and Mayfield (2010) ที่กล่าวว่า การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าเป็นการอธิบายสิ่งที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ช่วยแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานซึ่งทำให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

การใช้ภาษาเพื่อสร้างความหมาย โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีการย้ำเตือนพยาบาลวิชาชีพทุกคนให้ปฏิบัติงานตามค่านิยมและวัฒนธรรมองค์การของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทบทวนเกี่ยวกับค่านิยมและคำขวัญของโรงพยาบาล เป็นต้น มีการเล่าถึงบุคลากรในโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน หรืองานด้านต่างๆ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติงานของบุคคลนั้นๆ เช่น บุคลากรที่ประสบความสำเร็จในการทำวิจัย บุคลากรที่ได้รับรางวัลในการปฏิบัติงานดีเด่น บุคลากรที่ได้รับคำชมเชยจากผู้ป่วย พร้อมกับกระตุ้น ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ในการนำวิธีการปฏิบัติงานของบุคลากรตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ ไปเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของตนเอง ซึ่งจะทำให้พยาบาลวิชาชีพพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการใช้ภาษาเพื่อสร้างความหมาย และสามารถนำไปกำหนด

เป็นรูปแบบการปฏิบัติงานของตน เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อขององค์กร สอดคล้องกับ Mayfield and Mayfield (2010) ที่กล่าวว่า การใช้ภาษาจูงใจแสดงออกได้โดยการทำหน้าที่หัวหน้ามีการพูดเล่าเรื่องราวความสำเร็จที่ผ่านมาของบุคคลในองค์กร และพูดถึงวิธีการปฏิบัติงานของผู้ที่นั้น ที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งการพูดลักษณะนี้จะทำให้บุคลากรนำไปกำหนดเป้าหมายวิธีการแนวทางการปฏิบัติงานของตนเอง เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จเช่นเดียวกัน

การใช้ภาษาเพื่อสร้างความเห็นใจ โดยหัวหน้าหออผู้ป่วยมีการไต่ถามทุกข์สุขและปัญหาส่วนตัวที่อาจมีผลกระทบต่อทำงาน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพและครอบครัว รวมถึงการสอบถามถึงอุปสรรคในการปฏิบัติงานกับบุคลากรทุกคนตามโอกาสความเครียด ความไม่สบายใจที่เกิดจากการปฏิบัติงานพร้อมกับให้กำลังใจเมื่อมีปัญหา อุปสรรค หรือข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน เช่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือเมื่อเกิดการร้องเรียนของผู้ป่วย นอกจากนี้หัวหน้าหออผู้ป่วยมีการพูดชื่นชมบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน เช่น กล่าวขอบคุณและชื่นชมบุคลากรที่ให้ความร่วมมือในการต้อนรับผู้มาศึกษาดูงาน หรือชื่นชมเมื่อประสบความสำเร็จในการรับการตรวจเยี่ยม ซึ่งสอดคล้องกับ Mayfield et al. (1998) ที่กล่าวว่า การใช้ภาษาเพื่อสร้างความเห็นใจ คือการพูดที่แสดงให้บุคลากรรับรู้ ว่า หัวหน้าเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความยากลำบากในการปฏิบัติงาน จะช่วยลดความเครียดในการปฏิบัติงาน และเพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

เหตุผลที่กล่าวมาทำให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้ ว่า หัวหน้าหออผู้ป่วยมีการใช้ภาษาจูงใจอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ Pathomchaicoop (2002) ที่พบว่า หัวหน้าหออผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ มีการใช้ภาษาจูงใจในระดับมาก ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = .63) และการศึกษาของ Praparsanobol (2007) พบว่าหัวหน้าหออผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร มีการใช้ภาษาจูงใจในระดับมาก ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = .63)

2. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 58.27$, S.D. = 7.37) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติงานตามแบบพรรณนาลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพ เช่น วางแผนการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบแบบแผน ติดตามและประเมินผลการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2012) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วย โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ ครอบครัว (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013) ซึ่งในการพยาบาลแบบองค์รวมจะมีการเน้นให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลโดยการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย เช่น การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคการรักษา และปัญหาทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับ Greenslade and Jimmieson (2011) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวน 156 คน ในโรงพยาบาลของรัฐ ประเทศออสเตรเลีย มีการปฏิบัติงานตามลักษณะงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.74$, S.D. = 1.17)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 72.00$, S.D. = 10.54) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากงานหลัก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนความสำเร็จของโรงพยาบาล เช่น การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง การเป็นวิทยากรให้ความรู้ เป็นต้น (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2015; Naresuan University Hospital, 2015) การปฏิบัติงานดังกล่าวทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแบ่งปันความรู้ความเชี่ยวชาญและทักษะการพยาบาลต่าง ๆ ร่วมกัน ผ่านการถ่ายทอดความรู้ของผู้รู้จักการ

ประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ มีการช่วยเหลือและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน การสอนพยาบาลวิชาชีพพี่น้อง ในการเรียนรู้กระบวนการ หัตถการ และเครื่องมือต่าง ๆ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังได้ใช้เวลาเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานตามแบบพรรณนาลักษณะงาน เช่น การจัดกิจกรรมการตกบาตร การจัดห้องพระและห้องละหมาด การจัดกิจกรรมสงฆ์ น้ำพระ กิจกรรมวันปีใหม่ กิจกรรมมอบดอกไม้ให้ผู้ป่วย เป็นต้น อีกทั้ง พยาบาลวิชาชีพมีการสนับสนุนงานของโรงพยาบาล เช่น การเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ รวมถึงการเต็มใจเข้าร่วมและมีส่วนร่วมในการประชุมของโรงพยาบาล เพื่อเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เช่น กรรมการควบคุมโรคติดต่อ กรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล กรรมการ 5ส (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2015) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ แตกต่างจากการศึกษาของ Greenslade & Jimmieson (2011) ที่พบว่า การปฏิบัติงานตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ประเทศออสเตรเลีย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.71, S.D. = 0.85$) การศึกษาของ Fathimath (2012) ที่พบว่า การปฏิบัติงานตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศมัลดีฟ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 64.45, S.D. = 12.95$) และการศึกษาของ Ke (2013) ที่พบว่า การปฏิบัติงานตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศจีน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 49.34, SD = 1.78$)

3. การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหรือผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหรือผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .347, p < .01$) (ตารางที่ 3) อาจเนื่องจากหัวหน้าหรือผู้ป่วยมีการใช้ทักษะของภาวะผู้นำมาส่งเสริมการปฏิบัติงาน ดังที่ (Nantsupawat, 2000)

กล่าวว่า ผู้นำที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่จูงใจ หรือโน้มน้าวให้ผู้ตามเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จนสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุ สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่ง Mayfield et al. (1988) กล่าวว่า การใช้ภาษาเพื่อการจูงใจเป็นลักษณะหนึ่งของการจูงใจ โดยเป็นวิธีการให้ข้อมูล คำแนะนำ การช่วยแก้ปัญหา การให้แนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นเมื่อหัวหน้าหรือผู้ป่วยได้มีการพูดอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแบบพรรณนาลักษณะงาน ภาระงานที่ต้องปฏิบัติ แนวทางในการปฏิบัติงานและปรับปรุงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นการอธิบายหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามแบบพรรณนาลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ (Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2012) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ลดความไม่มั่นใจ ความคลุมเครือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน และทราบเป้าหมายในการทำงาน เกิดความตั้งใจและทุ่มเทในการปฏิบัติงาน จนทำให้มีการปฏิบัติงานสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ (Mayfield et al., 1998) สอดคล้องกับ Meessen et al. (2007) ที่กล่าวว่า การที่พยาบาลวิชาชีพรับรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและภารกิจขององค์กร จะสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุได้ตามเป้าหมายและภารกิจได้อย่างที่องค์กรคาดหวัง

ผลการศึกษาที่พบว่า การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหรือผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .343, p < .01$) (ตารางที่ 3) อาจเนื่องจาก การใช้ภาษาจูงใจเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดี ดังที่ Auttamana (2005) กล่าวว่า ผู้นำที่มีการสื่อสารที่ดี จะช่วยโน้มน้าวใจให้เกิดผลในด้านกรรับรู้ หรือทำให้เปลี่ยนทัศนคติ หรือเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ซึ่งการใช้ภาษาจูงใจเป็นลักษณะการสื่อสารหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการทำให้

บุคลากรเกิดความเข้าใจวิธีการปฏิบัติงาน มีความชัดเจนในการปฏิบัติงาน เกิดเป้าหมายที่ตนเองต้องการบรรลุเป้าหมาย ซึ่งการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้พูดอธิบายถึงลักษณะการปฏิบัติงานอื่น ๆ ของพยาบาลวิชาชีพที่นอกเหนือจากงานหลัก เช่น การอธิบายถึงหน้าที่ในการปฏิบัติงานในบทบาทของคณะกรรมการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล บทบาทการเป็นพี่เลี้ยงพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ บทบาทในการพัฒนานวัตกรรมและการทำวิจัย และพฤติกรรมอื่น ๆ ในการสนับสนุนองค์การ (Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2012) จะทำให้พยาบาลวิชาชีพเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่นอกเหนือจากงานหลักมากขึ้น จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานตามสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการพูดที่แสดงให้เห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้ความรู้สึก มีการพูดชื่นชมถึงความเสียสละเวลาส่วนตัวของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานพิเศษต่าง ๆ เช่น ได้ถามทุกข์สุขในการทำงานเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ และชื่นชมเมื่อพยาบาลวิชาชีพเสียสละเวลาส่วนตัวไปทำงานเพื่อส่วนรวม ซึ่งการพูดในลักษณะนี้ จะทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่รู้สึกถึงการถูกทอดทิ้งในปฏิบัติงานพิเศษเพียงลำพัง อีกทั้งรู้สึกพึงพอใจที่จะร่วมปฏิบัติงานที่นอกเหนือจากงานหลัก และเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและประสบความสำเร็จ จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยภาพรวม การใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 3 ลักษณะร่วมกันจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานที่ดียิ่งขึ้น โดยเมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการพูดอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน จะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติงานมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Riitta (2014) ที่กล่าวว่า การจะจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้เป็นผลสำเร็จนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ด้วยการอธิบายข้อมูลนั้น ๆ อย่างชัดเจน ซึ่ง Mayfield et al. (1998) กล่าวว่า

ในทุกครั้งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการใช้ภาษาจูงใจกับพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จะทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 สอดคล้องกับ Mayfield & Mayfield (2010) ที่กล่าวว่า หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการใช้ภาษาจูงใจมากเท่าไร ระดับการปฏิบัติงานก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลให้ความสำคัญกับการใช้ภาษาจูงใจ โดยนำไปจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยฝึกฝนทักษะการพูดและการสื่อสารเพื่อจูงใจทั้ง 3 ลักษณะ ได้แก่ การใช้ภาษาเพื่อลดความไม่มั่นใจ การใช้ภาษาเพื่อสร้างความหมาย และการใช้ภาษาเพื่อสร้างความเห็นใจ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจในงานที่ได้รับมอบหมาย มั่นใจในศักยภาพของตนเอง ส่งเสริมขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้มีการปฏิบัติงานที่ดีอย่างต่อเนื่อง
2. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรใช้ภาษาจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานทั้ง 2 ลักษณะ ได้แก่ การปฏิบัติงานตามลักษณะงาน และการปฏิบัติงานตามสถานการณ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการบริการผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ภาษาจูงใจกับตัวแปรอื่น เช่น ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำและสมาชิก เอกสิทธิ์ของงาน การตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานของทีม เป็นต้น
2. ศึกษาการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในบริบทที่แตกต่าง เช่น โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน

เอกสารอ้างอิง

- Auttamana, S. (2005). *Organizational Behaviors: Theory and application*. Bangkok: Thammasat printing house. (In Thai)
- Awases, M. H., Bezuidenhout, M. C., & Roos, J. H. (2013). Factors affecting the performance of professional nurses in Namibia. *Curationis*, 36(1), 108-115. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v36i1.108>.
- Changwang, C. (2011). *Organizational Trust, Organization Citizenship Behavior and Job Performance of Professional Nurses at Nakhon Nayok Province's Hospital* (Master's thesis, Kasetsart University). (In Thai)
- Fathimath, M. (2012). *Quality of Work Life and Job Performance Among Nurses in the Tertiary Care Hospital, Maldives* (Master's thesis, Chiangmai University).
- Greenslade, J. H., & 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, J. H., & Jimmieson, N. L. (2011). Organizational factors impacting on patient satisfaction: A cross sectional examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1188–1198. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.04.004.
- Hilton, A., & Skrutkowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: Development and testing processes. *Cancer Nurse*, 25(1), 1-7.
- Jansin, J. (2008). Guideline for Conflict Management in State Hospitals in Samutprakan Province, Thailand: A Case Study of Complaints in Health Care Services. *Quality of Life and Law Journal*, 4(2), 11-25. (In Thai)
- Jantuma, J. (2009). *Relationships between leadership, emotional intelligence and happiness with performance of nurses, Phyathai 1 Hospital* (Master's thesis, Kasetsart University). (In Thai)
- Kunaviktikul, W., Anders, R. L., Chontawan, R., Nantsupawat, R., Srisuphan, W., Pumarporn, O., Hanuchareonkul, S., & Hirunnuj, S. (2005). Development of indicators to assess the quality of Nursing care in Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 7(2), 273–280.
- Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2015). *Faculty of Medicine Awarded: Article for public relationship*. Retrieved from www.med.cmu.ac.th/research/Homepage/award/cmu_award58/cmu-awad58.html.
- Mayfield, R. J., Mayfield, R. M., & Kopf, J. (1998). The effect of leader motivating language on subordinate performance and satisfaction. *Human resource management*, 37(2), 235-248.
- Mayfield, R. J., & Mayfield, R. M. (2010). Leader-level influence on motivating language: A two-level model investigation on worker performance and job satisfaction. *International Business Journal*, 20(5), 407-422.

- Meessen, B., Musango, L., Kashala, J. P., & Lemlin, J. (2007). Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine & International Health*, 11(3), 1303-1317.
- Mutumol, K. (2000). *Work Empowerment and Competency in Nursing Practice among Staff Nurses in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Nantsupawat, R. (2000). *Nursing Leadership in Organization*. Chiangmai: Nopburee Printing. (In Thai)
- Naresuan University Hospital. (2015). *Employee of the "Kondee sri Kanapad": News for public relationship*. Retrieved from http://www.med.nu.ac.th/2008/newdetail_temp.php?IDn=03079. (In Thai)
- Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2012). *Registered Nurses' s Job Description at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*, Chiang Mai. Retrieved from www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/jobdesc.html. (In Thai)
- Pathomchaicoop, L. (2002). *Relationships between motivation language of head nurses, nursing teamwork, effective followership of staff nurses, and effectiveness of patient units, regional hospital and medical centers* (Master's thesis, Chulalongkorn University). (In Thai)
- Pibulpawat, L. (2010). *Job Stress, Emotional Intelligence and Job Performance of Professional Nurse at Phyathai Hospital 2* (Master's thesis, Kasetsart University). (In Thai)
- Praparsanobol, S. (2007). *Relationships between motivation language of head nurses, unit Team Working, Communication Skill of Staff Nurses and Organizational Effectiveness, Government hospital Bangkok Metropolis* (Master's thesis, Chulalongkorn University). (In Thai)
- Schwirian, P. M. (1987). Evaluation the performance of nurse: A multidimensional approach. *Nursing Research*, 27(6), 347-351.
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in Nursing Research*. Bangkok: Uandl intermedia company. (In Thai)
- Srivarinth, M. (2014). Relationships Relationships between Motivation Language of Head Nurse and Nurses' Productivity as Perceived by Professional Nurses, Police General Hospital. *Journal of The Police Nurse*, 6(1), 131-141. (In Thai)
- Sullivan, J. J. (1988). Three role of language in motivation theory. *The Academic Management Review*, 13(1), 104-115.
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2012). *Nursing Strategic Planning 2012-2016*. Retrieved from http://www.tnc.or.th/files/2009/12/page-27/_25473.pdf
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2013). *Professional Nursing Handbook, The Tambon Health Promoting Hospital*. Retrieved from http://www.tnc.or.th/files/2014/05/book_n_journal-9000/_20762.pdf

Wijarnpreecha, N. (2001). *Emotional Intelligence and Job Performance of Operating Nurses in a Government Hospital* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)

การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ Development of a Competency Framework Among Gastrointestinal Endoscopy Nurses, Ramkhamhaeng Hospital Group, Chiang Mai Province

สรญา	ศิริวาท *	Soraya	Siriwat *
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **
ทรียาพรรณ	สุภามณี **	Treeyaphan	Supamanee **

บทคัดย่อ

สมรรถนะของพยาบาลมีความสำคัญต่อการเกิดคุณภาพการบริการการพยาบาล การพัฒนารอบสมรรถนะจึงมีจำเป็นต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด การศึกษาเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนารอบสมรรถนะของ Marrelli, Tondora, and Hoge (2005) ผู้เข้าร่วมการศึกษาเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วยพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารจำนวน 9 คน และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามการสัมภาษณ์ ได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของคำถาม และการจัดลำดับคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา การคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายชื่อและการใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่ารอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ 82 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ ได้แก่ 1) การดูแลก่อนส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (14 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ) 2) การดูแลขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (14 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ) 3) การดูแลหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (11 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ) 4) การช่วยแพทย์ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (14 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ) 5) การบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (13 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ) และ 6) การดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (16 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ) ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถใช้กรอบสมรรถนะนี้ไปพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการสรรหาคัดเลือก ปลูกนิเทศ และพัฒนาพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: กรอบสมรรถนะ พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง

* หัวหน้าพยาบาลห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลเชียงใหม่ ราม
* Head nurse of gastrointestinal endoscopy room, Chiangmai Ram Hospital
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 18 เมษายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 21 ตุลาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 18 มกราคม 2560

Abstract

Nurses' competency is important to the quality of nursing service. The development of a competency framework is needed for effective human resource management. This developmental study aimed to develop a competency framework for gastrointestinal endoscopy nurses at Ramkhamhaeng Hospital Group, Chiang Mai Province, by applying the competency framework development model by Marrelli, Tondora, and Hoge (2005). The participants selected by using purposive sampling consisted of nine gastrointestinal endoscopy nurses and three head nurses and executive nurse. The instrument was interview guidelines that were verified the clarity, appropriateness, and sequence of questions from experts. Data collection methods included reviewing literature and interviews with gastrointestinal endoscopy nurses. Data were analyzed by using content analysis, content validity index of each individual item, and descriptive statistic.

The results revealed that the competency framework of gastrointestinal endoscopy nurses at Ramkhamhaeng Hospital Group, Chiang Mai Province consisted of six competencies and eighty-two behavioral indicators including: 1) care before gastrointestinal endoscopy (14 behavioral indicators), 2) care during gastrointestinal endoscopy (14 behavioral indicators), 3) care after gastrointestinal endoscopy (11 behavioral indicators), 4) assistance to physicians in gastrointestinal endoscopy (14 behavioral indicators), 5) record of documents related to gastrointestinal endoscopy (13 behavioral indicators), and 6) maintenance of gastrointestinal endoscopy tools and equipment (16 behavioral indicators). Nurse administrators at Ramkhamhaeng Hospital Group, Chiang Mai Province can use this competency framework to develop the competency assessment form and to use as guidelines for the recruitment, orientation, and development of gastrointestinal endoscopy nurses.

Keywords: *Competency Framework, Gastrointestinal Endoscopy Nurses, Ramkhamhaeng Hospital Group*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 8.2 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 13 ล้านคน (Ministry of Public Health, Department of Medical Service, National Cancer Institute, 2013) ในประเทศไทยพบว่าเมื่อปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดประมาณ 67,184 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด

(Ministry of Public Health, Bureau of Information office, 2015) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่าโรคมะเร็งทางเดินอาหารเป็นปัญหาสำคัญใน 5 อันดับแรกของประเทศทั้งในเพศหญิงและเพศชาย (Kongdet-sukda, 2015)

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเป็นกระบวนการในการค้นหาโรคมะเร็งทางเดินอาหารและเป็นวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งระบบทางเดินอาหารก่อนเกิดโรคที่ดีที่สุด (Kongdetsukda, 2015) โดยกระบวนการในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารนั้นเริ่มตั้งแต่ออกทำ

หัตถการ เป็นการประเมินผู้รับบริการและชี้แจงขั้นตอน การตรวจ การเตรียมผู้รับบริการก่อนทำหัตถการ การเตรียมห้องและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ หัตถการ การทำหัตถการ เป็นการตรวจด้วยการส่อง กล้อง และหลังทำหัตถการ เป็นการดูแลผู้รับบริการหลัง การส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร การสังเกตอาการ การแจ้งผลการตรวจ การนัดหมายครั้งต่อไปและการ ดูแลผู้รับบริการกลับบ้าน (Aowpitaya, 2004) ซึ่งใน ทูกระยะของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารนั้นอาจ มีความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะเลือดออก ภาวะทะลุ (perforation) โดยพบได้ทั้งในการส่องกล้องกระเพาะ อาหารและลำไส้ใหญ่ (Harnsomboon, 2008) พยาบาล ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารจึงต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดูแลผู้รับบริการทั้งในระยะก่อน ขณะและหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ซึ่งหมายถึง พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร จะต้องดูแลผู้รับ บริการตลอดเวลาโดยมีสมรรถนะเพื่อลดความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้รับบริการปลอดภัย และได้รับการ พยาบาลที่มีคุณภาพ

สมรรถนะ (competency) หมายถึง ความสามารถ ของบุคคลซึ่งประเมินได้จากการปฏิบัติงาน (Marrelli, Tondora, & Hoge, 2005) สมรรถนะประกอบด้วย ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) แรงจูงใจ/แรง กระตุ้น (motive) คุณลักษณะส่วนบุคคล (trait) บทบาท ที่แสดงออกต่อสังคม (social role) และภาพลักษณ์ของ บุคคลที่มีต่อตนเอง (self image) ซึ่งองค์ประกอบ ทั้งหมดนี้ จะทำให้บุคคลนั้นสามารถมีผลการปฏิบัติงาน ที่โดดเด่นได้ (Spencer & Spencer, 1993) สมรรถนะ เป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานเพราะทำให้มั่นใจว่า บุคคลมีความพร้อมและสามารถปฏิบัติงานให้ประสบ ความสำเร็จได้ (Fey & Miltner, 2000) การมีสมรรถนะ ของบุคลากรจะช่วยลดความเสี่ยงจากความผิดพลาด และช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล (Taylor, 2000) ผู้บริหารสามารถนำสมรรถนะมาใช้เป็นเครื่องมือ ประกอบในการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรตาม คุณสมบัติและสมรรถนะของตำแหน่งที่ต้องการ วางแผน

ความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร ประเมินผลการ ปฏิบัติงานของบุคลากร รวมถึงอบรมและพัฒนา บุคลากร (Kongkasawat, 2008) ซึ่งการที่จะนำ สมรรถนะไปใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคลได้นั้นจะ ต้องมีกรอบสมรรถนะที่ชัดเจน ซึ่งกรอบสมรรถนะ (competency model) หมายถึง รายการสมรรถนะที่ จำเป็นตามลักษณะเฉพาะของงานที่ปฏิบัติ กรอบ สมรรถนะจะแตกต่างกันไปตามบริบทและลักษณะงาน ขององค์กรนั้น ๆ การพัฒนากรอบสมรรถนะขึ้นอยู่กับ ลักษณะงานขององค์กรและวัตถุประสงค์ของการนำ สมรรถนะไปใช้ (Santong, 2004) การพัฒนากรอบ สมรรถนะตามแนวคิดของ Marrelli, Tondora, and Hoge (2005) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนด วัตถุประสงค์ 2) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้การ สนับสนุน 3) การพัฒนาและการวางแผนการดำเนินงาน ด้านการสื่อสารและการศึกษา 4) การวางแผนการดำเนิน งาน 5) การกำหนดสมรรถนะและการสร้างกรอบ สมรรถนะ 6) การประยุกต์ใช้กรอบสมรรถนะ และ 7) การประเมินและการปรับปรุงกรอบสมรรถนะ การมี กรอบสมรรถนะที่ชัดเจนจะทำให้ผู้บริหารสามารถนำ กรอบสมรรถนะมาใช้ประโยชน์ในการบริหารงานบุคคล ในด้านต่าง ๆ เช่นการสรรหาและการคัดเลือกบุคลากร ตามคุณสมบัติและสมรรถนะของตำแหน่งที่ต้องการ การวางแผนความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร การบริหาร ค่าตอบแทนและการวางแผนฝึกอบรมและพัฒนา บุคลากร (Kongkasawat, 2008)

โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นสถานบริการสุขภาพเอกชนที่ให้บริการสาธารณสุข แบบผสมผสานทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู สุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล ดูแล สุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และ จังหวัดในภาคเหนือ ประกอบด้วย 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงใหม่ รามโรงพยาบาลลานนา โรงพยาบาล เทพปัญญา และโรงพยาบาลช้างเผือก ซึ่งมีเป้าหมาย ในการให้บริการคือการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน

โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่กำหนดกรอบสมรรถนะของบุคลากรออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) สมรรถนะหลัก (core competency) ซึ่งเป็นสมรรถนะที่บุคลากรทุกคนในหน่วยงานต้องมีได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยความอบอุ่น การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ การเป็นผู้ชำนาญ และการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Chiangmai Ram Hospital, 2015) 2) สมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ (functional competency) เป็นสมรรถนะของแต่ละสายงาน โดยในสายการพยาบาลมีการกำหนดสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ของพยาบาล 3 เรื่อง คือ กระบวนการพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Nursing organization of Chiangmai Ram Hospital, 2015)

งานส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีบุคลากรพยาบาลปฏิบัติงาน และได้มีการนำสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่นี้เป็นสมรรถนะที่ใช้สำหรับทุกหน่วยงานในสายการพยาบาล ไม่มีความเฉพาะเจาะจงและไม่มีรายละเอียดเหมาะสมเพียงพอที่จะใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานและพัฒนาพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ให้มีสมรรถนะเฉพาะทางในเรื่องการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารที่เหมาะสมได้ ดังจะเห็นได้จากปัญหาการเลื่อนส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนล่างเนื่องจากผู้รับบริการไม่พร้อมในการทำหัตถการ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุดังกล่าวพบว่าพยาบาลไม่มีการประเมินผู้รับบริการเกี่ยวกับการทำความเข้าใจใหญ่ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการส่งเครื่องมือให้แพทย์ผิดประเภท ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารไม่ถูกต้อง และขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้นของผู้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารขาดความมั่นใจ

ในการปฏิบัติงาน ซึ่งแสดงให้เห็นความจำเป็นต้องประเมินและพัฒนาพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารให้เหมาะสม การศึกษาค้นคว้าจึงเป็นการพัฒนาสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารให้มีความละเอียดมากขึ้น โดยประยุกต์การพัฒนากรอบสมรรถนะตามแนวคิดของ Marrelli, Tondora, and Hoge (2005) เพื่อให้ได้กรอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร อันจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฐมนิเทศ พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเฉพาะทางในเรื่องการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อให้เกิดการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสำหรับผู้รับบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

กรอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ โดยประยุกต์การพัฒนากรอบสมรรถนะตามแนวคิดของ Marrelli, Tondora, and Hoge (2005) 5 ขั้นตอนคือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้การสนับสนุน 3) การพัฒนาและการวางแผนการดำเนินงานด้านการสื่อสารและการศึกษา 4) การวางแผนการดำเนินงาน 5) การกำหนดสมรรถนะและการสร้างกรอบสมรรถนะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหงจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 15 คน 2) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบและประเมินกรอบสมรรถนะฉบับร่าง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในงานส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร จำนวน 3 คน ประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลลานนา และหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเทพปัญญา ในการศึกษานี้ใช้ประชากร ส่วนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้คือ พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ เลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารมากกว่า 3 ปี จำนวน 9 คน ได้แก่ พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลเชียงใหม่ ราม จำนวน 3 คน โรงพยาบาลลานนา จำนวน 3 คน และโรงพยาบาลเทพปัญญา จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกรายการสมรรถนะที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อบันทึกรายการสมรรถนะ พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ และระดับสมรรถนะ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและจากการสัมภาษณ์พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อใช้สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลส่องกล้องระบบ

ทางเดินอาหาร เช่น เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด 3) แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เกี่ยวกับสมรรถนะและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ 4) แบบประเมินกรอบสมรรถนะพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิใช้ในการประเมินกรอบสมรรถนะฉบับร่างเป็นแบบประเมินมาตราส่วน 4 ระดับ คือ 4 หมายถึงจำเป็นมาก 3 หมายถึงจำเป็นปานกลาง 2 หมายถึงจำเป็นน้อย และ 1 หมายถึงไม่จำเป็น 5) เครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกรายการสมรรถนะ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแนวคำถามการสัมภาษณ์ ได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม (sequence the questions) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนากรอบสมรรถนะ 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 1 คน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 1 คน โดยผู้ศึกษาได้ทำการปรับแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้เตรียมความพร้อมในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการศึกษาทบทวนความรู้จากตำรา บทความวิชาการ และเข้าอบรมเรื่องการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการค้นคว้าอิสระได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลข

ที่ 049/2559) ในการรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาเข้าพบ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการศึกษา อธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม การศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีการบังคับและการตอบรับหรือ ปฏิเสธ จะไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของ ผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่อย่างใด จะไม่มีการบันทึกชื่อของ ผู้เข้าร่วมการศึกษาในข้อมูลที่รวบรวมได้และในรายงาน การศึกษา ผู้เข้าร่วมการศึกษามีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถาม ที่รู้สึกว่าจะไม่สบายใจที่จะตอบ รวมทั้งสามารถขอยุติการ ศึกษาได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ตลอดจนการขอข้อมูล กลับคืนได้ทั้งหมด โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วม การศึกษา และข้อมูลจากการร่วมเข้าการศึกษาครั้งนี้จะ ถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำลายทันทีหลังเสร็จสิ้น การศึกษา การนำเสนอข้อมูลของการศึกษาในรายงาน การศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม จากนั้นผู้เข้าร่วม การศึกษาลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตดำเนินการศึกษาจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ศึกษาทำการทบทวน วรรณกรรมและสัมภาษณ์พยาบาลส่องกล้องระบบทาง เดินอาหาร นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ เนื้อหา จัดทำเป็นกรอบสมรรถนะฉบับร่างของพยาบาล ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือ รามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรง คุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำมา คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ ความสามารถเป็นรายข้อ (Item-Validity Index: I-CVI) โดยเกณฑ์การยอมรับค่าความตรงเชิงเนื้อหา I-CVI คือ เท่ากับ 1.00 (Srisatitnarakul, 2007) และพิจารณาตัด รายการสมรรถนะข้อที่มีค่า I-CVI ต่ำกว่า 1.00 ออก และ กำหนดเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้อง ระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดิน อาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ มีอายุเฉลี่ย 35 ปี (SD = 5.44) เป็นเพศหญิง และวุฒิ การศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีระยะเวลาการ ปฏิบัติงานส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเฉลี่ย 8.67 ปี (SD = 5.71) เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการส่องกล้อง ระบบทางเดินอาหาร จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

กรอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทาง เดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัด เชียงใหม่ ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ 82 พฤติกรรมบ่งชี้ ความสามารถ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 การดูแลก่อนส่องกล้องระบบทาง เดินอาหาร หมายถึง การมีความรู้เกี่ยวกับระบบทางเดิน อาหารและมีความสามารถในการซักประวัติและประเมิน ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ การให้ความรู้และ อธิบายผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการทำหัตถการและ การดูแลความพร้อมของผู้รับบริการก่อนส่องกล้องระบบ ทางเดินอาหาร มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 14 ข้อ เช่น มีความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์และสรีระ วิทยาของระบบทางเดินอาหาร สามารถซักประวัติผู้รับ บริการ สามารถประเมินผู้รับบริการ สามารถให้ความรู้ แก่ผู้รับบริการ เป็นต้น

สมรรถนะที่ 2 การดูแลขณะส่องกล้องระบบทาง เดินอาหาร หมายถึง ความสามารถในการประเมินและ ดูแลผู้รับบริการ รวมทั้งให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้รับ บริการและญาติขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 14 ข้อ เช่น สามารถ ประเมินผู้รับบริการเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ระดับความ รู้สึกตัว ระดับความปวด และอาการผิดปกติที่อาจเกิด ขึ้น สามารถดูแลผู้รับบริการ เช่น การใส่ปลอกกันการ กัดกล้อง ดูแลการจัดท่า ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล และสามารถให้คำแนะนำผู้รับบริการในการปฏิบัติตัว ขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

สมรรถนะที่ 3 การดูแลหลังส่องกล้องระบบทาง เดินอาหาร หมายถึง ความสามารถในการส่งต่อข้อมูล

และประสานงานกับทีมสุขภาพ การประเมินอาการและดูแลผู้รับบริการหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและการอธิบายข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 11 ข้อ เช่น สามารถส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลห้องพักรักษา สามารถประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถประเมินอาการและให้การดูแลที่เหมาะสม สามารถอธิบายผู้รับบริการและญาติทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ผู้รับบริการต้องรับการรักษาค่าต่อเนื้อ และ การสังเกตอาการผิดปกติและควรกลับมารับแพทย์ เป็นต้น

สมรรถนะที่ 4 การช่วยแพทย์ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร หมายถึง การมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน เครื่องมือและอุปกรณ์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งการมีความสามารถในการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์พื้นฐาน เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร การแก้ปัญหาในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและการส่งเครื่องมือส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 14 ข้อ เช่น มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน ชนิดและส่วนประกอบของกล้องส่องตรวจ สามารถเตรียมอุปกรณ์พื้นฐานและอุปกรณ์พิเศษสำหรับการส่องกระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ ท่อทางเดินน้ำดี สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นขณะใช้งานกล้องส่องตรวจ และสามารถช่วยแพทย์ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

สมรรถนะที่ 5 การบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร หมายถึง ความสามารถในการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในเอกสารทั้งก่อน ขณะ และหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 13 ข้อ เช่น สามารถบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้รับบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสี สามารถบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับของมีค่าที่ติดตัว ฟันปลอม การใส่อุปกรณ์

ในร่างกาย ยาประจำของผู้รับบริการ เป็นต้น

สมรรถนะที่ 6 การดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร หมายถึง ความสามารถในการดูแลทำความสะอาด ขนส่งและเก็บกล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหารตามมาตรฐานการทำลายเชื้อโรคและหลักการป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งการกำกับดูแลผู้อื่นในการทำความสะอาดกล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหาร มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 16 ข้อเช่นสามารถทำความสะอาดกล้องส่องตรวจหลังทำหัตถการ สามารถทำลายเชื้อด้วยน้ำยาทำลายเชื้อในกล้องส่องตรวจและอุปกรณ์ สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง และสามารถกำกับดูแลการทำทำความสะอาดกล้องส่องตรวจ เป็นต้น

การอภิปรายผล

กรอบสมรรถนะของพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ อภิปรายได้ดังนี้

การที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ต้องมีสมรรถนะในการดูแลก่อนส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เช่น การซักประวัติและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการนั้น เนื่องจากการซักประวัติที่ถูกต้องครอบคลุมจะช่วยให้การประเมินความพร้อมของการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การซักประวัติเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระและลักษณะอุจจาระเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากหากพบว่ามียูจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่จะทำให้การส่องตรวจเป็นไปได้ยากหรือไม่สามารถตรวจลำไส้ใหญ่ได้ครบทั้งหมด อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยเนื้องอกหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ไม่สะอาดทำให้แพทย์ใช้เวลาในการส่องตรวจนานขึ้นและอาจเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ มีแนวโน้มที่จะต้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซ้ำมากขึ้น ซึ่งทำให้เพิ่มค่าใช้จ่าย

จ่ายทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น (Lohsiriwat, 2011) ส่วนการที่พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการให้ความรู้และอธิบายผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการทำหัตถการมีความจำเป็นเนื่องจากจะทำให้ผู้รับบริการมั่นใจในการบริการโดยให้ความร่วมมือและลดความวิตกกังวลในการทำหัตถการได้ (Chaiwat, 2004)

การที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่จะต้องมีสมรรถนะในการดูแลขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เช่น การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากขณะทำหัตถการโดยทั่วไปแพทย์จะนิยมให้ยาระงับความรู้สึกตัวทางหลอดเลือดดำเพื่อลดความทรมานและอาการปวด และการดมยาสลบสำหรับหัตถการเร่งด่วน หรือหัตถการที่ยุ่งยากซับซ้อนใช้เวลาทำนานเช่นการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดี ดังนั้นพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังอาการของผู้รับบริการเนื่องจากยาระงับความรู้สึกตัวมีกลไกการออกฤทธิ์คือกดการหายใจอาจทำให้ผู้รับบริการหลับลึกเกินไป การประเมินสัญญาณชีพ การสังเกตการหายใจและปริมาณออกซิเจนในร่างกายจึงเป็นการเฝ้าระวังอาการและอันตรายที่อาจจะเกิดแก่ของผู้รับบริการเช่นภาวะหยุดหายใจ เป็นต้น (Thantiwitayatan, 2004) ส่วนการดูแลผู้รับบริการเช่นการให้ผู้รับบริการใส่ปลอกกันเพื่อป้องกันการกัดกล้องเนื่องจากการส่องกล้องกระเพาะอาหารเป็นการสอดใส่กล้องเข้าทางปากเพื่อผ่านเข้าไปยังอวัยวะภายใน การใส่ปลอกป้องกันจึงช่วยป้องกันการกัดลิ้นและการกระแทกของฟันกับตัวกล้องขณะสอดใส่ผ่านทางปาก จึงช่วยทำให้เกิดความปลอดภัยขณะส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (Chaiwat, 2004)

การที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่จะต้องมีสมรรถนะในการดูแลหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เช่น การส่งต่อข้อมูลและประสานงานกับทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้รับบริการบางคนยังต้องพักรักษาตัวต่อในโรงพยาบาล เช่นผู้รับบริการที่มีเลือดออกในทางเดิน

อาหารอย่างเฉียบพลัน แพทย์จะทำการรัดหลอดเลือดขอดในหลอดอาหาร (Endoscopic Variceal Ligation: EVL) ซึ่งต้องสังเกตอาการต่อหลังทำหัตถการ พยาบาลจึงต้องส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย นอกจากนี้การที่พยาบาลต้องมีความสามารถในการประเมินอาการและให้การดูแลที่เหมาะสมมีความจำเป็น เนื่องจากการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นภาวะหลอดอาหารทะลุ (Subsamutchai & Jukkapak, 2013) การที่พยาบาลสามารถสังเกตอาการได้อย่างรวดเร็วจะช่วยประเมินความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้และช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างทันที่ ส่วนการที่พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการอธิบายข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวนั้น เนื่องจากภายหลังการทำหัตถการ 24-48 ชั่วโมง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้คือการสังเกตอาการผิดปกติและรีบกลับมาพบแพทย์จะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างทันที่ พยาบาลจึงต้องสามารถอธิบายข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติให้สังเกตอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ทันทีเช่นอาการแน่นหน้าอก อาการปวดท้อง (Pinyopasakul & Ratanalert, 2008)

การที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่จะต้องมีสมรรถนะในการช่วยแพทย์ทำการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร อาจเนื่องจากการเตรียมอุปกรณ์ถือเป็นมาตรฐานที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารต้องมีตัวอย่างมาตรฐานการเตรียมเครื่องมือได้แก่การเตรียมกล้องส่องตรวจทุกชนิด เครื่องกำเนิดแสง ระบบวิดีโอและสายเชื่อมต่อต่าง ๆ ขวดน้ำ เครื่องดูดเสมหะ รวมทั้งอุปกรณ์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เช่น สายตัดชิ้นเนื้อ เข็มฉีดยา สายคล้อง เครื่องล้าง เพื่อให้มีความพร้อมใช้งานในการทำหัตถการ (Society of Gastroenterology Nurses and Associates Incorporate, 2008) ซึ่งการเตรียมอุปกรณ์ให้มีความพร้อมเป็นการกระทำเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งานขณะช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ นอกจากนี้

พยาบาลยังต้องมีความสามารถในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษเนื่องจากกล้องส่องตรวจและอุปกรณ์พิเศษมีหลายชนิดเช่น การใช้กล้องส่องตรวจพิเศษกรณีผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ควรเลือกกล้องส่องตรวจที่ใช้สำหรับรักษา (therapeutic scope) หรือกล้องที่มีช่องทำงานสองช่อง (double channel) หรือกล้องที่มีช่องดูขนาดใหญ่ (Ratanachuake, 2010) เนื่องจากมีช่องใส่อุปกรณ์ได้หลายชนิดทำให้เกิดประโยชน์ในการใช้ห้ามเลือดขณะทำการหัตถการได้มากขึ้น

การที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่จะต้องมีสมรรถนะในการบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ทั้งก่อน ขณะ และหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เช่น ก่อนส่องกล้องระบบทางเดินอาหารจะต้องบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล สัญญาณชีพ การแพ้ ความเสี่ยง ของมีค่าที่ติดตัว ฟันปลอม การใส่อุปกรณ์ในร่างกาย ระยะเวลาการงดน้ำและอาหาร ชนิดและผลการเตรียมลำไส้ใหญ่ตามแบบบันทึกการตรวจสอบผู้รับบริการก่อนทำการหัตถการ (surgical safety checklist) นั้น เนื่องจากการบันทึกเอกสารเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและสื่อสารให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยในการทำการหัตถการ (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2010) สำหรับการบันทึกเอกสารยินยอมของผู้รับบริการในการทำการหัตถการและเอกสารยินยอมในการรับยาระงับความรู้สึกตัวมีความจำเป็นเนื่องจากการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่ผู้รับบริการจะต้องรับทราบข้อมูลและยินยอมในการรักษา (Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health, 2015) ส่วนการที่พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะในการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเช่นสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สารน้ำเข้าและออก อาการไม่พึงประสงค์ การปฏิบัติตัวหลังทำการหัตถการ และการนัดดูอาการเนื่องจากในระยะหลังทำการหัตถการผู้รับบริการจะต้องได้รับการประเมินอาการที่

สำคัญและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อแก่ทีมสุขภาพในการดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องและการบันทึกสรุปผลอาการของผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์นั้นถือเป็นหลักฐานข้อมูลเวชระเบียน (Pinyopasakul & Ratanalert, 2008)

การที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่จะต้องมีสมรรถนะในการดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เช่น การดูแลทำความสะอาดขนส่งและเก็บกล้องส่องตรวจตามมาตรฐาน การทำลายเชื้อโรคและหลักการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากกล้องส่องตรวจจำเป็นต้องนำไปใช้ต่อกับผู้รับบริการรายอื่น การล้างทำความสะอาดที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้รับบริการรายอื่นได้ การทำความสะอาดกล้องส่องตรวจเป็นการทำให้เกิดความมั่นใจว่ากล้องส่องตรวจสะอาด ปราศจากเชื้อก่อนนำไปใช้และทำให้กล้องส่องตรวจมีอายุการใช้งานยาวนานขึ้น (Thameyasen, 2004) อีกทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องตรวจระบบทางเดินอาหารเป็นอุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน ราคาแพง ทนความร้อนสูงไม่ได้ จัดเป็นอุปกรณ์ประเภทสัมผัสสัมผัสกับเยื่อของร่างกาย (semi critical items) จึงต้องเลือกใช้กระบวนการทำลายเชื้อในระดับสูง (high level disinfection) ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ (disinfectant) ที่มีประสิทธิภาพสูง (Thungmunkong, 2008) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารควรมีความรู้วิธีการทำลายเชื้อที่ถูกต้องตามมาตรฐานเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ (Sangchan, 2006)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำกรอบสมรรถนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือก ปฐมนิเทศ พัฒนาและฝึกอบรม ประเมินผลการปฏิบัติงาน แก่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่

ส่วนพยาบาลสองกล้องระบบทางเดินอาหารสามารถนำกรอบสมรรถนะที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน พัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการประยุกต์การพัฒนากรอบสมรรถนะตามแนวคิดของ Marrelli, Tondora, & Hoge

(2005) 5 ขั้นตอน และไม่ได้มีการจำแนกสมรรถนะเป็น 5 ระดับตามที่โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่กำหนดในการศึกษาค้นคว้าต่อไปจึงควรศึกษาต่อในขั้นตอนการนำรูปแบบของสมรรถนะไปใช้ และการประเมินผล เพื่อปรับปรุงกรอบสมรรถนะพยาบาลสองกล้องระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Aowpitaya, B. (2004). Gastrointestinal Endoscopy room. In T. Ratanachuake, D. Selaruk, W. Srisabai, L. Tetmasa, & P. Jiwapaisarnpong (Eds.). *Gastrointestinal Endoscopy for Endoscopy Nurses*. (1st ed., pp. 1-12). Bangkok: KR. (In Thai)
- Chaiwat, R. (2004). Monitor care during and post gastrointestinal endoscopy. In T. Ratanachuake, D. Selaruk, W. Srisabai, L. Tetmasa, & P. Jiwapaisarnpong (Eds.). *Gastrointestinal Endoscopy for Endoscopy Nurses*. (1st ed., pp. 64-73). Bangkok: KR. (In Thai)
- Chiangmai Ram Hospital. (2015). *Self Assessment Report SAR2011*. Chiangmai: Quality of nursing organization ChiangmaiRam Hospital. (In Thai)
- Fey, M. K., & Miltner, R. S. (2000). A competency-based orientation program for new graduate nurses. *Journal of Nursing Administration*, 30(3), 126-32.
- Harnsomboon, P. (2008). Complication of Endoscopy. In Rajvithi Hospital and The Endoscopy Nurse Society of Thailand. *Academic annual conference 2008 Nursing quality improvement for gastrointestinal endoscopy (Safe and Save in GI Endoscopy Procedure)*. Bangkok: An introduction to publishing in education. (In Thai)
- Kongdetsukda, C. (2015, October 4). Prevention Avoid risk and treatment for gastrointestinal cancer. *Daily news*. (In Thai)
- Kongkasawat, T. (2008). *How to use competency in the organization*. Bangkok: Technology Promotion Association (thai-Japan). (In Thai)
- Lohsiriwat, W. (2011). Bowel preparation for colonoscopy. In S. Pongprasobchai, T. Akarawiput, & A. Kachintorn (Eds.). *Colonoendoscopy* (1st ed., pp38-52). Bangkok: Wetchasarn. (In Thai)
- Marrelli A. F., Tondora J., & Hoge M. A. (2005). Strategies for developing competency model. *Administration and Policy in mental Health*, 32(5-6), 533-561. doi:10.1007/s10488-005-3264-0
- Ministry of Public Health, Bureau of Information office. (2015). *Thailand Public Health reveals that cancer kills 67,000 people a year and lost almost 80,000 million bath*. Retrieved from <http://www.pr.moph.go.th> (In Thai)

- Ministry of Public Health, Department of Medical Service, National Cancer Institute. (2013). *National Cancer Control Programme (2013-2017)*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited. (In Thai)
- Nursing Organization of Chiangmai Ram Hospital. (2015). *Self Assessment Report SAR2011*. Chiangmai: Quality of nursing organization Chiangmai Ram Hospital. (In Thai)
- Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health. (2015). *Declaration of Patient's Rights*. Retrieved from www.tmc.or.th (In Thai)
- Pinyopasakul, W., & Ratanalert, S. (2008). Discharge planning in Endoscopy Unit. (58-60). *Academic annual conference 2008 Nursing quality improvement for gastrointestinal endoscopy (Safe and Save in GI Endoscopy Procedure)*. Bangkok: An introduction to publishing in education Rajvithi Hospital and The Endoscopy Nurse Society of Thailand. (In Thai)
- Ratanachuake, T. (2010). Endoscopic Technique to Maximize the Diagnosis in Upper Gastrointestinal Bleeding. In S. Pongprasobchai, T. Akarawiput, & A. Kachintorn (Eds.). *Bleeding in Gastrointestinal* (1st ed., pp46-54). Bangkok: Wetchasarn. (In Thai)
- Sangchan, A. (2006). Practical Endoscopic Disinfection. In S. Triprasertsuk, R. Roeknimit, & Y. Satawattumrong (Eds.), *Practical GI Endoscopy 2* (2nd ed., pp. 23-36). Bangkok: Morchaoban. (In Thai)
- Santong, N. (2004). *Let's know competency*. Bangkok: HR center. (In Thai)
- Society of Gastroenterology Nurses and Associates Incorporate. (2008). *Gastroenterology Nursing: A core curriculum*. Retrieved from <http://www.sгна.org>.
- Spencer, L., & Spencer, S. M. (1993). *Competency at work*. New York: John Wiley & Sons.
- Srisatitnarakul, B. (2007). *The methodology in nursing research*. (4th ed.). Bangkok: U&I Intermedia. (In Thai)
- Subsamutchai, C., & Jukkapak, S. (2013). Post- Procedure Esophageal Perforation. In S. Pongprasobchai, T. Akarawiput, S. Leelakusolwong, & C. Kositchaiwat (Eds.), *Endoscopic Complications* (1st ed., pp1-14). Bangkok: Wetchasarn. (In Thai)
- Taylor, K. (2000). Tackling the issue of nurse competency. *Nursing Management*, 31(9), 34-38.
- Thameyasen, P. (2004). Cleaning and disinfection of flexible endoscope scope. In T. Ratanachuake, D. Selaruk, W. Srisabai, L. Tetmasa, & P. Jiwapaisarnpong (Eds.). *Gastrointestinal Endoscopy for Endoscopy Nurses*. (1st ed., pp. 74-88). Bangkok: KR. (In Thai)
- Thantiwitayatan, K. (2004). Anesthesiology in Gastrointestinal Endoscopy. In T. Ratanachuake, D. Selaruk, W. Srisabai, L. Tetmasa, & P. Jiwapaisarnpong (Eds.). *Gastrointestinal Endoscopy for Endoscopy Nurses*. (1st ed., pp. 51-63). Bangkok: KR. (In Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2010). *Patient Safety Goals: SIMPLE* (3rd ed.). Nonthaburi: Poramut. (In Thai)

Thungmunkong, P. (2008). New generation, highly effective disinfectant. *Healthy GI for Healthy People*. Bangkok: P.L.Living Co., Ltd. (In Thai)

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง Nursing Activity Costing Analysis of Cesarean Section Management in a Private Hospital

การระเกด	คีรีรักษ์ *	Karakate	Keereeruk *
เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย **	phechnoy	Singchungchai **
นฤมล	ปทุมารักษ์ ***	Narumon	Pathumarak ***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ตามงบประมาณปี 2561 ประชากรคือ รายงานข้อมูลต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุที่ใช้ในการจัดบริการผู้ป่วยผ่าตัดในปีงบประมาณ 2561 และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด ด้วยการสังเกตการปฏิบัติ กิจกรรมงานการพยาบาลผ่าตัดในหน่วยงานห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือต้นทุนค่าแรงของพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 17 คน และต้นทุนผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชุด ชุดที่ 1) พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดงานห้องผ่าตัด ชุดที่ 2) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด และชุดที่ 3) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ เครื่องมือทั้ง 3 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่าต้นทุนกิจกรรมพยาบาลโดยรวม เท่ากับ 894,196.33 บาท มีอัตราส่วนระหว่างกิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด : ระยะเวลาผ่าตัด : ระยะเวลาหลังผ่าตัด : กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุนเท่ากับร้อยละ 12.93 : 59.69 : 19.44 : 7.94 โดยมีต้นทุนสูงสุดคือการจัดการกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด มีต้นทุนต่อกิจกรรมเท่ากับ 1,988.07 บาทต่อกิจกรรม รองลงมาคือระยะเวลาหลังผ่าตัด เท่ากับ 5,561.22 บาทต่อกิจกรรม เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมต่อราย พบว่าต้นทุนรวมกิจกรรมการพยาบาลเท่ากับ 29,806.55 บาทต่อราย เมื่อจำแนกต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามกิจกรรมหลัก พบว่า ต้นทุนระยะผ่าตัด เท่ากับ 17,892.61 บาทต่อราย

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าต้นทุนการจัดการกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้บริหารต้องนำข้อมูลนี้ไปบริหารจัดการเรื่องการบริหารกำลังคนและการบริหารเวลาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ต้นทุน กิจกรรมการพยาบาล ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลเอกชน

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* Master's Degree, Faculty of Nursing, Christian University

** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** Professor, Faculty of Nursing, Christian University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** Assistant Professor of Nursing, Christian University

วันที่รับบทความ 28 มกราคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 13 พฤษภาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 22 ตุลาคม 2562

Abstract

The objectives of this descriptive research were to analyze nursing activity cost of cesarean section in a private hospital in Samutsakhon Province in the fiscal year 2018. The population of the study consisted of labor cost, capital cost and material cost of providing surgical services in the fiscal year 2018, and to investigate the costs of perioperative nursing activities through observation on the practical nursing surgical activities in the operating room. The sample group was the costs of 17 operating room nurses and the costs of 30 cesarean section patients. Three sets of research instruments were used: Set 1) a unit cost record form; Set 2) a perioperative nursing activities dictionary of the operating room; and Set 3) a cost of perioperative nursing activities record form. The three sets of instrument were tested for content validity, and the content validity index was 1. The descriptive statistics used in data analysis were percentage, mean and standard deviation.

The study found that the overall cost of the nursing activities was 894, 196.33 Baht with the proportions between nursing activities in the preoperative phase : intraoperative phase : postoperative phase : management and support activities 12.93 : 59.69 : 19.44 : 7.94. The highest cost was nursing activities in the intraoperative phase with a unit cost of 1,988.07 Baht, followed by that of the postoperative phase of 5561.22 Baht. When classifying the nursing activity costs according to the main activities, it was found that the cost of the intraoperative phase was 29,806.55 Baht per case. When classifying the nursing activity costs according to the main activities, it was found that the cost of the intraoperative phase was 17,892.61 Baht per case.

The study results revealed that the cost of nursing activity management was important empirical data that administrators should use the information in further efficiency of manpower management improvement and time management.

Keywords: Cost, Nursing Activities, Cesarean Section, Private Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการบริการทางสุขภาพอย่างมาก ประชาชนต้องการเข้าถึงการบริการและเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างทั่วถึงในราคาที่เหมาะสม (Wattananon, 2010) ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ ๆ มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้ต้นทุนด้านสุขภาพสูงขึ้น (Shinekledkaew, 2009) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการบริหารต้นทุนของโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นผู้บริหารจึงจำเป็นต้องใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

เรื่องของการวิเคราะห์ต้นทุนมาใช้ประโยชน์ในการบริหารต้นทุน เพื่อให้มีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ให้ได้ประโยชน์สูงสุด

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นบริการอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แต่เป็นการบริการที่ผู้รับบริการ เลือกใช้การผ่าตัดนอกเวลาเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้ว่าจะเป็นกรณีที่ตั้งครรภ์ปกติก็ตาม นอกจากนี้ผู้รับบริการยังต้องการให้ผ่าตัดตามฤกษ์ที่ระบุไว้ เป็นเหตุให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูง ควบคุมยาก จากรายงานจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดคลอดทางหน้า

ห้องในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเฉลี่ย 13 รายต่อเดือน (คิดเป็นร้อยละ 7.69) และเป็นการผ่าตัดนอกเวลาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูง แต่ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการนำเสนอผู้บริหาร ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดชนิดนี้พบว่าพยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลตามมาตรฐานกิจกรรมการผ่าตัด โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องให้การดูแลตั้งแต่แรกรับเข้ามาเพื่อเตรียมความพร้อมจนกระทั่งการดูแลหลังผ่าตัด ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดและการบริหารจัดการและงานสนับสนุน ซึ่งมีการใช้บุคลากร วัสดุสิ้นเปลือง เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในแต่ละกิจกรรมทั้งสิ้น ดังนั้นจึงทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง

ทั้งนี้ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ยังไม่เคยมีการคิดวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จึงไม่ทราบต้นทุน ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่แท้จริงของหน่วยงานห้องผ่าตัด เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่ได้มากับสิ่งที่ใช้จ่ายไปให้มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ค่าเงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าดำเนินการและค่าลงทุน ซึ่งจะส่งผลให้มีการบริหารจัดการทรัพยากร การวางแผนอัตรากำลัง ตลอดจนการควบคุมค่าใช้จ่ายและบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดในการให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลักในการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
2. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมในการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

3. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อรายในการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลักในการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง มีค่าเท่ากับเท่าไร
2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมในการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง มีค่าเท่ากับเท่าไร
3. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อราย ในการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง มีค่าเท่ากับเท่าไร

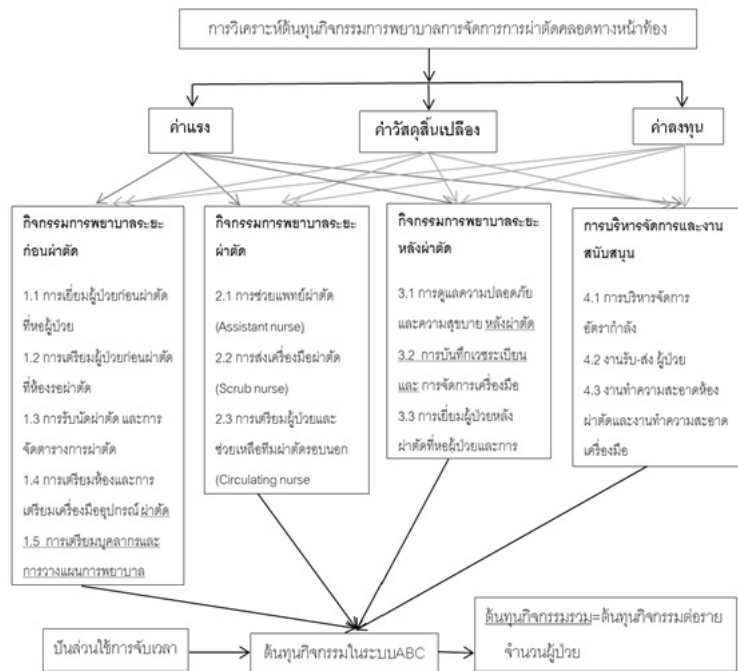
กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้การคิดต้นทุนกิจกรรมใช้กรอบแนวคิดต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC) ของ Kaplan and Cooper (1998) มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรมกำหนดปริมาณการใช้ทรัพยากร (2) ระบุตัวผลิตภัณฑ์ทรัพยากรโดยให้บุคลากรป้อนส่วนค่าแรงตามสัดส่วนเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ (3) กำหนดผลผลิตและบริการของหน่วยงาน และ (4) กำหนดตัวผลิตภัณฑ์กิจกรรมในขั้นที่ 2 คือ เวลาและทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม

ในการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในครั้งนี้จึงได้นำมาใช้ในการกำหนดพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะก่อนผ่าตัด (2) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะหลังผ่าตัด (3) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะหลังผ่าตัด และ (4) การบริหารจัดการและงานสนับสนุน โดยเลือกตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุน คือ

ปริมาณการใช้ทรัพยากรและปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมมาเป็นส่วนต้นทุน จะได้ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง และ

ต้นทุนค่าลงทุนของแต่ละกิจกรรม ต้นทุนทั้งหมดรวมกันหารด้วยจำนวนผู้ป่วย เป็นต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อราย ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหน่วยบริการงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ของฝ่ายบัญชี ฝ่ายการเงินและ ฝ่ายพัสดุ และรายงานสถิติของห้องผ่าตัดปีงบประมาณ 2561 คือ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 และข้อมูลบางส่วน ทำการศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในปัจจุบัน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 5 เดือน ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยใช้ระบบการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC) ทั้งนี้ข้อมูลค่าแรง ค่าลงทุน ค่าวัสดุสิ้นเปลือง

เป็นการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ รายงานต้นทุนที่ได้จากบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวนทั้งหมด 17 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนที่เกิดจากการให้บริการผู้มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 30 คน คำนวณตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป Power Analysis ที่ Effect Size เท่ากับ 0.60 และระดับ Power ได้เท่ากับ 27 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างโดยใช้ (10%) จากสูตรคำนวณของ Gupta et al. (2016) โดยสูตรคำนวณ คือ $N1 = n / (1-d)$

เมื่อแทนค่า = $27 / (1-0.1) = 30$ คน

สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการจัดการ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ข้อมูลที่ใช้ ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง และระยะเวลาเก็บข้อมูลจากการปฏิบัติ กิจกรรม ด้วยการหาค่าเฉลี่ยของเวลา รวมทั้งเอกสาร ข้อมูลประกอบด้วย เอกสารการจ่ายเงินเดือนของ บุคลากรทางการพยาบาล เอกสารค่าใช้จ่ายในการศึกษาอบรมภายนอกโรงพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาล เอกสารราคาค่าวัสดุสิ้นเปลือง วัสดุทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และเอกสารทะเบียนประวัติครรภ์ อาคาร สิ่งก่อสร้างและจำนวน กิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือน มีนาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีจำนวน ทั้งหมด 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตามหัตถการผ่าตัด ประกอบด้วยแบบบันทึก ทั้งหมด 6 แบบฟอร์ม คือ 1) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ค่าแรง (LC1) 2) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลค่าวัสดุ (MC1) 3) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า (MC2) 4) แบบฟอร์ม บันทึกข้อมูลค่าน้ำประปา (MC3) 5) แบบฟอร์มบันทึก ข้อมูลค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (CC1) 6) แบบฟอร์มบันทึก ข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่ (CC2)

ชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด ประกอบด้วยมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลหลัก 4 กิจกรรม ซึ่งได้แก่ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาล ระยะ ก่อนผ่าตัด มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังผ่าตัด และการบริหารจัดการและงานสนับสนุน ตามลำดับ

ชุดที่ 3 แบบบันทึกต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล และเวลาในการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 1) แบบฟอร์ม (ABC1) 2) แบบฟอร์ม (ABC2) 3) แบบฟอร์ม (ABC3)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรง ด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 จากการตรวจสอบ เครื่องมืออื่น ๆ เช่น ความเที่ยงในการสังเกต (Reli-

ability) และความเที่ยงของนาฬิกาจับเวลา จากการหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ พิจารณาความเห็นให้ระดับ 3 และ 4 จึงได้ค่า Content validity index: CVI = 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยผ่านการ พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล เอกชนที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของ การศึกษา ขั้นตอน รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับรายได้และค่าสวัสดิการต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่ ศึกษาประมาณเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562 และขออนุญาตในการจับเวลา ขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อน ตัดสินใจร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบ รับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นระหว่างทำการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อขออนุญาตในการ ดำเนินการขอจริยธรรมสำหรับการวิจัยกับคณะ กรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเข้าศึกษา และขอความร่วมมือในการศึกษาและเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกห้องผ่าตัด และบุคลากร ทางการพยาบาล เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและทำความเข้าใจ เกี่ยวกับงบประมาณเวลาทำวิจัยในครั้งนี้และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังและเก็บ ข้อมูลปัจจุบัน โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้นาฬิกา ในการจับเวลา ที่พยาบาลปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล ให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตามกิจกรรมที่กำหนดใน พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วย วิจัยจะทำการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยให้ผู้ป่วย ที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดครบทุกกิจกรรมตามระยะ

การผ่าตัด ทำการบันทึกเวลาการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล แล้วลงบันทึกในแบบฟอร์ม ABC1 โดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ยเวลาในแต่ละกิจกรรมการพยาบาล จากการเฝ้าสังเกตการณ์ 3-5 ครั้ง จนคงที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เวลาจะอยู่ในช่วง 2.00-5.00 นาที จะมีจำนวนกิจกรรมประมาณ 15 กิจกรรม/ครั้ง ตามตารางอ้างอิงของ Rijiravanit (2007)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. จัดเตรียมข้อมูลจากแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์โดยการลงบันทึกข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล หาค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในกิจกรรมการพยาบาล 3 ระยะ

2. คำนวณหาต้นทุนค่าแรงโดยหาผลรวมของค่าแรงต่อคนของบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยบริการงานห้องผ่าตัด ที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดย

$$\text{ค่าแรงเฉลี่ยบุคลากรแต่ละคนต่อนาที} = \frac{\text{สัดส่วนค่าแรงของบุคลากรแต่ละคน}}{\text{นาทีในการทำงาน}}$$

2.3 นำค่าแรงของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละคนต่อนาทีคูณกับเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมการพยาบาล จะได้ค่าแรงในแต่ละกิจกรรม

2.4 นำค่าแรงของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่คำนวณได้ในแต่ละครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมรวมกันแล้วหารด้วยจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นค่าแรงเฉลี่ยที่ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลต่อครั้ง

2.5 หาค่าแรงแต่ละกิจกรรม โดยนำค่าแรงของ

$$\text{ค่าเสื่อมราคาต่อปี} = \frac{\text{ราคาพัสดุ-ราคาซาก}}{\text{อายุการใช้งาน (ปี)} \times 365 \text{ วัน} \times 24 \text{ ชั่วโมง} \times 60 \text{ นาที}}$$

4. หาค่าแรงเฉลี่ยที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมและบันทึกค่าเฉลี่ยเวลาจากข้อมูลที่บันทึกได้และนำข้อมูลจากแบบบันทึกค่าวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละประเภทรวมกันเป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการปฏิบัติกิจกรรมการ

นำเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าครองชีพ ค่าล่วงเวลา ค่าเวรยามวิกาล ค่าตอบแทนวิชาชีพ ค่ารักษาพยาบาล ค่าประชุมอบรมที่เป็นค่าแรงก่อนหักภาษี ณ ที่จ่าย นำมาคำนวณค่าแรงเป็นบาทต่อนาทีต่อคน

2.1 คำนวณค่าแรงลงสู่กิจกรรมการพยาบาล โดยหาสัดส่วนของการปฏิบัติงานจริงแบ่งตามกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะให้สัดส่วนในการทำงานตามภาระงานที่ปฏิบัติจริง บุคลากรทางการพยาบาลทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย คำนวณต้นทุนค่าแรงในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด

2.2 หาค่าแรงต่อนาทีของบุคลากรพยาบาลโดยคำนวณจากค่าแรง เวลาในกิจกรรมการพยาบาล ของบุคลากรแต่ละคนหารด้วยชั่วโมงการทำงานโดยการปรับหน่วยเป็นบาทต่อนาที ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลเป็นเวลา 5 เดือน โดยใช้สูตร

บุคลากรแต่ละคนต่อนาทีคูณกับเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมและนำค่าแรงแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้แต่ละครั้งมารวมกันเป็นค่าแรงทั้งหมด

3. ต้นทุนค่าลงทุน นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าลงทุนมาคำนวณหาค่าเสื่อมราคาของพัสดุจากนั้นนำมาคำนวณหาค่าเสื่อมราคาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละครั้งโดยคิดค่าเสื่อมราคาประจำปีของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างโดยใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อม

พยาบาลแต่ละกิจกรรม นำต้นทุน ค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการให้การพยาบาลตามรายกิจกรรมรวมเป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมดังนี้

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง} = \frac{\text{ผลรวมของต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในแต่ละกิจกรรม}}{\text{จำนวนครั้งในการให้กิจกรรมการพยาบาล}}$$

5. นำผลรวมของต้นทุนแต่ละประเภทมารวมกันเป็นต้นทุนรวมทั้งหมดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมมาหาต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหารด้วยจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกิจกรรมเดียวกัน

6. การคิดต้นทุนของกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และการบริหาร

จัดการและงานสนับสนุน ตามลำดับ

7. ต้นทุนต่อกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตามระบบต้นทุนกิจกรรมเท่ากับ ผลรวมของต้นทุนของทุกกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรมของหน่วยงาน ห้องผ่าตัด

8. หาค่าแรงเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยนำค่าแรงรวมทั้งหมดในแต่ละกิจกรรม หารด้วยจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม

$$\text{การคำนวณหาต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย} = \frac{\text{ผลรวมค่าแรงแต่ละกิจกรรม}}{\text{ปริมาณของกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ}}$$

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร โดยใช้แนวคิดวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan and Cooper (1998) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบว่า ต้นทุนกิจกรรมรวมทั้งหมดเท่ากับ 894,196.33 บาท กิจกรรมหลักที่มีต้นทุนกิจกรรมสูงสุด คือ กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด เท่ากับ 536,778.35 บาท และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือ การบริหารจัดการและงานสนับสนุน เท่ากับ 73,563.16 บาท ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมและร้อยละ (N=30ราย)

กิจกรรมหลักตามมาตรฐาน	ต้นทุนกิจกรรมรวม (บาท)	ร้อยละ
1. กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	117,017.28	12.93
2. กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด	536,778.35	59.69
3. กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	166,836.54	19.44
4. การบริหารจัดการและงานสนับสนุน	73,564.16	7.94
รวม	894,196.33	100.00

เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 4 กิจกรรมหลัก พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐาน กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัดสูงสุด โดยมี

ต้นทุนกิจกรรมต่อราย 17,892.61 บาท และต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม 1,988.07 บาท ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลัก (N = จำนวนผู้รับบริการ 30 ราย)

กิจกรรมหลักตามมาตรฐาน	เวลาทำ กิจกรรม เฉลี่ย (นาที)	เวลาทำ กิจกรรม รวม (นาที)	ต้นทุนกิจกรรม		ต้นทุน อื่น(บาท)	ต้นทุน กิจกรรมรวม (บาท)	ต้นทุนต่อ ราย(บาท)	จำนวน กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุน ต่อหน่วย (บาท)
			ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)					
1.กิจกรรมการพยาบาลระยะ ก่อนผ่าตัด	29.83	894.91	2,504.58	1,001.5	394.5	117,017.28	3,900.58	360	325.05
2.กิจกรรมการพยาบาลระยะ ผ่าตัด	199.85	5,995.61	13,246.81	3,484.35	1,161.45	536,778.35	17,892.61	270	1,988.07
3.กิจกรรมการพยาบาลระยะ หลังผ่าตัด	30.84	925.26	2,161.22	2,550	850	166,836.54	5,561.22	210	794.5
4.การบริหารจัดการและงาน สนับสนุน	18.19	545.57	1,454.99	480.96	454	73,564.16	2,452.14	90	817.4
รวม	278.71	8,361.35	19,367.60	7,516.81	2,839.95	894,196.33	29,806.55	930	3,924.96

สำหรับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดโดยรวม เท่ากับ 117,017.28 บาท และต้นทุนที่มีค่าสูงสุดคือ กิจกรรมการเตรียมและการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัดเท่ากับ 40,101.21 บาท และกิจกรรมที่มีต้นทุนที่ต่ำสุดคือกิจกรรมการเตรียมบุคลากรและการวางแผนทางการพยาบาล เท่ากับ 4,636.56 บาท ทั้งนี้การจัดการกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดในที่นี่ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลระยะตั้งแต่แพทย์นัดผู้ป่วยมาผ่าตัด จนกระทั่งเคลื่อน

ย้ายผู้ป่วยเข้าไปนอนบนเตียงผ่าตัด โดยให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด โดยแบ่งหน่วยต้นทุนออกเป็น 5 หน่วยต้นทุนกิจกรรม ได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด การรับนัดผ่าตัด และการจัดตารางการผ่าตัด การเตรียมห้องและการเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ ผ่าตัด และการเตรียมบุคลากรและการวางแผนการพยาบาล ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตามมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (N = จำนวนผู้รับบริการ 30 ราย)

กิจกรรมหลักตามมาตรฐาน	เวลาทำ กิจกรรม เฉลี่ย (นาที)	เวลาทำ กิจกรรม รวม (นาที)	ต้นทุนกิจกรรม		ต้นทุน อื่น ๆ (บาท)	ต้นทุน กิจกรรมรวม (บาท)	ต้นทุน ต่อราย (บาท)	จำนวน กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุน ต่อหน่วย (บาท)
			ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)					
1.การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย	4.57	136.95	438.44	204	68	21,313.25	710.44	60	355.22
2.การเตรียมและการประเมินผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด	8.63	258.82	766.71	427.5	142.5	40,101.21	1,336.71	120	334.18
3.การรับนัดผ่าตัดและการจัดตาราง การผ่าตัด	2.8	84.11	269.46	104	104	14,323.7	477.46	60	238.73
4.การเตรียมห้องและการเตรียม เครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัด	13.05	391.61	956.42	212	53	36,642.56	1,221.42	150	244.28
5.การเตรียมบุคลากรและการ วางแผนทางการพยาบาล	0.78	23.42	73.55	54	27	4,636.56	154.55	30	154.55
รวม	29.83	894.91	2,504.58	1,001.5	394.5	117,017.28	3,900.58	360	1,326.96

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ คือ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 30 ราย อายุของผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-40 ปี มีจำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) อายุโดยเฉลี่ยของผู้รับบริการที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือ 33 ปี

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลหลัก 4 กิจกรรม จำแนกตามระยะการผ่าตัดสรุปได้ดังนี้

- 1) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดรวม เท่ากับ 894,196.33 บาท
- 2) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล จำแนกตามระยะ

การผ่าตัด ผลวิจัยพบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่มีค่าสูงสุดคือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัดเท่ากับ 536,778.35 บาท รองลงมา คือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ต้นทุนกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน เท่ากับ 166,836.54 บาท 117,017.28 บาท และ 73,564.16 บาท ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด จำแนกตามระยะการผ่าตัด ผลเป็นดังนี้

กิจกรรมการพยาบาลในระยะผ่าตัดที่มีต้นทุนสูงสุดคือ กิจกรรมการช่วยแพทย์ผ่าตัดเท่ากับ 235,105.8 บาท ต้นทุนต่อราย เท่ากับ 7,836.86 บาท ส่วนต้นทุนกิจกรรมที่มีค่าต่ำสุด คือ กิจกรรมการส่งเครื่องมือเท่ากับ 141,544.5 บาท มี ต้นทุนต่อราย เท่ากับ 4,718.15 บาท

รองลงมา คือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ที่มีต้นทุนสูงสุดคือ กิจกรรมการดูแลความปลอดภัยและความสุขสบายหลังผ่าตัดเท่ากับ 86,201.29 บาท ต้นทุนต่อกิจกรรมเท่ากับ 957.79 บาท ต้นทุนต่อราย เท่ากับ 2,873.38 บาท และต้นทุนกิจกรรมที่มีค่าต่ำสุดคือ กิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยและการบันทึก เท่ากับ 29,748.67 บาท มีต้นทุนต่อรายเท่ากับ 991.62 บาท

ถัดมาจากต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดคือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด กิจกรรมที่มีต้นทุนสูงคือ กิจกรรมการเตรียมและการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัดเท่ากับ 40,101.21 บาท มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 1,336.71 บาท และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่มีค่าต่ำสุดคือกิจกรรมการเตรียมบุคลากรและการวางแผนทางการพยาบาล เท่ากับ 4,636.56 บาท ต้นทุนต่อราย เท่ากับ 154.55 บาท

กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุนมี ต้นทุนต่ำสุด ใน 4 กิจกรรมหลัก และกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุดในกิจกรรมนี้คือ กิจกรรมการบริหารจัดการอัตรากำลัง เท่ากับ 27,645.74 บาท ต้นทุนต่อราย เท่ากับ

921.52 บาท และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่มีค่าต่ำสุดคือกิจกรรมงานรับส่งผู้ป่วยเท่ากับ 22,344.17 บาท และมีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 744.81 บาท

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้ 1) ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลักในการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง 2) ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อรายในการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ครั้งนี้ ดังนี้

ผลการวิจัย พบว่าต้นทุนกิจกรรมหลักทั้ง 4 กิจกรรม ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่มีต้นทุนสูงที่สุดคือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด มีต้นทุนรวมทั้งหมดเท่ากับ 536,778.35 บาท ต้นทุนต่อกิจกรรมเท่ากับ 1,988.07 บาท ต้นทุนกิจกรรมต่อราย เท่ากับ 17,892.61 บาท อธิบายได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัดเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลามากกว่ากิจกรรมอื่น ๆ โดยเฉพาะกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยและการช่วยเหลือรอบนอก (circulating) ใช้เวลาสูงสุดเฉลี่ย 82.25 นาที และใช้อัตรากำลังในการทำงานถึง 2 คน จึงส่งผลให้ค่าแรงในการทำกิจกรรมสูง เมื่อจำแนกตามระยะการผ่าตัด พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุดในระยะผ่าตัดคือ กิจกรรมการช่วยแพทย์ผ่าตัดเท่ากับ 235,105.80 บาท ต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 7,836.86 บาท ต้นทุนกิจกรรมต่อราย เท่ากับ 7,836.86 บาท และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือ กิจกรรม การส่งเครื่องมือเท่ากับ 141,544.50 บาท ต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 4,718.15 บาท ต้นทุนกิจกรรมต่อราย เท่ากับ 4,718.15 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยของ Jungsaman (2015) พบว่า ระยะที่มีการใช้เวลานานสูงสุดและต้นทุนสูงสุดคือระยะการผ่าตัดมีค่าสูงสุดเท่ากับ 6,480.60 บาทต่อราย รองลงมาคือระยะก่อนผ่าตัดมีค่าเท่ากับ 1,654.30 บาทต่อราย และกิจกรรมระยะหลังผ่าตัดมีต้นทุนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ

1,214.03 บาทต่อราย เมื่อพิจารณาเวลาที่ใช้ในแต่ละ
ระยะ เวลารวมของกิจกรรมในแต่ละระยะการผ่าตัด พบ
ว่าเวลาที่ทำกิจกรรมแปรผันตรงกับต้นทุนกิจกรรม และ
พิจารณาในภาพรวมพบว่าต้นทุนกิจกรรมจำแนกตาม
ระยะการผ่าตัด เช่น กิจกรรมการผ่าตัดในระยะก่อน
ผ่าตัดที่มีต้นทุนสูงสุด คือ กิจกรรมการเตรียมห้อง
อุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัด เนื่องจากกิจกรรมมีความ
ซับซ้อนการเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดมีความยุ่ง
ยากซับซ้อนต้องใช้เวลาอย่างมากส่งผลต่อต้นทุนที่สูงขึ้น
ดังนั้นการช่วยลดต้นทุนที่เกิดจากการใช้เวลาในการจัด
ทำคู่มือการผ่าตัดแต่ละชนิดการผ่าตัดเพื่อเป็นคู่มือ
สำหรับการปฏิบัติงานทำให้สามารถทำงานได้อย่าง
รวดเร็ว ลดเวลาความสูญเสียของกิจกรรม และเป็นการ
เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน เมื่อเทียบกับระหว่าง
โรงพยาบาลรัฐและเอกชน พบความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ
การจัดบุคลากรในการผ่าตัด เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ
และความยากง่ายของการผ่าตัด

ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลควรเพิ่มประสิทธิภาพ
ในองค์กร โดยการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพในการ
ดำเนินการลดต้นทุนกิจกรรม โดยการจัดทำคู่มือการ
ผ่าตัด คู่มือการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทาง
ปฏิบัติงานในการลดต้นทุนการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหารการพยาบาล

1.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการควบคุมต้นทุน
และค่าใช้จ่ายในการให้บริการ และการบริหารงบ
ประมาณของหน่วยงานห้องผ่าตัด ให้เกิดประสิทธิภาพ
สูงสุด

1.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐาน
หรือแนวทางในการปฏิบัติในการบริหารจัดการ
การผ่าตัดผู้ป่วยในกรณีอื่น ๆ ได้

1.3 ควรเพิ่มค่าใช้จ่ายทางอื่น ๆ ของ
โรงพยาบาล ให้ครอบคลุมก่อนกำหนดเป็นค่าบริการ

2. ด้านการวิจัยบริหารต้นทุน

2.1 ได้ต้นแบบการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุน
กิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัดสามารถนำไปเป็น
แบบอย่างการวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมด้านการ
ผ่าตัดอื่น ๆ ได้

3. ด้านการจัดบริการ

3.1 ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาเป็นข้อมูลใน
การบริหารค่าตอบแทนที่เป็นธรรมสำหรับพยาบาล บุค
คลากรของห้องผ่าตัดและบุคลากรของหน่วยงานอื่น ๆ
ในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผล เรื่องวิเคราะห์ต้นทุน
กิจกรรมการพยาบาล ให้หน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล
รับทราบและรู้วิธีคิดต้นทุนต่อหน่วยบริการ เพื่อที่จะ
ทำให้ทราบต้นทุนและมีการนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนใน
การพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ควรมีการศึกษาค่าวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม
การพยาบาล ในรายผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงและต้นทุน
ค่าเครื่องมือสูง

3. ควรมีการศึกษาค่าความคุ้มค่าต้นทุนในเรื่องการ
บริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมในระยะการ
ผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(3), 328–331. doi:10.4103/1658-354X.174918
- Jungsaman, S. (2015). Unit Cost Analysis And cost of surgical nursing activities Surin Hospital operating room. *Journal and Health Care*. 34(1), 163-169. (In Thai)

- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using intergrated cost systems to drive profitability and performance*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Rijiravanit, W. (2007). *Study of working hours, principles and case studies*. (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)
- Shinekledkaew, S. (2009). The economic cost of absence and impairment of performance from alcohol consumption. *The Journal of Public Health Sciences*, 8(3), 322-332. (In Thai)
- Wattananon, Y. (2010). Factors affecting the access to laparoscopic surgery in Thailand: National Patient data analysis results Year 2548-2550. *University Journal Srinakharinwirot (Science and Technology Branch)*, 2(1), 95-105.



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

Factors Predicting Organizational Citizenship Behaviors Among Generation Y Nurses, Government University Hospitals

พรณภัส	การะเกตุ *	Phornnapus	Karakate *
ทริยาพรรณ	สุภามณี **	Treeyaphan	Supamane **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี ***	Bunpitcha	Chitpakdee ***

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การมีความสำคัญต่อประสิทธิผลและความสำเร็จขององค์กรพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การสนับสนุนขององค์การ ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรม การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในเขตภาคเหนือ จำนวน 306 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการสนับสนุนขององค์การตามการรับรู้ของพยาบาลของ Sanghon, Thungjaroenkul, & Nantsupawat (2017) 3) แบบสอบถามความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยของ Sirawongtham (2002) และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของ Podsakoff et al. (1990) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยคณะผู้วิจัย แบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง 4 ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .87, .96 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนขององค์การอยู่ในระดับปานกลาง ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คือ ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านความเปิดเผย และการรับรู้ การสนับสนุนขององค์การ โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 14.20 (R²=.142) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูล พื้นฐานให้ผู้บริหารทางการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนขององค์การ ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย และใช้เป็นแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ พยาบาล เจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

* พยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

* Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai university

** ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai university, treeyaphan.su@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 6 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 21 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่ตอบรับบทความ 10 มิถุนายน 2562

Abstract

Organizational citizenship behaviors are important to the effectiveness and the success of nursing organizations. The purposes of this research study were to identify perceived organizational support, trust in head nurses, organizational citizenship behaviors and the predicting factors of organizational citizenship behaviors among Generation Y nurses at government university hospitals. The sample included 306 Generation Y nurses at Northern regional government university hospitals. Research instruments included: 1) Demographic Data Questionnaires; 2) Perceived Organizational Support Questionnaires developed by Sanghon, Thungjaroenkul & Nantsupawat (2017); 3) Trust in Head Nurses Questionnaires developed by Sirawongtham (2002); and 4) Organizational Citizenship Behaviors Questionnaires developed by Podsakoff et al. (1990), translated into Thai by researchers. Reliabilities of part 2 to 4 Questionnaires were computed, the instruments' Cronbach's alpha coefficients were .87, .96 and .85 respectively. Data were analysed using stepwise multiple regression.

The results of the study revealed that: perceived organizational support was at a moderate level, trust in head nurses and organizational citizenship behaviors were at a high level. Factors that significantly predicted organizational citizenship behaviors were openness dimension of trust in head nurses and perceived organizational support at level .05. These predictors were accounted for 14.20 % of variance. ($R^2 = .142$) The results could provide basic information for nurse managers to be aware of the importance of organizational support, trust in head nurses and paves the way for promote organizational citizenship behaviors among Generation Y nurses at government university hospitals.

Keywords: *Factor Predicting, Organizational Citizenship Behaviours, Nurses, Generation Y, Government University Hospitals*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้หลายองค์การประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างบุคลากรที่มีความแตกต่างของช่วงอายุวัย องค์การพยาบาลประกอบด้วยบุคลากรพยาบาลสามรุ่นอายุทำงานร่วมกัน โดยพยาบาลรุ่นเบบี้บูมเมอร์ส (Baby Boomers) และรุ่นเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ (Generation X) อยู่ในระดับผู้บริหารและหัวหน้างาน ส่วนพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย (Generation Y) เป็นกลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาเข้ามาทำงานในองค์การพยาบาล มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเกินกว่าร้อยละ 50 ของแรงงานพยาบาล

ทั้งหมด ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนองค์การในอนาคต (Sherman et al., 2015) แต่หลายองค์การกลับประสบปัญหาการหมุนเวียนเข้าออกอย่างรวดเร็วของพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย รวมถึงความไม่เข้าใจในพฤติกรรมที่แตกต่างและยังไม่เป็นที่ยอมรับจากพยาบาลรุ่นก่อนหน้าในที่ทำงานเดียวกัน โดยเฉพาะในเรื่องของความอดทนที่น้อยกว่าคนรุ่นอื่น (Lavoie-Tremblay, Leclerc, Marchionni, & Drevniok, 2010)

พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายเป็นกลุ่มพยาบาลที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2523-2543 (Clark, 2017) เนื่องจากเกิดและเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่เหมือนกับคนรุ่นเจนเนอเรชั่นวายอื่น ๆ จึงมีค่านิยม ทักษะคติ พฤติกรรม

และรูปแบบการดำรงชีวิตคล้ายคลึงกับคนรุ่นเจนเนอเรชั่นวายโดยทั่วไป คือ มีความเป็นตัวของตัวเองสูง มีทักษะโดดเด่นทางเทคโนโลยี สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ทำงานได้หลากหลาย มักคิดนอกกรอบชอบงานท้าทาย และต้องการประสบความสำเร็จสูง แต่ในขณะเดียวกันกลับมีความอดทนอดกลั้นในระดับจำกัด จงรักภักดีกับองค์กรต่ำ จึงพบว่ามียัตราการลาออกและเปลี่ยนงานสูง สาเหตุมาจากพยาบาลกลุ่มนี้เกิดภาวะเครียดและเบื่อหน่ายต่องานมากกว่าพยาบาลกลุ่มวัยอื่น ต้องการงานที่มีความสมดุลในชีวิตส่วนตัว สภาพแวดล้อมการทำงานที่มั่นคงปลอดภัย และคำนึงถึงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน (Lavoie-Tramblay et al., 2010) ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลสำคัญในการลาออกของพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย คือ การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากองค์กร และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการจึงไม่ค่อยรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการจัดระบบและแนวทางในการปฏิบัติงาน ทำให้รู้สึกถึงความเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรน้อยลงและลาออกได้โดยง่าย (Yongprawat, Noimunwai, & Prapaipanit, 2016) ดังนั้นการทำให้พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายรับรู้ว่าคุณค่ามีความสำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร จึงจะคงอยู่ในองค์กรต่อไป และตอบแทนด้วยการทุ่มเทปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือเรียกได้ว่ามีพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรนั่นเอง

พฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร (organizational citizenship behaviors) เป็นการแสดงออกส่วนบุคคลที่นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ที่องค์กรกำหนดไว้ โดยเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นเองของสมาชิกด้วยความสมัครใจ ไม่ขึ้นกับระบบรางวัลอย่างเป็นทางการจากองค์กร และเป็นพฤติกรรมที่สนับสนุนประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการดำเนินงานขององค์กร จำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความช่วยเหลือ (altruism) 2) ความสำนึกในหน้าที่ (conscientiousness) 3) ความอดทนอดกลั้น (sportsmanship) 4) การคำนึงถึงผู้อื่น (courtesy) และ 5) การให้ความร่วมมือ (civic virtue) (Organ, 1988 as cited

in Organ, & Podsakoff, 2016) ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์การ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพการพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม และเป็นพันธมิตรหลักในการสร้างงานบริการที่มีคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานขององค์การ โดยนอกจากจะต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนอย่างมีประสิทธิภาพแล้วยังควรยินดีและพร้อมปฏิบัติงานในส่วนอื่นที่นอกเหนือจากหน้าที่ของตน โดยมุ่งหวังให้องค์การมีผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพยิ่งขึ้นไป พฤติกรรมดังกล่าวนี้ทำให้บุคลากรมีจริยธรรมและสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในการทำงาน ก่อให้เกิดความสามัคคีและสร้างวัฒนธรรมที่ดีเกิดขึ้นในองค์กร ทำให้เกิดความร่วมมือกันในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน สามารถสร้างเสริมประสิทธิภาพในการทำงานอันมีผลต่อการเกิดการพัฒนางานองค์กรในระยะยาว ส่งผลให้องค์การสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Podsakoff, MacKenzie, Paine, & Bachrach, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลพบว่ามีการศึกษาในพยาบาลกลุ่มอายุโดยรวมทั้งโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โดยผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Sirawongtham, 2002; Iamsa-ard & Prachusilpa, 2010; Intaratate, Intaraprasong, Pattara-Archachi, & Jirathummakoon, 2013) แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การตามองค์ประกอบรายชื่อและรายด้านพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (Laipanittawon, 2007) และพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การด้านการให้ความช่วยเหลือในพนักงานมหาวิทยาลัยสายสนับสนุน (ส่วนงาน) คณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีพยาบาลรวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พนักงานช่วงอายุ 20-30 ปี มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมน้อยที่สุด (Techanant, 2013) ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย

การที่พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายจะเกิดพฤติกรรม
การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรได้นั้น ส่วนหนึ่งเกิดจาก
การรับรู้การสนับสนุนขององค์กร (perceived orga-
nizational support) ซึ่งเป็นความเชื่อโดยทั่วไปของ
บุคคลเกี่ยวกับองค์กรว่าได้ให้คุณค่าต่อผู้ปฏิบัติงาน
โดยพิจารณาจากการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และ
การดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ปฏิบัติ
งาน อันเป็นสิ่งที่ควรได้รับจากความพยายาม การอุทิศ
ตนและเวลาให้แก่องค์กร ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรมี
ทัศนคติเชิงบวกต่อองค์กร และเพิ่มความผูกพันต่อ
องค์กรมากขึ้น ส่งผลต่อการทุ่มเทปฏิบัติงานให้องค์กร
และสามารถเพิ่มผลการปฏิบัติงานทั้งงานตามบทบาท
หน้าที่ และงานนอกบทบาทหน้าที่ (Eisenberger,
Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986) นอกจากนี้
พยาบาลจะรับรู้ถึงการสนับสนุนที่องค์กรมีให้โดยผ่าน
หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีความใกล้ชิด
กับพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย มากที่สุด ความไว้วางใจ
ในหัวหน้าหอผู้ป่วย (Trust in head nurse) เป็นความ
คาดหวังทางบวกที่มีต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยของตนว่าเป็น
ผู้ที่มีความสามารถ น่าเชื่อถือ และมีการกระทำที่สมควร
ไม่ฉกฉวยผลประโยชน์และเอารัดเอาเปรียบตน ทั้งการ
แสดงออกทางวาจาและการกระทำ หากหัวหน้าหอผู้ป่วย
มีลักษณะเป็นผู้ที่มีความน่าไว้วางใจตามองค์ประกอบ
ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความซื่อตรง (integrity) ความสามารถ
(competence) ความมั่นคงสม่ำเสมอ (consistency)
ความจงรักภักดี (loyalty) และความเปิดเผย (open-
ness) จะส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ ยินดีอุทิศเวลา
แรงงานด้วยความเต็มใจและสมัครใจ (Robbins, 2001)
เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและหน่วยงานบรรลุเป้าหมาย
ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนขององค์กร
และความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถร่วมกัน
ทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร
ในพยาบาลได้ (Sirawongtham, 2002)

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นสิ่งที่องค์กรควรคำนึง
ถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายที่
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่มีพันธกิจ

ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศควบคู่ไปกับ
การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ การส่งเสริม
ทรัพยากรมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยสร้าง
คุณภาพของโรงพยาบาลและบุคลากรให้เจริญเติบโตไป
สู่ความเป็นเลิศระดับสากล ดังนั้นผู้บริหารทาง
การพยาบาลจึงจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยสำคัญที่สามารถ
จูงใจให้พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายมีพฤติกรรมการเป็น
สมาชิกที่ดีขององค์กร เพื่อสามารถนำปัจจัยเหล่านั้น
มาส่งเสริมให้พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายมีพฤติกรรม
การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรให้ถูกต้องตามคุณลักษณะ
และความคาดหวัง จะทำให้พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย
มีความรักและผูกพัน รู้สึกเหมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของ
องค์กร และทุ่มเทปฏิบัติงานให้กับองค์กร เพื่อมุ่ง
พัฒนาองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้องค์กรมีความ
เข้มแข็ง และมีศักยภาพ พร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลง
ได้อย่างสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การสนับสนุนขององค์กร
ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย และพฤติกรรมการ
เป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรในพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเป็น
สมาชิกที่ดีขององค์กรในพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรม
การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของ Organ (1988) อ้าง
ใน Organ et al. (2006) ซึ่งจำแนกองค์ประกอบออก
เป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ความช่วยเหลือ 2) ความ
สำนึกในหน้าที่ 3) ความอดทนอดกลั้น 4) การคำนึงถึง
ผู้อื่น และ 5) การให้ความร่วมมือ การที่จะทำให้พยาบาล
มีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรได้นั้น เกิด
ขึ้นจากการที่พยาบาลได้รับรู้ถึงการสนับสนุนของ
องค์กรตามกรอบแนวคิดของ Eisenberger et al.

(1986) โดยพิจารณาจากการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีจาก องค์การ ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลรู้สึกว่าคุณค่า และมีความสำคัญต่อองค์การ และจะตอบแทนด้วยการ พยายามในการทำงานเพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยจะช่วยให้ พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับหัวหน้าหอผู้ป่วย หาก พยาบาลรับรู้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความน่าไว้วางใจตามองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านของ Robbins (2001) ได้แก่ 1) ความซื่อตรง 2) ความสามารถ 3) ความมั่นคง สม่าเสมอ 4) ความจงรักภักดี และ 5) ความเปิดเผย จะ ส่งผลให้พยาบาลเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกับ หัวหน้าหอผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ซึ่งหมายถึงการมี พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาล รุ่นเจนเนอร์ชันวายที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐในเขตภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นเรศวร จำนวน 817 คน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2543 และมี ประสบการณ์การทำงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยคนปัจจุบัน อย่างน้อย 1 ปี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของ Yamane (1973) อ่างใน Srisatidnarakul (2007) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 และทำการเพิ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง 323 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยคำนวณสัดส่วน กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลและงานการ พยาบาล จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัดส่วนของ พยาบาลแต่ละงานการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วน

บุคคล 2) แบบสอบถามการสนับสนุนขององค์กรตาม การรับรู้ของพยาบาลของ Sanghon, Thungjaroenkul, & Nantsupawat (2017) ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Survey of Perceived Organizational Support: SPOS ฉบับ 17 ข้อคำถามของ Eisenberger et al. (1986) มีมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 7 ระดับ ระดับคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ 3) แบบสอบถามความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยของ Sirawongtham (2002) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Robbins (2001) มีข้อคำถาม 17 ข้อ มีมาตราวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ระดับคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ สูงมาก สูง ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก และ 4) แบบสอบถาม พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ซึ่งคณะผู้วิจัย แปลจากแบบวัด Organizational Citizenship Behaviour scale ของ Podsakoff et al. (1990) ซึ่งสร้าง จากแนวคิดของออร์แกนโดยวิธีการแปลงย้อนกลับ มีข้อ คำถาม 24 ข้อ มีมาตราวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ ระดับ คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการเป็น สมาชิกที่ดีขององค์การมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีการแปลงย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา และนำแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน ไปทดลองใช้กับพยาบาล รุ่นเจนเนอร์ชันวายในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 20 คน และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาความ เทียงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการ สนับสนุนขององค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลเท่ากับ .87 แบบสอบถามความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย เท่ากับ .96 และแบบสอบถามพฤติกรรมการเป็นสมาชิก ที่ดีขององค์การเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ คณะพยาบาลศาสตร์ และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รวมทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

นเรศวร ผู้วิจัยได้จัดส่งเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแนบไปกับแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธ การให้ข้อมูล รวมถึงสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้วิจัยแยกแบบสอบถามแต่ละฉบับใส่ซองแจกเป็นรายบุคคล และให้ผู้ตอบแบบสอบถามแยกเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกับแบบสอบถามออกจากกันในขณะที่ส่งคืน โดยผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนเป็นความลับและอยู่ในที่ปลอดภัย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยและสรุปผลการวิจัยแล้วจะทำลายแบบสอบถามทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้ประสานงานวิจัยของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง โดยเดินทางไปพบผู้ประสานงานวิจัยด้วยตนเองเพื่อแนะนำตัวพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการสุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลรุ่นเจนเอเรชั่นวัยตามสัดส่วนของแต่ละงานการพยาบาล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลากับผู้ประสานงานวิจัยและเดินทางไปอธิบายรายละเอียดและมอบแบบสอบถามด้วยตนเองกับผู้ประสานงานวิจัย เพื่อให้ผู้ประสานงานวิจัยแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้ประสานงานวิจัยและหัวหน้างานของแต่ละงานการพยาบาลเพื่อขอรวบรวมข้อมูล และมอบแบบสอบถามให้แก่หัวหน้างานแต่ละงานการพยาบาลด้วยตนเอง เพื่อให้หัวหน้างานแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามคืนผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ และไปรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเองตามวันเวลาที่นัดหมายกับผู้ประสานงานวิจัย โดยได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 312 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.59 ได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 306 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้การสนับสนุนขององค์กร ความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วย และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์เพื่อสร้างสมการพยากรณ์โดยใช้สถิติ stepwise multiple regression กำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Kollmogorov-Smirnov one sample test พบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.80 มีอายุ 25-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.50 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 96.70 มีสถานภาพโสดร้อยละ 72.90 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,000-29,999 บาท ร้อยละ 63.10 มีสถานภาพการจ้างงานเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ คิดเป็นร้อยละ 57.52 และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.20
2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนขององค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง โดยด้านความเปิดเผยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด และด้านความจงรักภักดีมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านการให้ความช่วยเหลือ ด้านความสำนึกในหน้าที่ ด้านการคำนึงถึงผู้อื่น และด้านการให้ความร่วมมือ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านความอดทนอดกลั้นอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้การสนับสนุนขององค์การ ความไว้วางใจในหัวหน้า
หรือผู้ป่วย และพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลรุ่นเจนเนอร์ชั้นนาย จำแนกโดยรวม
และรายด้าน (n=306)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้การสนับสนุนขององค์การ	3.50	.755	ปานกลาง
ความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วย	3.98	.701	สูง
ด้านความซื่อตรง	4.10	.671	สูง
ด้านความสามารถ	3.95	.820	สูง
ด้านความมั่นคงสม่ำเสมอ	3.93	.780	สูง
ด้านความจงรักภักดี	3.92	.855	สูง
ด้านความเปิดเผย	4.14	.748	สูง
พฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ	5.57	.590	สูง
การให้ความช่วยเหลือ	5.87	.620	สูง
ความสำนึกในหน้าที่	5.62	.781	สูง
ความอดทนอดกลั้น	4.76	1.234	ปานกลาง
การคำนึงถึงผู้อื่น	5.99	.777	สูง
การให้ความร่วมมือ	5.33	.902	สูง

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ คือ การรับรู้การสนับสนุนขององค์การ และความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วยด้านความเปิดเผย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การได้ร้อยละ 14.20 ตัวพยากรณ์ที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วยด้านความ

เปิดเผย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .189 และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .240 รองลงมาคือ การรับรู้การสนับสนุนขององค์การ มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .166 และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .212 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลรุ่นเจนเนอร์ชั้นนาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ (n=306)

ตัวแปร	b	Std. Error	Beta	t	p-value
การรับรู้การสนับสนุนขององค์การ	.166	.045	.212	3.670	.000
ความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วย ด้านความเปิดเผย	.189	.046	.240	4.154	.000

ค่าคงที่ = 4.210; SEest = ± .548

R = .376; R² = .142; F = 25.020; p-value = .05

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การรับรู้การสนับสนุนขององค์กร ความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วย และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรในพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

การรับรู้การสนับสนุนขององค์กร กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนขององค์กรอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeenkool (2004) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีการรับรู้การสนับสนุนขององค์กรอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาของ Sanghon, Thungjaroenkul, & Nantsupawat (2017) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์มีการรับรู้การสนับสนุนขององค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ จึงส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการเรียนรู้และฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและกิจกรรมโครงการพัฒนาคุณภาพต่างๆ ของโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายรู้สึกว่ามีส่วนร่วมรับรู้ข่าวสาร แนวทางการดำเนินงานขององค์กร จึงเกิดความพึงพอใจในงาน และภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการความสำเร็จขององค์กร อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐเป็นองค์กรขนาดใหญ่ มีบุคลากรจำนวนมาก การติดต่อสื่อสารเป็นลำดับขั้นหลายขั้นตอน มีนโยบายและวิธีการทำงานที่เป็นทางการสูง ทำให้ตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการน้อยลง (Rhoades & Eisenberger, 2002) เมื่อบุคลากรต้องการหรือร้องขอสิ่งที่ต้องการจากโรงพยาบาล มักสื่อสารไปถึงผู้บริหารระดับสูงได้น้อย ส่งผลให้การรับรู้การสนับสนุนขององค์กรลดลง นอกจากนี้ลักษณะงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจนถึงขั้นวิกฤต เป็นศูนย์การส่งต่อของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือ เป็นผล

ให้พยาบาลมีภาระงานหนักต้องดำเนินงานพัฒนาคุณภาพให้เป็นเลิศตามเป้าหมายของโรงพยาบาลควบคู่ไปกับงานบริการ ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคน ก่อให้เกิดความเครียดและความกดดัน ไม่พึงพอใจในการทำงาน (Khunthar, 2014) โดยเฉพาะพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายที่ให้ความสำคัญกับงานที่มีความสมดุลในชีวิตส่วนตัว ต้องการความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Lavoie-Tremblay et al., 2010) ทำให้พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายคาดหวังต่อการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากโรงพยาบาลมากขึ้น

อายุงานมีผลต่อการรับรู้การสนับสนุนขององค์กร ในงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-3 ปี ร้อยละ 39.20 และส่วนใหญ่เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ ร้อยละ 57.52 รองลงมาเป็นกลุ่มพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว และกลุ่มพนักงานส่วนงาน/เงินรายได้ คิดเป็นร้อยละ 42.48 ซึ่งเข้ามาปฏิบัติงานในองค์กรได้ไม่นาน พนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนานกว่ามีตำแหน่งที่สูงขึ้น และมีอัตราเงินเดือนที่มากกว่าทำให้การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรในระดับที่ดีกว่า (Eisenberger et al., 1986) นอกจากนี้บุคลิกลักษณะของพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายยังมีความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรมากกว่าพยาบาลกลุ่มวัยอื่น (Lavoie-Tremblay et al., 2010; Shacklock & Brunetto, 2012) แต่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐยังมีลักษณะการบริหารงานเป็นแบบระบบราชการ ซึ่งมีหลักเกณฑ์และระเบียบสำหรับการครองตำแหน่งเป็นไปตามขั้นตอนและระยะเวลาในการครองตำแหน่ง จึงไม่สามารถก้าวหน้าในอาชีพได้อย่างก้าวกระโดด จึงส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ อยู่ในระดับปานกลาง

ความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Iamsa-ard & Prachusilpa (2010) ที่พบว่า ความไว้วางใจในหัวหน้าหรือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มพนักงานมหาวิทยาลัยของรัฐอยู่ในระดับสูง เนื่องจากหัวหน้าหรือผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้น

ที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการให้การดูแลผู้ป่วย บริหารงาน และประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตลอดจนการสานต่องานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจากประสิทธิผลที่ผ่านมา หัวหน้าหอผู้ป่วยได้แสดงให้เห็นถึงสมรรถนะ ความสามารถและสร้างงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยประจักษ์ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ และนำองค์การไปสู่เป้าหมายได้ ทำให้ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมของพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านความเปิดเผยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านสูงสุด อาจเนื่องมาจากคุณลักษณะของพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายที่มีความคาดหวังในตัวผู้บังคับบัญชาสูง ต้องการหัวหน้าที่เปรียบเสมือนพี่เลี้ยง และผู้สอนงาน ให้คำชี้แนะ เปิดโอกาสให้ได้แสดงศักยภาพ รับฟังความคิดเห็นและร่วมกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในขณะเดียวกันต้องเป็นที่ปรึกษา สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและชีวิตส่วนตัว (Nelsey & Brownie, 2012) ส่วนความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านความจงรักภักดีมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านต่ำสุด ในงานวิจัยนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมปฏิบัติงานของตนต่อหน้าผู้อื่น แสดงถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่ปกป้องและรักษาเกียรติของผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งคุณลักษณะของพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายจะไม่ชอบคำวิจารณ์หรือตำหนิ แต่คาดหวังว่าจะได้รับคำแนะนำจากหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการทำงานในเชิงสร้างสรรค์ ตรงไปตรงมา รวมทั้งเหตุผลของการกระทำ เพื่อนำไปปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงาน (Halfer & Graf, 2006)

พฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Intaratate,

Intaraprasong, Pattara-Archachi, & Jirathumma-koon, 2013 ที่พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัยของชีวิตประชาชน บุคคลที่เข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลจึงได้รับการปลูกฝังให้เสียสละและเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน ต้องรักษามาตรฐานของวิชาชีพตามระเบียบข้อบังคับของสภาการพยาบาล รวมทั้งพึงปฏิบัติต่อผู้อื่น และผู้ร่วมวิชาชีพโดยการให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน รวมทั้งได้รับการปลูกฝังจากกระบวนการเรียนการสอนตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งหล่อหลอมให้เกิดทัศนคติและค่านิยมที่ดีงามต่อวิชาชีพการพยาบาล

นอกจากนี้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดถือปฏิบัติต่อเนื่องกันมาซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวบุคลากรกับองค์การ โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่มีค่านิยมคือ COIT เน้นการทำงานเป็นทีม สร้างสรรค์สามัคคี และเป็นองค์กรคุณธรรม ยึดมั่นในความถูกต้อง ชอบธรรม และจริยธรรม บุคลากรต้องดำรงตนให้เป็นตัวอย่าง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรซึ่งมีค่านิยม คือ MED NU ให้ความสำคัญกับความสามัคคี ทำงานเป็นทีม มีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Unity) บุคลากรมีคุณธรรม จริยธรรม เสียสละและอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้รับการถ่ายทอดและยึดเป็นแนวทางปฏิบัติจนเป็นวัฒนธรรมในการทำงานที่ดี ทำให้บุคลากรในองค์การสามัคคี ช่วยเหลือเกื้อกูลกันส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ รวมทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐเน้นการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ได้การรับรองตามกรอบมาตรฐานของสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้หน่วยงานสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายของหน่วยงาน ทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นเจ้าขององค์การ อยากรู้ให้องค์การประสบความสำเร็จ จึงเต็มใจทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจในการปฏิบัติ

งานให้องค์การบรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับผลการ
ศึกษาของ Nesa, Kunawikitkul, & Wichaihum
(2018) ที่พบว่า การส่งเสริมให้พยาบาลในโรงพยาบาล
วิทยาลัยการแพทย์ธากา สาธารณรัฐประชาชนบังคลา
เทศมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเป้าหมายและการ
ดำเนินงานขององค์การ ส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรม
การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การสูงขึ้น เมื่อพิจารณา
พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การรายด้านพบว่า
การให้ความช่วยเหลือ การคำนึงถึงผู้อื่น ความสำนึกใน
หน้าที่ และการให้ความร่วมมือ อยู่ในระดับสูง ส่วนความ
อดทนอดกลั้นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบาย
ได้จากคุณลักษณะของคนเจนเนอเรชั่นวายที่มีข้อจำกัดใน
เรื่องความอดทนต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ
(Lavoie-Tremblay et al., 2010) ที่พบว่า พยาบาลรุ่น
เจนเนอเรชั่นวายเกิดภาวะเครียด ไม่พึงพอใจในงาน และ
เหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลกลุ่มวัยอื่น อันเป็นผลมา
จากการเลี้ยงดูและอิทธิพลของของสื่อและเทคโนโลยี
จึงส่งผลให้พยาบาลกลุ่มนี้มีความอดทนอดกลั้นในระดับ
ที่จำกัด

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของ
องค์การในพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยของรัฐ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้การสนับสนุนของ
องค์การ และความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยด้าน
ความเปิดเผยสามารถทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิก
ที่ดีขององค์การได้ โดยความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย
ด้านความเปิดเผยเป็นตัวแปรที่สามารถทำนาย
พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลรุ่น
เจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐได้สูงสุด
มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน
สูงสุด (Beta) เป็น .240 แสดงว่าถ้าหากพยาบาลรุ่นเจ
เนอเรชั่นวายมีความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยด้าน
ความเปิดเผยสูง จะส่งผลให้พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่น
วายมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การสูง เนื่อง
มาจากความไว้วางใจระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและ
พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายเกิดจากการแลกเปลี่ยน

ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งตั้งอยู่บน
พื้นฐานของความเชื่อใจ (Robbin, 2001) หากหัวหน้า
หอผู้ป่วยรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา เปิด
โอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ทำให้พยาบาล
รุ่นเจนเนอเรชั่นวายสามารถมอบความไว้วางใจ และกล้า
บอกปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานให้หัวหน้าหอผู้ป่วย
รับทราบ และเมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยเต็มใจแลกเปลี่ยน
ข้อมูลที่เป็นจริง รวมทั้งบอกขั้นตอนการดำเนินงาน
ต่าง ๆ ขององค์การอย่างเต็มที่ ส่งผลให้พยาบาลรุ่นเจเน
อเรชั่นวายแสดงพฤติกรรมนอกเหนือจากบทบาทที่
กำหนดไว้ และเต็มใจร่วมมือในการทำงานกับหัวหน้าหอ
ผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sirawongtham
(2002) ที่พบว่าความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย
สามารถทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของ
องค์การได้ร้อยละ 20.40

การรับรู้การสนับสนุนขององค์การมีค่าสัมประสิทธิ์
การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานรองลงมา (Beta) เป็น
.212 แสดงว่าถ้าหากพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวายมีการรับรู้
การสนับสนุนขององค์การสูง จะส่งผลให้พยาบาลรุ่นเจ
เนอเรชั่นวายมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ
สูงขึ้น อธิบายได้ว่า การที่องค์การแสดงให้พยาบาลรุ่น
เจนเนอเรชั่นวายเห็นและรับรู้ถึงความห่วงใย ดูแลเอาใจ
ใส่ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ปฏิบัติงานโดยผ่านการบริหาร
หรือนโยบายต่าง ๆ จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก
ของพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชั่นวาย และมีผลต่อความเชื่อ
และทัศนคติที่มีต่อองค์กรและผู้บริหาร เมื่อพยาบาล
กลุ่มนี้รับรู้การสนับสนุนขององค์การในระดับสูง จะส่ง
ผลให้เกิดความจงรักภักดีต่อองค์กรและรู้สึกว่าจะต้อง
ตอบแทนองค์การด้วยการทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่ทั้ง
งานในหน้าที่ และงานที่นอกเหนือจากหน้าที่ที่องค์การ
กำหนด เพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (Fatma
& Elewa, 2016) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ
Sirawongtham (2002) ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุน
ขององค์การสามารถทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่
ดีขององค์การในพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ร้อยละ 18.40 และ

สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 16.30

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรดำเนินการส่งเสริมให้พยาบาลรุ่นเจนเนอเรชันวายรับรู้ถึงว่าโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและดูแลเอาใจใส่ โดยการกำหนดนโยบาย การสร้างขวัญกำลังใจ การจัดสรรผลรางวัลที่เท่าเทียมกัน จัดสวัสดิการและการรักษาพยาบาล กำหนดความก้าวหน้าในอาชีพ สนับสนุนให้ได้รับการฝึกอบรมและศึกษาต่อ และจัดช่องทางการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ถึงผู้บริหารระดับสูงที่ง่ายและรวดเร็วขึ้น
2. ผู้บริหารการพยาบาลควรศึกษาและทำความเข้าใจคุณลักษณะของคนเจนเนอเรชันวาย เปิดใจยอมรับ

ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับแนวทางการบริหารงานให้สอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชันวาย เช่น การมอบหมายงาน การจัดสถานที่ในหอผู้ป่วย ให้มีบรรยากาศแบบกันเอง มีความยืดหยุ่น เป็นต้น

3. ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดโครงการพัฒนาคุณลักษณะหัวหน้าหอผู้ป่วยในด้านความไว้วางใจแบบเปิดเผย เพื่อให้ได้รับความร่วมมือจากพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชันวายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชันวายในกรอบแนวคิดอื่น เช่น Moorman & Blakely (1995) หรือ Podsakoff et al. (2000) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Clark, K. R. (2017). Managing Multiple Generations in the Workplace. *Radiologic technology*, 88(4), 379-396.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.
- Fatma, A., & Elewa, H. A. (2016). The Relationship between Organizational Support, Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior as Perceived by Staff Nurses at Different Hospitals. *Journal of Nursing and Health Science*, 5(4), 112-123.
- Halfer D., & Graf, E. (2006). Graduate nurse perceptions of the work experience. *Nursing Economic*, 24(3), 150-155.
- Iamsa-ard, P.& Prachusilpa, G. (2010). Relationships between Trust in Head Nurses, Organizational Citizenships Behavior and Organizational Commitment of Nursing Employee, Government University Hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 11(2), 34-41. (In Thai)
- Intaratate, N., Intaraprasong B., Pattara-Archachi, J., & Jirathummakoon, S. (2013). Organizational Citizenship Behavior of Professional Nurses in one Tertiary Hospital. *The Public Health Journal of Burapha University*, 44(3),237-249. (In Thai)
- Jeenkool, P. (2004). *Relationships between Personal Factors, Achievement Motivation, Organizational Support, and Career Success of Professional Nurses, Government University Hospitals* (Unpublished master thesis), Chulalongkorn University, Thailand.

- Khunthar, A. (2014). The impacts and Solutions to Nursing Workforce Shortage in Thailand. *Journal of Nursing Science, 32*(1), 81-90. (In Thai)
- Laipanittawon, P. (2007). *Relationships among perceived organizational justice, locus of control and organizational citizenship behavior of professional nurses in Community Hospitals in Lampang Province* (Unpublished master thesis), Chiangmai University, Thailand.
- Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2010). The needs and expectations of generation Y nurses in the workplace. *Journal for Nurses in Professional Development, 26*(1), 2-8.
- Moorman, R. H., & Blakely, G. L. (1995). Individualism-collectivism as an individual difference predictor of organizational citizenship behavior. *Journal of Organizational Behavior, 16*(2), 127-142.
- Nelsey, L., & Brownie, S. (2012). Effective leadership, teamwork and mentoring-essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses, *Collegian (Royal College of Nursing, Australia), 19*(4), 197-202.
- Nesa, M., Kunawikitkul, W., & Wichaikhum, O. (2018). Participation in Decision Making and Organizational Citizenship Behavior among Nurses in Medical College Hospitals, Dhaka, The People's Republic of Bangladesh. *Nursing Journal, 45*(4), 192-202.
- Organ, D., & Podsakoff, P. M. (2006). *Organizational citizenship behavior: Its nature, antecedents, and consequences*. United States of America: Sage Publication.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H., & Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *Leadership quarterly, 1*(2), 107-142.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B., & Bachrach, D. G. (2000). Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of Management, 26*(3), 513-563.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of Applied Psychology, 87*(4), 698-714.
- Robbins, S. P. (2001). *Organizational Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Shacklock, K., & Brunetto, Y. (2012). The intention to continue nursing: work variables affecting three nurse generations in Australia. *Journal of Advanced Nursing, 68*(1), 36-46.
- Sherman, R. O., Saifman, H., Schwartz, R. C., & Schwartz, C. L. (2015). Factors that lead Generation Y nurses to consider or reject nurse leader roles. *Nursing Plus Open, 1*, 5-10.
- Sanghon, K., Thungjaroenkul, P., & Nantsuupawat, A. (2017). Perceived organizational support and proactive work behavior among registered nurses. *Nursing Journal, 44*(4), 134-144. (In Thai)

- Sirawongtham, S. (2002). *Relationships between Trust in Head Nurses, Organizational Commitment, Organizational Support and Organizational Citizenships Behavior of Staff Nurses, General Hospitals* (Unpublished master thesis), Chulalongkorn University, Thailand.
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in Nursing Research*. Bangkok: Uandl intermedia company. (In Thai)
- Techanant, P. (2013). *A study of relationship between workplace motivation and Organizational Citizenships Behavior of University support staff: A case study of medicine in Bangkok* (Unpublished master thesis), Silpakorn University, Thailand.
- Yongprawat, T., Noimunwai, P., & Prapaipanit, W. (2016). The Relationships between Generations, Magnetic Work Environment, and Working Happiness as perceived by Professional Nurses. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(1), 148-155. (In Thai)

การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ Quality Improvement of Nursing Handover, Emergency Room, Uttaradit Hospital

พรชนิดา	แก้วเปี้ย *	Pornchanida	Kaewpea *
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **
อรอนงค์	วิชัยคำ **	Orn-Anong	Wichaikhum **

บทคัดย่อ

การรับส่งเวรทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อความต่อเนื่อง คุณภาพ และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรดิตถ์โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ร่วมกับการสื่อสารแบบเอสบาร์ (SBAR) ประชากรในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม แบบสังเกตการปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล แบบบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวร แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาล และแนวคำถามปัญหาอุปสรรคการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้เก็บข้อมูล 2 คน โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน ทดสอบกิจกรรมเดียวกัน และในเวลาเดียวกัน โดยวิเคราะห์หาความตรงกันของการสังเกตการรับส่งเวรรวม ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และการรับส่งเวรผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้ค่าเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรได้อย่างถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 90.00 ไม่เกิดอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 45.45 และ 36.36 ตามลำดับ ปัญหาอุปสรรคในการรับส่งเวรทางการพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพส่งเวรไม่ครบถ้วนเนื่องจากต้องไปให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ผลการศึกษานี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปพัฒนาการรายงานแพทย์และการส่งเวรกับหน่วยงานอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การรับส่งเวรทางการพยาบาล การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

* Registered nurse, Uttaradit Hospital

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 15 กันยายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 14 ธันวาคม 2560

Abstract

Nursing handover is important for continuity quality and safety of patient care. The purpose of this study was to improve the quality of nursing handovers in emergency room, Uttaradit Hospital by using the FOCUS-PDCA continuous quality improvement process and SBAR method. The study population was 27 registered nurses. The research instruments were interview guidelines, the nursing handover observation checklist, the nursing handover incident recording form, the nursing handover satisfaction questionnaires, and the interview guidelines for obstacles of nursing handover. All instruments were validated for content by three experts and the inter-rater reliability of two data collectors using the same instruments, the same activity by the consistency of the observation of group handover in every activity was 0.89 and nursing Handover in Emergency Room in every activity was 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The result showed that after the quality improvement of nursing handover, more than 90.00% of registered nurses can completely and correctly perform with the nursing handover protocol. There were no incidents regarding the nursing handover 45.45% and 36.36% of registered nurses satisfied with nursing handover at high to extremely high levels. The barrier of nursing handover was registered nurse cannot completely perform handover due to taking care of critical ill patients. Nursing administrators can apply this method to improve communication between nurses and doctors as well as nursing handover with other units.

Keywords: *Nursing Handover, Continued Quality Improvement, Uttaradit Hospital*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรับส่งเวรทางการพยาบาล (nursing hand-over) เป็นการสื่อสารทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และทีมพยาบาลที่มารวมกันระหว่างช่วงผลัดเวร เพื่อถ่ายทอดปัญหา อาการ และความต้องการของผู้ป่วย จากเวรปัจจุบันสู่เวรถัดไปหรือก่อนการย้ายผู้ป่วย (Evans, Pereira, & Parker, 2008; Hill & Nyce, 2010) การรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นการสื่อสารที่ทำให้พยาบาลเวรถัดไปสามารถนำข้อมูลไปแก้ปัญหตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้รับเวรสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Chaboyer, Johnson, & Wallis, 2009; Manser & Foster, 2011; O'Connell, Macdonald, & Kelly, 2008) การรับส่ง

เวรมีความสำคัญเนื่องจากทำให้ผู้รับเวรสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน อีกทั้งเป็นการพัฒนาคูณภาพการบริการพยาบาลให้เจริญก้าวหน้าสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในระดับสากล (Boonyanurak, 1994) การรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ดีและมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้รับเวรสามารถวางแผนในการดูแลการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถติดตามและตรวจสอบงานการพยาบาลที่ได้ดำเนินการให้กับผู้ป่วยไปแล้วในช่วงเวลานั้น ๆ รวมทั้งมอบหมายงานให้เวรต่อไปได้อย่างเหมาะสม มีความถูกต้องและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Manser & Foster, 2011) ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานด่านหน้าที่สำคัญของโรงพยาบาล ในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีอาการเฉียบพลันและอยู่ในภาวะฉุกเฉิน

ซึ่งต้องการความช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง (Bureau of Nursing, 2007) ในการรับส่งเวรในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีความสำคัญอย่างมากต่อความปลอดภัยและความต่อเนื่องในการได้รับการดูแลของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาที่เกิดขึ้นจากทั้งผู้ส่งเวร ผู้รับเวร กระบวนการส่งเวร ข้อมูลในการส่งเวรและเอกสารในการรับส่งเวร เช่น การสื่อสารข้อมูลไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วน ได้แก่การขาดการสื่อสารข้อมูลด้านปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ข้อมูลการวางแผนการจำหน่าย รวมทั้งการนัดและติดตามผู้ป่วย ทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลรักษา และทำให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Ye, McD, Knott, Dent, & MacBean, 2007) และเมื่อเปรียบเทียบกับ การรับส่งเวรปกติในหอผู้ป่วยใน พบว่าการรับส่งเวรของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ปฏิบัติได้ค่อนข้างยากกว่าการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน เนื่องจากสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาที่ซับซ้อนกว่า มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน มีปัญหาทางคลินิกที่หลากหลาย ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ และต้องใช้เวลาอย่างรวดเร็วซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การรับส่งเวรที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนได้ (Fernando, Adshead, Dev, & Fernando, 2013)

ในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ผ่านมาได้มีการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้กันอย่างแพร่หลาย (Uthen, 2015; Singthongwan, 2015; Hansirimichai, 2015) ซึ่งวงจรคุณภาพวงจรวงจรไฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ของ Deming (1993) อ้างใน McLaughlin and Kaluzny (1999) เป็นวงจรที่มีผู้นิยมอย่างแพร่หลายนอกจากนี้ ในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรมักมีการใช้เครื่องมือการสื่อสารเอสบาร์ (SBAR: Situation, Background, Assessment, Recommendation) มาใช้ร่วมด้วย ซึ่งการสื่อสารด้วย SBAR มีการกำหนดกรอบในการรายงานข้อมูล สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ชัดเจน และครอบคลุม ทำให้เกิดการรับรู้ของสมาชิกในทีมงาน

ที่ดี (Randmaa, Martensson, Swenne, & Engström, 2016)

การปฏิบัติงานของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ มีการผลัดเปลี่ยนกันในการดูแลผู้ป่วยเป็น 3 ผลัดโดยใช้ระยะเวลา ผลัดละ 8 ชั่วโมง การรับส่งเวรทางการพยาบาลของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีการรับส่งเวรเป็น 2 ส่วน คือ การส่งเวรรวม หมายถึง การรับส่งเวรเกี่ยวกับนโยบาย และข้อมูลการบริหารทางการพยาบาล โดยให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วม ดำเนินการวันละ 1 ครั้งคือการส่งเวรจากเวรตึกส่งให้เวรเช้า ในเวลาราชการ และการส่งเวรผู้ป่วยที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน เป็นการส่งเวรเฉพาะทีมการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในห้องฉุกเฉินระหว่างต่อเวร ซึ่งการรับส่งเวรที่ผ่านมาห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินไม่มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน บางครั้งจึงไม่มีการรับส่งเวรผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาหรือบางครั้งมีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติมาทำให้ต้องหยุดส่งเวรเพื่อไปช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะรับเวรมีเสียงดังรบกวน ซึ่งจากการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล พบว่ามีอุบัติการณ์ที่เกิดจากการส่งเวรเกี่ยวกับ การส่งผู้ป่วยตรวจคลินิกเฉพาะโรคล่าช้า ให้ยาผิดเวลาไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ลืมเจาะเลือดส่งตรวจและขาดการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรับการรักษา (Accident and emergency work at Uttaradit Hospital, 2017)

จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ร่วมกับการสื่อสารแบบ SBAR ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์คือพยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และการบริการที่ดีมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรดิถีโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ร่วมกับการสื่อสารแบบ SBAR

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรดิถีเป็นอย่างไร
2. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะภายหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรดิถี มีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรดิถีโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า FOCUS-PDCA ร่วมกับการใช้เครื่องมือการสื่อสาร SBAR สำหรับ FOCUS-PDCA ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) การสร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) การทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) การทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) การเลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) การวางแผนในการปรับปรุง 7) การนำไปปฏิบัติ 8) การตรวจสอบการปฏิบัติ 9) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สำหรับการสื่อสาร SBAR ประกอบด้วย 1) การรายงานสถานการณ์ของปัญหา 2) ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยและการรักษา 3) ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย และ 4) การเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหา จากแนวคิดดังกล่าวส่งผลให้เกิดคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นจากทีมบุคลากรพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรลดลง และบุคลากรมีความพึงพอใจในการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรดิถี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรดิถี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรดิถีจำนวน 27 คน ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรดิถีมากกว่า 10 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานด้านคุณภาพไม่น้อยกว่า 3 ปีจำนวน 2 คน และผู้ศึกษา 1 คนทำหน้าที่เป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลและประเมินคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล 2) ทีมผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรดิถีที่ไม่ใช่ทีมพัฒนาคุณภาพจำนวน 24 คน ทำหน้าที่เป็นผู้รับและส่งเวรตามแนวทางการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม 3) แบบสังเกตการปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล 4) แบบบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวร 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาล และ 6) แนวคำถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพ และด้านการบริหารทางการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาเพื่อความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของคำถาม และความ

เหมาะสมของการจัดลำดับคำถาม มีการปรับแก้เครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ ส่วนแบบสังเกตการปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล ทำการทดสอบความเที่ยงของการสังเกต (Interrater agreement) โดยทีมพัฒนาคุณภาพทั้ง 2 คน ได้ค่าความตรงกันของการสังเกตการรับส่งเวรรวมได้ค่าเท่ากับ 0.89 และการรับส่งเวรผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้ค่าเท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 077/2017 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลอุตรดิตถ์เลขที่ อต.23/2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการพัฒนาโดยทำตามขั้นตอน FOCUS-PDCA ดังนี้

1. ผู้ศึกษาค้นหาปัญหาของการรับส่งเวรที่ต้องการปรับปรุงจากการทบทวนอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหน่วยงาน พบอุบัติการณ์การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับผู้ป่วย จากสาเหตุที่ป้องกันได้ ได้แก่ อุบัติการณ์ การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ผิดราย เก็บสิ่งส่งตรวจ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าช้า ส่งเอ็กซ์เรย์ล่าช้า หลอดเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหาย และการให้ยาล่าช้า

2. สร้างทีมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยผู้ศึกษาจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการทำงานด้านคุณภาพไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีประสบการณ์การปฏิบัติการรับส่งเวรไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน และผู้ศึกษา 1 คน

3. ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยผู้ศึกษาประชุมทีมพัฒนาคุณภาพและทีมปฏิบัติการรับส่งเวร เพื่อชี้แจง

สถานการณ์ปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหน่วยงานที่ผ่านมา และให้ร่วมทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้แสดงออกมาในรูปของผังการไหล (flow chart) ของกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาล ของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

4. ทำความเข้าใจที่มาของความแปรปรวน สาเหตุที่พบในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ทีมพัฒนาร่วมกับทีมปฏิบัติการประชุมระดมสมองช่วยกันค้นหาปัญหาของการรับส่งเวร เพื่อหาสาเหตุของปัญหา การรับส่งเวรไม่มีประสิทธิภาพ และสรุปปัญหาทั้งหมด ในรูปแบบผังก้างปลา

5. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติ เพื่อชี้แจงปัญหาและสาเหตุของการรับส่งเวรที่ได้จากการประชุมกลุ่มระดมสมอง นำเสนอเครื่องมือการรับส่งเวรแบบ SBAR จากนั้นระดมสมองเพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาลและเลือกแนวทางที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในหน่วยงานโดยใช้วิธีเสียงข้างมาก (multivoting) ผลการออกเสียงข้างมาก สรุปเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพ

5.1) การรับส่งเวรรวม คือ 1) จัดทำคู่มือ และแนวปฏิบัติการรับส่งเวรที่ชัดเจน 2) อบรมให้ความรู้และทบทวนเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการรับส่งเวร 3) จัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน 4) จัดทำสมุดบันทึกการส่งเวรรวม 5) ยกเลิกการส่งข้อมูลผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับบริการทุกรายปรับเป็นรับส่งเวรเฉพาะรายที่มีปัญหาหรือการดูแลต่อเนื่อง และ 6) ปรับเปลี่ยนสถานที่ใช้ในการรับส่งเวรรวม จากห้องดูแลผู้ป่วยวิกฤติเป็นห้องประชุมของหน่วยงาน

5.2) การรับส่งเวรผู้ป่วยที่อยู่ภายในห้องฉุกเฉิน มีแนวทางแก้ไข ได้แก่ 1) จัดอบรมให้ความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพเรื่องการรับส่งเวรรูปแบบ SBAR 2) จัดทำคู่มือการรับส่งเวร 3) จัดทำแบบบันทึกการรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ SBAR และ 4) จัดทำป้ายสัญลักษณ์

ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อให้ทีมปฏิบัติเห็นผู้ป่วยที่รับผิดชอบชัดเจน

6. วางแผนในการปรับปรุงเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา ทีมพัฒนาคุณภาพ ประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาแนวทางในการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามข้อสรุปที่ประชุม รวมทั้งการสร้างแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล และการสังเกตการปฏิบัติ

7. การนำแผนไปปฏิบัติ โดยทีมพัฒนาคุณภาพ ประชุมทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ทุกคนรับทราบเกิดความเข้าใจและร่วมมือในการปฏิบัติ และจัดอบรมให้ความรู้และทบทวนเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการรับส่งเวร หลังจากนั้นให้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพทำการทดลองการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดขึ้นเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ทำการแก้ไขปัญหาลักษณะการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรที่เกิดขึ้น จากนั้นดำเนินการปฏิบัติจริงเป็นเวลา 2 สัปดาห์

8. ตรวจสอบการปฏิบัติ ทีมพัฒนาคุณภาพ 2 คน ดำเนินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้รับการพัฒนา โดยการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ในลักษณะการรับส่งเวรรวม จำนวน 12 ครั้ง และการรับส่งเวรผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 44 ครั้ง

9. ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากทีมพัฒนาคุณภาพ สังเกตการรับส่งเวรทางการพยาบาลรอบที่ 1

9.1) การรับส่งเวรรวม พบว่ามีการปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วนน้อยกว่า ร้อยละ 80 เกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลและรายงานยอดผู้ป่วยสังเกตอาการไม่ทัน เนื่องจากทีมต้องให้การดูแลวิกฤติฉุกเฉินก่อน การเตรียมเอกสารเพื่อใช้ในการส่งเวรไม่พร้อม และการบันทึกข้อมูลการรายงานความเสี่ยงสำคัญน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากภาระงานที่ต้องเร่งให้การดูแลผู้ป่วยก่อน จึงมีข้อสรุปปรับปรุงต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การทบทวนบทบาทหน้าที่และการจัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันในการรับส่งเวรของหน่วยงาน โดยเน้นการเตรียมก่อนการ

รับเวรอย่างน้อย 10-15 นาที 2) ปรับเอกสารเพื่อใช้ในการส่งเวรให้สะดวกโดยจัดทำเป็นรูปเล่ม 3) มอบหมายพยาบาล Risk Manager ในการรวบรวม ติดตามการรายงานความเสี่ยง

9.2) การรับส่งเวรผู้ป่วยฉุกเฉิน พบปัญหา

1) การบันทึกข้อมูลในแบบการรับส่งเวรด้วย SBAR ไม่สะดวกเนื่องจากช่องแคบ 2) การแขวนเอกสารที่ใช้ในการรับส่งเวรไว้ท้ายเตียงไม่สะดวกเนื่องจากส่วนที่สามารถแขวนเอกสารอยู่ด้านข้างของเตียงทำให้มองไม่เห็น และแพทย์ต้องใช้เอกสารร่วมกัน 3) ไม่ทราบว่าเจ้าของผู้ป่วยที่จะรับเวรต่อไปคือใคร จึงมีข้อสรุปปรับปรุงต่อเนื่อง ได้แก่ 1) ให้มีการเพิ่มช่องการบันทึกให้กว้างขึ้นเพื่อบันทึกได้สะดวก 2) ยกเลิกการแขวนเอกสารที่ใช้ในการรับส่งเวรไว้ท้ายเตียงหลังการรับส่งเวรแต่ให้นำไปวางไว้ที่กล่องตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยและแขวนแบบบันทึก Treatment ไว้บริเวณที่แขวนน้ำเกลือแทน 3) แขนงป้ายชื่อระบุตัวแสดงหน้าที่ของพยาบาล จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรรอบที่ 2 ทุกข้อปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่า ร้อยละ 90 จึงประกาศใช้เป็นแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหน่วยงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล วิเคราะห์เนื้อหา และจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ข้อมูลจากผลการศึกษา มีดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.62 เพศชายร้อยละ 15.38 ช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 42.31 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ

100.00 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.16 พยาบาลวิชาชีพไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาลร้อยละ 100.00 และเคยมีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร ร้อยละ 61.54

คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้ผลดังนี้

1) การปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล เป็นการปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามแนวทาง

การรับส่งเวรทางการพยาบาล ซึ่งผลการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลรวม และการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยทั้งผู้ส่งเวรและผู้รับเวร สามารถปฏิบัติ ขึ้นก่อนส่งเวร ขึ้นการรับส่งเวร และขึ้นหลังการรับส่งเวร พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 90.00 ทุกข้อ

2) อุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ไม่พบอุบัติเหตุที่ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของอุบัติเหตุที่ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ชื่ออุบัติเหตุ	จำนวน (ร้อยละ) ของอุบัติเหตุที่ที่เกิดจากการรับส่งเวร	
	ก่อนพัฒนา (1 เดือน)	หลังการพัฒนา (1 เดือน)
1. ลืมเก็บสิ่งส่งตรวจ และติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	3 (23.08)	0
2. ลืมทำEKG/ให้แพทย์อ่านผล	2 (15.38)	0
3. ลืมส่งFilm X-Ray	2 (15.38)	0
4. ลืมส่ง Consult	2 (15.38)	0
5. ให้ยาผิดเวลา/stat order ค่าซ้ำ	3 (23.08)	0
6. หลอดเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหาย	1 (7.69)	0
รวม	13	0

3) ความพึงพอใจต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาล พบว่าภายหลังจากพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ พยาบาลมีความพึงพอใจในการรับส่งเวรทางการพยาบาลอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 48.55 ปานกลาง ร้อยละ 13.64 มากร้อยละ 45.45 และมากที่สุดร้อยละ 36.36

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะภายหลังจากพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ในการรับส่งเวรรวมภายหลังจากพัฒนาคุณภาพ

การรับส่งเวร พบปัญหาคือ ไม่สะดวกในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรายงานผู้ป่วยที่มาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากต้องเดินไปรวบรวมข้อมูล ข้อเสนอแนะให้ 1) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (EMTI) ที่ออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ เป็นผู้จัดบันทึกรายละเอียดในแบบบันทึก และนำมาให้หัวหน้าเวรเพื่อรวบรวมข้อมูลในการรับส่งเวร ส่วนการรับส่งเวรทางการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน พบปัญหาเกี่ยวกับผู้ส่งเวรได้แก่ การรายงานข้อมูลสถานการณ์ของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เกี่ยวกับหมายเลขเตียง ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย การวินิจฉัย

โรค การรายงานข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วยได้แก่ ประวัติการแพ้ยา การรายงานประวัติโรคประจำตัว และการประเมินปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่การรายงานระดับความเจ็บปวด ซึ่งเกิดได้จาก บุคลากรมีความเร่งรีบในการส่งเวรทางการพยาบาล เนื่องจากมีผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินจำนวนมากที่ต้องรีบให้การดูแลรักษา โดยมีข้อเสนอแนะให้ขณะรับส่งเวรกรณีมีผู้ป่วยวิกฤติเข้ารับบริการ อาจมีการรับส่งเวรทางการพยาบาลเฉพาะพยาบาลเจ้าของผู้ป่วยเท่านั้น

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และคำถามการศึกษา มีดังนี้

1. คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 1) การปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล 2) อุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวร และ 3) ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลภายหลังการพัฒนาคุณภาพ อภิปรายได้ดังนี้

1) การปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร พบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 90.00 อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ มีการพัฒนาคุณภาพโดยการหมุนวงจร FOCUS-PDCA รวม 2 รอบ โดยแต่ละรอบจะเริ่มจากการวางแผนพัฒนา การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ การตรวจสอบผลลัพธ์ และดำเนินการพัฒนาปรับปรุง และเมื่อมีการหมุนรอบต่อไป จะมีการนำเอาปัญหาที่พบไปวางแผนใหม่เพื่อปรับปรุง ให้ดีขึ้นจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุดหรือเกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งนี้ Archevarakublook (2004) ได้อธิบายการใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA เพื่อปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่วงจรหมุนครบรอบ จะเป็นแรงกระตุ้นให้หมุนในรอบต่อไป ซึ่งจะทำให้เกิดวิธีการใหม่ๆ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพงาน ดังการศึกษาของ Khamchaikluek, Thangcharoenkul, & Suphamani (2016) ที่นำวงจร PDCA มาใช้ในการ

ปรับปรุงคุณภาพการตรวจบันทึกทางการพยาบาล และพบว่าวงจร PDCA ช่วยให้มีการเพิ่มคุณภาพการตรวจบันทึกทางการพยาบาลได้ ส่วน Suwansornwan, Thangcharoenkul, & Chittapakdee (2016) มีการนำกระบวนการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA มาใช้และพบว่าภายหลังกระบวนการพัฒนาคุณภาพคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น

อีกทั้งอาจเนื่องจากการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้มีการใช้แผนผังก้างปลาซึ่งขั้นตอนดังกล่าวทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหาที่ชัดเจนที่นำไปสู่การกำหนดการแก้ไข ปัญหาได้อย่างถูกต้องเป็นการพัฒนาคุณภาพโดยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการระดมสมองในทุกขั้นตอน การที่ทีมพยาบาลวิชาชีพ ได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่ Suphachuthikun and Srirattanaball (2000) และ Saenprasan et al. (2006) ได้กล่าวไว้ว่าการระดมสมองเป็นเครื่องมือคุณภาพที่สำคัญในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาอันรวดเร็วซึ่งเป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรมากที่สุด และการเป็นเจ้าของ และในขณะเดียวกันอาจเนื่องจากโรงพยาบาลมีเป้าหมายและนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการสื่อสาร SBAR รวมถึงมีเป้าหมายให้เกิดการพัฒนาคุณภาพขององค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผ่านการตรวจประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล ผู้บริหารจึงมีนโยบายและให้ความสำคัญในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล (Uttaradit Hospital Quality Development Center, 2017) เช่นให้หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพประชุมชี้แจงแก่ทีมนำและทีมงานคุณภาพของโรงพยาบาล ได้รับทราบและเข้าใจในนโยบาย จึงทำให้บุคลากรทุกคนทุ่มเทในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร

และเป็นองค์กรแห่งการพัฒนาคุณภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Singthongwan (2015) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล พบว่ามีการนำกระบวนการ FOCUS-PDCA ร่วมกับการสื่อสารแบบ SBAR มาพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล และทำให้มีการปฏิบัติกรรับส่งเวรดีขึ้น

2) อุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการพัฒนาคุณภาพไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรดังกล่าว มีการกำหนดขั้นตอน ระยะเวลา และกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาล รวมทั้งการกำหนดแนวทางปฏิบัติการรับส่งเวรอย่างชัดเจน จากเดิมซึ่งไม่มีการกำหนดหน้าที่และวิธีการรับส่งเวรที่ชัดเจน ซึ่งทำให้มีการบันทึกกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติหรือปัญหาของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกการรับส่งเวร ซึ่งทำให้บุคลากรมีข้อมูลในการส่งเวรครบถ้วน และผู้รับเวรทราบกิจกรรมที่ต้องดำเนินการต่อจึงลดความผิดพลาดจากการลืมไปได้ จึงทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวร ดังที่ Laws (2010) ระบุว่า การรายงานข้างเตียงจะทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลมีการทำงานเป็นทีม และช่วยลดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยได้

นอกจากนี้อาจเนื่องจาก การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรครั้งนี้มีการนำรูปแบบ SBAR มาใช้เป็นแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล ซึ่งรูปแบบ SBAR นี้มีความครอบคลุมข้อมูลสำคัญที่จำเป็นในการรับส่งเวรของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน คือ การรายงานสถานการณ์ของผู้ป่วยได้แก่ การระบุตัว การระบุโรค สภาพอาการ ปัจจุบัน การรายงานข้อมูลภูมิหลังอาการที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา ประวัติโรคประจำตัว การรายงานผล การประเมินอาการของผู้ป่วย และการรายงานข้อเสนอแนะหรือความต้องการ เช่นการรักษาที่ต้องการให้เวรต่อไป ติดตาม เฝ้าระวัง เป็นต้น ซึ่งการสื่อสารแบบ SBAR นี้สามารถประยุกต์ใช้ได้ง่าย ไม่ซับซ้อน รวมทั้งเป็นการรายงานข้อมูลที่จำเป็นและต

รงกับสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยมากที่สุด ดังที่ Jenerette and Brewer (2011) กล่าวว่า SBAR เป็นรูปแบบในการสื่อสารระหว่างสมาชิกของทีมผู้ปฏิบัติการในทีมสุขภาพ เป็นการรายงานข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงที่เป็นจริงที่สุดของผู้ป่วย โดยใช้การเขียนและการบอกเล่าด้วยวาจาให้เกิดความถูกต้องชัดเจน ตรงประเด็น เช่นเดียวกับ Street et al. (2011) ระบุว่า การใช้รูปแบบ SBAR เป็นการส่งเวรเกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลภูมิหลัง ข้อมูลการประเมินผู้ป่วย ทำให้ผู้ส่งเวรส่งเวรได้ครอบคลุมและตรงประเด็น และส่วนการให้ข้อเสนอแนะทำให้ผู้รับเวรทราบกิจกรรมที่ต้องดำเนินการต่อ จึงทำให้ลดการเกิดอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล

3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ภายหลังการพัฒนาคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการพัฒนาคุณภาพพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 81.81 ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้แก่ การวางแผนในการแก้ไขปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาลร่วมกัน การพัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาแบบฟอร์มการรับส่งเวรรูปแบบ SBAR ซึ่งรายละเอียดในการสื่อสารแบบ SBAR ทำให้ส่งข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน มีความครอบคลุม เป็นแนวทางเดียวกัน จนทำให้บุคลากรรู้สึกว่าเป็นผู้หนึ่งในการพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ Kelly (2012) ที่พบว่าการที่บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติและการพัฒนาวิธีการ จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้การที่พัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรจนทำให้อุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรลดลง อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคลากรพึงพอใจ ดังการศึกษาของ Uthen (2015) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล เพราะ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ครอบคลุมมากขึ้นไม่เกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความมั่นใจและเกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

2. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะภายหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลส่งเวรไม่ครบถ้วนขาดการส่งเวรเกี่ยวกับการรายงานยอดสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเกิดจากความไม่สะดวกในการรวบรวมข้อมูล จึงมีข้อเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน เป็นผู้จัดบันทึกรายละเอียดในแบบบันทึก และนำมาให้หัวหน้าเวรเพื่อรวบรวมข้อมูลในการรับส่งเวร และพยาบาลเวรศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ มีส่วนร่วมในการรับส่งเวร ส่วนการรับส่งเวรผู้ป่วยฉุกเฉิน พบปัญหา คือ ขาดการรายงานสถานการณ์ ได้แก่การระบุหมายเลขเตียง การรายงานประวัติการแพ้ยา การประเมินระดับของความเจ็บปวดซึ่งเกิดจากความเร่งรีบในการส่งเวร จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการรับส่งเวรทางการพยาบาลเฉพาะพยาบาลเจ้าของผู้ป่วยเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการดูแลและช่วยเหลือก่อน จึงไม่มีเวลาในการเตรียมส่งเวร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ร่วมกับการสื่อสารแบบ SBAR ของห้อง

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ครั้งนี้พบว่าคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลดีขึ้น และไม่พบอุบัติเหตุการณที่มีสาเหตุจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. หัวหน้าห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ควรจัดการปฐมนิเทศแก่พยาบาลวิชาชีพให้เกี่ยวกับแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ แก่บุคลากรทางการพยาบาลใหม่ ที่มาปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทุกคน และสามารถปฏิบัติตามการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้อย่างดี

2. ทีมพัฒนาคุณภาพควรมีการกำกับ ติดตามและประเมินความถูกต้อง ครบถ้วน ของการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามแนวทาง การรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ SBAR อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป

2. ศึกษาการพัฒนาคุณภาพโดยเน้นการสื่อสารแบบ SBAR ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานหรือการรายงานแพทย์เวร ในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

- Accident and emergency work at Uttaradit Hospital. (2017). *Risk report*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai)
- Archevarakublook, S. (2004). *Practical PDCA: Solving Problems and Improving Work for Success*. (2nd ed.). Bangkok: Xenon Design. (In Thai)
- Boonyanurak, B. (1994). *Research report on the use of nursing quality assurance program in Develop nursing services in government hospitals*. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn university. (In Thai)
- Bureau of Nursing. (2007). *Nursing standards in hospitals*. Bangkok: Welfare Organization veteran. (In Thai)

- Chaboyer, W., Johnson, J., & Wallis, M. (2009). Bedside handover: Quality improvement strategy to “transform care at the bedside. *Journal of Nursing Care Quality, 24*(2), 136-142.
- Deming, W. E. (1993). *The new economics for industry, government, and education*. Boston, MA: MIT Press.
- Evans, M. E., Pereira, D. A., & Parker, M. G. (2008). Discourses of Anxiety in Nursing Practice: A Psychoanalytic Case Study of the Change-of-Shift handover ritual. *Nursing Inquiry, 15*(1), 40-48.
- Fernando, K., Adshead, N., Dev, S., & Fernando, A. (2013). Emergency department multiprofessional handover. *The clinical teacher, 10*, 219–223.
- Hansirimichai, J. (2015). *The development of the quality of nursing carpooling in nursing units Gynecology, Lampang Hospital* (Independent study, Chiangmai University). (In Thai)
- Hill, W., & Nyce, M. J. (2010). Human factors in clinical shift handover communication-Review of reliability and resilience principles applied to change of shift report. *Canadian Journal of Respiratory Therapy, 46*(1), 44-45.
- Jenerette, C., & Brewer, C. (2011). Situation, Background, Assessment, and Recommendation (SBAR) May Benefit Individuals Who Frequent Emergency Departments: Adults With Sickle Cell Disease. *Journal of Emergency Nursing, 37*, 559-561. doi:10.1016/j.jen.2011.02.012
- Kelly, P. (2012). *Nursing leadership & management*. USA: Cengage Learning.
- Khamchaikul, S., Thangcharoenkul, P., & Suphamani, T. (2016). Test Quality Improvement Nursing records in Tertiary Hospital. *Nursing Substitute, 43*(4), 105-113. (In Thai)
- Laws, D. (2010). Incorporating bedside reporting into change-of-shift report. *Rehabilitation Nursing, 35*, 70–74.
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 25*(2), 181-191. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006
- McLaughlin, C., & Kaluzny, A. (1999). *Continuous Quality Improvement in Health Care*. LLC: Jones & Bartlett Learning.
- O’Connell, B., Macdonald, K., & Kelly, C. (2008). Nursing handover: It’s time for a change. *Contemporary Nurse, 30*(1), 2-11. doi:10.5172/conu.673.30.1.2
- Randmaa, M., Martensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2016). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open, 4*(1). doi:10.1136/bmjopen-2013-004268
- Singthongwan, K. (2015). *The development of the quality of nursing handover in nursing units Internal Medicine, Prasart Chiang Mai Hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)

- Street, M., Eustace, P., Livingston, P. M., Craike, M. J., Kent, B., & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice, 17*, 133–140.
- Suphachuthikun, A., & Srirattanaball, J. (2000). *Quality of health system*. Bangkok: Design.
- Suwansornwan, S. Thangcharoenkul, P., & Chittapakdee, B. (2016). Quality Improvement Nursing records in Nakornping Hospital Chiang Mai Province. *Nursing Section, 43*(3), 128-136.
- Uthen, M. (2015). *The development of nursing caring quality in surgical wards. Male 2, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai).
- Uttaradit Hospital Quality Development Center. (2017). *Meeting of the Uttaradit Quality Development Team Meeting*. Uttaradit: Uttaradit Hospital.
- Ye, K., McD, T. D., Knott, J. C., Dent, A., & MacBean, C. E. (2007). Handover in the emergency department: Deficiencies and adverse effects. *Emergency Medicine Australasia, 19*(5), 433-441.

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ Activity-Based Costing of Services in Male Surgical Ward, Uttaradit Hospital

มาลัยวรรณ	ทิพย์ปิ่นวงศ์ *	Malaiwan	Thippinwong *
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดิ์ **	Bunpitcha	Chitpakdee **

บทคัดย่อ

ต้นทุนฐานกิจกรรมเป็นกระบวนการในการกำหนดต้นทุนให้แก่กิจกรรมบริการด้านสุขภาพ วัตถุประสงค์ของการศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชากรในการศึกษา คือ กิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน พุทธศักราช 2560 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา คือ การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม 4 ขั้นตอน ที่พัฒนาโดย Kaplan and Cooper (1998) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ พจนานุกรมกิจกรรมการบริการแบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าลงทุน โดยเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้เก็บข้อมูล 2 คน โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน ทดสอบกิจกรรมเดียวกัน และในเวลาเดียวกัน โดยจับเวลาเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม ได้จำนวนความเที่ยงที่สอดคล้องตรงกันในทุกกิจกรรม เท่ากับ 1.0 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 3,260.18 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 59.76 : 40.02 : 0.22 และน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 694.95 บาท
2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 1,876.24 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 70.89 : 28.81 : 0.30 และน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 2,078.89 บาท
3. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 6,152.89 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 45.57 : 54.30 : 0.13 และมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 2,584.90 บาท

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารทรัพยากรที่ใช้ในกิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

* Professional Nurse, Uttaradit hospital, Uttaradit Province

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 22 กันยายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 29 ธันวาคม 2560

นอกจากนี้กระบวนการในการวิเคราะห์ต้นทุนยังสามารถใช้เป็นต้นแบบในการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมในบริการอื่น ๆ ของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

คำสำคัญ: ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

Abstract

Activity-based costing is the process which assigns costs to health service activities. The objective of this descriptive study was to study the activity-based costing of services in patients with appendicitis, hernia and benign prostate hyperplasia, admitted in the male surgical ward, Uttaradit Hospital and to compare the activity-based cost of services with the budget allocated from the National Health Security Office. The population included service activities for patients with appendicitis, hernia and benign prostate hyperplasia admitted in the male surgical ward, Uttaradit Hospital from 1 July to 30 September 2017. The conceptual framework used for this study was the four steps of the Activity-Based Costing, developed by Kaplan and Cooper in 1998. The instruments used in this study consisted of the service activity dictionary, time spent record form for service activities, the data record forms for labor costs, material costs, and capital cost. All instruments were validated for content by three experts and the inter-rater reliability of two data collectors using the same instruments, the same activity and at the same time by starting the timer until the end of each activity. Get the corresponding precision in every activity was 1.0. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results were:

1. The activity-based cost of services in patients with appendicitis per admission was 3,260.18 Thai baht (THB). The ratio of labor cost : material cost : capital cost was 59.76: 40.02 : 0.22 which was less than the budget allocated from the National Health Security Office at 694.95 THB.

2. The activity-based cost of services in patients with hernia per admission was 1,876.24 THB. The ratio of labor cost : material cost : capital cost was 70.89 : 28.81 : 0.30 which was less than the budget allocated from the National Health Security Office at 2,078.89 THB.

3. The activity-based cost of services in patients with benign prostate hyperplasia per admission was 6,152.89 THB. The ratio of labor cost : material cost : capital cost was 45.57 : 54.30 : 0.13 which was higher than the budget allocated from the National Health Security Office at 2,584.90 THB.

The results of this study will provide base line data for hospital and nurse administrators to manage resources used in service activities for patients with appendicitis, hernia and benign prostate hyperplasia. Additionally, the process of costing will be the model to analyze activity based cost of other services in Uttaradit Hospital.

Keywords: Activity-based costing, Male Surgical Ward

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 (National Health Security Office, 2016) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขไทย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ในฐานะผู้ซื้อบริการที่จ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ โดยการจัดสรรงบประมาณ และการจ่ายค่าบริการแก่หน่วยบริการต่าง ๆ ใช้ระบบงบประมาณ และการจ่ายแบบปลายปิด สำหรับบริการผู้ป่วยในใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Office of Participatory Promotion National Health Security Office, 2014) ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่งกำลังประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงินจากงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรที่ไม่เพียงพอ (Phakdeephan, Anantachot, Pengsupap, & Trakulkan, 2014) การได้รับผลกระทบดังกล่าว เป็นเหตุให้สถานบริการภาครัฐจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการบริหารงบประมาณ ปรับระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Tangkasemsamran, 2007)

วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ต้นทุนแบบถัวเฉลี่ยหรือต้นทุนแบบดั้งเดิม (traditional costing) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับใช้การวิเคราะห์ต้นทุนแบบถัวเฉลี่ยที่เรียกว่า การวิเคราะห์ต้นทุนตามราคาที่เกี่ยวข้อง (cost to charge ratio) เป็นการประมาณการต้นทุนเฉลี่ยของทุกหน่วยบริการ ไม่สามารถแสดงต้นทุนที่แท้จริงของหน่วยบริการย่อยได้ (Thianjaruwatana, Sakunphanich, Phongphattharachai, & Chiangchaisakulthai, 2011) 2) การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-based costing: ABC) จะให้ความสนใจกับการบริหารกิจกรรม และต้นทุนที่เกี่ยวข้อง โดยถือว่ากิจกรรมต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดต้นทุน ช่วยแก้ปัญหาของระบบต้นทุนแบบเดิมที่ผู้บริหารเห็นว่าข้อมูลต้นทุนผลิตภัณฑ์ที่คำนวณขึ้นนั้นมีความบิดเบือนไปจาก

ความเป็นจริง ต้นทุนฐานกิจกรรมได้ถูกนำเสนอโดย Kaplan and Cooper (1998) ในช่วงตอนกลางถึงตอนปลาย ค.ศ. 1988 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พัฒนาพจนานุกรมกิจกรรม 2) กำหนดปริมาณค่าใช้จ่ายทรัพยากรในแต่ละกิจกรรมขององค์การ 3) ระบุผลผลิตการบริการ และลูกค้าขององค์การ และ 4) เลือกลงผลิตภัณฑ์ต้นทุนที่เหมาะสมกับต้นทุนฐานกิจกรรมที่เป็นผลผลิต การบริการ และลูกค้าขององค์การ (Kaplan & Cooper, 1998) การประยุกต์ใช้ต้นทุนฐานกิจกรรม ผู้บริหารสามารถนำมาใช้ในการบริหารกิจกรรม และต้นทุนที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในภาพรวม (Thummanon, 2001) การศึกษาต้นทุนของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการทรัพยากร (Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, 2014) และผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการบริหารกิจกรรมทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับตำแหน่ง และบริหารทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Wiwatwanich, 2009)

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 620 เตียง ได้จัดทำบัญชีต้นทุนตามราคาที่เกี่ยวข้องและจำแนกประเภทต้นทุนแบบต้นทุนรวมประยุกต์ (modify full cost) พบว่า ต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 47.81 : 45.47 : 6.72 จากรายงานสถานการณ์การเงินปีงบประมาณ 2559 พบว่า โรงพยาบาลประสบภาวะวิกฤติทางการเงินอยู่ในระดับ 7 ซึ่งเป็นวิกฤตรุนแรง (Human Resources Department Uttaradit Hospital, 2016) โรงพยาบาลมีนโยบายให้มีการจัดทำต้นทุนหน่วยบริการ (unit cost) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต้นทุนของโรงพยาบาล เพื่อปรับระบบบริหารจัดการด้านทรัพยากร และงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในปี 2559 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจำนวน 45,549 ราย เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรมจำนวน 11,787 ราย โรคทางศัลยกรรมที่มีผู้เข้ารับ

บริการจำนวนมาก 3 อันดับแรก คือ โรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต จำนวน 648 ราย, 335 ราย และ 74 ราย ตามลำดับ (Information and Technology Department Uttaradit Hospital, 2016) จากผลการดำเนินการให้บริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต พบว่าค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลใช้ในการดำเนินการโดยรวมค่าบริการผ่าตัดและหัตถการ และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โดยโรงพยาบาลเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 6,566,765.00 บาท ได้รับการจัดสรรเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เท่ากับ 5,481,076.19 บาท ค่าใช้จ่ายโรคไส้เลื่อนที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3,680,396.00 บาท ได้รับการจัดสรรเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เท่ากับ 2,233,123.72 บาท ค่าใช้จ่ายโรคต่อมลูกหมากโตที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1,032,171.00 บาท ได้รับการจัดสรรเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เท่ากับ 911,368.65 บาท (Finance and Accounting Department Uttaradit Hospital, 2016) จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต น้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

จากสถานการณ์ด้านการเงินในการให้บริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต ข้างต้น ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการบริหารทรัพยากร และงบประมาณ ให้มีความสอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และผู้บริหารการพยาบาลนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปบริหารกิจกรรมต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมกับ

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นเท่าไร
2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาด้านต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม ของ Kaplan and Cooper (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาคำนวณกิจกรรม ขั้นตอนที่ 2 กำหนดปริมาณค่าใช้จ่ายทรัพยากรในแต่ละกิจกรรมขององค์การ ขั้นตอนที่ 3 ระบุผลผลิต การบริการ และลูกค้าขององค์การ ขั้นตอนที่ 4 เลือกตัวผลผลิตต้นทุนที่เหมาะสมกับต้นทุนฐานกิจกรรมที่เป็นผลผลิต การบริการ และลูกค้าขององค์การ ตามกระบวนการหลักการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประชากรในการศึกษา คือ กิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนกิจกรรมการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต คำนวณตามหลักการศึกษเวลาดำเนินการ โดยการศึกษาทุกกิจกรรมภายใน 24 ชั่วโมง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับเวลา กิจกรรมรอง หากใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่า 2 นาที ใช้จำนวนในการจับเวลา 5 ครั้ง และหากกิจกรรมรองใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมน้อยกว่า 2 นาที ให้ใช้จำนวนในการจับเวลา 10 ครั้ง (Chiraphatsilapa, 2010) เมื่อได้ผลค่าเฉลี่ยเวลาแล้วจึงนำมากำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้โดยนำผลค่าเฉลี่ยเวลาที่ได้ไปเทียบค่าในตารางสำเร็จรูป (Rijiravanit, 2010) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติกิจกรรมตามช่วงเวลา ดังนี้ เวลา 1.00-2.00 นาที จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 25 เวลา 2.00-5.00 นาที จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 15 เวลา 5.00-10.0 นาที จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 10 และเวลา 10.0-20.0 นาที จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) พจนานุกรมกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต เป็นตารางระบุ 6 กิจกรรมหลัก และ 64 กิจกรรมรอง 2) แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ 3) แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าลงทุน 4) นาฬิกาจับเวลา 3 เรือน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้เก็บข้อมูล 2 คน โดยใช้เครื่องมือชุด

เดียวกัน ทดสอบกิจกรรมเดียวกัน และในเวลาเดียวกัน โดยจับเวลาเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม ได้จำนวนความเที่ยงที่สอดคล้องตรงกันในทุกกิจกรรมเท่ากับ 1.0 และทดสอบความเที่ยงของนาฬิกาจับเวลา โดยเทียบสัญญาณวิทยุจากกรมอุทกศาสตร์ทหารเรือ ที่เวลา 8.00 น. ตำแหน่งเดียวกันเป็นเวลา 3 วัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ ดังนี้

1. พัฒนาพจนานุกรมกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต โดยประชุมทีมบุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ และปรับปรุงแก้ไขตามมติของที่ประชุม และนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิในโรงพยาบาล จนได้พจนานุกรมกิจกรรมการบริการของหอผู้ป่วยที่มีความครอบคลุมรายละเอียดของกิจกรรมที่ระบุ 6 กิจกรรมหลัก และ 64 กิจกรรมรอง

2. เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการจับเวลา ผู้ศึกษารับอาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย ตามความสมัครใจ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลการจับเวลา จำนวน 1 คน โดยผู้ศึกษาทำความเข้าใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการเก็บข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ และทดสอบการจับเวลาใน 6 กิจกรรมหลัก และ 64 กิจกรรมรอง และทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้ศึกษาและผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน ทดสอบกิจกรรมเดียวกัน และในเวลาเดียวกัน โดยจับเวลาเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม ได้จำนวนความเที่ยงที่สอดคล้อง

ตรงกันในทุกกิจกรรม เท่ากับ 1.0 ผู้ศึกษาและผู้ช่วยเก็บข้อมูลจับเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการบริการของบุคลากรในหอผู้ป่วย โดยการสังเกต และบันทึกจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

3. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าแรงของบุคลากรจากฝ่ายการเงินและบัญชี ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2560 คำนวณค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนต่อ 1 ปี และต่อหน้าที่ ปันค่าแรงลงสู่กิจกรรม คือ กิจกรรมด้านบริการ ด้านบริหาร และด้านวิชาการ ในช่วงเวลาที่ศึกษาปันส่วนค่าแรงสู่กิจกรรมด้านบริการเป็นร้อยละ 100 การคำนวณค่าแรงต่อปีของบุคลากรแต่ละคนคิดเฉพาะกิจกรรมด้านบริการหารด้วยชั่วโมงการทำงานคือ 2,080 ชั่วโมงต่อปี ได้เป็นค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนต่อหน้าที่ นำมาคูณกับเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมได้เป็นค่าแรงบุคลากรในแต่ละกิจกรรม แล้วนำมารวมกันเป็นค่าแรงทั้งหมดในการปฏิบัติกิจกรรม และนำค่าแรงทั้งหมดที่ได้หารด้วยจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จะได้เป็นต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยแล้วนำมาคูณกับจำนวนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมจะได้เป็นต้นทุนค่าแรงรวม

4. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวมทั้งค่ายาและเวชภัณฑ์ จากฝ่ายพัสดุ และฝ่ายเภสัชกรรม ผู้ศึกษานำข้อมูลจากแบบบันทึกค่าวัสดุสิ้นเปลือง และจำนวนการใช้ของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละกิจกรรมมารวมกัน ได้เป็นผลรวมของค่าวัสดุสิ้นเปลือง ค่ายาและเวชภัณฑ์ในแต่ละกิจกรรมหารด้วยจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ค่ายาและเวชภัณฑ์ในแต่ละกิจกรรมต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง แล้วนำมารวมกันหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จะได้เป็นต้นทุนเฉลี่ยค่าวัสดุสิ้นเปลือง ค่ายาและเวชภัณฑ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการในแต่ละครั้ง หลังจากนั้นนำมาคูณกับจำนวนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรม จะได้เป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ค่ายาและ

เวชภัณฑ์รวม

5. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าลงทุนจากฝ่ายพัสดุ ได้แก่ อาคารหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย มีอายุการใช้งาน 6 ปี โดยนำมาคำนวณต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ มูลค่าเสื่อมราคา/ปี (บาท) หารด้วยพื้นที่การใช้งาน (ตารางเมตร) แล้วนำมาคูณกับจำนวนวันนอนผู้ป่วย และพื้นที่เตียงผู้ป่วย/คน และคำนวณต้นทุนค่าลงทุนของครุภัณฑ์ เท่ากับ มูลค่าเสื่อมราคาต่อหน้าที่ (บาท) คูณกับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม (นาที)

6. นำต้นทุนค่าแรงรวม ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวม และต้นทุนค่าลงทุนรวม ในแต่ละกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต มารวมกันเป็นต้นทุนรวมทั้งหมดต่อการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ของการนอนโรงพยาบาล

7. เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ของการนอนโรงพยาบาลกับการจัดสรรเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง และต้นทุนค่าลงทุน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และอัตราส่วน

ผลการวิจัย

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลา นอนเฉลี่ย เท่ากับ 4.04 วัน เป็นเงิน 3,260.18 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,948.15 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 1,304.68 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 7.35 บาท ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 984.39 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 694.55 บาท และ ต้นทุนค่าลงทุนในกิจกรรมการเข้าถึงและเข้ารับบริการ

เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 7.27 บาท (ตาราง ที่ 1)

ตารางที่ 1 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (4.04 วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	65.87	83.53	7.27	156.67
2. การประเมินผู้ป่วย	184.41	278.49	0.08	462.98
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	243.31	3.25	0.00	246.56
4. การดูแลผู้ป่วย	984.39	694.55	0.00	1,678.94
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	371.90	0.00	0.00	371.90
6. การดูแลต่อเนื่อง	98.27	244.86	0.00	343.13
รวม	1,948.15	1,304.68	7.35	3,260.18

2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลา นอนเฉลี่ย เท่ากับ 3.16 วัน เป็นเงิน 1,876.24 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,329.99 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 540.51 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 5.74 บาท ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแล

ผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 574.73 บาท และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 239.36 บาท และ ต้นทุนค่าลงทุนในกิจกรรมการเข้าถึงและเข้ารับบริการ เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 5.69 บาท (ตาราง ที่ 2)

ตารางที่ 2 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (3.16 วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	61.19	54.55	5.69	121.43
2. การประเมินผู้ป่วย	173.03	206.49	0.05	379.57
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	194.07	3.25	0.00	197.32
4. การดูแลผู้ป่วย	574.73	239.36	0.00	814.09
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	228.78	0.00	0.00	228.78
6. การดูแลต่อเนื่อง	98.19	36.86	0.00	135.05
รวม	1,329.99	540.51	5.74	1,876.24

3. ต้นทูลงานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลาอนเฉลี่ย เท่ากับ 4.48 วัน เป็นเงิน 6,152.89 บาท พบว่า ต้นทูลงาค่าแรง เท่ากับ 2,803.79 บาท ต้นทูลงาค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 3,340.98 บาท และต้นทูลงาค่าลงทูลง เท่ากับ 8.11 บาท ต้นทูลงาค่าแรงในกิจกรรมการ

ดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทูลงาสูงสุด เท่ากับ 1,616.97 บาท และต้นทูลงาค่าวัสดุสิ้นเปลืองในกิจกรรมการประเมินผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทูลงาสูงสุด เท่ากับ 1,653.32 บาท และต้นทูลงาค่าลงทูลงในกิจกรรมการเข้าถึงและเข้ารับบริการเป็นกิจกรรมที่มีต้นทูลงาสูงสุด เท่ากับ 8.06 บาท (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ต้นทูลงานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทูลงาค่าแรง (บาท)	ต้นทูลงาค่าวัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทูลงาค่าลงทูลง (บาท)	ต้นทูลงารวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (4.48 วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	61.26	66.44	8.06	135.76
2. การประเมินผู้ป่วย	311.32	1,653.32	0.05	1,964.69
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	283.53	3.25	0.00	286.78
4. การดูแลผู้ป่วย	1,616.97	1,579.30	0.00	3,196.27
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	434.95	0.00	0.00	434.95
6. การดูแลต่อเนื่อง	95.78	38.66	0.00	134.44
รวม	2,803.79	3,340.98	8.11	6,152.89

4. ต้นทูลงานกิจกรรมการบริการ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง พบว่า โรคไส้ติ่งอักเสบมีต้นทูลงานกิจกรรมการบริการน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 694.95 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย 4.04 วัน โรคไส้เลื่อน มีต้นทูลงานกิจกรรม

การบริการน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 2,078.89 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 3.16 วันและโรคต่อมลูกหมากโต มีต้นทูลงานกิจกรรมการบริการมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 2,584.90 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 4.48 วัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบต้นทูลงานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรค	ต้นทูลงานกิจกรรมการบริการ (บาท)	การจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บาท)	ผลต่างค่าบริการ (บาท)	วันนอนเฉลี่ยจากการศึกษา (วัน)	วันนอนมาตรฐาน
โรคไส้ติ่งอักเสบ	3,260.18	3,955.13	694.95	4.04	2.88-9
โรคไส้เลื่อน	1,876.24	3,955.13	2,078.89	3.16	2.88-9
โรคต่อมลูกหมากโต	6,152.89	3,567.99	2,584.90	4.48	2.47-7

การอภิปรายผล

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลานอนเฉลี่ย เท่ากับ 4.04 วัน เป็นเงิน 3,260.18 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,948.15 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 1,304.68 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 7.35 บาท ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 984.39 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 694.55 บาท และต้นทุนค่าลงทุนในกิจกรรมการเข้าถึงและเข้ารับบริการมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 7.27 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 59.76 : 40.02 : 0.22 (ตารางที่ 1) จะเห็นว่าต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนสูงที่สุด เนื่องจากแพทย์มีตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 60 ระดับชำนาญการ ร้อยละ 40 และพยาบาลวิชาชีพ มีตำแหน่งระดับชำนาญการ ร้อยละ 50 และระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 50 (Human Resources Department Uttaradit Hospital, 2016) และเป็นกลุ่มที่มีรายได้พิเศษต่าง ๆ ทำให้ค่าแรงต่อหน้าที่สูง และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนานทำให้ต้นทุนค่าแรงสูง เช่น บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นกิจกรรมที่ต้องเขียนบันทึกเพื่ออธิบายการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (Thana & Khunklin, 2015) และจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำบ่อยครั้งแม้ใช้เวลาสั้นๆ ก็มีผลทำให้ต้นทุนสูง เช่น การประเมินสัญญาณชีพ เป็นต้น ส่วนต้นทุนค่าลงทุนน้อยกว่าต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เนื่องจาก ต้นทุนค่าลงทุน คิดเฉพาะพื้นที่ของหอผู้ป่วยที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยต่อราย และต้นทุนค่าลงทุนของครุภัณฑ์ หากครุภัณฑ์ที่มีราคาต่ำกว่า 30,000 บาท ไม่นำมาคิดค่าเสื่อมราคา เช่น เตียงผู้ป่วย มีอายุการใช้งานมากกว่า 30 ปี จึงไม่นำมาคิดต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าลงทุนในส่วนครุภัณฑ์ที่นำมาคิดต้นทุน คือ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจรุ่น MC400 เพียงชนิดเดียว จึงทำให้ต้นทุนค่าลงทุนต่ำ

จากการศึกษาของ Charnayutkorn (2001) ที่ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการรักษามะเร็งผู้ป่วยผ่าตัดโรคลำไส้ติ่งในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า จำนวนวันนอน 3 วันใกล้เคียงกับจำนวนวันนอนของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ซึ่งเท่ากับ 4.04 วัน ต้นทุนเฉลี่ยสำหรับหอผู้ป่วยสามัญ เท่ากับ 8,994.31 บาท สูงกว่า หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ซึ่งเท่ากับ 3,260.18 บาท เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวรวมหน่วยต้นทุนในหน่วยบริการอื่น ๆ ได้แก่ ต้นทุนเฉลี่ยสำหรับห้องผ่าตัดฉุกเฉิน เท่ากับ 5,911.66 บาท ต้นทุนเฉลี่ยสำหรับค้ายา เท่ากับ 199.44 บาท ต้นทุนเฉลี่ยสำหรับการวินิจฉัยโรค เท่ากับ 502.35 บาท รวมทั้งสิ้นมีต้นทุนต่อหน่วยสำหรับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ เท่ากับ 15,607.76 บาท แต่การศึกษารั้งนี้วิเคราะห์ต้นทุนเฉพาะที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายเท่านั้น ไม่ได้รวมต้นทุนในหน่วยบริการอื่น ๆ ของโรงพยาบาล เนื่องจาก โรงพยาบาลยังมีการคำนวณต้นทุนไม่ครบทุกหน่วยบริการ ทำให้ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลาอนเฉลี่ย เท่ากับ 3.16 วัน เป็นเงิน 1,876.24 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,329.99 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 540.51 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 5.74 บาท ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 574.73 บาท และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 239.36 บาท และต้นทุนค่าลงทุนในกิจกรรมการเข้าถึงและเข้ารับบริการมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 5.69 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 70.89 : 28.81 : 0.30 (ตารางที่ 2) จะเห็นว่า ต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงที่สุด เช่นเดียวกับโรคไส้ติ่งอักเสบ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีตำแหน่งสูง และเป็นกลุ่มที่มีรายได้พิเศษต่าง ๆ จึงทำให้ค่าแรงต่อหน้าที่สูง และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนาน จะมีผลทำให้ต้นทุนค่าแรง เช่น ทำเวช

ระเบียบผู้ป่วยผ่าตัด เป็นต้น และจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำบ่อยครั้ง แม้ว่าจะใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมน้อย ก็มีผลทำให้ต้นทุนค่าแรงสูง เช่น กิจกรรมการรับเวร-ส่งเวร เป็นต้น ส่วนต้นทุนค่าลงทุนน้อยกว่าต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เนื่องจากการคำนวณต้นทุนค่าลงทุนในส่วนของครุภัณฑ์ที่นำมาคิดต้นทุนค่าลงทุนในผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน คือ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจรุ่น MC400 เพียงชนิดเดียว และคำนวณต้นทุนค่าลงทุนในส่วนของผู้ป่วยศัลยกรรมชายเท่านั้น จึงทำให้ต้นทุนค่าลงทุนต่ำ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนในประเทศไทย แต่มีการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาในประเทศอิหร่าน พบว่า ต้นทุนการผ่าตัดผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน เท่ากับ 10,595.43 บาท ต้นทุนค่าแรงบุคลากร 5,684.25 บาท ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ 3,307.20 บาท (Zarek-hormizi & Bahrami, 2017) จะเห็นได้ว่า สัดส่วนของต้นทุนค่าแรงมากกว่าค่าต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ซึ่งสอดคล้องกับต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลานอนเฉลี่ย เท่ากับ 4.48 วัน เป็นเงิน 6,152.89 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 2,803.79 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 3,340.98 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 8.11 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง : ต่อต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 45.57 : 54.30 : 0.13 (ตารางที่ 3) จะเห็นได้ว่า ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองสูงกว่าต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าลงทุน เนื่องจาก กิจกรรมการประเมินผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากต้องมีการเตรียมหมู่เลือดก่อนผ่าตัด ซึ่งค่าวิเคราะห์ผลการตรวจมีราคาสูง เท่ากับ 1,400 บาทต่อครั้ง จึงทำให้ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในกิจกรรมการประเมินผู้ป่วยมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 1,653.32 บาท และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องมีการดูแลสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้วัสดุสิ้นเปลือง เช่น สาร

น้ำชนิด 0.9%NSS 1000 cc. อย่างน้อย 30 ขวดต่อผู้ป่วย 1 ราย จึงทำให้ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองสูง เท่ากับ 1,579.30 บาท สำหรับต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุน เท่ากับ 1,616.97 บาท เนื่องจาก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องมีการดูแลสวนล้างปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการจดบันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออก ทำให้บุคลากรปฏิบัติกิจกรรมบ่อยครั้ง และใช้เวลานาน จึงทำให้ต้นทุนค่าแรงสูงตามไปด้วย ส่วนต้นทุนค่าลงทุนน้อยกว่าต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เนื่องจาก ต้นทุนค่าลงทุนคำนวณเฉพาะพื้นที่ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และครุภัณฑ์ที่นำมาคิดต้นทุนค่าลงทุน คือ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจรุ่น MC400 เพียงชนิดเดียว จึงทำให้ต้นทุนค่าลงทุนต่ำ เท่ากับ 8.11 บาท สำหรับการวิจัยในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่า ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยต่อราย เท่ากับ 32,263.49 บาท ต้นทุนการให้ข้อมูลการรักษา 8,949.80 บาท ค่ายาและเวชภัณฑ์ 6,555.82 บาท และค่าบริการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ 4,861.62 บาท (Rencz, Kovacs, Brodszky, & et al., 2015) จะเห็นได้ว่า การวิเคราะห์ต้นทุนของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน เนื่องจาก กระบวนการทำงาน ค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง ค่าลงทุน รวมไปถึงการแบ่งหน่วยงานย่อยในองค์กรมีความแตกต่างกัน ทำให้การคำนวณต้นทุนของแต่ละประเทศแตกต่างกัน

2. จากผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ตั้งอีกเสบ กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง พบว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ตั้งอีกเสบ เท่ากับ 3,260.18 บาท น้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 694.95 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 4.04 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับวันนอนเฉลี่ยมาตรฐาน เท่ากับ 2.88-9 วัน (ตารางที่ 4) วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคไส้ตั้งอีกเสบใกล้

เคียงกับวันนอนเฉลี่ยต่ำสุด คือ 4.04 วัน หากวันนอนเฉลี่ยต่ำทำให้มีการใช้ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าลงทุนลดลง นอกจากนี้การคำนวณต้นทุนที่เกิดขึ้น ยังไม่รวมค่าบริการผ่าตัดและหัตถการ และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอื่น ๆ เนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาต้นทุนที่เกิดขึ้นเฉพาะในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เท่านั้น ยังไม่ได้รวมต้นทุนของหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาล รวมถึงต้นทุนทางอ้อมอื่น ๆ เช่น ค่าบริหารจัดการ และค่าสาธารณูปโภคอื่น ๆ เป็นต้น จึงทำให้ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ น้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน เท่ากับ 1,876.24 บาท น้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 2,078.89 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 3.16 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับวันนอนเฉลี่ยมาตรฐาน เท่ากับ 2.88-9 วัน (ตารางที่ 4) ซึ่งวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนใกล้เคียงกับวันนอนเฉลี่ยต่ำสุด คือ 3.16 วัน ทำให้ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการต่ำตามไปด้วย เนื่องจาก มีการใช้ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าลงทุนลดลง และโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ยังคำนวณต้นทุนไม่ครบทุกหน่วยบริการ และต้นทุนที่เกิดขึ้นยังไม่รวมต้นทุนทางอ้อมอื่น ๆ เช่น ค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ เป็นต้น จึงทำให้การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการยังไม่ครอบคลุม และมีผลทำให้ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต เท่ากับ 6,152.89 บาท มากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 2,584.90 บาท มีวันนอนเฉลี่ย 4.48 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับวันนอนเฉลี่ยมาตรฐาน เท่ากับ 2.47-7 วัน (ตารางที่ 4) ซึ่งวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต ใกล้เคียงกับวันนอนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.48 วัน ซึ่งวันนอนเฉลี่ยจะมีผลต่อต้นทุน คือ หากวันนอน

เฉลี่ยสูงจะทำให้ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการสูง เนื่องจาก มีการใช้ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าลงทุนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ กิจกรรมหลักในการประเมินผู้ป่วยเพื่อเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ต้องมีการเจาะตรวจหมู่เลือด และเตรียมเลือดชนิดเม็ดเลือดแดงเข้มข้นก่อนผ่าตัดไว้ล่วงหน้า ซึ่งค่าวิเคราะห์ผลการตรวจมีราคาสูง คือ 1,400 บาทต่อครั้ง และในกิจกรรมหลักการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโต ต้องมีการดูแลสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติบ่อยครั้ง จึงทำให้ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าลงทุนสูงตามไปด้วย มีผลทำให้ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตมากกว่าที่ได้รับที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาที่พบว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบกับผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน น้อยกว่าการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถใช้เป็นข้อมูลเสนอผู้บริหารโรงพยาบาลในการกำหนดให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยคิดต้นทุนของแต่ละหน่วยบริการ รวมทั้งวิเคราะห์ต้นทุนทางอ้อม เช่น ค่าบริหารจัดการ และค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อที่จะกระจายต้นทุนไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทำให้การคิดต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยมีความครอบคลุมมากขึ้น

2. ผลการศึกษาที่พบว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตมากกว่าการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถใช้เป็นข้อมูลเสนอให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์บริหารทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล วัสดุสิ้นเปลืองในการให้บริการ หรืออาจนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบันทึกเวชระเบียน และบันทึกทางการแพทย์ เพื่อที่จะช่วยลดระยะเวลาของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการอื่น ๆ การทำหัตถการ เพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนที่ครอบคลุม
2. ควรมีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาต้นทุนทางอ้อมในการให้บริการผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อที่จะกระจายต้นทุนมายังหน่วยต้นทุนหรือหน่วยบริการ

เอกสารอ้างอิง

- Charnayutkorn, Y. (2001). *Study of unit cost of the joint diagnostic group for appendicitis surgery of Chulalongkorn Hospital between October 1, 2000-March 31, 2001* (Master's thesis, Chulalongkorn University). (In Thai)
- Chiraphatsilapa, K. (2010). *Industrial work study: Chapter 9 Time study*. Retrieved from <http://www.documents.mx/documents/komson000822.html> (In Thai).
- Finance and Accounting Department Uttaradit Hospital. (2016). *Summary of annual report 2016*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai).
- Human Resources Department Uttaradit Hospital. (2016). *Summary of annual report 2016*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai).
- Information and Technology Department Uttaradit Hospital. (2016). *Summary of annual report 2016*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai)
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using intergrated cost systems to drive profitability and performance*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- National Health Security Office. (2016). *"Birth" universal coverage, a new dimension of public health services for the better quality of life of Thai people*. Retrieved from <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/Default.aspx> (In Thai)
- Office of Participatory Promotion National Health Security Office. (2014). *Public handbook for the universal health coverage system for fairness of the health system*. Bangkok: Sri Muang Printing. (In Thai)
- Phakdeephon, S., Anantachot, P., Pengsupap, T., & Trakulkan, S. (2014). Financial status and service quality of hospitals under the co-payment mechanism of the diagnosis related group. *Thai Pharmacy and Health Sciences*, 9(4), 213-221. (In Thai)
- Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary. (2014). The study of the cost of services of the service centers under the Ministry of Public Health. *Health Informtion*, 7(12). (In Thai)
- Rencz, F., Kovacs, A., Brodszky, V., Gulacsi, L., Nemeth, Z., Nagy, G. J., ... Nyirady, P. (2015). Cost of illness of medically treated benign prostatic hyperplasia in Hungary. *Internatinal Urology and Nephrology*, 47(8), 1241-1249. doi:10.1007/s11255-015-1028-7

- Rijiravanit, W. (2010). *Working study Principles and case studies* (7th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Tangkasemsamran, K. (2007). Cost per service unit and return rate of Chattrakan Hospital. *Journal of Public Health System Research*, 1(2), 35-44. (In Thai)
- Thana, K., & Khunklin, A. (2015). Nursing notes: Important evidence for professional nurses. *Nursing Journal*, 42(1), 164-170. (In Thai)
- Thianjaruwatana, W., Sakunphanich, T., Phongphattharachai, D., & Chiangchaisakulthai, K. (Eds.). (2011). *A guide to study the cost of service locations under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Thummanon, W. (2001). *Activity based cost management system. Activity based cost: ABC*. Bangkok: Ionic. (In Thai)
- Wiwatwanich, S. (2009). Cost management with new nursing administrators. *Journal of Northern Health*, 2(2), 53-59. (In Thai)
- Zarekhormizi, E., & Bahrami, M. A. (2017). Absolute cost of hernia operation using Activity based costing (ABC). *Journals of Evidence Based Health Policy, Management & Economics (JEBHPME)*, 1(1), 39-45.



การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Quality Improvement of Nursing Handover, Surgical Intensive Care Unit, Uttaradit Hospital

ลัดดา	มีจันทร์ *	Ladda	Mechan *
อภิรตี	นันท์ศุภวัฒน์ **	Apiradee	Nantsupawat **
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล **	Petsunee	Thungjaroenkul **

บทคัดย่อ

การรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นวิธีการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยจากพยาบาลเวรหนึ่งไปยังพยาบาลเวรถัดไป เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลที่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยปลอดภัย การศึกษาเชิงพัฒนานี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพิดีซีเอ ของ Deming (1993) อ้างใน McLaughlin and Kaluzny (1999) ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ สร้างทีมงานที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ ทำความเข้าใจในกระบวนการที่จะปรับปรุง ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ เลือกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง วางแผนการปรับปรุง นำแผนสู่การปฏิบัติ ตรวจสอบการปฏิบัติ ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม แบบสังเกตการปฏิบัติของทีมผู้ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในอนาคต และแบบบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพิดีซีเอ และเทคนิคการสื่อสารแบบ SBAR ทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 96 และไม่พบอุบัติการณ์จากการรับส่งเวร ทีมผู้ปฏิบัติทุกคนมีความพึงพอใจต่อแนวทางรับส่งเวรทางการพยาบาล เนื่องจากมีกระบวนการชัดเจน ได้ประเด็นสำคัญ และกระชับเวลา มีหลักฐานการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในอนาคต คือ ทีมผู้ปฏิบัติยังมีการส่งประเด็นปัญหา หรือความเสี่ยงของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ผู้ส่งเวรบางคนยังศึกษาข้อมูลไม่ครอบคลุมก่อนส่งเวร และผู้รับเวรบางคนยังขาดการตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนรับเวร

ผลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การปรับปรุงการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวรพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดวัฒนธรรมการรับส่งเวรที่ดี มีมาตรฐานการปฏิบัติร่วมกัน เกิดประโยชน์ต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

* Professional Nurse, Uttaradit Hospital

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 20 มีนาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 25 พฤศจิกายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 15 พฤศจิกายน 2560

และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำแนวทางดังกล่าว ไปพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการแพทย์ในหน่วยงานอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การรับส่งเวรทางการแพทย์ การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการแพทย์ ผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม

Abstract

Nursing handover is a method to communicate important patient information from one nurse shift to another shift in order to ensure quality continuing care and patient safety. The purpose of this developmental study was to improve the quality of nursing handover in the Surgical Intensive Care Unit at Uttaradit Hospital using the FOCUS-PDCA continuous quality improvement process. This method consists of nine steps: find a process to improve; organize a team that knows the process; clarify current knowledge of the process; understand causes of process variation; select the process improvement; plan the improvement; do the improvement; check the results; act to hold the gain and continue improvement (Deming 1993, as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999). Participants included thirteen registered nurses. The research instruments were interview guidelines, an observation checklist, satisfaction, barriers and suggestions for quality improvement of nursing handover in the future and the record of incidents caused by nursing handover. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results revealed that after using the FOCUS-PDCA continuous quality improvement process and SBAR technique for communication, registered nurses could correctly and completely perform more than 96 percent of nursing handover protocol and no incidents were found from nursing handover. All registered nurses were satisfied with the nursing handover protocol because of the clarity of the critical issues of patients which saved time. There was evidence of referrals for patient care information. Problem and suggestions for quality improvement of nursing handover in the future included incomplete critical or risk issues, some nurses did not completely review the patient's data and did not visiting assess patients before performing nursing handover.

The results of this study showed that improving the way nurses report patient information during the change of shift contributes to good nursing handover culture. There is a common practice standard, beneficial for nurse to perform the nursing handover process and a good outcome to patient. As a result, nursing administrators can apply this protocol to improve the quality of nursing handovers in other units.

Keywords: *Nursing Handover, Quality Improvement of Nursing Handover, Surgical Intensive Care Unit*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หอผู้ป่วยหนักที่สมบูรณ์พร้อม ต้องมีการกำหนดศึกษาและใช้ ทั้งกระบวนการทำงานหลัก และกระบวนการทำงานย่อยต่าง ๆ ที่เป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงาน มีการวัดผล และทีมบุคลากรทางการพยาบาลจะต้องเข้าใจ รู้จักพัฒนากระบวนการทำงานให้กระชับ มีประสิทธิภาพ ง่ายต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ผลงานสูงสุด ดังนั้นการจัดระบบงานที่เอื้อต่อบุคลากรจะทำให้ทีมมีความสุขทั้งกายและใจ สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน อันจะส่งผลถึงผู้ป่วยในที่สุด (Poompichet & Permpikul, 2009) พยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา เมื่อสังเกตปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถแจ้งทีมทราบ และวางแผนให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที (Sathavorn, 2011) ในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงนั้น บุคลากรทางการพยาบาลอาศัยกระบวนการทำงานหมุนเวียนเป็นผลัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Chirathamkun, 2009) และการรับส่งมอบความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่พยาบาลอีกทีมหนึ่งหลังสิ้นสุดผลัดพยาบาล เรียกว่า การรับส่งเวรทางการพยาบาล (nursing handover) (Smeulers, Lucas, & Vermeulen, 2014) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งต่อข้อมูลสำคัญที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ให้ทีมพยาบาลได้รับทราบข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน สามารถนำไปวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย (Chirathamkun, 2009) สำหรับเครื่องมือที่ใช้สื่อสารเพื่อให้ข้อมูลของผู้ป่วยในการรับส่งเวรทางการพยาบาลนั้น พบว่า SBAR ได้รับความนิยมนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย สอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2007) ที่ได้กำหนดให้นำ SBAR มาเป็นแนวทางการรับส่งเวรให้เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมประเด็นหลักของผู้ป่วย

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 620 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลทั้งผู้

ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ดำเนินงานตามนโยบายของโรงพยาบาล และได้มีการพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารด้วย SBAR ในปี 2556 ซึ่งนำมาใช้รายงานข้อมูลของผู้ป่วยแก่แพทย์ แต่ยังไม่เคยนำกรอบการสื่อสารนี้มาพัฒนาการรับส่งเวรทางการพยาบาล (Nursing Department Uttaradit Hospital, 2016) สำหรับการรับส่งเวรในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมนั้น จากการสังเกตของผู้ศึกษาพบว่าพยาบาลผู้ส่งเวรมีอิสระในการรายงานข้อมูล โดยมีการเรียกหาเอกสารเพิ่มเติมส่งเวร ทำให้การรายงานข้อมูลขาดความต่อเนื่อง และผู้ส่งเวรบางคนติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ในบางครั้งยังพบขาดการส่งต่อข้อมูลให้เวรต่อไปติดตามปัญหาหรือความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังต่อไปในเวรถัดไป ทำให้ผู้รับเวรไม่ทราบข้อมูลสำคัญที่ต้องดำเนินการต่อ กิจกรรมการดูแลรักษาจึงขาดความต่อเนื่อง ส่วนด้านผู้รับเวรนั้นพบมีการจดบันทึกอย่างเป็นอิสระ และพบว่าขณะดำเนินการรับส่งเวรถูกรบกวนจากญาติ หรือแพทย์เข้ามาสอบถามอาการผู้ป่วย มีการหยุดรับส่งเวรเพื่อรับโทรศัพท์ รับย้ายผู้ป่วย ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย นอกจากนี้จากการสอบถามพยาบาลในหอผู้ป่วยได้ข้อมูลว่าการรับส่งเวรที่ทำอยู่ทุกวันนี้เป็นการทำตามการรับส่งเวรจากที่ผ่านมา ยังไม่มีคู่มือหรือแนวทางการรับส่งเวรที่ชัดเจน

ในปีงบประมาณ 2559 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากการรับส่งเวรในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ได้แก่ การส่งต่อข้อมูล หรือส่งต่อแล้วแต่ไม่ได้บันทึกรายละเอียดการรับเวรไว้ ทำให้พบอุบัติการณ์ทางห้องปฏิบัติการ การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้สารละลาย ความคลาดเคลื่อนทางยา การติดตามความเสี่ยงจากการให้ยา (Uttaradit Hospital Quality Center, 2016) จากอุบัติการณ์ดังกล่าวอาจมีปัญหากับการรับส่งเวรในหอผู้ป่วย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคูณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลส่งเสริมให้มีการนำการสื่อสาร

นี้มาใช้รายงานข้อมูลผู้ป่วยแก่แพทย์อยู่แล้ว จึงพัฒนา มาใช้กับการรับส่งเวรทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ง่าย ต่อการนำไปใช้ และเป็นการให้ข้อมูลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีกรอบการรายงานที่ชัดเจน ครอบคลุมประเด็นหลัก และมีการนำมาใช้สื่อสารกันอย่างแพร่หลาย ร่วมกับใช้ กรอบแนวคิด โฟกัสพีดีซีเอ ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานที่มีความรู้เกี่ยวกับ กระบวนการ 3) ทำความเข้าใจในกระบวนการที่จะ ปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวน ในกระบวนการ 5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนการปรับปรุง 7) นำแผนสู่การปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ 9) ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุง อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรับส่งเวรทางการพยาบาลมี ประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้ การสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับใช้แนวคิดการปรับปรุง คุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในการ พัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในหอ ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นอย่างไร
2. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในอนาคตสำหรับ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการรับ ส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ในการ ให้ข้อมูล 4 ประเภท ประกอบด้วย 1) ข้อมูลสถานการณ์ 2) ข้อมูลภูมิหลัง 3) ข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย และ

4) ข้อเสนอแนะ ร่วมกับใช้แนวคิดการปรับปรุง คุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ ซึ่งมีกระบวนการ ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานที่มี ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจใน กระบวนการที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของ ความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกกระบวนการที่ ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนการปรับปรุง 7) นำแผนสู่ การปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ 9) ยืนยันการดำเนินการ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาล อุดรดิตถ์ จำนวน 13 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทีม พัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร 3 คน และพยาบาลทีม ผู้ปฏิบัติการรับส่งเวร 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สอบถามทีมผู้ปฏิบัติ 2) แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทาง แก้ไขปัญหาการรับส่งเวรใช้ในการประชุมกลุ่ม 3) แบบ สังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการ พยาบาล ใช้สังเกตทีมผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นแบบตรวจสอบ รายการ 45 ข้อ 4) แบบบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดจากการ รับส่งเวร และ 5) แบบสอบถามระดับความพึงพอใจ ต่อแนวทางรับส่งเวร และเขียนระบุเหตุผลของความ พึงพอใจ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา คุณภาพการรับส่งเวรในอนาคต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ส่วนที่ 1 ไปตรวจสอบความตรง จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยการตรวจสอบความ

ครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน และความเหมาะสมของคำถาม ความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ด้านการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน ด้านคุณภาพ 1 ท่าน และผู้บริหารทางการพยาบาลที่ทำหน้าที่พัฒนาคูณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 1 ท่าน สำหรับ ส่วนที่ 2 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) โดยทีมพัฒนาคูณภาพ 2 คน และนำแบบสังเกตตรวจสอบทีมผู้ปฏิบัติ 10 ครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของการสังเกต ได้ค่าเท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ ดังนี้

1. ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ โดยผู้ศึกษาทบทวนรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวร ย้อนหลัง 1 ปี พบการขาดการส่งต่อข้อมูล หรือส่งต่อแล้วแต่ไม่ได้บันทึกรายละเอียดการรับเวรไว้ ทำให้พบอุบัติการณ์ทางห้องปฏิบัติการ การติดตามผลตรวจ การให้สารละลาย ความคลาดเคลื่อนทางยา การติดตามความเสี่ยงจากการให้ยา และจากการสอบถามพยาบาลในหอผู้ป่วยการรับส่งเวรที่ทำอยู่ทุกวันนี้เป็นการทำตามการรับส่งเวรจากที่ผ่านมา ยังไม่มีคู่มือหรือแนวทางการรับส่งเวรที่ชัดเจน

2. สร้างทีมงานที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ โดยผู้ศึกษาได้เรียนเชิญหัวหน้าและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นทีมพัฒนาคูณภาพ รับทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และวางแผนการทำงานร่วมกัน

3. ทำความเข้าใจในกระบวนการที่จะปรับปรุง ทีมพัฒนาคูณภาพประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ โดยใช้การระดมสมองให้ทุกคนทำความเข้าใจกระบวนการรับส่ง

เวรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติในปัจจุบัน และใช้ผังการไหลเป็นเครื่องมือในการสร้างความกระจ่าง

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดจากการรับส่งเวร กระตุ้นให้เกิดปริมาณความคิดเห็นจากสมาชิกทุกคน ทีมพัฒนาคูณภาพรวบรวมความคิดเห็น ซึ่งใช้ผังก้างปลาในการวิเคราะห์หาสาเหตุ

5. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ทีมพัฒนาคูณภาพนำเสนอปัญหาและสาเหตุการรับส่งเวรไม่มีประสิทธิภาพ ให้ทีมผู้ปฏิบัติแสดงความคิดเห็นหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และใช้เทคนิคการลงคะแนนพหุจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ได้ผลดังนี้ 1) ผู้ส่งเวร 2) ผู้รับเวร 3) วิธีการรับส่งเวร และ 4) อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้ประเด็นของการขาดแนวปฏิบัติ

6. วางแผนการปรับปรุง ทีมพัฒนาคูณภาพวางแผนการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการรับส่งเวร ซึ่งใช้แผนภูมิแกนต์กำหนดระยะเวลาทำ ระบุทีมพัฒนาคูณภาพผู้รับผิดชอบ นำคู่มือ และแบบสังเกตการปฏิบัติเสนอผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ

7. นำแผนสู่การปฏิบัติ ทีมพัฒนาคูณภาพบรรยายให้ความรู้ในแนวทาง และการนำคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยมีตัวอย่างประกอบและสาธิตการรายงานข้อมูลผู้ป่วยให้เข้าใจ และติดตามแนวทางปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติ 2 สัปดาห์ โดยในช่วงทดลองทีมพัฒนาคูณภาพคอยให้คำปรึกษา สะท้อนข้อมูลกลับและกำกับ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

8. ตรวจสอบการปฏิบัติ ทีมพัฒนาคูณภาพทำการตรวจสอบการปฏิบัติตามคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่กำหนดขึ้น ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยทีมผู้ปฏิบัติทุกคนถูกสังเกตครบทุกเวร เป็นการส่งเวรรายใหม่ 15 ครั้ง รายเก่า 15 ครั้ง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ และทีมพัฒนาคูณภาพติดตามอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทุกวัน

9. ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เมื่อผลตรวจสอบการปฏิบัติครั้งที่ 1 ยังพบบางรายการปฏิบัติได้ถูกต้องและครบถ้วน น้อยกว่าร้อยละ 80 จึงสะท้อนข้อมูลกลับ เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติร่วมหาแนวทางแก้ไข และเกิดการปฏิบัติตามแนวทางได้มากขึ้น นำสู่การพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 2 ซึ่งทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติในทุกรายการตามแนวทาง ได้ถูกต้องและครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 80 และไม่พบอุบัติการณ์จากการรับส่งเวรทางการพยาบาล จึงหาข้อตกลงร่วมกัน โดยที่ประชุมมีมติให้ยึดถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันในการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วย และแจกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวทาง ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในอนาคต

ผู้ศึกษาได้รับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้ SBAR ซึ่งจะมีการให้ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลสถานการณ์ (situation) ข้อมูลที่ระบุตัวผู้ป่วย และสถานการณ์ความเจ็บป่วยสำคัญ เช่น เลขเตียง ชื่อ นามสกุล อายุ การวินิจฉัย ปัจจุบัน วันที่ admit วันที่ผ่าตัด และการผ่าตัด 2) ข้อมูลภูมิหลัง (background) ข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบันก่อน admit ประวัติการผ่าตัด ประวัติแพ้ยา และภูมิหลังประเด็นปัญหา การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญ 3) ข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย (assessment) เป็นข้อมูลปัญหาความเสี่ยงของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ได้จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่พบเป็นประเด็นผิดปกติที่คาดว่าจะเกิดเหตุการณ์รุนแรงหรือบ่งบอกสิ่งที่ตนเองดูแลแล้วเกิดความวิตกกังวลเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 4) ข้อมูลเสนอแนะ (recommendation) เป็นการชี้แนะวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาเหล่านั้น และสิ่งที่ต้องการส่งต่อให้ปฏิบัติกิจกรรมต่อไปเพื่อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย ข้อมูลจากแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวร

วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลความพึงพอใจต่อแนวทาง ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล วิเคราะห์เนื้อหา และจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล มีจำนวน 10 คน อายุเฉลี่ย 35 ปี โดยร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี และร้อยละ 100 ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.60 ปี ซึ่งร้อยละ 40 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมากที่สุดอยู่ในช่วง 16-20 ปี และร้อยละ 100 ทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวร
2. คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของทีมผู้ปฏิบัติ ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพ ครั้งที่ 2 ทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 100 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีเพียง 6 รายการ ที่ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 96.67 (ตารางที่ 1) และ ไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของทีมปฏิบัติที่ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2

รายการประเมิน	จำนวน (ร้อยละ) ของทีมปฏิบัติที่ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรได้ถูกต้องและครบถ้วน					
	ครั้งที่ 1		รวมปฏิบัติได้ ถูกต้องและ ครบถ้วน	ครั้งที่ 2		รวมปฏิบัติได้ ถูกต้องและ ครบถ้วน
	รายใหม่	รายเก่า		รายใหม่	รายเก่า	
1. Situation: สถานการณ์						
1.1 เลขเตียง	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
1.2 ชื่อ-สกุล	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
1.3 อายุ	15 (100.00)	9 (60.00)	24 (80.00)	15 (100.00)	14 (93.33)	29 (96.67)
1.4 การวินิจฉัยล่าสุด	15 (100.00)	11 (73.33)	26 (86.67)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
เฉพาะรายใหม่						
1.5 วันที่ admit	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
1.6 ward แรก admit	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
1.7 การวินิจฉัยแรกรับ	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
1.8 วันที่รับไว้ ICU	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
1.9 ชื่อ ward ที่ส่งผู้ป่วยมา ICU	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
1.10 การผ่าตัด/วันที่ผ่าตัด	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
2. Background: ภูมิหลัง						
เฉพาะรายใหม่						
2.1 อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
2.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันก่อน admit	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
2.3 ประวัติการรักษาที่ได้รับ	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
2.4 ประวัติโรคประจำตัว	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
2.5 ประวัติการผ่าตัด	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
2.6 ประวัติการแพ้ยาทั้งรายใหม่และรายเก่า	15 (100.00)	-	15 (100.00)	15 (100.00)	-	15 (100.00)
2.7 ภูมิหลังประเด็นปัญหาการรักษา และการพยาบาลที่สำคัญ	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
3. Assessment: การประเมิน						
3.1 ปัญหา/ความเสี่ยง	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
3.2 อาการแสดง	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
3.3 สัญญาณชีพ	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
3.4 ผล Lab	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
3.5 ผลเอ็กซเรย์/ผลตรวจพิเศษอื่น	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)

รายการประเมิน	จำนวน (ร้อยละ) ของทีมผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรได้ถูกต้องและครบถ้วน					
	ครั้งที่ 1		รวมปฏิบัติได้ ถูกต้องและ ครบถ้วน	ครั้งที่ 2		รวมปฏิบัติได้ ถูกต้องและ ครบถ้วน
	รายใหม่	รายเก่า		รายใหม่	รายเก่า	
3.6 การรักษา/ยา/หัตถการ	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
3.7 การพยาบาลที่ให้	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
4. Recommendation: ข้อ						
เสนอแนะ						
4.1 ปัญหา/ความเสี่ยงของ ผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อให้ แก้ไข/เฝ้าระวังในเวร	13 (86.67)	13 (86.67)	26 (86.67)	14 (93.33)	15 (100.00)	29 (96.67)
4.2 กิจกรรมที่ยังค้างค้าง/การ ให้ยาที่ต่อเนื่องติดตามผล Lab/ เลือด/film และอื่น ๆ	14 (93.33)	14 (93.33)	28 (93.33)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
ผู้ส่งเวร						
ชั้นก่อนการรับส่งเวร						
1. ศึกษาข้อมูลจากชาร์ทและ เอกสารต่าง ๆ	11 (73.33)	11 (73.33)	26 (86.67)	14 (93.33)	15 (100.00)	29 (96.67)
2. ติดตามผลตรวจต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ครบ	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
3. ตรวจสอบและประเมิน สภาพผู้ป่วย	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
4. เตรียมเอกสารให้พร้อม	13 (86.67)	13 (86.67)	26 (86.67)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
5. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของการ บันทึกทุกประเภทให้พร้อม	14 (93.33)	13 (86.67)	27 (90.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
6. มอบหมายให้พยาบาล ร่วมทีมทำหน้าที่แทนขณะ ตนเองส่งเวรอยู่	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
7. ส่งต่อผู้ป่วยที่จองเตียงไว้ และสรุปยอดผู้ป่วย	13 (86.67)	10 (66.67)	23 (76.67)	14 (93.33)	15 (100.00)	29 (96.67)
ชั้นรับส่งเวร						
1. ใช้เสียงรายงานข้อมูล ตั้งให้พอได้ยินชัดเจน	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
2. ตอบข้อซักถาม และ อภิปรายได้	11 (73.33)	15 (100.00)	26 (86.67)	14 (93.33)	15 (100.00)	29 (96.67)
ชั้นหลังการรับส่งเวร						
1. ทบทวนความเข้าใจในงาน	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
2. ส่งมอบใบ recommendation	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)

รายการประเมิน	จำนวน (ร้อยละ) ของทีมผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรได้ถูกต้องและครบถ้วน					
	ครั้งที่ 1		รวมปฏิบัติได้ ถูกต้องและ ครบถ้วน	ครั้งที่ 2		รวมปฏิบัติได้ ถูกต้องและ ครบถ้วน
	รายใหม่	รายเก่า		รายใหม่	รายเก่า	
ผู้รับเวร						
ขั้นก่อนการรับส่งเวร						
1. ตรวจสอบประเมินอาการผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ	15 (100.00)	8 (53.33)	23 (76.67)	15 (100.00)	14 (93.33)	29 (96.67)
2. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมบนเตียง	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
3. เตรียมตนเองให้พร้อมไม่ลุกออกขณะกำลังรับฟังข้อมูล	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
ขั้นรับส่งเวร						
1. รับฟังการส่งข้อมูลด้วยความตั้งใจ ไม่ทำกิจกรรมอื่นร่วม ยกเว้นการเปิดชาร์ทผู้ป่วย	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
2. บันทึกข้อมูลสำคัญลงในเอกสารบันทึกการรับส่งเวรส่วนบุคคล	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
3. ซักถามเพิ่มเติม หากเกิดข้อสงสัย	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
ขั้นหลังการรับส่งเวร						
1. ทบทวนทำความเข้าใจร่วมกันในงานที่ต้องติดตามหรือปฏิบัติต่อในเวร	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)
2. ตรวจสอบเอกสาร ข้อมูลสำคัญต่าง ๆ อีกครั้ง	15 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)	15 (100.00)	30 (100.00)

3. ความพึงพอใจต่อแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพพยาบาลทีมผู้ปฏิบัติทุกคนมีความพึงพอใจต่อแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลครั้งนี้ ในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งเหตุผลของความพึงพอใจ ได้แก่ การมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการรอบการรายงาน ได้ประเด็นสำคัญ กระชับเวลา มีหลักฐานการส่งต่อข้อมูลการดูแล สามารถกลับไปย้อนดูข้อมูลได้

มั่นใจที่จะส่งเวร และพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมสร้างวัฒนธรรมคุณภาพการรับส่งเวรในหอผู้ป่วย ให้มีมาตรฐานการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในอนาคต พบว่าผู้ส่งเวรยังมีการส่งประเด็นปัญหา ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อให้แก้ไข หรือเฝ้าระวังในเวรยังไม่ครอบคลุม และได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหานี้

คือ ให้มีการทบทวนทำความเข้าใจร่วมกันในประเด็นปัญหาที่ต้องติดตาม และเผื่อระว่างต่อ หรือจัดให้มีการทบทวนวิชาการร่วมกัน ให้ได้แบ่งปันประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และพบปัญหาผู้ส่งเวรบางคนยังศึกษาข้อมูลไม่ครอบคลุมก่อนส่งเวร ซึ่งมีแนวทางแก้ไขโดยให้เลือกทำกิจกรรมที่เร่งด่วนก่อน แล้วส่งต่อกิจกรรมที่เหลือให้เวรที่มารับได้ทำต่อ และบริหารจัดการเวลาในเวร ให้มีเวลาเตรียมส่งเวร ส่วนผู้รับเวรบางคนขาดการตรวจเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ ก่อนรับเวรนั้น ระบุไว้ว่าเป็นปัญหาเฉพาะบุคคล ต้องสร้างความตระหนักเฉพาะราย

การอภิปรายผล

คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้เกิดขึ้นได้ เนื่องจากการนำการสื่อสาร SBAR มาเป็นกรอบในการรายงานข้อมูล จึงช่วยให้การส่งต่อรายละเอียดเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย ซึ่งเมื่อได้ศึกษาการนำการสื่อสารนี้ไปใช้รับส่งเวรในผู้ป่วยวิกฤตของ Ibrahim (2014) พบว่า การส่งต่อข้อมูลเกิดความคล่องตัว อุบัติการณ์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Satapornpat (2010) ที่ได้นำแนวปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบ SBAR มาใช้ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า SBAR มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มีประโยชน์ต่อหอผู้ป่วยในระดับมาก และมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถเข้าใจได้ง่าย ช่วยให้การสื่อสารของพยาบาลระหว่างเวรดีขึ้น และจากการนำแนวคิด โฟกัสพิดซีเอ ของ Deming (1993) อ้างใน McLaughlin and Kaluzny (1999) มาใช้ส่งผลให้ทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้องและครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 96 และไม่พบอุบัติการณ์จากการรับส่งเวร เนื่องจากแนวคิดนี้มีการนำกระบวนการปรับปรุงคุณภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในการแก้ไขปัญหา ดังเช่น Utane (2015) ได้นำ SBAR มาใช้ร่วมกับแนวคิด FOCUS-PDCA ในการแก้ปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วย

ศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพบว่าพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวร และปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น สอดคล้องกับ Suwannasuan, Thungjaroenkul, & Chitpakdee (2016) ภายหลังจากที่นำกระบวนการ โฟกัสพิดซีเอ มาใช้ปรับปรุงการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการระบุนหาเหตุและเลือกแนวทางที่เหมาะสม ส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้แนวคิดนี้ยังมีกระบวนการสร้างทีมงาน สะท้อนผลการปฏิบัติและกำกับกำกับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดการรับส่งเวรที่มีคุณภาพ และจากการเลือกใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งการระดมสมอง ผังการไหล ผังก้างปลา แผนภูมิแกนต์ และการใช้เทคนิคการลงคะแนนพหู (Saenprasan, Kalangkun, Fongphet, Sawadiwattanukul, & Pongkiatichai, 2006; Suphachuthikun, 2000) มาใช้ในการแก้ไขข้อบกพร่อง จนเกิดประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน

ความพึงพอใจต่อแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลครั้งนี้ พบทีมผู้ปฏิบัติทุกคนมีความพึงพอใจต่อแนวทางมาก ซึ่งได้ระบุเหตุผลของความพึงพอใจไว้ คือ การมีกรอบการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมได้ประเด็นสำคัญ และมีระบบการส่งเวรเป็นแนวทางเดียวกัน พึงพอใจต่อใบให้ข้อเสนอแนะ ที่ช่วยส่งต่อประเด็นปัญหาความเสี่ยง และกิจกรรมที่ยังค้างค้างให้ทีมได้ติดตามต่อ โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ได้วิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาร่วมกัน มีหลักฐานการส่งต่อมั่นใจในข้อมูล ไม่ต้องเสียเวลาค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่ง Chirathamkun (2009) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารข้อมูลให้พยาบาลเวรอื่นได้รับทราบข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน จะช่วยประหยัดเวลาในการค้นหา พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง และทีมผู้ปฏิบัติยังพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมสร้างวัฒนธรรมคุณภาพการรับส่งเวรในหอผู้ป่วย ให้มีมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่

ผ่านมาของ Ibrahim (2014) ที่ได้พัฒนาคูณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามรูปแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยหนักระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้จำนวนอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับส่งเวรลดลง และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกระบวนการที่เป็นมาตรฐาน เกิดความคล่องตัวในการส่งต่อข้อมูล ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วย

สำหรับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคูณภาพการรับส่งเวรในอนาคตที่ทีมผู้ปฏิบัติได้ระบุถึงการส่งประเด็นปัญหา ความเสี่ยงของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมนั้น เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตมีปัญหาที่ต้องการการดูแลมาก หรือบางครั้งมีผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่พบไม่บ่อย แต่มีความวิกฤตเฉพาะ ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องนี้โดยทบทวนทำความเข้าใจร่วมกันในประเด็นปัญหาที่ต้องติดตาม เพื่อความเข้าใจในข้อมูลสำคัญที่ตรงกัน สอดคล้องกับ Tucker & Fox (2014) ที่กล่าวว่านอกจากจะส่งต่อจากการบันทึกบรรยายละเอียดการดูแลผู้ป่วยแล้วควรมีการอภิปรายร่วมพูดคุยระหว่างทีมพยาบาล เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อมูลที่ชัดเจน และไม่เกิดข้อผิดพลาด นอกจากนี้ยังระบุถึงปัญหาของการศึกษาข้อมูลจากชาร์ต และเอกสารต่างๆ ไม่ครอบคลุม จึงทำให้ไม่สามารถรายงานข้อมูล หรืออภิปรายได้ ซึ่งประเด็นปัญหานี้มักพบในผู้ป่วยรายใหม่ที่รับมาในเวร หรือรับมาช่วงเวลาใกล้สิ้นสุดเวร หลังรับไว้อาจมีภาวะวิกฤต มีกิจกรรมที่ต้องดูแลมาก นอกจาก

นี้ทีมได้ให้ข้อเสนอแนะให้มีการส่งต่อกิจกรรมการดูแลและบริหารจัดการเวลาในเวร ได้เตรียมส่งเวร เพื่อการรายงานข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย ควรมีการส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการรับส่งเวรด้วยการสื่อสารแบบ SBAR หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลบาลอุดรดิตถ์ มาใช้อย่างต่อเนื่อง
2. ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการรับส่งเวรทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการรับส่งเวร ด้วยการสื่อสารแบบ SBAR แก่บุคลากรพยาบาล และนำแนวคิด โฟกัสพีดีซีเอไปพัฒนาคูณภาพการรับส่งเวร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ควรมีการติดตามประเมินคูณภาพการรับส่งเวร และอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรอย่างต่อเนื่อง มีการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากร และทบทวนแนวทางร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกที่ยั่งยืน
2. ควรมีการนำการสื่อสารแบบ SBAR ร่วมกับแนวคิดการปรับปรุงคูณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอไปพัฒนาคูณภาพการรับส่งเวรในหอผู้ป่วยอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- Chirathamkun, S. (2009). *Question and answer for ward management*. Bangkok: Hayabusa Graphic. (In Thai)
- Ibrahim, M. A. (2014). *Improving Nursing Handoff process in the Cardiovascular Intensive Care unit*. Retrieved from <http://www.epubs.rcsi.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1030&context=m-sctheses> (In Thai)
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). *Continuous quality improvement in health care: Theory, implementation, and application*. Maryland: Aspen.
- Nursing Department Uttaradit Hospital (2016). *Nursing practice report Surgical Intensive Care Unit*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai)

- Poompichet, E., & Permpikul, C. (Eds.). (2009). *Critical care towards optimal perfection*. Bangkok: Beyond Enterprise.
- Saenprasan, P., Kalangkun, R., Fongphet, A., Sawadiwattanakul, S., & Pongkiatichai, R. (2006). *Nursing management for safety*. (3rd ed.). Bangkok: Sukhumvit. Printing. (In Thai)
- Satapornpat, P. (2010). *Development of a Nursing Handover Model in Surgical Sub Intensive Care Unit 2, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Sathavorn, D. (2011). *Patient Safety in the ICU*. Bangkok: Beyond Enterprise. (In Thai)
- Smeulers, M., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 24(6), 1-30.
- Suwannasuan, W., Thungjaroenkul, P., & Chitpakdee, B. (2016). Quality Improvement of Nursing Documentation in Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. *Nursing Journal*, 43(3), 128-136. (In Thai)
- Suphachuthikun, A. (2000). *The Path to Quality Hospital: A Workshop for Learning Manual*. Bangkok: Design Co., Ltd. (In Thai)
- Tucker, A., & Fox, P. (2014). Evaluate nursing handover: The REED model. *Nursing Standard*, 28(20), 44-48. doi:10.7748/ns2014.01.28.20.44.e7992
- Utane, M. (2015). *Quality Improvement of Nursing Handover in Surgical Male Ward 2, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Uttaradit Hospital Quality Center. (2016). *Report of risk incidence Surgical Intensive Care Unit*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai)
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Communication during patient handovers*. Retrieved from <http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>



การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย Situational Analysis of Risk Management in Female Medical Ward at Hospital in the Northern Region of Thailand

กานต์พิชา	จันทร์หงษ์ *	Kanpicha	Chanhong *
อรอนงค์	วิชัยคำ **	Orn-Anong	Wichaikhum **
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **

บทคัดย่อ

การบริหารความเสี่ยงมีความสำคัญต่อคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะความปลอดภัยของผู้ป่วย การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง และศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยการศึกษเอกสารและข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง การสัมภาษณ์ตัวแทนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล จำนวน 6 คน และ การประชุมกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างจากกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของโดนาบิเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และ ด้านผลลัพธ์ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ด้านโครงสร้าง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง มีการกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง คือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยง แต่ไม่สามารถนำนโยบายดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน ส่วนปัจจัยด้านการสนับสนุนพบว่ามีปัญหาด้านงบประมาณ ด้านบุคลากรและด้านอาคารสถานที่ สำหรับเครื่องมือคุณภาพบุคลากรขาดความรู้ในการนำไปใช้ จึงควรมีการสื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและหลากหลายช่องทาง มีการบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับงานประจำ ควรเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ ควรมีการมอบหมายงานและจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และควรมีการพัฒนาความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือคุณภาพแก่บุคลากร
2. ด้านกระบวนการ มีปัญหาขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยงได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินระดับความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล จึงควรมีการกระตุ้น และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง ควรมีคู่มือหรือแนวปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง ควรมีการนิเทศและสื่อสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติหรือวิธีการบริหารความเสี่ยง ควรมีการติดตาม ประเมินผลและพัฒนาการบริหารความเสี่ยง และควรมี

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
 * Professional nurse, Uttaradit Hospital
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 25 กันยายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 19 มีนาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 14 มิถุนายน 2561

การประสานงานในทีมสหสาขาอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านผลลัพธ์ พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นที่น่าพอใจตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงควรส่งเสริมให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ควรมีการติดตามการรายงานความเสี่ยงของบุคลากรในแต่ละเวร กระตุ้นให้มีการบันทึกข้อมูล สร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานและมีการติดตามตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

ผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์ในการปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์, การบริหารความเสี่ยง, ความปลอดภัยของผู้ป่วย

Abstract

Risk management is important to ensure the quality of health services, especially the patient safety. The objective of this descriptive study was to analyze situations of risk management and describe solutions for risk management problems in the Female Medical Ward at Hospital in the northern region of Thailand, by studying the documents and information of risk management, interviewing six risk management committee members, and conducting a group meeting of 26 nursing staff working in the Female Medical Ward. Research instruments consisted of semi structured-questions developed from the conceptual framework of the Donabedian model for quality assessment (2003), which includes structure aspect, process aspect, and outcome aspect. Data was analyzed using content analysis.

The results were as follows:

1. Regarding the structure aspect in the Female Medical Ward, there were risk management policies, which were guided by patient safety. However, they were not successfully implemented, due to the following reasons, there are budget problems, personnel, workplace, difficulty and inconvenience in using quality tools, and lack of knowledge on how to use quality tools. Suggestions included having a variety of clearly laid out channels of communication for risk management policy, preparing for budget, integrating risk management to routine work, assigning proper tasks and personnel according to workloads, and educating nursing personnel on how to use quality tools.

2. Regarding the process aspect, it was found that there are problems at every step of risk management, including risk search, risk assessment, risk management and evaluation. Suggestions included strategies to encourage and improve assessing and reporting risk, having risk management handbook or guidelines, having supervision and communication on risk guidelines or managing risk, continuous monitoring, evaluating, and improving risk management, and consistently coordinating a multidisciplinary team.

3. Regarding the outcome aspect, it was found that the planned outcomes were not achievable. Suggestions included encouraging staff to report incidents, monitoring risk reporting of

staff for every shift, urging data recording, promoting a positive attitude toward reporting, and monitoring risk management indicators every month.

The results patient safety this study can be used by the hospital and nurse administrators to improve the risk management system in Female Medical Ward.

Keywords: *Situational analysis, Risk management, Patient safety*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานบริการด้านสุขภาพมีเป้าหมายที่สำคัญคือความปลอดภัยของผู้ป่วยและเกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย หากเกิดข้อผิดพลาดหรือความเสี่ยงขึ้นอาจทำให้การดำเนินงานขององค์กรไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งความเสี่ยงมีโอกาสเกิดขึ้นได้มากในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นระบบบริการที่มีความซับซ้อน ดังเช่นในประเทศแคนาดามีรายงานความผิดพลาดทางการแพทย์และการพยาบาล 70,000-186,000 ครั้งต่อปี (O'Byrne, 2008) หรือประเทศสเปน เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยประมาณร้อยละ 8.5 (Aranaz-Andres et al., 2007) และในประเทศไทย พบว่า มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event rate) เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 207,073 ครั้ง หรือร้อยละ 9.1 และในจำนวนนี้เป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ถึงร้อยละ 71.4 (Health Administration Division, 2010)

ความเสี่ยง หมายถึงเหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอนซึ่งหากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบในเชิงลบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายขององค์กร หรือเป็นโอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย หรือการเปิดเผย หรือการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล (Sawangdee, 2004; Pricewaterhouse Coopers, 2004) จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงที่เปรียบเสมือนการหาทางลด หรือป้องกันความเสี่ยงในการทำงานแต่ละขั้นตอนไว้ล่วงหน้า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการบริหารจัดการเชิงรุกในการรับรู้ความเสี่ยงในกระบวนการทำงาน หรือควบคุม

กิจกรรม จำกัดมูลเหตุที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย เพื่อป้องกัน หรือลดโอกาสที่จะเกิดอันตราย และลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น (Suphachutikul, 2001)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงที่ศึกษานี้สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาด 620 เตียง มีการพัฒนาคุณภาพและได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในปีพ.ศ. 2551 ผ่านการต่ออายุการรับรองคุณภาพ 2 ครั้ง ในปีพ.ศ. 2554 และพ.ศ. 2557 มีการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยง ที่เน้นเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัย (Patient Safety Goals) โดยนำคำว่า SIMPLE มาเป็นแนวทางกำหนดในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย แม้จะมีการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง แต่ระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลยังต้องมีการพัฒนาตามข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) คือต้องนำข้อมูลความเสี่ยงมาวิเคราะห์ รวมทั้งการนำระบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้ทุกหน่วยงาน และพัฒนาการบริหารความเสี่ยงให้เป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัย

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงแห่งนี้ มีจำนวนเตียงถาวร 30 เตียง มีบุคลากรจำนวน 32 คน ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 40 รายต่อวัน มีผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 13 รายต่อวัน มีการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง ตามนโยบายของโรงพยาบาล และจากการทบทวนสถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วย ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ในปีพ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 มีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดในการให้บริการระดับ A-D จำนวน 98, 69 และ 54 ครั้งตามลำดับ ระดับ E-I จำนวน 9, 11 และ 14 ครั้ง

ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า มีอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง แต่มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงเพิ่มขึ้น

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงแห่งนี้อย่างไร โดยศึกษาตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003) และผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
2. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003) ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งโครงสร้างได้แก่นโยบาย คณะทำงาน ปัจจัยสนับสนุนการบริหารความเสี่ยงและเครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง ส่วนกระบวนการหมายถึง ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล (Suphachutikul, 2001) และผลลัพธ์ หมายถึงอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ประชากรในการศึกษารวมทั้งหมด 32 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มประชากรที่เป็นบุคลากรในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 26 คน

และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงแต่ละด้านของโรงพยาบาล เลือกรูปแบบตัวอย่างด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 6 คน มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบกึ่งโครงสร้าง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จำนวน 6 คน ใช้เวลาสัมภาษณ์เฉลี่ย 43.50 นาที และการประชุมกลุ่มบุคลากรในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 26 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน 2 กลุ่ม และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 8 คน 1 กลุ่ม ใช้เวลาในการประชุมกลุ่มเฉลี่ย 56.67 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับสัมภาษณ์รายบุคคล และการประชุมกลุ่ม โดยเครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูล ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ รวมทั้งปัญหา/อุปสรรคเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง และส่วนที่ 3 ข้อมูลแนวทางการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาแนวคำถามมาจากกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้แบ่งขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษานำโครงร่างการค้นคว้าแบบอิสระเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมแล้วทำการปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรม ก่อนทำการศึกษา

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาขออนุญาต และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์รายบุคคลและการประชุมกลุ่มระดมสมอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาและจะไม่รบกวนเวลาการทำงานของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิ์

การตอบรับ หรือปฏิเสธและยุติการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งการตอบรับ หรือปฏิเสธจะไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่อย่างใด นอกจากนี้ ผู้ศึกษาจะรักษาความลับของข้อมูล ไม่มีการบันทึกชื่อของผู้เข้าร่วมการศึกษา นำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทันทีภายหลังจากสิ้นสุดการศึกษา หลังจากผู้เข้าร่วมการศึกษาตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้แล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากการสัมภาษณ์รายบุคคล การประชุมกลุ่มและข้อมูลจากเอกสาร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจำนวน 6 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี โดยมีอายุระหว่าง 42-58 ปี จบการศึกษาปริญญาโทด้านการบริหารทางพยาบาล ร้อยละ 50 เป็นผู้บริหารทางพยาบาล ร้อยละ 50 เป็นแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม เกสัชกรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม และเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล ร้อยละ 16.67 เท่ากัน มีระยะเวลาปฏิบัติงานด้านการประกันคุณภาพ/การบริหารความเสี่ยง ในช่วง 5-10 ปี และ 11-15 ปี ร้อยละ 33.33 เท่ากัน และส่วนใหญ่เคยอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 83.33

1.2 พบว่ากลุ่มประชากร ที่เข้าร่วมการประชุมกลุ่ม เป็นกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เป็นผู้หญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 28.35 ปี ส่วนมากมีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.08 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 76.92 บุคลากรร้อยละ 61.54 มีระยะเวลาปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาล ในช่วง 1-5 ปี และไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 53.85

2. สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง รวมทั้งปัญหา อุปสรรค เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สรุปผลการศึกษาดังนี้

ด้านโครงสร้าง ผลการศึกษามีดังนี้

ด้านนโยบาย พบว่าหอผู้ป่วย มีการนำนโยบายการบริหารความเสี่ยงคือเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัย (Patient Safety Goals) โดยนำคำว่า SIMPLE มาเป็นแนวทางกำหนดในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย ทีมนำของโรงพยาบาลมีการสื่อสารนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง ผ่านทางการประชุมหัวหน้ากลุ่มภารกิจต่าง ๆ การแจ้งผ่านหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย ในที่ประชุมประจำเดือนของกลุ่มการพยาบาลและสื่อสารในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (intranet) และหัวหน้าหอผู้ป่วยสื่อสารนโยบายโดยการแจ้งในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงานและแจ้งก่อนการรับส่งเวรในเวรเช้า พบปัญหาและอุปสรรคคือ ไม่สามารถนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากการสื่อสารนโยบายที่ไม่ชัดเจน และไม่มีคู่มือการบริหารความเสี่ยงที่เป็นลายลักษณ์อักษร

ด้านคณะทำงาน พบว่า มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล รายด้าน 6 ด้านดังนี้ ได้แก่ ด้านคลินิก ด้านการรักษา ด้านการพยาบาล ด้านยา ด้านไมโครคลินิก และด้านข้อร้องเรียน และเจรจาไกล่เกลี่ย กำหนดหน้าที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในแต่ละด้าน ส่วนหอผู้ป่วยนั้นมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นประธานทีมบริหารความเสี่ยง และมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ดังนี้ คือ นำนโยบายการบริหารความเสี่ยงลงสู่การปฏิบัติ กระตุ้นให้บุคลากรในหอผู้ป่วยค้นหาความเสี่ยง รายงานความเสี่ยง เป็นผู้รวบรวมและวิเคราะห์ความเสี่ยง เป็นผู้นำในการทบทวนและค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความเสี่ยง สรุปข้อมูลรายงานความเสี่ยง ทุก 1 เดือน พบปัญหาและอุปสรรคคือ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถโน้มนำหรือ

ชักชวนให้บุคลากรในหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมได้ เนื่องจากมี
ประสบการณ์การทำงานด้านการบริหารความเสี่ยงน้อย
และมีภาระงานมาก จึงปฏิบัติงานบริหารความเสี่ยงได้
ไม่สมบูรณ์

ปัจจัยสนับสนุน ด้านงบประมาณ พบว่า ไม่มี
งบประมาณของหน่วยงานเอง ต้องขออนุมัติตามขั้นตอน
ประกอบกับโรงพยาบาลประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
จึงเกิดความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณ และขาดการ
วางแผนด้านงบประมาณของหน่วยงาน ด้านบุคลากร
พบว่า อัตรากำลังไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่มี
จำนวนเฉลี่ย วันละ 40-50 ราย และเป็นผู้ป่วยวิกฤต
มากกว่า 10 รายต่อวัน สัดส่วนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย
ในแต่ละเวร คือ 1:10-13 มีการแก้ไขโดยการจ้างโอที
(OT) พยาบาลเพิ่มตามจำนวนผู้ป่วยและภาระงาน
นอกจากอัตรากำลังไม่เพียงพอแล้วยังพบว่า บุคลากร
ไม่ได้รับการนิเทศด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านอาคาร
สถานที่ พบว่าสถานที่คับแคบ ไม่สามารถจัดแยกพื้นที่
ได้ชัดเจนระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยอื่น ๆ มีความ
แออัดส่งผลต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เครื่องมือคุณภาพ พบว่า หอผู้ป่วยอายุรกรรม
หญิง มีการนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ ได้แก่ การประชุม
กลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือการจัดการความ
เสี่ยง และเครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการหาสาเหตุราก
ของปัญหา (root cause analysis: RCA) ในความเสี่ยง
ด้านคลินิก ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป (ระดับ E
หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายชั่วคราว
จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม) หรือความ
รุนแรง ระดับ A-D (ระดับ A หมายถึง ยังไม่เกิดอุบัติการณ์
แต่มีโอกาสที่เกิด จนถึง ระดับ D หมายถึง ความเสี่ยง
เกิดขึ้นแล้วและไม่เป็นอันตรายแต่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง)
ที่เกิดขึ้น 3 ครั้งใน 1 เดือน ส่วนความเสี่ยงด้านไม่ใช่
คลินิกที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป ต้องหา RCA ทุก
เหตุการณ์ หลังจากนั้นนำเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ
อย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement:
CQI) หรือ การวิจัย R2R (Routine to Research)
มาใช้แก้ไขปัญหาในหน่วยงาน พบปัญหาอุปสรรคคือ

เครื่องมือคุณภาพมีความยุ่งยากซับซ้อน และบุคลากร
ขาดความรู้ในการนำเครื่องมือคุณภาพไปใช้
ด้านกระบวนการ พบว่ามี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

การค้นหาความเสี่ยง หอผู้ป่วยมีการค้นหา
ความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนของ
ผู้รับบริการ การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย จาก
ประสบการณ์ความผิดพลาดของหอผู้ป่วยอื่น และการ
ค้นหาความเสี่ยงจากหน่วยงาน โดยบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
ทุกคนสามารถค้นหาความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์
ความเสี่ยงที่ตนเองพบในขณะที่ปฏิบัติงานในระบบ
คอมพิวเตอร์และระบบไลน์ลิงค์ ความเสี่ยงของ
โรงพยาบาลแทนการเขียนรายงาน ขั้นตอนนี้พบปัญหา
อุปสรรคคือ การรายงานความเสี่ยงมีจำนวนน้อย
เนื่องจากบุคลากรไม่คุ้นเคยกับระบบการรายงานใน
คอมพิวเตอร์หรือในสมาร์ตโฟน มีการรายงานความ
เสี่ยงล่าช้าเนื่องจากภาระงานมาก และ ถัดมาผลกระทบ
จากการรายงาน

การประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง
ประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์
และการจัดทำแฟ้มบัญชีรายงานความเสี่ยง พบว่า มีการ
ประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์โดยการจัดระดับ
ความรุนแรงความเสี่ยงด้านคลินิกจากน้อยไปหามาก
เป็น 9 ระดับ ตามตัวอักษร A-I จัดระดับความรุนแรง
ความเสี่ยงด้านไม่ใช่คลินิกจากน้อยไปหามาก เป็น 4
ระดับคือ 1-4 มีการกำหนดเหตุการณ์ร้ายแรง (Sentinel
Event) 9 ลักษณะ เพื่อจัดลำดับในการรายงานและการ
จัดการอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ทันทีที่ พบ
ปัญหาอุปสรรคคือ มีการประเมินระดับความรุนแรงของ
อุบัติการณ์ ความเสี่ยงไม่ถูกต้อง บุคลากรขาดความ
เข้าใจในการวิเคราะห์หาสาเหตุรากของความเสี่ยง

การจัดการความเสี่ยง มี 2 ลักษณะคือการ
ควบคุมและการป้องกันความเสี่ยง พบว่า มีการจัดการ
ความเสี่ยงไม่ครอบคลุมตามแนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่จะ
แก้ไขเฉพาะหน้า พบปัญหาคือ ขาดการนิเทศและ
สื่อสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและวิธีการจัดการความเสี่ยง

อย่างสม่ำเสมอ ขาดการประสานงานในทีม สหสาขา

การประเมินผล ประเมินผลจากการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงและการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า มีการติดตามและรวบรวมตัวชี้วัดความเสี่ยงทุกเดือนโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วย ส่วนการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรนั้นมีการประเมิน ปีละ 2 ครั้ง ได้นำตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยง มาใช้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน พบปัญหาและอุปสรรคคือ ขาดการติดตามตัวชี้วัด และขาดการนำผลการประเมินมาพัฒนาและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

ด้านผลลัพธ์ ผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยง ได้จากอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ที่เกิดขึ้นในแต่ละเดือน พบว่าในปี พ.ศ. 2557, 2558, 2559 และ 2560 มีความเสี่ยงด้านคลินิกหรือความผิดพลาดในการให้บริการระดับ A-D จำนวน 98, 69, 54 และ 37 ครั้งตามลำดับ ระดับ E-I (ระดับ E หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม จนถึงระดับรุนแรงสูงสุดคือ ระดับ I หมายถึง เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต) จำนวน 9, 11, 14 และ 15 ครั้งตามลำดับ จะเห็นได้ว่า มีความเสี่ยงในระดับรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี และผลลัพธ์ไม่เป็นที่น่าพอใจตามที่กำหนด

3. แนวทางการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สรุปผลการศึกษาดังนี้
ด้านโครงสร้าง

แนวทางการแก้ปัญหาด้านโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง มีดังนี้ ควรมีการสื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและหลากหลายช่องทางสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย การบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับงานประจำ ความพร้อมด้านงบประมาณ การมอบหมายงานและจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และการพัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือคุณภาพแก่บุคลากร

ด้านกระบวนการ

แนวทางการแก้ปัญหาที่มีดังนี้ ควรมีการกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง จัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย การนิเทศและสื่อสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ/วิธีการบริหารความเสี่ยง มีการติดตามประเมินผลและพัฒนาการบริหารความเสี่ยง และมีการประสานงานในทีมสหสาขาอย่างต่อเนื่อง

ด้านผลลัพธ์

แนวทางการแก้ปัญหา มีดังนี้ ควรกระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ โดยมีการติดตามการรายงานทุกเวอร์ กระตุ้นให้มีการบันทึกข้อมูล สร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานความเสี่ยง และการติดตามตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ และปัญหา อุปสรรค ในการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อภิปรายผลการศึกษาเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านโครงสร้าง อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ด้านนโยบาย พบว่า หอผู้ป่วย มีการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (The Healthcare Accreditation Institute, 2015) มีการสื่อสารนโยบาย แต่ไม่สามารถนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน และไม่มีคู่มือการบริหารความเสี่ยงที่เป็นลายลักษณ์อักษร ส่งผลต่อการรับทราบและการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่ง การสื่อสารที่มีประสิทธิผลเกี่ยวกับกลยุทธ์ กระบวนการบริหารความเสี่ยงและวิธีปฏิบัติมีความสำคัญมาก เพราะการสื่อสารจะเน้นให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างการบริหารความเสี่ยงกับกลยุทธ์องค์กร (PricewaterhouseCoopers, 2004)

ด้านคณะทำงาน พบว่า มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็น

ประธานทีมบริหารความเสี่ยง และแต่งตั้งพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน พบอุปสรรคในหน่วยงาน คือ กรรมการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถโน้มนำหรือชักชวนให้บุคลากรมีส่วนร่วมได้และปฏิบัติงานบริหารความเสี่ยงได้ไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีประสบการณ์น้อย ภาระงานมาก ซึ่งความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน (Chanpanyasakul, 2010) และ อุปสรรคเกี่ยวกับคณะทำงาน คือ ภาระงานมาก ในแต่ละเวร ต้องเร่งรีบปฏิบัติงานประจำ และงานด่วนกว่าเพื่อให้เสร็จทันเวลา (Supeesudh, 2007)

ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านงบประมาณ พบว่า ไม่มีงบประมาณของหน่วยงานเอง ต้องขออนุมัติตามขั้นตอน ทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณ และหน่วยงานขาดการวางแผนด้านงบประมาณ สัมพันธ์กับแนวคิดของ PricewaterhouseCoopers (2004) ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนไม่ว่าจะด้านใดก็ตาม จะช่วยให้การบริหารความเสี่ยงประสบความสำเร็จ ซึ่งการไม่สามารถดำเนินการวางแผนงบประมาณได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้องค์กรเสียโอกาสและได้รับความเสียหายที่รุนแรงขึ้น ปัจจัยด้านบุคลากร พบว่า อัตรากำลังไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย มีการแก้ไขโดยการจ้างพยาบาลนอกเวลาเพิ่มตามจำนวนผู้ป่วยและภาระงาน รวมทั้งการขาดแคลนพยาบาลส่งผลให้พยาบาลต้องรับภาระงานเกินมากขึ้น อาจเกิดการผิดพลาดจากการทำงานและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย พยาบาลและองค์กรได้ (Nantsupawat, Wichaikhum, & Nantsupawat, 2014) และบุคลากรไม่ได้รับการนิเทศด้านการบริหารความเสี่ยง ปัจจัยด้านอาคารสถานที่ พบว่าสถานที่คับแคบ แออัดส่งผลต่อความสามารถในการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อ หรือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Unahalekhaka, 2005)

เครื่องมือคุณภาพ พบว่า หอผู้ป่วยมีการนำ

เครื่องมือคุณภาพมาใช้ในการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การประชุมกลุ่ม และการทำ RCA, CQI และ R2R มาใช้แก้ไขปัญหาในหน่วยงาน สอดคล้องกับ Saenprasarn (2006) ที่กล่าวว่า การวิเคราะห์หาสาเหตุรากลึกของปัญหาจะช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพที่มีความยั่งยืน ไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำขึ้นอีก และพบปัญหา คือ เครื่องมือคุณภาพมีความยุ่งยากซับซ้อน และบุคลากรขาดความรู้ในการนำเครื่องมือคุณภาพไปใช้ สอดคล้องกับ Chanpanyasakul (2010) ที่สรุปไว้ว่า การมีความรู้ไม่เพียงพอ การไม่ปฏิบัติหรือการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ในการใช้เครื่องมือคุณภาพ เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการบริหารความเสี่ยง

ด้านกระบวนการ พบว่า มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

การค้นหาความเสี่ยง พบว่ามีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากหลายช่องทาง บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ค้นหาความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงที่ตนเองพบในขณะปฏิบัติงานได้ในระบบคอมพิวเตอร์และระบบไลน์ลิ้งค์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลแทนการเขียนรายงาน ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญในการค้นหาปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยง Suphachutikul, (2001) ได้กล่าวว่า การรายงานความเสี่ยงมีจำนวนน้อย การรายงานความเสี่ยงล่าช้า เพราะกลัวผลกระทบจากการรายงาน สอดคล้องกับ Chanpanyasakul (2010) ที่พบว่า บุคลากรกลัวผลกระทบในทางลบจากการรายงานและภาระงานที่ล้นมากเกินไปจึงไม่มีเวลาและให้ความสำคัญกับการรายงานความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยง พบว่า มีการประเมินและจัดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด เพื่อจัดลำดับในการรายงานและการจัดการที่เกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้ง สอดคล้องกับแนวคิดของ Wilson (1992) ที่กล่าวว่า การวิเคราะห์และการประเมินจะช่วยให้บุคลากรแก้ไขสถานการณ์ได้ทันทั่วทั้งที่ โดยพิจารณาจากความถี่ ความรุนแรง อันตราย และความเสียหายที่เกิดขึ้น และหอผู้ป่วยมีการจัดทำแฟ้มบัญชีรายงานความเสี่ยง เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและ

กำหนดมาตรการป้องกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Saphachutikul (2001) ที่กล่าวว่า การจัดทำบัญชีความเสี่ยงเป็นการวาดภาพให้เห็นว่าหน่วยงานนั้น ๆ มีความเสี่ยงสำคัญอะไร และต้องไม่ให้อุบัติการณ์ ที่เกิดบ่อยมา บดบังความเสี่ยงที่สำคัญ และยิ่งพบปัญหาว่า มีการประเมินระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง อาจเป็นเพราะขาดความเข้าใจในการวิเคราะห์หาสาเหตุรากลึกของความ เสี่ยงนั่นเอง

การจัดการความเสี่ยง มี 2 ลักษณะ คือ การ ควบคุมความเสียหาย และการป้องกันความเสี่ยง พบว่า ในหอผู้ป่วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและแกนนำด้าน ต่าง ๆ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จากการละเลยการปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Supeesudh (2007) นอกจากนี้พบปัญหาคือ การจัดการ ความเสี่ยงไม่ครอบคลุมตามแนวปฏิบัติ ขาดการนิเทศ และสื่อสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติหรือวิธีจัดการความเสี่ยง และขาดการประสานงานในทีมสหสาขา เพื่อร่วมกันแก้ไข และจัดการความเสี่ยง เช่นเดียวกับปัญหาที่พบจากการ ศึกษาของ Nilprayoon (2012) ที่พบว่ามีการประเมิน ความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง การขาดความเข้าใจ ในการหาสาเหตุรากลึกของปัญหาที่เกิดขึ้น

การประเมินผล พบว่า มีการประเมินผลการ บริหารความเสี่ยง โดยการติดตามตัวชี้วัดและประเมิน ผลการปฏิบัติงาน ซึ่งการประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้าย ของกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่บ่งบอกถึง คุณภาพ และความสำเ็จ (Saphachutikul, 2001) พบปัญหา คือ ขาดการติดตามตัวชี้วัด ขาดการนำผลการประเมิน มาพัฒนาและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Chanpanyasakul (2010) และ Nilprayoon (2012) ที่ศึกษาพบว่า ขาดความสม่ำเสมอในการติดตาม ตัวชี้วัดความเสี่ยง พบปัญหาการสื่อสารไม่เพียงพอ และ มีความเสี่ยงซ่อนเร้นอยู่

ด้านผลลัพธ์ การบริหารความเสี่ยง พบว่า ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย คือ มีอัตราการเกิดอุบัติ การณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรงที่สูงขึ้น ซึ่งกลุ่มประชากร

มีความคิดเห็นว่าจะเกิดจากการไม่ได้วิเคราะห์หา สาเหตุที่แท้จริง หรือการไม่ได้รายงานความเสี่ยงที่เป็น อันตรายเพราะกลัวผลกระทบจากการรายงาน จึงทำให้อุบัติการณ์ ความเสี่ยงเหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไขและเกิดซ้ำได้ หรือมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ภาระงานที่มีมาก ส่งผลต่ออัตราการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งนี้ได้มีการวิเคราะห์ เชื่อมโยงกับโครงสร้างและกระบวนการของหน่วยงาน แล้วส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่นการ ศึกษา ของ Nantsupawat et al. (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของ พยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์การใน โรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ภาระงานที่มากขึ้นหรือมาก เกินไป และอัตราค่าจ้างที่ขาดแคลน ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงานได้

2. แนวทางการแก้ปัญหาในการบริหารความเสี่ยง ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหนัก อภิปรายเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านโครงสร้าง ควรมีการสื่อสารนโยบายการ บริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและหลากหลายช่องทางสู่ การปฏิบัติในหอผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรเข้าใจและ ลงมือปฏิบัติได้ เช่นเดียวกับการสื่อสารของ Saenprasan (2006) ที่กล่าวไว้ว่า ควรมีการสื่อสารทั้งแบบเป็น ทางการและไม่เป็นทางการ ควรมีการบูรณาการการ บริหารความเสี่ยงเข้ากับงานประจำ ควรมีเตรียมความ พร้อมด้านงบประมาณ ควรมอบหมายงานและจัดอัตรา กำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และควรพัฒนาความรู้ เรื่องการใช้เครื่องมือคุณภาพแก่บุคลากร เพราะความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการแก้ ปัญหาที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ส่งผล ให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมาย (Srisatidnarakul, 2007)

ด้านกระบวนการ ควรกระตุ้นและพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรในการค้นหาและรายงานความ เสี่ยง ซึ่งการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาลและ กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติ การณ์จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ที่แท้จริงและจัดการ กับปัญหาหรือความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(Suphachutikul, 2001) ควรจัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย เพราะการมีคู่มือและแนวปฏิบัติจะช่วยลดความแตกต่างและลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานได้ (The Healthcare Accreditation Institute, 2015) ควรนิเทศและสื่อสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ/วิธีการบริหารความเสี่ยง ควรมีการติดตามประเมินผล และพัฒนาการบริหารความเสี่ยง และควรประสานงานในทีมสหสาขาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความร่วมมือของทีมสหสาขาจะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของงาน (Chanpanyasakul, 2010). และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพจะเชื่อมโยงไปสู่องค์กรรวมในการดูแลผู้ป่วยและเห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่หลากหลาย หากทำโดยวิชาชีพเดียวกันจะได้รับบริการที่ไม่ครอบคลุม (Suphachutikul, 2001)

ด้านผลลัพธ์ ควรกระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ การรายงานอุบัติการณ์เป็นการติดตามระดับการเกิดปัญหาในการบริหารความเสี่ยง การรายงานและการสืบสวนตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยแก้ปัญหาได้อย่างทันที่ และลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น (Suphachutikul, 2001) ควรสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานความเสี่ยง ไม่ตำหนิตัวบุคคล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยทำความเข้าใจกับบุคลากรให้มองอุบัติการณ์เป็นเชิงบวก และทำให้เห็นเป็นรูปธรรมว่า การเขียนรายงานอุบัติการณ์จะไม่ทำให้ผู้ถูกรายงานรู้สึกว่าคุณค้ำ และต้องสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ เพื่อ

ให้บุคลากรกล้าที่จะรายงาน (Suphachutikul, 2001) และควรติดตามตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน เพราะการติดตาม ประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ จะบอกถึงความสำเร็จและคุณภาพของการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การบริหารความเสี่ยงมีหลายขั้นตอนตามที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายตั้งแต่ระดับผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงาน ในการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน ทั้ง 3 ด้าน คือ หากองค์กรมีโครงสร้างและกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและนำสู่การปฏิบัติโดยทุกฝ่ายแล้ว ย่อมส่งผลดีต่อผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตระหนักให้ทำงานตามมาตรฐานวิชาชีพและเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา รวมทั้งสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอื่นๆเพิ่มเติม และศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทั้งด้านคลินิกและด้านที่ไม่ใช่คลินิก เพื่อเป็นข้อมูลในภาพรวมขององค์กร แล้วนำไปใช้วางแผนแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาการบริหารความเสี่ยงขององค์กรให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Aranaz-Andres, J. M., Aibar-Rejon, C., Vitaller-Murillo, J., Ruiz-Lopez, P., Limon-Ramirez, R., & Terol-Garcia, E. (2007). Incidence of adverse event related to health care in Spain: Results of the Spanish National Study of Adverse Events. *Journal of Epidem & Community Health, 62*(12), 1022-1029. doi:10.1136/jech.2007.065227
- Chanpanyasakul, O. (2010). *The situation analysis of risk management in the pediatric ward 3, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in healthcare*. Oxford: Oxford University Press.

- Health Administration Division. (2010). *Guidelines for the management of patient safety in hospitals* (1st ed.). Bangkok: Chongchian marketing.
- Nantsupawat, R., Wichaikhum, O., & Nantsupawat, A. (2014). The relationship between Nurses' Extended work hours and patient, nurse, and organizational outcomes in general hospital. *Nursing Journal*, 41(4), 58-69. (In Thai)
- Nilprayoon, P. (2012). *Situation analysis of risk management in Male Medical Ward 2, at Nakornping Hospital, Chiang Mai Province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- O'Byrne, P. (2008). The dissection of risk: A conceptual analysis. *Nursing Inquiry*, 15(1), 30-39.
- PricewaterhouseCoopers. (2004). *The risk management*. Bangkok: Pricewaterhouse Coopers international. (In Thai)
- Saenprasan, P. (2006). *Nursing management for security*. Bangkok: Sukhumvit printing. (In Thai)
- Sawangdee, K. (2004). *The quality of hospital care: Guidelines for internal quality assessment*. Nonhaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *Leadership and strategic management in nursing organization for the 21st century*. Bangkok: Chulalongkorn University printing house. (In Thai)
- Supeesudh, P. (2550). *Risk management in healthcare organizations, community hospital Servias* (Master's thesis, Burapha University). (In Thai)
- Suphachutikul, A. (2001). *Course to quality hospitals: Manual learning to practice* (2nd ed.). Bangkok: The Healthcare Accreditation Institute. (In Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2558). *Hospital and health care standards Sixtieth Anniversary Cerebrations of His Majesty's Accession to the Throne Edition*. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute. (In Thai)
- Unahalekhaka, A. (2005). *Surveillance and outbreak investigation of nosocomial infections in hospitals*. Chiangmai: Mingmeang. (In Thai)
- Wilson, C. R. M. (1992). *QA/CQI: Strategies in health care quality*. Toronto: W.B. Saunders.

การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Quality Improvement of Discharge Planning for Patients with Head and Neck Cancer, Eye Ear Nose and Throat Ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

ฉวีวรรณ	เกตุน้อย *	Chaweewan	Ketnoi *
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **

บทคัดย่อ

การวางแผนการจำหน่ายเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพพีดีซีอีโอ (PDCA) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 19 คน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 23 คน และผู้ดูแลจำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ 1) แนวคำถามในการประชุมกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาในการวางแผนการจำหน่าย 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความต้องการในการจำหน่าย 3) แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะของการวางแผนจำหน่าย 4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ประยุกต์จากแบบสอบถามของ Deawsurintr (1999) 5) แบบสังเกตการปฏิบัติตามการวางแผนการจำหน่ายของทีมสหสาขาวิชาชีพ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 7) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อแผนการจำหน่าย ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นและได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน คำสัมประสิทธิ์ความเที่ยงตามสูตรครูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 90 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในระดับมากร้อยละ 69.57 และระดับมากที่สุดร้อยละ 30.43 ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการวางแผนการจำหน่ายในระดับมาก ร้อยละ 52.94 และมากที่สุดร้อยละ 47.06 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีของการวางแผนการจำหน่ายที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
 * Registered nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, chaweewan 372@gmail.com
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 6 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 25 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่ตอบรับบทความ 10 มิถุนายน 2562

Abstract

Discharge planning is the preparing for a patient before leaving the hospital in order to obtain continuous care. The objective of this study was to improve the quality of discharge planning of patients with head and neck cancer in Eye Ear Nose and Throat ward, Buddhachinaraj hospital, Phitsanulok, by using PDCA quality improvement process. The participants were 19 multidisciplinary teams, 23 patients with head and neck cancer who were operated on, and 23 caregivers. The study instruments developed by the researcher were 1) the focus group interview guidelines for multidisciplinary teams regarding the problems of discharge planning, 2) the interview guidelines for patients and caregivers regarding the needs of discharge, 3) the questionnaires for collecting problems and suggestions of discharge planning, 4) the ability assessment form of patients and caregivers in performing nursing activities which was modified from the questionnaire developed by Deawsurintr (1999), 5) the observation form for assessing the performance of multidisciplinary teams on discharge planning, 6) the satisfaction assessment form of patients and caregivers, and 7) the satisfaction assessment form of multidisciplinary teams regarding discharge planning. The quality of all instruments was confirmed by three experts. The Kuder–Richardson(KR-20) coefficient of the ability assessment form of patients and caregivers in conducting nursing activities was .89. Data was analyzed by using descriptive statistics.

The results revealed that: most of the multidisciplinary teams could completely perform the discharge planning for more than 80%, most of patients with head and neck cancer and their caregivers could completely perform nursing activities for more than 90%, patients with head and neck cancer were satisfied with the discharge planning at a high (69.57%) and the highest levels (30.43%), the multidisciplinary teams were satisfied with the discharge planning at a high (52.94 %) and the highest levels (47.06 %). This study showed good outcomes of discharge planning on the patient's quality of life in which administrators should support the uses of discharge planning for other groups of patients.

Keywords: *Quality Improvement, Discharge Planning, Patients with head and neck cancer*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นโรคที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติปี 2559 พบผู้เสียชีวิตจากมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 3,891 คน (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2017) การเป็นมะเร็งศีรษะและคอทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายในเรื่องของการหายใจ การได้ยิน การพูด การกลืน การรับประทาน

อาหาร เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์เมื่อต้องมีการใส่สายยางเพื่อให้อาหาร นอกจากนี้การใส่ท่อเจาะคอหรือมีแผลและแผลมีกลิ่นเหม็น สร้างความรำคาญให้กับผู้ที่พบเห็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้หมดหวังในชีวิต การเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านไม่เพียงพออาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจกลับมา

รักษาซ้ำในโรงพยาบาลหรืออาจทำให้การรักษาต่อเนื่องล่าช้า (Khenshotgun, Srisanga, & Siripornadunsil, 2012) การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นวิธีการที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pichitponchai & Udsadonwiset, 2002)

การวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการในการเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการประกอบอาชีพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีที่สุด (Sawaengdee et al., 1996) โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาล และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายเริ่มจาก 1) การประเมิน (assessment) เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงที่สำคัญ สภาพร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจ สภาพสิ่งแวดล้อมและการได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล 2) การวางแผนจำหน่าย (plan) ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ อาจรวมถึงพยาบาลในชุมชนและครอบครัว และ 3) การนำแผนการจำหน่ายไปปฏิบัติ (implementation) (Pichitponchai & Udsadonwiset, 2002) การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ทราบถึงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะเวลาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย (Promchan, 2009) และมีแนวทางที่ชัดเจนในการสอน สาธิต และฝึกทักษะการดูแล (Boonmart, 2013) ซึ่งจะช่วยให้ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดค่ารักษาพยาบาล (Kunsawad, 2008) ลดการกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพทราบบทบาทหน้าที่ของตนอย่างชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน

การวางแผนการจำหน่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอเกิดเนื่องจากสาเหตุหลายประการเช่น ขาดการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดการประสานงานระหว่างบุคลากรในโรง

พยาบาลและบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย ขาดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางคนเลือกที่จะพักรักษาต่อในโรงพยาบาล ผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและไม่ให้ความร่วมมือ (Deawsurintr, 1999) ไม่มีเอกสารหรือคู่มือในการดูแลผู้ป่วย (Sirmala, Yenbut, & Urharmnuay, 2013) ไม่มีแผนการจำหน่ายเฉพาะโรค แนวทางการวางแผนจำหน่ายไม่ชัดเจน เนื้อหาที่สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุม และการมอบหมายงานไม่ชัดเจน (Pichitponchai & Udsadonwiset, 2002) เป็นต้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างเนืองพีดีซีเอ (PDCA) มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพการวางแผนการจำหน่าย ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายได้ทุกกิจกรรมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีวินนอนรักษาเฉลี่ยลดลง ผู้ป่วยพึงพอใจในการบริการระดับสูง ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยลดลง (Kunsawad, 2008) และผู้ป่วยไม่มีการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็น (Deawsurintr, 1999)

หอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกให้บริการผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคทางตาและให้การรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านหู คอ จมูกและศัลยกรรมในช่องปากทุกเพศ ทุกวัย ทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน จากสถิติที่ผ่านมาในปี 2558 ถึง 2559 มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอเข้ารับการรักษา 349 ราย และ 392 รายตามลำดับ เดิมกิจกรรมเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยจะเริ่มเมื่อแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยในตอนเช้าและมีคำสั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลรับคำสั่งการรักษา พยาบาลแจ้งผู้ป่วยเพื่อหาผู้ดูแล พยาบาลให้ความรู้ในเรื่องของปัญหาการดูแลที่ผู้ป่วยต้องได้รับเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลับมารักษาซ้ำด้วยเสมหะอุดตันทางเดินหายใจและแผลเจาะคอติดเชื้อ (Buddhachinaraj hospital, Phitsanulok, 2015) ซึ่งจากการวิเคราะห์การวางแผนจำหน่ายพบว่ายังมีการ

วางแผนการจำหน่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการสอนกิจกรรมที่จำเป็นต้องกลับไปดูแลที่บ้านซ้ำเกินไป การสอนกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ทำภายในวันเดียวและมีการประเมินเพียงครั้งเดียวทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำข้อมูลได้ไม่หมดไม่มั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ และพบว่าอัตราการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของโรงพยาบาลการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิกโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกโดยใช้กระบวนการ PDCA จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการแก้ไขให้ดีขึ้น ร่วมกับการให้ข้อมูลแบบ D-METHOD ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค (diagnosis) ยา (medication) สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ (environment & economic) การรักษา (treatment) ภาวะสุขภาพ (health) การขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด (outpatient & referral) และอาหาร (diet) ซึ่งจะทำได้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล มีความพึงพอใจต่อการวางแผนการจำหน่าย ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติตามการวางแผนการจำหน่ายได้ถูกต้องครบถ้วน และมีความพึงพอใจต่อการวางแผนการจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในหอผู้ป่วยตาหุ คอ จมูก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1) ทีมสุขภาพจำนวน 19 คน ได้แก่ แพทย์โสต ศอ นาสิก 5 คน พยาบาลหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก 12 คน นักโภชนาการ 1 คน พยาบาลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง 1 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทีมพัฒนาจำนวน 2 คน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลที่จบเฉพาะทางด้านพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 คน ทำหน้าที่เป็นแกนนำในการพัฒนา และทีมปฏิบัติการซึ่งเป็นบุคลากรที่เหลือทั้งหมดจำนวน 17 คน ทำหน้าที่ปฏิบัติตามการวางแผนการจำหน่าย 2) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและผู้ดูแลโดยในปีพ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย 11.5 คนต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิกในช่วงเวลาที่ศึกษา 2 เดือนคือจำนวน 23 คน มีเกณฑ์การคัดเข้าคือมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สามารถสื่อสารกับผู้ศึกษาเข้าใจทั้งการใช้คำพูดและการเขียน และผู้ดูแลจำนวน 23 คน ที่เป็นผู้ที่พักอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยเข้าใจทั้งการใช้คำพูดและการเขียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความต้องการในการจำหน่าย 2) แนวคำถามในการประชุมกลุ่มทีมสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาในการวางแผนจำหน่าย 3) แนวคำถามปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายหลังการพัฒนาคุณภาพ 4) แบบสังเกตการปฏิบัติ

ตามการวางแผนจำหน่ายของทีมปฏิบัติ 5) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหรือผู้ดูแลที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินของ Deawsurintr (1999) 6) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมปฏิบัติ และ 7) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของคำถาม และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ โดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหรือผู้ดูแลมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงคู่เตอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR 20) เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 108/2017) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก (เลขที่ 098/60) ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาคั้งนี้ แจ้งถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมศึกษาคั้งนี้โดยไม่มีกรบังคับ และการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมศึกษาแต่อย่างใด ยินย่นการรักษาความลับของข้อมูลที่ได้ทั้งหมด และจะไม่มีกรบันทึกชื่อของผู้เข้าร่วมศึกษาในรายงานการศึกษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกทำลายทิ้งทั้งหมดหลังสิ้นสุดการศึกษา การนำเสนอผลการศึกษาคั้งนี้จะเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมศึกษาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการ PDCA ดังนี้

ขั้นวางแผน ดำเนินการโดย 1) สร้างทีมในการพัฒนาคุณภาพการวางแผนการจำหน่าย เพื่อทำหน้าที่

เป็นแกนนำในการพัฒนา 2) วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาการวางแผนจำหน่ายด้วยการประชุมกลุ่มทีมสุขภาพ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวบรวมปัญหาจัดทำเป็นแผนภูมิก้างปลา (fish bone diagram) 3) ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและเลือกแนวทางแก้ไขโดยทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติประชุมร่วมกันและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาโดยใช้การลงคะแนนพหุ (multi-voting) และ 4) พัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดโดยนำรูปแบบ D-METHOD มาใช้ในการให้ข้อมูลและดูแลผู้ป่วย

ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการโดยทีมพัฒนาให้ความรู้และชี้แจงรายละเอียดแก่ทีมปฏิบัติเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น ให้ทีมปฏิบัติทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด 10 ราย จากนั้นนำแผนการจำหน่ายไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอีก 23 ราย

ขั้นการตรวจสอบ ดำเนินการโดยทีมพัฒนาตรวจสอบและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ โดยใช้ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 2) แบบสังเกตการปฏิบัติตามการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่รับการผ่าตัด 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล

ขั้นตอนการแก้ไขให้ดีขึ้น ดำเนินการโดยทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติประชุมเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย สรุปผลการดำเนินงานเพื่อกำหนดเป็นแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และประเมินปัญหาอุปสรรคที่พบจากการวางแผนจำหน่ายและสรุปข้อเสนอแนะที่ได้เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายต่อไป ภายหลังจากการพัฒนาประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพ และจัดทำคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดไว้ใช้ในหน่วยงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ข้อมูลการปฏิบัติตามการวางแผนการจำหน่ายของทีมปฏิบัติ ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหรือผู้ดูแล ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล และข้อมูลความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการวางแผนการจำหน่าย วิเคราะห์โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนแนวคำถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายสรุปและจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นทีมปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเป็นเพศหญิงร้อยละ 88.24 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี (SD = 7.30) ทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเฉลี่ย 8.17 ปี (SD = 7.80) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 63.00 ปี (SD = 12.45) เป็นเพศชายร้อยละ 86.96 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 91.30 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 73.91 และผู้ป่วยทั้งหมดมีสิทธิการรักษาคือสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 47.43 ปี (SD = 10.99) เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.96 มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 82.60 สถานภาพคู่ร้อยละ 91.31 ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ร้อยละ 56.52 รับจ้างร้อยละ 34.78 และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 47.83 เป็นภรรยาหรือสามี ร้อยละ 39.13

2. คุณภาพการวางแผนจำหน่ายหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ผลการศึกษามีดังนี้

2.1 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเหล็กภายใน การไออย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันสิ่งแปลกปลอมเข้าท่อเหล็กภายใน การฝึกพูด การเตรียมอาหารเพื่อรับประทาน การได้รับน้ำและ

เครื่องดื่มอย่างเพียงพอ การรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ การพักผ่อน และการจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้ร้อยละ 100 ยกเว้น การบริหารไหล่และคอ (ร้อยละ 94.74) และการบริหารปาก (ร้อยละ 93.75) ส่วนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเหล็กภายใน การเตรียมอาหารเพื่อรับประทาน การป้องกันการติดเชื้อ ได้ร้อยละ 100

2.2 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมากร้อยละ 69.57 และระดับมากที่สุดร้อยละ 30.43 ส่วนผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.83 และระดับมากที่สุดร้อยละ 52.17

2.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับมากร้อยละ 52.94 และระดับมากที่สุด ร้อยละ 47.06

3. ปัญหาและข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายภายหลังการพัฒนาคุณภาพการจำหน่ายผู้ป่วย พบปัญหาอุปสรรคดังนี้ 1) หาผู้ดูแลยาก ในผู้ป่วยที่เป็นโสต หรือหมีายจะหาผู้ดูแลได้ยาก ต้องพูดคุยให้ข้อมูลใช้เวลานานกว่าจะโน้มน้าวให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายและให้ความร่วมมือในการวางแผนจำหน่าย ข้อเสนอแนะคือให้หาผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับโดยการสอบถาม อธิบายแนวทางการรักษา ให้ญาติเข้าใจตั้งแต่ก่อนรับการผ่าตัด 2) เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ในผู้ป่วยบางรายมีญาติหลายคนเปลี่ยนกันมาดูแล การเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อยทำให้พยาบาลทีมต้องเริ่มสอนใหม่ ข้อเสนอแนะคือสืบค้นผู้ที่จะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ได้ครบถ้วน และสอนในครั้งเดียวกัน

การอภิปรายผล

1. คุณภาพการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

1.1 การปฏิบัติตามการวางแผนการจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 อาจเนื่องจากการพัฒนาคุณภาพมีการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA ซึ่งในขั้นวางแผน ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันวิเคราะห์และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนการพัฒนา และนำปัญหาดังกล่าวมาพร้อมค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหาจนได้รูปแบบการวางแผนการจำหน่าย และทำการพัฒนาแผนจำหน่ายที่มีความชัดเจนสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Khenshotgun, Srisanga, and Siripornadunsil (2012) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หอผู้ป่วยหู คอ จมูก โรงพยาบาลบุรีรัมย์พบว่า การใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทำให้ได้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้ยังเนื่องมาจากการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายได้มีการจัดทำคู่มือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพอย่างชัดเจน มีการระบุรายละเอียดการปฏิบัติ และการให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างชัดเจน เช่นแพทย์ มีหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การส่งปรึกษาหารือวางแผนก ตรวจจับเยื่ออาการ ร่วมวางแผนจำหน่าย และจำหน่าย พยาบาลมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด ประสานทีมสุขภาพในการวางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูลตามรูปแบบ D-METHOD สอน สาธิต และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และทำจำหน่าย นักโภชนาการจัดอาหารตามคำสั่งแพทย์ ร่วมวางแผนการจำหน่าย สอน และสาธิตวิธีการเตรียมอาหาร ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ

มีแนวทางในการให้ดูแลผู้ป่วยและความรู้ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Deaw-surintr (1999) ที่พบว่าการมีคู่มือในการวางแผนการจำหน่ายทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อีกทั้งในการพัฒนาคุณภาพยังมีกิจกรรมการให้ความรู้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องของโรคมะเร็งโดยแพทย์สไต คอ นาสิก และเรื่องการวางแผนจำหน่ายโดยผู้ศึกษา การประเมินภาวะโภชนาการโดยนักโภชนาการ และการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ทำให้ทีมปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Kunsawad (2008) ที่ได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบถอนรากชนิดดัดแปลง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยการให้ความรู้จากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและพบว่าหลังจากใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายได้ทุกกิจกรรม

1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้มากกว่าร้อยละ 90 อาจเนื่องจากการพัฒนาคุณภาพการวางแผนการจำหน่ายโดยการให้ผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพมีการวางแผนร่วมกันโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมทำให้มองเห็นคุณค่าในตนเองตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองทำให้เกิดความร่วมมือในทุกกิจกรรม ดังที่ Geurgoolgijagan (1998) กล่าวว่าเมื่อผู้รับบริการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมีอิสระ มีพลังในการดูแลตนเอง ช่วยให้สนใจที่จะเรียนรู้มากขึ้น ประกอบกับในการสอน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติในการทำกิจกรรมดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องการให้อาหารทางสายยางในวันที่ 3 เรื่องการดูแลแผล การดูแล

ต่อเจาะคอวันที่ 4 ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีเวลาเพียงพอในการเรียนรู้ ดังที่ Pichitponchai and Udsadon-wiset (2002) กล่าวว่าควรวางแผนการฝึกทักษะให้เหมาะสมโดยเริ่มจากสิ่งที่ย่างไปหาสิ่งที่ยาก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเพียงพอ นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติควบคู่กันไป พร้อมทั้งฝึกทักษะกิจกรรมการพยาบาลไปพร้อมการสอนที่ข้างเตียงผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถซักถามปัญหาได้ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Deawsurintr (1999) ที่พบว่าการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่เพียงพอจนสามารถพัฒนาทักษะจนเกิดความชำนาญ สามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้อง และการศึกษาของ Khenshotgun, Srisanga, and Siripomadunsil (2012) ที่พบว่าทำให้ความรู้อย่างมีแบบแผน การสอน การฝึกทักษะการดูแล และการประเมินผลหลังการสอนทุกวันตั้งแต่วันแรกหลังผู้ป่วยได้รับการเจาะคอหรือใส่สายให้อาหารจนถึงวันจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและมีความมั่นใจที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน

1.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการวางแผนการจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 69.57 และระดับมากที่สุดร้อยละ 30.43 และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 47.83 และระดับมากที่สุดร้อยละ 52.17 อาจเนื่องจากแผนการจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น มีการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มาใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายซึ่งเป็นการให้ความรู้เรื่องโรค ยา สิทธิการรักษา และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เรื่องการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสม

กับโรค ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลครบถ้วน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจต่อการวางแผนการจำหน่าย เพราะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD เป็นรูปแบบที่มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และมีรายละเอียดเนื้อหาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องรับทราบครอบคลุม (Sawaengdee, Sathira-angkura, & Sirinakorn 1996) เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Haomachai (2014) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยใช้รูปแบบ D-METHOD พบว่ามารดาหรือผู้ดูแลทารกแรกเกิดมีความพึงพอใจในระดับมาก

อีกทั้งอาจเนื่องจากการใช้เวลาในการสอน สาธิตและฝึกปฏิบัติที่เพียงพอเพื่อเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายโดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 20 นาทีต่อเรื่องทุกวัน จำนวน 3 วัน ซึ่งเวลาที่ใช้ในการสอนนี้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่จะทำให้เข้าใจและปฏิบัติได้จนเกิดความชำนาญทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการกลับไปอยู่บ้าน ดังที่ Becker & Maimam (1980) กล่าวว่าระยะเวลาในการให้ข้อมูลแต่ละครั้งนั้นขึ้นอยู่กับเรื่องที่จะพูดคุย ความต้องการข้อมูล และความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย บอกปัญหาและความต้องการมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลที่บ้าน ได้รับกำลังใจ ได้รับข้อมูลการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบเป้าหมาย วิธีการรักษา และกระบวนการดูแลโดยตลอด ประกอบกับการได้เห็นความตั้งใจของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในการช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Deawsurintr (1999) ที่ศึกษาพบว่าทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะแรกเป็นกลวิธีสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีความรู้และมีทักษะในกิจกรรมต่าง ๆ

อย่างถ่องแท้และพบว่าญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

1.4 ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการวางแผนการจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแผนการจำหน่ายในระดับมากร้อยละ 52.94 และมากที่สุดร้อยละ 47.06 อาจเนื่องมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ร่วมกันวางแผนจำหน่ายตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยยึดการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมที่จะกลับบ้าน สนใจที่จะฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและมีความมั่นใจที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านตามแผนที่กำหนดไว้คือ 6 วันซึ่งลดลงจากเดิมคือ 15 วัน ทำให้ช่วยลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย นอกจากนี้ในการนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วยกันโดยเริ่มจากการระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา และมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการจำหน่าย รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงแผนการจำหน่ายให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ได้แผนการดูแลที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติได้ ร่วมกันเกิดการประสานงานและการทำงานเป็นทีม ซึ่งมีผลให้เกิดความพึงพอใจขึ้นได้

2. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย

จากการดำเนินการวางแผนการจำหน่ายพบปัญหา คือ หาผู้ดูแลยากในผู้ป่วยที่เป็นโรค หนักๆ จึงมีข้อเสนอแนะให้หาผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับโดยการสอบถามอธิบายแนวทางการรักษา ให้ญาติเข้าใจตั้งแต่ก่อนรับการผ่าตัด เพราะการมีผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับทำให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน จึงให้ความสำคัญในการเรียนรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ดังที่ Pichitponchai and Udsadon-

wiset (2002) กล่าวว่าสมาชิกในครอบครัวมักจะไม่เข้าใจถึงความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยเมื่อได้รับการจำหน่าย เพราะขาดประสบการณ์และไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเปลี่ยนผู้ดูแลในกรณีที่ญาติหลายคน ข้อเสนอแนะคือควรนำญาติทุกคนมาร่วมให้ความรู้ ดูการสาธิต และฝึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยพร้อมกัน เพราะจะทำให้ผู้ดูแลทุกคน สามารถดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากการเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อยทำให้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลได้ไม่ครบถ้วน ทั้งนี้การที่ผู้ดูแลทุกคนมีความรู้ จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ดังที่ Pichitponchai & Udsadonwiset (2002) กล่าวว่า ความรู้จะช่วยทำให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายหอผู้ป่วยจักษุ โสต สอ นาสิกครั้งนี้ทำให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายทำให้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ได้อย่างครบถ้วนและต้องมีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมด้วย และการสอนผู้ป่วยให้เกิดทักษะในการปฏิบัติควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งนั้นทีมสหวิชาชีพควรมีการประชุมและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และควรมีการปรับปรุงการวางแผนจำหน่าย ปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติให้เหมาะสมและทันต่อสถานการณ์เป็นระยะ ๆ เพื่อให้แผนการจำหน่ายมีประสิทธิภาพและมีความทันสมัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาและติดตามผลลัพธ์อื่นของการใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต่อไป เช่น การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ค่ารักษาพยาบาล การรับการรักษาต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและควรศึกษาการวางแผนการจำหน่าย ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีหรือเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health, 6*(2),113-135.
- Boonmart, N. (2013). *The quality improvement of discharge plan for chronic kidney disease patients and families* (Master's thesis, Khon Kaen University). (In Thai)
- Buddhachinaraj hospital, Phitsanulok. (2015). *Annual report Eye Ear Nose and Throat Ward 2558*. Phitsanulok: Buddhachinaraj hospital. (In Thai)
- Deawsurintr, S. (1999). *A Model development of discharge planning in head and neck cancer patient* (Master's Thesis, Prince of Songkla University). (In Thai)
- Geurgoolgijagan, N. (1998). *Teaching patients in the hospital*. Songkhla: Chanmuang Printing. (In Thai)
- Haomachai, N. (2014). *Development of discharge planning for low birth weight Infants at the infant intensive care unit of Srinagarind Hospital* (Independent study, Khon Kaen University). (In Thai)
- Khenshotgun, W., Srisanga, S., & Siripornadunsil, S. (2012). Discharge planning model development of patients with head and neck cancer at ENT Unit, Buriram Hospital. *Journal of nurse Assosiation of Thailand, North-Eastern Division, 30*(3), 146-153. (In Thai)
- Kunsawad, R. (2008). *The development of discharge planning model for breast cancer patients post-modified radical mastectomy by multidisciplinary team in female surgical ward Khonkaen hospital* (Independent study, Khon Kaen University). (In Thai)
- Pichitponchai, W., & Udsadonwiset, U. (2002). *Discharge planning concept and application*. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University. (In Thai)
- Promchan, P. (2009). *The development of discharge planning model for intracerebral hemorrhage patient undergone surgery by multidisciplinary team, neuro surgical department, Udonthani Hospital* (Independent study, Khon Kaen University). (In Thai)
- Sawaengdee, K., Sathira-angkura, T., & Sirinakorn, R. (1996). *Discharge planning*. Bangkok: Printing Thammasat University. (In Thai)
- Sirmala, S., Yenbut, J., & Urharmnuay, M. (2013). Discharge planning practices for preterm infants in neonatal intensive care unite, one of tertiary hospital, northern region. *Nursing Journal Volume, 3*(40), 21-29. (In Thai)
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2017). *Statistical Thailand 2017*. Nontaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (In Thai)

**การประยุกต์แนวคิดสันทนาการในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
Applying Lean Thinking to Improve Discharge Process for Sick Newborn
Babies, Pediatric Ward 3, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital**

พุทธรสิริ	เชื้อสกุล *	Puthsiri	Chueskul *
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **
อรอนงค์	วิชัยคำ**	Orn-Anong	Wichaikhum **

บทคัดย่อ

การปรับปรุงกระบวนการให้บริการโดยใช้แนวคิดสันทนาการทำให้การบริการแก่ผู้รับบริการมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดสันทนาการของ Womack and Jones (2003) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิดจำนวน 20 คน และกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ระหว่าง เดือนกรกฎาคมถึงเดือน ตุลาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ 1) ตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมของกระบวนการจำหน่าย 2) แบบฟอร์มการระบุคุณค่าของกิจกรรม 3) แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการจำหน่าย และ 4) แนวคำถาม การประชุมกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย โดยเครื่องมือได้ผ่านการ ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้ทดสอบความเที่ยงของแบบการสังเกตจากผู้สังเกต 2 คน (inter-rater) ในการบันทึกเวลาเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า

1. กระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 หลังจากปรับปรุงโดยใช้แนวคิดสันทนาการประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลักและ 15 กิจกรรมย่อย ซึ่งลดลงจากกระบวนการก่อนการปรับปรุงที่มีทั้งหมด 23 กิจกรรมย่อย
2. เวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ที่ปรับปรุงโดยใช้แนวคิดสันทนาการเท่ากับ 43.47 นาที ซึ่งลดลงจากเวลามาตรฐานก่อนการปรับปรุงกระบวนการซึ่งเท่ากับ 135.02 นาที
3. ปัญหาการของการประยุกต์แนวคิดสันทนาการในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ได้แก่ 1) การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดสันทนาการแตกต่างกัน 2) คอมพิวเตอร์เก่าและโปรแกรมการใช้งานไม่เสถียร 3) กระบวนการที่สันทนาการบางอย่างมีความยากในการปฏิบัติในขณะที่มีภาระงานมาก และข้อเสนอแนะได้แก่ จัดทำแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดสันทนาการอย่างต่อเนื่อง เสนอให้ผู้บริหารรับทราบเกี่ยวกับปัญหาของคอมพิวเตอร์และโปรแกรมที่ใช้งาน และจัดอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิดโดยประยุกต์

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
* Professional Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 16 ตุลาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 8 มกราคม 2561

แนวคิดสโลน สามารถลดกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการบริการของกิจกรรมบริการอื่น ๆ ในองค์กรต่อไป

คำสำคัญ: การประยุกต์แนวคิดสโลน, กระบวนการจำหน่าย, ผู้ป่วยทารกแรกเกิด

Abstract

Improving the service process by using Lean thinking of Womack and Jones (2003) can provide efficient and fast service to consumers. The purpose of this independent study was to improve the discharge process for sick newborn babies in Pediatric Ward 3, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, by using Lean Thinking. The sample of this study included 20 personnel and discharge activities of the sick newborn baby from July to October 2017. The research instruments included: 1) a table for describing the activities of the discharge process, 2) a form for value analysis of discharge activity, 3) a record form for time spent on discharge activity 4) the focus group interview guidelines regarding problems and recommendations. These research instruments were validated by three experts. The inter-rater reliability of two observers for time recording was 1.0. The data was analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The patient discharge process for sick newborn babies improvement applying Lean thinking in Pediatric Ward 3 consisted of 5 major activities and 15 minor activities which is reduced from the original 23 minor activities for the process before improvement.

2. The standard time of the improved patient discharge process for sick newborn babies applying Lean thinking in Pediatric Ward 3 was 43.47 minutes which is reduced from the original standard time of 135.02 minutes for the process before improvement.

3. The problems of applying Lean Thinking to improve discharge process for sick newborn babies in Pediatric Ward 3 include: 1) the different perceptions and understandings of Lean Thinking among personnel 2) the computer was old and the software program was not stable 3) some of the step of the Lean process were difficult to do when the workload was high. The recommendations included the continuous development of a plan to educate personnel about Lean Thinking, notifying the administrator about the computer and software program problems, and assigning the staff to match the workload.

The results of this study revealed that the improvement of the discharge process for sick newborn babies by applying Lean thinking can reduce the activities and time spent on the process. Therefore, administrators can use the results of the study as a guideline to improve the other service process in the organization.

Keywords: *Applying Lean Thinking, Discharge Process, Sick Newborn Babies*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปีพ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรจำนวน 65,931,550 คน ซึ่งเพิ่มจากประชากรในปี พ.ศ. 2558 ที่มีจำนวน 65,729,098 คน โดยอัตราการเพิ่มของประชากรตามธรรมชาติจากปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 3.4 นอกจากนี้ยังพบว่าในปี 2559 มีจำนวนอัตราการเกิดมีชีพ 704,058 ราย ในจำนวนนี้มีทารกแรกเกิดป่วยจำนวนประมาณ 290,093 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 41.2 ของเด็กแรกเกิดทั้งหมดในปี 2559 (Office of the Policy and Strategy, The Ministry of Public Health, 2016) ทารกแรกเกิดป่วยเหล่านี้มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยแตกต่างกันตั้งแต่อาการป่วยที่อาการไม่รุนแรงไปจนถึงภาวะวิกฤตที่ต้องการการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของบิดา-มารดา และญาติ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หากเกิดความบกพร่องในการดูแลจะนำไปสู่การเจ็บป่วยและความพิการของทารกแรกเกิดได้ (Jirapaet, 2008) ดังนั้นการดูแลทารกแรกเกิดป่วยในโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องมีการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยทารกแรกเกิดแข็งแรงพร้อมที่จะจำหน่ายกลับบ้านได้

การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเมื่อแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยหายจากอาการหรือโรค หรือมีอาการดีขึ้นภายหลังได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลพยาบาลจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้านได้ (Senadisai & Arpanantikul, 2009) การจำหน่ายผู้ป่วยมีขั้นตอนดำเนินการเริ่มตั้งแต่แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อกระบวนการจำหน่ายที่สะดวก รวดเร็วเพื่อที่จะนำผู้ป่วยทารกแรกเกิดกลับไปดูแลที่บ้านได้ การจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิดให้กลับบ้านได้เร็วขึ้นอาจเป็นประโยชน์ต่อตัวทารกและครอบครัว

เพราะช่วยลดระยะเวลาในการแยกจากระหว่างบิดามารดากับทารก และลดระยะเวลาที่ทารกต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมของ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเต็มไปด้วยสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (Thampanichawat, 2010)

แนวคิดลีน (Lean Thinking) เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการสร้างคุณค่าให้สินค้าหรือบริการที่มีการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา ช่วยกำจัดความสูญเปล่า ช่วยจัดการให้มีคุณภาพมากขึ้นด้วยแรงงานที่น้อยลง ใช้อุปกรณ์น้อยลง เวลาน้อยลง โดยวิธีการระบุคุณค่า เพื่อสร้างสรรคคุณค่าให้ลูกค้าได้อย่างเหมาะสมที่สุดตรงตามความต้องการของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการได้มากขึ้น และสามารถลดเวลาลดต้นทุน และลดความสูญเปล่าให้เหลือน้อยที่สุด (Womack & Jones, 2003) ซึ่งหลักการของลีนประกอบด้วย 5 หลักการคือ 1) ระบุคุณค่าของสินค้าหรือบริการ (specify value) ในมุมมองของผู้รับบริการ 2) บ่งชี้สายธารคุณค่า (value stream) หมายถึง คุณค่ามีลักษณะของความเฉพาะเป็นการระบุกิจกรรมการทำงานหรือขั้นตอนทั้งหมดที่เกิดขึ้นเพื่อที่จะนำผลิตภัณฑ์หรือบริการไปสู่ลูกค้าหรือผู้รับบริการ 3) การไหล (flow) หมายถึง การทำให้เกิดการไหลลื่นทั้งระบบตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุด โดยปราศจากการขัดจังหวะ การเตรียมเครื่องมือและวัสดุที่จำเป็นให้พร้อมใช้งานตลอดเวลาและพอเพียง 4) ระบบดึง (pull) หมายถึง เป็นการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการให้กับลูกค้าตามความต้องการหรือความความหวังของลูกค้าให้มากที่สุด 5) ความสมบูรณ์แบบ (perfection) หมายถึง การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง (Womack & Jones, 2003)

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่อันดับที่ 3 ของประเทศและขนาดใหญ่ที่สุดในเขตภาคเหนือ ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลในปี พ.ศ.2558-2560 นำสู่บริการที่เป็นเลิศ (Excellent Center) ในการบริการด้านต่างๆมีการนำมาตรฐาน มาเป็นกรอบและแนวทาง

ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ ให้ความสำคัญของบริการสุขภาพที่สรรค์สร้างคุณค่าเพื่อให้เกิดผลิตภัณฑ์หรือยกระดับการให้บริการสุขภาพที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการทำงาน ไม่มีความล่าช้า ไม่เกิดความสูญเสียล่าเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการที่ดีขึ้น (Supachutikul, 2009) จึงได้มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานทุกกระบวนการ ซึ่งในกระบวนการหลักในการบริการที่ยังพบว่าใช้ระยะเวลาในการรอคอยมาก ทำให้เกิดความล่าช้าในบริการซึ่งได้แก่ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลที่มีขั้นตอนมาก มีความยุ่งยาก ละเอียด ซับซ้อน อีกทั้งยังเป็นการก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจให้แก่ผู้มารับบริการอีกจำนวนหนึ่ง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด ซึ่งมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยจำนวน 30 เตียงและเตียงมารดานอนเฝ้าดูแลผู้ป่วย 8 เตียง มีทารกแรกเกิดป่วยทั้งหมดที่ต้องดูแลรักษาปีละประมาณ 1,669-2,156 ราย จำนวนครั้งของกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด 1,012-1,127 ครั้งต่อปี การจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิดเฉลี่ย 84-94 ครั้งต่อเดือน และมีจำนวนผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้รับการจำหน่าย เฉลี่ย 3-6 คนต่อวัน (Pediatric Ward 3, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 2016)

ในปี 2555 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ได้การเก็บข้อมูลของระยะเวลาในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด ซึ่งพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิดเท่ากับ 120-145 นาที จากนั้นได้มีความพยายามในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ได้กำหนดทำเป็นรูปแบบหรือมีวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงยังคงพบความล่าช้าในการกระบวนการจำหน่าย ส่งผลกระทบต่อมารดาและผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่บ้านอยู่ไกลไม่สามารถเดินทางกลับบ้านได้ทันในวันที่จำหน่าย นอกจากนี้ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจำนวน 2 ราย พบว่ากิจกรรมที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจมากที่สุดคือ ระยะเวลารอคอยที่เกิดจากการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด (Pediatric Ward 3, Buddhachinaraj

Phitsanulok Hospital, 2016) สำหรับผลกระทบของการจำหน่ายที่ล่าช้าต่อโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในกรณีผู้ป่วยทารกแรกเกิดมีจำนวนวันนอนนานกว่าระยะเวลาที่กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกำหนด นอกจากนี้หอผู้ป่วยก็จะมีอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และไม่สามารถรับผู้ป่วยใหม่ไว้ในความดูแลเพิ่มขึ้นอีกด้วย

กระบวนการจำหน่ายของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก จากการทดลองจับเวลาการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด จำนวน 10 ราย พบว่า 1) ขั้นตอนการรับคำสั่งการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย ใช้เวลา 30-40 นาที 2) การติดต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การรับยา และการลงข้อมูลการนัด ใช้เวลาประมาณ 40-90 นาที 3) การทบทวนความรู้มารดาและให้คำแนะนำการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย ใช้เวลาประมาณ 20-35 นาที 4) การเตรียมผู้ป่วยทารกแรกเกิดกลับบ้านใช้เวลาประมาณ 15-25 นาที และ 5) การจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิดกลับบ้านใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที รวมเวลาทั้งสิ้นใช้เวลา ประมาณ 115-175 นาที ซึ่งระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด มีความแตกต่างกันมากในผู้ป่วยแต่ละราย โดยเวลาที่ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยที่มากที่สุดและน้อยที่สุดแตกต่างกันถึง 60 นาที (Pediatric Ward 3, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 2016)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานคุณภาพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและผลกระทบของการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิดล่าช้า จึงมีความสนใจที่จะปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้พยากรณ์แรกเกิด ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยการประยุกต์แนวคิดสลับ ซึ่งผลการศึกษาจะทำให้กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิดมีขั้นตอนและระยะเวลาในการจำหน่ายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการ และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยการประยุกต์แนวคิดลีน

คำถามการวิจัย

1. กระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ได้จากการปรับปรุงโดยประยุกต์แนวคิดลีน มีลักษณะเป็นอย่างไร

2. ระยะเวลาที่ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ภายหลังจากปรับปรุงโดยประยุกต์แนวคิดลีน ลดลงหรือไม่ อย่างไร

3. ปัญหาและข้อเสนอนั้นในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยการประยุกต์แนวคิดลีน มีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยการประยุกต์กรอบแนวคิดลีนของ (Womack & Jones, 2003) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 หลักการได้แก่ 1) ระบุคุณค่าบริการของสินค้าหรือบริการ 2) บ่งชี้สายธารคุณค่า 3) การไหล 4) ระบบดึง และ 5) ความสมบูรณ์แบบ โดยนำ 5 หลักการ มาบูรณาการแก้ปัญหาการรอคอยในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ 1. การรับคำสั่งการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด 2. การติดต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การรับยา และการลงข้อมูลการนัด 3. การทบทวนความรู้มารดาและให้คำแนะนำการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนจำหน่าย 4. การเตรียมผู้ป่วย

ทารกแรกเกิดกลับบ้าน และ 5. การจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิดกลับบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างคือ กิจกรรมเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก คำนวณตามหลักการศึกษาเวลา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยคำนวณปริมาณเวลา ในการจับเวลาเบื้องต้นในแต่ละกิจกรรมย่อยของการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยทำการจับเวลาเบื้องต้น 5 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลามากกว่า 2 นาที หรือจับเวลาเบื้องต้น 10 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที นำเวลาในแต่ละกิจกรรมย่อยมาหาค่าพิสัย และค่าเฉลี่ย แล้วนำค่าที่ได้ไปเทียบจากตาราง (Barnes, 1958) จำนวนครั้งที่ต้องจับเวลา ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ (Jirapaet, 2008)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) ตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมของกระบวนการจำหน่าย
- 2) แบบฟอร์มการระบุคุณค่าของกิจกรรม
- 3) แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการจำหน่าย และ
- 4) แนวคำถามการประชุมกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอนั้นในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของการสังเกตจากผู้สังเกต 2 คนในการบันทึกเวลาเท่ากับ 1.0 และทดสอบความเที่ยงของนาฬิกาจับเวลาโดยเทียบเวลาให้ตรงกับสถาบันมาตรวิทยาแห่งประเทศไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่เวลา 08.00 น. ณ ตำแหน่งเดียวกันเป็นเวลา 3 วัน ซึ่งมีความตรงกันเท่ากับ 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก รวมทั้งการได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 และได้ดำเนินตามขั้นตอนการปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย ดังนี้

ระยะเตรียมการ

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัยเพื่อการค้นคว้าอิสระ

2. ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 หัวหน้าการบัญชีตึก 50 ปี แม่และเด็ก หัวหน้าห้องยาของตึก 50 ปี และหัวหน้าศูนย์ประกันสุขภาพ ตึกผู้ป่วยนอกและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน การรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาขอร่างแผนภาพการไหลของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และร่วมกันระดมสมองปรับแก้ไขร่วมกัน

3. ผู้ศึกษานำกระบวนการจำหน่ายที่ผ่านการพิจารณาแล้วมาจัดทำตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมและแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลเวลาที่ใช้ เพื่อเป็นคู่มือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้ศึกษาประชุมเตรียมผู้ช่วยศึกษาโดย ผู้ศึกษาเลือกพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ศึกษาอธิบายรายละเอียดของเครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการสังเกตการณ์จับเวลาและการบินที่กเวลา

ระยะก่อนปรับปรุง

1. ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด สิ้น เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้พยากรณ์แรกเกิด

2. จัดประชุมแจ้งวัตถุประสงค์และความสำคัญของการปรับปรุงในกระบวนการจำหน่าย มีการจับเวลาก่อนการปรับปรุงและหลังการปรับปรุง และให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด สิ้น การนำแนวคิด สิ้นสู่การปฏิบัติ

3. จัดประชุมเพื่อนำเสนอเครื่องมือในการศึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการปรับปรุง

4. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษานำตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมและแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้พยากรณ์แรกเกิด ไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อตรวจสอบความตรงกันของผู้สังเกต

5. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บเวลาในการทำกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้พยากรณ์แรกเกิดก่อนการปรับปรุง โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม กิจกรรมละ 5 ครั้งและ 10 ครั้งและนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างของกิจกรรม

6. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บข้อมูลเวลาในการทำแต่ละกิจกรรมจนครบตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณเวลามาตรฐานของแต่ละกิจกรรมโดยกำหนดให้ค่าอัตราการทำงานตามสมรรถนะการทำงาน (performance rating) เท่ากับร้อยละ 100 เพราะพยาบาลวิชาชีพในการศึกษานี้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 2 ปีทุกคน และเวลาเผื่อการทำงาน (allowances) เท่ากับร้อยละ 4 โดยใช้เกณฑ์การคิดเวลาเผื่อการทำงานของ Rijiravanich (2010)

ระยะปรับปรุง

1. จัดประชุมชี้แจงเครื่องมือและวิธีวิเคราะห์คุณค่าและความสูญเสียเปล่าของกระบวนการจำหน่าย

2. ผู้ศึกษาได้นำข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะและข้อตกลงร่วมกันในที่ประชุมเขียนเป็นแผนภาพกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้พยากรณ์แรกเกิด (หลังการปรับปรุง)

3. นำกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หลังการปรับปรุงมาชี้แจงให้บุคลากรทราบและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติเพิ่มเติม

4. นำกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หลังปรับปรุงไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

5. จัดทำตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมและแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หลังการปรับปรุง

6. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บเวลาในการทำกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หลังการปรับปรุงและนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างของกิจกรรมอยู่ระหว่าง 7-24 ครั้ง หลังจากนั้นผู้เก็บข้อมูลเวลาในการทำแต่ละกิจกรรมจนครบตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการ นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณเวลามาตรฐานของแต่ละกิจกรรมเหมือนก่อนปรับปรุงได้ข้อมูลรอบเวลาในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด

ระยะหลังการปรับปรุง

1. ผู้ศึกษาทำการประชุมบุคลากรเพื่อนำเสนอผลลัพธ์ที่ได้หลังการปรับปรุงสอบถามปัญหาและข้อเสนอแนะโดยใช้แนวคำถามการประชุมกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยแยกวิเคราะห์

ดังนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรที่ร่วมปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ใช้สถิติ ร้อยละ 2. ระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด ก่อนและหลังการปรับปรุง นำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และ 3. ปัญหาและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร พบว่าบุคลากรที่ร่วมปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40 เป็นเพศหญิง 19 คน และเพศชาย 1 คน มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 55 ผู้ช่วยเหลือคนใช้ร้อยละ 35 มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 ทุกคนมีประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่า 5 ปี ขึ้นไปจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95

ส่วนที่ 2 กระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ที่ได้รับการปรับปรุงโดยใช้แนวคิดลีน นำมาเปรียบเทียบกับกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนการปรับปรุง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมย่อยของกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ก่อนและหลังการปรับปรุง

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อยก่อนการปรับปรุง	กิจกรรมย่อยหลังการปรับปรุง
1. การรับคำสั่งการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด	1.1 การตรวจคำสั่งลงการจำหน่าย	1.1 การตรวจคำสั่งและรับคำสั่งลงการจำหน่าย
	1.2 การรับคำสั่งการจำหน่าย	นำไปรวมกับกิจกรรมย่อยที่ 1.1
	1.3 การตรวจสอบการจำหน่าย	* ตัดออก
	1.4 การตรวจเช็คและแยกเอกสาร	1.2 การตรวจเช็คและแยกเอกสาร
2. การติดต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การรับยา และการลงข้อมูลการนัด	2.1 การคิดค่าใช้จ่าย/การออกใบนัด	2.1 การคิดค่าใช้จ่ายและออกใบนัด
	2.2 การตรวจเช็คคยาโดยพยาบาล	2.2 การตรวจเช็คคยา รวบรวมยาเดิม และพร้อมคืนยาให้ผู้ป่วย
	2.3 การรวบรวมยาเดิม	นำไปรวมกับกิจกรรมย่อยที่ 2.2

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อยก่อนการปรับปรุง	กิจกรรมย่อยหลังการปรับปรุง
	2.4 การเขียนคินยา	นำไปรวมกับกิจกรรมย่อยที่ 2.2 และ 2.3
	2.5 การทำหัตถการตามแผนการรักษา	นำไปรวมกับกิจกรรมย่อยที่ 3.1
	2.6 การให้ญาติไปติดต่อตรวจสอบสิทธิ์	* ตัดออก
	2.7 การแจ้งให้ไปติดต่อห้องการบัญชี	2.3 รวมกับ กิจกรรมย่อยที่ 2.8
	2.8 การให้ญาติติดต่อห้องการบัญชี	รวมขั้นตอนการทำงานกับ กิจกรรมย่อยที่ 2.7
	2.9 การให้ญาติไปรอรับยาที่ห้องจ่ายยา	2.4 การให้ญาติไปรอรับยาที่ห้องจ่ายยา
	2.10 การลงข้อมูลการนัดในสมุดนัด	2.5 การลงข้อมูลการนัดในสมุดนัด
3. การทบทวน ให้ความรู้แก่มารดา	3.1 การทบทวนความรู้แก่มารดา	3.1 การทบทวนความรู้แก่มารดา
	3.2 การสรุปบันทึกทางการแพทย์	3.2 การสรุปบันทึกทางการแพทย์
4. การเตรียมผู้ป่วยทารก แรกเกิดก่อนกลับบ้าน	4.1 การเช็คป้ายชื่อมือผู้ป่วยทารก แรกเกิด	4.1 รวมกับ กิจกรรมย่อยที่ 4.2 มีการจัด ลำดับใหม่
	4.2 การดูแลให้มารดาเปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ป่วยทารกแรกเกิด	รวมกับ กิจกรรมย่อยที่ 4.1
	4.3 การให้มารดาเซ็นชื่อรับผู้ป่วย ทารกกลับบ้าน	4.2 การให้มารดาเซ็นชื่อรับผู้ป่วยทารกกลับ บ้าน
	4.4 การลงสถิติ การจำหน่ายผู้ป่วย	4.3 การลงสถิติ การจำหน่ายผู้ป่วย
5. การจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย ทารกแรกเกิดกลับบ้าน	5.1 การจัดเก็บสิ่งของในยูนิตผู้ป่วย	5.1 การจัดเก็บสิ่งของในยูนิตผู้ป่วย
	5.2 การส่งมอบผู้ป่วยทารกแรกเกิด แก่มารดา	5.2 การส่งมอบผู้ป่วยทารกแรกเกิดแก่มารดา
	5.3 การลงข้อมูลจำหน่ายใน คอมพิวเตอร์	5.3 การลงข้อมูลจำหน่ายในคอมพิวเตอร์
รวมกิจกรรม	23 กิจกรรม	15 กิจกรรม

พบว่ากระบวนการหลักยังคงประกอบด้วย 5 กระบวนการหลัก แต่กิจกรรมย่อยลดลงจาก 23 กิจกรรม เป็น 15 กิจกรรมย่อย

ส่วนที่ 3 ระยะเวลาที่ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ภายหลังจากการปรับปรุงโดยใช้แนวคิดสลับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลรอบเวลามาตรฐานในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้พิการแรกเกิด ก่อนและหลังการปรับปรุง

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ก่อนปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)	หลังปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)
กิจกรรมหลักที่ 1	1.1 การตรวจคำสั่งลงการจำหน่าย	1.49	1.35
	1.2 การรับคำสั่งการจำหน่าย	1.39	0
	1.3 การตรวจสอบการจำหน่าย	1.24	0
	1.4 การตรวจเช็คและแยกเอกสาร	7.29	2.55

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ก่อนปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)	หลังปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)
	รวมเวลามาตรฐาน	11.41	4.30
กิจกรรมหลักที่ 2	2.1 การคิดค่าใช้จ่าย/การออกใบนัด	6.48	3.38
	2.2 การตรวจเช็คคยาโดยพยาบาล	2.23	1.43
	2.3 การรวบรวมยาเดิม	1.49	0
	2.4 การเขียนคินยา	2.13	0
	2.5 การทำหัตถการตามแผนการรักษา	14.04	0
	2.6 การให้ญาติไปติดต่อตรวจสอบสิทธิ์	32.60	0
	2.7 การแจ้งให้ญาติไปติดต่อห้องการบัญชี	1.49	0
	2.8 การให้ญาติติดต่อห้องการบัญชี	13.45	1.42
	2.9 การให้ญาติไปรอรับยาที่ห้องจ่ายยา	6.18	4.47
	2.10 การลงข้อมูลการนัดในสมุดนัด	2.24	1.56
	รวมเวลามาตรฐาน	83.0	12.30
กิจกรรมหลักที่ 3	3.1 การทบทวนความรู้แก่มารดา	13.24	7.59
	3.2 การสรุปบันทึกทางการแพทย์	10.00	4.52
	รวมเวลามาตรฐาน	23.24	12.11
กิจกรรมหลักที่ 4	4.1 การเช็คป้ายชื่อมือผู้ป่วยทารกแรกเกิด	1.26	0
	4.2 การดูแลให้มารดาเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยทารกแรกเกิด	5.12	3.38
	4.3 การให้มารดาเซ็นชื่อรับผู้ป่วยทารกแรกเกิดกลับบ้าน	1.39	1.35
	4.4 การลงสถิติ การจำหน่ายผู้ป่วย	1.4	1.35
	รวมเวลามาตรฐาน	9.17	6.10
กิจกรรมหลักที่ 5	5.1 การจัดเก็บสิ่งของในยูนิตผู้ป่วย	4.62	3.54
	5.2 การส่งมอบผู้ป่วยแก่มารดา	1.35	1.04
	5.3 การลงข้อมูลจำหน่ายในคอมพิวเตอร์	1.33	1.43
	รวมเวลามาตรฐาน	7.30	6.01
สรุปรวมเวลามาตรฐานของกิจกรรมทั้งหมด		135.02	43.47

เวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หรือผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 หลังการปรับปรุงเท่ากับ 43.47 นาที ซึ่งลดลงจากเวลามาตรฐานก่อนการปรับปรุงกระบวนการซึ่งเท่ากับ 135 นาที รวมระยะเวลาที่ลดลงเท่ากับ 91.55 คิดเป็นร้อยละ 67.8

ส่วนที่ 4 ปัญหาของการประยุกต์แนวคิดลีนในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด ได้แก่ 1) การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดลีนของบุคลากรแตกต่างกัน 2) คอมพิวเตอร์เก่าและโปรแกรมการใช้งานไม่เสถียร 3) กระบวนการลีนบางกระบวนการ

มีความยากในการปฏิบัติ ในขณะที่มีภาระงานมาก ข้อเสนอแนะในการประยุกต์แนวคิดสลับในกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด ได้แก่ จัดทำแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดสลับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เสนอให้ผู้บริหารรับทราบเกี่ยวกับปัญหาของคอมพิวเตอร์และโปรแกรมที่ใช้งาน และจัดอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 กระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ภายหลังจากที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก และกิจกรรมย่อย 23 กิจกรรมย่อย ภายหลังจากปรับปรุงกระบวนการยังคงประกอบด้วยกิจกรรมหลัก กิจกรรม แต่กิจกรรมย่อยลดลงเหลือ 15 กิจกรรม เนื่องจากได้มีการนำแนวคิดสลับมาประยุกต์ในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยการมุ่งเน้นการกำจัดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในงานออกไป ได้มีการนำเครื่องมือและเทคนิคที่ใช้ในแนวคิดสลับ มาเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำจัดความสูญเปล่า จากผลการศึกษา ได้มีการใช้เทคนิค ECRS (Eliminate, Combine, Rearrange, Simplify) ตัดและปรับรวมกิจกรรมย่อยในส่วนของกรรอกคอย ซึ่งทำให้กิจกรรมย่อยลดลงจาก 23 กิจกรรมย่อย เหลือเพียง 15 กิจกรรมย่อย ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Norkaew (2010) ที่นำแนวคิดสลับไปประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษ 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่พบว่า สามารถลดขั้นตอนกิจกรรมจาก 18 กิจกรรม เหลือ 16 กิจกรรม

ส่วนที่ 2 เวลามาตรฐานที่ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด ระยะเวลาการปรับปรุงเท่ากับ 135.02 นาที และในระยะหลังการปรับปรุงเท่ากับ 43.47 นาที ลดลง 91.55 นาที คิดเป็นร้อยละ 67.8 ทั้งนี้เนื่องจากความสูญเปล่าเป็นตัวทำให้เวลาที่ใช้ในงานยาวนานขึ้น โดยการมุ่งในการกำจัดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในงาน

ออกไป ในต่างประเทศพบว่ามีการนำแนวคิดสลับ มาประยุกต์ในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายมารดาและทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาล ในประเทศอเมริกา โดย Wolf et al. (2008) พบว่า สามารถลดระยะเวลาในการจำหน่ายมารดาและทารกได้ภายในเวลา 13.00น. ร้อยละ 90 จากที่ไม่เคยปฏิบัติได้เลย ในประเทศไทยพบว่า มีเพียงงานวิจัยในทารกแรกเกิดพบเพียง 1 งานวิจัยเท่านั้นซึ่งเป็นการศึกษาของ Srisawat (2012) ศึกษารูปแบบใหม่ของการจำหน่ายทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เวลามาตรฐานที่ใช้ในรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนา เท่ากับ 101.17 นาที ส่วนเวลามาตรฐานในรูปแบบใหม่ เท่ากับ 21.73 นาที ลดลง 79.44 นาที คิดเป็นร้อยละ 78.52

ส่วนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยประยุกต์แนวคิดสลับ

1. บุคลากรมีการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดสลับแตกต่างกัน มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติตามกระบวนการรับใหม่ที่ปรับปรุงขึ้นใหม่อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากภาระงานของแต่ละคนในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกัน จึงทำให้ไม่ได้รับข้อมูลการสื่อสาร เมื่อเกิดการปรับปรุงแนวปฏิบัติขึ้นมาใหม่ ประกอบกับทีมปรับปรุงยังไม่ได้กำหนดแนวทางสื่อสารที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Worley and Doolen (2006) ที่พบว่าเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติใหม่ที่เกิดจากการประยุกต์แนวคิดสลับ บทบาทของทีมปรับปรุงที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นคือการสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ปฏิบัติ และการศึกษาของ Yang and Yu (2010) ที่พบว่า การสร้างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงจะช่วยให้การนำแนวคิดสลับไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ ข้อเสนอแนะ บุคลากรเสนอว่าควรมีจัดทำแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดสลับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านภาษาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นการยอมรับวัฒนธรรมแห่งสลับร่วม

กับกระบวนการเสริมพลังอำนาจเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงตามหลักการของลีนผ่านสายธารแห่งคุณค่าก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้การประยุกต์แนวคิดลีนประสบผลสำเร็จจากการที่บุคลากรไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง (Joosten, Bongers, & Janssen, 2009)

2. ระบบคอมพิวเตอร์เก่าและโปรแกรมการใช้งานไม่เสถียร และความมั่นคงของ Hardware ยังไม่ดี ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hobson (2007) ที่กล่าวว่า การบริหารจัดการด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่ดีพอ วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติงาน (Worley & Doolen, 2006) กล่าวว่าการได้รับการสนับสนุนในด้านทรัพยากรจากผู้บริหาร ทั้งในด้านเวลา และวัสดุอุปกรณ์ จะช่วยให้การประยุกต์แนวคิดลีนประสบผลสำเร็จ ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Maloney et al. (2007) ที่พบว่าระบบสารสนเทศที่ดีเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการประสานการทำงานในกระบวนการไหลของผู้ป่วย ของ ทีมดูแลสหสาขา ข้อเสนอแนะ บุคลากรเสนอว่า ควรแจ้งผู้บริหารให้รับทราบเกี่ยวกับปัญหาของคอมพิวเตอร์และโปรแกรมที่ใช้งาน โดยจัดบุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละจุด มีการตรวจสอบอุปกรณ์ให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

3. กระบวนการที่ลีนบางกระบวนการมีความยากในการปฏิบัติในขณะที่มีภาระงานมาก ช้าช้า ความขาดแคลนบุคลากร ระบบสนับสนุนที่ไม่สมบูรณ์และก่อให้เกิดปัญหา ทำให้บุคลากรไม่สามารถทำตามที่วางแผนไว้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องหมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก หรือนอกเวลาราชการ และความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ได้แก่ ตำแหน่งที่ตั้งของคอมพิวเตอร์ ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล จุดวางรายงานของผู้ป่วยทารกแรกเกิด โต๊ะเขียนรายงานของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น เหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เวลามาตรฐานที่ได้มีความแตกต่างกัน ทำให้ต้องมีการปรับปรุงแบบการประชุมเป็นลักษณะของการประชุมกลุ่มย่อยในเวรเช้าหลังการรับ ส่งเวรในรูปแบบเรื่องเล่า

เข้านี้ และมีการกำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบโครงการและสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Taleghani (2010) ที่พบว่าในการประยุกต์แนวคิดลีนในองค์กร ควรมีการมอบหมายความรับผิดชอบภายในให้กับผู้รับผิดชอบโครงการตามลำดับขั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการเป็นผู้นำในการปฏิบัติ ข้อเสนอแนะ บุคลากรเสนอว่า ควรให้มีจัดอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน จะช่วยให้บุคลากรเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการปรับปรุง และเพิ่มความต้องการมีส่วนร่วม บุคลากรจะมีแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน ผู้บริหารพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนและบุคลากรจะมีความสำคัญต่องานมากขึ้น ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Joosten, Bongers, & Janssen (2009) กล่าวว่าด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การควบคุม กำกับงานและการสนับสนุนทางสังคมจาก ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำงานอันจะนำไปสู่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำเสนอผลการวิจัยแก่ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลเพื่อพิจารณาเป็นแนวทางการปรับปรุงกระบวนการทำงานที่ประยุกต์ใช้แนวคิดลีนไปปรับปรุงกระบวนการพยาบาลด้านอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

2. นำผลการศึกษาไปใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานหรือการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านอื่น ๆ ได้ในระยะยาว สามารถนำไปปรับปรุงคุณภาพของงาน คิดค้นนวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่ ในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดระยะเวลา ลดขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้เกิดความมั่นใจว่าผลของการปรับปรุงมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการประยุกต์แนวคิดลีนในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยด้วยโรคอื่น หรือผู้ป่วยที่จำหน่ายในหอผู้ป่วยอื่น รวมทั้งสามารถประยุกต์แนวคิด

สิ้นในกิจกรรมบริการอื่น ๆ ภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และในหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาล ที่มีขั้นตอนและระยะเวลาสั้น เพื่อที่จะสามารถลดระยะเวลาและขั้นตอนในการทำงาน

จากการประยุกต์แนวคิดสัณในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด เช่นความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่าย หรือผู้ปกครองของผู้ป่วยทารกแรกเกิด

2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์หรือประสิทธิผลที่เกิด

เอกสารอ้างอิง

- Barnes, R. M. (1958). *Motion and Time Study* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Hobson, K. (2007). Lean management systems: A case study in reducing waiting lists. *Ultrasound*, 15(1), 31-34.
- Jirapaet, K. (2008). *Principles of basic newborn care*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Print. (In Thai)
- Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues And observations. *International Journal for Quality Health Care*, 21(5), 341-347.
- Maloney, C. G., Wolfe, D., Geteland, P. H., Hales, J. W., & Nkoy, F. L. (2007). A Tool for Improving Patient Discharge Process and Hospital Communication Practices: the Patient Tracker. *AMIA Symposium Proceeding*, 493-497. (In Thai)
- Pediatric Ward 3, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. (2015). *Report of Key Performance Indicator Pediatric Ward 3, 2015*. Phitsanulok: Pediatrics Working Group Buddhachinaraj Phitsanulok. (In Thai)
- Pediatric Ward 3 Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. (2016). *Report of Key Performance Indicator Pediatric Ward 3, 2016*. Phitsanulok: Pediatrics Working Group Buddhachinaraj Phitsanulok. (In Thai)
- Rijiravanich, V. (2010). *Work Study and Office of Academic Resources* (7th Ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. (In Thai)
- Senadisai, S. , & Arpanantikul, M. (2009). *Nursing practice Manual Guides*. Bangkok: Judtong print. (In Thai)
- Srisawat, S. (2012). *Development of a model for newborn discharge management in obstetric unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Supachutikul, A. (2009). *Lean and seamless healthcare: The Health care Accreditation Institute (Public Organization)*. Nonthaburi: Publishing D-One Book Company Co., Ltd. (In Thai)
- Taleghani, M. (2010). Success and Failure Issues to Lead Lean Manufacturing Implementation. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 615-618.
- Thampanichawat, W. (2010). *Nursing of high-risk newborn babies*. Bangkok: Textbook Project, Faculty of Nursing, Mahidol University. (In Thai)

- Norkaew, W. (2010). *Development of model for patient discharge management in private ward 2, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Wolf, L. (2008). *Discharge process improvement: A case study by Barnes-Jewish Hospital of St. Louis*. Retrieved from <https://silo.tips/download/discharge-process-improvement-a-case-study-by-barnes-jewish-hospital-of-st-louis>
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. New York: Simon & Schuster Press.
- Worley, J. M., & Doolen, T. L. (2006). The role of communication and management support in a lean manufacturing implementation. *Management Decision*, 44(2), 228-245.
- Yang, P., & Yu, Y. (2010). The Barriers to SMEs' Implementation of Lean Production and Countermeasures Based on SMEs in Wenzhou. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 1(2), 220-225.



การประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก Applying Lean Thinking to Improve Patient Discharge Process, Female Medical Ward 1, Buddhachinnaraj Phitsanulok Hospital

ลัดดา	ผลรุ่ง *	Ladda	Ponrung *
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **
อรอนงค์	วิชัยคำ **	Orn-Anong	Wichaikhum **

บทคัดย่อ

การจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดลีน ตามกรอบแนวคิดของ Womack & Jones (2003) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 32 คน และกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วยในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ 1) ตารางอธิบายลักษณะกิจกรรม 2) แบบฟอร์มการวิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรม 3) แบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ และ 4) แนวคำถามในการประชุมกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะ โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความเที่ยงของการสังเกตของผู้สังเกต 2 คน เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า 1) กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ที่ได้รับการปรับปรุงโดยแนวคิดลีน มีลักษณะ 5 กิจกรรมหลัก และ 15 กิจกรรมย่อย ซึ่งลดลงจากกระบวนการก่อนการปรับปรุงกระบวนการที่มีจำนวน 20 กิจกรรมย่อย 2) เวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หลังการปรับปรุงเท่ากับ 56.13 นาที ซึ่งลดลงจากเวลามาตรฐานก่อนการปรับปรุงกระบวนการซึ่งเท่ากับ 247.00 นาที 3) ปัญหาของการประยุกต์แนวคิดลีนในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ 1) บุคลากรคุ้นชินกับการปฏิบัติกิจกรรมการจำหน่ายตามกระบวนการเดิมก่อนปรับปรุง 2) ภาระงานมากทำให้บุคลากรไม่มีเวลาพอที่จะปฏิบัติบางกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายที่ปรับปรุง 3) บุคลากรมีการรับรู้เกี่ยวกับแนวคิดลีนแตกต่างกัน และข้อเสนอแนะ ได้แก่ ควรนิเทศ ติดตาม สนับสนุน ช่วยเหลือแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง ควรจัดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงาน และจัดทำแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดลีนแก่บุคลากร

ผลการศึกษาค้นคว้านี้ แสดงให้เห็นว่าการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดลีนสามารถลดขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการของกิจกรรมบริการอื่น ๆ ในองค์การต่อไป

คำสำคัญ: การประยุกต์แนวคิดลีน กระบวนการจำหน่าย ผู้ป่วยอายุรกรรม

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
* Professional Nurse, Buddhachinnaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 16 ตุลาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 4 มกราคม 2561

Abstract

Rapid patient discharge is a part of providing efficient and responsive service to the needs of the customer. The purpose of this study was to improve the patient discharge process in Female Medical Ward 1, Buddhachinnaraj Phitsanulok Hospital, by using the Lean Thinking Concept of Womack and Jones (2003). The sample included 32 personnel that are involved in the patient discharge process and discharge activities and the numbers of the activities in nursing service during July to September 2017. The research instruments included: 1) a table for describing the activities of the discharge process, 2) a form for value analysis of discharge activity, 3) a record form for time spent on discharge activity 4) the focus group interview guidelines regarding problems and recommendations. These research instruments were validated by three experts. The inter-rater reliability of two observers for the recorded time was 1.0. Data were analyzed using descriptive statistics

The results revealed that:

1. The patient discharge process improvement applying Lean thinking in Female Medical Ward 1 consisted of five major activities and 15 minor activities which is a reduction from the original 20 minor activities for the process before improvement.

2. The standard time of the improved patient discharge process applying Lean thinking in Female Medical Ward 1 was greatly reduced to 56.13 minutes from the original standard time of 247.00 minutes before improvement.

3. The problems of applying Lean Thinking to improve discharge process in Female Medical Ward 1 include: 1) personnel who were familiar with the old routine discharge process 2) the usual high workload of the nurses leaves limited time to do some of the improved discharge activities 3) different understanding of personnel regarding the Lean Thinking. The recommendations included continuous supervision, supporting and assisting personnel, matching the staffing to the workload, and developing a plan to educate personnel about the concepts of Lean Thinking.

The results of this study revealed that the improvement of the patient discharge process using the Lean thinking can reduce the process and duration of the operation.

Keywords: Applying Lean Thinking, Discharge Process, Internal Medicine

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรมเป็นการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังและได้รับการรักษาด้วยยา โดยมีปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย และมีปัญหาซับซ้อน (Hanucharunkul, 2009) จำนวนผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาล

พุทธชินราช พิษณุโลก ปี 2557-2559 เท่ากับ 19,979, 21,165 และ 22,151 ราย (Buddhachinnaraj Phitsanulok Hospital Information Technology Center, 2016) ซึ่งส่งผลให้ภาระงานของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งผู้ป่วยยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ประชาชนมีความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลและมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการพยาบาลมากกว่าในอดีต ทำให้โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปรับปรุงระบบบริการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพ (Srisatidnarukul, 2007) ดังนั้นโรงพยาบาลจึงมีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย จำกัดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว

การจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึงการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเมื่อแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยหายจากอาการหรือโรคหรือมีอาการดีขึ้นภายหลังได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (Senadesai & Arpanantikul, 2009) ระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยที่รวดเร็วย่อมส่งผลต่อการเพิ่มคุณค่าการบริการให้กับผู้รับบริการและเกิดความพึงพอใจ (Deeseentharn, 2009) ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายให้มีความรวดเร็ว สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้นำเสนอแนวคิดสลับว่าเป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้รวดเร็ว อันจะช่วยพัฒนาคุณภาพบริการให้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ (Supachutikul, 2009)

แนวคิดสลับเป็นแนวคิดที่อยู่บนพื้นฐานของการเพิ่มคุณค่าให้กับลูกค้าและการส่งมอบการให้บริการที่รวดเร็ว มุ่งเน้นไปที่กระบวนการทำงานที่มีความคล่องตัว ลดความสูญเสียให้เหลือแต่เนื้อแท้ในการทำงาน (Womack & Jones, 2003) ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 หลักการ ได้แก่ 1) ระบุคุณค่าของสินค้าหรือบริการ (specify value) หมายถึง การทำความเข้าใจผู้รับบริการ คุณค่าไม่ใช่มุมมองของผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ โดยผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการนำคุณค่าของแต่ละกิจกรรมมาศึกษา ทำให้ผู้รับบริการเห็นว่ามีความคุ้มค่า 2) บ่งชี้สายธารคุณค่า (identify value stream) หมายถึง คุณค่ามีลักษณะของความเฉพาะเป็นการระบุกิจกรรมของการ

ทำงานหรือขั้นตอนทั้งหมดที่เกิดขึ้น พัฒนาไปเป็นแผนภูมิในอนาคตที่ไม่มีความสูญเปล่า (muda) หรือกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า แนวคิดสลับมีการอธิบายกิจกรรมการบริการทั้งหมดที่ไปสู่ลูกค้าหรือบริการ ทำให้มองเห็นความสูญเปล่า ที่อยู่ในกิจกรรมการบริการและนำไปสู่การขจัดความสูญเปล่า ออกจากกิจกรรมการบริการ ทำให้เกิดคุณค่าความต้องการในมุมมองของลูกค้าหรือผู้รับบริการ 3) การไหล (flow) หมายถึง การทำให้เกิดการไหลลื่นทั้งระบบ ลดการรอคอยในการที่จะผลิตหรือให้บริการ มีส่วนร่วมในการสร้างคุณค่าที่แท้จริงในทุก ๆ จุด ตามกระบวนการนั้น ๆ สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง 4) ระบบดึง (pull) หมายถึง เป็นการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการให้กับลูกค้าตามความต้องการหรือความความหวังของลูกค้าให้มากที่สุด 5) ความสมบูรณ์แบบ (perfection) หมายถึง มีการปรับปรุงกิจกรรมการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้รับผลงานต้องการจริง ๆ (Womack & Jones, 2003)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม เพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยจำนวน 40 เตียง โดยอัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 105.24 (Female Medical Ward 1 Statistics, 2016) มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 41-45 คนต่อวัน ซึ่งมากกว่าจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยที่มีอยู่ ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการเตียงโดยผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาจากผู้ป่วยที่อยู่ในประเภทระยะพักฟื้นและต้องการการดูแลปานกลางและน้อยและแพทย์มีคำสั่งให้กลับบ้านได้ให้ได้รับการจำหน่ายได้อย่างรวดเร็ว จากสถิติหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 (October 2015 to September 2016) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายเฉลี่ย 7-8 คนต่อวัน ผู้ศึกษาได้ศึกษากระบวนการจำหน่ายของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ 1) การรับคำสั่งการจำหน่าย 2) การคิดค่ารักษาพยาบาลและลงข้อมูลการนัด 3) การชำระค่ารักษาพยาบาล 4) การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน

5) การจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร พนักงานบัญชีและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้

จากการทดลองจับเวลาการจำหน่ายผู้ป่วยจำนวน 10 ราย (จำหน่ายประเภททุเลา ส่งต่อ และถึงแก่กรรม) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 พบว่า 1) การรับคำสั่งการจำหน่ายใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที 2) การคิดค่ารักษาพยาบาลและลงข้อมูลการนัด ใช้เวลาประมาณ 10-40 นาที 3) การชำระค่ารักษาพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 11-33 นาที 4) การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที และ 5) การจำหน่ายผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 43-55 นาที รวมเวลาที่ใช้ทั้งหมดโดยพยาบาลหัวหน้าเวรรับคำสั่งการจำหน่ายจากแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษรจนถึงผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน 99-183 นาที ซึ่งระยะเวลาในการจำหน่ายมีความแตกต่างกันมากในผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยที่จำหน่ายได้เร็วสุดและช้าสุดมีเวลาที่แตกต่างกันถึง 88 นาทีสาเหตุดังกล่าวมีผลทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยกลับบ้านช้า ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ โดยญาติที่มารักษาที่บ้านต้องเสียเวลารอคอยเกิดความไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยบางรายที่บ้านอยู่ไกลไม่สามารถเดินทางกลับบ้านได้ทันทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลต่ออีก 1 วันผู้ป่วยและญาติต้องเสียทั้งเวลาและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการต้องนอนพักรักษาตัวต่อในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อองค์กร หน่วยงานไม่มีเตียงรับผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยต้องนอนบนเปลนอนแทรกระหว่างเตียงภายในหอผู้ป่วยและนอนบนเตียงผ้าใบบริเวณทางเดิน ส่งผลให้เกิดความแออัดภายในหอผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติบางรายขอเซ็นไม่สมัครใจรักษาเนื่องจากไม่พึงพอใจจากเตียงเต็มต้องนอนบนเตียงผ้าใบหรือเปลนอนจำนวน 3 ราย และบางครั้งต้องเลื่อนเวลาการจำหน่ายเป็นเวรป่วยเนื่องจากผู้ป่วยกลับบ้านในเวรเช้าไม่ทัน ซึ่งเวรป่วยมีจำนวนบุคลากรน้อยกว่าทำให้ภาระงานในเวรป่วยเพิ่มขึ้น (Female Medical Ward 1 Statistics, 2016) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จึงเห็นความสำคัญ

ของปัญหาและผลกระทบการจำหน่ายผู้ป่วยดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาเพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยการประยุกต์แนวคิดลีนเพื่อจะช่วยเหลือสิ่งสูญเสียไปในแต่ละกิจกรรม ลดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนซึ่งจะทำให้กระบวนการจำหน่ายมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดลีน

คำถามการวิจัย

1. กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ได้รับการปรับปรุงโดยใช้แนวคิดลีน มีลักษณะอย่างไร
2. ระยะเวลาที่ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ภายหลังจากปรับปรุงโดยใช้แนวคิดลีนลดลงหรือไม่อย่างไร
3. ปัญหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดลีนมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดลีนในการศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดลีนของ Womack and Jones (2003) ประกอบด้วย 5 หลักการ คือ 1) ระบุคุณค่าของสินค้าหรือบริการ 2) บ่งชี้สายธารคุณค่า 3) การไหล 4) ระบบดึง และ 5) ความสมบูรณ์แบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงกระบวนการและลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยและญาติในกระบวนการจำหน่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (development study) ประชากรคือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยจำนวน 34 คน และจำนวนกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก (ประเภททุเลา) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยจำนวน 32 คน (ไม่นับรวมผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษา) และจำนวนกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก (ประเภททุเลา) โดยกลุ่มตัวอย่างกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วยระยะก่อนการปรับปรุงจำนวน 20 ครั้ง และระยะหลังการปรับปรุงจำนวน 20 ครั้ง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยทำการจับเวลาเบื้องต้น 5 ครั้ง ในงานย่อยที่ใช้เวลามากกว่า 2 นาที หรือจับเวลาเบื้องต้น 10 ครั้ง ในงานย่อยที่ใช้เวลาน้อยกว่า 2 นาที หากค่าพิสัยของเวลาที่จับได้ หากค่าเฉลี่ยของเวลาที่จับได้ แล้วนำค่าพิสัยมาหารด้วยค่าเฉลี่ย นำค่าที่ได้ไปเทียบตารางมาตรฐานที่ได้ไปหาจำนวนครั้งที่ต้องจับเวลา โดยการเทียบกับตารางของบาร์นที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ (Jirapattarasilp, 2010) ทั้งระยะก่อนการปรับปรุงและหลัง โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ 1. เป็นกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประเภททุเลา 2. เป็นกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วยที่ญาติสามารถรับผู้ป่วยกลับบ้านเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาประกอบด้วย 1) แผนภูมิการจำหน่ายผู้ป่วย 2) แผนภาพไดอะแกรมการไหล 3) ตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมของกระบวนการจำหน่าย 4) แผนภูมิกระบวนการงานที่ใช้สัญลักษณ์สากล 5) ลักษณะ 5) แบบฟอร์มการวิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรมย่อย 6) แบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรม 7) นาฬิกาที่ใช้สำหรับบันทึกเวลา จำนวน 2 เรือน ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ

รวบรวมข้อมูลของบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2. แนวคำถามปัญหาและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษานำชุดเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และชุดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย แผนภูมิการจำหน่ายผู้ป่วย แผนภาพไดอะแกรมการไหล ตารางอธิบายลักษณะกิจกรรม แผนภูมิกระบวนการงานที่ใช้สัญลักษณ์สากล 5 ลักษณะ แบบฟอร์มการวิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรม แบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามปัญหาและข้อเสนอแนะไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดสืบ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาความเหมาะสมในการใช้ภาษาและความชัดเจนของแบบสอบถามและแนวคำถาม

ผู้ศึกษานำแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมย่อยในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย และนาฬิกาที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ไปทดลองจับเวลา กิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 10 ครั้ง ร่วมกับผู้ช่วยในการศึกษา 1 ท่านตรวจสอบความสอดคล้องตรงกันของการ สังเกตและความถูกต้องตรงกันของข้อมูลเวลาที่บันทึกได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 1.0

ผู้ศึกษาตรวจสอบความเที่ยงของนาฬิกาที่ใช้บันทึกเวลาจากการเทียบเวลาให้ตรงกับสถาบัน มาตรฐานวิทยาแห่งประเทศไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่เวลา 08.00น. ณ ตำแหน่ง เดียวกันเป็นเวลา 3 วันติดกัน ซึ่งมีความเที่ยงเพียงพอที่จะใช้ในการจับเวลาได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษานำโครงการการค้นคว้าแบบอิสระนี้เสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อรับการรับรองทางจริยธรรมหลังจากนี้ผู้ศึกษาเข้าพบผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล นอกจากนี้ผู้ศึกษาพบบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ทำหนังสือเพื่อทราบถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา และชี้แจงให้ทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลต่อการประเมินผลงาน ขณะทำการศึกษานักวิชาการเหล่านี้สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ การนำเสนอผลหรืออภิปรายของการศึกษาในรายงานการศึกษานำเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วย

การรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินตามขั้นตอนการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายดังนี้

ระยะเตรียมการ

1. ผู้ศึกษาเข้าผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมและจิตเวชและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้ศึกษาประชุมผู้ศึกษาช่วยร่างแผนภาพการไหลของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ผู้ศึกษานำกระบวนการจำหน่ายที่ผ่านการพิจารณาแล้วมาจัดทำตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลเวลาที่ใช้ เพื่อเป็นคู่มือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้ศึกษาประชุมเตรียมผู้ช่วยศึกษาโดย ผู้ศึกษาเลือกพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช

พิษณุโลก ผู้ศึกษาอธิบายรายละเอียดของเครื่องมือวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการสังเกตการณ์จับเวลาและการบันทึกเวลา

ระยะก่อนปรับปรุง

1. จัดประชุมทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายให้ที่ประชุมร่วมกันนำเสนอปัญหาของกระบวนการจำหน่าย พร้อมนำเสนอเครื่องมือในการศึกษาเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการปรับปรุง

2. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษานำตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมและแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบความตรงกันของผู้สังเกตโดยทดลองจับเวลากิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 10 ครั้ง ร่วมกับผู้ช่วยในการศึกษา 1 ท่านตรวจสอบความสอดคล้องตรงกันของการสังเกตและความถูกต้องตรงกันของข้อมูลเวลาที่บันทึกได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 1.0

3. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บข้อมูลเวลาในการทำกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยบันทึกในแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ก่อนการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายกิจกรรมละ 10 ครั้ง และนำมาคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละกิจกรรมจำนวน 20 ครั้ง หลังจากนั้นผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บข้อมูลเวลาในการทำแต่ละกิจกรรมจนครบ 20 ครั้ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณเวลามาตรฐานของแต่ละกิจกรรมโดยกำหนดให้ค่าอัตราการทำงานตามสมรรถนะการทำงาน (performance rating) เท่ากับร้อยละ 100 เพราะพยาบาลวิชาชีพในการศึกษานี้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปีทุกคน และเวลาเผื่อการทำงาน (allowances) เท่ากับร้อยละ 4 โดยใช้เกณฑ์การคิดเวลาเผื่อการทำงานของ Rijiravanich (2010)

ระยะปรับปรุง

1. จัดประชุมทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ

กระบวนการจำหน่ายแจ้งวัตถุประสงค์และความสำคัญของการปรับปรุงในกระบวนการจำหน่ายให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดสืบ การนำแนวคิดสืบสู่การปฏิบัติ ชี้แจงเครื่องมือและวิธีวิเคราะห์คุณค่าและความสูญเสียของกระบวนการจำหน่าย

2. ผู้ศึกษาได้ให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันเสนอข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและข้อตกลงร่วมกันในที่ประชุม โดยการประยุกต์แนวคิดสืบเพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย นำไปเขียนเป็นแผนภาพ จัดทำตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมและแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยใหม่

3. นำกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหลังปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

4. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บเวลาในการทำกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยบันทึกในแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หลังการปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย กิจกรรมละ 10 ครั้ง และนำมาคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละกิจกรรมของแต่ละกิจกรรมจำนวน 20 ครั้ง หลังจากนั้นผู้เก็บข้อมูลเวลาในการทำแต่ละกิจกรรมจนครบจำนวน 20 ครั้ง นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณเวลามาตรฐานของแต่ละกิจกรรมเหมือนก่อนปรับปรุงได้ข้อมูลรอบเวลาในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะหลังการปรับปรุง

1. ผู้ศึกษาทำการประชุมบุคลากรเพื่อนำเสนอผลลัพธ์ที่ได้หลังการปรับปรุงสอบถามปัญหาและข้อ

เสนอแนะโดยใช้แนวคำถามปัญหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ โดยแยกวิเคราะห์ ดังนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ใช้สถิติร้อยละ 2. ข้อมูลเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของเวลาที่ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการปรับปรุง 3. ข้อมูลปัญหาและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มเนื้อหาให้เป็นหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุอยู่ในช่วง 31 ถึง 40 ปี จำนวนเท่ากับ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.63 ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 15 ปี ขึ้นไปจำนวนเท่ากับ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 59.37

ส่วนที่ 2 กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกที่ได้รับการปรับปรุงโดยใช้แนวคิดสืบ นำมาเปรียบเทียบกับกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนการปรับปรุง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมย่อยของกระบวนการการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ก่อนและหลังการปรับปรุง

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อยก่อนการปรับปรุง	กิจกรรมย่อยหลังการปรับปรุง
1. การรับคำสั่งการจำหน่าย	1.1 การตรวจเช็คแผนการรักษาของแพทย์และการรับคำสั่งการจำหน่าย	1.1 การตรวจเช็คแผนการรักษาของแพทย์และการรับคำสั่งการจำหน่าย
2. การคิดค่ารักษาพยาบาลและลงข้อมูลนัด	2.1 การรอคิดค่ารักษาพยาบาล 2.2 การคิดค่ารักษาพยาบาลและออกบัตรนัด	* ตัดออก 2.2 การคิดค่ารักษาพยาบาลและออกบัตรนัด

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อยก่อนการปรับปรุง	กิจกรรมย่อยหลังการปรับปรุง
3. การชำระ ค่ารักษาพยาบาล	2.3 การรวบรวมยาเดิม	2.3 การรวบรวมยาเดิม
	2.4 การรวบรวมเอกสาร	2.4 การรวบรวมเอกสาร
	2.5 การแจ้งญาติทราบ	2.5 การแจ้งญาติทราบ
	3.1 การรออนุญาต	* ตัดออก
	3.2 การให้ญาติไปติดต่อการบัญชี	3.2 การให้ญาติไปติดต่อการบัญชีและ การทำหัตถการตามแผนการรักษา
	3.3 การรอติดต่อการบัญชี	3.3 การรอติดต่อการบัญชี
	3.4 การตรวจเช็คเอกสารของเจ้าหน้าที่ การบัญชี	3.4 การตรวจเช็คเอกสารของเจ้าหน้าที่ การบัญชี
4. การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน	3.5 การรอรับยา	3.5 การรอรับยา
	3.6 การรับยาของญาติจากเภสัชกร พร้อมแนะนำการใช้ยา	3.6 การรับยาของญาติจากเภสัชกร พร้อมแนะนำการใช้ยา
	3.7 การติดต่อการบัญชีหลังรับยาของญาติ	3.7 การติดต่อการบัญชีหลังรับยาของญาติ
	4.1 การให้สุขศึกษาญาติ/ผู้ป่วย	4.1 การให้สุขศึกษาญาติ/ผู้ป่วย
	4.2 การทำหัตถการตามแผนการรักษา	*นำไปรวมกับกิจกรรมย่อยที่ 3.2
	4.3 การจัดเก็บสิ่งของในยูนิต	4.3 การจัดเก็บสิ่งของในยูนิต
	4.4 การรอรถของญาติจอดข้างตึกอายุรกรรม	* ตัดออก
5. การจำหน่ายผู้ป่วย	5.1 การรอ NA นำเป็ลรับผู้ป่วย	* ตัดออก
	5.2 การส่งผู้ป่วยและญาติ	5.2 การส่งผู้ป่วยและญาติ
	5.3 การบันทึกการจำหน่ายใน คอมพิวเตอร์และสรุปแฟ้มประวัติ	5.3 การบันทึกการจำหน่ายใน คอมพิวเตอร์และสรุปแฟ้มประวัติ
	รวมกิจกรรม	20 กิจกรรม

พบว่ากระบวนการหลักยังคงประกอบด้วย 5 กระบวนการหลัก แต่กิจกรรมย่อยลดลงจาก 20 กิจกรรม เป็น 15 กิจกรรมย่อย

ส่วนที่ 3 ระยะเวลาที่ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกภายหลังการปรับปรุงโดยใช้แนวคิดลีน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลรอบเวลามาตรฐานในกระบวนการการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนและหลังการปรับปรุง

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อยก่อนการปรับปรุง	ก่อนปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)	หลังปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)
1. การรับคำสั่งการ จำหน่าย	1.1 การตรวจเช็คแผนการรักษาของ แพทย์และการรับคำสั่งการจำหน่าย	1.21	2.72
	รวมเวลามาตรฐาน	1.21	2.72
2. การคิดค่ารักษา พยาบาลและลง ข้อมูลนัด	2.1 การรอคิดค่ารักษาพยาบาล	26.29	0
	2.2 การคิดค่ารักษาพยาบาลและออก บัตรนัด	5.16	4.94
	2.3 การรวบรวมยาเดิม	2.42	0.56

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อยก่อนการปรับปรุง	ก่อนปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)	หลังปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)
	2.4 การรวบรวมเอกสาร	1.48	1.48
	2.5 การแจ้งญาติทราบ	1.36	3.39
	รวมเวลามาตรฐาน	36.71	10.37
3.การชำระค่ารักษา พยาบาล	3.1 การรอญาติ	76.03	0
	3.2 การให้ญาติไปติดต่อการบัญชี	1.05	0.54
	3.3 การรอติดต่อการบัญชี	45.61	4.39
	3.4 การตรวจเช็คเอกสารของเจ้า หน้าที่การบัญชี	1.51	1.45
	3.5 การรอรับยา	25.17	14.94
	3.6 การรับยาของญาติจากเภสัชกร พร้อมแนะนำการใช้ยา	2.47	2.30
	3.7 การติดต่อการบัญชีหลังรับยาของ ญาติ	5.61	4.12
	รวมเวลามาตรฐาน	157.45	27.24
4. การเตรียมผู้ป่วย กลับบ้าน	4.1 การให้สุขศึกษาญาติ/ผู้ป่วย	2.76	2.56
	4.2 การทำหัตถการตามแผนการรักษา	2.37	0
	4.3 การจัดเก็บสิ่งของในยูนิต	3.59	3.45
	4.4 การรอรถของญาติจอดข้างตึก อายุรกรรม	18.73	0
	รวมเวลามาตรฐาน	27.45	6.01
5.การจำหน่ายผู้ป่วย	5.1 การรอผู้ช่วยเหลือคนไข้นำเปลรับ ผู้ป่วย	13.23	0
	5.2 การส่งผู้ป่วยและญาติ	4.81	4.48
	5.3 การบันทึกการจำหน่ายใน คอมพิวเตอร์และสรุปแฟ้มประวัติ	4.88	4.81
	รวมเวลามาตรฐาน	22.92	9.29
	รวมเวลามาตรฐาน(นาที)	247.00	56.13

เวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หลังการปรับปรุงเท่ากับ
56.13 นาที ซึ่งลดลงจากเวลามาตรฐานก่อนการปรับปรุง
กระบวนการซึ่งเท่ากับ 247.00 นาที

ส่วนที่ 4 ปัญหาของการประยุกต์แนวคิดสลับใน
กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1
ได้แก่ 1) บุคลากรคุ้นชินกับการปฏิบัติกิจกรรมการ

จำหน่ายตามกระบวนการเดิมก่อนปรับปรุง 2) ภาระงาน
มากทำให้บุคลากรไม่มีเวลาพอที่จะปฏิบัติบางกิจกรรมใน
กระบวนการจำหน่ายที่ปรับปรุง 3) บุคลากรมีการรับรู้
เกี่ยวกับแนวคิดสลับแตกต่างกัน และข้อเสนอแนะได้แก่
ควรนิเทศ ติดตาม สนับสนุน ช่วยเหลือแก่บุคลากรอย่าง
ต่อเนื่อง ควรจัดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงาน และ
จัดทำแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดสลับแก่บุคลากร

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ภายหลังจากที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การรับคำสั่งการจำหน่าย 2) การคิดค่ารักษาพยาบาลและลงข้อมูลการนัด 3) การชำระค่ารักษาพยาบาล 4) การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านและ 5) การจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งก่อนการปรับปรุงด้วยแนวคิดลีน ใน 5 กิจกรรมหลัก ดังกล่าวประกอบด้วย กิจกรรมย่อย 20 กิจกรรม แต่ภายหลังการพัฒนาเหลือเพียง 15 กิจกรรมย่อย เนื่องจากแนวคิดลีนช่วยให้สามารถค้นหาความสูญเสียเปล่าในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในขั้นตอนการบ่งชี้สายธารคุณค่า (identify value stream) โดยการใช้ตารางวิเคราะห์กระบวนการงานในกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยทุกคนร่วมกันเขียนกิจกรรมที่ตนเองได้ปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมและสรุปกิจกรรมที่ปฏิบัติในกระบวนการจำหน่าย ทำให้มองเห็นภาพรวมกิจกรรมทั้งหมดในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ร่วมกันระดมสมองในการค้นหาความสูญเสียเปล่าในแต่ละกิจกรรมตลอดกระบวนการจำหน่าย นำเครื่องมือและเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ในแต่ละระยะในการปรับปรุงวางแผนการจัด ลด หรือปรับเปลี่ยนความสูญเสียเปล่าตัดกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่าออกโดยกิจกรรมที่ตัดออกได้แก่ กิจกรรมย่อยที่ 2.1 การรอคิดค่าใช้จ่าย กิจกรรมย่อยที่ 3.1 การรอญาติ กิจกรรมย่อยที่ 4.4 การรอรถของญาติ จัดข้างเตียงอายุรกรรมและกิจกรรมย่อยที่ 5.1 การรอผู้ช่วยเหลือคนไข้ นำเปลรับผู้ป่วย เพราะการรอเป็นกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่าเป็นความสูญเสียเปล่าและรวมกิจกรรมบางกิจกรรมเข้าด้วยกันได้แก่ กิจกรรมย่อยที่ 3.2 การให้ญาติไปติดต่อกับญาติกับกิจกรรมย่อยที่ 4.2 การทำหัตถการตามแผนการรักษาซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถทำพร้อมกันได้ ทำให้กิจกรรมย่อยลดลงจาก 20 กิจกรรมย่อยเหลือเพียง 15 กิจกรรมย่อย ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Kumhang (2015) ที่นำแนวคิดลีนและเครื่องมือลีนไปประยุกต์ใน

การพัฒนากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สามารถปรับลดกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วยจากเดิม 16 กิจกรรม เหลือ 9 กิจกรรม

ส่วนที่ 2 เวลามาตรฐานที่ใช้ในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ระยะก่อนการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย เท่ากับ 247.00 นาที และในระยะเวลาหลังปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย เท่ากับ 56.13 นาที ลดลง 190.87 นาที ทั้งนี้เนื่องจากความสูญเสียเปล่าเป็นตัวทำให้เวลาที่ใช้ในงานยาวนานขึ้น และการนำเทคนิคตามแนวคิดลีนมาใช้ในการกำจัดความสูญเสียเปล่าออกไปส่งผลให้รอบเวลาการทำงานเร็วขึ้น (Klom-jit, 2014) โดยมีการนำเทคนิคในการปรับปรุงงาน ได้แก่ การฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดลีนการนำแนวคิดลีนสู่การปฏิบัติร่วมกันระดมสมอง วิเคราะห์แผนภาพการไหลของกระบวนการจำหน่ายเทคนิค อี ซี อาร์ เอส (E CRS: Eliminate Combine Re-arrange and Simplify) การปรับปรุงการวางผังพื้นที่ทำงาน (plant layout) เพื่อใช้พื้นที่ทำงานอย่างคุ้มค่าการจัดระบบงานจัดแบ่งหน้าที่กำหนดบทบาทบุคลากร การจัดทำมาตรฐานการทำงาน (standardized work) ในหน่วยงาน เครื่องมือ 5 ส. และ เครื่องมือควบคุมด้วยสายตา (visual control) และมีการกำจัดกิจกรรมการรอ ได้แก่ การรอคิดค่าใช้จ่าย การรอญาติ การรอติดต่อกับญาติ การรอรถของญาติจัดข้างเตียงอายุรกรรม และการรอผู้ช่วยเหลือคนไข้ นำเปลรับผู้ป่วย เมื่อความสูญเสียเปล่าถูกกำจัดออกไปทำให้รอบเวลามาตรฐานเฉลี่ยลดลง ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลักษณ์นาชาติ แผนกอายุรกรรม ได้ประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยผลการศึกษาพบว่าสามารถลดระยะเวลาเฉลี่ยของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยลงจากเดิม 138 นาที เหลือ 63 นาที (Corrado, Topley, & Cracknell, 2015)

ส่วนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกโดยใช้แนวคิดสืบ

1. บุคลากรคุ้นชินกับการปฏิบัติกิจกรรมการจำหน่ายตามกระบวนการก่อนปรับปรุงในระยะเริ่มต้นของการปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย ทำนองเดียวกับการศึกษาของการศึกษาของ Porpin (2009) ที่พบว่าในช่วงแรก พยาบาลยังคุ้นชินกับรูปแบบกระบวนการเดิมและเดินกลับไปกลับมาจึงต้องใช้เวลาในการปรับตัวและทำความเข้าใจในกระบวนการใหม่ ข้อเสนอแนะบุคลากรเสนอว่าหัวหน้าเวรควรนิเทศ ติดตาม สนับสนุนช่วยเหลือแก่บุคลากรในการปฏิบัติกิจกรรมกระบวนการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Kunnasit (2015) เสนอแนะว่าในการนำแนวคิดสืบมาประยุกต์ ให้ผู้ศึกษาทำการชี้แจงหรือให้ข้อมูลแก่บุคลากรที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้คำปรึกษาแก่บุคลากร หรือช่วยกำกับติดตามการปฏิบัติกิจกรรมให้เป็นไปตามกระบวนการที่พัฒนาร่วมกัน และการศึกษาของ Tangsathajaroenporn, Kaewthummanukul, and Sripusanapan (2012) กล่าวว่าด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การควบคุมกำกับงานและการสนับสนุนทางสังคมจาก ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำงานอันจะนำไปสู่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

2. ภาระงานมากทำให้บุคลากรไม่มีเวลาพอที่จะปฏิบัติบางกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายที่ปรับปรุงทำนองเดียวกับการศึกษาของ Kunnasit (2015) กล่าวว่าภาระงานจากการปฏิบัติงานประจำ ผู้ป่วยที่อาการหนักมีอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมจำหน่ายผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ บุคลากรเสนอว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยควรวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับภาระงานในแต่ละ หอผู้ป่วย เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Panthiya (2010) ได้เสนอแนะในการนำแนวคิดสืบมาประยุกต์ ควรได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารด้านอัตรากำลังที่เพียงพอ จึงจะประสบความสำเร็จและยั่งยืน ทำให้บุคลากรสามารถพัฒนาสิ่งต่าง ๆ ได้ดี และไม่เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงานประจำที่มากเกินไป

3. บุคลากรมีการรับรู้เกี่ยวกับแนวคิดสืบแตกต่างกัน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยมีหลากหลายอาชีพ มีความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับแนวคิดสืบต่างกัน และผู้ที่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าร่วมประชุมพร้อมกันได้ทั้งหมด ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Norkaew (2010) ที่กล่าวว่าปัญหาที่พบในการพัฒนากระบวนการจำหน่ายพบว่าบุคลากรบางคนไม่เห็นความสำคัญและไม่ให้ความร่วมมือในระยะการพัฒนา และบางคนไม่เข้าใจวิธีการพัฒนางานโดยใช้แนวคิดสืบ ข้อเสนอแนะ บุคลากรเสนอว่าผู้ศึกษาควรจัดทำแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดสืบแก่บุคลากร

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลการจำหน่ายทุกประเภทของการจำหน่าย ได้แก่ ส่งต่อถึงแก่กรรม

2. การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประยุกต์แนวคิดสืบในการจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะเวรเช้าเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การปรับปรุงกระบวนการการทำงานที่ใช้แนวคิดสืบสามารถลดระยะเวลาและลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ควรปฏิบัติการจำหน่ายผู้ป่วยตามกระบวนการที่ปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ และปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการแออัดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการประยุกต์แนวคิดสืบในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยประเภทส่งต่อ ถึงแก่กรรม และการปฏิเสธการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1

2. ศึกษาผลของการประยุกต์แนวคิดสืบในการปรับปรุงกระบวนการบริการจำหน่าย ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการหลังการปรับปรุง

กระบวนการ

ปฏิบัติกิจกรรมที่ใช้เวลานานมาก ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ใน

3. ศึกษาการประยุกต์แนวคิดลีนในกระบวนการ

โรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Buddhachinaraj Phitsatnulok Hospital Information Technology Center. (2016). *Annual Report in Fiscal Year 2016*. Phitsanulok: Buddhachinaraj Phitsatnulok Hospital. (In Thai)
- Deeseentham, K. (2009). *Lean Enterprise: Factors towards Excellent Organizations*. Retrieved from <http://www.thailandindustry.com> (In Thai)
- Female Medical Ward 1 Statistics. (2016). *Fiscal Year 2016 Annual Report Record*. Phitsanulok: Buddhachinaraj Phitsatnulok Hospital. (In Thai)
- Hanucharunkul, S. (2009). *1st Volume Medical Nursing* (14th ed.). Bangkok: Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University. (In Thai)
- Jirapattarasilp, K. (2010). *Time Study*. Retrieved from http://www.ptonline.org/img-lib/staff/file/komson_000822.pdf (In Thai)
- Klomjit, P. (2014). *Productivity Improvement: Principle and Practice*. Bangkok: Se-ed Education. (In Thai)
- Kumhang, A. (2015). *Development of a Patient Discharge Process in a Male Medical Ward 1, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Kunnasit, S., (2015). *Development of an Admission Process for Traumatic Brain Injured Patients in a Surgical Ward, Pua Crown Prince Hospital, Nan Province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Norkaew, W. (2010). *Development of Model for Patient Discharge Management in Private Ward 2, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital Province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Panthiya, S. (2010). *Development of a Patient Discharge Management Model in Sun-Neurosurgical Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Porpin, R. (2009). *Development of Cesarean Section Preparation Management Process in the Operating Room, McCormick Hospital, Chiang Mai Province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Rijiravanich, V. (2010). *Work Study: Principle and Case Study* (7th ed.), Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Senadesai, S., & Arpanantikul, M. (2009). *Nursing Practice Manual*. Bangkok: Chut thong. (In Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *Leadership and Strategic Management in Nursing Organization for the 21st Century*. Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)

- Supachutikul, A. (2009). *Lean & seamless health care*. Pathumthani: The Healthcare Accreditation Institute. (In Thai)
- Tangsathajaroenporn, W., Kaewthummanukul, T., & Sripusanapan, A. (2012). Work Ability among Professional Nurses in a University Hospital and Related Factors. *Nursing Journal*, 39(4), 152-168. (In Thai)
- Corrado, J., Topley, K., & Cracknell, A. (2015). Improving the efficacy of elderly patients' hospital discharge through multi-professional safety briefings and behavioural change. *BMJ Quality Improvement Reports*, 4(1), 1-3. doi:10.1136/bmjquality.u209431.w3871
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*. New York: Simon & Schuster.

**การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก**
**Situational Analysis of Patient Safety Management, Male Surgical Ward,
Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital**

สำรี	ชมบริสุทธิ์ *	Samree	Chumburisut *
เพชรสุนีย์	ทังเจริญกุล **	Petsunee	Thungjaroenkul **
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์ **	Apiradee	Nantsupawat **

บทคัดย่อ

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้บริหารจำนวน 5 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งผ่านการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารโรงพยาบาล ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย มีการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของ The Health care Accreditation Institute (2015) และมีปัญหาในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ บุคลากรพยาบาลบางคนไม่สามารถระบุได้ว่าเหตุการณ์ใดเป็นความเสี่ยงที่ต้องรายงานจึงทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์น้อย บุคลากรพยาบาลบางคนที่รู้สึกว่าไม่เกิดผลดีจากการค้นหาและจัดลำดับความเสี่ยง บุคลากรพยาบาลบางคนไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก บุคลากรพยาบาลบางคนไม่รายงานเหตุการณ์เกือบพลาด บุคลากรพยาบาลทุกคนไม่สามารถเข้าร่วมในการทำการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง และทีมจัดการความเสี่ยงมีงานที่ต้องทำจำนวนมาก จึงทำให้มีการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาล่าช้า

จากผลการศึกษา ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการพัฒนากลยุทธ์ที่ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีการค้นหาความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์ได้ง่ายมากขึ้น หอผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและจัดลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหาตามข้อบกพร่องที่พบในระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย การวิเคราะห์สถานการณ์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

* Professional Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 15 สิงหาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 22 มกราคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 25 เมษายน 2561

Abstract

Patient safety management is a crucial factor for diminishing errors on remedy and nursing care for patients in hospitals. The objective of the study was to analyze situations of patient safety management and the ways to improve patient safety management in Male Surgical Ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Participants included five nursing administrators and ten nursing personal. The study instruments were comprised of constructed interview guides that were tested for a clear and well-defined research interest by three experts in hospital administration. Data were collected by interviews and focus groups. Data were analyzed by using content analysis.

The findings revealed that this ward carried out patient safety management base on the model of risk and safety management system suggested by Healthcare Accreditation Institute (2015). However, many problems in the patient safety management were found as below: some nursing personnel indicated the suspicion that errors, even serious ones, were underreported; nursing personnel felt no positive changes from risk identification and prioritization; some nursing personnel did not comply with the clinical guidelines; near miss incidents were underreported; not all of the nursing personnel could participate in the RCA meeting; and the risk management team was so busy resulting in delayed feedback on what was being done to correct the problems.

According to the study findings, nursing administrators should develop strategies to stimulate incident identification and make incident reporting easier. It is important for hospital wards to get insight into their own pattern of root causes and prioritize improvement activities based on weak spots in their patient safety system. Moreover, direct and immediate feedback to nursing personnel is extremely important to keep them aware of patient safety.

Keywords: Patient Safety Management, Situational Analysis, Male Surgical Ward

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสุขภาพทั้งในและต่างประเทศได้มีการนำองค์ความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยมาใช้เพื่อให้เกิดคุณภาพการให้บริการที่ดีต่อผู้ป่วย แต่ยังคงพบว่ามีคุณภาพผิดพลาดในการให้บริการรักษาพยาบาลเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยในประเทศไทยพบว่า มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยร้อยละ 9.1 และในจำนวนนี้เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 71 ทำให้เกิดการฟ้องร้องค่าเสียหายทางการแพทย์มีแนวโน้มมากขึ้น ในปีพ.ศ. 2555-2559 มีผู้ยื่นคำร้องถึง 5,359 ราย และมีผู้ได้รับการชดเชย 4,469 ราย เป็นจำนวนเงิน

212,952,000 บาท ซึ่งเป็นการชดเชยในกรณีเสียชีวิตมากที่สุด (Limpanyert, 2015) ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อผู้รับบริการ ต่อชื่อเสียงโรงพยาบาล และมีผลต่อความพึงพอใจต่อการบริการของผู้รับบริการลดลง (Promsri, 2017) ดังนั้นการจัดการเชิงระบบให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องมีการบริหารความเสี่ยงและมีการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้ได้แนวทางที่ดีที่สุดในการจัดการให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยกำหนดองค์ประกอบที่สำคัญในระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในโรงพยาบาลไว้ 6 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร

ความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ 2) ด้านการค้นหาและ
จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง

3) ด้านการกำหนดมาตรการป้องกันสื่อสารสร้าง
ความตระหนัก 4) ด้านระบบการรายงานอุบัติการณ์
รายงาน วิเคราะห์ ใช้ประโยชน์ 5) ด้านการวิเคราะห์
สาเหตุและนำไปสู่การแก้ปัญหา 6) ด้านการประเมิน
ประสิทธิผลและนำไปสู่การปรับปรุง (The Health Care
Accreditation Institute, 2015)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความ
ปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่ามีหลายงานวิจัยที่ได้ทำการ
ศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น
การศึกษาของ Francolin et al. (2015) ที่ได้ทำการสำรวจ
การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของ
หัวหน้าหอผู้ป่วย 7 คนและพยาบาลตัวแทน 79 คน
พบว่าบางหอผู้ป่วยไม่มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
และไม่มี การนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมา
ทบทวน สำหรับในประเทศไทย Nawaeng (2007) ได้
ทำการศึกษาประสิทธิผลของการจัดการความปลอดภัย
ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครสวรรค์พบว่า
ประสิทธิผลของการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยใน
ระบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่มีบางด้านที่อยู่
ในระดับปานกลาง ได้แก่ การนำแนวทางการแก้ไข
ปัญหาไปใช้ในการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย และด้าน
การนำและการสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัย และ
Sriratana (2016) ได้ทำการประเมินคุณภาพการจัดการ
ความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล
วิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลรับรู้ว่าโรงพยาบาล
มีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง
แต่พบว่าพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรอื่นมีคะแนนการ
รับรู้คุณภาพของการจัดการในการสนับสนุนการรายงาน
อุบัติการณ์และการสื่อสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาจากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็น
ได้ว่ามีการศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
ในภาพรวมของโรงพยาบาล ยังไม่มีงานวิจัยที่ทำการศึกษา
การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย
ประกอบกับการวิจัยที่ผ่านมาจะใช้รูปแบบการวิจัยแบบ

การสำรวจ ทำให้ได้ข้อมูลคุณภาพเชิงปริมาณและไม่
เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นของการจัดการในระดับหอผู้ป่วยได้
ดังนั้นการศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยใน
หอผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล
จึงมีความจำเป็น

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช
พิษณุโลก ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป
ศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมหลอดเลือด โดยเฉลี่ย
32.8 คนต่อวัน และมีวันนอนเฉลี่ย 4.5 วันต่อคน ใน
การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ใช้กรอบแนวทาง
ระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้
ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2558
และได้มีการติดตามตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
ในปีพ.ศ. 2557 พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 มีความ
เสี่ยงหรือความผิดพลาดในการให้บริการระดับ A-C
จำนวน 3, 4 และ 8 ครั้งและ D-F จำนวน 30, 28, 26
ครั้ง ระดับ G H I จำนวน 2, 2 และ 1 ครั้งตามลำดับ
(Male Surgery Ward, 2016) จากข้อมูลดังกล่าวจะ
เห็นได้ว่าการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D
เป็นต้นไปจำนวนมากในแต่ละปี ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นว่า
มีความจำเป็นที่จะทำการวิเคราะห์สถานการณ์การ
จัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม
ชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไป
ปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยภายในหอ
ผู้ป่วยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย
ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ
การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรม
ชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบระบบบริหารความเสี่ยง
และความปลอดภัย ของสถาบันรับรองคุณภาพสถาน
พยาบาล 2558 ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้าน

ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ 2) ด้านการค้นหาและการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง 3) ด้านกำหนดมาตรการป้องกัน สื่อสารสร้างความตระหนัก 4) ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ การรายงาน การวิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ 5) ด้านการวิเคราะห์สาเหตุและนำไปสู่การแก้ปัญหา และ 6) ด้านประเมินประสิทธิผลและนำไปสู่การปรับปรุง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2560 ถึง เดือน มกราคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 5 คน ได้แก่ 1) หัวหน้าพยาบาล 2) ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยทางการพยาบาล 3) หัวหน้าศูนย์คุณภาพ 4) หัวหน้างานการพยาบาลศัลยกรรม 5) พยาบาลบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 7 คน (จากทั้งหมด 11 คน) และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน (จากทั้งหมด 5 คน) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 60 ของจำนวนทั้งหมด เกณฑ์การคัดเลือกใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้คือ มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัญหาและแนวทางในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาพัฒนาตามกรอบแนวคิดระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ปี 2558 ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ 2) ด้านการค้นหาและการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง 3) ด้านกำหนดมาตรการป้องกัน สื่อสารสร้างความตระหนัก 4) ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ การรายงาน การวิเคราะห์ และ ใช้ประโยชน์ 5) ด้านการวิเคราะห์สาเหตุและนำไปสู่การแก้ปัญหา และ 6) ด้านประเมินประสิทธิผลและนำไปสู่การปรับปรุง เครื่องมือนี้ได้มีการตรวจสอบตรวจหาความครอบคลุมของเนื้อหา (coverage) ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) ความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถามในการสัมภาษณ์ (sequence the questions) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการบริหารปลอดภัย จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการบริหารความปลอดภัย จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 086/2017 และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เอกสารเลขที่ 064/60

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มผู้บริหารด้วยตัวเอง โดยใช้เวลาเฉลี่ย 50 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียงการให้สัมภาษณ์และบันทึกช่วยจำในประเด็นที่สำคัญ ๆ สำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ช่วยวิจัยใช้การสนทนากลุ่ม โดยแยกกลุ่มเป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและ

กลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ใช้เวลาเฉลี่ย 50 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียงการให้สัมภาษณ์และบันทึกช่วยจำในประเด็นที่สำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ศึกษาจะถอดเทปข้อมูลด้วยตนเองแล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ และข้อมูลจากการศึกษาเอกสารนำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

กลุ่มผู้บริหารในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 52 ปี ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยเฉลี่ย 25 ปี ส่วนพยาบาลวิชาชีพในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยเฉลี่ย 15 ปี สำหรับพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีอายุเฉลี่ย 30 ปี ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยเฉลี่ย 9 ปี

จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มได้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามกรอบระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปี 2558 ทั้ง 6 ด้านดังนี้

1. ด้านประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ หอผู้ป่วยมีการประสานระบบร่วมกันโดยมีการประชุมร่วมกันทั้งในระดับโรงพยาบาล ระดับกรรมการ และหอผู้ป่วย และสื่อสารระหว่างแกนนำด้านการบริหารความเสี่ยงกับผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยด้วยการประชุม หนังสือเวียน และการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการในกรณีที่เร่งด่วน และมีการใช้โปรแกรมความเสี่ยง “224 ที่ช่วยได้” เพื่อจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของหอผู้ป่วย แต่มีปัญหาที่ว่าบุคลากรพยาบาลยังมีความสับสนในการลงข้อมูลความ

เสี่ยงในระบบ จึงอยากให้มีการสอนเพิ่มเติมในเรื่องนี้ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “เรื่องความเสี่ยงมีเปลี่ยนอยู่เรื่อย ๆ ขอให้อาร์ เอ็ม ยู (RMU: Risk management unit) ช่วยสอนให้ทุกคนรู้ตัวอย่างเอาเรื่อง ไอซี (IC; Infection control) มาอยู่ในริส(Risk) หรือลงข้อร้องเรียน”

2. ด้านการค้นหาและการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง หอผู้ป่วยมีการค้นหาความเสี่ยงระหว่าง การปฏิบัติงานโดยการนำหลักการ C 3 THER ในการ ทบทวนการดูแลผู้ป่วย ทบทวนเอกสารเช่น รายงานอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน เวชระเบียน/การทบทวนตัวชี้วัด และการทบทวนจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นทั้งใน และนอกหอผู้ป่วยหรือจากข่าวสื่อมวลชน และใช้การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงตามเกณฑ์การจำแนก ความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดย ความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็นระดับ A-I แต่ยังพบว่า บุคลากรพยาบาลขาดความตระหนักในประโยชน์ของการค้นหาและจัดลำดับความเสี่ยง ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “พวกเราไม่ค่อยเห็นความสำคัญกัน จะอ้างว่าภาระงาน มากก็ไม่ไช้เนะ ก็ยุ่งทุกเวร...” จึงได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการทบทวนและกระตุ้นเจ้าหน้าที่ให้ทำการค้นหา และจัดลำดับความเสี่ยง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า “หัวหน้าน่าจะถามทุกวันแล้วว่ามีความเสี่ยงอะไรไหม เป็นการกระตุ้นให้ระวังและมีการส่งเวรในคนไข้ที่เสี่ยง ทุกวัน”

3. ด้านกำหนดมาตรการป้องกัน สื่อสารสร้างความตระหนัก หอผู้ป่วยมีการกำหนดหลายวิธีในการป้องกัน ความเสี่ยง เช่น มีแนวปฏิบัติของการป้องกันการติดเชื้อ คู่มือการให้เลือดอย่างปลอดภัย (ชื่อ “ข้างเตียง เคียงคู่ ดู 7 ที่”) จัดทำแบบฟอร์มหนึ่งหน้าเพื่อใช้ป้องกันวัสดุ ตกค้างจากห้องผ่าตัด การเฝ้าระวังสัญญาณชีพผู้ป่วยที่ ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ Mobile monitor เป็นต้น ในการนำไปใช้ได้มีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการในหน่วยงาน มอบหมาย หน้าที่รับผิดชอบงานและมีการสอนและติดตามประเมิน ผลด้านความเสี่ยงทุกเวร แต่ยังพบว่าบุคลากรพยาบาล บางคนไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหรือข้อตกลงเกี่ยวกับ

การป้องกันความเสี่ยง ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “เรื่องเลือดเราพบว่าสติ๊กเกอร์กับใบขอเลือดผิดคนห้องเลือดตรวจพบ เราก็ทำARCA สาเหตุจากเราไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ไม่ตรวจสอบ เพราะมั่นใจว่าทำถูกต้อง” จึงมีข้อเสนอแนะว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยและแกนนำด้านความเสี่ยงของหอผู้ป่วยจัดทำแผนการนิเทศประจำเดือน และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “หัวหน้าถามเป็นประจำว่าในเวรที่ผ่านมาและในเวรเรามีความเสี่ยงอะไรไหม มีผู้ป่วยที่เสี่ยงแผลกดทับไหม ผู้ป่วยอะไรต้องเฝ้าดู ต้องดูอะไร ป้องกันอะไร ถ้ามีก็จะมีการทบทวนกันเป็นการทำคุณภาพและป้องกันความเสี่ยงด้วย”

4. ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ การรายงานการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ หอผู้ป่วยมีการกำหนดขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมและรายงานผู้เกี่ยวข้องรับทราบ โดยอุบัติการณ์ที่รุนแรงมากต้องรายงานให้ผู้บริหารรับทราบภายใน 2 ชั่วโมง และอุบัติการณ์อื่นต้องรายงานตามขั้นตอนภายใน 24 ชั่วโมง และต้องมีการนำข้อมูลการรายงานมาวิเคราะห์และแก้ไขภายใน 7 วันถึง 1 เดือน แต่ยังคงพบว่าการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมน้อยกว่าความเป็นจริง และบุคลากรพยาบาลใหม่ยังไม่เข้าใจระบบการรายงานอุบัติการณ์ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “ก็ไม่ค่อยรู้เท่าไร พี่ ๆ ก็สอนเฉพาะการลงเท่านั้นในส่วนอื่นไม่รู้และไม่ได้เข้าไปดูด้วย” จึงให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการเสริมความรู้แก่บุคลากรทุกระดับและบุคลากรใหม่เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มเติม ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “ถ้าเราสอนหรือพูดกันบ่อย ๆ ลองลงข้อมูลบ่อย ๆ ก็จะชินเองและจะหาง่ายขึ้นในโปรแกรมเขาแยกให้เลยเป็นด้าน ๆ เพียงแต่เราเข้าไปดูรายละเอียดอีกเล็กน้อย”

5. ด้านการวิเคราะห์สาเหตุและนำไปสู่การแก้ปัญหา หอผู้ป่วยมีการจำแนกวิธีการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ 2 แบบใหญ่ ๆ คือ 1) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในกลุ่มบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย เรียกว่าการวิเคราะห์สาเหตุแบบอัตโนมัติ (autonomous root cause analysis: ARCA) ซึ่งจะทำการกับอุบัติการณ์

ในระดับความเสี่ยง A-F และ 2) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยการประชุมร่วมระหว่างบุคลากรพยาบาลกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เรียกว่า การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหา (root cause analysis: RCA) ซึ่งจะทำกับอุบัติการณ์ในระดับความเสี่ยง G-I และนำผลการวิเคราะห์สาเหตุมาจัดทำเป็นแนวทางการป้องกันความเสี่ยงหนึ่งหน้ากระดาษ (one page) เพื่อให้สะดวกต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติ แต่ยังคงพบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ได้ร่วมในการทำ RCA ดังคำกล่าว “การเรียกทำ RCA ของพยาบาลเอง จริง ๆ จะทำกันเล็ก ๆ ในกลุ่มการพยาบาล เช่นให้เลือดผิด เขาก็จะตามประธานความเสี่ยงมา เขาก็จะเอาหัวหน้างานของเขามาละ แต่ในปัจจุบันหลาย ๆ เรื่องในเวร ในกลุ่มงาน เขาจะทำเอง เขาก็ไม่ค่อยเรียกกรรมการไป บางอย่างเขาต้องการความลับ” และได้มีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีการทำ RCA เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพและนำผลการวิเคราะห์มาจัดทำแผนปฏิบัติงานและประเมินผลทุกเดือน ดังคำให้สัมภาษณ์ “RCA ยังคงต้องพัฒนาต่อไปและควรมีความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพมากขึ้นและในเวรเราก็ต้องเข้าไปทำARCAในโปรแกรมมากขึ้นเพื่อเราจะได้ทำแผนการพัฒนาและประเมินผลได้ชัดเจน”

6. ด้านประเมินประสิทธิผลและนำไปสู่การปรับปรุง โดยการติดตามตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงด้านต่าง ๆ เพื่อจัดทำแผนการพัฒนาในการลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยในรูปแบบ 3Ps (Purpose, Process, & Performance) จากการศึกษายังพบว่า ตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและการนำเสนอข้อมูลตามตัวชี้วัดล่าช้า ดังคำให้สัมภาษณ์ “การนำผล ARCA มาจัดทำแนวปฏิบัติก็จัดทำในรูป 3 P ทุกคนก็บอกว่าเข้าใจและง่ายต่อการทำแต่พวกเราจะทำกันแค่ตอนแรก ๆ เท่านั้นนาน ๆ ไปเราก็ทำเหมือนเก่าอีก” จึงได้มีข้อเสนอแนะว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีแนวทางการปฏิบัติงาน และแผนการนิเทศงานที่ชัดเจน และสร้างความตระหนักให้มีการปฏิบัติจนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร ดังคำกล่าว “หัวหน้าควรติดตามให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดต่าง ๆ ให้มีการทำตาม

แผนที่วางไว้และมารายงานในที่ประชุมทุกเดือนเพื่อให้ทุกคนรับทราบปัญหาและอุปสรรคและช่วยกันแก้ไข”

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกได้มีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของ The Health care Accreditation Institute (2015) ซึ่งมีการดำเนินงานในแต่ละด้านและพบปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละด้านดังนี้

1. ด้านประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ ผลการศึกษาพบว่าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีการประสานระบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยกับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และมีการประสานระบบสารสนเทศทางด้านความเสี่ยงของหอผู้ป่วยกับความเสี่ยงของโรงพยาบาลด้วยโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงที่ชื่อว่า “224 ที่ช่วยได้” ทำให้ได้ข้อมูลการประสานระบบและระบบสารสนเทศแต่ยังพบปัญหาความไม่ปลอดภัยและการจัดการแก้ปัญหาของหอผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลได้ แต่จากการศึกษาจะพบว่าบุคลากรพยาบาลบางคนยังขาดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการลงข้อมูลในโปรแกรม จึงมีผลให้ข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์และไม่สามารถสะท้อนปัญหาที่แท้จริงของหอผู้ป่วยและภาพรวมของทั้งโรงพยาบาลได้ ปัญหานี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Laohatima and Bunit (2016) ได้ศึกษาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อกรยอมรับการสั่งการรักษาด้วยคอมพิวเตอร์ของแพทย์ 102 รายในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าอุปสรรคสำคัญที่ทำให้แพทย์ไม่ใช้โปรแกรมระบบการสั่งการรักษาด้วยคอมพิวเตอร์มาจากตัวระบบที่เข้าใจยากและต้องใช้เวลาในการทำงานมากกว่าทำงานรูปแบบเดิม หรือ งานวิจัยของ Penpradub (2004) ที่ได้ทำการศึกษาปัญหา อุปสรรคและทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในการใช้ระบบ Laboratory Information System (LIS)

ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร และพบว่า การที่โรงพยาบาลขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลระบบ และบุคลากรในห้องปฏิบัติการขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่มีการใช้ระบบ LIS ในการทำงาน ดังนั้นในการนำโปรแกรมมาใช้ในการประสานข้อมูลสารสนเทศความเสี่ยงจึงควรมีการฝึกอบรมผู้ใช้งานให้มีความเข้าใจในการใช้โปรแกรมและมีการติดตามปัญหาในการใช้งานเป็นระยะ ๆ

2. ด้านการค้นหาและการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง หอผู้ป่วยได้ดำเนินการค้นหาความเสี่ยงด้วยหลากหลายวิธี และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงตามเกณฑ์การจำแนกความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปี 2558 แต่จากการศึกษาพบปัญหาว่าบุคลากรพยาบาลขาดความตระหนักในประโยชน์ของการค้นหาและจัดลำดับความเสี่ยง ซึ่งอาจเนื่องมาจากขาดความเข้าใจในระบบการบริหารความเสี่ยง ดังการศึกษาของ Kim et al. (2013) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรการพยาบาลและพบว่า การขาดความรู้เรื่องการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยจะทำให้บุคลากรไม่เห็นความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหรืออาจเกิดจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยงน้อย ดังการศึกษาของ Pokhaphan, Sithongdee, and Tikapanyo (2012) ที่ได้ทำการศึกษาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และพบว่าบุคลากรยังมีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการความเสี่ยงของหอผู้ป่วยน้อยทำให้มีอุบัติการณ์เกิดในหอผู้ป่วยมาก ดังนั้นการให้ความรู้และส่งเสริมให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมจึงน่าจะส่งผลดีในการทำให้บุคลากรสามารถค้นหาความเสี่ยงและจัดลำดับความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น

3. ด้านกำหนดมาตรการป้องกันและสื่อสารให้เกิดความตระหนัก หอผู้ป่วยกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิกและสื่อสารให้บุคลากรในหอผู้ป่วยได้รับทราบและไปในทิศทางเดียวกัน แต่ปัญหาสำคัญที่พบในการศึกษา

นี่คือผู้ปฏิบัติงานไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ซึ่งสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอาจเกิดจากหลายสาเหตุ ดังการศึกษาของ Chiangwong (2014) ที่ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในกลุ่มงานออโรปิติกส์ โรงพยาบาลน่าน และพบว่าการที่บุคลากรพยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก เกิดจากแนวปฏิบัติทางคลินิกไม่ชัดเจน ระบบการจัดการฐานข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิกไม่มีประสิทธิภาพ มีการกำกับติดตามไม่สม่ำเสมอและบุคลากรขาดความตระหนักหรือไม่คุ้นเคยกับแนวปฏิบัติ ดังนั้นหากต้องการกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและแกนนำด้านความเสี่ยงของหอผู้ป่วยส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกและเรียนรู้แนวปฏิบัติทางคลินิกอาจทำให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมากขึ้น ดังการศึกษาของ Phoksiranuwat, Phakdeewong, and Wannasiri (2014) ที่ได้การสร้างรูปแบบการจัดการความรู้การบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกและเมื่อนำสู่การปฏิบัติแล้วพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้และเรียนรู้แนวทางในการบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูงได้มากขึ้น

4. ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ การรายงานการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ หอผู้ป่วยมีการกำหนดขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมและรายงานผู้เกี่ยวข้องรับทราบ แต่ยังพบปัญหาว่ามีการรายงานอุบัติการณ์ในระบบน้อยกว่าความเป็นจริง การรายงานไม่ถูกต้อง และไม่สามารถนำผลการวิเคราะห์มาใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Srivichai (2014) ที่กล่าวว่าปัญหาด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยงมีสาเหตุจากบุคลากรมีความรู้และทักษะในการค้นหาความเสี่ยงน้อย ทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าความเป็นจริง ในการศึกษาที่มีการให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการเสริมความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับระบบการรายงานอุบัติการณ์ และการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมความเสี่ยงมาใช้ประโยชน์ ดังที่ Chanthanasombat, Genetics, and

Nansuphawatt (2013) ได้กล่าวว่าการส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้และทัศนคติที่ดีต่อระบบการบริหารความเสี่ยงจะส่งผลดีต่อการบริหารความเสี่ยง

5. ด้านการวิเคราะห์สาเหตุและนำไปสู่การแก้ปัญหา ผลการศึกษาพบว่าหอผู้ป่วยได้มีการวิเคราะห์สาเหตุแบบอัตโนมัติ ในความเสี่ยงระดับ A-F ซึ่งในกระบวนการทำนั้นจะส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา และการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis: [RCA]) แต่พบปัญหาที่ว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ได้ร่วมในการทำ RCA ซึ่งกระบวนการทำ RCA ที่เหมาะสมควรมีสหวิชาชีพเข้ามาร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุปัญหา ดังที่ Suphachutkul (2000) ได้กล่าวว่าการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพจะเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และเห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่หลากหลาย หากทำโดยวิชาชีพเดียวก็จะได้รับบริการที่ไม่ครอบคลุมรวมถึงการเสริมรู้แก่บุคลากรในการวิเคราะห์สาเหตุ ซึ่งจะทำให้บุคลากรได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาคือความเสี่ยงเชิงระบบ ดังที่ Kurunat (2010) ได้กล่าวว่าการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการแก้ไขเชิงระบบนั้นบุคลากรต้องมีส่วนร่วมการค้นหาและ การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อการแก้ไขปัญหาคือความเสี่ยงเชิงระบบ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีช่วยในการประมวลผลข้อมูล

6. ด้านประเมินประสิทธิภาพและนำไปสู่การปรับปรุง หอผู้ป่วยมีการติดตามตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงด้านต่าง ๆ เพื่อจัดทำแผนการพัฒนา แต่ยังพบปัญหาว่าตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงยังไม่บรรลุเป้าหมายทั้งนี้อาจเกิดจากบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและการประเมินประสิทธิภาพไม่ต่อเนื่องและการนำเสนอข้อมูลตามตัวชี้วัดล่าช้าเนื่องจากผู้เกี่ยวข้องมีภาระงานมาก ดังนั้นการมีแผนการนิเทศและติดตามผลการปฏิบัติงานรวมทั้งการสร้างแรงจูงใจให้ตระหนักถึงการบริหารความเสี่ยงจะทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรซึ่งจะส่งผลดีต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ดังที่ Jirapaet and Jirapaet (2012) ได้กล่าวว่าการสร้างวัฒนธรรม

ความปลอดภัยในองค์กรเป็นวิธีที่ทำให้ความสำเร็จอย่างยั่งยืนและ Saenprasan, Kalangkun, Fongphet, Sawadiwattanukul, and Pongkiaticchai (2006) ได้กล่าวว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องสร้างความตระหนักถึงความปลอดภัยในองค์กรโดยส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องให้ความสำคัญระดับระวางและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรมีการทบทวนนโยบายและมีการสื่อสารหลายช่องทาง กำหนดระบบนิเทศ ส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงและความปลอดภัยในหน่วยงาน สร้างความตระหนักเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและการจัดการความปลอดภัยให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร และจัดทำแผนพัฒนาในหน่วยงาน
2. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประจำหอ

ผู้ป่วยควรสื่อสารข้อมูลข่าวสารนโยบายอย่างต่อเนื่อง และสื่อสารหลายช่องทาง จัดทำแผนพัฒนางาน จากข้อมูลการวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดทำแผนการสอนบุคลากรใหม่ทุกระดับ

3. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรศึกษานโยบายเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลายในการค้นหาและป้องกันความเสี่ยง และเรียนรู้จากเหตุการณ์ ถึงแม้ไม่ได้เกิดในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเสี่ยงและความปลอดภัย
2. ควรมีการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

เอกสารอ้างอิง

- Chanthanasombat, P., Genetics, N., & Nansuphawatt, W. (2013). Effects of Educational Program on Knowledge and Attitude in Risk Management of Nopparatrajathanee Hospital's Staff in Nopparat Rajathanee Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Divison, 31*(3), 117-124. (In Thai)
- Chiangwong, Y. (2014) *Situational Analysis of Clinical Practice Guidelines Implementation in Orthopedics Department Nan Hospital* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Francolin, L., Gabriel, C. S., Bernardes, A., Silva, A. E., Brito Mde, F., & Machado, J. P. (2015). Patient safety management from the perspective of nurses. *Journal of School of Nursing, 49*(2), 275-281. doi:10.1590/S0080-623420150000200013
- Jirapaet, W., & Jirapaet, K. (2012). *Patient safety management, concept, process, clinical safety guidelines*. Bangkok: Eleven Glasses Color.
- Kim, I. S., Park, M. J., Park, M. Y., Yoo, H., & Choi, J. (2013). Factors affecting the perception of importance and practice of patient safety management among hospital employees in Korea. *Asian Nursing Research, 7*, 26-32.
- Kurunat, A. (2010). *Development of risk management systems for hospitals* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)

- Laohatima, K., & Bunit, S. (2016). Study of obstacles that affect the acceptance of computerized treatment orders. In *the 8th Conference of Research Network in Technology and Innovation Management* (page 41-50). Bangkok: Dhurakij Pundit University.
- Limpanyert, P. (2015). *World Health Organization's patient safety course manual*. Nonthaburi: The Health care Accreditation Institute. (In Thai)
- Male surgery ward .(2016). *Annual Report*. Phitsanulok: Phutthachinnarat Hospital, Phitsanulok. (In Thai)
- Nawaeng, P. (2007). *The relationship between the effectiveness of safety management in the nursing service system and the level of patient safety in community hospitals* (Master's thesis, Sukhothai Thammathirat University). (In Thai)
- Penpradub, B. (2004). *A study of problems, difficulties and attitudes of medical laboratory officers in using LIS (Laboratory Information System) in hospital within Bangkok area* (Master's thesis, Thammasat University). (In Thai)
- Promsri , C. (2017). *Risk management*. Bangkok: Offset Creation. (In Thai)
- Phoksiranuwat, M., Phakdeewong, P., & Wannasiri, C. (2014). A Development of Knowledge Management Model of High Alert Drug Administration for Head Nurses in Hospitals Under Royal. *Thai Army Journal of the Royal Thai Army Nursing*, 15(2), 81-89. (In Thai)
- Pokhaphan, P., Sithongdee, S., & Tikapanyo ,C. (2012). The Quality Improvement of Clinical Risk Management System for Care Standard of In-Patient Care of Nurses in the Fort Sunpasitthiprasong Hospital in Ubon Ratchathani Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 13(2), 38. (In Thai)
- Saenprasan, P. , Kalangkun, R., Fongphet, A., Sawadiwattanakul, S., & Pongkiatichai, R. (2006). *Nursing management for safety* (2nd ed.). Bangkok: Sukhumvit. Printing. (In Thai)
- Sriratana, V. (2016). *Perceived Patient Safety Management Among Nursing Personnel in Fort Surasakmontri Hospital Lampang Province* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Srivichai, S. (2014) *Situational analysis of risk management in the sub-neonatal intensive care unit Nakornping hospital Chiang Mai province* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Suphachutkul, A. (2000). *Hospital risk management system*. Bangkok: Design. (In Thai)
- The Health care Accreditation Institute (Public organization). (2015). *Hospital and health standards Chalermprakiat 60th Anniversary Celebrations (Thai)*. Nonthaburi: Hospital Development and Certification Institute.



**ผลของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวคิดแฟนคัส
ในระบวงวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาล
Effects of Using a Critically ILL Patients Assessment
from According to FANCAS Concept in Nursing Practicum Course**

เยาวลักษณ์ โปธิดารา *	Yoawaluk	Pothidara *
ธัญญาสิริ ธัญญสวัสดิ์ **	Thanyasiri	Thanyasawad **

บทคัดย่อ

การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตด้วย FANCAS ถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถลำดับปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมทุกปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา ใช้กรอบแนวคิดในการประเมิน (assessment framework) ของ แฟนคัส (fancas) โดย June C. Abbey (Holloway, 1979) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัสต่อความรู้ความสามารถของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 146 คน อาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาจำนวน 8 คน สุ่มแบบเลือกเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามความรู้ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลโดยให้นักศึกษาพยาบาลประเมินตนเองและอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาประเมินนักศึกษาพยาบาล ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส โดยให้นักศึกษาพยาบาลประเมินด้วยตนเอง และอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาลประเมินการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส ด้วยตนเอง ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส โดยนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์นิเทศนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎี และกรอบแนวคิดในการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับได้ 0.92 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.87 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงเดือน กรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาเชิงคุณภาพ ใช้สถิติ ไคสแควร์ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติอะโนวา

ผลการศึกษา พบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.38, S.D=.741) และผลการประเมินความรู้ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลโดยอาจารย์นิเทศนักศึกษา อยู่ในระดับ ปานกลาง (\bar{X} =3.06, S.D=.550)
2. นักศึกษาพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส อยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.96,S.D=.676) และอาจารย์นิเทศนักศึกษา มีความคิดเห็น อยู่ในระดับ มากเท่ากัน (\bar{X} =4.19, S.D =.711)

* คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
 * Dean of Faculty of Nursing Ratchathani University
 ** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
 ** Lecturer, Faculty of Nursing Ratchathani University.
 วันที่รับบทความ 25 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 13 สิงหาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 15 ธันวาคม 2562

3. นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัสอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.83$, S.D=.690) และอาจารย์นิเทศนักศึกษาพยาบาล มีความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส อยู่ในระดับมากเท่ากัน ($\bar{X}=4.61$, S.D=.513)

4. เมื่อเปรียบเทียบความรู้ความสามารถ ความคิดเห็นและความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลและผลการประเมินความรู้ความสามารถของนักศึกษาโดยอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล ต่อการใช้แบบประเมินภาวะผู้ป่วยวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส ไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัย ครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ พัฒนา ปรับปรุง แก้ไข รูปแบบการเรียนสอน และใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง Simulation Base Learning (SBL) เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการเตรียมความพร้อมและ ความรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ภาวะวิกฤต แบบประเมินแฟนคัส ความคิดเห็น ความรู้ความสามารถ ความพึงพอใจ

Abstract

Assessing critically ill patients with FANCAS is used in the nursing practicum course. The evaluation form is useful for sequencing patients' health problems and covering life-threatening issues. This descriptive research was aimed to evaluate the levels of knowledge and ability, opinions, and satisfaction among third-year nursing students and nursing instructors towards the critically ILL patients assessment form. The Fancas assessment framework by June C. Abbey (1979) served as the conceptual framework for this research. This research was conducted with 146 junior-year nursing students and 8 nursing instructors selected by the purposive sampling method between June and July 2019. Data were collected using a five-rating scale questionnaire comprising three parts: 1) knowledge and ability of nursing students to used the critical patient assessment form; 2) opinions of nursing students to use of critical assessment forms; and 3) satisfaction of nursing students to using the critical patient assessment form. The whole instrument was tested for content validity by three experts and the content validity index was 0.92. Cronbach's alpha coefficient reliability was 0.87. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, and test for statistical differences (ANOVA).

The research findings were as follows:

1. Nursing students had a moderate level of the knowledge and ability to use the Critical Care Assessment Form ($\bar{X} = 3.38$, SD = .74). In addition, the evaluation by nursing instructors found that the ability of nursing students was moderate level ($\bar{X} = 3.06$, SD = .55).

2. The opinions of nursing students and nursing instructors about using the Critical Patient Assessment Form constructed the Fancas model were high level, ($\bar{X} = 3.96$, S.D = .68) and ($\bar{X} = 4.19$, S.D = .71), respectively.

3. Nursing students' satisfaction was high while using the Critical Care Assessment constructed form, the Fancas model ($\bar{X} = 3.83$, SD = .69). Also, nursing instructors had a high level of satisfaction

with the use of the crisis assessment constructed form (\bar{X} = 4.61, S.D = .51).

4. There were no statistical differences in knowledge, ability, comments and satisfaction of nursing students and the result of competency evaluation of students by nursing instructors.

Preparing nursing students for clinical practices and developing confidence is important for nursing education. Therefore, the results of this research could be offered to enhance nursing students' training program in Simulation Base Learning.

Keywords: *Critical State, Fancas Assessment Form, Satisfaction.*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การประเมินมีความสำคัญที่สุดในการให้ในการให้พยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและฉุกเฉินคือ พยาบาลต้องสามารถทำนายปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ต้องสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วได้ แต่เดิมหรือแม้แต่ในปัจจุบันก็ตาม พยาบาลได้ใช้รูปแบบแนวคิดทางการแพทย์ (medical model) มาประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Head to toe assessment และ Body system assessment เป็นมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของการประเมินทั้งสองรูปแบบประกอบกันต่อมาได้มีการพัฒนารอบแนวคิดทางการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาล เช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม และกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของบุคคล แบบแผนทางด้านสุขภาพของ GORDON, FANCAS และ NANDA เป็นต้น ในอเมริกาเหนือได้มีความเห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติคือ กรอบแนวคิดทางการพยาบาลที่เรียกว่า FANCAS โดย Dr. June C. Abby (Holloway, 1979) เป็นกรอบแนวคิด เพื่อพิจารณาในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน ซึ่งเดิมใช้การประเมินภาวะสุขภาพโดยแบบแผนสุขภาพของ Marjorie Gordon (1994) ประกอบด้วย 1) แผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร 3) แบบแผนการขับถ่าย 4) แบบแผนการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 5) แบบแผนการนอนหลับ

6) แบบแผนสติปัญญาการรับรู้ 7) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตโมทัศน์ 8) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 9) แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธ์ 10) แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด และ 11) แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ ข้อมูลที่ได้มาเป็นการสอบถามผู้ป่วยสามารถบอกอาการที่เกิดขึ้นได้ทั้งในอดีตและปัจจุบันได้และใช้เวลานานในการสอบถามและนำมาวางแผนทางการพยาบาลในช่วงเวลานั้น อาการจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะความรุนแรงของโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤตและล่าช้าในการช่วยเหลือ กล่าวถึง การวินิจฉัยการพยาบาล The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ตามรูปแบบ PES (P= Problem หมายถึงส่วนของปัญหาสุขภาพ, E=Cause หมายถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง S=Sign and Symptom หมายถึง อาการ และอาการแสดงทางคลินิก) การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐานการพยาบาล และการประเมินที่มีความสำคัญที่สุดในการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีใช้กันอยู่หลายทฤษฎีและที่ใช้บ่อย เช่น ABCDE เป็นขั้นตอนของ Admission Quick Check assessment ประกอบด้วย AB=Airway and Breathing หมายถึง เป็นการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติด้าน ทางเดินหายใจ และการหายใจของผู้ป่วย C= Circulation and Cerebral Perfusion ด้าน การไหลเวียนโดยการคลา pulse อย่างรวดเร็วและมองดูที่จ็อง electrocardiogram (ECG) ดูอัตราการเต้น (Heart rates) จังหวะการเต้น (Rhythm)

ของหัวใจ ความดันโลหิต และอุณหภูมิและ Chief Complaint = การได้ข้อมูลมาจาก บอกล่าจากผู้ป่วย เพื่อน ครอบครัว หรือผู้ที่มาด้วย D = Drug and Diagnosis Test เป็นข้อมูลเกี่ยวกับยาและการตรวจวินิจฉัยที่อยู่ในขั้นตอนของ Admission quick check และ E = Equipment ประเมินอย่างรวดเร็วกับหลอดเลือดทั่วร่างกาย และรวมถึงท่อระบายต่าง ๆ ให้มีความมั่นคง ตรวจสอบการเชื่อมต่อ Monitor หรืออุปกรณ์ ในการ Suction สังเกตปริมาณ สี กลิ่น ตรวจสอบการทำงาน ของ อุปกรณ์ แต่กรอบแนวคิดทางการพยาบาล ของ FANCAS ได้ถูกพิจารณานำมาใช้ในผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต และผู้ป่วยวิกฤตจะอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU หรือ Intensive care unit) เป็นแบบประเมินที่เน้นและลำดับปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมทุก ปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยมีลำดับการประเมินดังนี้ 1) ด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance) 2) ด้านการหายใจ (aeration) 3) ด้านโภชนาการ (nutrition) 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร (community) 5) ด้านการทำกิจกรรม (activity) 6) ด้านการกระตุ้น (stimulation) และข้อมูลที่ได้จากเครื่องตรวจสอบบันทึกข้อมูล (Monitor data) เช่น cardiac monitor hemodynamic pressure monitor (Pulmonary Capillary Wedge pressure: PCWP) Central venous pressure (CVP) และ Intracranial Pressure Monitor เมื่อได้ ข้อมูลดังกล่าวแล้ว นักศึกษาพยาบาล ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการวิเคราะห์ หรือ แปลข้อมูลได้ โดยมี อาจารย์ผู้รับผิดชอบนักศึกษาพยาบาล ให้ความรู้ข้างเคียง เพื่อนำไปสู่การเขียนรายงานการวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล Limumnuaylap (2013)

ดังนั้นคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จึงได้นำกรอบแนวคิดทางการพยาบาลของ FANCAS โดย June C. Abbey (Holloway, 1979) มาจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและสอนปฏิบัติการพยาบาล บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำเป็นต้องพึ่งพา เทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาเฉพาะ ครอบคลุม บทบาทการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนและกลับเป็นซ้ำ และการสร้างเสริม สุขภาพในการดูแลผู้ที่มีพยาธิสภาพตามระบบโดยใช้ กระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม คำนึงถึงความปลอดภัย ความเป็นปัจเจกบุคคล ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของครอบครัว ภายใต้หลักจริยธรรม กฎหมายและ จรรยาบรรณวิชาชีพ และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติ จึงได้นำกรอบแนวคิดในการประเมิน (Assessment Framework) ของ FANCAS โดย June C. Abbey (Holloway, 1979) มาใช้ในการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Adult 2) เป็นแบบประเมินผู้ป่วยที่ไม่ยุ่งยาก จำได้ง่าย Limumnuayla (2013) กับนักศึกษาพยาบาล ปี 3 เพื่อให้เกิดประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วย ภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ได้อย่างมีประสิทธิภาพและ ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตได้ทันท่วงทีอย่าง ปลอดภัยต่อไป

คำถามการวิจัย

นักศึกษาพยาบาล ใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะ วิกฤตด้วยแบบประเมินFANCAS เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ความสามารถของการใช้แบบ ประเมินสภาพผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแผนคัส ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล และประเมินนักศึกษา พยาบาลโดยอาจารย์ผู้รับผิดชอบ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นด้วยตนเอง ต่อการใช้ แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแผนคัส ของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้รับผิดชอบ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจด้วยตนเอง ต่อการ ใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบ แผนคัส ของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้ รับผิดชอบ
4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความสามารถความ คิดเห็น และความพึงพอใจ ต่อการใช้แบบประเมินภาวะ

วิกฤตสร้างจากรูปแบบแผนคัส ระหว่างนักศึกษาพยาบาล กับ อาจารย์ผู้นิเทศ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ความสามารถในการใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแผนคัสของนักศึกษาพยาบาลประเมินด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก

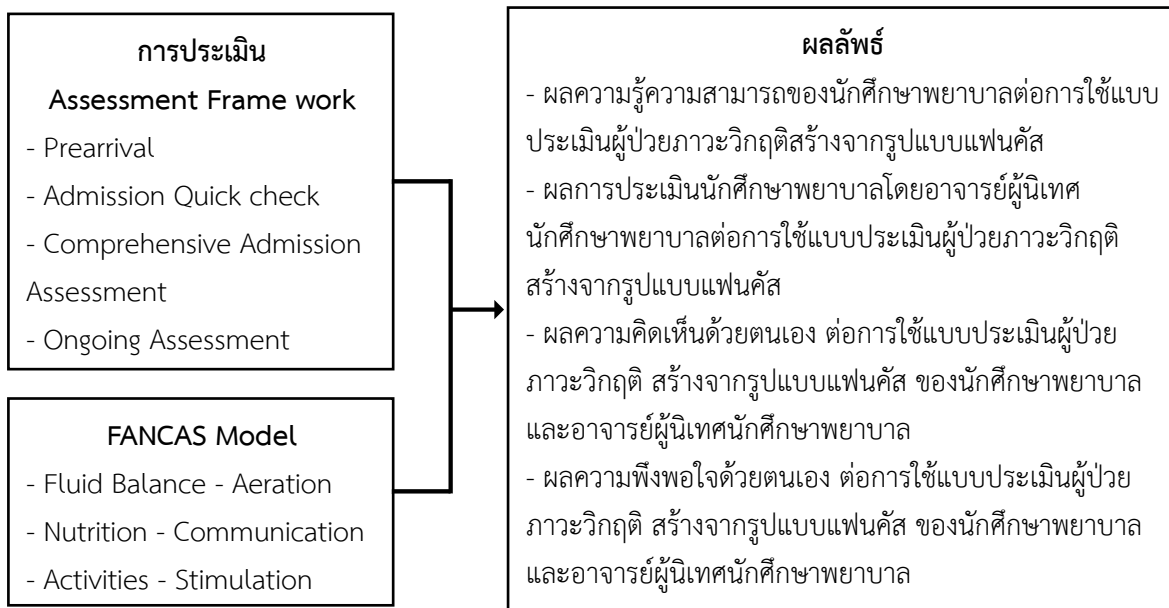
2. ความคิดเห็นต่อการใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแผนคัสด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล และ อาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล ไม่แตกต่างกัน

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลและ อาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล ต่อการใช้แบบประเมินภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแผนคัส ไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผลการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแผนคัส โดยนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี ในครั้งนี้ ผู้ศึกษา ได้บูรณาการทฤษฎีการประเมิน Assessment Frame และแนวคิดเกี่ยวกับแบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS โดย Dr.June C. Abbey (Holloway, 1979) ประกอบด้วย 6 ด้าน ที่กล่าวถึงการประเมิน Assessment Frame เพราะเป็นกระบวนการประเมินผู้ป่วยระยะเร่งด่วนและเร็วที่สุด ตามลำดับ ดังนี้ 1. Prearrival เป็นการประเมิน ภาพรวมของผู้ป่วยมองเห็น ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การประเมินในระยะนี้มีความสำคัญมากเพื่อเตรียมอุปกรณ์ที่จะให้การพยาบาลกับความ ต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน 2. Admission Quick Check ประเมินเร่งด่วนเพื่อดูหน้าที่ของการหายใจและหัวใจว่า มีการหายใจและการกำซาบออกซิเจนเข้าสู่อวัยวะที่สำคัญของร่างกาย 3. Comprehensive Admission Assessment เป็นการประเมินเชิงลึกถึงประวัติการรักษาในอดีต ประวัติทางสังคม และการตรวจร่างกาย ทุกระบบ ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้สอดคล้องตาม

ความต้องการ ของผู้ป่วยได้ทันทีและ 4. Ongoing Assessment เป็นการประเมินต่อเนื่องตามความต้องการที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาเฉพาะตัวของผู้ป่วย การรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ ทั้งนี้ผู้ศึกษา ได้นำแบบประเมิน ผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต มี 6 ด้าน คือ 1. ความสมดุลของสารน้ำ (Fluid Balance) 2. การหายใจ (Aeration) 3. ภาวะโภชนาการ (Nutrition) 4. การติดต่อสื่อสาร (Communication) 5.การทำกิจกรรม (Activity) และ 6. การได้รับการกระตุ้น (Stimulation) โดยให้นักศึกษาพยาบาลนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะวิกฤต เพื่อฝึกฝนทักษะการใช้แบบประเมิน FANCAS และสามารถวิเคราะห์ผลการประเมินให้ได้ตามเกณฑ์และ เป้าหมายกำหนดไว้เป็นมาตรฐาน ประเด็นสำคัญที่ส่งผล ต่อผลลัพธ์ที่ดี มี 3 ส่วน คือ 1. ความรู้ความสามารถ ของนักศึกษาพยาบาลในการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะ วิกฤต ส่วนที่ 2. ความคิดเห็น ต่อการใช้แบบประเมิน ผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS ส่วนที่3.ความพึงพอใจ ต่อ การใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS ดังภาพ ที่ 1



ภาพที่ 1. แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS โดย Dr. June C.Abbey (Holloway, 1979)

นิยามศัพท์

ความคิดเห็น หมายถึง ความรู้สึก ทักษะเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล Thanamethee (2011)

ความรู้ความสามารถ หมายถึง องค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล Office of the Civil service Commission (2009)

ความพึงพอใจ หมายถึง สิ่งที่ควรจะเป็นไปตามความต้องการ ความพึงพอใจเป็นผลของการแสดงออกของทัศนคติของบุคคลอีกรูปแบบหนึ่ง และเป็นความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ Kotchakorn; 2007 อ้างถึงใน Lueklang (2012)

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบภาวะคุกคามต่อชีวิตเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ของร่างกายทุกระบบหรือมีพยาธิสภาพของโรคอย่างรุนแรงมีการทำหน้าที่ของอวัยวะบกพร่องหรือล้มเหลวระบบเดียวหรือหลายระบบ มีความต้องการการช่วยเหลือที่

เร่งด่วนทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและความพิการ (Limunnaylap & Thamnong, 2009)

แบบประเมินแฟนคัส หมายถึง เป็นแบบประเมินที่เน้นและลำดับปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของร่างกาย ทำให้สามารถประเมินปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมภาวะที่กำลังคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประเมินในรูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model) ที่รวดเร็วใช้สำหรับประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤตในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ Fluid Balance (ความสมดุลของสารน้ำ) Aeration (การหายใจ) Nutrition (ภาวะโภชนาการ) Communication (การติดต่อสื่อสาร) Activities (การทำกิจกรรม) Stimulation (การได้รับการกระตุ้น) (Jaramillo, 2011)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาศึกษาการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี

ระยะเวลาการ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 กำลังศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี จำนวน 146 คน และอาจารย์ผู้นิเทศ นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ทำการนิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ (adult 2) ในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 8 คน ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในช่วงเดือน มกราคม ถึงเดือน มีนาคม 2562

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 146 คน เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ (adult2) เลือกแบบเจาะจง และอาจารย์ผู้นิเทศจำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบประเมินการใช้แบบแผนการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแผนคัส ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้ความสามารถที่จำเป็นในการปฏิบัติงานและฉุกเฉิน

- แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS ประยุกต์มาจากคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2

- แบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS ประยุกต์มาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงานและอัตลักษณ์ของบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแผนคัส ครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ของอาจารย์พยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาเป็นอาจารย์

สอน การศึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ สาขาวิชาที่ทำ การสอน สาขาวิชาภาคปฏิบัติ

2. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ชุด

ชุดที่ 1. ความรู้ความสามารถของนักศึกษาพยาบาล ต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแผนคัส และการประเมินนักศึกษาพยาบาลโดยอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาลต่อการ ใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแผนคัส จำนวน 12 ข้อ เป็นลักษณะการประมาณค่า (rating scale) มี เกณฑ์การคิดคะแนนค่าเฉลี่ย ดังนี้ (Sisa-at, 2010)

มีค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 = ความรู้ความสามารถและมั่นใจในการปฏิบัติงาน น้อยที่สุด

มีค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 = ความรู้ความสามารถและมั่นใจในการปฏิบัติงานน้อย

มีค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 = ความรู้ความสามารถและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานปานกลาง

มีค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 = ความรู้ความสามารถและมั่นใจในการปฏิบัติงานมาก

มีค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 = ความรู้ความสามารถและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มากที่สุด

ชุดที่ 2. แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาลต่อการ ใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแผนคัส จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะการประมาณค่า (rating scale) เกณฑ์การคิดคะแนนค่าเฉลี่ย ดังนี้ Sisa-at (2010)

มีค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 = มีความเหมาะสมน้อยที่สุด

มีค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 = มีความเหมาะสมน้อย

มีค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 = มีความเหมาะสมปานกลาง

มีค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 = มีความเหมาะสมมาก

มีค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 = มีความเหมาะสมมากที่สุด

ชุดที่ 3. แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาลต่อการ ใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแผนคัส จำนวน 10 ข้อเป็นลักษณะการประมาณค่า (rating scale) เกณฑ์การคิดคะแนนค่าเฉลี่ยดังนี้ Sisa-at (2010)

- มีค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 = พึงพอใจน้อยที่สุด
- มีค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 = พึงพอใจน้อย
- มีค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 = พึงพอใจปานกลาง
- มีค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 = พึงพอใจมาก
- มีค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 = พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลด้วยตนเอง เกี่ยวกับการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแฟนคัส นำเครื่องมือทั้ง 3 ชุด โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน (คนละ 3 ชุด) ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของแบบสอบถาม จากนั้นปรับแก้เพื่อนำไปใช้จริง หลังจากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล พระบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จากนั้นปรับแก้เพื่อนำไปใช้จริง หลังจากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้ประเมินกับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ ดังนี้

- แบบประเมินการใช้ แบบแผนการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้ความสามารถที่จำเป็นในการปฏิบัติงานและฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นบางส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ในรูปแบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแฟนคัส ให้สอดคล้องกับการเรียนการสอนของหลักสูตรการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุระยะวิกฤต Limumnaylap (2013) แบ่งออกเป็น 3 ตอน และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำข้อมูลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงของข้อคำถามรายข้อ โดยใช้แนวคิด Polit and Beck (2008)

$$I-CVI = Nc/N$$

Nc = จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4

$$N = \text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}$$

ค่าดัชนีความตรงเนื้อหารายข้อ (Content Validity, $I=CVI$) = 1, ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ ($S-CVI/Ave$) = 1, ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Reliability) = .618 เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา Polit and Beck (2008) เสนอว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ถือได้ว่าเป็นความตรงเชิงเนื้อหาดีเยี่ยม ควรมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ ($I-CVI$) 0.78 ขึ้นไป และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ ($S-CVI/Ave$) 0.90 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ มีค่าเท่ากับ 1 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ มีค่า 1 แสดงว่า ข้อคำถามทุกข้อรายการ และแบบสอบถามทั้งฉบับมีความตรงเชิงเนื้อหาดีเยี่ยม

ตอนที่ 2

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแฟนคัส ประยุกต์มาจากคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา รายข้อ (Content Validity, $I=CVI$) = 1, ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ ($S-CVI/Ave$) = 1, ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Reliability) = .827

เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา Polit and Beck (2008) เสนอว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ถือได้ว่าเป็นความตรงเชิงเนื้อหาดีเยี่ยม ควรมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ ($I-CVI$) 0.78 ขึ้นไป และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ ($S-CVI/Ave$) 0.90 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ มีค่าเท่ากับ 1 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ มีค่า 1 แสดงว่า ข้อคำถามทุกข้อรายการและแบบสอบถามทั้งฉบับมีความตรงเชิงเนื้อหาดีเยี่ยม

ตอนที่ 3

แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแฟนคัส ประยุกต์มาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงานและอัตลักษณ์

ของบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่าดัชนีความตรง เนื้อหารายข้อ (Content Validity, I=CVI)= 0.97, ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/Ave) = 0.92, ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Reliability) = .918 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ มีค่าเท่ากับ 0.97 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ มีค่า 0.92 แสดงว่า ข้อคำถามทุกข้อรายการและแบบสอบถาม ทั้งฉบับมีความตรงเชิงเนื้อหาดีเยี่ยม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (reliability) ทั้ง 3 ฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.873 แสดงให้เห็นว่า แบบสอบถามการสร้ากศักยภาพการวิจัยปฏิบัติการในการปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพด้านความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2562 ถึง เดือน กรกฎาคม 2562 โดยเชิญอาจารย์ผู้นิเทศ นักศึกษาพยาบาล จำนวน 8 คน ทำความเข้าใจในการตอบแบบสอบถาม ทั้ง 3 ชุด และเชิญนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ได้รับฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จำนวน 146 คน เข้า ประชุม เพื่อทำความเข้าใจและแจ้งวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม จะไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนแต่อย่างใดทั้งสิ้น และไม่ต้องเขียนชื่อ สกุล ลงในแบบสอบถาม สามารถตอบตรงตามความเป็นจริง และคณะผู้วิจัย จะรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ตามเวลาที่นัดหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคว์สแควร์ (chi-square test) และ ทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวน โดย anova

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณา รายละเอียดของโครงร่างวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับ อาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภาษาไทยแล้ว และอนุมัติ รหัสเอกสารรับรอง 036/2562 ลงวันที่รับรอง 15 กรกฎาคม 2562 ถึง 14 กรกฎาคม 2563 มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของ โครงการที่เสนอได้และแจ้งให้ทราบว่าการตอบแบบสอบถาม ไม่ต้องเขียนชื่อ สกุล ลงในแบบสอบถาม สามารถตอบตรงตามความเป็นจริง จะไม่มีผลกระทบต่อ การเรียนการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล แต่อย่างใดทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

นักศึกษาพยาบาล จำนวน 146 คน ส่วนใหญ่ พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 143 คน ร้อยละ 97.9 เพศชาย จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.1 อายุ 22 ปี มีจำนวน 76 คน มากสุด ร้อยละ 52.1 รองลงมา อายุ 21 ปี จำนวน 61 คน ร้อยละ 41.8 อาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 มีอายุ 34 ปี และ 43 ปี ร้อยละ 25.0 มีประสบการณ์การสอน ระหว่าง 2-5 ปี ร้อยละ 50.0 การศึกษาที่จบเฉพาะทาง ส่วนใหญ่ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และการพยาบาลผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.5 ด้านตำแหน่งวิชาการ ไม่มีร้อยละ 100 87.5 การสอนส่วนใหญ่ วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ร้อยละ 87.5 และ การนิเทศบนหอผู้ป่วย เป็นสาขาการพยาบาล พื้นฐาน ร้อยละ 62.5

ด้านความรู้ความสามารถต่อการใช้แบบประเมิน ผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแพนคัส

นักศึกษาพยาบาล มีความรู้ความสามารถในการ ใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบ แพนคัส พบว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม มีความรู้ความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง และมีความมั่นใจปาน กลาง (\bar{X} =3.38, SD=.741) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การประเมินภาวะพร้อมออกซิเจนและให้การ พยาบาลเพื่อลด/ป้องกันกาเกิดภาวะพร้อมออกซิเจน ได้ และปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัย

ประหยัดเวลามีความรู้ความสามารถ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58, SD=.812, \bar{X}=3.52, SD=.754$) ในทำนองเดียวกัน กับอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล ประเมินความรู้ความสามารถการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ในนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความสามารถ และมีความมั่นใจ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.06, SD=.55$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีปฏิบัติการพยาบาลใดคำหนึ่งถึงความปลอดภัยประหยัดเวลาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.50, SD=.535$)

ด้านความคิดเห็นต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติสร้างจากรูปแบบแฟนคัส

นักศึกษาพยาบาล มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติสร้างจากรูปแบบแฟนคัส ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.96, SD=.676$) และอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล มีความคิดเห็นต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก เช่นกัน ($\bar{X}=4.19, SD=.711$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การใช้แบบประเมินภาวะวิกฤติสร้างจากรูปแบบแฟนคัส ช่วยทำให้การประเมินผู้ป่วยแรกเริ่มที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทราบปัญหาได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม ในรายข้อด้าน การระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ทันที และข้อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติ สร้างจากรูปแบบแฟนคัส มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการเรียนการสอนในครั้งต่อไป อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.50, SD=.535$)

ด้านความพึงพอใจ ต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติสร้างจากรูปแบบแฟนคัส

นักศึกษาพยาบาล มีความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติ สร้างจากรูปแบบแฟนคัส ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.83, SD=.690$) และอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล มีความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติ สร้างจากรูปแบบแฟนคัสในภาพรวม อยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X}=4.61, SD=.513$)

การเปรียบเทียบระหว่างความรู้ความสามารถ ความคิดเห็นและความพึงพอใจ

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ความสามารถ ความคิดเห็นและความพึงพอใจ ต่อการใช้แบบประเมินภาวะวิกฤติสร้างจากรูปแบบแฟนคัส พบว่าผลการวิเคราะห์ one-way anova มีค่าสถิติทดสอบ $F(1,144) = .063, .011$ และ $.1.964, P > .01$ แสดงว่า ไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ ปรากฏว่า ค่าสถิติทดสอบ $\chi^2(27) = 94.877, p < .01, (23) = 1.022, p < .01, (24) = 72.151, p < .01$ แสดงว่า นักศึกษาพยาบาล มีความรู้ความสามารถ ความคิดเห็น และความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติสร้างจากรูปแบบแฟนคัส มีความแตกต่างกัน และทำการทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ ในกลุ่มอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล ปรากฏว่า ค่าสถิติทดสอบ $2(4) = 4.500, (5) = 1.000, (3) = 3.000$ แสดงว่า คะแนนการประเมินนักศึกษาพยาบาล มีความรู้ความสามารถ ไม่แตกต่างกัน และความคิดเห็น ความพึงพอใจ ของอาจารย์ต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติสร้างจากรูปแบบแฟนคัส ไม่แตกต่างกัน เช่นกัน

การอภิปรายผล

ด้านความรู้ความสามารถต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติสร้างจากรูปแบบแฟนคัส

ความรู้ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยภาวะวิกฤติสร้างจากรูปแบบแฟนคัส มีความรู้ความสามารถ และมีความมั่นใจ ระดับปานกลาง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานว่า ระดับความรู้ความสามารถอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ และการประเมินสภาพตามแบบประเมินภาวะวิกฤติแบบ FAN-CAS ในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ต้องได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ด้วยเครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะต้องอธิบายและระบุปัญหาผู้ป่วย

ที่มีการเปลี่ยนแปลงและสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความกล้า บางครั้งความรู้ที่เรียนมาก็ลืม จำได้ไม่หมด ด้านทักษะการพยาบาลและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตไม่เพียงพอ นั้นอาจเทียบเคียงกับงานวิจัยของ Bundasak (2018) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล การรับรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือบนหอผู้ป่วยหนัก และขาดความรู้ในการติดตามประเมิน และผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและสามารถปรับแผนเมื่อผลไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และเทียบเคียงสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rungnoei and Seesawang (2016) พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยวางแผนจัดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาพยาบาลประเมินและวิเคราะห์ตนเองก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ช่วยทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ควรได้เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสามารถอธิบายถึงการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การให้การพยาบาลที่ถูกต้องได้ตามเกณฑ์มาตรฐานตรงตามวัตถุประสงค์การเรียนการสอน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pathojaruwat (2018) พบว่า นักศึกษาพยาบาลเห็นว่าการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่า ถึงแม้จะเป็นวิชาที่หนักและยาก แต่ทำให้นักศึกษาได้ความรู้และได้รับประสบการณ์โดยตรงที่มีประโยชน์เป็นอย่างมาก ซึ่งต้องได้รับการดูแลก่อนที่จะส่งไปฝึกหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งการได้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองจะช่วยให้นักศึกษาจำความรู้ได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sinthuchai & Ubolwan (2017) เกี่ยวกับผลการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 พบว่า การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นและมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

มากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า อาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล และการจัดการเรียนการสอน มีผลทำให้นักศึกษาพยาบาล เครียด ขาดสมาธิ ความจำไม่เพียงพอ รู้สึกอ่อนล้า และกลัวการ conference กับอาจารย์ผู้นิเทศ ทำให้ประสิทธิภาพการเรียนรู้ ลดลง ด้านความคิดเห็นต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแผนคัส

คะแนนความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับมากไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในด้านรูปแบบของแบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมีความครอบคลุม องค์กรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaramillo (2011) จากการถอดบทเรียน เรื่อง ประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับแบบประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ครั้งที่ 1 ได้มีการนำผลการประเมินการใช้แบบประเมิน FANCAS ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 รุ่น 31 AB ที่ประชุมเห็นด้วยกับการนำหัวข้อ FANCAS มาสอน 2 ชั่วโมงใน มคอ. 3 อย่างไรก็ตาม เกี่ยวกับวิธีการเรียนรู้ในภาคปฏิบัติ ของนักศึกษาพยาบาล พบปัญหาว่า การใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแผนคัส นั้น ไม่สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้ ไม่สามารถนำไปตั้งข้อวินิจฉัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bundasak (2018) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลระหว่างฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบปัญหาว่า นักศึกษาไม่สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้ ไม่สามารถตั้งข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลได้ไม่ครอบคลุม อธิบายได้ว่า นักศึกษาชั้นฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรก หอผู้ป่วยหนักมีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นต้องมีความรู้ ความมั่นใจ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ดี และสามารถคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลและ

อาการของผู้ป่วยได้

ด้านความพึงพอใจ ต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแพนคัส

นักศึกษาพยาบาล และอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล มีความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สร้างจากรูปแบบแพนคัส ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ความพึงพอใจ ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาล เกิดการเรียนรู้และเริ่มมีประสบการณ์การใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต และสามารถปรับตัวเข้ากับผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน ได้พิจารณาประเด็นที่ทำให้มีความพึงพอใจมากที่สุดที่ตรงกันในเรื่อง การบันทึกรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร และการสื่อสารให้ทีมงานได้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงได้ทันที และพอใจในการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sittipakon et al. (2017) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

การเปรียบเทียบระหว่างความรู้ความสามารถ ความคิดเห็นและความพึงพอใจ

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ความสามารถ ความคิดเห็นและความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลและผลการประเมินความรู้ความสามารถของนักศึกษาโดย

อาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล ต่อการใช้แบบประเมินภาวะผู้ป่วยวิกฤตสร้างจากรูปแบบแพนคัส ไม่แตกต่างกันอธิบายได้ว่า ความรู้ความสามารถ ความคิดเห็น และความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลและผลการประเมินความรู้ความสามารถของนักศึกษาโดยอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล ไม่มีผลต่อ การใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตสร้างจากรูปแบบแพนคัส

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้รับผิดชอบรายวิชา อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ และอาจารย์ผู้นิเทศนักศึกษาพยาบาล ควรจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้ทบทวนความรู้และทักษะก่อนการฝึกภาคปฏิบัติและให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ตนเองและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชา เพื่อเป็นการประเมินการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความสามารถเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษา แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านทักษะและความรู้ความสามารถและลดความเครียด

เอกสารอ้างอิง

- Bundasak, T., Chaowiang, K., & Jungasem, N. (2018). Affecting Factors on Nursing students Anxiety while Practicing in Intensive Care Unit. *Journal Prapokkloao Hosp Clin Med Educat center*. 34(1), 6–15. (In Thai)
- Holloway, N. M. (1979). *Nursing the Critically ILL Adult*. California: Addison-Wesley Publishing.
- Jaramillo, W. A. (2011). *Transcribe the lessons of the Adult and Elderly*. Bangkok: Nursing Academic Group and the Children's Nursing. (In Thai)
- Limunnuaylap, S. (2013). *Nursing of Critical Illness Patients* (7th ed.). Bangkok: International Science Depot. (In Thai)
- Limunnuaylap, S., & Thamnong, C. (2009). *Critical Care Nursing* (4th ed.). Khonkaen: Khonkaen University. (In Thai)

- Lueklang, A. (2012). Satisfaction and Expectancy to Service of Water Division Personnel of Nong Gnu Lueam Subdistirct Administrative Organization, Chaloeam Phra Kiat District, Nakhon Ratchasima Province. Nakhon Ratchasima : Water Division Personnel of Nong Gnu Lueam Subdistirct Administrative Organization. (In Thai)
- Office of the Civil Service Commission. (2009). *Defining the performance line*. Retrieved from <http://ops.sueksa.go.th/wp->
- Pathojaruwat, T., Boontoi, T., & Matchim, Y. (2018). Nursing students Experience in an Intensive and Emergency care Practicum. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(4), 75-92. (In Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott williams & wilkins.
- Rungnoei, N., & Seesawang, J. (2016). Effects of Self-development Supportive for the Pre-practicum preparation at intensive Care Unit on knowledge and Skills among Nursing Students. *Journal of Phrapokklao Nursing Students*, 27(2), 36-37. (In Thai)
- Sinthuchai, S., & Ubolwan, K. (2017). Fidelity Simulation base Learning Implementation to Learning and Teaching management. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 18(1), 113-127. (In Thai)
- Sisa-at, B. (2010). *Preliminary research* (8th ed.) Bangkok: Suwiriyasarn. (In Thai)
- Sittipakon, S., Kochamat, A., Seubniam, S., & Pongprathet, J. (2017) Effects of High Fidelity Simulation Based Learning on Self-Confidence and Satisfactions among the 3rd Years Nursing Student in Faculty of Nursing Mahasarakham University. In *academic conference of Maha Sarakham University 14th* (pp. 600-607). Maha Sarakham: Mahasarakham University. (In Thai)
- Thanamethee, W. (2011). *The Opinions of people toward Sangha Administration Nongbualamphu Province* (Master's thesis, Mahachulalongkornrajavidyalaya University). (In Thai)



Emotional Intelligence and Work-related Stress of Nurses in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China

ความฉลาดทางอารมณ์และความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงานของพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งประชาชนต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน

มา	เหว่ยลี่ *	Ma	Wei Li *
ทรียาพรรณ	สุภามณี **	Treeyaphan	Supamaneer **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **

บทคัดย่อ

ระดับความเครียดในการทำงานที่เพิ่มสูงขึ้นสามารถส่งผลกระทบต่อปัญหาทางลบมากมายในระบบบริการสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์มีความสำคัญต่อพยาบาลในการลดความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงาน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์และระดับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงานของพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงานของพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งประชาชนต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 273 ราย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งประชาชน 2 แห่ง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ซึ่งได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ของหว่องและลอว์ (Wong and Law Emotional Intelligence Scale) และเครื่องมือวัดความเครียดจากการทำงานแบบมาตรฐานของสถาบันสุขภาพและความปลอดภัย (HSE Management Standards Work-related Stress Indicator Tool) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ของหว่องและลอว์เท่ากับ 0.91 และเครื่องมือวัดความเครียดจากการทำงานแบบมาตรฐานของสถาบันสุขภาพและความปลอดภัยเท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.44) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า การประเมินอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การประเมินอารมณ์ของผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ และการใช้อารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง
2. ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงานของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า 5 จาก 7 ด้านของความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ความต้องการ การควบคุม การสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการ ความสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนและด้านบทบาทอยู่ในระดับต่ำ
3. ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงานอย่าง

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยต้าหลี่ มณฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

* Registered Nurse, The Affiliated Hospital of Dali University, Yunnan, China

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 25 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 22 กรกฎาคม 2560

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.13$)

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงานของพยาบาลได้

คำสำคัญ: ความเครียดในการทำงาน ความฉลาดทางอารมณ์ พยาบาล โรงพยาบาลรัฐบุล

Abstract

An increased level of work-related stress can result in many negative problems in the healthcare system. Emotional intelligence is important for nurses to decrease their work-related stress. The purpose a of this descriptive correlation research were to explore the level of emotional intelligence and work-related stress, and to investigate the relationship between emotional intelligence and work-related stress of nurses in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China. The samples included 273 nurses from two People's Hospitals. The instrument used for data collection was a questionnaire including: Demographic Data Form, Wong and Law Emotional Intelligence Scale, and HSE Management Standards Work-related Stress Indicator Tool. The Cronbach's alpha coefficient of Wong and Law Emotional Intelligence Scale was 0.91 and HSE Management Standards Work-related Stress Indicator Tool was 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation.

The results of this study were as follows:

1. The overall emotional intelligence of nurses was at a moderate level ($\bar{X} = 4.55$, $SD = 1.44$). Regarding each dimension, self-emotion appraisal was at a high level. Others' emotion appraisal, regulation of emotion, and the use of emotion were at moderate levels.
2. The overall work-related stress of nurses was at a moderate level ($\bar{X} = 3.60$, $SD = 0.45$). Regarding each dimension, five of the seven dimensions of work-related stress including demands, control, managerial support, relationships and change were at moderate level. The other two dimensions of peer support and role were at low levels.
3. There was a weak negative correlation between nurses' emotional intelligence and work-related stress ($r = -0.13$, $p < 0.01$).

Nurse administrators could use the results of this study as baseline information to develop and enhance emotional intelligence to help nurses reduce work-related stress.

Keywords: *Work-related stress, Emotional Intelligence, Nurse, People's Hospital*

Background and Significance

Work-related stress (WRS) is also known as occupational stress, work stress, and job stress

(Muchinsky, 2006), and it is increasingly recognized as one of the most serious occupational health hazards (Health & Safety Executive [HSE],

2009). High level of work-related stress were proved to have a crucial impact on nurses and organization (French, Lenton, Walters, & Eyles, 2000). For nurses, work-related stress is highly impacted on nurses' psychological distress, health hazards, job dissatisfaction, and peer work performance (Elkins, Cook, & Dove, 2010). An extreme case of prolonged work-related stress can turn to excessive sick leave and burnout (Maslach & Goldberg, 1998), which leads to higher nurse turnover (Jenkins & Elliot, 2004). For organization, nurse burnout and higher turnover often manifests in deterioration of the quality of nursing care, which leads to organization inefficiency (Barnett, Brennan, & Gareis, 1999). Therefore, assessment, prevention and tackling of work-related stress of nurses are widely recognized as one of the major challenge for nursing administrators to improve the quality of nursing care (Leka, Hassard, & Yanagida, 2012).

Work-related stress is defined as a harmful emotional and somatic response to stimuli which are in his/her job when the perceived pressure exceeds individual's perceived ability to cope (Palmer, Cooper, & Thomas, 2004). Based on Model of Work-related Stress of Palmer et al. (2004) proposed six hazards which are 1) demands, 2) control, 3) support including managerial support and peer support, 4) relationships, 5) role, and 6) change. HSE (2004) developed the HSE Management Standards Work-related Stress Indicator Tool with seven dimensions based on these hazards.

From literature review, there were various factors influence work-related stress. The

socio-demographic variables such as age (Landa, López-Zafra, & Martos, 2008), gender (Rauschenbach & Hertel, 2011), marital status (Marinaccio et al., 2013) and education level (Niezborala, Marquie, & Baracat, 2003), as well as the organizational variables such as job satisfaction (Flanagan & Flanagan, 2002), work empowerment (Li, Chen, & Kuo, 2008), social support (Joiner & Bartram, 2004) were found to be related to work-related stress. Furthermore, there were reports that individuals with high level of emotional intelligence experienced less stress at work (Nikolaou & Tsaousis, 2002; Landa et al., 2008). According to Salovey and Mayer (1990), emotional intelligence significantly contributes to reducing work-related stress where by a person with a high level of emotional intelligence will be better at identifying feelings of frustration and stress, then, he/she can regulate his/her emotions which will enable a more rapid recovery from psychological distress. Thus, nurses who with high emotional intelligence will be better equipped to deal with stressful events. Emotional intelligence has been defined as the ability to monitor one's own and other's feelings and emotions, to discriminate among them, and to use this information to guide one's thinking and action (Salovey & Mayer, 1990). Based on Ability Model of Emotional Intelligence, Salovey and Mayer, (1990) proposed four dimensions including 1) self-emotional appraisal; 2) others' emotional appraisal; 3) regulation of emotion; and 4) use of emotion. Wong and Law (2002) developed Wong and Law Emotional Intelligence Scale with four dimensions based on Ability Model of

Emotional Intelligence of Salovey and Mayer (1990).

Yunnan province is located in the south-west of China. The nursing shortage and workload for nurses is also a big problem. At the end of 2015, the nurse to population ratio was 2.05: 1,000 which was lower than the country's standard 2.20: 1,000 (Ministry of Health of China, 2015). The turnover rate of nurse in People's Hospitals ranges from 8.3%-18% (Luo, 2011). In addition, nurses have been little involved in organizational changes in terms of hospital and department development. Nurses feel stressful and frustrated when they put forward the ideas rejected by doctors and patients. In summary, the nurses are facing some problems about emotional intelligence and work-related stress in People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China.

There is no study was found to explore relationship between emotional intelligence and work-related stress of nurses in China. Thus, information about emotional intelligence and work-related stress as well as their relationship of nurses will not only expand knowledge about them in China but provide significant information for nurse administrators to find out the strategies to help their staff nurses to increase emotional intelligence competency and decrease work-related stress in the People's Hospitals of Dali, the Republic of China.

Objectives

The objectives of this study were to explore the emotional intelligence and work-related stress, and their relationship of nurses

in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of emotional Intelligence was developed by Salovey and Mayer (1990) based on Ability Model of Emotional Intelligence. Work-related stress was based on Model of Work-related Stress developed by Palmer, Cooper, and Thomas (2004). The relationship between emotional intelligence and work-related stress was tested in this study.

Methodology

A descriptive correlational research was conducted to explore the emotional intelligence and work-related stress, and their relationship of nurses in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China.

Population and Sampling

The sample included 308 registered nurses who were selected from 719 nurses in two people's hospitals of Dali, the People's Republic of China. The response rate is 88.6% (273 nurses).

Research Instruments

The research instrument included three parts in Chinese language.

Part1: Demographic Data Form. It was comprised of eight questions addressing personal characteristics using multiple-choices and full-in the blank items.

Part 2: Wong and Law Emotional Intelligence Scale (Wong & Law, 2002) consists of 16 items with 7-point Likert scale measuring mean

score and 4 dimensions. The evaluation of mean score was identified by the original author of that score were from 1.00-3.00 considered as low level; from 3.01-5.00 was at a moderate level; and from 5.01-7.00 was at a high level.

Part 3: The HSE Management Standards Work-related Stress Indicator Tool (HSE, 2004) contains 35 items with a 5-point scale measuring mean score and sevens dimensions. The evaluation of mean score was identified by the original author of that score were from 3.68-5.00 considered as low level; from 2.34-3.67 was at a moderate level; and from 1.00-2.33 was at a high level.

Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) and HSE Management Standards Work-related Stress Indicator Tool (HSE MS WRS IT) have Chinese version developed by original author. The reliabilities of the WLEIS was 0.91. The Cronbach's alpha of the HSE MS WRS IT was 0.80.

Ethical Consideration

The study was approved by the Research Ethics Review Committee in Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Permission to collect data was obtained from directors of two hospitals. Furthermore, all subjects were required to sign research consent form before collecting data. Moreover, this study followed the principle of voluntariness and strict confidentiality.

Data collection

After getting the permissions from directors of nursing department of hospitals, the researcher selected one coordinator from each hospital to distribute the questionnaires to the subjects. After two weeks, the researcher received 273

(88.6%) were completed for analysis of data.

Data Analysis

Data were analyzed in accordance with the purposes of the study using statistical software. Descriptive statistics was used analyze frequency, percentage, mean and standard deviations. Moreover, Spearman's rank-order correlation was applied to examine the relationship between emotional intelligence and work-related stress of nurses in People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China.

Results

Demographic Data

The finding showed that all the samples were female with the average age of 30.37 years old, and 66.67% of the samples were between 21-30 years old. The major samples were married (63.74%) and approximately 54.58% of samples held the associate degree and 23.44% held the bachelor degree. Regarding the training program about emotional intelligence, 9.16% of samples were trained only once while 86.45% of samples never been trained.

Emotional Intelligence

Table 1 showed that the overall emotional intelligence of nurses was at a moderate level (\bar{X} = 4.55, SD = 1.44). Regarding each dimension, self-emotion appraisal was at a high level (\bar{X} = 5.10, SD = 1.60). Others' emotion appraisal, regulation of emotion, and use of emotion were at a moderate level (\bar{X} = 4.36, 4.27, 4.46; SD = 1.53, 1.59, 1.56 respectively).

Table 1 Mean, Standard Deviation and the Level of Emotional Intelligence in Overall and Dimensions of the samples (n=273)

Emotional Intelligence (range = 1-7)	\bar{X}	SD	Level
Self-emotional appraisal	5.10	1.60	High
Others' emotional appraisal	4.36	1.53	Moderate
Regulation of emotion in the self	4.27	1.59	Moderate
Use of emotional to facilitate performance	4.46	1.56	Moderate
Overall	4.55	1.44	Moderate

Work-related Stress

Table 2 showed that the overall work-related stress of nurses was at a moderate level (\bar{X} = 3.60, SD = 0.45). Regarding each dimension, five dimensions of demands, control, managerial support, relationships and change

were at a moderate level (\bar{X} = 3.00, 3.29, 3.46, 3.67, 3.64; SD = 0.94, 0.97, 0.87, 1.08, 0.89 respectively). The dimensions of peer support and role were at a low level (\bar{X} = 3.91, 4.30; SD = 0.83, 0.82 respectively).

Table 2 Mean, Standard Deviation, and the Level of Work-related Stress in Overall and Dimensions of the samples (n = 273)

Work-related Stress (range = 1-5)	\bar{X}	SD	Level
Demands	3.00	0.94	Moderate
Control	3.29	0.97	Moderate
Managerial support	3.46	0.87	Moderate
Peer support	3.91	0.83	Low
Relationship	3.67	1.08	Moderate
Role	4.30	0.82	Low
Change	3.64	0.89	Moderate
Overall	3.60	0.45	Moderate

Relationship between Emotional Intelligence and Work-related Stress

Table 3 showed that overall emotional

intelligence and overall work-related stress of nurses were weak negatively correlated (r = -0.13, p < 0.01).

Table 3 Relationship between Emotional Intelligence and Work-related Stress of the samples (n = 273)

The relationship	Work-related stress
Emotional intelligence	- 0.13**

** p < 0.01

Discussion

Emotional Intelligence

The results of this study indicated that emotional intelligence of nurses was at a moderate level. The finding could be explained in regard to the demographic characteristics of the samples. Among the samples, all of the nurses were female. Rauschenbach and Hertel (2011) showed that women generally have higher scores in emotional intelligence than men. In terms of age, Nikolaou and Tsaousis, (2002) stated that older individuals score higher on emotional intelligence than younger ones. However, in this research, the results showed that 66.67% of the samples were 21 to 30 years. In addition, educational level can affect people's emotional intelligence. Yuan (2007) stated that people with high educational level may have more chance to contact courses which can enhance confidence and improve the emotional intelligence. However, in this research, 54.58% of samples held associate degree, and just 23.44% of samples held bachelor degree. Furthermore, as high as 86.45% of the nurses have never attended a training program for improving emotional intelligence. As mentioned previously, emotional intelligence can be learned and improved, but nurses lack chances to participate in training programs. Therefore, this may all be reasons why nurses have a moderate level of emotional intelligence.

Work-related Stress

The results of this study showed that work-related stress of nurses was at a moderate level. The findings could be explained in regards to the demographic characteristics of the

samples. Marinaccio et al. (2013) stated that married workers of both sexes perceived higher work demands which was likely to reflect the higher burden of family responsibilities on married workers compared to unmarried ones. Among the samples, 63.74% of them were married. In terms of gender, Rauschenbach and Hertel, (2011) found that women suffered more stress than men. In this research, all of the samples were female, so they suffered higher levels of stress. In addition, Niezborala et al. (2003) stated that low educational levels were associated with higher job stress risk in a large sample of French workers. In this study, 54.58% of samples held an associate degree, and just 23.44% of samples held a bachelor degree. Therefore, all the above may be reasons why nurses have a moderate level of emotional intelligence.

Relationship between Emotional Intelligence and Work-related Stress

The result of this study found a weak negative correlation between emotional intelligence and work-related stress of nurses ($r = -0.13, p < 0.01$) (Table 3). This means that nurses who reported themselves with high emotional intelligence had low work-related stress.

The result of a negative relationship between emotional intelligence and work-related stress confirms that emotional intelligence significantly contributes to reducing work-related stress whereby a person with high emotional intelligence will be better at identifying feelings of frustration and stress, then he or she can regulate his or her emotions,

which will enable a more rapid recovery from psychosocial distress (Salovey & Mayer, 1990). Moreover, nurses who have higher emotional intelligence will have higher ability in problem solving and decision making (Salovey & Mayer, 1990), which helps them to deal with difficult work and feel lower stress in their work. The result of this study revealed a significant but weak negative correlation between emotional intelligence and work-related stress ($r = -0.13$, $p < 0.01$) (Table 3). The result of this study is similar to that of Oginska-Bulik (2005) which found that emotional intelligence was negatively related to occupational stress ($r = -0.23$, $p < 0.001$). The result of this study is also supported by the study of Yamani et al. (2014) which found an inverse relationship between emotional intelligence and job stress ($r = -0.235$, $p < 0.032$). However, the result of weak relationship between emotional intelligence and work-related stress can be, because there are many factors influencing work-related stress, such as marital status (Marinaccio et al., 2013), gender (Rauschenbanch & Hertel, 2011), and educational level (Niezborala et al., 2003). Thus, the relationship of emotional intelligence and work-related stress in this study was not strong.

In conclusion, the overall emotional intelligence of nurses was at a moderate level. The overall work-related stress of nurses was at a moderate level. There was a negative correlation between emotional intelligence and work-related stress of nurses in People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China.

Implications

The results of this study provide information about emotional intelligence and work-related stress of nurses in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China. The implications of this study for nursing administrators as follow:

1. Nurse administrators could use the results of this study as baseline information to develop and conduct training program of emotional intelligence to enhance nurses' emotional intelligence that help nurses reduce work-related stress in the nursing organization.
2. Nursing administrators could use the results of this study as baseline information to provide more managerial support and encourage nurses participant in hospital's organization change, which could help nurses decrease work-related stress.

Recommendations

The recommendations for further research are as follows:

1. Nurses' work-related stress needs to be studied with related factors, such as age, gender, and educational level in the further research.
2. Conduct the study to identify if emotional intelligence can be a predicting factor of work-related stress among nurses.

Acknowledgement

My sincere appreciation goes to Graduate School of Chiang Mai University for funding support, and to all, who supported during my duty.

References

- Barnett, R. C., Brennan, R. T., & Gareis, K. C. (1999). A closer look at the measurement of burnout. *Journal of Applied Biobehavioural Research, 4*, 65-78.
- Elkins, G., Cook, T., & Dove, J. (2010). Perceived stress among nurses and administration staff related accreditation. *Clinical Nursing Research, 19*(4), 376-386.
- Flanagan, N. A., & Flanagan, T. J. (2002). An analysis of the relationship between job satisfaction and job stress in correctional nurses. *Research in nursing & health, 25*(4), 282-294.
- French, S., Lenton, R., Walters, V., & Eyles, J. (2000). An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of Nursing Measurement, 8*(2), 161-178.
- Health and Safety Executive. (2004). *Psychosocial working conditions in Great Britain in 2004*. Retrieved from <http://www.hse.gov.uk/statistics/>
- Health and Safety Executive. (2009). *Stress-related and psychological disorders*. Retrieved from <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress>.
- Jenkins, R., & Elliot, P. (2004). Stressors, Burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing, 48*(6), 622-631.
- Joiner, T. A., & Bartram, T. (2004). How empowerment and social support affect Australian nurses' work stressors. *Australian Health Review, 28*(1), 56-64.
- Landa, J. A., López-Zafra, E., & Martos, M. B. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 45*(6), 888-901.
- Leka, S., Hassard, J., & Yanagida, A. (2012). Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental well-being in Japan. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing, 19*, 123-131.
- Li, I., Chen, Y. C., & Kuo, H. T. (2008). The relationship between work empowerment and work stress perceived by nurses at long term care facilities in Taipei city. *Journal of Clinical Nursing, 17*(22), 3050-3058.
- Luo, Y. F. (2011). *Conflict management and burnout among nurses in university hospitals, Yunnan province, the People's Republic of China* (Master's thesis, Chiangmai University).
- Marinaccio, A., Ferrante, P., Corfiati, M., Di Tecco, C., Rondinone, B. M., Bonafede, M., & Iavicoli, S. (2013). The relevance of socio-demographic and occupational variables for the assessment of work-related stress risk. *BMC Public Health, 13*, 11-57. doi:10.1186/1471-2458-13-1157.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied and Preventative Psychology, 7*, 63-74.
- Ministry of Health of China. (2015). *The health care organization statistic in China* [in Chinese]. Beijing: the Ministry of Health of China.

- Muchinsky, P. (2006). *Psychology applied to work*. Belmont, CA: Thompson Wadsworth.
- Niezborala, M., Marquie, J. C., & Baracat, B. (2003). Job stress and occupational status in a French cohort. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 6, 607-616.
- Nikolaou, I., & Tsaousis, I. (2002). Emotional intelligence in the workplace: Exploring its effects on occupational stress and organizational commitment. *International Journal of Organizational Analysis*, 10(4), 327-342.
- Oginska-Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: Exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(2), 167-175.
- Palmer, S., Cooper, C., & Thomas, K. (2004). A model of work stress to underpin the Health and Safety Executive advice for tackling work-related stress and stress risk assessments. *Counselling at Work, Winter*, 2-5.
- Rauschenbach, C., & Hertel, G. (2011). Age differences in strain and emotional reactivity to stressors in professional careers. *Stress Health*, (27), 48-60.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Wong, C. S., & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *Leadership Quarterly*, 13, 243-274.
- Yamani, N., Shahabi, M., & Haghani, F. (2014). The relationship between emotional intelligence and job stress in the faculty of medicine in Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, 2(1), 20.
- Yuan, X. (2007). *The influence of "Nursing aesthetics" for emotional intelligence of bachelor degree students* [in Chinese]. Shanxi: Shanxi Medical University.



Job Crafting and Organizational Commitment of Nurses in Chengdu University Hospitals, the People's Republic of China

การจัดแจงในงานและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเจิ้งตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

คิน	ฮวง *	Qin	Huang *
อรอนงค์	วิชัยคำ **	Orn-Anong	Wichaikhum **
อภิรตี	นันท์ศุภวัฒน์ **	Apiradee	Nantsupawat **

บทคัดย่อ

ความผูกพันต่อองค์กรมีบทบาทสำคัญต่อองค์กรสุขภาพในการลดอัตราการลาออกและการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาของการจัดแจงในงานและความผูกพันต่อองค์กร และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดแจงในงานและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลลูกจ้างชั่วคราว ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเจิ้งตู กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 348 คนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่งในเมืองเจิ้งตู สาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือในการวิจัยประกอบไปด้วย แบบวัดการแจกแจง ในงาน (Job Crafting Scale: JCS) ที่พัฒนาขึ้นโดย Tims and Bakker (2010) แปลเป็นภาษาจีนโดยผู้วิจัย และแบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กร (Organizational Commitment Questionnaire: OCQ) ที่พัฒนาขึ้นโดย Mowday, Steers, and Porter (1979) แปลเป็นภาษาจีนโดย Lu (2007) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ JCS และ OCQ เท่ากับ .84 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยของการจัดแจงในงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.43, SD=0.56) องค์กรประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การเพิ่มทรัพยากรทางสังคม การเพิ่มความต้องการในงานที่ทำให้เกิดการท้าทาย และการลดความต้องการในงานที่เป็นอุปสรรคในการทำงานของพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.44, SD=0.68; \bar{X} =3.09, SD=0.73; \bar{X} =3.43, SD=0.67) ในขณะที่องค์ประกอบด้านการเพิ่มทรัพยากรในงานด้านโครงสร้าง การศึกษาพบว่าอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =3.77, SD=0.62).
2. คะแนนเฉลี่ยของความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมของพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =4.67, SD=1.06)
3. การแจกแจงในงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความผูกพันต่อองค์กรในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.41$, $p<0.01$)

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมทบ มหาวิทยาลัยเจิ้งตู ประเทศจีน
 * Registered Nurse, the Affiliated Hospital of Chengdu University, China
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 8 กันยายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 13 กรกฎาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 5 พฤศจิกายน 2561

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมให้พยาบาลมีการแจจแจงในงานและเพิ่มความผูกพันต่อองค์กรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน

คำสำคัญ: การจัดแจงในงาน ความผูกพันต่อองค์กร สาธารณรัฐประชาชนจีน พยาบาล

Abstract

Organizational commitment plays a crucial role in healthcare organizations in order to decrease the turnover rate and improve quality of nursing care. This descriptive correlational study aimed to examine job crafting and organizational commitment and the relationship between job crafting and organizational commitment of temporary nurses in three university hospitals in Chengdu. The samples were 348 temporary nurses who worked in three university hospitals in Chengdu, the People's Republic of China. The research instruments included the Job Crafting Scale (JCS) developed by Tims and Bakker, (2012), translated into Chinese by researcher. The Organizational Commitment Questionnaire (OCQ) developed by Mowday, Steers, and Porter, (1979), translated into Chinese by Lu, (2007). The reliability coefficients of JCS and OCQ were .84 and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Correlation.

The result of this study showed that:

1. The mean score of overall job crafting was at a moderate level (\bar{X} =3.43, SD=0.56). Three dimensions including increasing social job resources, increasing challenging job demands, and decreasing hindering job demands were at a moderate level (\bar{X} =3.44, SD=0.68; \bar{X} =3.09, SD=0.73; \bar{X} =3.43, SD=0.67, respectively), whereas increasing structural job resources was reported at a high level of temporary nurses (\bar{X} =3.77, SD=0.62).
2. The mean score of overall organizational commitment was at a moderate level of temporary nurses (\bar{X} =4.67, SD=1.06).
3. There was a significant moderate positive relationship between overall job crafting and organizational commitment (r =.41, p <.01).

The findings of this study would provide baseline information for nursing administrators to develop strategies to increase nurses' job crafting and enhance the organizational commitment in Chengdu university hospitals, the People's Republic of China.

Keywords: *Job Crafting, Organizational Commitment, China, Nurse*

Background and Significance

Nursing shortages and high turnover rates have become acute issues around the world

nowadays (Jenna & Ferguson, 2017). Persistent vacancy in current nursing teams increases workload and negatively influences the quality

of nursing care (Liu, Liu, Wang, Zhang, & Wang, 2013). The report on the Development of Chinese Medical and Health Service shows that the turnover rate of Chinese nurses is approximately 10.2-11.2%, and the number of nurses with turnover intention is up to 56.94% (Green Book of Health Reform and Development, 2015). A previous study found that organizational commitment was an important predictor of turnover in nursing (Wagner, 2007). The degree of commitment determines if a nurse will stay with the organization, and individuals with a high degree of commitment are less likely to quit their jobs (Mowday, Steers, & Porter, 1979).

The earliest era of organizational commitment was Becker's (1960) Side-Bet Theory. Soon afterwards, Porter, Steers, Mowday, & Boulian (1974) shifted the theme from the side-bet to the psychological attachment one had to the organization in their Affective-dependence model. According to this model, organizational commitment consisted of three related factors: a strong belief in and acceptance of the organization's goals and values; a willingness to exert considerable effort on behalf of the organization; and a strong desire to maintain membership in the organization. This commitment can be altered by affective instead of economic factors and represents something beyond mere passive loyalty to an organization. Porter et al. (1974) defined organizational commitment "as the relative strength of an individual's identification with and involvement in a particular organization." A high level of organizational commitment produces a positive effect on work outcomes, such as increased job sat-

isfaction, job performance (Carmeli & Freund, 2004), and quality of patient care (Top & Gide, 2013), and reduced absenteeism and turnover rates (Lu, While, & Barriball, 2005). Extensive studies over the past two decades of organizational commitment in the nursing profession have shown different levels of organizational commitment among nurses. Importantly, the mean score of overall organizational commitment showed low or moderate levels among nurses in different areas of China (Zheng, Xu, & Wang, 2014; Cai & Wu, 2014; Xiong, Zhang, & Xiao, 2016).

One concept strongly positively related to organizational commitment is job crafting (Iqbal, 2016; Kim & Lee, 2015). Tims and Bakker (2010) have framed job crafting in the Job-Resources Model (Bakker & Demerouti, 2007). They defined job crafting as self-initiated changes that employees may make to balance their job demands and job resources with their personal abilities and needs to attain and optimize their personal work goals. Job crafting (JC) includes four dimensions: increasing structural job resources; increasing social job resources; increasing challenging job demands; and decreasing hindering job demands. The first dimension, increasing structural job resources refers to resource variety, opportunity for development, and autonomy. Second, increasing social job resources refers to the development of employee relations with colleagues and leaders. These relations include inspiration, supervisory coaching, social support, and feedback or guidance from leaders and colleagues. Next, increasing challenging job demands refers to seeking more

challenges in their work. When staff members feel that their job lacks opportunities to use all their abilities, they may increase job demands by adding work tasks, taking over tasks from their supervisor, or voluntarily taking on new projects. Finally, decreasing hindering job demands means that employees may proactively lower their job demands when they perceive that demands go beyond their capacity. They may decrease hindering job demands by asking for help from their colleagues, or by reducing the frequency of interactions they have with demanding customers or colleagues. Four studies are available specifically related to nurses, making it an interesting topic to further investigate and to add to both the Job Crafting literature (Bacaksiz et al., 2017; Bakker, 2017; Esteves & Lopes, 2017a; Esteves & Lopes, 2017b). The overall mean score of job crafting ranged from 3.31 to 3.93 among nurses which indicated moderate or high level (Bacaksiz et al., 2017; Bakker, 2017). In terms of research in China, there is no study related to job crafting in healthcare.

The Chinese nursing employment structure is a “dual system” of temporary nurses and permanent nurses, also named “BianZhi” nurses (Huang, Fu, Xu, & Chen, 2011). “Bianzhi” refers to the Chinese government decides the number of personnel. Temporary nurse refers to nurses who sign a short-term labor contract (three to five years) with hospital. The employment relationship is between the hospital and individual (Shang et al., 2014). With the reform of the Chinese hospital employment system, there was an increase of the use of temporary

nurses to replace “BianZhi” nurses in order to reduce financial costs (Shang et al., 2014). As a result, the proportion of temporary nurses increased dramatically. According to statistics, 63%-85% of all nurses are temporary nurses in Chinese hospitals (Chen et al., 2014). This employment transition has caused potential inequities. Both types of nurses have the same patient care role and responsibilities. However, temporary nurses have lower benefits such as less salary, less welfare, and fewer opportunities than “BianZhi” nurses (Qu, Zhang, Song, & Fang, 2016). Furthermore, nursing managers must consider that the temporary nurse could depart at any time, and organizations must face investment losses such as tuition or training expense. Therefore, temporary nurses feel that their present job cannot provide adequate opportunities to develop their abilities and knowledge. An investigation showed temporary nurses have higher turnover intention in China (Jing, Jing, Li, Li, & Mei, 2015). The study reported that 245 nurses quit their job, of which 229 nurses are temporary nurses in Chengdu (Zhou, Wang, Xia, & Xie, 2017). Thus, healthcare administrators must promote and develop strategies for building organizational commitment (OC) and decreasing the turnover rate among temporary nurses.

Based on literature review, the study related to JC in China is just beginning. Besides, previous studies of OC focus on both temporary nurses and permanent nurses in China (Lu, 2007). However, with the changing of employment system, the retention for temporary nurses should be paid more attention by nursing administrators. Sparse literature has been

found to examine the relationship between JC and OC. Furthermore, it was lack of quantitative exploration in the healthcare organization. Therefore, a correlational study between JC and OC in nursing profession is valuable to explore among temporary nurses in Chengdu university hospitals in China.

Objectives

1. To explore job crafting by temporary nurses in Chengdu University hospitals, the People's Republic of China.

2. To explore organizational commitment of temporary nurses in Chengdu University hospitals, the People's Republic of China.

3. To explore the relationship between job crafting and organizational commitment of temporary nurses in Chengdu University hospitals, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The concept of job crafting was based on the Job Crafting Model by Tims and Bakker, (2010). Job crafting was stated as self-initiated changes that employees may make to balance their job demands and job resources with their personal abilities and needs to attain and/or optimize their personal (work) goals (Tims & Bakker, 2010). It encompasses four dimensions: 1) Increasing structural job resources are developing the capabilities of the employees, making them trying to learn new things and using their autonomy in the work process. 2) Increasing social job resources refer to employees intend to seek feedback and guidance from their colleagues and supervisors. 3) Increasing challeng-

ing job demands refer to seek more challenges in their work when staff feels that job is not providing them enough opportunities to use all their abilities. 4) Decreasing hindering job demands refer to employees may proactively lower their job demands when they perceive that demands go beyond their capacity. They may decrease hindering job demands by asking for help from their colleagues, or by reducing the frequency of interactions they have with demanding customers or colleagues. The concept of organizational commitment was based on the Affective-Dependence Model by Porter, Steers, Mowday, and Boulian (1974). Organizational commitment refers to the relative strength of an individual's identification with and involvement in a particular organization. It was characterized by three related factors: a strong belief in and acceptance of the organization's goals and values; a willingness to exert considerable effort on behalf of the organization; and a strong desire to maintain membership in the organization. The relationship between job crafting and organizational commitment among temporary nurses was tested in this study.

Methodology

A descriptive correlation study was conducted at three different university hospitals in Chengdu, the People's Republic of China.

Population and sampling

Based on the Yamane (1973) formula, the sample size included 290 temporary nurses working in these hospitals for at least one year. Considering the possible loss of samples, 348

questionnaires were distributed to three different university hospitals in Chengdu. The proportional stratified random sampling method was adopted to determine the number of each hospital and unit, while samples were selected by simple random sampling from the name list in the nursing department. Exclusion criteria were: temporary nurses who were nurse administrators and temporary nurses who were on vacation and maternity leave.

Research Instruments

The instrument included three parts: 1) The demographic data form was developed by the principal investigator to collect the personal information of each sample including gender, age, marital status, professional title, educational level, working department, working duration, income and work shift. The demographic data was a closed-ended questionnaire. 2) Job Crafting Scale (JCS) was developed by Tims et al. (2012) and was translated into the Chinese version by the principal investigator. Meanwhile, the Chinese version was back-translated into English by another bilingual nursing expert who blinded the original JCS. Two English version showed a same meaning by comparing the equivalence by an English expert. It consisted of 21 items in four dimensions. A 5-point Likert scale was adopted from 1 (never) to 5 (very often) to assess the frequency of engaging in job crafting. According to Best and Kahn (2003), the mean score of job crafting ranged from 1.00 to 2.33 indicated a low level; 2.34 to 3.66 was regarded as a moderate level; 3.67 to 5.00 was considered a high level. 3) The Organizational Commitment Questionnaire (OCQ) was devel-

oped by Mowday et al. (1979). The Chinese version of Mowday et al.'s OCQ was translated by Lu et al. (2007). It included 15 items and each item was rated by a 7-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The level of organizational commitment was indicated as follows: Mean score 1.00–3.00 indicated a low level; 3.01–5.00 indicated a moderate level; 5.01–7.00 indicated a high level (Pien, 2011).

For validity of JCS, confirmatory factor analysis indicated a good fit with $\chi^2/df = 2.17$, CFI = .90, TLI = .88, IFI = .90, RMSEA = 0.04 (Tim et al., 2012). The validity of OCQ was assessed by using many methods. A factor analysis confirmed only one factor accounted for 83.2% to 92.6% of the variance of OC. Convergent validities across six diverse samples ranged from .63 to .74, with a median of .70. all these instruments were proven in previous studies with report of acceptable levels. (Mowday et al., 1979; Tims et al., 2012). The Chinese version of JCS and OCQ was tested reliability by using the Cronbach's alpha coefficient. A sample of 10 nurses from the affiliated hospital of Chengdu University who had same characteristics was randomly selected. The Cronbach's α coefficient of overall JCS was .84 and OCQ was .82.

Ethical Consideration

The study was approved by the Research Ethic Committee of Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Permission was also obtained from three university hospitals in Chengdu, China. All information from samples was kept confidential and only a code number was used for questionnaire follow up.

Data Collection

The researcher assigned coordinators to distribute data collection package. The package includes an information sheet for study participants, informed consent form, and the set of questionnaires with an envelope. In total, 327 (93.9%) questionnaires were returned. After checking for completeness and any missing data, 292 (83.9%) questionnaires were used for data analysis.

Data Analysis

The data was analyzed using statistical software. Descriptive statistics were used to analyze demographic characteristics and level of job crafting and organizational commitment. The Kolmogorov-Sminorv test for normal distribution as an assumption of correlation analysis was computed for two variables. As the result, both job crafting and organizational commitment showed normal distribution. Therefore, Pearson's Product-Moment correlation was used to examine the relationship between job crafting and organizational commitment.

In this study, most of the samples (94.86%) were female and age ranged from 21 to 52 years (\bar{X} =28.36, SD=4.41). More than half (54.79%) were married. The largest group (51.37 %) held the professional title of Senior Nurse and more than half of the nurses held a bachelor degree (60.61%). The average length of work as a nurse was 6.40 years (SD=4.99). Many of them (41.44%) reported that they had income around 603.00-904.00 USD per month. Finally, more than half (77.74%) had a rotating shift.

2. Job crafting and organizational commitment

As shown in Table 1, the samples reported an overall job crafting at a moderate level (\bar{X} =3.43, SD=0.56). In terms of each dimension of job crafting, the mean scores of each dimension-increasing structural job resources, increasing social job resources, increasing challenging job demands and decreasing hindering job demands were 3.77 (SD=0.62), 3.44 (SD=0.68), 3.09 (SD=0.73), 3.43 (SD=0.67), respectively. The samples had a moderate level of organizational commitment (\bar{X} =4.67, SD=1.06).

Results

1. Demographic characteristics

Table 1 Mean, Standard Deviation and Level of Overall and Each Dimension of Job Crafting and Organizational Commitment of the Samples (n=292)

Variables	Min	Max	Mean	SD	Level
Overall JC	1.95	5.00	3.43	0.56	Moderate
Increasing structural job resources	2.20	5.00	3.77	0.62	High
Increasing social job resources	1.40	5.00	3.44	0.68	Moderate
Increasing challenging job demands	1.20	5.00	3.09	0.73	Moderate
Decreasing hindering job demands	1.83	5.00	3.43	0.67	Moderate
Overall OC	1.47	7.00	4.67	1.06	Moderate

3. Relationships between overall and each dimension of job crafting and organizational commitment

In Table 2, the results of Pearson's correlation test indicated that there was a moderately positive relationship between job crafting and organizational commitment ($r=.41, p<.01$). Moreover, there was also a moderately positive relationship between increasing structural job

resources and organizational commitment ($r=.33, p<.01$); increasing social job resources and organizational commitment ($r=.45, p<.01$); decreasing hindering job demands and organizational commitment ($r=.34, p<.01$). Additionally, there was a weakly positive relationship between increasing challenging job demands and organizational commitment ($r=.25, p<.01$).

Table 2 Relationships between Overall and Each Dimension of Job Crafting and Organizational Commitment of the Samples (n=292)

Job Crafting	Organizational Commitment
Overall	.41**
Increasing structural job resources	.33**
Increasing social job resources	.45**
Increasing challenging job demands	.25**
Decreasing hindering job demands	.34**

** $p<.01$

Discussions

The results of this study were discussed in three parts according to the research objectives as follows.

1. Job Crafting

The results of this study showed that the overall job crafting was at a moderate level ($\bar{X}=3.43, SD=0.56$) (Table 1). The result was similar to the previous studies using same instrument such as a previous study conducted by Bakker, (2017) ($\bar{X}=3.13, SD=0.53$) among nurses in Netherland. The detail results of each sub-dimension of job crafting in this study were discussed as follows:

Increasing structural job resources. The result of this study showed that temporary

nurses reported increasing structural job resources was at a high level ($\bar{X}=3.77, SD=0.62$). It was consistent with study findings of Esteves and Lopes, (2017b) in Portugal ($\bar{X}=4.65, SD=0.41$) and Han (2013) in China ($\bar{X}=4.50, SD=0.59$). Increasing structural job resources referred to the resources variety, opportunities for development. University hospitals provide more platforms for nurses to develop their competency than other types of the hospital because they play dual roles of treatment and teaching (Chen, Yan, Sun, & Xu, 2006). In the Chengdu university hospitals, 94.86% of temporary nurses are female. Culture orientation promotes sexual equality so that women transfer more power and proactively pursue perfect

in the work (Yan, 2014). As the item of “I try to learn new things at work” and “I try to develop my capabilities” rated a high score (\bar{X} =3.88, SD=0.81; \bar{X} =3.76, SD=0.84).

Increasing social job resources. The result of this study showed that temporary nurses in Chengdu university hospitals reported a moderate level (\bar{X} =3.44, SD=0.68). The finding was consistent with previous studies conducted by Esteves and Lopes, (2017b) in Portugal (\bar{X} =3.00, SD=0.72). Based on Job Crafting Model by Tims and Bakker (2010), increasing social resources may have more impact on the social facets of job included asking feedback, supervisory coaching and social support. Coaching may develop temporary nurses’ clinical competence, promote teamwork and improve care processes. It showed that 57.4% nurses were satisfied with supervisory coaching in the hospital in China (Shen, Chen & Zhu, 2015). However, there was a low level of social support in Chengdu according to report (Ma et al., 2006). temporary nurses got fewer social support than other profession in entire healthcare systems. The meaning of nursing work was not acknowledged by society. So, there were many reasons why the nurses perceived Increasing social job resources at a moderate level.

Increasing challenging job demands. The result of this study showed that increasing challenging job demands were at a moderate level (\bar{X} =3.09, SD=0.73). This finding was consistent with a previous study conducted by Harju et al. (2016) (\bar{X} =3.30, SD=0.67) in Finland. A reasoned explanation in this study may be because of age. Li, Chen, and You, (2010) re-

ported younger nurses have more confidence in their career development and prefer to track challenges. In this study, most of the temporary nurses (68.84%) ranged from 21-29 years old. The temporary nursing team was young. It may cause that temporary nurse is willing to seek more challenges at their work without payment. This is supported by the finding of this study where 55.82% of the samples chose often or very often “I regularly take on extra tasks even though I do not receive extra salary for them” (\bar{X} = 3.59, SD=1.60). Another possible explanation might be due to heavy burden and workload encountered in their profession. Rudolph et al. (2017) confirmed that workload has a positive relationship with increasing challenging of job demands, which can be explained that nurses who spend additional time at work are more likely to obtain challenging job demands such as a new project.

Decreasing hindering job demands. The result of this study showed that the dimension was at a moderate level (\bar{X} =3.43, SD=0.67). This finding was consistent with the previous study conducted by Xin (2016) (\bar{X} =3.39, SD=0.51) in China. It means that employees may decrease the level of job demands by asking colleagues to help them with their tasks or by reducing the number of interactions they have with demanding customers or colleagues. In this way, a possible reason for this finding might be due to collaboration among temporary nurses. Harmony is the priority in Chinese culture that advocates cooperation (Wang, 2018). In a collective culture, people would like to work together and help each other (Chen & Francesco, 2003). In-

dividuals cannot accomplish all the work alone. Temporary nurses may ask colleagues to help with their tasks. The policy of hospital required nurses to work together, share information and solve problem together. Therefore, team cooperation may reduce workload in a way. In fact, the nurse is pleased to help others but due to high workload, they do not have extra time to do so. These reasons may lead to temporary nurses reporting a moderate level towards this dimension.

2. Organizational Commitment

The temporary nurses working in Chengdu University hospitals revealed a moderate level of organizational commitment ($\bar{X}=4.67$, $SD=1.06$). This result was consistent with previous studies using the same instrument among nurses, such as the studies of Pien (2011) in Malaysia; Abayi et al. (2014) in Iran; Li et al. (2014) in the USA. This means that temporary nurses who worked in Chengdu University hospitals had a moderate identification and attachment to the organization to some extent. The possible reason may be that a positive image of the organization leads to employee psychological attachment to the organization (Ahearne, Bhattacharya, & Gruen, 2005). In this study, three hospitals in Chengdu were accredited as tertiary-A level by the Ministry of Health (MOH, 1989). Temporary nurses who work in those hospitals may proud to be a part of the organizations as the investigation showed that “they were proud to tell others that they are part of the organization” The results ($\bar{X}= 5.15$, $SD = 1.59$) showed a high score. Furthermore, Islam et al., (2012) discovered that pay satisfaction had a positive

association with organizational commitment. Yet, in this study, most of samples (41.44%) reported that their salary ranged from 603.00-904.00 USD per month. The average salary is 1033.00 USD in Chengdu (Sohu News, 2017). There was probably another explanation that might be related to organizational support. Asian culture pays more attention to the sense of collective belonging, support, and identity from organization (Gao & Tu, 2017). However, organizational administrators pay more attention to physicians because nurses were regarded as a helper and follower of physicians in Chengdu University hospitals (Gao, Bi, Hong, Fei, & Wei, 2016). Liu et al. (2011) reported most of the nurses’ perception of organizational support was at a moderate level in Chengdu. It indicated that there were still some facets of organizational support which do not get nurses’ ratification. Therefore, these reasons may contribute to their moderate level of organizational commitment.

3. Job Crafting and Organizational Commitment

The result of this study illustrated that there was a significantly positive correlation between overall job crafting and organizational commitment ($r=.41$, $p<.01$) (Table 2). It implied that temporary nurses have a strong identification with and attachment to the organization when they have a higher job crafting in their work in Chengdu university hospitals. It may be that those who engage in more frequent job crafting are shaping the environment to better fit their needs, thereby increasing organizational commitment. The following discussions be-

tween each dimension of job crafting and organizational commitment were reached in detail.

The relationship between increasing structural job resources and organizational commitment. This study found there was a moderately positive relationship between increasing structural job resources and organizational commitment ($r=.33, p<.01$). The dimension increasing structural job resources refers to the resource variety, opportunities for development and autonomy. In short, temporary nurse perceived more resources, opportunities for developing themselves and autonomy in Chengdu university hospitals. They may have more attachment and belonging to the hospital. Tims et al. (2012) mentioned that increasing the level of job resources will lead to valued individual outcomes such as work engagement, job satisfaction, and organizational commitment.

The relationship between increasing social job resources and organizational commitment. This study showed there was a moderately positive relationship between increasing social job resources and organizational commitment ($r=.45, p<.01$). This dimension of job crafting items was related to information-seeking behavior such as asking a colleague for advice or asking a supervisor for feedback. It can be explained the temporary nurses got more social support, supervisory coaching and feedback from supervision. They would gain recognition and appreciation in their organizations that could lead to high level of organizational commitment. The previous studies showed that social support such as colleague

support and supervisory coaching resulted in an increase in employee work engagement, job satisfaction and organizational commitment (Bakker & Demerouti, 2008). Missing words suggested that workers who engaged in more extensive relational crafting were likely to be more committed.

The relationship between decreasing hindering job demands and organizational commitment. The finding presented a moderately positive relationship between decreasing hindering job demands and organizational commitment ($r=.34, p<.01$). This reflected that temporary nurses who decrease their level of job demands because they are feeling overstretched by these demands. Based on Tims et al.'s job crafting model (2010), employees may decrease the level of job demands by asking colleagues to help them with their tasks or by reducing the number of interactions they have with demanding customers or colleagues. Thus, they may be more likely to enjoy their work again and to perform their job tasks well and to be satisfied with their jobs (Tims & Bakker, 2010; Tims et al., 2012).

The relationship between increasing challenging job demands and organizational commitment. There was a weakly positive relationship between increasing challenging job demands and organizational commitment ($r=.25, p<.01$). Fried, Grant, Levi, Hadani & Slowik (2007) reported that employees might be more likely to craft more challenging job demands because they probably sensed that it will push on them in their careers. In other words, by crafting more difficult tasks, employ-

ees show that they are ready for promotion. Temporary nurses seeking new projects on their own initiative, one may also increase opportunities for growth and development (De Beer et al., 2016). Therefore, the temporary nurses who may be likely to engage in more challenging job crafting might feel more self-worth in the hospital which can encourage a sense of identification and attachment to work environment.

Conclusions and Implications

The level of job crafting and organizational commitment as perceived by temporary nurses in this study was at a moderate level. The study revealed a significantly positive relationship between job crafting and organizational commitment.

The findings of this study provide basic information for the nursing administration to develop strategies to increase nurses' job crafting and enhance the organizational commitment in Chengdu University hospitals, China. The nursing administrators should increase the level of social job resources such as social support, supervisory coaching, and feedback from leaders. Also, nursing administrators should motivate temporary nurses to seek more challenging job demands in their work. This can encourage temporary nurses to change their work boundaries by their own initiative with the aim to enhance work value and work identity. Furthermore, the result implied that nursing administrators should continue to contribute to the identification and attachment of temporary nurses to the organization. This can be improved through providing more opportunities

for career development to temporary nurses, achieving equal pay for equal work between temporary nurses and "BianZhi" nurses, and making policies to retain temporary nurses.

Recommendations

Further study should be explored in different groups within a hospital (e.g. head nurses, new nurses) and be replicated in different types of hospitals in China. The predictive study of organizational commitment can be implemented in China and other factors related to organizational commitment can be explored in further research.

Acknowledgement

A sincere appreciation is expressed to Chiang Mai University for the research grant and scholarship, as well as everyone that rendered support during this study.

References

- Abayi, H. N., Abayi, E. H., & Afsharipour, G. (2014). A study on correlation of emotional intelligence to leadership styles of Nursing Managers and nurses' organizational commitment in hospitals of Kerman, Iran. *International Journal of Scientific Management and Development*, 2(12), 676-680.
- Ahearne, M., Bhattacharya, B. C., & Gruen, T. (2005). Antecedents and consequences of customer-company identification: Expanding the role of relationship. *Journal of Applied Psychology*, 90(3), 574-585.
- Bakker, B. A. (2017). Job crafting among health care professionals: The role of work engagement. *Journal of Nursing Management*, 26(3), 321-331.
- Bakker, B. A., & Demerouti, E. (2007). The Job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, B. A., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13(3), 209-223.
- Bacaksiz, F. E., Tuna, R., & Seren, A. K. H. (2017). The relationships between organizational identification, job performance, and job crafting: A study among nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 251-259.
- Becker, S. H. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology*, 1, 32-40.
- Best, W. J., & Kahn, V. J. (2003). *Research in education* (9th ed.). Boston: Pearson Education.
- Cai, Y. H., & Wu, L. W. (2014). The effect of organizational commitment on occupation burnout among nurses [In Chinese]. *Chinese Nursing Management*, 14(4), 387-380.
- Carmeli, A., & Freund, A. (2004). Work commitment, job satisfaction and job performance: An Empirical Investigation. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 7(3), 289-303.
- Chen, N., Yan, W., Zhang, X., Cui, W. X., Kong, Q. M., & Zhou, Y. (2014). Study on correlation between job satisfaction and staying intention of employed nurses. *Nursing Research*, 28(9), 3247-3249.
- Chen, Q. Z., Yan, W., Sun, Y. D., & Xu, X. D. (2006). Present situation and countermeasures of clinical practice teaching in university hospitals [in Chinese]. *Chinese Journal of Medical Education*, 4, 65-68.
- Chen, X. Z., & Francesco, M. A. (2003). The relationship between the three components of commitment and employee performance in China. *Journal of Vocational Behavior*, 62(3), 490-510.

- De Beer, T. L., Tims, M., & Bakker, B. A. (2016). Job crafting and its impact on work engagement and job satisfaction in mining and manufacturing. *South African Journal of Economic and Management Sciences*, 19(3), 400-412.
- Esteves, T., & Lopes, M. P. (2017a). Crafting a calling: The mediating role of calling between challenging job demands and turnover intention. *Journal of Career Development*, 44(1), 34-48.
- Esteves, T., & Lopes, M. P. (2017b). Leading to crafting: The relation between leadership perception and nurse's job crafting. *Research Report*, 39(6), 763-783.
- Fried, Y., Grant, M. A., Levi, S. A., Hadani, M., & Slowik, H. L. (2007). Job design in temporal context: A career dynamics perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 28, 911-927.
- Gao, N., & Tu, H. G. (2017). Influence of organizational support and social support on nurses' job satisfaction [In Chinese]. *Journal of Central South Medical Sciences*, 45(5), 537-540.
- Gao, X., Bi, Q. Q., Hong, F. J., Fei, X. Y., & Wei, Q. (2016). Research on the relationship between professional autonomy and job satisfaction among nurses specialists [In Chinese]. *Medicine and philosophy*, 37(2A), 27-30.
- Green Book of Health Reform and Development. (2015). *Report on the development of medical and health services in China* [In Chinese]. China: People's Publishing House.
- Han, Y. S. (2013). *The study on the relationship among job crafting, work engagement and job performance* [In Chinese] (Master's thesis, Dongbei University).
- Harju, K. L., Hakanen, J. J., & Schaufeli, B. W. (2016). Can job crafting reduce job boredom and increase work engagement? A three-year cross-lagged panel study. *Journal of Vocational Behavior*, 95, 11-20.
- Huang, G. H., Fu, X., Xu, J. J., & Chen, X. S. (2011). Study on quality of life of regular nurses and contract nurses in tertiary hospitals in Guangdong [In Chinese]. *Journal of Chinese Nursing*, 11A, 15-18.
- Iqbal, Q. (2016). Job-Crafting and Organizational Commitment: Person-Job Fit as Moderator in Banking Sector of Pakistan. *International Journal of Management, Accounting and Economics*, 3(12), 837-851.
- Islam, T., Ahmad, Z., Ahmed, I., Ahmad, A., Saeed, M., & Muhammad, K. S. (2012). Does compensation and demographic variable influence on teachers commitment and job satisfaction: A study of university of the Punjab, Pakistan. *International Journal of Business and Management*, 7(4), 35-43.
- Jenna, L., & Ferguson, L. S. (2017). Innovative information technology solutions: Addressing current and emerging nurse shortages and staffing challenges worldwide. *Nursing Economics*, 35(4), 211-212.

- Jing, M. X., Jing, J. Y., Li, L., Li, Y., & Mei, P. X. (2015). Correlation analysis of job satisfaction and turnover intention of different level of nurses in tertiary hospitals [In Chinese]. *Chinese General Practice Nursing*, 13(35), 35-38.
- Kim, N. G., & Lee, M. Y. (2015). Towards high performance organization: The impacts of job characteristics and job crafting. *International Journal of u-and e-Service, Science and Technology*, 9(2), 85-100.
- Li, H., Dong, S., & Liu, T. (2014). Relationship efficiency and productivity: A preliminary exploration of public hospital in Beijing, China. *Biomed Central Health Services Research*, 14(158), 1-11.
- Li, K. Z., Chen, C. H., & You, M. N. (2010). Research progress of nurses' career in foreign countries and its enlightenment [in Chinese]. *Chinese Journal of Nursing*, 45(2), 184-186.
- Liu, K., You, M. N., Chen, X. S., Liu, P. H., Li, M. X., ... Li, H. X. (2011). Investigation on the status quo and related factors of Organization support among nurses in China [In Chinese]. *Chinese Journal of Nursing*, 46(10), 1009-1011.
- Liu, C., Liu, W., Wang, Y., Zhang, Z., & Wang, P. (2013). Patient safety culture in China: A case study in an outpatient setting in Beijing. *British Medical Journal Quality & Safety*, 23, 556-564.
- Lu, H., While, E. A., & Barriball, L. K. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review", *International Journal of Nursing Studies*. *International journal of nursing studies*, 42(2), 211-227.
- Ma, F. G., Zhao, F. X., & Qiu, L. S. (2006). Correlation analysis between social support and anxiety state of nurses [in Chinese]. *Journal of Nursing Science*, 21(9), 48-49.
- Ministry of Health. (1989). *The measures for the administration of the hospital grade* [In Chinese]. Retrieved from www.nhfpc.gov.cn
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Pien, S. L. (2011). *Factors predicting organizational commitment among nurses in state hospitals, Malaysia* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Porter, W. L., Steers, M. R., Mowday, T. R., & Boulian, V. P. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603-609.
- Qu, L. J., Zhang, T., Song, J., & Fang, Y. H. (2016). Investigation analysis of turnover intention among temporary nurses and permanent nurses in tertiary hospitals [In Chinese]. *Journal of Qilu Nursing*, 22(3), 72-74.
- Rudolph, C. W., Katz, I. M., Lavigne, K. N., & Zacher, H. (2017). Job crafting: A meta-analysis of relationships with individual differences, job characteristics, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 102, 112-138.

- Shang, J., You, L., Ma, C., Altares, D., Sloane, M. D., & Aiken, H. L. (2014). Nurse employment contracts in Chinese hospitals: impact of inequitable benefit structures on nurse and patient satisfaction. *Human Resources for Health, 12*(1), 1-10.
- Shen, Y. X., Chen, T. W., & Zhu, P. X. (2015). Survey of status quo and demands of nurses' on the job training [in Chinese]. *Nursing Research, 29*(2), 631-633.
- Sohu News. (2017). *The average salary in Chengdu is released* [In Chinese]. Retrieved from http://www.sohu.com/a/202864962_100023500
- Tims, M., & Bakker, B. A. (2010). Job crafting: Towards a new model of individual job redesign. *SA Journal of Industrial Psychology, 36*(2), 1-9.
- Tims, M., Bakker, B. A., & Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior, 80*(1), 137-186.
- Top, M., & Gide, O. (2013). Interaction of organizational commitment and job satisfaction of nurses and medical secretaries in Turkey. *The International Journal of Human Resource Management, 24*(3), 667-683.
- Wagner, M. C. (2007). Organizational commitment as a predictor variable in nursing turnover research: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 3*, 235-247.
- Wang, Y. R. (2018). The value of Confucian culture to cultivate and practice socialist core values. *Journal of Nanchang Institute of Technology, 37*(2), 1-5.
- Xin, S. Z. (2016). *Research on relationship among job crafting, work-family enrichment and job well-being* [in Chinese] (Unpublished master's thesis). Dongbei University of Finance and Economics, China.
- Xiong, P. L., Zhang, H. D., & Xiao, L. X. (2016). The correlation research of professional benefit and organizational commitment among clinical nurses [In Chinese]. *Journal of Nursing Administration, 16*(5), 317-319.
- Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis*. Tokyo: Harper International.
- Yan, M. (2014). *Research on the development and work and family relationship* [in Chinese]. Chinese Social Science Press.
- Zheng, P. F., Xu, D. D., & Wang, J. L. (2014). The effect of organizational commitment on organizational identification [In Chinese]. *Chinese Nursing Management, 14*(5), 469-471.
- Zhou, X. Z., Wang, Y. H., Xia, P. L., & Xie, Q. Q. (2017). Investigation of the reasons for dismissal and re-employment status among nurses [In Chinese]. *Journal of Nursing Administration, 17*(3), 204-205.



ความยุติธรรมในองค์กรและพฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิของต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน Organizational Justice and Voice Behavior of Nurses in Tertiary Hospitals of Dali, the People's Republic of China

ชูจุน	ฉู่ *	Shujun	Xu *
อรอนงค์	วิชัยคำ **	Orn-Anong	Wichaikhum **
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **

บทคัดย่อ

ความยุติธรรมในองค์กรและพฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงของพยาบาลมีความสำคัญในระบบสุขภาพที่ให้ผลลัพธ์ในทางบวกแก่องค์กรและคุณภาพการพยาบาล การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความยุติธรรมในองค์กรพฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงและศึกษาความสัมพันธ์ของความยุติธรรมในองค์กรและพฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลจำนวน 299 คนที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งต้าลี่ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบวัดสี่ปัจจัยของความยุติธรรมในองค์กรของ Colquitt (2001) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอัลฟาเท่ากับ .86 และแบบวัดพฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงสองมิติของ Liang and Farh (2008) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอัลฟาเท่ากับ .84 สำหรับการออกสื่อหรือออกเสียงแบบส่งเสริม และ .68 สำหรับการออกสื่อหรือออกเสียงแบบยับยั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความยุติธรรมในองค์กรโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =70.54, SD=11.30) ความยุติธรรมด้านการแบ่งสรรผลประโยชน์และความยุติธรรมด้านกระบวนการอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =11.99, SD=3.96; \bar{X} =23.99, SD=4.18 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความยุติธรรมด้านการปฏิสัมพันธ์ และความยุติธรรมด้านข้อมูลอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =15.72, SD=2.38; \bar{X} =18.84, SD=3.16 ตามลำดับ)
2. พฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงแบบการส่งเสริมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =19.07, SD=2.78) ในขณะที่พฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงแบบยับยั้งอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =21.81, SD=4.08)
3. ความยุติธรรมในองค์กรและพฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงแบบส่งเสริม (r =.405, p <.01) และพฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงแบบยับยั้งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญในระดับปานกลาง (r =.434, p <.01).

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมให้มีความยุติธรรมในองค์กรและพฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียงของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งต้าลี่ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

คำสำคัญ: ความยุติธรรมในองค์กร พฤติกรรมการออกสื่อหรือออกเสียง พยาบาล สาธารณรัฐประชาชนจีน

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน

* Registered Nurse, the Affiliated Hospital of Dali University, P.R. China

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant professor, faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 16 ตุลาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 23 เมษายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 19 กรกฎาคม 2561

Abstract

Organizational justice and voice behavior are important components of the healthcare system to reach positive organizational outcomes and quality nursing care. This descriptive correlational study aimed to explore organizational justice and voice behavior and to examine the relationship between organizational justice and voice behavior of nurses. The sample included 299 nurses in two tertiary hospitals of Dali, the People's Republic of China. The research instruments included the Four-Factor Organizational Justice Scale (Colquitt, 2001) with the Cronbach's alpha coefficient of .86 and the Two-Dimension Voice Behavior Scale (Liang & Farh, 2008) with the Cronbach's alpha coefficient of .84 for promotive voice and 0.68 for prohibitive voice. Data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's rank-order correlations.

The results were presented as follows:

1. The mean score of overall organizational justice was at a moderate level (\bar{X} =70.54, SD=11.30). Four dimensions including distributive justice and produce justice were at a moderate level (\bar{X} =11.99, SD=3.96; \bar{X} =23.99, SD=4.18, respectively), while interpersonal justice and informational justice were at a high level (\bar{X} =15.72, SD=2.38; \bar{X} =18.84, SD=3.16, respectively).
2. The mean score of promotive voice was at a high level (\bar{X} =19.07, SD=2.78), while prohibitive voice was at a moderate level (\bar{X} =21.81, SD = 4.08).
3. There were significantly moderately positive correlation between organizational justice and promotive voice ($r=.405$, $p<.01$), prohibitive voice ($r=.434$, $p<.01$).

The results of this study would provide baseline information for nursing managers to develop strategies to increase organizational justice and enhance the nurses' voice behavior in Tertiary Hospital of Dali, the People's Republic of China.

Keywords: *Job Crafting, Organizational Commitment, China, Nurse*

Background and Significance

Nurses' voice behavior is a key factor in improving patient health and safety (Ronald, 2017). The Institute of Medicine of the United States (U.S.) reported voice behavior is essential to promoting patient safety and quality of care through an increase in nurses' reporting of errors (Page, 2004). The Joint Commission (2012) determined that more than 80% of serious medical errors are related to communication. Nurses as front-line staff are in the best position to iden-

tify issues and concerns that affect the quality of care for their patients. However, many nurses often choose to hide their real thoughts in organization and they tend to keep quiet in the face of important problems (Tangirala & Ramanujam, 2008). When nurses are reluctant to speak up on work issues and concerns, it has a negative impact on patient safety and on the organization's ability to learn from errors (Okuyama, Wagner, & Bijnen, 2014). Therefore, it is important promote voice behavior among nurses.

Voice behavior is defined as an extra-role behavior when an employee voluntarily expresses constructive suggestions or points out problems to improve the organizations' status quo (Liang & Farh, 2008). There are two dimensions: Promotive voice was defined as employees' expression of new ideas or suggestions for improving the overall functioning of the work unit or organization. Prohibitive voice was defined as employees pointing out problems in the working places to reduce factors that hinder organization efficiency (Liang & Farh, 2008). In some studies related to voice behavior of nurses, the results ranged from moderate to high levels. However, there has been no study done in Dali. The nurses' willingness to speak up positively affects both patient safety and quality of care (Maxfield, Grenny, Lavandero & Groah, 2011). However, the Chinese cultural emphasis on maintaining harmonious interpersonal relationships cause nurses to worry about voice behavior breaking the authority of the manager that lead to nurses unwilling to say out loud the problems at work.

Organizational justice was found as an important factor of voice behavior. Organizational justice was defined as the fairness of outcomes and procedures that allocate the outcomes in organizations (Colquitt, 2001). It included distributive justice, Distributive justice refers to the fairness associated with the decision related to the distribution of resource within an organization. Procedural justice refers to employees' perception of the fairness of the management policies and procedures that regulate a process leading to decision outcomes.

Interpersonal justice refers to perception of respect and propriety in one's treatment. Informational justice refers to perception of whether an employer is providing timely and the adequate information and explanations (Colquitt, 2001). There are some studies of organizational justice among nurses, but the results showed different levels. Some studies confirmed the relationship between organizational justice and voice behavior (Ji, 2013; Takeuchi, Chen, & Cheung, 2012). Ji (2013) found that employee voice behavior was explained by organizational justice ($r=.589, p<.001$).

This study was conducted in tertiary hospitals of Dali, the People's Republic of China. Based on Chinese higher power distance culture, the Chinese nurses were more inclined to obey the decisions of their superiors or to remain silent when they faced practical problems. They try to maintain harmony with others and avoid criticism, ridicule, rejection, and punishment (Bienesfeld & Grote, 2012). He (2014) confirmed that low social status and a lack of respect influence individual voice behavior. Moreover, Sun (2012) showed that more than 50% of Chinese nurses thought the distribution of salary was unfair. Nurses earn only 70% of what doctors earn and 91% of nurses have no chance to participate in organizational planning and decision-making (Cao, 2008). These situations may influence organizational justice and voice behavior of nurses in China.

However, there was a relationship between organizational justice and voice behavior in other area and Western countries, but inconsistent findings were reported. Findings of other

studies may not be applicable to Chinese organizations because of different perceptions of organizational justice and voice behavior from different cultural backgrounds. Thus, it was worthwhile to examine the level of two variables, and their relationship in order to provide useful information for improving work organizational justice and voice behavior in Tertiary Hospitals of Dali, the People's Republic of China.

Objectives

The objectives of this study were to explore the levels of organizational justice and voice behavior as well as the relationship between these two variables of nurses in two Tertiary Hospitals of Dali, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was based on concepts of the Four-factor organizational justice (Colquitt, 2001) and Two-dimension voice behavior (Liang & Farh, 2008). Organizational justice was defined as the fairness of outcomes and the procedures that allocate the outcomes in organizations. It includes four dimensions: distributive justice, procedural justice, interpersonal justice, and informational justice (Colquitt, 2001). Distributive justice refers to the fairness associated with the decision related to the distribution of resource within an organization. Procedural justice refers to employees' perception of the fairness of the management policies and procedures that regulate a process leading to decision outcomes. Interpersonal justice refers to perception of

respect and propriety in one's treatment. Informational justice refers to perception of whether an employer is providing timely and the adequate information and explanations (Colquitt, 2001). When the nurses perceive fair pay, equal opportunities for promotions, and truthful, timely and reasonable information, the nurses are more willing to express their ideas or suggestions and point out problems at work. Therefore, organizational justice may be positively correlated to voice behavior. Voice behavior was defined as an extra-role behavior that employees voluntarily express constructive suggestions or point out problems to improve the organizations' status quo. It includes two dimensions: promotive voice and prohibitive voice (Liang & Farh, 2008). Promotive voice was defined as employees' expression of new ideas or suggestions for improving the overall functioning of the work unit or organization. Prohibitive voice was defined as employees pointing out problems in the working places to reduce factors that hinder organization efficiency (Liang & Farh, 2008). The relationship between organizational justice and voice behavior will be explored among nurses in Tertiary Hospitals of Dali, the People's Republic of China.

Methodology

Population and Sampling

The descriptive correlation study was designed to study a population 1,160 of nurses who had been working for at least one year in two tertiary hospitals of Dali. Yamane's, (1973) formula was used to calculate the sample size, with the level of .05. Considering the possible

loss of samples, 20% of the sample size was added (Israel, 2003), 356 questionnaires were distributed to collect data, among which 310 (87%) were returned. Only 299 (84%) questionnaires were completed and used for data analysis. Proportional stratified random sampling method was used to determine the number of nurses from eight clinical departments in each hospital, while participants were selected by simple random sampling from the name list in each department of two hospitals.

Research instruments

The instrument was a questionnaire consisting of three parts: 1) the demographic data form 2) the Four-factor Organizational Justice Scale (FFOJS) developed by Colquitt, (2001). It has 20 items including distributive justice, procedural justice, interpersonal justice, and informational justice and 3) the Two-Dimension Voice Behavior Scale (TDVBS) developed by Liang and Farh, (2008). It consisted of 11 items and 2-dimension, promotive voice and prohibitive voice. Both variables were rated on the 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). Validity of the instruments was tested by the original authors. The FFOJS (Colquitt, 2001) with the Cronbach's alpha coefficient of .86 and the TDVBS (Liang & Farh, 2008) with the Cronbach's alpha coefficient of .84 for promotive voice and .68 for prohibitive voice.

Ethical Consideration and Data Collection

This study obtained approval from the Research Ethics Review Committee of Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. And permission to collect data was obtained from

the dean and director of each hospital.

Data analysis

Data was analyzed using statistical software package, Descriptive statistic was used to analyze demographic data and the level of both variables. The data distribution violated the assumption of normality, therefore, Spearman's rank-order correlation coefficient analysis was used to analyze the relationship between organizational justice and voice behavior of staff nurses.

Results

Demographic characteristics of participants. Among the 299 samples of this study, 97.66% of them were female with an average age of 31.55 years old (SD=6.57, Range=22-55), and 78.59% of the samples were married. Approximately (50.84%) of the samples held a bachelor degree. The majority of the samples (72.91%) had 1-10 years working experience with a mean of 9.57 years (SD=7.09, Range= 1-39). Nearly half of the samples (48.49%) were senior nurses. About 30.10% of the samples worked in the medical department, and 30.77% of samples worked in the surgical department. More than half (63.21%) were temporary nurses. And 67.90% of them earned an income of less than 5000 RMB per month with only 4.01% of the samples had an income of more than 7000 RMB per month.

Organizational justice. The nurses perceived the overall organizational justice at a moderate level (\bar{X} =70.54, SD=11.30). Two dimensions including distributive justice and procedural justice were at a moderate level

(\bar{X} =11.99, SD=3.96; \bar{X} =23.99, SD=4.18, respectively), while interpersonal justice and informational justice were at a high level (\bar{X} =15.72, SD=2.38; \bar{X} =18.84, SD=3.16, respectively).

Voice behavior. The nurses' promotive voice was at a high level (\bar{X} =19.07, SD=2.78) while their prohibitive voice was at a moderate

level (\bar{X} =21.81, SD=4.08).

The relationship between organizational justice and voice behavior. The results showed that there were significantly moderately positive correlations between organizational justice and promotive voice ($r=.405, p<.01$), and prohibitive voice ($r=.434, p<.01$) (Table 1).

Table 1 Relationship between Organizational Justice and Each Dimension of Voice Behavior of Samples (n=299)

Variables	Organizational Justice
Promotive voice	.405**
Prohibitive voice	.434**

** $P<.01$

Discussion

Organizational justice

The results of this study indicated that staff nurses perceived the overall score of organizational justice in tertiary hospitals of Dali at a moderate level (\bar{X} =70.54, SD=11.30). This result was consistent with a previous study by Zhang, Yang, Huang, Zhao and Yang, (2016) (\bar{X} =73.77, SD=12.45). The following sections discusses details each dimension of organizational justice in more detail:

Distributive justice. The results showed that participants perceived distributive justice at a moderate level (\bar{X} =11.99, SD=3.96). The finding was similar with a study conducted by Zhang et al. (2016) (\bar{X} =12.50, SD=3.22). The moderate level results could be related to nurses receiving job promotions in recent years. Some current projects of the hospital to develop the workers skills and an opportunity to study new knowledge was organized by the

government and provided some learning opportunities for staff nurses. Additionally, nurses have the same opportunities as doctors to study abroad and obtain corresponding degrees in tertiary hospitals of Dali. These policies increase learning resources for nurses. However, the nurses perceived distributive justice was the lowest score in this study. In Chinese hospitals, the average daily working time of nurses was longer than standard due to the nursing shortage, but the salary distribution system cannot be based on individual performance and the work ability of the hospitals (Jiang & Chen, 2016). When nurses feel that their income does not conform to their contribution, they have a sense of distribution unfairness (Guo, Geng, Deng, & Yang, 2015). Additionally, temporary nurses and permanent nurses were employed for a similar job but receive different wages and benefits (Yang, 2012). Housing allowance is not provided to temporary nurses who work in the tertia-

ry hospitals of Dali (Shang You, & Ma, 2014). Thus, this unequal treatment decrease the nurses perception of distribution fairness.

Procedural justice. The result showed that nurse perceived procedural justice at a moderate level (\bar{X} =23.99, SD=4.18). It was consistent with previous studies conducted among nurses in tertiary hospitals by Wang and Li (2017). The reason could be related to the high level of self-directed decision making that staff nurses have in tertiary hospitals of Dali. Staff nurses have the power to decide on the time to give health education to the patient and to write the nursing record. Whereas staff nurses were placed at the bottom of the hierarchy in the Chinese health care system (Xianyu & Lambert, 2006). Major decisions about vision and goals of the hospital are made by the manager and executives, but staff nurses have little opportunity to participate and express their thinking in important decision-making and policy-making for the hospital (Zhang & Wu, 2015). These ideas are supported by the result of this study in which only 30.44% of nurses agree and strongly agree that they were able to express their views during the decision-making processes.

Interpersonal justice. The result showed that nurses perceived interpersonal justice at a high level (\bar{X} =15.72, SD=2.38). This finding was consistent with a previous study by Zhang et al. (2016) (\bar{X} =16.76, SD=4.60). It could be related to the high level of interpersonal harmony in tertiary hospitals of Dali (Zhu, 2017). Duan, (2016) showed that head nurses and top managers treat staff nurses in a polite manner, with dignity and respect, and refrain from improper remarks to

maintain a good relationship. Additionally, the average work experience was 9.57 (SD=7.09) years. During this long time period, staff nurses, colleagues, head nurses, and top managers know each other very well and have good relationships between them. Therefore, nurses perceived a high level of interpersonal justice.

Informational justice. The result showed that nurses perceived informational justice was at a high level (\bar{X} =18.84, SD=3.16). It was consistent with previous studies by Zhang et al., (2016) (\bar{X} =19.63, SD=2.57). Every week, there was a meeting for middle level managers and every morning, there was a shift changing report in all the units for nurses, physicians, head nurses and directors in tertiary hospitals of Dali. Head nurses for the high level of informational justice is that information is often conveyed and decisions are explained to nurses at that time. In addition, the network at the tertiary hospitals of Dali were recently strengthened. All kinds of information are announced through an intranet system. Thus, the head nurse could send useful information to nurses in a timely manner. So there were many reasons why the nurses perceived informational justice at a high level.

Voice behavior

This study found that nurses promotive voice (\bar{X} =19.07, SD=2.78) was at high level and prohibitive voice (\bar{X} =21.81, SD=4.08) was at a moderate level. The detailed results of each dimension of voice behavior in this study are discussed as follows:

Promotive voice. The result showed that nurses promotive voice behavior was at a high level (\bar{X} =19.07, SD=2.78). It was consistent with

previous studies by Li (2006) (\bar{X} =20.58, SD=4.63). With the development of science and technology, office automation was most used in tertiary hospitals of Dali. Nurses and leaders can communicate online anytime and anywhere (Wang, 2013). This leads to an increase in communication, and at the same time avoid the awkwardness of face-to-face communication. Another reason may be related to more than half of samples (50.84%) held a bachelor's degree in this study. Highly educated employees have better organizational learning skills and are more willing to propose new view, ideas, or new technologies to change or improve the organization (Zhou & Liao, 2013).

Prohibitive voice. The results showed that nurses experienced prohibitive voice at a moderate level (\bar{X} =21.81, SD=4.08). It was consistent with previous studies by Li, (2016) (\bar{X} =18.87, SD=3.83), It might be related to psychological empowerment was at a high level in tertiary hospitals of Dali (Fu, 2017). Nurses with a high level of psychological empowerment were more attached to the nursing organization, and when nurses found serious problems that could cause a loss to the department, they would speak up honestly (Qi, Wei, & Zhen, 2015). Additionally, the Quality Control Circle (QCC) project was implemented and the quality control teams was established for nearly two years in tertiary hospitals of Dali. The managers create an environment that supports and accepts nurses' suggestions, increasing the nurses' confidence to speak up regarding work-related ideas and concerns. However, the result of this study was inconsistent with the previous study by Du

(2017) who found prohibitive voice was at a high level. This could be because more than half of the participants (55.85%) are younger than 30 years old in this study. Young nurses lack experience and ability and were generally engaged in treatment and nursing work under the guidance of supervisors, so were less responsible for the organization and management in their work (Zheng & Wang, 2017).

The relationship between organizational justice and voice behavior of nurses

There was moderate positive relationship between organizational justice and each subscale of voice behavior. This indicates that organizational justice was an essential factor in the nurses' decision to speak up.

Relationship between organizational justice and promotive voice. The study found that there was a moderately positive relationship between organizational justice and promotive voice ($r=.405$, $p<.01$). This result was supported by the previous study (Ji, 2013).

Voice behavior is a kind of extra-role behavior (Liang & Farh, 2008) in which the nurse has the right to advise, and right not to talk, which mainly depends on the nurse's attitude. Hence, if nurses experience organizational justice in their work environment, they will generate more trust and support for the organization, thereby showing more extra-role behaviors conducive to organizational development, including promotional voice aimed at improving the status quo of the organization (Lv & Hao, 2009). Additionally, in this study, 81.61% of the participants agree (score 4 to score 5) that supervisors treated them with respect. If an orga-

nization fully respects nurses and asks them for advice in decision-making, nurses feel that their suggestions can be valued by the organization. Hence nurses are more likely to engage in speaking up behavior (Aranzamendez, 2014).

Relationship between organizational justice and prohibitive voice. This study found that there was a moderately positive association between organizational justice and prohibitive voice ($r=.431, p<.01$). This found was supported by Ji, (2013) who found that all types of organizational justice dimensions serve a function in encouraging followers to speak out on work-related issues in the organization.

Organizational justice is an indispensable prerequisite for nurse's advice behavior, because the nurses' advice behavior is a kind of challenge to the status quo of work to some extent (Takeuchi et al., 2012). Hence, to engage in a prohibitive voice, nurses must first determine the degree that the organization environment is safe for speaking up. Application of the six rules that forms the process of procedural justice (consistency, impartiality, accuracy, ethical standards, representativeness, and correctability) will create a working environment where nurses believe that they are psychologically safe. Therefore, in a psychologically safe environment created by the application of procedural justice rules, the nurses are more likely to point out problems of work without any hesitation. Additionally, prohibitive voice is to stop or prevent harm (Liang, 2007). Its premise is to obtain enough information within the organization (Mei, 2012). Whether it is fair for nurses to obtain information and whether the information obtained is accurate, this

affects the nurses' finding problems in their work. Therefore, the informational justice of nurses related to nurses' prohibitive voice.

Conclusions and Recommendations

The level of organizational justice was at a moderate level. Four dimensions including distributive justice and produce justice were at a moderate level, while interpersonal justice and informational justice were at a high level. The level of promotive voice was at a high level, while prohibitive voice was at a moderate level. The study revealed that organizational justice has a moderately positive relationship with promotive voice and prohibitive voice.

Implication of Research Findings

Nursing administrators should be more concerned with the importance of a fair work environment by providing fair pay, promotions, and opportunities for taking part in decision making to increase the voice behavior of nurses. Fair interpersonal treatment, truthfulness, timely and reasonable explanations to improve nurses' voice behavior should be kept at a high level.

Recommendations

Further research using qualitative or mixed methods studies could be conducted to provide insight into the perceptions of healthcare providers about perceptions of organizational justice and voice behavior in the workplace. Additionally, it would be worthwhile to conduct further similar studies for nurses in different level of hospitals.

References

- Aranzamendez, G. (2014). *Relationships of perceived direct supervisor affiliation, direct supervisor leadership style, and nurses' voice behavior* (Doctor dissertation, Texas Woman's University).
- Bienefeld, N., & Grote, G. (2012). Silence that may kill: When aircrew members don't speak up and why. *Aviation Psychology and Applied Human Factors*, 2(1), 1-10.
- Cao, Z. P. (2008). *Research on medical relations-history, current situation, existing problems and formation factor analysis* (Master's thesis, Shihezi University of China).
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.
- Du, N. Q. (2017). *A study on the effects of empowering leadership on employees' voice behavior* [in Chinese] (Master's thesis, Jilin University, China).
- Duan, J. M. (2016). *Job satisfaction, leader empowering behaviors and work engagement among nurses in tertiary hospitals, Kunming, the People's Republic of China* (Master's thesis, Chiangmai University).
- Fu, J. F. (2017). *Structural empowerment, psychological empowerment and perceived respect of nurses in affiliated hospitals of Dali university, the People's Republic of China* (Master's thesis, Chiangmai University).
- Guo, H. J., Geng, H. B., Deng, F., & Yang, J. (2015). The relationship between nurses' organizational justice and job satisfaction [In Chinese]. *Journal of nursing administration*, 15(5), 308.
- He, J. Q. (2014). *A study on the effects of interactive justice on employees' voice behavior: moderator variable for individual traditionalism* (Master's thesis, Southwestern University of Finance and Economic).
- Isralel, G. D. (2003). *Determining sampling size*. Retrieved from <http://edis.ifas.uedu/PD006.html>.
- Ji, L. (2013). *Study on the effect of perceived organizational justice of dispatched labor on the employee voice* [In Chinese] (Doctoral dissertation, Jilin University, China).
- Jiang, D. J., & Chen, Z. P. (2016). Study on the problems and countermeasures of compensation management in public hospitals [In Chinese]. *Continuing Medical Education*, 30(2), 82-83.
- Li, C. (2016). *Research on the relationship among organizational support, organizational identification and employees' suggestion behavior* (Master's thesis, Capital University of Economic and Business).
- Liang, J. (2007). *Voice behavior in organizations: Scale development, psychological mechanisms, and cross-level modeling* (Doctoral dissertation, Hong Kong University of Science and Technology).
- Liang, J., & Farh, J. L. (2008). Promotive and prohibitive voice behavior in organizations: A two-wave longitudinal examination. In *Third international association of Chinese management research conference*. Guangzhou.

- Lv, N., & Hao, X. C. (2009). A Research on the Effects of Voice Behavior on Organizational Justice and Positions [In Chinese]. *Psychological Science*, 32(3), 595–597.
- Maxfield, D., Grenny, J., Lavandero, R., & Groah, L. (2011). *Vital Smarts, AORN, & AACN present: The silent treatment: why safety tools and checklists aren't enough to save lives*. Retrieved from <https://www.psqh.com/analysis/the-silent-treatment-why-safety-tools-and-checklists-arent-enough/>
- Mei, M. (2012). *Research on the relationship between organizational justice and employee silence of knowledge workers* [In Chinese] (Master's thesis, Southwestern University of Finance and Economics).
- Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC health services research*, 14(1), 61.
- Page, A. (Ed.). (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Institute of Medicine (US). Washington, DC: National Academies Press.
- Qi, X. H., Wei, J., & Zhen, Y. (2015). An empirical study on the influence of Nursing staff's Psychological Authorization on constructive behavior [In Chinese]. *Chinese Journal of practical Nursing*, 31(29), 2232-2234.
- Ronald, J. B. (2017). Increasing nursing staff voice: A key Ingredient in improving patient health and safety 1. *JOJ Nurse Health Care*, 3(3).
- Shang, J., You, L., & Ma, C. (2014). Nurse employment contracts in Chinese hospitals: Impact of inequitable benefit structures on nurses and patient satisfaction [In Chinese]. *Human Resources of Health*, 12, 1. doi:10.1186/1478-4491-12-1
- Sun, J. (2012). *A study of organizational justice, job burnout and mental health among nurses* [In Chinese] (Master's thesis, Dalian Medical University).
- Takeuchi, R., Chen, Z., & Cheung, S. Y. (2012). Applying uncertainty management theory to employee voice behavior: An integrative investigation. *Personnel Psychology*, 65(2), 283-323.
- Tangirala, S., & Ramanujam, R. (2008). Employee silence on critical work issues: The cross-level effects of procedural justice climate. *Personnel Psychology*, 61(1), 37-68.
- The Joint Commission (2012). *Sentinel Events: Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH_2012_Update2_24_SE.
- Wang, X. L. (2013). *Communication Satisfaction and Organizational Effectiveness as Perceived by Nurses in University Hospitals, Kunming, the People's Republic of China* (Master's thesis, Chiangmai University).
- Wang, X. L., & Li, J. P. (2017). Relationship between organizational justice and work engagement in nurses [In Chinese]. *Chinese Journal of Modern Nursing*, 23(9), 1270-1273.

- Xianyu, Y. Y., & Lambert, V. A. (2006). Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. *Nursing and Health Sciences*, 8, 147-155.
- Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis*. Tokyo: Harper international.
- Yang, Q. Q. (2012). *Leader-member exchange and organizational behavior citizenship behaviors among nurses in tertiary hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China* (Master's thesis, Chiangmai University).
- Zhang, J. H., & Wu, Y. (2015). Research progress of physician-nurse collaboration and its influencing factors [in Chinese]. *Chinese Journal of Practical nursing*, 31(29), 2259-2262.
- Zhang, S. G., Yang, H., Huang, X., Zhao, X. Y. & Yang, J. (2016). Correlation study on the organizational justice and organizational silence of nurses [In Chinese]. *Chinese journal and modern nursing*, 22(33).
- Zheng, J. M., & Wang, S. (2017). The influence of inclusive leadership on psychological empowerment and voice behavior of nursing staff [In Chinese]. *Journal of Nursing Science*, 32(11), 44-47.
- Zhou, J. T., & Liao, J. Q. (2013). Many words of the capable person: a contingency model for employee voice. *Journal of Management*, 10(5), 685-692.
- Zhu, X. L. (2017). *Head nurses' paternalistic leadership and organizational citizenship behavior of nurses in the People's Hospitals of Dali, the People's Republic of China* (Master's thesis, Chiangmai University).



การกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนในสังคมไทยยุค 4.0

Repeated offenses in narcotics cases of juvenile in Thai society 4.0 Era

ศิริลักษณ์ ปัญญา *

Siriluck

Panya *

เสาวลักษณ์ ทาแจ่ง **

Saowaluk

Thajang **

บทคัดย่อ

ยาเสพติดร้ายแรงที่เข้ามาแพร่ระบาดในสังคมไทย โดยเฉพาะเยาวชนที่เสมือนเป็นกำลังและสมองของชาติ เนื่องด้วยปัจจุบันเยาวชนของไทยมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก ซึ่งเยาวชนสามารถเข้าสู่สื่อที่อันตรายได้ง่ายโดยต้องยอมรับว่ายุค 4.0 สื่อเป็นสิ่งที่ยากต่อการควบคุมจึงเป็นช่องว่างในการเกิดอาชญากรรมและคดียาเสพติดอย่างมากมาย จะเห็นได้ว่าเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ที่กระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดมักมีพฤติกรรมที่ไม่เกรงการลงโทษของกฎหมาย ทำให้เกิดเครือข่ายและตั้งกลุ่มโดยใช้สื่อออนไลน์เป็นช่องทางก่อความวุ่นวายในสังคม ก่ออาชญากรรมที่รุนแรงขึ้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยที่จะต้องเสียกำลังคนและงบประมาณมากมายในการป้องกัน แก้ไข เยียวยา ปัญหาเหล่านี้ โดยเยาวชนที่เคยกระทำผิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดหากขาดความรักความเอาใจใส่จากครอบครัวและการยอมรับจากสังคมจะทำให้เกิดความโดดเดี่ยว ส่งผลให้กลับไปคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับยาเสพติดหรือการคบหาสมาคมเพื่อนใหม่หรือเพื่อนจากสถานพินิจ โดยการติดต่อสื่อสารกันผ่านทางโลกออนไลน์ที่ง่ายต่อการยั่วยู่ให้เกิดการกระทำผิดซ้ำในการซื้อขายรวมกลุ่มเสพยาเสพติด ดังนั้นการหาแนวทางป้องกันแก้ไขนั้นทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือวางแผนกำหนดมาตรการปฏิบัติร่วมกัน จึงจะช่วยสร้างเยาวชนที่ดีมีศักยภาพเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศไทยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชน สังคมไทยยุค 4.0

Abstract

Narcotic drugs that are approaching the epidemic in Thai society. Especially the juvenile who are like the strength and the brain of the nation. Due to the fact that Thai juvenile are using the top social media in the world, young people can easily enter into dangerous media by acknowledging that the 4.0 era is difficult to control a gap in crime and many of drug cases. It is found that most children and juvenile who have repeatedly committed drug offenses have behavior that is not afraid of legal punishment. Therefore, it creates networks and groups using online media as a means to cause trouble in society. Committed violent crime, which has so much impact on the

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

* Lecturer in Department of mental health and psychiatric nursing, Faculty of nursing at Ratchathani University Udonthani campus.

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

** Lecturer in Department of Community nursing; Faculty of Nursing, Ratchathani University Udonthani campus.

วันที่รับบทความ 14 มกราคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 8 กรกฎาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 26 พฤศจิกายน 2562

nation that will lose manpower and budget to prevent and solve these problems. The juvenile who commit crimes related to substance abuse, which lacks love and care of family. Acceptance in society youth will be isolated and locked themselves in the online world, which is easier to cause provocations recidivism for drug dealing and drug groups. Therefore, finding ways to prevent and resolve the situation. all stakeholders need to work together to plan practical measures. It gives young people a great potential to be an important human resource in the development of a sustainable nation.

Keywords: *Repeated offense, Narcotics, juvenile, Thai society*

บทนำ

การกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชน คือ การกระทำผิดของเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับคดียาเสพติดเกินกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไป สำหรับเด็กและเยาวชนที่ผ่านกระบวนการยุติธรรมมาแล้วแต่กลับมาก่อทำผิดซ้ำกลับมีมากขึ้น จากข้อมูลสถิติรายงานคดีประจำปีของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนพบว่า ในปี พ.ศ. 2552-2557 คดียาเสพติดเป็นคดีที่เด็กและเยาวชนถูกดำเนินการมากที่สุด จำนวน 129,844 คดี ซึ่งหนึ่งจำนวนในปีเป็นการกลับมาก่อทำความผิดซ้ำจำนวน 14,738 คดี และคดีที่มีอัตราการทำผิดซ้ำมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรกระทำผิดซ้ำในฐานอื่น ๆ (Aphiwut, 2017) ยาเสพติดนับเป็นปัญหาที่เรื้อรังของมวลมนุษยชาติเพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบมากมายหลายด้านทั้งกับตัวของบุคคล ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของชาติ จะเห็นได้ว่ากว่าครึ่งศตวรรษมาแล้วที่ทั่วโลกทำสงครามกับ “ยาเสพติด” โดยจะเน้นการใช้กำลังต่อต้านและปราบปรามอย่างรุนแรง จะใช้เจ้าหน้าที่เข้าไป กวาดล้าง จับกุม และทำลายแหล่งผลิตยาเสพติด แต่ในทางกลับกัน ปัญหายาเสพติดยิ่งเพิ่มสูงมากขึ้น จะพบว่ามียางานของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ หรือ UNODC ในปี 2016 ระบุว่า มีประชากรประมาณ 243 ล้านคน หรือ ร้อยละ 5 ของประชากรโลก ที่อายุระหว่าง 15-64 ปี ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย โดยมีผู้ใช้ยาเสพติดที่มีปัญหาประมาณ 27

ล้านคน หรือ ร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก หรือ 1 คนในทุก ๆ 200 คน อย่างไรก็ตาม ในแต่ละปีมีเพียง 1 ใน 6 ของผู้ใช้ยาเสพติดของผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกที่เข้ารับการบำบัดรักษา นอกจากนั้นยังมีจำนวนผู้ถูกกล่าวหา ถูกจับกุมและต้องขังเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นปัญหาใหญ่ของกระบวนการยุติธรรมในทุกประเทศที่กำลังหาวิธีการแก้ไขปัญหานี้ และจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลกปี 2559 (United Nations General Assembly Special Session [UNGASS], 2016) จากสภาพสังคมในปัจจุบันนั้นทำให้ต้องมีเยาวชนจำนวนมากที่ต้องโทษด้วยคดียาเสพติด เมื่อกระทำความผิดต้องเข้าไปอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กเมื่อกลับออกไปแล้วยังพบว่าหวนกลับ เข้ามาอีกเนื่องจากกรกระทำผิดซ้ำ ๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลเด็กและเยาวชน ซึ่งการกลับเข้ามาในสถานพินิจอีกครั้งนั้น เยาวชนส่วนใหญ่มักจะทำผิดซ้ำที่รุนแรงขึ้น จากข้อมูลของ Department of Juvenile Observation and Protection (2014) พบว่า คดีที่กระทำผิดซ้ำมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ คดีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ (ร้อยละ 47.77) รองลงมาเป็นคดีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน (ร้อยละ 29.57) และคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย (ร้อยละ 8.76) และการที่จะต่อสู้ป้องกันเด็กและเยาวชนไทยให้ห่างไกลกับปัญหายาเสพติดนั้น ควรเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมทุกมิติเพื่อให้สอดคล้องกับการแก้ไข

ปัญหาที่ยั่งยืน ซึ่งทางครอบครัว ชุมชน สังคม รัฐบาล และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมีความร่วมมือกันเป็นภาคีเครือข่ายในการดำเนินการไม่ว่าจะเป็นการป้องกันปราบปรามยาเสพติดที่มีอยู่ให้หมดไปไม่ว่าจะตลาดมืดทั่วไปหรือในตลาดออนไลน์ที่ยากต่อการควบคุม และการให้โอกาสกับเด็กและเยาวชนเมื่อมีโอกาสกลับมาอยู่ในสังคมปกติเพื่อช่วยลดปัญหาการกระทำผิดซ้ำคดียาเสพติดและช่วยให้เด็กและเยาวชนมีชีวิตที่ดีใส่มือนาคตที่ดีเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

ปัญหาหายาเสพติดในประเทศ

สำหรับประเทศไทย จากข้อมูล พบว่า มีจำนวนประชากรไทยที่เข้ารับการรักษาหายาเสพติดจากกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2556-2558 คือ พ.ศ. 2556 จำนวน 156,884 คน พ.ศ. 2557 จำนวน 98,421 คน และ พ.ศ. 2558 จำนวน 55,683 คน แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มของผู้เข้ารับการรักษาหายาเสพติดลดลง แต่ในสัดส่วนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดนั้นกลับเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 15-24 ปี อยู่ถึงร้อยละ 50 (Center for Drug Prevention and Suppression of the Department of Mental Health, 2016) จากคำกล่าวที่ว่า “เด็กวันนี้คือผู้ใหญ่ในวันหน้า” โดยกลุ่มเด็กและเยาวชนเปรียบเสมือนแรงกำลังของประเทศชาติในอนาคต จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดการกับปัญหานี้อย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพในเชิงนโยบายมีความสอดคล้องตามแผนงานยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้จัดทำบนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) เป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตาม วิสัยทัศน์ “สู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” โดยมีกรอบวิสัยทัศน์แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ยังคงมีความต่อเนื่องจากวิสัยทัศน์แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 และกรอบหลักการของการวางแผนที่น้อมนำและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ยึดคน

เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาที่ยืดหลักสมดุล ยั่งยืน โดยในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 จะมียุทธศาสตร์ที่ 1: การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และ ยุทธศาสตร์ที่ 5: การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศ สู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน นั้นหมายถึงการพัฒนาในด้านทรัพยากรที่สำคัญที่สุด คือ ประชากรที่มีคุณภาพและมีสุขภาพที่ดี จะเห็นได้ว่าการผลักดันและพัฒนาประเทศให้ก้าวไปข้างหน้าพร้อมกับยุคสมัยของความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหรือที่เรียกกันว่า ไทยแลนด์ 4.0 นั้นทรัพยากรที่สำคัญที่สุด คือ เด็กและเยาวชนที่มีคุณภาพ

ยาเสพติดกับเด็กและเยาวชนไทยในยุค 4.0

จากการสำรวจข้อมูลสถิติสถานการณ์ทางวัฒนธรรมของเด็กและเยาวชนไทย พบปัญหาหายาเสพติดมากถึง 2.7 ล้านคน โดยพบช่วงอายุระหว่าง 15-19 ปี ต้องเข้ารับการรักษา จำนวน 3 แสนคน เยาวชนอายุ 11 ปี เริ่มเสพยาบ้า จำนวน 7 คน และที่น่าตกใจ คือ เด็กอายุ 7 ปี เป็นผู้เสพยาบ้า (Department of Mental Health, 2019) จากการศึกษาของ Pimpisa et al. (2017) พบว่า นักเรียนมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายมากที่สุด คือ กัญชา ร้อยละ 9.5 รองลงมาเป็นยาบ้า ร้อยละ 8.8 และจากข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2560-2562 ของ Princess Mother National Institute on Drug Abuse treatment (2019) พบการใช้สารเสพติดมากที่สุด 4 อันดับแรก ยังคงเป็น ยาบ้า สุรา ยาไอซ์ และกัญชา ตามลำดับ ยาเสพติด ยังคงแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทย โดยเฉพาะยาบ้า เฮโรอีน และยาไอซ์ ส่วนใหญ่มาจากพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำที่เป็นแหล่งผลิตใหญ่ โดยมีพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นช่องทางในการลักลอบลำเลียงนำยาเสพติดเข้าประเทศ นอกเหนือจากนั้นปัจจุบันกลุ่มผู้ค้าปลีกเสี่ยงการส่งมอบให้กับผู้ซื้อโดยตรง โดยใช้วิธีการติดต่อผ่านสื่อสังคมออนไลน์แล้วแจ้งจุดที่วางยาเสพติด อีกทั้งลูกค้ารายย่อยยังนิยมซื้อขายยาเสพติดผ่านสื่อสังคมออนไลน์

และส่งมอบผ่านทางพัสดุไปรษณีย์ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนมากขึ้น (Office of the Narcotics Control Board, 2019)

ด้วยความเจริญที่เข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 เป็นยุคดิจิทัลที่มีเครื่องมือการเข้าถึงสื่อได้อย่างกว้างขวางจากรายงานผลสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ พ.ศ. 2562 พบว่า เด็กและเยาวชนไทย เด็กร้อยละ 54.6 ใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน และใช้ผ่านแท็บเล็ตหรือสมาร์ตโฟนมากถึงร้อยละ 83.1 รองลงมาเป็นคอมพิวเตอร์ที่บ้าน ร้อยละ 12.7 โรงเรียน ร้อยละ 2.3 และร้านคอมพิวเตอร์ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อการพักผ่อนความบันเทิง ร้อยละ 66.8 เช่น ดูหนัง ฟังเพลง เล่นเกม เป็นต้น นอกจากนี้จะทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงตลาดยาเสพติดผ่านสื่อออนไลน์ได้ง่ายขึ้น ยังส่งผลให้มีโอกาสพบเห็นสื่อลามกอนาจารทางออนไลน์โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ร้อยละ 73.8 (Internet foundation of Child Online Protection Action Thailand [COPAT], 2019) อันนำสู่ความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตจากการถูกล่อลวงจากคนไม่ดีที่หลอกลวงเอาทรัพย์สิน หรืออาจถูกคุกคามทางเพศได้ โดยปัจจุบันด้านการตลาดยาเสพติด สามารถเข้าถึงได้ง่ายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook Twitter, Youtube ฯลฯ โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนไทยนั้น พบว่า มีข้อมูลการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตมากเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก แม้ว่าสื่อออนไลน์นอกจากจะใช้ในด้านการศึกษาและด้านอื่น ๆ ที่มีประโยชน์ แต่ในทางกลับกันคนร้ายก็ใช้ประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์นี้ด้วย มีการขายสินค้า ขายยาเสพติด โดยปิดบังตัวตนผู้ซื้อและผู้ขาย มีการสร้างเนื้อหาและรูปแบบสินค้าใหม่ตลอดเวลา ทำให้ยากต่อการปราบปราม ทั้งนี้ตลาดยาเสพติดทางสื่อออนไลน์ในประเทศไทยนิยมใช้ Twitter มากกว่า Facebook และมีการส่งสินค้าด้วยวิธียื่นให้กับมือโดยตรง หรือทางบริการไปรษณีย์ (Nation New Bureau of Thailand, 2019) โดยวิธีการซื้อขายผ่านสื่อออนไลน์จากการศึกษาข้อมูลมีรูปแบบ ดังนี้

1) การสั่งซื้อสิ่งเสพติดผ่านกล่องข้อความใน Facebook หรือ LINE ผู้ซื้อจะสั่งซื้อยาเสพติดที่ต้องการผ่านการสนทนาตกลงซื้อขายกับผู้ขายจนได้จำนวนสินค้าที่ต้องการและราคาที่ตกลงกัน จากนั้นผู้ขายจะวางสินค้าตามจุดที่นัดหมาย เช่น ช้างทาง ใต้ต้นไม้ เป็นต้น ผู้ซื้อเมื่อทราบจุดที่วางสินค้าก็หาโอกาสไปหยิบเอาของแล้วมีการจ่ายเงินผ่านตู้เติมเงินหรือโอนผ่านธนาคารตามปกติ

2) ยาเสียสาว จากข่าวประชาสัมพันธ์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.) ปี พ.ศ. 2560 ตรวจพบว่าการนำสิ่งเสพติดไปผสมในเครื่องดื่มชาเขียว น้ำอัดลม มีทั้งเป็นเม็ดสีน้ำเงินและสีแดง หรือเรียกกันว่ายาเสียสาว โดยเป็นยากล่อมประสาทออกฤทธิ์ทำให้มีเมามา อีกทั้งยังไม่มึนซึ่งเป็นยานอนหลับโดมิคุม หรือ Dormicum หรือ Midazolam และ Xanax หรือ Alprazolam ยาสองชนิดนี้จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ 2 ตามกฎหมายออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทแต่เป็นคนละชนิดกับเมทแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า โดยจะใช้เป็นยานอนหลับซึ่งแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชน นอกจากนี้ยังมีผลอันตรายต่อการทำงานของตับและไต สารเสพติดนี้ไม่สามารถซื้อขายผ่านร้านขายยาได้และแพทย์เท่านั้นที่มีสิทธิ์สั่งจ่ายยาได้ จึงได้มีช่องทางซื้อขายผ่านออนไลน์ อย่างไรก็ตามแม้ว่ามีการซื้อตามร้านขายยา หากคนขายไม่มีจริยธรรมลักลอบขายโดยไม่มีแพทย์สั่งจ่ายยาอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพผู้ซื้อหรือใช้ในทางที่ผิดได้ อีกทั้งยังพบว่าบางผลิตภัณฑ์มีปริมาณของยาที่ปรากฏข้างกล่องไม่ตรงกับฐานข้อมูลของคณะกรรมการอาหารและยา (Food and Drug Administration, 2017)

3) อาหารเสริมผสมยาลดความอ้วน ไม่ว่าจะยุคสมัยใด ความสวยความหล่อ หุ่นดีเป็นสิ่งที่ทุกคนถวิลหา โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน ย่อมสรรหาหนทางลดน้ำหนัก แต่กลับไม่ควบคุมอาหารและออกกำลังกาย เพราะเห็นผลช้า บ้างก็มีความขี้เกียจ ไม่มีเวลาปฏิบัติ สารพัดเหตุผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ยังคงรับประทาน

อาหารที่ชอบประเภท ฟาสต์ฟู้ด อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ดังนั้นอาหารเสริมลดน้ำหนัก กาแฟลดน้ำหนัก จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่มีขายตามร้านขายยา ทั่วตลาดทั่วไป โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์ที่ควบคุมได้ ยาก ยิ่งยี่ห้อไหนที่มีดาราเป็นพรีเซนเตอร์หรือมีการยืนยันว่ารับประทานและเห็นผลจริงจะได้รับความสนใจ จากกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเป็นพิเศษโดย 5 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการอาหารและยาได้มีการสุ่มตรวจพบ 145 ผลิตภัณฑ์ ที่มีการผสมสารไซบูทรามิน แต่ภัยร้ายที่แฝงมา นั่นคือผลิตภัณฑ์ที่ไม่มี อย. หรือ มีเลข อย.ปลอม โดยมีการลักลอบใส่สารไซบูทรามินซึ่งเป็นวัตถุออกฤทธิ์ ต่อจิตและประสาทประเภท 1 หากพิจารณาสูตร โครงสร้างสารไซบูทรามินทางเคมีจะเป็นอนุพันธ์ของ เมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า แต่มีการดัดแปลงพัฒนา บางส่วนทำให้มีฤทธิ์ออกไปในทางเบื่ออาหารมากกว่า ลดฤทธิ์การกระตุ้นประสาทและความหลอนลง ทำให้ สารไซบูทรามินออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ผลข้างเคียงทำให้ปากแห้ง คลื่นไส้ ท้องผูก สับสน อ่อนแรง เหงื่อออก ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับ วิดกกังวล การรับรสเปลี่ยนไป ความดันโลหิตสูง เสี่ยง ต่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมอง จะเห็นได้ว่าอันตรายและอาจถึงตายได้ (Department of Health, 2018)

4) อิทธิพลจากคนดังหรือดารา เด็กและเยาวชน ยังมีพฤติกรรมเลียนแบบศิลปินดาราหรือคนที่มีชื่อเสียง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผู้เสพติดหน้าใหม่ การเห็นข่าว ดาราผ่านสื่อโทรทัศน์ถูกจับว่าด้วยการใช้สารเสพติด ทำให้กลุ่มวัยรุ่นมีความคิดว่า “ถ้าไม่ดี แล้วเค้าจะใช้กัน ทำไม” (Chawalit, 2015) ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้ออย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดในเด็กและเยาวชนไทยในปัจจุบันอีกด้วย

การกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชน ในไทยในสังคม

จากปัญหาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน นอกจากหน่วยงานทุกภาคส่วนได้ให้ความสนใจในการ

แก้ไขปัญหาโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ดำเนินนโยบายสนับสนุน หน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ะป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพของประชาชน รวมถึงการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในแผนของการดำเนินงานด้าน ปัญหาเสพติดนั้นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอด ระยะเวลาการดำเนินงานมากกว่าทศวรรษ ซึ่งมีดำเนิ การในหลายภาคส่วนทั้งในระบบสาธารณสุข ระบบ กระทรวงศึกษาธิการ ระบบชุมชน และระบบยุติธรรม เพื่อเน้นการจัดการกับปัญหาเสพติดตั้งแต่ระยะ แรกเริ่ม ระยะลูกกลม และป้องกันการกลับมาเสพติดของ เด็กและเยาวชน ทั้งนี้สังคมไทยกำลังเผชิญปัญหาความ รุนแรงในเด็กและเยาวชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติด ซึ่งนับวันปัญหานี้ยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จากข้อมูล กลุ่มเยาวชนที่ถูกจับกุมดำเนินคดีจำแนกตามฐานความ ผิด 3 อันดับแรก โดยศึกษาจากข้อมูลปี พ.ศ. 2557- 2559 พบว่า ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษเป็นคดี ที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 45.1; 39.6; 40.8) รองลงมา คือ คดีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน (ร้อยละ 19.7; 21.2; 19.6) และอันดับที่ 3 คือ คดีความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย (ร้อยละ 13.7; 12.9; 10.2) (Department of Juvenile Observation and Protection, 2016) อย่างไรก็ตาม เด็กและเยาวชนที่ได้กระทำผิดถูกดำเนินคดีจะถูกส่งตัว ไปควบคุมความประพฤติในสถานพินิจจนกว่าจะสิ้นสุด กระบวนการยุติธรรมถึงจะได้ออกมาใช้ชีวิตภายนอก สถานพินิจเหมือนบุคคลทั่วไป แต่กลับพบว่ากลุ่มเด็ก และเยาวชนที่เคยถูกควบคุมความประพฤติในสถาน พินิจมีการกระทำผิดซ้ำ โดยจากการศึกษาข้อมูลสถิติ ของ Information Technology Center of Department of Juvenile Observation and Protection (2015) ย้อนหลัง พบว่า ตั้งแต่ 2553-2558 พบว่า เด็ก และเยาวชนส่วนใหญ่ถูกจับในคดีเกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยจำแนกตามประเภทยาเสพติด รองลงมาคือเด็กและ เยาวชนซึ่งกลับเข้ามาอยู่ในสถานพินิจจากการกระทำ ผิดซ้ำ และลำดับสามคือความผิดเกี่ยวกับชีวิตและ

ร่างกาย โดยเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำมักมีพฤติกรรมที่ไม่เกรงการลงโทษของกฎหมาย ทำให้เกิดเครือข่ายและตั้งกลุ่มแก๊งค์ก่อความวุ่นวายในสังคม ก่ออาชญากรรมที่รุนแรงขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาการกระทำผิดซ้ำเด็กและเยาวชนทำให้ส่งผลกระทบต่อมากมาย ส่งผลให้ประเทศชาติต้องเสียกำลังคนและงบประมาณมากมาย ในการป้องกัน แก้ไข เยียวยา ปัญหาดังกล่าว อีกทั้งยังส่งผลให้คนในชุมชนในสังคมที่มีเด็กและเยาวชนที่ก่อคดีซ้ำ ๆ อยู่ในชุมชนเกิดความวิตกกังวลหวาดหวั่นกลัวเกรงภัยอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน (Kanchana, 2012) นอกจากนี้ประเทศไทยยังเสี่ยงงบประมาณในการเข้ามาดูแลในส่วนนี้มากมาย จากรายงานของแผนการปฏิบัติการและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงยุติธรรมและแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ 4 ปี พ.ศ. 2555-2558 ภายใต้กรอบวงเงินประมาณที่ได้รับจัดสรร ตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 รวมวงเงินทั้งสิ้นจำนวน 1,662,263,900 บาท ซึ่งนับว่าเป็นเงินจำนวนมหาศาลที่เราเข้ามาจัดการกับคดีเด็กและเยาวชน โดยจะเห็นว่าหากมีเด็กและเยาวชนกระทำผิดซ้ำมากยิ่งขึ้นก็จะทำให้ประเทศชาติทั้งทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพและงบประมาณในการพัฒนาประเทศในส่วนอื่น ๆ ซึ่งจากข้อมูลของ Department of Juvenile Observation and Protection (2018) พบว่า กลุ่มเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 15 ปี แต่ไม่เกิน 18 ปี และพบว่าคดีความผิดที่ถูกดำเนินคดีอันดับแรก คือ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ซึ่งการที่กลุ่มเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำในเรื่องยาเสพติดอาจจะส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงการเสี่ยงต่ออัตราการเพิ่มขึ้นของคดีอาชญากรรม การมีส่วนร่วมตามหอพักและสถานบันเทิง หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอัน ปัญหาเหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้นควรมีศึกษาหาสาเหตุปัจจัยสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก

และเยาวชนในประเทศไทย เพื่อช่วยป้องกันการเกิดปัญหาและผลกระทบจากปัญหาเหล่านี้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการพัฒนาประเทศชาติในระยะยาว

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา คือ การศึกษาวิจัยของ Boonchai et al. (2004) พบว่าเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดและอยู่ในความดูแลของสถานพินิจเมื่อกลับออกไปแล้วยังพบว่าหวนกลับเข้ามาอีกเนื่องจากการกระทำผิดซ้ำ ๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลเด็กและเยาวชน ซึ่งการกลับเข้ามาในสถานพินิจอีกครั้งนั้น เยาวชนส่วนใหญ่มักจะกระทำความผิดที่รุนแรงขึ้น โดยเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีและส่งตัวมาอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีการคัดกรองทางพฤติกรรมเบื้องต้นเป็นเด็กที่มีความก้าวร้าวรุนแรง ร้อยละ 70 ของเด็กทั้งหมด ในกลุ่มนี้มีเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดเพราะติดสารเสพติดให้โทษ ร้อยละ 18 และสุดท้ายกระทำความผิดเพราะพฤติกรรมเลียนแบบจากกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 12 เช่น ปัญหาเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำมีพฤติกรรมรวมแก๊งมอเตอร์ไซด์วิ่งกวนเมืองและก่อปัญหาต่าง ๆ ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง ในจังหวัดต่าง ๆ หรือแม้แต่ในเขตชุมชนเมือง และจังหวัดใหญ่ที่เป็นพื้นที่เศรษฐกิจนั้น โดยส่วนมากจะพบว่าเป็นเด็กและเยาวชนจากพื้นที่อื่นที่เข้ามา และก่อปัญหาต่าง ๆ ในเขตชุมชนดังที่กล่าวมา ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นเขตชุมชนที่มีประชากรส่วนใหญ่อพยพจากจังหวัดอื่นมาอาศัยอยู่ การอาศัยอยู่ไม่ถาวร คล้ายชุมชนแออัด มีคนเข้า ๆ ออก ๆ จึงยากที่จะควบคุมและแก้ปัญหาได้ ส่วนในเขตพื้นที่นอกการปกครองของเทศบาล พบว่าชุมชนจะมีลักษณะพื้นที่เป็นเขตเมืองกึ่งชนบท ได้ประสบปัญหาเด็กและเยาวชน กระทำความผิด เช่น การทะเลาะวิวาท ชกต่อย การติดเกม การติดสารระเหย การลักเล็กขโมยน้อย และที่สำคัญเด็กและเยาวชนเหล่านี้ ยังเสพยาและขายยาเสพติด

จากการศึกษาสาเหตุและพฤติกรรมการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน พบว่า ปัจจัยภูมิหลังของเด็กอยู่ในครอบครัวที่แตกแยก ถูกชักชวนจะกลุ่มเพื่อนหรือแฟน เกิดจากความสนุกศึกษานองทำในกลุ่มทำร่วมกันในกลุ่ม

เพื่อน ทำไปโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์และเห็นเพื่อนทำก็ทำตามและไม่ได้มีความรู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ผิด ไม่มีวุฒิภาวะในการควบคุมตนเองและต้องการเป็นที่ยอมรับจากสังคม (Yanischa, 2016) ดังนั้นการมองปัญหาการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนจะต้องมองถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกระทำผิดนั้นซึ่งยิ่งถ้าเป็นความผิดรูปแบบเดิม ๆ ซ้ำ ควรจะมองในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันที่มีการเติบโตในด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วควบคู่กันกับด้านเศรษฐกิจที่ทำให้ค่านิยมในวัตถุเพิ่มมากขึ้นไปด้วย อีกทั้งอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเด็กรวมถึงวัฒนธรรมทางสังคมและค่านิยมประเพณีความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมในการกระทำผิดของเด็ก (Tawan, 2014) และอีกปัจจัยที่มีความสำคัญไม่น้อยเลยในการกระทำผิดของเด็ก คือ ด้านปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในเด็กและเยาวชนได้แก่ ระดับเซวาร์ปัญหา ฮอร์โมน ความผิดปกติทางด้านร่างกาย พื้นฐานทางด้านอารมณ์ ทักษะที่นิยมใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหาหาร่วมไปกับค่านิยมเรื่องของศักดิ์ศรี เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกถูกทำร้ายศักดิ์ศรี ก็ทำให้เกิดพฤติกรรมความรุนแรงขึ้นมาและอาจก่อให้เกิดการกระทำผิดแบบเดิมซ้ำ ๆ เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ได้มีการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้สังคม ทฤษฎีการควบคุมสังคม ทฤษฎีความผูกพันทางสังคม ทฤษฎีความกดดันทางสังคม ทฤษฎีความกดดันทั่วไป ทฤษฎีการขัดเกลาทางสังคม ทฤษฎีการเลียนแบบ ทฤษฎีการคบหาสมาคมที่แตกต่าง ทฤษฎีการขัดขวางหรือยับยั้ง ทฤษฎีการประทับตรา ทฤษฎีการควบคุมตนเองและทฤษฎีการเลือก เพื่อมาใช้อธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในประเทศไทย ถึงกระนั้นก็ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนเกิดขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีใดหรือภายใต้สาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง และจากข้อมูลของ Department of

Juvenile Observation and Protection (2016) พบว่า เด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจเป็นเด็กที่อยู่ในครอบครัวแยกกันอยู่มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 62.8) รองลงมา คือ เด็กที่ครอบครัวอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 37 ซึ่งนั่นเป็นเพียงสาเหตุเพียงเบื้องต้นเท่านั้น โดยสาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนอาจมีสาเหตุและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การแก้ไข ปัญหาที่ตรงสาเหตุและมีประสิทธิภาพ

การใช้เทคโนโลยีสื่อออนไลน์ในการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนในสังคมไทย

จากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบันส่งผลให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปตามยุคสมัย โดยพบว่าประชากรไทยมีการใช้งานอินเทอร์เน็ตเป็นอันดับ 3 ของโลก โดยเฉลี่ยวันละ 9 ชั่วโมง 11 นาที สำหรับข้อมูลเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 13-17 ปี จำนวน 3.9 ล้านคน มีการใช้งาน facebook จำนวน 2.2 ล้านบัญชี คาดว่าเป็นเยาวชน 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงการค้ายาเสพติดและสิ่งผิดกฎหมายที่เผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อีกทั้งเด็กและเยาวชนยังขาดวุฒิภาวะ มีความคิดคคะนอง อยากรู้อยากลอง รู้เท่าไม่ถึงการณ์ ง่ายต่อการถูกชักชวนให้กระทำผิด บ้างก็กระทำผิดเพราะต้องการเงินมาใช้จ่าย (Department of Mental Health, 2019) โดยปัจจัยของการกระทำผิดซ้ำจากการศึกษาของ Kanchana (2012) พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจ ระบบการเมืองการปกครอง ระบบสังคม และระบบการศึกษา โดยมีสาเหตุที่แท้จริง คือ การไม่ตระหนักรู้ว่าการเสพยาเป็นการทำผิดกฎหมาย การกลับไปคบค้าสมาคมกับกลุ่มเพื่อนที่เสพยา การขาดโอกาสในการเข้ารับการศึกษา บำบัดฟื้นฟู อย่างถูกต้อง การขาดแรงจูงใจในการเลิกเสพยา การไม่ตั้งใจในการเลิกเสพยาอย่างจริงจัง และการที่สังคมไม่ยอมรับและให้โอกาส (Kanchana, 2012) และจากการศึกษาของ Aphiwut (2017) พบว่า กรณีเด็ก

และเยาวชนที่เคยกระทำความผิดและผ่านกระบวนการแก้ไข ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาแล้วกลับมากระทำความผิดซ้ำอีกกรณีเด็กกระทำความผิดซ้ำในความผิดฐานลักลอบค้ายาเสพติดอาจเกิดจาก อ่อนประสบการณ์ มีความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และขาดความรู้ลึกซึ้งชอบชั่วดี และเนื่องด้วยความเป็นเด็กจึงได้รับการคุ้มครองมากกว่า เยาวชนที่ถือว่ามีความรู้เฉพาะเพียงพอที่จะแยกแยะว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด โดยจะเห็นได้ว่าสาเหตุที่แท้จริงส่วนใหญ่เกิดจากตัวบุคคลเอง เพราะแต่ละคนมีบุคลิกภาพ พื้นฐานทางอารมณ์ การเลี้ยงดูมาที่แตกต่างกันทำให้มีผลต่อการกล่อมเกลารหัสหรือขัดเกลากฎพฤติกรรมไม่พึงประสงค์แตกต่างกัน (Aphiwut, 2017) เช่น เด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวก็ต้องใช้เวลาในการขัดเกลากฎแต่ในการขัดเกลากฎในสถานฝึกอบรมมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาหรือเข้าไปอบรมเพียงระยะสั้นจึงไม่เพียงพอในการแก้ไขบุคลิกภาพที่ติดอยู่กับกรกระทำผิดซึ่งเป็นเหตุให้กระทำผิดซ้ำอีกเมื่อกลับออกไปอยู่ในครอบครัวและสังคม (Decha, 2012)

การกระทำผิดซ้ำมีสาเหตุจากการได้พบปะสังสรรค์หรือคบค้าสมาคมกลุ่มเพื่อนเป็นสำคัญ และมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการคบหาสมาคมที่แตกต่าง (Differential Association Theory) ของ Edwin (1985) เจ้าของทฤษฎี ได้อธิบายถึงการกระทำผิดซ้ำที่เกิดจากการได้คบหาสมาคมพบปะเพื่อนนั้น จะเกิดการเลียนแบบในองค์ประกอบที่ได้จากเพื่อน ได้แก่ ประเภทคุณลักษณะ บุคลิกภาพ พฤติกรรม และเหล่านี้จะทำให้เกิดทัศนคติ ค่านิยม กลวิธี เทคนิคที่โน้มน้ำหนักให้ตัวบุคคลกระทำความผิดได้ในภายหลัง นอกจากนั้นทฤษฎีนี้เชื่อว่า พฤติกรรมอาชญากรรมไม่ได้มีสาเหตุโดยตรงจากพันธุกรรมหรือสภาพแวดล้อมทางสังคม แต่เกิดจากการเรียนรู้พฤติกรรมจากคนใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุย ทำทาง การติดต่อสื่อสารกัน (Edwin, 1985) หรืออาจจะเปรียบได้กับสุภาษิตไทยที่ว่า “คบคนพาล พาลไปหาผิด คบบัณฑิตพาลไปหาผล” จากทฤษฎีนี้สามารถสรุปได้ว่าการที่เด็กและเยาวชนกระทำความผิดซ้ำในคดียาเสพติดเป็นผลจากการไปคบหาสมาคมกับเพื่อน หรือคนอื่น อาจรวม

ถึงการเลียนแบบคนมีชื่อเสียงหรือดาราที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติดผ่านทางสื่อโทรทัศน์ สิ่งพิมพ์หรือสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับอิทธิพลหรือความสนิทสนมของคนที่คบหาด้วย รวมถึงความถี่ที่พบเจอกัน ระยะเวลาที่คบกัน ที่จะสามารถเกิดเรียนรู้พฤติกรรมไปจนการเลียนแบบ พฤติกรรม ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมแบบแผนพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การที่เด็กและเยาวชนที่กระทำผิดแล้วมาอยู่รวมกันในสถานพินิจหรือสังคมเรือนจำ มักเป็นโอกาสที่ทำให้เกิดการคบหาสมาคมทำให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรม เทคนิค ค่านิยมของคนอื่น ที่มีประสบการณ์โชกโชนกว่า ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมที่ร้ายแรงกว่าเดิมและกลับมากระทำผิดซ้ำได้อีก ซึ่งการเรียนรู้ของแต่ละคนก็ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ถูกกักกันในสถานพินิจหรือเรือนจำอีกด้วย คนที่อยู่ระยะเวลา นานกว่าก็ยิ่งเรียนรู้พฤติกรรมอาชญากรรมยาเสพติด ได้มากกว่า (Aphiwut, 2017) จะเห็นได้ว่าไม่เพียงแต่การแก้ไขและป้องกันเมื่อเยาวชนเข้าสู่ช่วงวัยที่สามารถกระทำผิดได้แล้ว เราควรรหาวิธีหรือมาตรการในการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมที่ดีให้เกิดขึ้นจนกลายเป็นอัตมโนทัศน์และเป็นคุณลักษณะที่ดีของการเป็นพลเมืองที่ดี โดยนำ ทฤษฎีของ Kohlberg (1976) ได้ชื่อว่าทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรม (Moral Development Theory) โดยจะเน้นค่านิยมความดีความชั่วของมนุษย์ ซึ่งเราสามารถพัฒนาได้ตั้งแต่ระดับ Premoral อยู่ในช่วงวัยเด็กตอนต้นก่อนเข้าเรียน และ ระดับ Conventional อยู่ในวัยเรียนจนถึงวัยรุ่นจะทำให้เกิดการมีจิตสำนึกที่จะใช้หลักทำตามหน้าที่ของสังคม โดยปฏิบัติตามระเบียบของสังคมอย่างเคร่งครัด (Kohlberg, 1976)

สำหรับการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนไทยยุค 4.0 จากข้อมูลที่ศึกษามาสามารถสรุปได้ว่า ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีในปัจจุบันในเรื่องของสื่อออนไลน์เป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในเด็กและเยาวชนไทย และแน่นอนเรื่องของการช่องทางคบหาเพื่อนทางสื่อออนไลน์ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนเก่า เพื่อนใหม่ หรือแม้แต่เพื่อนที่รู้จักกันในสถานพินิจหรือเรือนจำสามารถเข้าถึงได้ง่ายและยากต่อการควบคุม ในการนัด

พบปะกัน หรือแม้กระทั่งการเห็นสินค้ายาเสพติดใหม่ๆ ผ่านสื่อออนไลน์ อีกทั้งเมื่อพ้นโทษออกมาสถานกักกัน และได้กลับไปอยู่กับครอบครัวที่ผู้ปกครองไม่มีเวลาในการดูแลการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน อีกทั้งการใช้ชีวิตกับสภาพแวดล้อมเดิม ประกอบกับการที่พนักงานคุมประพฤติไม่มีเวลาออกไปสอดส่องดูแลระหว่างถูกคุมความประพฤติในสถานพินิจฯ ทำให้เด็กและเยาวชนหวนกลับไปกระทำผิดซ้ำได้โดยง่าย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีกระทำผิดในครั้งแรกแล้วพบว่า การกระทำผิดซ้ำจะมีพฤติการณ์คดีที่ร้ายแรงขึ้น เนื่องจากเด็กเริ่มไตร่ตรองและซังน้ำหนกในการกระทำผิดเพราะเห็นว่าเมื่อกระทำผิดเงื่อนไขคุมประพฤติก็อาจถูกศาลสั่งฝักอบรมได้ จึงเป็นเหตุผลที่ตัดสินใจกระทำผิดซ้ำในลักษณะที่รุนแรงขึ้นเพื่อให้คุ้มกับการที่จะถูกศาล สั่งฝักอบรมอีกครั้ง (Kesawarang, 2018)

แนวทางในการแก้ไข้ปัญหา

จากที่กล่าวมาข้างต้นประเทศไทยคงต้องยอมรับว่าการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าของสังคมออนไลน์เข้ามาเกี่ยวข้อง ส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อการพัฒนาบุคลากรที่สำคัญของชาติในอนาคต ดังนั้นผู้ปกครอง ครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ควรหาแนวทางหรือมาตรการมาพัฒนาหรือแก้ไข้ปัญหาร่วมกัน โดยบทความนี้ขอเสนอแนวทางการแก้ไข้ปัญหาดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมในเชิงบำบัดร่วมกับทีมสาธารณสุขหรือทีมจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในการทำภาคีเครือข่ายสุขภาพ เครือข่ายชุมชน สถานศึกษาและทุกภาคส่วนในการจัดทำโปรแกรม ที่สามารถช่วยลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เด็กและเยาวชนกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติด โดยนำแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของ Kohlberg (1976) เพื่อเน้นให้เด็กและเยาวชนได้มีการปลูกฝังค่านิยมในการรู้จักความดี ความซื่อของมนุษย์ มาใช้วางรูปแบบปรับในการเรียนการสอนในสถานศึกษา ตั้งแต่วัยก่อนเรียนจนเข้าสู่วัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งเป็นการ

มุ่งพัฒนาอัตมโนทัศน์ที่ดีให้เกิดขึ้นในเด็กและเยาวชน อีกทั้งการพัฒนาโปรแกรมในเชิงบำบัดร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพยังมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การช่วยสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็กในสถานพินิจฯ ได้ทำวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research) จะช่วยพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อเด็กและเยาวชนในยุค 4.0 เพื่อป้องกันการหวนกลับไปกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดอีก

2. การส่งเสริมทักษะชีวิตและการเผชิญปัญหาให้กับเด็กและเยาวชนที่เคยกระทำผิดคดียาเสพติดโดยมีครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อเป็นกำลังใจให้กับเด็กและเยาวชนที่มีความตั้งใจในการเลิกเสพยาหรือการค้าขายยาเสพติด ในขณะที่กลับมาอยู่กับครอบครัวและได้รับการติดตามโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลดีที่ไม่ให้เด็กและเยาวชนไม่กลับไปกระทำผิดซ้ำ คือ การทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันในครอบครัว การมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้ความคิดเห็นร่วมกัน การทำกิจกรรม เช่น เล่นกีฬา การทำงานอดิเรก เป็นต้น โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุน จะช่วยให้เด็กและเยาวชนเห็นคุณค่าของครอบครัวและมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น ไม่หวนกลับไปทำสิ่งผิดและส่งผลให้เกิดความตั้งใจอย่างต่อเนื่องที่จะพัฒนาทักษะชีวิตของตนเองไม่ให้กลับไปกระทำผิดซ้ำ (Narumol & Weeraporn, 2018)

3. หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนที่เกี่ยวข้องทบทวนเชิงวิชาการถึงด้านมาตรการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในประเทศไทย หรือศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยในการกระทำผิดซ้ำคดียาเสพติดที่มาจากมุมมองของเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดในยุคปัจจุบัน เพื่อนำสู่การหาแนวทางแก้ไข้ปัญหาได้ทันยุคสมัยและนำเสนอวิธีป้องกันการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนในเชิงนโยบายแก่ผู้กำหนดนโยบายของประเทศ

4. ภาครัฐควรทบทวนและกำหนดนโยบายเชิงลึกในการบูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

กระทรวงยุติธรรม โดยมีทีมสุขภาพจิตและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลปัญหาการกลับมากระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของแต่ละภูมิภาค เพื่อวางแผนนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่น่าไปสู่การวางแผนป้องกันปัญหาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนต่อไป

5. สร้างความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาเครือข่ายการติดตามเด็กและเยาวชน โดยสร้างช่องทางการติดตามและดำเนินงานโดยการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก อินสตาแกรมและในยูทูป เป็นต้น การเพิ่มพลังใจในเด็กและเยาวชนโดยสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การเชิดชูคนที่กระทำดีเพื่อเป็นโมเดลแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กและเยาวชนยังที่กระทำผิดเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถดำรงชีวิตร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคมได้ เพื่อมุ่งหวังให้สามารถสร้างงาน สร้างอาชีพ สร้างอนาคตที่ดี

6. ครอบครัว ควรมีเวลาเอาใจใส่และสนใจในเด็กและเยาวชนเมื่อได้กลับมาอยู่ในสังคม ควรให้กำลังใจ สนับสนุนโอกาสทางการศึกษา การสร้างอาชีพ กิจกรรมที่สนใจไม่ทำให้ไปหมกมุ่นในสังคมออนไลน์ที่มากเกินไป สุ่มเสี่ยงต่อการคบเพื่อนไม่ดี หรือการซื้อขายยาเสพติดผ่านสื่อออนไลน์ เพราะฉะนั้นการเล่นอินเทอร์เน็ตหรือสื่อออนไลน์ควรอยู่ในสายตาของผู้ปกครอง นอกเหนือจากนี้สังคมรอบข้าง เพื่อน ชุมชนควรให้โอกาสแก่เด็กและเยาวชนที่หลงผิด ไม่แสดงท่าทีรังเกียจหรือไม่อยากคบค้าสมาคม ควรเปิดโอกาสให้เขามีบทบาทในชุมชนและสังคม ชักชวนร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคม เช่น การเป็นตัวแทนเล่นกีฬาในหมู่บ้าน การช่วยกลุ่มเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครหมู่บ้านรณรงค์เมาไม่ขับ การเล่นดนตรี เป็นต้น หรือตั้งศักยภาพในการใช้สื่อทางออนไลน์ของเด็กและเยาวชนมาช่วยสร้างสื่อความรู้เรื่องภัยจากยาเสพติด เพื่อใช้แนะนำรุ่นน้องหรือเด็กรุ่นหลัง อีกทั้งเป็นการสร้างคุณค่าให้กับเด็กและเยาวชนหรือเป็นเวทีแห่งการแสดงศักยภาพให้บุคคลรอบข้างเกิดการยอมรับและช่วยให้เขาเหล่านั้นไม่กลับไปกระทำผิดซ้ำได้อีกทางหนึ่ง

บทสรุป

การกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดของเด็กและเยาวชนในสังคมไทยยุค 4.0 เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยในหลายด้านดังนั้นเพื่อมุ่งเน้นการจัดการปัญหาทุกภาคส่วนควรเห็นความสำคัญและร่วมมือวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กและเยาวชนที่มีการกระทำผิดซ้ำหรือการส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษาในรายที่มีการเสติดร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อจะไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสอดส่องพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับยาเสพติด และช่วยกันหาแนวทางการป้องกันร่วมกับทีมสุขภาพทีมการปกครองท้องถิ่นทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจแลหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและนำไปสู่การแก้ไขในเชิงยุทธศาสตร์ระดับท้องถิ่นและจังหวัดอันจะเป็นแนวทางการสร้างสุขภาวะในการจัดการดูแลปัญหาเด็กและเยาวชนรวมทั้งช่วยฟื้นฟูกลุ่มเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้ซึ่งถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญต่อการพัฒนาชาติที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Aphiwut, N. (2017). *The Measure of Punishment in Case of Recidivism of Juvenile Delinquent in Drug Trafficking* (Master's thesis, Sripatum University). (In Thai)
- Boonchai, N., Boonma B., Phutthiphong T., Rattiya T., Chirangkun K., & Nantarangsi K. (2004). *Development of juvenile care systems in juvenile observation and protection centers: Situation analysis*. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI). (In Thai)

- Center for Drug Prevention and Suppression of the Department of Mental Health. (2016). *Statistics of treatment and system reporting*. Retrieved from www.nccd.go.th. (In Thai)
- Chawalit, K. (2015). Factor Influences Narcotic Addition in Female Student, Kalasin Province. *Phetchabun Rajabhat Journal*, 17(1), 54-62. (In Thai)
- Decha, S. (2012). Children and Influence of Family. *Journal of Law* 3, 12-17. (In Thai)
- Department of Juvenile Observation and Protection. (2014). *Annual Report 2014: Case Statistics*. Bangkok: Information Technology Center Department of Juvenile Observation and Protection. (In Thai)
- Department of Juvenile Observation and Protection. (2018). *Departments and locations*. Retrieved from <http://www2.djop.moj.go.th/location/office?start=75> (In Thai)
- Department of Juvenile Observation and Protection. (2016). *The offense of drug-related offense that has been prosecuted by juvenile observation and protection centers nationwide Classified by drug type*. Retrieved from http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_FullScreen.aspx?reportid=106&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=45 (In Thai)
- Department of Health. (2018). *Toxic effects of cybutamines*. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th/Content/43548.html>. (In Thai)
- Edwin, H. S. (1985). *White Collar Crime: The Uncut Version*. London: Yale University Press.
- Food and Drug Administration. (2017). *FDA recommends parents closely monitor their children after Finding youth ordering drugs through the media*. Retrieved from <https://db.oryor.com/Databank/data/news/brochurenews>.
- Information Technology Center of Department of Juvenile Observation and Protection. (2015). *Report of juvenile delinquents who have returned to the probation center for recidivism in drug-related cases*. Retrieved from http://www.djop.go.th/Djop/main.php?page=UserNews&created_by=81 (In Thai)
- Internet foundation of Child Online Protection Action Thailand (COPAT). (2019). *A Survey of Situation of Online Media Use and Child Hazard of Year 2019*. Retrieved from <https://inetfoundation.or.th/Welcome/showmedia?id=138> (In Thai)
- Kanchana, K. (2012). *The development of a recidivism prevention on drug users model: a case study of the juvenile observation and protection department* (Doctoral dissertation, Silpakorn University). (In Thai)
- Kesawang, C. (2018). *Abstract: Factors influencing the recidivism of children and youth living in While being probationed in Central Observation and Protection Center*. Retrieved from <https://madlab.cpe.ku.ac.th/TR2/?itemID=473437>. (In Thai)
- Kohlberg, L. (1976). *"Moral Stages and Moralization"; The Cognitive Development Approach, in Moral Development and Behavior: theory*. New York: Holt Rinehart and Winston.

- Nation New Bureau of Thailand. (2019). *Special report: The situation of drug epidemic, drug market, policy for reducing the harm caused by drug*. Retrieved from <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG190924183508847> (In Thai)
- Narumol, M., & Weeraporn, S. (2018). The Effectiveness of the Life Skill Promoting Program and Family Participation on Life Skills Development and Intention to Quit Using Illicit Drug Among Juvenile Under Supervision by the Venue of Youth Observation and Protection. *Nursing Journal*, 45(2), 88-98. (In Thai)
- Office of the Narcotics Control Board. (2019). *Prevention action plan Suppress and treat drug abuse in 2019*. Retrieved from <https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities.pdf>. (In Thai)
- Pimpisa, C., Apinun, A., Penprapa S., & Samran, K. (2017). Prevalence of Substance Used, and Association between Substances Used with Sensation Seeking among Vocational Students. *Nursing Journal*, 44(2), 173-181. (In Thai)
- United Nations General Assembly Special Session. (2016). *The UN General Assembly Special Session on Drugs*. Retrieved from <https://idpc.net/policy-advocacy/the-un-general-assembly-special-session-on-drugs-ungass-2016>
- Tawan, C. (2014). Factors Influencing the Recidivism of Youth in order to find ways to develop youth after release. *Journal of Pathum Thani University*, 34(6). (In Thai)
- Yanisha, S. (2016). *Causes and behaviors of juvenile delinquency: A case study of causes and behaviors of offenders (SKOI)*. (Master's thesis, Rangsit University). (In Thai)



พยาบาลสาร : Nursing Journal

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

