



พยาบาลสาร : Nursing Journal

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



วารสารพยาบาล Nursing Journal

ปีที่ 47 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2563 • Nursing Journal volume 47 No.3 July-September 2020

ISSN 0125-5118

ที่ปรึกษา (Consultant)

ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล
Wipada Kunaviktikul, PhD, RN, FAAN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ มีสุขโข
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 Hanucharunkul, PhD, RN

อธิตนายกสภาการพยาบาล
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.รุจา ภูไพบูลย์
Rutja Phuphaibul, DNS, RN
ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์
Veena Jirapaet, PhD, RN
ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี ฟองแก้ว
Warunee Fongkaew, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา เขาวลิต
Aranya Chaowalit, PhD, RN
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
Phechnoi Singchugcha, PhD, RN
ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ตะปินตา
Darawan Thapinta, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร

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 รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา บุญยะลีพรรณ	Faculty of Nursing, Khon kaen University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Suwanna Boonyaleepun, PhD, RN รองศาสตราจารย์. ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา	Faculty of Nursing, Khon kaen University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Kannika Kantaruksa, PhD, RN รองศาสตราจารย์. ดร. นัทธมน วุฒานนท์	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nuttamon Vuttanon, PhD, RN รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช ชูโต	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Piyanut Xuto, PhD, RN, APN รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Pimpaporn Klunklin, PhD, RN รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Wanchai Lertwatthanawilat, PhD, RN รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี วรกิจพูนผล	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Patcharee Woragidpoonpol, PhD, RN รองศาสตราจารย์ ดร.อภิรดี นันทศุภวัฒน์	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Apiradee Nantsupawat, PhD, RN ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธากรณ์	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Weeraporn Suthakorn, PhD, RN ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Kwaunpanomporn Thummathai, MSC, RN ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณช กิตสัมบันท์	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Varanut Kitsumban, PhD, RN ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nattaya Suwankruhasn Ph.D, RN ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Benjamas Suksatit, PhD, RN, APN ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณธรรม จรุงโรจน์สกุล	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Waruntorn Jongrungsrotsakul, PhD, RN ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา มีชำนาญ	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chutima Meechamnan, PhD, RN ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Piyaporn Prasitwattanaseree, MP.H., RN ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รตอ.หญิง อมรรักษ์ งามสวย	Faculty of Nursing, Chiang Mai University คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Amornrat Ngamsuoy Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University 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 Manila, 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 วรณิดา สอนกองแดง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Wannita Sonkongdang, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางอนุสรา ต๊ะพรหม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Anusra Thaprom	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวชลลดา กองสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chonlada Kongsook	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาววิรัช วิกะศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Warisa Wikasillp	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางมารีสา คุปตารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Marisa Guptarak	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นายสุพจน์ เชื้อวชาญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Supoj Cheiwchan	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวพรธิดา 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 ทั้งบทความที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่เคยอยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น 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 และตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 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. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมด 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 และ ไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
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. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

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

4. กองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรตีพิมพ์ จะดำเนินการจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบคุณภาพของบทความ ว่าเหมาะสมที่จะลงตีพิมพ์หรือไม่ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่น 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 ใคร่ขอความร่วมมือท่านผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

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 และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การใช้ อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐานยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น 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) เขียนเนื้อหาขอบทความได้แก่ความสำคัญ 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) โดยมีหลักเกณฑ์การลงรายการการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในรายชื่อเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม

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. ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการขอส่งบทความผ่านทางหน้าเว็บไซต์ 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

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก	1
Factors Related to Uncertainty in Illness Among Caregivers of Children with Seizures	

สุธิศา	ล่อมช้าง	Suthisa	Lamchang
วรรณิตา	สอนกองแดง	Wannita	Sonkongdang
เพชรภรณ์	ศิริทรัพย์	Petcharaporn	Sirisub
ปรีชา	ล่อมช้าง	Preecha	Lamchang

ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต	14
Anticipatory Grief and Coping Among Parents with Children Transitioning into Palliative Care in Critical Care Units	

สุวิมล	ดรณรงค์มี	Suwimol	Daroonratsamee
จุฑารัตน์	มีสุขโข	Jutarat	Mesukko
ศรีมณา	นิยมคำ	Srimana	Niyomkar

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด	27
Factors Related to Management Behaviors Among Caregivers of Children with Asthma	

อรอนงค์	ชาวส์าน	Onanong	Chawsarn
อุษณีย์	จินตะเวช	Usanee	Jintrawet
สุธิศา	ล่อมช้าง	Suthisa	Lamchang

ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครั้งแรก	40
Effect of Social Support on Fear of Childbirth Among Primiparous Parturients	

นิตยา	พรมกันทา	Nittaya	Promkunta
ฉวี	เบาทรง	Chavee	Baosoung
นันทพร	แสนศิริพันธ์	Nantaporn	Sansiriphun

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก	50
Pregnancy-related Anxiety, Risk Knowledge, and Pregnancy Risk Perception Among Advanced Age Pregnant Women	

ปิ่นอนงค์	พิมพ์สุวรรณ	Pinanong	Pimsuwan
ฉวี	เบาทรง	Chavee	Baosoung
นันทพร	แสนศิริพันธ์	Nantaporn	Sansiriphun

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 61

Effect of Imagery Relaxation Training on Stress Among Pregnant Women with Preterm Labor

มยุรฉัตร	ตันตรา	Mayurachat	Tantra
บ้งอร	ศุภวิทิพัฒนา	Bungorn	Supavititpatana
นงลักษณ์	เฉลิมสุข	Nonglak	Chaloumsuk

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง 73

Factors Related to Fatigue Among Expectant Fathers Having Wives with High-risk Pregnancy

สิรวรรณ	กรุณา	Sirawan	Karuna
นันทพร	แสนศิริพันธ์	Nantaporn	Sansiriphun
ฉวี	เบาทรวง	Chavee	Baosoung

การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับนักศึกษาพยาบาลนานาชาติ 84

Development of a Multimedia Electronic book: The Clinical Practice Manual on Breastfeeding Promotion for International Nursing Students

สุสัณหา	อิมแย้ม	Susanha	Yimyam
นุชนาท	สุพรรณอุดม	Nutchanat	Suphan-udom

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท 97

Factors Related to Shared Decision Making Needs Regarding Medical Treatments of Critically Ill Neurological Patients' Families

จิตาภา	พลายกล้า	Jidapa	Plyklum
นิตยา	ภิญโญคำ	Nittaya	Pinyokum
มยุลี	สำราญญาติ	Mayulee	Somrarnyart

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบต่อระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 109

Effects of Paslop dancing exercise program on blood pressure and body mass index for people living with hypertension

ยุพดี	ทีปะลา	Yupadee	Teepala
ยูวงค์	จันทรวิจิตร	Yuwayong	Juntarawijit
รัตนภาวรรณ	อู่ยนาศ	Ratanachadawan	yunak

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4

Factors Discriminating Overweight and Normal Weight Among Troops in the 4th Infantry Brigade

วิศรุ

ยูยงค์

เอี่ยมพร

สามสี

จันทร์วิจิตร

หลินเจริญ

Witsarut

Yuwayang

Aumporn

Samsee

Juntarawijit

Linjarean

122

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

Factors Related to Critical Care Nurses' Practices Regarding Weaning from Mechanical Ventilator

อิสรา

นิตยา

จิราภรณ์

โยริยะ

ภิญโญคำ

เตชะอุดมเดช

Esara

Nitaya

Chiraporn

Yoriya

Pinyokham

Tachaudomdach

133

อุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี: มุมมองของบุคลากรทางสุขภาพ

Barriers to readiness for hospital discharge in liver cancer and cholangiocarcinoma patients post invasive percutaneous transhepatic biliary drainage: Perspectives of Health Care Provider

ชนิษฐา

ลลิตา

รัตนกัลยา

นพคุณ

Kanittha

Lalida

Rattanakanlaya

Noppakun

146

ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

Effect of Gum Chewing on Bowel Function Recovery in Post Abdominal Surgery Patients

วราภรณ์

นัทธมน

วราวรรณ

วงศ์เรือง

วุทธานนท์

อุดมความสุข

Waraporn

Nuttamon

Warawan

Wongruang

Vuttanon

Udomkhamsuk

157

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Development of Empowerment Program for Patients with Osteoarthritis of Knees

อภิชาติ

พิกุล

จันทร์ฉาย

ภาคโอสถ

พรพิบูลย์

โยธาใหญ่

Apichat

Pikul

Chanchai

Kardosod

Phornphibul

Yothayai

168

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ Development of Nursing Practice Guidelines for Prevention of Infections in Prisons	181
ศรีแพร ม่วงแย้ม อะเคื้อ อุณหเลขกะ นงค์คราญ วิเศษกุล Sriphrae Moungyam Akeau Unahalekhaka Nongkran Viseskul	
การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้ รับยาเคมีบำบัด Development of Smartphone Application in Preventing Infection for Caregivers of Children with Cancer Receiving Chemotherapy	192
ศรินันท์ ยิ้มโกศล วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ เอกรัฐ บุญเชียง วรารณณ์ บุญเชียง Sirinan Yimkosol Lertwatthanawilat Boonchieng Boonchieng	
การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ Practices of Surgical Site Infection Prevention Among Registered Nurses	204
แสงโสม ทรัพย์มนตรี นงเยาว์ เกษตรภิบาล นงค์คราญ วิเศษกุล Seangsom Supmontri Kasatpibal Viseskul	
การใช้สื่อสังคมออนไลน์และพฤติกรรมการดื่มสุราในนักศึกษามหาวิทยาลัย Online Social Media Use and Alcohol Drinking Behaviors Among University Students.	215
จิรภา แก้วเขียว หรรษา เศรษฐบุปผา ดาราพรรณ ตะปินตา Jeerapa Kaewkiaw Sethabouppha Thapinta	
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาล สวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ Effectiveness of Implementing the Cognitive Recovery Program Among Older Patients with Schizophrenia, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province	228
ลีลาวดี ตริศักดิ์ ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ วรณูช กิตสัมบันท์ Leelawadee Treesak Tungpunkom Kitsumban	

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

สัมพันธภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช 240

Family Relationships and Suicidal Risks of Clients Receiving Services at Mental Health and Psychiatric Clinic.

สุกัญญา	เมืองมาคำ	Sukanya	Muangmakham
สมบัติ	สกุลพรรณ	Sombat	Skulphan
हररชา	เศรษฐบุพผา	Hunsa	Sethabouppha

ประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตนเองของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ 253

Effectiveness of Self-regulation Program Among Male Adolescents in Regional Juvenile Vocational Training Centre 7, Chiang Mai Province

อัครชัย	อรุณเหลืออง	Aukarachai	Aroonlueng
ภัทรภรณ์	ทุ่งปันคำ	Patraporn	Tungpunkom
हररชา	เศรษฐบุพผา	Hunsa	Sethabouppha

การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ 267

Social support and health behavior of the elderly of the elderly club of Sungmen District, Phrae Province

จิรนนท์	วงศ์สุวรรณ	Jiranan	Suriya
ศิริพร	อึ้งวัฒนา	Siwaporn	Aungwattana
สุกฤตา	สวนแก้ว	Sukrita	Suankaew

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย 277

Effects of a Self-Management Program on Health Behaviors of Employees at the Electricity Generating Authority of Thailand

จิราภา	ศรีนุกูล	Jirapa	Srinukool
ศิริพร	อึ้งวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana
วรภรณ์	บุญเชียง	Waraporn	Boonchiang

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยต่อการปฏิบัติการลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวในสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน **288**

Effects of the Buddhist-based Weight Loss Program on Weight Loss Practices and Bodyweight Among Overweight Novice Monks

ภัญญู	สุภาดา	Paranyu	Supata
คิพร	อึ้งวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana
เดชา	ทำดี	Decha	Tamdee

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายต่อความรุนแรงของโรค ในผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ที่เป็นข้อเข่าเสื่อม **300**

Effects of Exercise Self-Management Program on Disease Severity Among Adults with Knee Osteoarthritis

ศุภาดา	บุญติ	Supada	Boonti
รังสิยา	นารินทร์	Rangsiya	Narin
คิพร	อึ้งวัฒนา	Siwaporn	Aungwatana

ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อความรู้และการปฏิบัติ ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ **314**

Effects of Participatory Learning of Family Members on Knowledge and Practice in Dietary Preparation for Older Persons with Uncontrolled Hypertension

โอภาส	ประมุขสิน	O-pas	Pramoonsin
เดชา	ทำดี	Decha	Tamdee
คิพร	อึ้งวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana

การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล ในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ **327**

Nursing Shared Governance as Perceived by Nurses in the Private Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

เจษฎา	เทพศิริ	Jessada	Thepsiri
เพชรสนิย์	ทังเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat

การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาล **339**

Development of Patient Positioning Electronic Book For Nurse Anesthetists

ปาริชาติ	ขุนวิทยา	Parichad	Khunwittaya
เพชรสนิย์	ทังเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

คุณภาพชีวิตการทำงานและแนวทางส่งเสริมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน Quality of Work Life and Guidelines to improve of Nurses in a Private Hospital	351
สุภารัตน์ ประมวล อรอนงค์ กุลวดี Suparat Ornanong Kulwadee Pamual Wichaikhum Abhicharttibutra	
สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล Safety Leadership Competencies of Chief Nurses In Anesthesia Units	363
กรภัทร เพชรน้อย นฤมล พวงทอง สิงห์ช่างชัย ปทุมารักษ์ Koraphat Phechnoy Narumon Puangthong Singchungchai Pathumarak	
ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาตตระการ จังหวัดพิษณุโลก Activity-Based Costing of Services in Inpatient Ward, Chattrakan Hospital, Phitsanulok Province	376
จารวี จิตติณัฐ บุญพิชชา ขำนิ่ม อัครเดชอนันต์ จิตต์ภักดี Jarawee Thitinut Bunpitcha Khumnim Akkadechanunt Chitpakdee	
การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ Quality Improvement of Discharge Planning for Patients with Acute Myocardial Infarction in Cardiac Care Unit, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province	389
บานเย็น จิตติณัฐ สมใจ ไชยรินทร์ อัครเดชอนันต์ ศิระกมล Banyen Thitinut Somjai Chairin Akkadechanunt Sirakamon	
การรับรู้ของพยาบาลต่อการจัดการความรู้ของศูนย์ศรัพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Perception of Nurses Regarding Knowledge Management of Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University	400
ผกาพันธ์ อรอนงค์ กุลวดี มลิวัลย์ วิชัยคำ อภิชาติบุตร Pakapan Orn-Anong Kulwadee Maliwan Wichaikhum Abhicharttibutra	

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก **408**

Development of a Competency Framework for Registered Nurses in Social Medicine Department: A Case Study of Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital, Tak Province

สุพัตรา	แจ่มตระกูล	Supattra	Chaemtrakul
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra

การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก **418**

Development of a Registered Nurse Competency Framework, Cardiothoracic Intensive Care Unit, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

สุพัตรา	พูนุช	Supattar	Pullnuch
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra

Psychological Contract of Nurses in the University Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China **431**

พันธะด้านจิตใจของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัดยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน

คุยหลาน	ฮู	Qiulan	Hu
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul

Burnout and Empathy of Nurses in Affiliated Hospitals of Kunming Medical University, the People's Republic of China **447**

ความเหนื่อยหน่ายและความเห็นใจผู้อื่นของพยาบาลในโรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน

ตู๋	เซว่เล่ย์	Du	Xuele
จิตติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee

สารบัญ

บทความวิชาการ

หน้า

การพยาบาลในเด็กที่มีภาวะความดันโลหิตเลือดปอดสูง

460

Nursing Care in Children with Pulmonary Hypertension

อุษณีย์	จินตะเวช	Usanee	Jintrawet
พิมพาภรณ์	กลั่นกลิ่น	Pimpaporn	Klunklin
อัจฉราพร	ศรีภูษณาพรรณ	Achraporn	Sripusanapan

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

469

Nursing Intervention for Improving Nutritional Status in Older Persons

ฐิตินันท์	ดวงจินา	Thitinan	Duangjina
ศิริรัตน์	ปานอุทัย	Sirirat	Panuthai

บทบรรณาธิการ

พยาบาลสารฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปีที่ 47 วารสารฉบับนี้ได้นำเสนอเนื้อหาผลงานวิจัยที่หลากหลายประเด็นมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีผลดี: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับนักศึกษาพยาบาลนานาชาติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท อุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี: มุมมองของบุคลากรทางสุขภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรื้อนจำ ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ ผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยต่อการปฏิบัติลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวในสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาลและบทความวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ ได้แก่ Psychological Contract of Nurses in the University Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China และ Burnout and Empathy of Nurses in Affiliated Hospitals of Kunming Medical University, the People's Republic of China นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับ การพยาบาลเด็กที่มีภาวะความดันโลหิตเลื้อดปอดสูง และการพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความวิจัยและบทความวิชาการจะเป็นประโยชน์สำหรับทุกท่าน ขอขอบคุณทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาตีพิมพ์กับพยาบาลสารของเราและทางกองบรรณาธิการจะยังคงมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้มีมาตรฐานสู่ระดับสากลต่อไป



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก Factors Related to Uncertainty in Illness Among Caregivers of Children with Seizures

สุธิศา	ลำมช้าง *	Suthisa	Lamchang *
วรรณิตา	สอนกองแดง **	Wannita	Sonkongdang **
เพชรภรณ์	ศิริทรัพย์ ***	Petcharaporn	Sirisub ***
ปรีชา	ลำมช้าง ****	Preecha	Lamchang ****

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักอาจเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 85 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการชัก แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .87, .80, และ .81 ตามลำดับ) และแบบสอบถามความรุนแรงของโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 87.86, SD = 12.32) ความรู้สึกไม่แน่นอนในแต่ละด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 37.93, SD = 5.95) ความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 24.83, SD = 5.32) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ($\bar{X}$ = 15.06, SD = 2.35) และการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์ของโรค ($\bar{X}$ = 10.07, SD = 2.80) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

2. ความรู้เกี่ยวกับอาการชักของผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 2 ความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย (r = - 0.21, p < .05 และ r = - 0.29, p < .01 ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมและความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 1 ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย (r = - 0.36,

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, wannita.s@cmu.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

*** Professional Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Province, petchasiri1499@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 7 มกราคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 15 ตุลาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 13 พฤศจิกายน 2562

$p < .01$ และ $r = -0.38$, $p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาลควรประเมินและลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก รวมทั้งพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาการชักและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย, ผู้ดูแล, เด็กที่มีอาการชัก

Abstract

Caregivers of children with seizures may experience uncertainty in illness. This correlational descriptive study aimed to describe the uncertainty, and factors related to uncertainty in illness among caregivers of children with seizures. The sample consisted of 85 caregivers of children with seizures aged 1 month to 15 years at the outpatient department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital between July and August 2019, who met the eligibility criteria. The research instruments included; the Parent Perception of Uncertainty in Illness Scale, the Knowledge about Convulsion Questionnaire, the Social Support Scale (The reliability of the instruments were .87, .80, and .81 respectively), and the Severity of the Illness Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and Spearman's rank-order coefficient.

The results revealed that:

1. Overall, caregivers of children with seizures had a moderate level of uncertainty about regarding their children's illness ($\bar{X} = 87.86$, $SD = 12.32$), as well as in each dimension of uncertainty; Ambiguity about the illness state ($\bar{X} = 37.93$, $SD = 5.95$); lack of clarity about the illness state ($\bar{X} = 24.83$, $SD = 5.32$); lack of information about an illness, its treatment and management ($\bar{X} = 15.06$, $SD = 2.35$); and unpredictability of the course of the illness course and prognosis ($\bar{X} = 10.07$, $SD = 2.80$).

2. There were significant low negative relationships between uncertainty dimension 2 (lack of clarity about the state of the illness) with knowledge about convulsions and social support ($r = -0.21$, $p < .05$ and $r = -0.29$, $p < .01$ respectively). There were significant moderate negative relationships between social support and uncertainty overall, as well as between social support and uncertainty dimension 1 (ambiguity concerning the state of the illness), ($r = -0.36$, $p < .01$ and $r = -0.38$, $p < .01$ respectively).

The results of this study provide basic information that nurses should evaluate and reduce uncertainty levels in illness among caregivers of children with seizures, including providing seizures knowledge and social support for caregivers in order to help them feel less uncertain in the illness.

Keywords: *Related factor, Uncertainty in illness, Caregiver, Children with seizure*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการชัก (seizure) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์ประสาท โดยสมองปล่อยกระแสประสาทมากผิดปกติและพร้อมๆ กันจากสมองจุดใดจุดหนึ่งหรือสมองทั้งหมด ซึ่งเด็กจะเป็นโรคลมชัก (epilepsy) หากมีอาการชักอย่างน้อย 2 ครั้ง และมีอาการชักห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง (Unwong, 2016) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2019 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 50 ล้านรายทั่วโลก ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั่วโลกที่มีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้ง และเกือบร้อยละ 80 ของประชากรที่เป็นโรคลมชักพบในประเทศที่เศรษฐกิจระดับต่ำถึงปานกลาง และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 2.4 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2019) จากการศึกษาของ Chung, Wat, & Wong (2006) ในแต่ละปีพบอุบัติการณ์การเกิดอาการชักในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ร้อยละ 35 จากประชากรทั้งหมด 31,700 ราย และการติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ทั้งหมด 565 ราย มีอาการชักจากซ้ำจำนวน 103 ราย และมีอัตราการเกิดอาการชักซ้ำสูงขึ้นในระยะเวลา 1, 2 และ 3 ปี จาก ร้อยละ 12.7, 18.7 และ 20.5 ตามลำดับ จากการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2559 พบเด็กป่วยที่มีอาการชักในประเทศไทยในภาคเหนือ ร้อยละ 61.79 ภาคกลาง ร้อยละ 47.67 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 51.29 และภาคใต้ ร้อยละ 53.36 และในภาคเหนือมีรายงานจำนวนมากที่สุด ซึ่งในจังหวัดเชียงใหม่พบเด็กที่มีอาการชักจำนวน 1,175 ราย แม้ว่าเด็กที่มีอาการชักจะมีจำนวนไม่มาก แต่เด็กกลุ่มนี้จะมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องได้รับยาเพื่อควบคุมอาการชักต่อเนื่องจนกว่าเด็กจะไม่มีอาการชักอย่างน้อย 2 ปี (Unwong, 2016)

อาการชักในเด็กจะแตกต่างกันขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เป็นจุดเริ่มของพยาธิสภาพและการกระจายของกระแสประสาทที่ผิดปกติ (WHO, 2019) อาการชักเป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง การรับรู้สติลดลง พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว

เปลี่ยนแปลง (Friedman & Sharieff, 2006) เมื่อเด็กอายุมากขึ้นอาจมีความคับข้องใจ โดยเฉพาะช่วงที่ถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ กลัวว่าตนเองจะชักและได้รับบาดเจ็บขณะชัก และไม่กล้าที่จะอยู่ตามลำพัง (Kerr, Nixon, & Angalakuditi, 2011) เด็กอาจไม่สามารถเผชิญปัญหาด้วยตนเอง ปรับตัวได้ช้ากว่าเด็กปกติและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Yagil & Skura-Elimeleh, 2012)

อาการชักในเด็กเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยเฉพาะบิดามารดาต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรโรคลมชัก ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง หรือดูแลตนเองลดลง (Modi, 2009) ผู้ดูแลเชื่อว่าอาการชักเป็นเหตุการณ์น่าตื่นตระหนก กังวลว่าเด็กจะเป็นโรคลมชักในอนาคต และกลัวเด็กจะตาย (Flury, Aebi, & Donati, 2001) จากการศึกษาของ Kayserili, et al. (2008) พบว่า ผู้ดูแลคือบิดามารดาไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรขณะที่เด็กชักและกังวลว่าเด็กจะเป็นโรคลมชักในอนาคต อนึ่งรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กที่เกิดขึ้นความกลัวการเกิดอาการชักซ้ำ ความเครียด ความหวุ่นวิตก หรือความวิตกกังวลมากเกินไป ทำให้ผู้ดูแลใช้ชีวิตประจำวันนอกบ้านและพบปะผู้คนลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและคุณภาพในการดำเนินชีวิตลดลง (Mcnelis, Buelow, Myers, & Johnson, 2007)

จากแนวคิดของ Mishel (1988) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) หมายถึงการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย (ambiguity concerning the state of the illness) 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ (complexity regarding treatment and system of care) 3) การขาดข้อมูลการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (lack of information about the diagnosis and seriousness of the illness) และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค (unpredictability of course of the

disease and prognosis) และจากการศึกษาของ Murray (1993) เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่ควบคุมอาการชักไม่ได้ พบว่า ผู้ดูแลมีประสบการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนใน 5 ด้าน คือ 1) การวินิจฉัย 2) สาเหตุ 3) กิจกรรมเกี่ยวกับอาการชัก 4) การรักษา และ 5) การพยากรณ์โรคและการศึกษาของ Webster (2019) เกี่ยวกับวงจรของความรู้สึกไม่แน่นอนจากประสบการณ์ของบิดามารดาของเด็กโรคลมชัก โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า บิดามารดาอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการและอาการแสดงจะขึ้น 3 ลักษณะ คือ ระยะเวลาของการชัก ความรุนแรงของการชักซ้ำ และความเสี่ยงการเกิดอาการชักซ้ำของเด็ก เนื่องจากอาการชักของเด็กอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการชักจะเกิดขึ้นเมื่อใด เป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลไม่ได้วางแผนล่วงหน้าและต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอาการของเด็ก การตรวจรักษาที่เด็กได้รับ ผู้ดูแลอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาไม่เพียงพอ และอาจมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยใน 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบของการดูแล 3) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา ผลข้างเคียง และการจัดการ และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค

อนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยบุคคลได้แก่ กรอบสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบดังนี้ (Mishel, 1988) 1) แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย (symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมายประเมินจากจำนวนครั้งที่เกิดอาการ ความรุนแรงของอาการความถี่ของการเกิดอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการและตำแหน่งที่เกิดอาการ 2) ความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (event familiarity) หมายถึง เหตุการณ์นั้นเป็นความเคยชิน เกิดขึ้นซ้ำ ๆ หรือเป็นที่ยอมรับ เมื่อบุคคลเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ก็จะเชื่อมโยงความ

จำเดิม ทำให้สามารถเข้าใจความหมายหรือคาดเดาเหตุการณ์ได้ หากต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ เช่น กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ไม่คุ้นเคยหรือสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนมากขึ้น และ 3) ความสอดคล้องกันของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความจริง (event congruence) หมายถึง ความสอดคล้องของความคาดหวังกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนจะเกิดขึ้น หากสถานการณ์นั้นไม่สามารถทำนายได้ เมื่ออาการและความเจ็บป่วยรุนแรงหรือความเอาใจใส่จากบุคลากรทีมสุขภาพและระบบการดูแลไม่ได้ตามที่คาดหวัง

นอกจากนี้จากแนวคิดของ Mishel (2014) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กรอบสิ่งกระตุ้น คือความสามารถในการรู้คิด (cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถในการประมวลผลข้อมูลของแต่ละบุคคล เช่น ถ้าบุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับไข้ การติดเชื้อ ความปวดลดลง ความชัดเจนของปัจจัยกรอบสิ่งกระตุ้นจะลดลงเป็นผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน อย่างไรก็ตามเมื่อความสามารถในการรู้คิดเพียงพอ แต่ปัจจัยกรอบสิ่งกระตุ้นขาดแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วยที่ชัดเจนขาดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์และความสอดคล้องกันของเหตุการณ์ อาจนำไปสู่การขาดข้อมูล ข้อมูลซับซ้อน ข้อมูลมากเกินไป และข้อมูลขัดแย้ง และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure providers) หมายถึง แหล่งทรัพยากรที่มีเพื่อช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของแบบแผนสิ่งกระตุ้นและช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ได้แก่ การศึกษา (education) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และอำนาจที่น่าเชื่อถือของบุคลากรทีมสุขภาพ (credible authority) การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพมีผลทางตรงกับความ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า อาการชักในเด็กเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ

ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก โดยปัจจัยศึกษาด้านกรอบสิ่งกระตุ้น คือ ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแล และปัจจัยด้านการรู้คิดของผู้ดูแล คือ ความรู้เกี่ยวกับอาการชักและปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ คือ การสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและสามารถให้การดูแลเด็กที่มีอาการชักได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อาการชักในเด็กอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการชักจะเกิดขึ้นเมื่อใด อาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของเด็ก ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อความเจ็บป่วยของเด็กและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยของเด็กได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยของเด็ก ด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยของเด็ก ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของเด็ก และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรค อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังกล่าว ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้เกี่ยวกับอาการชักของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมใน

4 ด้าน ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) คือ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักและหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับอาการชัก การสนับสนุนทางสังคม กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีอาการชักอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นบิดามารดาหรือผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในบ้านกับเด็กและให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เด็กในปกครองเคยมีประวัติชักอย่างน้อย 1 ครั้ง อาจเป็นโรคลมชัก ชักจากไข้สูง หรือ atypical seizure โดยไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ หอบเขียว ความพิการทางสมอง อาการชักต่อเนื่อง เป็นต้น

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 (two-tailed test) อำนาจการทดสอบ (level of power) เท่ากับ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (estimated population correlation [ρ]) เท่ากับ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ อายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ของครอบครัว อาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีอาการชัก และการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการชัก และ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรคของเด็กป่วย อายุ เพศ ประวัติการชัก ลักษณะการชัก ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคลมชัก หรือมีอาการชัก และยาที่เด็กป่วยได้รับในปัจจุบัน

2. แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครอง (Parent Perception of Uncertainty Scale) ของ Mishel (1983) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับโดย Suwannosoth et al. (2004) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 13 ข้อ 2) ความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 5 ข้อ และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรค จำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ คะแนนรวมมีคะแนน 31-155 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กมาก คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กน้อย การแปลผลโดยรวมและรายด้าน และแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

3. แบบสอบถามความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็กตามการรับรู้ของบิดามารดาของ Kapun, Kanthawang, & Jintrawet (2007) มีข้อคำถาม 1 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าด้วยสายตา

(visual analogue scale) แบบเส้นตรงมีเลขกำกับบนเส้นตรง ตั้งแต่ 1-5 แบ่งความรุนแรงตามการรับรู้ของผู้ดูแลเป็น 5 ระดับ จากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการชัก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากใช้สูงพัฒนาโดย Huang, Huang, & Thomas (2006) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับโดย Lamchang, Sriboonyawattana, Nuglor, & Lamchang (2015) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของการชัก การประเมินทางการแพทย์ ความเสี่ยงในการชักซ้ำหรือเป็นโรคลมชัก การได้รับยาควบคุมอาการชัก และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการชัก มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะตัวเลือก คือ จริง ไม่จริง และไม่ทราบ ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูกต้องจะได้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมาก แสดงว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับอาการชักมาก คะแนนรวมน้อย แสดงว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับอาการชักน้อย

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ของ Wattana, Jintrawet, & Lamchang (2018) พัฒนาตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ 9 ข้อ การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า 7 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 10 ข้อ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร 8 ข้อ โดยแต่ละด้านจะมีข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กได้รับร่วมด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับภาษาจากชื่อโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นเด็กที่มีอาการชัก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ให้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการชัก แบบสอบถามความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากการศึกษาที่ผ่านมาแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ และไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการชัก และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 15 ราย โดยมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการชักโดยการหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) จากสูตร KR-20 ได้เท่ากับ .80 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87 และ .81 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีข้อคำถาม 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่าด้วยสายตา จึงไม่ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 076/2019 และ 095/62COA-NUR 076/62 ตามลำดับ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่ม

ตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงเริ่มรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ และผู้วิจัยเตรียมนักศึกษาบัณฑิตศึกษาสาขาวิชาการพยาบาลเด็กที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการพยาบาลและมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยเตรียมเกี่ยวกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แล้วดำเนินการขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แจกแบบสอบถามพร้อมซองเอกสารระบุส่งคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง หลังจากตอบเสร็จแล้วให้ส่งคืนใส่ในซองเอกสารปิดผนึกส่งคืนผู้วิจัย หลังจากตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถาม แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กป่วย ข้อมูลความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับอาการชัก การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาการชัก การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ส่วนข้อมูล

ความรุนแรงของโรคมักมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย พบว่า ร้อยละ 77.9 คือมารดา รองลงมาคือ ร้อยละ 15.1 คือบิดาที่เหลืออีก ร้อยละ 7.0 คือ ญาติได้แก่ ยาย ย่า พี่ชาย มีอายุระหว่าง 21 ถึง 62 ปี อายุเฉลี่ย 36.72 ปี (SD = 8.22) ร้อยละ 81.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.5) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 68.6 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 20,001 บาท ร้อยละ 68.6 มีประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีอาการชัก และร้อยละ 77.9 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการชัก

เด็กป่วยในความดูแล พบว่า ร้อยละ 59.3 เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 3 เดือน ถึง 15 ปี 9 อายุเฉลี่ย 6.4 ปี (SD = 4.33) ร้อยละ 68.5 เป็นโรคลมชัก (epilepsy)

ร้อยละ 65.1 มีอาการชักนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 23.3 มีอาการชักทุกเดือน และ ร้อยละ 11.6 มีอาการชักทุกวัน ร้อยละ 74.4 เคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการชัก ร้อยละ 79.1 ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคลมชัก และยาที่เด็กได้รับในปัจจุบัน ร้อยละ 83.7 ได้รับยากันชัก ร้อยละ 7.0 ได้รับยาลดไข้

ผู้ดูแลเด็กรับรู้ความรุนแรงของโรคจากระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 12.8 20.9 47.7 11.6 และ 7.0 ตามลำดับ

ผู้ดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 87.86, SD = 12.32) และรายด้านคือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 37.93, SD = 5.95) 2) ความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 24.83, SD = 5.32) 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ($\bar{X}$ = 15.06, SD = 2.35) และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์ของโรค ($\bar{X}$ = 10.07, SD = 2.80) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก โดยรวมและรายด้าน (n=85)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน			
	แบบประเมิน	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$ SD	ระดับ
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	31 - 155	53 - 124	87.86	12.32
ปานกลาง				
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรายด้าน	13 - 65	20 - 51	37.93	5.95
ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย				
ปานกลาง				
ความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะ	9 - 45	10 - 39	24.83	5.32
ความเจ็บป่วยปานกลาง				
การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ	5 - 25	9 - 21	15.06	2.35
การรักษาปานกลาง				
การไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและ	4 - 20	4 - 20	10.07	2.80
การพยากรณ์ของโรคปานกลาง				

ความรู้เกี่ยวกับอาการชักของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย อยู่ในระดับต่ำ ($r = -0.21, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม และราย

ด้านคือด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($r = -0.36, p < .01$ และ $r = -0.38, p < .01$ ตามลำดับ) และด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย อยู่ในระดับต่ำ ($r = -0.29, p < .01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้เกี่ยวกับอาการชัก การสนับสนุนทางสังคม กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก ($n=85$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	โดยรวม	ด้านที่ 1	ด้านที่ 2	ด้านที่ 3	ด้านที่ 4
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.04 ^{ns}	.11 ^{ns}	.13 ^{ns}	.14 ^{ns}	-.01 ^{ns}
ความรู้เกี่ยวกับอาการชัก	-.09 ^{ns}	-.16 ^{ns}	-.17 ^{ns}	-.21 ^{ns}	-.06 ^{ns}
การสนับสนุนทางสังคม	-.11 ^{ns}	-.10 ^{ns}	-.36 ^{ns}	-.38 ^{ns}	-.29 ^{ns}

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

ด้านที่ 1 คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย

ด้านที่ 2 คือ ความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย

ด้านที่ 3 คือ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา และ

ด้านที่ 4 คือ การไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรค

ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลที่มีความใกล้ชิด บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม บุคลากรสหวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า

ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมากที่สุดคือ บุคคลที่มีความใกล้ชิด ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรหลาน ได้รับ ร้อยละ 90.7, 83.7, 62.8, และ 80.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก ($n=85$)

การสนับสนุนทางสังคม	ด้านอารมณ์	ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า	ด้านข้อมูลข่าวสาร	ด้านทรัพยากร
บุคคลที่มีความใกล้ชิด	78 (90.7%)	72 (83.7%)	54 (62.8%)	69 (80.2%)
บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม	28 (32.6%)	22 (25.6%)	24 (27.9%)	20 (23.3%)
บุคลากรสหวิชาชีพ	33 (38.4%)	32 (37.2%)	43 (50.0%)	25 (29.1%)
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	9 (10.5%)	4 (4.7%)	5 (5.8%)	5 (5.8%)

การอภิปรายผล

การอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 87.86$, $SD = 12.32$) และความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 1) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า อาการชัก (seizure) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์ประสาทโดยสมองปล่อยกระแสประสาทมากผิดปกติและพร้อมๆ กัน จากสมองจุดใดจุดหนึ่งหรือสมองทั้งหมด อาการชักสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการชักจะเกิดขึ้นเมื่อใด ผู้ดูแลเชื่อว่าอาการชักในเด็กเป็นเหตุการณ์น่าตื่นตระหนก (Kayserili et al., 2008) ผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก กลัวการเกิดชักซ้ำและกลัวว่าโรคจะมีการพัฒนามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Mishel (1988) ที่อธิบายความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) หมายถึง การบุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ เป็นสภาวะการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดโครงสร้างหรือหมวดหมู่ของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยจากการขาดคำแนะนำที่เพียงพอ

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ร้อยละ 68.6 มีประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีอาการชัก และร้อยละ 77.9 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการชัก ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการชักและการจัดการเมื่อเด็กมีอาการชัก แม้ว่า ร้อยละ 68.5 เด็กจะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคลมชัก แต่เด็กป่วยก็ไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤตและมาตรวจตามแพทย์นัด ร้อยละ 83.7 ได้รับยาชักอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมอาการชักของเด็ก โดยพบว่า ร้อยละ 65.1 เด็กมีอาการชักนานๆ ครั้ง สอดคล้องกับแนวคิดของ Mishel (2014)

ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความชัดเจนของปัจจัยรอบสิ่งกระตุ้นจะเป็นผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ซึ่งรอบสิ่งกระตุ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยบุคคล (Mishel, 1988) ประกอบด้วย 1) แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย (symptom pattern) คือ ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย 2) ความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (event familiarity) คือ เหตุการณ์นั้นเป็นความเคยชินเกิดขึ้นซ้ำ ๆ หรือเป็นที่ยอมรับ และ 3) ความสอดคล้องกันของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความจริง (event congruence) คือ ความสอดคล้องของความคาดหวังกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mu (2005) ที่ศึกษาการตอบสนองของบิดามารดาต่อเด็กโรคลมชัก พบว่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.6 ($S.D. = 16.41$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาการชักของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ ($r = -0.21$, $p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม และรายด้านคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($r = -0.36$, $p < .01$ และ $r = -0.38$, $p < .01$ ตามลำดับ) และด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ ($r = -0.29$, $p < .01$) (ตารางที่ 2)

ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า เด็กในปกครองเคยมีประวัติชักอย่างน้อย 1 ครั้ง อาจเป็นโรคลมชัก ชักจากไข้สูง หรือ atypical seizure ร้อยละ 68.6 มีประสบการณ์การดูแล

เด็กที่มีอาการชัก และร้อยละ 77.9 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการชัก ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการชักและการดูแลเด็ก ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยจึงลดลง สอดคล้องกับแนวคิดของ Mishel (2014) หากบุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความชัดเจนของปัจจัยรอบสิ่งกระตุ้นจะเป็นผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ดังการศึกษาของ Kanemura et al. (2013) เกี่ยวกับความเข้าใจและการตอบสนองในเด็กที่มีอาการชักครั้งแรกจากไข้ พบว่าบิดามารดาที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้จะมีความเข้าใจว่าอาการชักจากไข้เป็นอันตรายมากกว่าบิดามารดาที่มีความรู้ และบิดามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้จะตระหนักว่าอาการชักเกิดขึ้นได้บ่อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีความรู้

ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมและความรู้ไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยลดลง จากแนวคิดของ Mishel (2014) แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure providers) ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้รอบสิ่งกระตุ้น ช่วยเหลือให้บุคคลแปลความหมายของแบบแผนสิ่งกระตุ้นและช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลที่มีความใกล้ชิด บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม บุคลากรสหวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งแหล่ง

สนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมากที่สุดคือ บุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรหลาน โดยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จากบุคคลใกล้ชิด ร้อยละ 90.7, 83.7, 62.8, และ 80.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลควรสนับสนุนส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการชักและการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ดูแลในการดูแลเด็กความเจ็บป่วยที่มีอาการของผู้ดูแลที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีความรุนแรงของโรคน้อย มีการควบคุมอาการชักได้ดี ควรมีการศึกษาในผู้ดูแลที่เด็กมีความรุนแรงของอาการชักแตกต่างกัน มีอาการชักไม่คงที่ มีสาเหตุของอาการชักแตกต่างกัน ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้
2. ควรมีการศึกษาหาแนวทางพัฒนาการพยาบาล เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชัก

เอกสารอ้างอิง

- Chung, B., Wat, L. C., & Wong, V. (2006). Febrile seizures in southern Chinese children: Incidence and recurrence. *Pediatric Neurology*, 34(2), 121-126.
- Flury, T., Aebi, C., & Donati, F. (2001). Febrile seizures and parental anxiety: does information help?. *Swiss Med Wkly*, 131(37-38), 556-560.
- Friedman, M. J., & Sharieff, G. Q. (2006). Seizures in children. *Pediatric Clinics of North America*, 53(2), 257-277.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Huang, M-C., Huang, C-C., & Thomas, K. (2006). Febrile convulsions: Development and validation of questionnaire to measure parental knowledge, attitude, concerns and practices. *Journal of the Formosan Medical Association*, 105(1), 38-46.
- Kanemura, H., Sano, F., MiZorogi, S., Tando, T., Sugita, K., & Aihara, M. (2013). Parental thoughts and actions regarding their child's first febrile seizure. *Pediatrics International*, 55, 315-319.
- Kapun, K., Kanthawang, S., & Jintrawet, U. (2007). Participation in child care among caregivers of children in pediatric intensive care unit and related factors. *Nursing Journal*, 37 (3),: 62-75. (In Thai).
- Kayserili, E., Unalp, A., Apa, H., Asilsoy, S., Hizarcioglu, M., Gulez, P., & Agin, H. (2008). Parental knowledge and practices regarding febrile convulsions in Turkish children. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 38(4), 343-350.
- Kerr, C., Nixon, A., Angalakuditi, M. (2011). The impact of epilepsy on children and adult patients' lives: Development of a conceptual model from qualitative literature. *Seizure*, 20(10), 764-774.
- Lamchang, S., Sriboonyawattana, N., Nuglor, T., & Lamchang, P. (2015). Factors related to parental practices for n children with febrile convulsion. *Nursing Journal*, 42 (Supplement November), 161-177. (In Thai).
- McNelis, A. M., Buelow, J., Myers, J., & Johnson E. A. (2007). Concerns and needs of children with epilepsy and their parents. *Clinical Nurse Specialist*, 21(4), 195-202.
- Mishel, M.H. (1983). Parents, perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32(6), 324-330.
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M.H. (2014). *Theories of uncertainty in illness*. In M.J. Smith., & P.R. Liehr. (Ed.). Middle range theory for nursing, pp. 53-86. New York: Springer Publishing company.
- Mu, P.F. (2005). Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 367-376.
- Murry, J. (1993). Coping with the uncertainty of uncontrolled epilepsy. *Seizure*, 2(3), 167-78.
[https://doi.org/10.1016/S1059-1311\(05\)80124-4](https://doi.org/10.1016/S1059-1311(05)80124-4). Retrieved May 16, 2020 from
<https://psycnet.apa.org/record/1996-12003-001>.
- Polit, D.F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Boston: Pearson.
- Strategy and Planning Division is the center of the administration, Ministry of Public Health. (2019). *Public Health Statistics. A.D. 2017*. Retrieved from <http://bps.moph.go.th/>. (In Thai).
- Suwannosoth, S., Kanthawang, S., & Yenbut, C. (2004). Uncertainty, social support, and coping strategies among parents of children with cancer. Retrieved from http://library.cmu.ac.th/digital_collection/etheses/fulltext. (In Thai).

- Unwong, K. (Ed.). (2016). Clinical practice guidelines for epilepsy. Bangkok: Thana Press Company. www.tanapress.com, E-mail: tanapress@gmail.com
- Wattana, S., Jintrawet, U., & Lamchang, S. (2018). Factors related to family management in families having children with congenital heart disease. (*Master of Nursing Science (Pediatric Nursing) Thesis*). Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
- Webster, M. (2019). The cycle of uncertainty: Parents' experiences of childhood epilepsy. *Sociology of Health & Illness*, 41(2), 205-218. Doi: 10.1111/1467-9566.12815.
- World Health Organization. (2019). Epilepsy: Key fact. Retrieved February 18, 2019 from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
- Yagil, D., & Skura-Elimeleh, Y. (2012). The impact of child and mother's characteristics on the adjustment of children with epilepsy. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 7(2), 174-185.



ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตร เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต Anticipatory Grief and Coping Among Parents with Children Transitioning into Palliative Care in Critical Care Units

สุวิมล	ดรธรณ์ศรี *	Suwimol	Daroonratsamee *
จุฑารัตน์	มีสุขโข **	Jutarat	Mesukko **
ศรีมนา	นิยมคำ **	Srimana	Niyomkar **

บทคัดย่อ

เด็กป่วยจำนวนมากที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมได้ถูกปรับเปลี่ยนรูปแบบและเป้าหมายการดูแลจากการรักษาให้หายขาดไปเป็นการดูแลแบบประคับประคอง เด็กป่วยและครอบครัวจึงอยู่ท่ามกลางความรู้สึกของความไม่แน่นอน โดยเฉพาะบิดามารดาจะมีความรู้สึกโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย และใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการเผชิญต่อการสูญเสียบุตรที่จะต้องเกิดขึ้น การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย และกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือ จำนวน 102 ราย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้สึกของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง (ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82) และแบบประเมินกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง (ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนมากมีความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียอยู่ในระดับมาก (Mean=92.21, SD=3.91) โดยมีการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การเฝ้าถึงภาพของบุตรเมื่อครั้งที่ยังไม่เจ็บป่วย (Mean=4.27, SD=0.75) การมีความรู้สึกใกล้ชิดหรือสนิทกับบุตรมากขึ้น (Mean=4.16, SD=0.99) การวาดฝันถึงภาพชีวิตตัวเองกับบุตรเมื่อครั้งก่อนที่บุตรจะเจ็บป่วย (Mean=4.06, SD=1.09) การนอนไม่หลับหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคของบุตร (Mean=3.88, SD=0.92) และการคิดล่วงหน้าไปเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร (Mean=3.86, SD=0.86)

2. บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตใช้กลวิธีการเผชิญทั้ง 3 วิธี โดยใช้กลวิธีด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์=.39) และใช้

* พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Registered nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital, nongnui_s@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 3 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 18 เมษายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 23 สิงหาคม 2560

กลวิธีด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์=.22) และบิดามารดาเลือกใช้วิธีการเผชิญในแต่ละด้านมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้

ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา คือ การพยายามอย่างมากที่จะทำให้บุตรมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย (Mean=4.44, SD=0.78) การพยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น (Mean=4.06, SD=0.96) และการพยายามค้นหาเป้าหมายของการดูแลรักษาบุตร หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร (Mean=3.99, SD=1.11)

ด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ คือ การสวดมนต์ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Mean=4.53, SD=0.70) การมีความหวังว่าความเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้จะดีขึ้น (Mean=4.52, SD=0.73) และการพยายามทำบางสิ่งบางอย่างที่คิดว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้น หรือหายจากโรค ทั้งๆที่ไม่แน่ใจว่าจะช่วยได้หรือไม่ (Mean=4.31, SD=0.83)

ด้านการจัดการกับอารมณ์ คือ ความรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร (Mean=4.32, SD=0.83) การคิดฝันว่าบุตรจะมีอาการดีขึ้นทั้งๆที่ยังไม่ได้เป็นเช่นนั้น (Mean=4.21, SD=0.88) และความรู้สึกกระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ (Mean=3.76, SD=1.00)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยจัดทีมการดูแลแบบประคับประคองเป็นแบบทีมเจ้าของไข้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของบุตร ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และจัดสถานที่ที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนาของบิดามารดาแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: บิดามารดา การดูแลแบบประคับประคอง หอผู้ป่วยวิกฤต ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย กลวิธี การเผชิญ

Abstract

In the pediatric critical care unit, many patients often require a change from a curative to a palliative approach and a shift in the goals of medical care. This situation may fill with uncertainties for the pediatric patients and their families. Especially, parents faced with anticipatory grief and coping for the impending death of their child. This descriptive research design was to investigate the anticipatory grief and coping strategies among parents with the transition of children into palliative care from the critical care unit. Participants consisted of 102 parents of children between the ages of 1 to 15 years old who transferred into palliative care from the critical care units of three tertiary hospitals in northern Thailand. The data were collected from October 2016 to May 2017. Research instruments comprised of the General Information Questionnaire, the Anticipatory Grief Scale (reliability=.82), and the Jalowiec Coping Scale (reliability=.83). Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. Parents whose children transitioned into palliative care from the critical care unit reported

a high score of anticipatory grief (Mean=92.21, SD=3.91). The top five highest expressions of anticipatory grief were the following: really missing the child the way he/she used to be (Mean=4.27, SD=0.75), feeling closer or more intimate to their child who has an illness (Mean=4.16, SD=0.99), daydreaming about how life with the child was like before their illness (Mean=4.06, SD=1.09), not sleeping well after knowing the child's diagnosis (Mean=3.88, SD=0.92), and imagining thoughts about the child's illness (Mean=3.86, SD=0.86).

2. Parents whose children were transitioned into palliative care from the critical care unit reported using all three coping strategies. Confrontive coping strategies and palliative coping strategies were the most common strategies used by parents (relative score=.39). Emotional coping strategies were the least common strategies used by parents (relative score=.22). The three most common ways that parents used each coping were as follows:

Confrontive coping strategies include the following: making a great effort to improve their child's condition so they can recover from illness (Mean=4.44, SD=0.78), finding out more information about their child's illness in order to handle it better (Mean=4.06, SD=0.96), and looking at their child treatment goals to have a better understanding of their child's illness (Mean=3.99, SD=1.11).

Palliative coping strategies include the following: praying to Buddha (Mean=4.53, SD=0.70), hoping that their child will get better (Mean=4.52, SD=0.73), and trying to do something to improve their child's recovery from illness even if they were not sure whether or not their methods will work (Mean=4.31, SD=0.83).

Emotional coping strategies included the following: worrying about their child's illness (Mean=4.32, SD=0.83), wishing that their child will be better although it seems impossible, fantasizing a better outcome (Mean=4.21, SD=0.88), and becoming anxious (Mean=3.76, SD=1.00).

The results of this study can be used to develop a palliative care system in the pediatric critical care unit. The palliative care team provides the following: constant primary nursing care for pediatric patients and their family, information related to the child's illness, psychological support, allowing parents to share their own feelings, and a place in the ward or nearby for parents to practice their individual belief and religious rituals. These strategies can help parents to assist their child's transition into palliative care from critical care unit in the best possible way.

Keywords: *parents with children, palliative care, critical care unit, anticipatory grief, coping*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิต หรือมีอาการหนักที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อ

เนื่องจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลการรักษาผู้ป่วยวิกฤต เพื่อทำการรักษาอย่างเร่งด่วนและช่วยเหลือให้พ้นระยะวิกฤตที่อาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต (Denis-Larocque, Williams,

St-Sauveur, Ruddy, & Rennick, 2017) อย่างไรก็ตาม ด้วยลักษณะการดำเนินของโรค ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และสภาพร่างกายของเด็กป่วยที่มีการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างกันทำให้เด็กป่วยจำนวนหนึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งเด็กป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงก่อนเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต

เด็กป่วยวิกฤตที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์จะปรับเปลี่ยนจากการรักษาให้หายขาดมาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ราชวิทยาลัยพยาบาลแห่งราชอาณาจักร (The Royal College of Nursing (RCN)) และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งราชอาณาจักร (The Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH)) ได้ร่วมกันกำหนดลักษณะความเจ็บป่วยในเด็กที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ภาวะเจ็บป่วยที่มีโอกาสรักษาให้หายได้แต่ผลการรักษาล้มเหลว 2) ภาวะเจ็บป่วยที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายได้และมีการดำเนินโรคแย่ลงอย่างต่อเนื่อง 3) ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาอย่างใกล้ชิดและใช้ระยะเวลานาน และ 4) ภาวะเจ็บป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายจนไม่สามารถฟื้นตัวเป็นปกติ (Chambers, Dodd, McCulloch, McNamara-Goodger, Thompson, Widdas, & Johnson, 2009) เด็กป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาจะถูกพิจารณาเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองจากการตัดสินใจและลงความเห็นจากแพทย์ และ/หรือการประเมินจากอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยโดยใช้เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาล

บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองที่การรักษาไม่สามารถช่วยให้หายขาดจากความเจ็บป่วย และมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงที่แย่ลงอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกของบิดามารดาจะเปลี่ยนจากความคาดหวังเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยมาเป็นความรู้สึกสูญเสียและโศกเศร้า (McAdam, Fontaine, White, Dracup, & Puntillo, 2012)

เรียกว่า ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย ซึ่งดำเนินไปเป็นลำดับขั้นอย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ประกอบด้วย 5 ระยะ คือ 1) ระยะรับรู้ บิดามารดารับรู้ถึงการสูญเสียบุตรที่ใกล้เข้ามาซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ 2) ระยะโศกเศร้า บิดามารดามีการแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม 3) ระยะปรับมุมมอง บิดามารดาปรับมุมมองเกี่ยวกับการสูญเสียบุตรที่ใกล้เข้ามา โดยตระหนักว่าบุตรได้ใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่าที่สุดในช่วงเวลาที่ผ่านมาและตนเองยังคงต้องดำเนินชีวิตต่อไป 4) ระยะแยกจาก บิดามารดาพยายามทำความเข้าใจในสัจธรรมว่าบุตรจะต้องเสียชีวิตและจะไม่พบเจอกันอีกต่อไปโดยมีการแสดงอารมณ์ความรู้สึกโกรธใคร่ผู้เกี่ยวข้อง บุตรและในขณะเดียวกันบิดามารดาจะพยายามลดอารมณ์ความรู้สึกต่างๆที่มีต่อบุตรลงเพื่อเตรียมพร้อมกับการสูญเสีย และ 5) ระยะเก็บความทรงจำ บิดามารดาเก็บความทรงจำที่มีต่อบุตรในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ไว้ในใจ (Futerman, Hoffman, & Sabshin, 1972) ซึ่งการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีการดำเนินไปทุกระยะ และท้ายที่สุดบิดามารดาจะยอมรับการสูญเสียบุตรที่กำลังจะเกิดขึ้น ความโศกเศร้าที่มีอยู่จะคลี่คลายลง และปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งในการปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติจะใช้เวลานานน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญของบิดามารดาซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ปัญหาจะมีการประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามตนเองหรือไม่ และประเมินแหล่งประโยชน์ต่างๆเพื่อนำมาจัดการกับสถานการณ์นั้น โดยใช้กลวิธีการเผชิญอย่างผสมผสานทั้งในรูปแบบการมุ่งแก้ปัญหาและการลดอารมณ์ถึงเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งแนวทางการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ได้ถูกนำมาพัฒนาโดย Jalowiec (1988) แบ่งกลวิธีการเผชิญ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการควบคุมสถานการณ์ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อม 2) การจัดการกับอารมณ์ เป็นการแก้ไข

หรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์โดยการระบายอารมณ์
ความรู้สึกโดยที่เหตุการณ์ หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง
และ 3) การจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ เป็นการควบคุม
สถานการณ์ให้บรรเทาลง โดยการเปลี่ยนการรับรู้
สถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยที่สถานการณ์นั้นไม่เปลี่ยนแปลง
ซึ่งการศึกษาของ Rungkasiri (2000) และ Jee et al.
(2012) พบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
ระยะสุดท้าย และบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหอผู้ป่วย
วิกฤต มีการใช้กลวิธีการเผชิญอย่างผสมผสานกันโดยการ
แสดงอารมณ์หงุดหงิด ร้องไห้เมื่อนึกถึงการเจ็บป่วยของ
บุตร คิดว่าการสูญเสียบุตรเป็นเรื่องของเวรกรรม และ
เชื่อว่าการสวดมนต์ ไหว้พระ ขอมพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะ
ช่วยให้บุตรหายจากการเจ็บป่วย การหาข้อมูลเกี่ยวกับการ
การเจ็บป่วยและใช้เวลาอยู่กับบุตรที่เจ็บป่วยให้มากที่สุด
เท่าที่จะสามารถทำได้ รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางด้าน
จิตใจ หรือแหล่งช่วยเหลืออื่นๆเพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึก
เครียด ซึ่งบิดามารดาที่มีการใช้กลวิธีการเผชิญที่มี
ประสิทธิภาพจะช่วยให้จัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึก
โศกเศร้าให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและกลับเข้าสู่ภาวะ
สมดุลได้เร็ว ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงจากผลของความ
โศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียส่งผลทั้ง
ด้านบวกและด้านลบ โดยพบว่าความโศกเศร้าก่อนที่จะ
เกิดการสูญเสียในระดับที่เหมาะสมทำให้บิดามารดา
มีการยอมรับการสูญเสียบุตรและมีการเตรียมพร้อมสภาพ
อารมณ์และจิตใจในการเผชิญกับการสูญเสียบุตรที่กำลัง
จะมาถึง และสามารถปรับตัวให้ตนเองอยู่ในสภาวะ
สมดุลท่ามกลางความรู้สึกโศกเศร้าที่เกิดขึ้น และผ่านพ้น
ความโศกเศร้าได้อย่างเหมาะสมและดำเนินชีวิตต่อไปได้
ตามปกติทั้งในระยะก่อนและหลังการสูญเสีย (Moon,
2016; Nielsen, Neergaard, Jensen, Bro, & Guldin,
2016) นอกจากนี้ยังช่วยให้บิดามารดาดำรงบทบาท
หน้าที่ของการเป็นบิดามารดาโดยไม่บกพร่อง ส่งผลดีต่อ
บุตรที่เจ็บป่วยที่จะได้รับการดูแลจากบิดามารดา มี
โอกาสบอกกล่าวและปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันในช่วง
ระยะเวลาที่เหลืออยู่และนำไปสู่ความตายได้อย่างสงบ

(Kenner, Press, & Ryan, 2015) บิดามารดาที่มีความ
โศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียที่มีความรุนแรงและมี
ระยะเวลานานกว่าปกติ ส่งผลให้บิดามารดาไม่สามารถ
ดูแลบุตรภายใต้การดูแลแบบประคับประคองได้อย่าง
เหมาะสม และไม่สามารถช่วยให้บุตรเกิดการตายอย่าง
สงบ บิดามารดาที่มีความโศกเศร้าในระยะภายหลังการ
สูญเสียที่ผิดปกติ นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพกายและ
สุขภาพจิตที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Laurie
& Robert, 2013; Moon, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษา
เกี่ยวกับความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและ
กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการ
ดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยตรง พบ
เพียงการศึกษาของ Zamanzadeh, Valizadeh, Rahi-
minia, & Kochaksaraie (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความ
โศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดาแรกเกิด
ก่อนกำหนดที่เจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด
พบว่าบิดามารดาที่มีการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อน
ที่จะเกิดการสูญเสียโดยมีความรู้สึกยึดติดกับบุตร เศร้า
เสียใจ นอนไม่หลับ และรู้สึกผิด แต่ทั้งนี้การศึกษาดัง
กล่าวไม่ได้ศึกษาวิธีการเผชิญและไม่ครอบคลุมความ
โศกเศร้าในมารดา รวมทั้งเป็นการศึกษาการสูญเสียบุตร
ในวัยทารกที่อาจมีผลต่อลักษณะความโศกเศร้าที่ต่าง
กัน และการศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการ
สูญเสียและกลวิธีการเผชิญในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตร
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีช่วงระยะเวลาของการเจ็บ
ป่วยค่อนข้างยาวนานต่อการเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจ
สำหรับการสูญเสีย ได้แก่ การศึกษาของ Al-Gamal &
Long (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความโศกเศร้าก่อนที่จะ
เกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะ
เร็ง ซึ่งอาจมีความแตกต่างของลักษณะความโศกเศร้า
ก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและกลวิธีการเผชิญ ผลการ
ศึกษาที่ผ่านมาจึงยังไม่สามารถนำมาเป็นองค์ความรู้พื้นฐาน
ในการอธิบายความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย
และกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่
ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตได้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของ Fetterman et al. (1972) และแนวคิดการเผชิญของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้หรือคาดว่าจะต้องสูญเสีย ทำให้บิดามารดามีการตอบสนองต่อการสูญเสียโดยการแสดงความรู้สึกออกมาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่มีความแตกต่างกันตามแต่ละบุคคล โดยดำเนินไปตามลำดับขั้นอย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา 5 ระยะ ประกอบด้วย ระยะรับรู้ ระยะโศกเศร้า ระยะปรับมุมมอง ระยะแยกจาก และระยะเก็บความทรงจำ ซึ่งความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสมาชิกในครอบครัวในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งนี้ผลจากความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญของบิดามารดาในการจัดการกับความเครียดจากการที่บุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการใช้กลวิธีการเผชิญ 3 รูปแบบ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับ

ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ หากบิดามารดามีการใช้กลวิธีการเผชิญที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้บิดามารดาสามารถจัดการกับความเครียดและกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้เร็ว ซึ่งจะช่วยให้เกิดประโยชน์และลดความรุนแรงจากผลของความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย และกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง ที่มีคุณสมบัติ คือ บิดาหรือมารดามีอายุ 18 ปีขึ้นไป บิดาหรือมารดามีบุตรที่แพทย์ได้ลงความเห็นว่าเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง และ/หรือเด็กป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยตรงกับเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาล และบิดาหรือมารดาไม่มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2016) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้ตารางขนาดตัวอย่างสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970) โดยคิดจากจำนวนประชากรทั้งหมด 138 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 102 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาและของเด็กป่วยที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. แบบประเมินความรู้สึกของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย (Anticipatory Grief Scale) ของ SSM Cardinal Glennon Children's Hospital (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย Rungkasiri (2000) (เอกสารอนุญาตเลขที่ ศธ 0513.11501/2541) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้มาแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขเนื้อหา จึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาซ้ำ มีจำนวน 24 ข้อ เป็นลักษณะประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ คะแนน 1 (ไม่เคยเลย) ถึง 5 (เกือบตลอดเวลา) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) แปลผลความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียโดยรวมโดยใช้ค่าอันตรายภาคขึ้นในการแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด และ 2) แปลผลการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียโดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อ ค่าเฉลี่ยคะแนนข้อใดมาก หมายถึง มีการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียนั้นมาก

3. แบบประเมินกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีส (Jalowiec Coping Scale) (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับภาษาเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ปกครองเด็กป่วยโดย Suwannasod (2004) (เอกสารอนุญาตเลขที่ ศธ 6593(23)/2620) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้มาแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขเนื้อหา จึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาซ้ำ มีจำนวน 36 ข้อ เป็นลักษณะประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ คะแนน 1 (ไม่เคย) ถึง 5 (เกือบทุกครั้ง) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) แปลผลการใช้กลวิธีการเผชิญโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของกลวิธีการเผชิญด้านใดมาก หมายถึง มีการใช้กลวิธีการเผชิญด้านนั้นมาก และ 2) แปลผลการใช้วิธีการเผชิญในแต่ละด้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อในแต่ละด้านของกลวิธีการเผชิญ ค่าเฉลี่ย

คะแนนข้อใดมาก หมายถึง กลวิธีการเผชิญด้านนั้นมีการใช้วิธีการเผชิญนั้นมาก

ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบประเมินความรู้สึกของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง โดยนำแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ไปทดลองใช้กับบิดามารดาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งผู้วิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .82 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับอนุมัติการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรองเลขที่ 065/2559) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรองเลขที่ 346/59) โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ (เอกสารรับรองเลขที่ ชร 0032.102/39156) และโรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรองเลขที่ 72/2559) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกถึงการถูกคุกคามทางด้านจิตใจมากเกินไปในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวหรือยกเลิกในการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกขั้นตอนโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อบุตรที่เจ็บป่วย ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ และนำเสนอเป็นไปในภาพรวม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ผู้วิจัยและผู้ช่วย

วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นหลักฐาน จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาและเด็กป่วยที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่โดยใช้สูตรภาคพื้น หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย และข้อมูลกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

ผลการวิจัย

บิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีจำนวน 102 ราย เป็นเพศชายและหญิง ร้อยละ 33.33 และ 66.67

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต (n=102)

การแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย*	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง		
เฝ้าถึงภาพของบุตรเมื่อครั้งที่ยังไม่เจ็บป่วย	1-5	1-5	4.27	0.75
รู้สึกใกล้ชิดหรือสนิทกับบุตรมากขึ้นเมื่อบุตรเจ็บป่วย	1-5	1-5	4.16	0.99
วาดฝันถึงภาพชีวิตตัวเองกับบุตรเมื่อครั้งก่อนที่บุตรจะป่วย	1-5	1-5	4.06	1.09
การนอนไม่หลับหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคของบุตร	1-5	1-5	3.88	0.92
การคิดล่วงหน้าไปเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร	1-5	1-5	3.86	0.86

ตามลำดับ อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 50.98 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.18 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.96 มีบุตรจำนวน 1 และ 2 คน ร้อยละ 38.24 และ 45.10 ตามลำดับ ส่วนมากมีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 31.37 และมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ร้อยละ 57.84 เด็กป่วยที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเพศชายและหญิง ร้อยละ 50.98 และ 49.02 ตามลำดับ อายุ 1-3 ปี ร้อยละ 67.65 โดยร้อยละ 45.10 เป็นบุตรลำดับที่ 1 และ 2 ของครอบครัว ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ร้อยละ 23.53 ระยะเวลาเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 สัปดาห์ ร้อยละ 36.27 และมีคะแนนระดับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระยะสุดท้ายและระยะเปลี่ยนผ่านมากที่สุด ร้อยละ 53.92 และ 39.22 ตามลำดับ

บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีค่าคะแนนความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียอยู่ในระดับมาก (Mean=92.21, SD=3.91)

บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีค่าคะแนนการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย รายละเอียดดังตารางที่ 1

* แสดงคะแนนของการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย 5 อันดับแรก (การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ)

บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้กลวิธีการเผชิญด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์=.39) รองลง

มา คือ ด้านการจัดการกับอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์=.22) และมีการใช้วิธีการเผชิญของแต่ละกลวิธีการเผชิญทั้ง 3 ด้าน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการใช้กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามรายด้าน (n=102)

กลวิธีการเผชิญ	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง		
การเผชิญหน้ากับปัญหา *				
พยายามอย่างมากที่จะทำให้บุตรมีอาการดีขึ้น หรือหายจากการเจ็บป่วย	1-5	1-5	4.44	0.78
พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น	1-5	1-5	4.06	0.96
พยายามค้นหาเป้าหมายของการดูแลรักษา หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร	1-5	1-5	3.99	1.11
การจัดการกับอารมณ์ *				
รู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร	1-5	1-5	4.32	0.83
คิดฝันว่าบุตรจะมีอาการดีขึ้นทั้ง ๆ ที่ยังไม่ได้เป็นเช่นนั้น	1-5	1-5	4.21	0.88
รู้สึกกระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ	1-5	1-5	3.76	1.00
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม *				
สวดมนต์ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์	1-5	1-5	4.53	0.70
มีความหวังว่าความเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้จะดีขึ้น	1-5	1-5	4.52	0.73
พยายามทำบางสิ่งบางอย่างที่คิดว่าจะช่วยให้บุตรมีอาการดีขึ้น หรือหายจากโรค ทั้งๆที่ไม่แน่ใจว่าจะช่วยได้หรือไม่	1-5	1-5	4.31	0.83

* แสดงคะแนนของวิธีการเผชิญของแต่ละกลวิธีการเผชิญทั้ง 3 ด้าน 3 อันดับแรก (การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ)

การอภิปรายผล

1.ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า บิดามารดามีความคาดหวังอย่างมากว่า

บุตรจะได้รับการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยและรอดชีวิตแต่เมื่อไม่เป็นดังที่คาดหวัง การเจ็บป่วยของบุตรไม่ตอบสนองต่อการรักษาและใกล้เสียชีวิต และต้องเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง จึงทำให้บิดามารดามีความรู้สึกลุกลี้ญ่และโศกเศร้าต่อการสูญเสียบุตรที่กำลังจะเกิดขึ้น (McAdam et al., 2012) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ บิดามารดาส่วนมากมีบุตรเจ็บป่วยที่มีคะแนนระดับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระยะสุดท้ายและระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งสามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงที่มีแนวโน้มแยลงอย่างชัดเจน บิดามารดาจึงมองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยของบุตรและรับรู้ได้ว่าบุตรไม่มีโอกาสรอดชีวิต จึงทำให้เกิดความรู้สึกโศกเศร้าอย่างมาก ประกอบกับบุตรส่วนมากมีระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 สัปดาห์ จึงทำให้บิดามารดาไม่ได้เตรียมพร้อมสำหรับการสูญเสีย จึงทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และมีระดับความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียในระดับมาก (Al-Gamal & Long, 2010) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง และมีอายุ 31-40 ปี ซึ่งอยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย จึงอาจไม่พร้อมสำหรับการมีบุตรในครั้งต่อไป และการที่บิดามารดาส่วนมากมีจำนวนบุตรในครอบครัวน้อยทำให้เกิดความคาดหวังว่าบุตรจะหายจากการเจ็บป่วยและรอดชีวิต ประกอบกับบุตรส่วนมากมีอายุ 1-3 ปี ที่ต้องการพึ่งพาและช่วยเหลือจากบิดามารดาอยู่ตลอดเวลาทำให้บิดามารดาต้องดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันมากและรู้สึกว่าไม่สมควรแก่วัยที่จะต้องเสียชีวิต (Punaglom, Kata, & Pothisarn, 2016) ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุตรมีความเจ็บป่วยที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง บิดามารดาจึงมีความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียในระดับมาก

สำหรับการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย การศึกษาครั้งนี้ บิดามารดามีการแสดงออกต่อการสูญเสียมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การเฝ้าสังเกตถึงภาพของบุตรเมื่อครั้งที่ยังไม่เจ็บป่วย ความรู้สึก

ใกล้ชิดหรือสนิทกับบุตรมากขึ้นเมื่อบุตรเจ็บป่วย การวาดฝันถึงภาพชีวิตตัวเองกับบุตรเมื่อครั้งก่อนที่บุตรจะป่วย การนอนไม่หลับหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคของบุตร และการคิดล่วงหน้าไปเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungkasiri (2000) ที่พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียโดยการเฝ้าสังเกตถึงภาพของบุตรเมื่อครั้งที่ยังไม่เจ็บป่วย รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกใกล้ชิดหรือสนิทกับบุตรมากขึ้นเมื่อบุตรเจ็บป่วย และนอนไม่หลับหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคของบุตรมากที่สุด อาจเนื่องจากบิดามารดาอยู่ท่ามกลางบรรยากาศที่เต็มไปด้วยสถานการณ์ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสูญเสียที่ไม่สามารถควบคุมได้ และการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บป่วยของบุตรที่เข้าสู่ระยะประคับประคองที่ต้องเปลี่ยนแปลงจากความคาดหวังเป็นความหมดหวังในการรักษา จึงอาจทำให้บิดามารดาครุ่นคิดถึงการสูญเสียบุตรที่กำลังจะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมีการแสดงออกถึงความรู้สึกโศกเศร้าออกมาในลักษณะดังกล่าว

2. กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า บิดามารดาใช้กลวิธีการเผชิญทั้ง 3 กลวิธี โดยใช้กลวิธีด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมมากที่สุด โดยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาพบว่า บิดามารดามีการใช้ความพยายามอย่างมากที่จะทำให้บุตรมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้นและพยายามค้นหาเป้าหมายของการดูแลรักษาบุตร หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร มากที่สุด 3 อันดับแรก และในด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมพบว่า บิดามารดามีการใช้การสวดมนต์ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีความหวังว่าความเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้จะดีขึ้น และพยายามทำบางสิ่งบางอย่างที่คิดว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้นหรือหาย

จากโรคทั้ง ๆ ที่ไม่แน่ใจว่าจะช่วยได้หรือไม่ มากที่สุด 3 อันดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Jee et al. (2012) ที่พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมส่วนมากมีการใช้วิธีการเผชิญ คือ การเชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ และหวังว่าบุตรจะตอบสนองต่อการรักษา การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร และการพยายามใช้เวลาอยู่กับบุตรที่เจ็บป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ รวมทั้งมีการหาแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ หรือแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกเครียดจากสถานการณ์ที่ตนเองเป็นอยู่และช่วยให้ตนเองเกิดความสุขสบายใจ

ทั้งนี้อาจเนื่องจากบิดามารดามีบุตรที่มีคะแนนระดับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระยะสุดท้าย และระยะเปลี่ยนผ่าน ทำให้บิดามารดามีความเครียดในระดับสูงจากการรับรู้การเจ็บป่วยของบุตรที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือจัดการแก้ไขสถานการณ์นั้นได้โดยตรง ทำได้เพียงยอมรับสถานการณ์การสูญเสียที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งบิดามารดาส่วนมากมีอายุ 31-40 ปี จึงมีความสามารถในการคิดไตร่ตรอง และตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหาจากการนำประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) จึงมีการพยายามจัดการกับสถานการณ์ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการยอมรับการสูญเสียบุตรที่จะเกิดขึ้น พยายามช่วยเหลือบุตรไม่ให้มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและเกิดการตายอย่างสงบ และการศึกษาค้นคว้า บิดามารดาส่วนมากมีสภาพสมรสอยู่และอยู่ในครอบครัวขยาย จึงสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ซึ่งช่วยให้ทำใจยอมรับเตรียมพร้อมสำหรับการสูญเสีย และจัดการกับความโศกเศร้าของตนได้ดี การเผชิญลักษณะนี้จึงเป็นการเผชิญด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการเผชิญด้านอื่น ๆ

ทั้งนี้บุตรที่เจ็บป่วยมีระยะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 สัปดาห์ จึงทำให้บิดามารดาไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรมากพอ และ

ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุตรเท่าที่ควร ประกอบกับการที่บิดามารดาเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จึงยึดเอาศาสนาเป็นที่พึ่งโดยการสวดมนต์ไหว้พระ ขอรพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยเชื่อว่าจะช่วยให้พ้นจากเคราะห์กรรม และอาจช่วยให้บุตรหายจากการเจ็บป่วยได้ เพื่อให้ตนเองเกิดความสุขสบายใจ และลดความรู้สึกเครียด (Rungkasiri, 2000; Wiwatkamonchai, Kantawang, & Mesukko, 2017) การเผชิญลักษณะนี้เป็นการเผชิญในด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่เป็นเพียงการปรับการรับรู้หรือความรู้สึกเพื่อบรรเทาความเครียดลงเพียงชั่วระยะหนึ่งเท่านั้น (Jalowicz & Powers, 1981) จึงเป็นวิธีการเผชิญที่ไม่มีประสิทธิภาพมากนัก เนื่องจากไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบิดามารดาและบุตรที่เจ็บป่วย ดังนั้นผลการศึกษาค้นคว้าจึงสะท้อนให้เห็นว่าบิดามารดา มีการใช้กลวิธีการเผชิญที่เป็นลักษณะของการเผชิญด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุดด้วยวิธีการต่าง ๆ ร่วมกันอย่างผสมผสานเพื่อรักษาภาวะสมดุลของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ซึ่งอาจทำได้โดยการจัดทีมการดูแลแบบทีมเจ้าของไข้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่องโดยมีการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของบุตร และให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจต่อการสูญเสียบุตร เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตร และสร้างความคุ้นเคยแก่บิดามารดาในการปรึกษาปัญหาต่าง ๆ และระบายความรู้สึกโศกเศร้าได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ อาจมีการจัดกิจกรรมและสถานที่ที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนาของบิดามารดาแต่ละราย ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียที่เหมาะสม และสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความ
โศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย และการใช้กลวิธีการ
เผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบ
ประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริม
ให้บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประ
คับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดความโศกเศร้าก่อนที่จะ
เกิดการสูญเสียอย่างเหมาะสม และสามารถเลือกใช้
กลวิธีการเผชิญได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความโศก

เศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย และการใช้กลวิธีการเผชิญ
ของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
และภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบ
ประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ได้ความรู้ที่เป็น
ข้อมูลพื้นฐาน

3. ควรมีการศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการ
สูญเสีย และการใช้กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มี
บุตรอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่ระยะการดูแลแบบประ
คับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ได้ความรู้ที่เป็น
ข้อมูลพื้นฐาน

เอกสารอ้างอิง

- Al-Gamal, E., & Long, T. (2010). Anticipatory grieving among parents living with a child with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 1980-1990. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05381.
- Chambers, L., Dodd, W., McCulloch, R., McNamara-Goodger, K., Thompson, A., Widdas, D. A., & Johnson, M. (2009). *A guide to the development of children's palliative care services*. Bristol: Association for Children's Palliative Care.
- Denis-Larocque, G., Williams, K., St-Sauveur, I., Ruddy, M., & Rennick, J. (2017). Nurses' perceptions of caring for parents of children with chronic medical complexity in the pediatric intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- Department of Mental Health (2016). *Thai Depression Inventory (TDI) 2004*. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/test/depress/asheet.asp?qid=1>
- Futtermann, E., Hoffman, I., & Sabshin, M. (1972). Parental anticipatory mourning. *Psychosocial aspects of terminal care*, 243-272.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. *Measurement of nursing outcomes*, 1, 287-308.
- Jalowiec, A., & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research*, 30(1), 10-15.
- Jee, R. A., Shepherd, J. R., Boyles, C. E., Marsh, M. J., Thomas, P. W., & Ross, O. C. (2012). Evaluation and comparison of parental needs, stressors, and coping strategies in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(3), e166-e175.
- Kenner, C., Press, J., & Ryan, D. (2015). Recommendations for palliative and bereavement care in the Nicu: A family-centered integrative approach. *Journal of perinatology: Official journal of the California Perinatal Association*, 35, S19-23.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities*. Educational and Psychological Measurement.

- Laurie, B., & Robert, N. (2013). 11 Prospective risk factors for complicated grief. *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*, 145.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- McAdam, J. L., Fontaine, D. K., White, D. B., Dracup, K. A., & Puntillo, K. A. (2012). Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 386-393; quiz 394. doi:10.4037/ajcc2012582
- Moon, P. J. (2016). Anticipatory Grief A Mere Concept? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(5), 417-420.
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M.-B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75-93. doi: 10.1016/j.cpr.2016.01.002
- Punaglom, N., Kata, W., & Pothisarn, S. (2016). Thinking and Feeling of Northeast Thailand and Laos Parents to Losing a Child to illness while Admitted to the Nakhon Phanom Hospital *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26, 79-92. (In Thai)
- Rungkasiri, T. (2000). *End-of-Life Learning Model Using Multi-sensory Edutainment Approach for Children with Terminal Cancer* (Doctoral dissertation of Educational Communications and Technology). Kasetsart University, Bangkok. (In Thai)
- Suwannaosod, S. (2004). *Uncertainty, social support, and coping strategies among parents of children with cancer* (Master's thesis of Pediatric Nursing). Chiang Mai University, Chiang Mai. (In Thai)
- Wiwatkamonchai, A., Kantawang, S., & Mesukko, J. (2017). Chronic Sorrow and Management Strategies Among Parents of Children with Cancer Receiving Chemotherapy. *Nursing Journal*, 44, 62-73. (In Thai)
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Rahiminia, E., & Kochaksaraie, F. (2013). Anticipatory grief reactions in fathers of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care unit. *J Caring Sci*, 2(1), 83-88. doi:10.5681/jcs.2013.010

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

Factors Related to Management Behaviors Among Caregivers of Children with Asthma

อรอนงค์	ชาวसान *	Onanong	Chawsarn *
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **
สุธิศา	ล้ำมช้าง ***	Suthisa	Lamchang ***

บทคัดย่อ

โรคหืดในเด็กเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและผู้ดูแล การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่ออธิบายพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กโรคหืดช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคเหนือจำนวน 2 แห่ง ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ .83, .96 และ .87 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =132.13, S.D.=8.10) จากคะแนนเต็มเท่ากับ 152 คะแนน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการจัดการรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ครอบครัว และด้านจิตสังคม อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ($\bar{X}$ =72.60, S.D.=5.92, $\bar{X}$ =42.56, S.D.=4.08 และ $\bar{X}$ =19.15, S.D.=1.53) ตามลำดับ

2. การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.59, p <.01 และ r =.61, p <.01) ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้พยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด โดยให้การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับผู้ดูแลเด็กโรคหืด

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang mai University, onanong.chawsarn@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 11 ตุลาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 7 พฤษภาคม 2561 วันตอบรับบทความ 14 พฤศจิกายน 2561

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแล เด็กโรคหืด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

Asthma in children is a chronic respiratory tract disease which impact on children and their caregivers. The purpose of this correlational descriptive research was to describe to management behavior and the correlation between social support asthma knowledge and management behaviors among caregivers of children with asthma. A purposive sampling included 85 caregivers of children with asthma aged from 1 to 6 years old, who received treatment at the pediatric out-patient departments at two northern tertiary hospitals, from March to August 2018. Data were collected by using the Family management Behavior questionnaire, the Social Support Questionnaire, and the Asthma Knowledge questionnaire. The reliability of questionnaires was .83, .96, and .87, respectively. The samples were then used with 10 samples similar to the samples at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. By not the same as the sample. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The score of management behaviors among caregivers of children with asthma were at a high level ($\bar{X}$ =132.13, S.D.=8.10) Full score equal to 152 points. Considering each dimension of management behaviors, it was found that the dimension of the characteristics of illness, family role, and psychosocial was at a high level ($\bar{X}$ =72.60, S.D.=5.92, $\bar{X}$ =42.56, S.D.=4.08 and $\bar{X}$ =19.15, S.D.=1.53), respectively.

2. Social support and asthma knowledge had a statistically significant positive relationship at a moderate level with management behaviors among caregivers of children with asthma (r =.59, p <.01 and r =.61, p <.01, respectively).

The results of this study may serve as the preliminary data for nurses to use in planning to promote the management behaviors among caregivers of children with asthma with the provision of social support and asthma knowledge.

Keywords: *Management Behavior Among Caregivers, Children with Asthma, Related Factors*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 235 ล้านคนในปี ค.ศ. 2011เป็นจำนวน 334 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2014 (Global Asthma Network, 2014) ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบมีเด็กโรคหืดประมาณร้อยละ 13-15 โดยพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็ก

ผู้หญิง พบอุบัติการณ์ของการเกิดหอบเฉียบพลันมากกว่า 4 ล้านครั้งต่อปี และเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Department of Medical Services, 2016) ในประเทศไทยจำนวนเด็กโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พบสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปีถึงร้อยละ 10-12 และพบอัตราการเสียชีวิต 1,000 คนต่อปี (Thai Asthma

Council, 2017)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้เกิดจากการหดเกร็งของหลอดลมในร่างกายที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้มากกว่าคนปกติ ส่งผลให้เกิดการบวมของเยื่อผนังหลอดลม มีการสร้างสารคัดหลั่งมากขึ้นทำให้หลอดลมเกิดการตีบแคบและเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้มีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีด แน่นหน้าอก หรือหายใจหอบเหนื่อย (Kululert, 2016) เด็กโรคหืดจะมีการเปลี่ยนแปลงตามลักษณะความรุนแรงของการสัมผัสสิ่งก่อภูมิแพ้ต่าง ๆ ซึ่งอาการหอบสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและสามารถกลับเป็น ๆ หาย ๆ โดยเฉพาะในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 6 ปี เนื่องจากกายวิภาคของหลอดลมขนาดเล็กทำให้เกิดอาการตีบแคบและเกิดอาการหอบหืดที่รุนแรงได้ง่ายขึ้น (Teeratakulpisarn, 2013) หากอาการมีความรุนแรงมากขึ้นโดยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลาที่เด็กโรคหืดอาจจะเสียชีวิตได้ ซึ่งเด็กช่วงอายุต่ำกว่า 6 ปี เป็นช่วงวัยที่พฤติกรรมการในการดูแลตนเองยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ทราบวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ จึงทำให้เด็กโรคหืดไม่สามารถควบคุมเกิดอาการหอบกำเริบได้บ่อยทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวันชีวิตของเด็กโรคหืด ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องมีพฤติกรรมการจัดการที่เหมาะสมเพื่อสามารถควบคุมอาการหอบและการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กโรคหืดร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ เป้าหมายในการรักษาที่สำคัญในเด็กโรคหืด คือ การควบคุมไม่ให้มีอาการหอบในเด็กโรคหืด สามารถร่วมกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากยา และป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่ การกำเริบของโรคหืด การเสียชีวิตจากโรคหืด ทั้งนี้ หากเด็กโรคหืดมีอาการกำเริบเฉียบพลันแล้วไม่ได้รับการรักษาจะสูญเสียสมรรถภาพปอดอย่างถาวรได้ (Thai Asthma Council, 2017) ดังนั้นพฤติกรรมการจัดการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ในการปฏิบัติกิจกรรมต่อการเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมให้เด็กโรคหืดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแล (caregivers' management behaviors) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดในควบคุมอาการของโรคและสามารถใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพในการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการด้านลักษณะการเจ็บป่วย พฤติกรรมการจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมการจัดการด้านจิตสังคม (Wathanachaporn, Aree, & Lamchang, 2015) จากการศึกษาของ Wathanachaporn et al. (2015) พบว่า พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ($r=.319$, $p<.01$) ทั้งนี้หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการที่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมอาการหอบและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข แต่หากผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดในควบคุมอาการของโรคจะส่งผลทำให้อาการของโรคหืดมีความรุนแรงขึ้นจนกระทั่งต้องเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Santati, Ratihorn, & Christian, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความสำคัญต่อเด็กโรคหืดอย่างมาก ผู้ดูแลเด็กโรคหืดจะมีพฤติกรรมการจัดการดูแลดีขึ้นอยู่กับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012) จากแนวคิดของ Cobb (1976) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลในการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง เห็นคุณค่า รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและ

เห็นคุณค่า การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง จากการศึกษาของ Samruern (2008) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยหอบหืดอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด อายุ 1-5 ปีพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.558, p<.01$) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคหืด แต่ไม่พบรายงานการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Cobb, 1976) ทั้ง 5 ด้าน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

นอกจากนี้พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการในการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคหืดเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและอาการของโรคหืด (disease) สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืดและการจัดการ (triggers) การรักษาและการใช้ยา (treatment) และอาการกำเริบของโรคหืด (exacerbation) (Sattabud, 2017) จากการศึกษาของ Zhao et al. (2013) พบว่าการปฏิบัติตัวในการดูแลเด็กของบิดามารดาที่ไม่เหมาะสมเกิดจากความรู้ที่ไม่เพียงพอในการดูแลเด็กโรคหืด ซึ่งการขาดความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลบางรายส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ทำให้เด็กโรคหืดเกิดอาการกำเริบที่รุนแรงขึ้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและต้องเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้นและเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนถึงแก่ชีวิต (Rand, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการขาดความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดในการควบคุมอาการหอบกำเริบและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบและดูแลให้เด็กโรคหืดได้รับยาขยายหลอดลม

ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เด็กโรคหืดต้องได้รับเข้ารักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Sattabud, 2017) ซึ่งการขาดความรู้เรื่องโรคหืดที่ไม่เพียงพอของผู้ดูแลทำให้เด็กเกิดอาการหอบและส่งผลต่อชีวิตประจำวันของเด็กโรคหืด ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าความรู้เรื่องโรคหืดในเด็กโรคหืดอาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบเพียงการศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการของบิดาและมารดาเท่านั้น และพบปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อ และปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลยังคงประสบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการในการควบคุมอาการหอบกำเริบและยังส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันเด็กโรคหืด ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่มีช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดให้สามารถควบคุมอาการหอบกำเริบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดเป็นอย่างไร
2. การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่เด็กต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี เป็นช่วงวัยที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองยังไม่มีประสิทธิภาพ พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลจึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดในควบคุมอาการของโรคและสามารถใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการด้านลักษณะการเจ็บป่วย พฤติกรรมการจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมการจัดการด้านจิตสังคม ซึ่งพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลจะส่งเสริมให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี อาจขึ้นกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (Knafl et al., 2012) จากแนวคิดของ Cobb (1976) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ข้อมูลในการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง เห็นคุณค่า ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลจะยากหรือง่ายขึ้นกับปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคหืด โดยเป็นความรู้เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหืด สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืดและการจัดการ การรักษาและการใช้ยา และอาการกำเริบของโรคหืด (Sattabud, 2017) ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและมีความรู้เรื่องโรคหืด อาจจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการที่ดีในการควบคุมอาการกำเริบของโรคหืดของเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหืดช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตภาคเหนือกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลเด็กโรคหืดช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคเหนือ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดคือ 1. เป็นบิดา มารดา หรือญาติสายตรง ได้แก่ ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตาและยาย ที่อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปที่เป็นผู้ดูแลหลัก 2.เด็กในครอบครัวไม่มีโรคระบบประสาท โรคหัวใจและความพิการต่าง ๆ 3. สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ที่สามารถนำมาประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาล (Polit, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย และคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งดังนี้ โรงพยาบาลน่าน จำนวน 598 ราย และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 268 ราย ได้กลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลน่าน 59 ราย และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 26 รายโรงพยาบาลน่าน 59 ราย และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนและประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหิดรายอื่น แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหิดประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคหิดช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำนวนครั้งที่เด็กมีอาการหอบจำนวนครั้งที่เด็กเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบ ยาที่ได้รับในปัจจุบัน และสิ่งที่เด็กสัมผัสแล้วทำให้เกิดอาการหอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Lamchang et al. (2008) ประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของที่ได้รับแหล่งสนับสนุนจากคู่สมรสญาติ เพื่อนบ้านแพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน ดังนี้ ไม่ได้รับ ให้คะแนน 0 ได้รับน้อย ให้คะแนน 1 ได้รับ ปานกลางให้คะแนน 2 ได้รับมาก ให้คะแนน 3 และได้รับมากที่สุด ให้คะแนน 4 และช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำอยู่ระหว่าง 0.00-8.99 คะแนน ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 9.00-16.99 คะแนน และระดับสูงอยู่ระหว่าง 17.00-25.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการวัดความรู้เรื่องโรคหิด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ของ (Sattabud, 2017) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหิด ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 4 เรื่องได้แก่ ความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหิด สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหิดและการจัดการ การรักษาและการใช้ยา และอาการกำเริบของโรคหิด จำนวน 25 ข้อ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก ถูกหรือ ผิด โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-25 คะแนนแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำอยู่ระหว่าง 30.00-69.99 คะแนน ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 70.00-109.99 คะแนน และระดับสูงอยู่ระหว่าง

110.00-150.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหิด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวของ Wathanachaporn et al. (2015) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแล ทั้งหมด 38 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย จำนวน 21 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จำนวน 12 ข้อ และด้านจิตสังคม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ และมีช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 38-152 คะแนน แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำอยู่ระหว่าง 38.00-76.99 คะแนน ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 77.00-114.99 คะแนน และระดับสูงอยู่ระหว่าง 115.00-152.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวของ Wathanachaporn et al. (2015)แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Lamchang et al. (2008) และแบบสอบถามการวัดความรู้เรื่องโรคหิดของ Sattabud (2017) ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาแล้ว

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 10 รายแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ

كرونบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .83 และ .96 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด โดยนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 005/2018 วันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2561 และโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล 2 แห่ง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมสมัครใจการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ดูแลเด็กโรคหืด โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับจากโรงพยาบาล และคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผย นำเสนอข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น แล้วให้ผู้ดูแลตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม

คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กโรคหืด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การแจกแจงของข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลในเด็กโรคหืด วิเคราะห์โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สมิรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่ามีการแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ
3. การหาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลในเด็กโรคหืด และความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลในเด็กโรคหืด ใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหืด พบว่าร้อยละ 36.5 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 85.9 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืด รายอื่นมาก่อน ร้อยละ 51.8 เป็น มารดา ร้อยละ 64.7 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 80 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 28.8 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 36.5 มีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืดพบว่า ร้อยละ 51.8 เด็กเริ่มมีอาการหอบอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 24.7 มีอาการหอบกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา 1-3 ครั้ง ร้อยละ 56.5 ไม่มีอาการหอบกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 63.5 มีอายุมากกว่า 3 ถึง 6 ปี ร้อยละ 61.2 เป็นเพศชาย และ ร้อยละ 55.3 เคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบ 1-3 ครั้ง เด็กโรคหืดทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับยาขยายหลอดลม และ ร้อยละ 84.7 สิ่งที่ทำให้เด็กเกิดอาการหอบ คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหืดทุกคนได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 101.25 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืดรายด้านพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.57, 20.29, 8.78, 32.42 และ 19.28 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (range=97-105)	0 (0.0)	0 (0.0)	85 (100)	101.25	1.54
การสนับสนุนทางสังคมรายด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (range=14-24)	0 (0.0)	17 (20)	68 (80)	20.57	3.61
การสนับสนุนด้านการยอมรับและ เห็นคุณค่า (range=12-24)	0 (0.0)	11 (12.94)	74 (87.06)	20.29	3.46
การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (range=6-12)	0 (0.0)	43 (50.58)	42 (49.42)	8.78	1.59
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (range=25-36)	0 (0.0)	0 (0.0)	85 (100)	32.42	4.14
การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง (range=15-24)	0 (0.0)	11 (12.94)	74 (87.06)	19.28	2.35

ด้านความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืดพบว่า ผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 76.47) มีความรู้

ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 15.68 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยรวม (n=85)

ตัวแปร	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวม	18 (21.18)	65 (76.47)	2 (2.35)	15.68	2.52
(range=8-23)					

ด้านพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 132.13 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลรายด้านพบว่า พฤติกรรม

การจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดทุกด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ครอบครัว และด้านจิตสังคม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.60, 42.56 และ 19.15 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมและรายด้านในแต่ละระดับ (n=85)

พฤติกรรมการจัดการ	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลโดยรวม	0 (0.00)	4 (4.71)	81 (95.25)	132.13	8.10
(range=94-145)					
พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลรายด้าน					
ด้านลักษณะการเจ็บป่วย	0 (0.00)	9 (10.59)	76 (89.41)	72.60	5.92
(range=54-80)					
ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว	1 (1.17)	5 (5.88)	79 (92.95)	42.56	4.08
(range=23-48)					
ด้านจิตสังคม	3 (3.53)	37 (43.53)	45 (52.94)	19.15	1.53
(range=10-20)					

3. ข้อมูลความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม และความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวม ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.59, p<.01$ และ $r=.61, p<.01$ ตามลำดับ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลโรคหืด

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.59	.000*
ความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหืด	.61	.000*

หมายเหตุ. * $p<.001$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมระดับสูง มีค่าเฉลี่ยกับ 132.13 ซึ่งพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ครอบครัว และด้านจิตสังคม อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เด็กโรคหืดมีอายุ 3-6 ปี และมีประสบการณ์อาการหอบกำเริบตั้งแต่อายุ 1-3 ปี อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมากขึ้น จึงสามารถปฏิบัติหรือจัดการในการดูแลเด็กโรคหืดได้ดี ดังการศึกษาของ Nookong et al. (2012) พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จะสามารถประเมินและจัดการอาการหอบได้ดี และการศึกษาของ Wathanachaporn et al. (2015) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี (ร้อยละ 74.1) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ร้อยละ 51.8 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดส่วนใหญ่เป็นมารดา ซึ่งมารดาจะมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิดและเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กได้มากที่สุด (Svavardottir & Rayens, 2003) ดังการศึกษาของ Rattanasat (2012) เกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาใน

การดูแลเด็กโรคหืด วัย 1-5 ปี พบว่า มารดาส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กโรคหืดอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้านลักษณะการเจ็บป่วย อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.60 อาจเนื่องมาจากเด็กโรคหืดเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบ ร้อยละ 80 จึงทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanasat (2012) พบว่า ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านการดูแลสุขภาพและด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาเด็กโรคหืดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 42.56 อาจเนื่องมาจากร้อยละ 51.8 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดส่วนใหญ่เป็นมารดา ซึ่งมารดาจะมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิดและเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กได้มากที่สุด (Svavardottir & Rayens, 2003) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการในดูแลเด็กโรคหืดให้เจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัยและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ส่วนพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้านจิตสังคม พบว่า อยู่ในระดับสูง เช่น

เดียวกัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.15 อาจเนื่องมาจากร้อยละ 80 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการสนับสนุนซึ่งกันและกันและช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยลดผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแล การสนับสนุนจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมจัดการที่ดีและช่วยให้ความเครียดลดลง (Cohen & Wills, 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า หากผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการในการควบคุมอาการของโรคได้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ดี ส่งเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาได้ดีขึ้น (Cohen & Wills, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Maharsaro et al. (2017) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ดี และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ($\beta = .247, p < .05$) และการศึกษาของจากการศึกษาของ Samruern (2008) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .558, p < .01$) และการศึกษาของ Hoffmann, McKenna, Worrall, & Read (2004) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญต่อผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง โดยมีความสัมพันธ์กับการจัดการของผู้ดูแล เช่น ความรู้เฉพาะของโรคสาเหตุของการเกิดโรค จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังมีข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการรักษา จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหืดโดยการ

สนับสนุนทางสังคมที่ดี

ความรู้เรื่องโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ดีจะมีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้ดี ซึ่งความรู้เป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ การเรียนรู้ การวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหา (Yodyathai, 2008) ผู้ดูแลที่มีความรู้เรื่องโรคอาการและอาการแสดง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ หอบกำเริบ การรักษาและการใช้ยา และการพบแพทย์ตามนัดจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการในการควบคุมอาการหอบกำเริบในเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น หากผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของ Sriruttanawon et al. (2010) พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลมีผลต่อระดับการควบคุมโรคหืดในเด็ก อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 15.68 อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลเด็กโรคหืดร้อยละ 36.5 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการจัดการของผู้ดูแลในครอบครัว การศึกษาที่ดีส่งผลให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดีด้วย (Grey Knafel & McCorkle, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Maharsaro et al. (2017) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้โรคหืดในระดับดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1 ถึง 6 ปีอยู่ในระดับดี ($r = .835, p < .05$) จะเห็นได้ว่าความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานเรื่องของพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวให้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญในการให้ความรู้ และส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการจัดการดูแลเด็กโรค
หืดได้อย่างเหมาะสม

เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการ
ของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ในการดูแลเด็กโรคหืด ที่มีระดับ
ความรุนแรงของโรคหืดที่ต่างกัน และในเด็กทุกช่วงอายุ
เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เด็กช่วงอายุ 1-6 ปี หรือมากกว่า

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน
ทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดและพฤติกรรม
จัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ในเด็กทุกช่วงอายุที่มีอาการ
หอบกำเริบเฉียบพลันหรือมีอาการหอบครั้งแรกที่เข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม
จัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

เอกสารอ้างอิง

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Department of Medical Services. (2016). *Disease statistics*. Retrieved October 20, 2017 from <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html>. (in Thai).
- Global Asthma Network. (2014). *The global asthma report*. Retrieved October 10, 2018, from <http://www.globalasthmanetwork.org>
- Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. *Journal of Nursing Outlook*, 54(5), 278-286.
- Hoffmann, T., McKenna, K., Worrall, L., & Read, S. J. (2004). Evaluating current practice in the provision of written information to stroke patients and their careers. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 11(7), 303-309.
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 11-34.
- Kululert, P. (2016). Asthma in children. In Kasem, S., Seth, K., Thamkasorn, Y., Prajaktham, S., Ingkakul, P., Piriyanon, P. & Kulaloet, P. (Editors), *Textbook of pediatrics, Pediatrics textbooks And medical practitioners, book 1*. (Page 491-522). Bangkok: Tex and Journal Publication.
- Lamchang, S., Junpunyaskool, O., Siripao, N., N., Lamchang, P., & Leoviriyakit, N. (2008). Relationship between stress, social support, selected and coping behaviors among parents of children with acute respiratory tract infections, *Journal of Public Health Nursing*, 20(1), 51-60. (in Thai).
- Maharsaro, P. & Suwannaroop, N. (2017). Factors predicting caring behaviors among caregivers of 1-6 years old asthma children. *Journal of Nursing Science*, 35(2), 64-73. (in Thai).
- Nookong, A., Payakkaraung, S., Pongsaranuntakul, Y. & Chudapongse, S. (2012). Caregivers' management for children with asthma. *Journal of Nursing Science*, 30(1), 49-60. (in Thai).
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. (2nd ed.). Bostan: Pearson.

- Rand, C. S. (2002). Adherence to asthma to asthma therapy in the preschool child. *Allergy*, 57, 48-57.
- Rattanarat, K. (2012). *Mothers behavior in care of asthma children 1-5 years, Lang Suan Hospital, Chumphon Province* (Master of Science Public Health Sciences). Graduate School, Phetchaburi Rajabhat University. (in Thai).
- Samruern, S. (2008). *Factors affecting family management in family with asthmatic Children*. Chonburi: Burapha University. (in Thai).
- Santati, S., Ratinthorn, A., & Christian, B. (2003). Parent's experiences in asthma attack prevention: struggling to take control. *Thai Journal of Nursing Research*, 7(3), 186-98.
- Sattabud, M. (2017). Asthma knowledge, level of control and quality of life in asthmatic children at Lahansai hospital. *Journal of Medicine*, 42(3), 40-46. (in Thai).
- Teeratakulpisarn, J. (2013). Children with wheezing in Chansakuporn, S., Chuaychoo, P., Pochanuku, A. & Kaewamatawong, T.(Editor), *Asthma Textbook* (Page 69-76). Bangkok. (in Thai).
- Thai Asthma Council. (2017). *Guidelines for diagnosis and treatment of asthma in Thailand For adults and children: 2560*. Bangkok: Union Ultraviolet. (in Thai).
- Wathanachaporn, P., Aree, P. & Lamchang, S. (2015). Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers. *Nursing Journal Volume*, 43, 1-12. (in Thai).
- Yodyathai, T. (2008). *The effects of application of GINA pediatric guideline 2004 on asthma caring behaviors among families having children aged 0-6 years with asthma*. Thesis Master of Nursing Science (Family Nursing), Graduate School , Khon Kaen University.(in Thai).
- Zhao J., Shen K., Xiang L., Zhang G., Xie M., Bai J., & Chen Q. (2013). The knowledge, attitudes and practices of parents of children with asthma in 29 cities of China: a multi-center study. *Biomed-central Pediatrics*, 30(20), 1-6. doi: 10.1186/1471-2431-13-20



ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครั้งแรก Effect of Social Support on Fear of Childbirth Among Primiparous Parturients

นิตยา	พรมกันทา *	Nittaya	Promkunta *
ฉวี	เบาทรวง **	Chavee	Baosoung *
นันทพร	แสนศิริพันธ์ **	Nantaporn	Sansiriphun *

บทคัดย่อ

ความกลัวการคลอดบุตรส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอดรวมถึงทารกในครรภ์ ดังนั้น การดูแลเพื่อลดความกลัวการคลอดบุตร จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรใน

ผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดครั้งแรกที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2559 จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละเท่า ๆ กันและทั้งสองกลุ่มจับคู่ให้เหมือนกันด้วยอายุ การได้รับยาเร่งคลอด ประวัติการแท้งบุตรและสามเฝ้ายาคลอด กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลผดุงครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bogossian (2007) และมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตรของ Haines et al. (2011) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบมีการวัดซ้ำ และสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดบุตรน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการคลอดบุตร ผู้คลอดครั้งแรก การผดุงครรภ์

Abstract

Fear of childbirth impacts the physiological and psychological health of parturients including their fetus. Therefore, care that lessens fear of childbirth is an important role of nurse-midwives. This quasi-experimental research study aimed to examine the effect of social support on fear of childbirth among primiparous parturients. The subjects were 30 primiparous parturients admitted at the labor unit in the Health Promotion Hospital, Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai between June and July 2016. The subjects were selected and assigned in equal numbers into experimental and control groups and matched for age of parturients, medical induction, history

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Graduate Student, Faculty of Nursing Chiang Mai University, aoyaoitkd@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 16 กุมภาพันธ์ 2559 วันที่แก้ไขบทความ 1 มิถุนายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 14 กันยายน 2559

of abortion and husband attendance. Subjects in the experimental group received social support from the nurse-midwife, while subjects in the control group received routine care. The research instruments were the social support plan developed by the researcher based on the social support model of Bogossian (2007) and the Fear of Birth Scale by Haines and others (2011). Data were analyzed using descriptive statistics, one-way repeated measures ANOVA and an independent t-test.

The result of the study revealed that the experimental group had significantly lower fear of childbirth than the control group ($p < .01$)

Keywords: *social support, fear of childbirth, primiparous parturients, midwifery*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามธรรมชาติและเป็นช่วงเวลาแห่งความตื่นต้ายินดีของสตรีในการให้กำเนิดบุตร อย่างไรก็ตามการคลอดเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่แน่นอนได้ ผู้คลอดจะรับรู้ว่าการคลอดอาจก่อให้เกิดอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัวการคลอดบุตร (Bewley & Cockburn, 2002) โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดบุตรมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง โดยสตรีจะเกิดความกลัวการคลอดบุตรได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จะรู้สึกกลัวเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และมีความกลัวต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด (Zar, Wijma, & Wijma, 2001)

ความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด เป็นความรู้สึกของผู้คลอดที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บครรภ์และการคลอดซึ่งเกิดขึ้นได้กับผู้คลอดทุกคน (Zar, Wijma, & Wijma, 2001) สาเหตุของความกลัวการคลอดบุตร ได้แก่ กลัวความเจ็บปวดในขณะรอคลอด กลัวระยะเวลาการคลอดยาวนาน กลัวตนเองได้รับบาดเจ็บขณะคลอด กลัวทารกในครรภ์จะเจ็บป่วย กลัวไม่สามารถคลอดบุตรด้วยตนเองได้ และกลัวที่มสุขภาพไม่เป็นมิตร (Melender, 2002b) ซึ่งความกลัวการคลอดบุตรส่งผลกระทบต่อสตรีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ด้านร่างกายเมื่อเกิดความกลัวจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำให้มีอัตราการเต้นของ

หัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (Melender & Lauri, 1999) ทำให้อ่อนไม่หลับ เกิดอาการเหนื่อยล้าระหว่างการตั้งครรภ์ (Hall et al., 2009) ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกที่ไม่สัมพันธ์กัน เกิดการหยุดชะงักของการคลอด ระยะคลอดยาวนานกว่าปกติและเกิดการคลอดยากได้ (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012) ความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การร้องขอให้ผ่าตัดคลอด เกิดภาวะซึมเศร้าและโรคเครียดหลังคลอด (Soderquist, Wijma, Thorbert, & Wijma, 2009) ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้คลอดจะเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดมาก (Chuahorm, Sripichyakarn, Tungpunkom, Klunklin, & Kennedy, 2007) มีการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มสูงขึ้น อธิบายตามวงจรของความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (fear-tension-pain) ได้ว่า เมื่อผู้คลอดมีความกลัว จะส่งผลให้ร่างกายมีความตึงเครียด ทำให้รับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น เมื่อรู้สึกเจ็บปวดมากจะทำให้ความกลัวการคลอดเพิ่มขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (Dick-Read, 1984) ส่วนผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่รกน้อยลง ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนขณะอยู่ในครรภ์ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และมีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดได้ (Melender & Lauri, 1999)

ความรู้สึกลัวการคลอดบุตรของผู้คลอดจะเกิดมากหรือน้อยขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ จำนวนครั้งของการคลอดบุตร การแท้งบุตร การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ความเจ็บ

ปวดและการสนับสนุนทางสังคม (Laursen, Hede- gaard, & Johansen, 2008) โดยพบความกลัวการ คลอดบุตรเพิ่มมากขึ้นในสตรีที่มีอายุน้อย ระดับการ ศึกษาต่ำ ไม่มีงานทำหรือขาดรายได้ (Laursen, Hede- gaard, & Johansen, 2008) ผู้คลอดครั้งแรก สตรีตั้ง ครรภ์ที่มีประวัติการแท้งบุตร ผู้คลอดที่มีการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดทางลบ มีความเจ็บปวดมากใน ขณะระลอกคลอด และขาดการสนับสนุนทางสังคม (Saisto & Halmesmaki, 2003)

ในระยะคลอด ผู้คลอดที่มีความกลัวการคลอดบุตร มีความต้องการได้รับการช่วยเหลืออย่างมากทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายผู้คลอดต้องการให้การ คลอดดำเนินไปได้อย่างปกติ ต้องการความรู้เกี่ยวกับ กระบวนการคลอด โดยเฉพาะการจัดการกับความเจ็บ ปวดในขณะที่เจ็บครรภ์ และต้องการความสุขสบาย (Me- lender, 2002a) ด้านจิตใจผู้คลอดต้องการการสนับสนุน ด้านอารมณ์เพื่อขจัดความกลัวการคลอดบุตร ต้องการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่าง ไกล่ชิดเป็นรายบุคคลและต่อเนื่องไปตลอดระยะของการ คลอด ต้องการได้รับฟังคำพูดที่ทำให้กำลังใจและช่วยส่ง เสริมความสามารถในการคลอด และความต้องการที่ สำคัญคือ ผู้คลอดต้องการการสนับสนุนดูแลจาก พยาบาลผดุงครรภ์ (Salomonsson, Bertero, & Ale- hagen, 2013)

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการจัดทำเพื่อ ลดความกลัวการคลอดบุตรในระยะตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการ ส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการเข้ากลุ่มเตรียม ตัวเพื่อคลอด หรือการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยผู้จัด กระทำคือ พยาบาลผดุงครรภ์ที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวช หรือนักจิตเวชโดยตรง (Guszkowska, 2014) ซึ่งเมื่อเข้าสู่ ระยะคลอดความกลัวการคลอดบุตรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มากกว่าระยะตั้งครรภ์ (Zar et al., 2001) ส่วนการจัด กระทำในระยะคลอดพบ 1 การศึกษา เป็นการศึกษา การให้ข้อมูลด้วยโปรแกรมให้ความรู้แก่ญาติและผู้คลอด จากพยาบาลผดุงครรภ์ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และเมื่อ เข้าสู่ระยะคลอดญาติให้การสนับสนุนผู้คลอด พบว่า

กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากญาติที่ได้รับโปรแกรมให้ ความรู้มีความกลัวการคลอดบุตรน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ ญาติให้การดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับโปรแกรมให้ความ รู้ (Anusornteerakul & Kittiprisada, 2013) ยังไม่พบ รายงานการจัดกระทำโดยพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อลด ความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด ซึ่งพยาบาล ผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ คลอด สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างใกล้ ชิดมากที่สุด

ผู้วิจัยจึงนำการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ผดุงครรภ์ตามแนวคิดของ Bogossian (2007) ร่วมกับการ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็น แนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดครั้งแรกที่ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้การ สนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะเจ็บครรภ์ ซึ่งการ สนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุน ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านการบริการ เพื่อให้ผู้ คลอดจัดการกับความกลัวการคลอดบุตรได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรของผู้คลอด ครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

ความกลัวการคลอดบุตรของผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ การดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้คลอดครั้งแรกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิด ความกลัว โดยความกลัวที่เกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายและ จิตใจมีความตึงเครียดและรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ส่ง ผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้

การศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความ กลัวการคลอดบุตรครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุน

ทางสังคมของ Bogossian (2007) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการลดความกลัวการคลอดบุตร ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุน

ด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการบริการ โดยการสนับสนุนด้านข้อมูล ส่งผลลดความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดจากการขาดความรู้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่นใจและมีกำลังใจ ส่งผลลดความตึงเครียดด้านจิตใจ และการสนับสนุนด้านการบริการ ทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายและผ่อนคลาย ส่งผลลดความตึงเครียดด้านร่างกายและความเจ็บปวด การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการตัดวงจร

ความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด ผู้วิจัยคาดว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน อย่างต่อเนื่อง ในระยะคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดบุตรลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่อยู่ในระยะเจ็บครรภ์และมาคลอดในท้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 20-34 ปี

2) ตั้งครรภ์ครบกำหนด ทารกอยู่ในท่าปกติ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม 4) เมื่อแรกรับปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบที่ .80 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์จาก ผลการศึกษาของ Anusornteerakul & Kittiprisada (2013) ได้ค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง 4.01 ได้ค่า Eta-squared เท่ากับ .14 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 ราย (Polit, 2010) และเพิ่ม

จำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจยุติการเข้าร่วมในการศึกษา (drop out) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย และจับคู่ให้มีลักษณะเหมือนกัน ได้แก่ อายุของผู้คลอดแตกต่างกัน ไม่เกิน 5 ปี การได้รับยาแรงคลอด ประวัติการแท้งบุตร และการมีสามีเฝ้าคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ แผนการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bogossian (2007) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และการปฏิบัติตัวโดยการใช้เทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง มีการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด มาตราวัดความกลัวการคลอดบุตร (Fear of Birth Scale) ของ Haines, Pallant, Karlstrom, & Hildingsson (2011) เป็นมาตราวัดด้วยสายตา 2 ข้อ (a two-item visual analogue scale) คะแนนเต็มข้อละ 100 คะแนน ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้คลอดครรภ์แรกที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัด 2 ข้อโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างและป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมเพื่อคลอดตามขั้นตอนการรับใหม่ ได้รับการแนะนำและการดูแลด้านความสบายจากบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การแจกเอกสารแนะนำวิธีบรรเทาปวด ข้อปฏิบัติของโรงพยาบาล แนวทางการรักษาพยาบาล ภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยติดตามการประเมินความกลัวการคลอดบุตร 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร ครั้งที่ 2 ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และครั้งที่ 3 ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร

กรณีกลุ่มตัวอย่างประเมินแล้ว พบว่ามีความกลัวการคลอดบุตรมาก (คะแนน 80-100) ผู้วิจัยส่งต่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดให้การดูแลช่วยเหลือ การวิจัยนี้พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนที่มีความกลัวการคลอดบุตรมาก ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่านทั้งหมด โดยพยาบาลผดุงครรภ์ประจำการได้สอบถามอาการ พูดให้กำลังใจ และติดตามสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง

2. กลุ่มทดลอง เมื่อรับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเตรียมเพื่อคลอดตามขั้นตอนการรับใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อแรกรับปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความกลัวการคลอดบุตรครั้งที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นให้การสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่างตามแผนการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

2.1 ครั้งแรก 1) การสนับสนุนข้อมูลมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคลอดและการปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการหายใจ แบบ slow

chest breathing คือ การหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ ขณะมดลูกหดตัว เพื่อให้ผู้คลอดนำไปปฏิบัติในการเผชิญการคลอด และอธิบายการใช้คู่มือใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน รับฟังความรู้สึกของผู้คลอดและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้คลอดต้องการ และการสัมผัสเพื่อการดูแล โดยผู้วิจัยใช้มือข้างหนึ่งประคองอุ้งมือไว้ และวางมืออีกข้าง บนข้อมือของผู้คลอด เมื่อมดลูกเริ่มหดตัวผู้วิจัยใช้การสัมผัสพร้อมกับการกระตุ้นให้ผู้คลอดหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยให้การสัมผัสขึ้น-ลงสัมพันธ์กับการหายใจเข้า-ออกของผู้คลอดจนมดลูกคลายตัว ผู้วิจัยให้การสัมผัสติดต่อกันอย่างน้อย 5 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง เมื่อสิ้นสุดการสัมผัสผู้วิจัยใช้มือข้างที่อุ้งนั้นตบเบา ๆ บนหลังมือของผู้คลอด 3-4 ครั้ง เป็นการสิ้นสุดการสัมผัสใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที และ 3) การสนับสนุนด้านการบริการ โดยดูแลความสบายด้านร่างกาย การส่งเสริมการเคลื่อนไหวท่าทาง และการนวดบริเวณกระดูกสันหลังใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ผู้วิจัยให้การสนับสนุนที่ละด้าน เริ่มจากการสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านการบริการ ซึ่งใช้ระยะเวลา รวมทั้งหมดประมาณ 45-55 นาที

2.2 ระยะคลอด ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทั้ง 3 ด้านตามแผนการสนับสนุนทุกชั่วโมง โดยการสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นการทบทวนข้อมูลที่ได้อธิบายแนะนำไป และอธิบายเหตุการณ์ล่วงหน้าที่จะคลอดจะเผชิญ พร้อมทั้งตอบคำถามตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 10-15 นาที การสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านการบริการมีรายละเอียดเหมือนการสนับสนุนทางสังคมครั้งแรก และผู้วิจัยให้การสนับสนุนผู้คลอดทุกชั่วโมงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด ซึ่งใช้ระยะเวลาในการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ 10-15 นาที ด้านการบริการ 5-10 นาที รวมใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 15-25 นาที จากนั้นขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความกลัวการคลอดบุตรครั้งที่ 2 ที่ระยะปาก

มดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และการประเมนครั้งที่ 3 ที่ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ด้วยมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร

2.3 กรณีกลุ่มตัวอย่างประเมนแล้ว พบว่ามีความกลัวการคลอดบุตรมาก (คะแนน 80-100) ผู้วิจัยส่งต่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม การศึกษาวิจัยนี้ ในกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คนที่มีความกลัวการคลอดบุตรมาก ผู้วิจัยประสานให้พยาบาลผดุงครรภ์ประจำการได้รับทราบและติดตามประเมนผู้คลอด เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือตามแนวทางของโรงพยาบาล และผู้วิจัยยังคงดำเนินการให้การสนับสนุนทางสังคมต่อเนื่องต่อไปจนปากมดลูกเปิด ผู้คลอดมีความกลัวการคลอดบุตรในระยะปากมดลูกเปิดเร็วลดลง และระยะเปลี่ยนผ่านมีความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบมีการวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA) และสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่ม อิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 20-34 ปี กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 25.67 (SD = 4.59) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 26.13 (4.64) ทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 20-34 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกันร้อยละ 93.33 เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 53.33 ไม่มีประวัติแท้งบุตรร้อยละ 80 ได้รับยาเร่งคลอดร้อยละ 80 และเข้าร่วมโครงการผ่าคลอดร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างโดยกลุ่มทดลองร้อยละ 46.67 กลุ่มควบคุมร้อยละ 33.33 กลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 33.33 กลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 46.67 กลุ่มทดลองมีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 46.67 กลุ่มควบคุมมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 46.67 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประวัติการแท้งบุตร และการได้รับยาเร่งคลอดไม่แตกต่างกัน

2. ผู้คลอดครรภ์แรกทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดบุตรในระยะปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะเปลี่ยนผ่าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความกลัวการคลอดบุตร			F	p-value
	ระยะปากมดลูก เปิดช้า	ระยะปากมดลูก เปิดเร็ว	ระยะเปลี่ยนผ่าน		
	$\bar{X}$, (SD)	$\bar{X}$, (SD)	$\bar{X}$, (SD)		
กลุ่มทดลอง	30.37 (19.75)	41.27 (13.93)	57.60 (13.90)	25.99	.001
กลุ่มควบคุม	28.33 (13.75)	56.50 (12.80)	80.57 (14.37)	55.32	.001

3. ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความกลัวการคลอดบุตรในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมิน	ค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนน		t-test	p-value
	ความกลัวการคลอดบุตร $\bar{X}$, (SD)			
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
ระยะปากมดลูกเปิดช้า	30.37 (19.75)	28.33 (13.75)	-.33	.746
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว	41.27 (13.93)	56.50 (12.79)	3.12	.004
ระยะเปลี่ยนผ่าน	57.60 (13.90)	80.57 (14.37)	4.45	.001

การอภิปรายผล

ผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตร ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านน้อยกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลผดุงครรภ์โดยใช้แผนการสนับสนุนที่สร้างจากแนวคิดของ Bogossian (2007) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านการบริการ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์แบบหนึ่งต่อหนึ่งในระยะเจ็บครรภ์อย่างต่อเนื่องตรงกับความต้องการของผู้คลอด ดังนี้

การสนับสนุนด้านข้อมูล ทำให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดในทางบวก และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสม (Sodsong, 2005) การศึกษาของ Hildingsson et al. (2011) พบว่า การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองในระยะคลอดและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความกลัวการคลอดบุตร การศึกษาของ Wan-Yim et al. (2009) พบว่า ผลของการให้ข้อมูลและความรู้ช่วยให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดได้ลดลง ซึ่งการให้คำแนะนำเทคนิคการหายใจช่วยเพิ่มความสามารถของผู้คลอดในการจัดการกับความเจ็บปวด

เสริมสร้างความมั่นใจในการคลอด และช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย (Adams & Bianchi, 2008) การศึกษาของ Simkin & Bolding (2004) พบว่า การใช้เทคนิคการหายใจเป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการคลอด ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง สามารถช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรได้ ดังนั้น เมื่อผู้คลอดครั้งแรกได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล จึงสามารถช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดจากความไม่รู้และผลจากการลดความเจ็บปวด

การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้คลอดมีกำลังใจ เกิดความมั่นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด การอยู่เป็นเพื่อนทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับการดูแลเอาใจใส่ เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้คลอดและพยาบาลผดุงครรภ์ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ของผู้คลอดทางด้านบวก (Adams & Bianchi, 2008) การศึกษาของ Bonaro, & Kroeger (2004) พบว่า ผลของการที่พยาบาลผดุงครรภ์อยู่เป็นเพื่อนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ช่วยให้ผู้คลอดสามารถผ่านสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ ส่วนการสัมผัสช่วยให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Khamboon, 2008) การศึกษาของ Simkin & Bolding (2004) พบว่า การสัมผัสในระยะคลอด เป็นการกระตุ้นความรู้สึกที่ระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนความสนใจ สามารถช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อส่งผลให้ลดความกลัวได้ การศึกษาของ Leap et al.

(2010) พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ส่งผลให้ผู้คลอดมีอารมณ์ผ่อนคลาย พร้อมทั้งจะเผชิญกับความกลัวการคลอดบุตรได้ ดังนั้น เมื่อผู้คลอดครั้งแรกได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ส่งผลให้ผู้คลอดเผชิญต่อความกลัวที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์ได้อย่างเหมาะสมและมีความตึงเครียดลดลง

การสนับสนุนด้านการบริการ การกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงท่าทาง การเคลื่อนของข้อต่าง ๆ ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้สะดวก ลดแรงกดบริเวณกระดูกเชิงกรานและเนื้อเยื่ออ่อน เป็นการบรรเทาอาการปวดหลัง ก่อให้เกิดความสุขสบายและผ่อนคลาย ช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความกลัวการคลอดบุตรได้อย่างเหมาะสม ส่วนการนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อและบรรเทาความเจ็บปวด (Simkin & Bolding, 2004) การศึกษาในประเทศไต้หวัน ผลของการนวดกระดูกก้นกบ หลังและไหล่ในระยะคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดมีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Chang, Wang, & Chen, 2002) ดังนั้น เมื่อผู้คลอดครั้งแรกได้รับการสนับสนุนด้านการบริการ ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายด้านร่างกายทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง จึงทำให้ความกลัวการคลอดบุตรลดลง

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลผดุงครรภ์เป็นการตึงเครียด ความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด โดยช่วยให้ผู้คลอดสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้คลอดมีอารมณ์ผ่อนคลาย มีความมั่นใจในการคลอด เกิดความสุขสบายด้านร่างกาย ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ จึงสามารถลดความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครั้งแรกได้ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาของ Anusornteerakul & Kittiprisada (2013) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยพยาบาลผดุงครรภ์แก่ญาติและผู้คลอดครั้งแรก รวมทั้งผู้คลอดได้รับการสนับสนุนจากญาติ ทำให้ความกลัวการคลอดบุตรของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่หนึ่งของ การคลอด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การศึกษาของ Fenwick et al. (2013) พบว่า การได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลผดุงครรภ์ที่เกี่ยวข้องช่วยให้คำปรึกษาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรได้ การศึกษาของ Sydsjo et al. (2015) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์ ทำให้ผู้คลอดมีความกลัวการคลอดบุตรมีระดับความรุนแรงลดลง

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านการบริการ ส่งผลให้ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความกลัวการคลอดบุตรลดลง ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรของผู้คลอดครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมเป็นบทบาทที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้คลอดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำแผนการสนับสนุนทางสังคมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดครั้งแรกที่มีความกลัวการคลอดบุตร

ด้านการศึกษาพยาบาล

นำผลการวิจัยไปเผยแพร่แก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้คลอดครั้งแรกที่มีความกลัวการคลอดบุตร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด
2. ควรศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดกลุ่มอื่น เช่น ผู้คลอด

วัยรุ่น ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด เป็นต้น

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรใน

ผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง เพื่อขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมให้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119, 1238-1246.
- Anusornteerakul, S., & Kittiprisada, P. (2013). The effects of health education program and relative assistant on pain, fear, anxiety in primiparous during the first stage of labor. *Journal of Nursing Science and Health*, 36(1), 23-31. (In Thai).
- Bewley, S. & Cockburn, J. (2002). Responding to fear of childbirth. *The Lancet*, 359, 2128-2129.
- Bogossian, F. E. (2007). Social support: Proposing a conceptual model for application to midwifery practice. *Women and Birth*, 20, 169-173. doi: 10.1016/j.wombi.2007.08.003
- Bonaro, D., & Kroeger, M. (2004). Continuous female companionship during childbirth: A crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery Women's Health*, 49(1), 19-27.
- Chang, M., Wang, S., & Chen, C. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68-73.
- Chuahorm, U., Sripichyakarn, K., Tungpunkom, P., Klunklin, A., & Kennedy, H. P. (2007). Fear and suffering during childbirth among Thai women. *Thai Journal Nursing Research*, 11(1), 49-61.
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Sneddon, A. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: A midwife-led psycho-education intervention. *Biomedical pregnancy and childbirth*, 13, 1-9.
- Guszkowska, M. (2014). The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(2), 176-189.
- Haines, H., Pallant, J. F., Karlstrom, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample, *Midwifery*, 27, 560-567.
- 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 & Neonatal Nursing*, 38, 567-576. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlstrom, A., & Lundgren, I. (2011). A Longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(5), 532-543. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01274.x

- Khamboon, T. (2008). Touch power: healing power from body through mind. *Nursing journal*, 35(4), 77-85. (In Thai).
- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish national birth cohort. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(3), 354-360.
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to confidence: Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(3), 234-242.
- Melender, H. L., & Lauri, S. (1999). Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of women who have recently given birth. *Midwifery*, 15, 177-182.
- Melender, H. L. (2002a). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47, 256-263.
- Melender, H. L. (2002b). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29, 101-111.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208.
- Salomonsson, B., Bertero, C., & Alehagen, S. (2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *Journal Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 42, 191-202.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 489-556.
- Soderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, k. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, 672-680.
- Sodsong, W. (2005). *The effects of nursing support during labor on labor pain coping behaviors and the perception of childbirth experience of first-time mother*. Unpublished master's thesis, University of Mahidol, Bangkok, Thailand.
- Sydsjo, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjorn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15, 115-119. doi:10.1186/s12884-015-0548-6
- Wan-Yim, I. P., Catherine, S. K., & William, B. G. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of clinical nursing*, 18, 2125-2135.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84.



ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก Pregnancy-related Anxiety, Risk Knowledge, and Pregnancy Risk Perception Among Advanced Age Pregnant Women

ปิ่นอนงค์	พิมพ์สุวรรณ *	Pinanong	Pimsuwan *
ฉวี	เบาทรง **	Chavee	Baosoung **
นันทพร	แสนศิริพันธ์ **	Nantaporn	Sansiriphun **

บทคัดย่อ

การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์มีความสำคัญในการลดโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของทั้งสตรีตั้งครรภ์อายุมากและทารกในครรภ์ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 85 ราย ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2562 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ สร้างตามแนวคิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของ Rini et al. (1999) แบบสอบถามความรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก สร้างตามแนวคิดความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงตามอายุของสตรีตั้งครรภ์ ของ Tough et al. (2006) และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ของ Heaman & Gupton (2009) ฉบับภาษาไทย โดย Jittrapirom et al. (2014) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง (mean= 18.98, S.D.= 4.72)
 2. สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีความรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (mean= 5.18, S.D.= 2.13)
 3. สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ (mean= 201.13, S.D.= 160.02)
 4. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .394, p < .01$)
 5. ความรู้ภาวะเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก
- ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก โดยคำนึงถึงปัจจัยความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์อายุมาก

* พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
 * Registered Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, pinanongpimsuwan@gmail.com
 ** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 4 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 3 พฤษภาคม 2562 วันตอบรับบทความ 11 กันยายน 2562

Abstract

Pregnancy risk perception is important in reducing health risks for both advanced age pregnant women and their fetuses. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore the relationship of pregnancy-related anxiety, risk knowledge, and pregnancy risk perception among advanced age pregnant women. The participants were 85 pregnant women aged 35 years and over who received antenatal care at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital between March and April 2019. The research tools were a pregnancy-related anxiety questionnaire developed based on pregnancy-related anxiety concepts by Rini et al. (1999); a questionnaire regarding risk knowledge of advanced age pregnant women developed based on the knowledge of maternal age-related risks concept by Tough et al. (2006); and the Pregnancy Perception of Risk Questionnaire, originally by Heaman & Gupton (2009), the Thai version by Chitrapirom et al. (2014). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results of the study were as follows:

1. Participants had pregnancy-related anxiety at a moderate level (mean= 18.98, S.D.= 4.72).
2. Participants had risk knowledge at a moderate level (mean= 5.18, S.D.= 2.13).
3. Participants had pregnancy risk perception at a low level (mean= 201.13, S.D.= 160.02).
4. Pregnancy-related anxiety had a significant positive correlation with pregnancy risk perception among advanced age pregnant women ($r = .394, p < .01$).
5. Risk knowledge did not have a correlation with pregnancy risk perception among advanced age pregnant women

The findings from this study can be used as baseline data for promoting pregnancy risk perception of advanced age pregnant women by consideration of pregnancy-related anxiety factor.

Keywords: *Pregnancy-related anxiety, risk knowledge, pregnancy risk perception, advanced age pregnant women*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สตรีตั้งครรภ์อายุมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปีนับจากวันเกิดถึงวันกำหนดคลอด สถิติสตรีตั้งครรภ์อายุมากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ประชากรสูง ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบสถิติสตรีคลอดบุตรที่มีอายุมากเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี ค.ศ. 2013 พบสตรีคลอดบุตรในช่วงอายุ 35-39 ปี 40-44 ปี และ 45-50 ปี จำนวน 49.3, 10.4 และ 0.8 ต่อ 1,000 ของการคลอดตามลำดับ และในปีนั้นพบสตรีที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

คลอดบุตรถึง 677 ราย (Martin et al., 2015) และผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกจำนวน 29 ประเทศ ในทวีปแอฟริกา เอเชีย ลาตินอเมริกา และตะวันออกกลาง พบอัตราความชุกของสตรีตั้งครรภ์อายุมากโดยเฉลี่ยร้อยละ 12.3 โดยพบตั้งแต่ร้อยละ 2.8 ในประเทศเนปาล จนถึงร้อยละ 31.1 ในประเทศญี่ปุ่น และในประเทศไทยพบร้อยละ 15 (Laopaiboon et al., 2014)

การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมากมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของสตรีและทารกมากกว่าการตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุในช่วงปกติ

ปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นได้แก่ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะตกเลือดก่อนคลอด การคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ การผ่าตัดคลอด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกมีความผิดปกติของโครโมโซม ทารกต้องรักษาตัวในห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ทารกตายคลอด และทารกตายปริกำเนิด (Lean, Derricott, Jones, & Heazell, 2017) การตั้งครรภ์อายุมากยังเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของปัญหาด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Suplee, Daeley & Bloch, 2007) จากภาวะเสี่ยงที่กล่าวมา สตรีตั้งครรภ์อายุมากจึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากได้รับสุขศึกษาหรือข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อายุมากเพิ่มขึ้น ได้แก่ ข้อมูลภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอด ข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะเสี่ยง การเฝ้าระวัง การจัดการ และการดูแลรักษาภาวะเสี่ยงที่แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่ำ ทำให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Heaman & Gupton, 2009)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ (pregnancy risk perception) ตามแนวคิดของ Heaman & Gupton (2009) หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และความตระหนักรู้ของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับขนาดความรุนแรงของอันตราย และผลกระทบของการตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์ โดยกระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงมีพื้นฐานมาจาก ความคิดความจำ การได้ยิน การสังเกต หรือการค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ทศนคติที่มีต่อภาวะเสี่ยงนั้น ซึ่งการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์มีความสำคัญเนื่องจากเกี่ยวข้องกับ แรงจูงใจในการแสวงหาการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การเลือกสถานที่คลอดหรือโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะเสี่ยงของตนเอง การปฏิบัติตามคำ

แนะนำของผู้ให้การดูแลรักษา และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ซึ่งการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2012a)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ ปัจจัยภาพลักษณ์ของตนเอง และภาวะสุขภาพ โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มองว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์น้อยกว่าสตรีที่มองว่าสุขภาพของตนเองไม่ค่อยแข็งแรง (Heaman et al., 2004) ปัจจัยความเสี่ยงทางชีวภาพการแพทย์ (biomedical risk) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยพบว่า ความเสี่ยงทางชีวการแพทย์ และความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ (Gupton, Heaman, & Cheung, 2001) ปัจจัยเรื่องอายุครรภ์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยง โดยพบว่า ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก อายุครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ (Bayrampour et al., 2012b)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (pregnancy related anxiety) หมายถึง ความรู้สึกกังวล และความหวั่งกังวล ของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ภาวะสุขภาพของตนเอง และการเลี้ยงดูทารกเกิดใหม่ (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa, & Sandman, 1999) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสำคัญเนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการคลอด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระดับสูงจะส่งผลกระทบต่อ ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกใน

ครรรค์ (Blackmore et al., 2015) งานวิจัยในสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความวิตกกังวลทั่วไป แต่มีรายงานการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลที่เฉพาะเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยทำนายผลกระทบต่อผลลัพธ์การคลอดได้ดีกว่าความวิตกกังวลทั่วไป และผลการศึกษาความวิตกกังวลที่เฉพาะเกี่ยวกับการตั้งครรภ์สามารถใช้เป็นประโยชน์ในการลดภาวะเสี่ยง (risk reduction) ได้เฉพาะเจาะจงดีกว่าความวิตกกังวลทั่วไป (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2013)

ความรู้ภาวะเสี่ยง (risk knowledge) ของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก หมายถึง ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ความผิดปกติ หรือ อันตรายที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากและทารกในครรภ์ ได้แก่ ปัญหาความเจ็บป่วย การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์แฝด การผ่าตัดคลอด ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความพิการแต่กำเนิด และทารกเกิดน้ำหนักน้อย (Tough et al., 2006) การศึกษาความรู้ภาวะเสี่ยงของการมีโรคประจำตัวกับการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงของตนเองน้อย ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ไม่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและวางแผนการตั้งครรภ์ของตนเอง (Chuang, Velott & Weisman, 2010)

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา พบว่ายังมีน้อย และเป็นการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชาวตะวันตก และงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยง กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์พบเพียงงานเดียวในประเทศแคนาดา และกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุมากจำนวน 54 รายในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 159 ราย อีกทั้งมีรายงานว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน (Taghizadeh et al., 2017) ดังนั้นผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงยังมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยมาอ้างอิง หรือมาประยุกต์ใช้ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากชาว

ไทย ผลการศึกษาครั้งนี้ จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากให้ถูกต้องตรงตามข้อเท็จจริง ซึ่งจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์อายุมากและทารกในครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภาวะเสี่ยงกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากเป็นอย่างไร
2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากหรือไม่ อย่างไร
3. ความรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษารับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Heaman & Gupton (2009) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์เป็น ความคิด ความรู้สึกและความตระหนักรู้ของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ และปัจจัยที่

เกี่ยวข้อง 2 ปัจจัย ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์คือ ความรู้สึกกังวลใจ และความห่วงกังวลของสตรีตั้งครรภ์อายุมากเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ภาวะสุขภาพของตนเอง สุขภาพของทารกในครรภ์ และการเลี้ยงดูบุตรเกิดใหม่ (Rini et al., 1999) และความรู้ภาวะเสี่ยง คือ ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ความผิดปกติ หรืออันตรายที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์อายุมากและทารกในครรภ์ (Tough et al, 2016) ทั้งนี้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความรู้ภาวะเสี่ยงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2562 โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) เป็นสตรีตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 2) ไม่มีโรคประจำตัวก่อนตั้งครรภ์ 3) มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-41 สัปดาห์ 4) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และ 5) สมจริตใจและยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดทารกก่อนกำหนด และจำนวนบุตร

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดของ Rini et al. (1999)

โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและบุตรในครรภ์ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ 1) ไม่เลย (1 คะแนน) 2) เล็กน้อย (2 คะแนน) 3) ปานกลาง (3 คะแนน) และ 4) มาก (4 คะแนน) และ ส่วนที่ 2 เป็นความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด สุขภาพของบุตรและการเลี้ยงดูบุตรเกิดใหม่ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ 1) ไม่เคยเลย (1 คะแนน) 2) บางครั้ง (2 คะแนน) 3) เป็นเวลาส่วนใหญ่ (3 คะแนน) และ 4) เกือบตลอดเวลา (4 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรายภาคขึ้น ดังนี้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระดับน้อย (0-13.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (13.34-26.66 คะแนน) และระดับมาก (26.67-40.00 คะแนน) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

3. แบบสอบถามความรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงตามอายุของสตรีตั้งครรภ์ (Knowledge of Maternal Age-related Risks) ของ Tough et al. (2016) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ 1) ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน 2) ตอบผิด ไม่ได้คะแนน และ 3) ตอบว่าไม่รู้ ไม่ได้คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-10 การแปลความหมายของคะแนนโดยเทียบตามอันตรายภาคขึ้น ดังนี้ ความรู้ภาวะเสี่ยงระดับน้อย (0-3.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (3.34-6.66 คะแนน) และระดับมาก (6.67-10.00 คะแนน) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .70

4. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้ง

ครรภ์ ฉบับภาษาไทยโดย Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriarporn (2014) ต้นฉบับของ Heaman & Guptun (2009) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินโดยใช้มาตราวัดด้วยสายตา (visual analogue scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีค่าคะแนน 0-100 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-900 การแปลความหมายของคะแนนโดยเทียบตามอันตรายภาคขั้น ดังนี้ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ระดับน้อย (0-300 คะแนน) ระดับปานกลาง (301-600 คะแนน) และระดับมาก (601-900 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ภายหลังทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สมิเยร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 85 รายมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 35-45 ปี อายุเฉลี่ย 37.67 ปี (S.D. = 2.25) ร้อยละ 88.24 มีช่วงอายุ 35-40 ปี ร้อยละ 91.76 มีสถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 28.24 มีการ

ศึกษาระดับมัธยมปลาย ร้อยละ 48.24 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.83 มีรายได้โดยรวมของครอบครัว 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.06 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 72.94 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 63.53 มีอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ร้อยละ 92.95 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2-8 ร้อยละ 81.18 ไม่มีประวัติการแท้ง ร้อยละ 95.30 ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด และร้อยละ 47.07 มีบุตรจำนวน 2-5 คน

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 10-33 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.98 (S.D. = 4.72) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.18 (S.D. = 2.13) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

4. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 0-620 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 201.13 (S.D. = 160.02) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .394, p < .01$) แต่ความรู้ภาวะเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

ตัวแปร	1	2	3
1. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	1.00		
2. ความรู้ภาวะเสี่ยง	.086	1.00	
3. การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์	.394**	-.005	1.00

** p< .01

การอภิปรายผล

1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เท่ากับ 18.98 (S.D.= 4.72) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง โดยความวิตกกังวลเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ต้องมีการปรับตัวหลายด้าน (Bayrampour et al., 2016) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูง และมีโอกาสได้รับข้อมูล หรือ สุขศึกษาเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (Carolan & Nelson, 2007) เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 35-45 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีความพร้อมด้านจิตใจ การตัดสินใจ การเรียนรู้ รวมทั้งมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และสามารถปรับตัวได้ดี (Mercer, 1986) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นสตรีครรภ์หลัง (ร้อยละ 92.95) จึงเคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ และการคลอดมาก่อน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.18) ไม่มีประวัติการแท้ง และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.30) ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงไม่มีประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับการแท้งและการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่

ผ่านมาเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (Huizink et al., 2004) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และส่วนใหญ่ผ่านการเจาะน้ำคร่ำตรวจมาแล้ว และผลการตรวจทุกรายไม่พบความผิดปกติทางพันธุกรรมของทารกในครรภ์ ดังนั้นด้วยเหตุผลที่ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ไม่มีประวัติการแท้งและการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่สามที่การเจาะน้ำคร่ำได้ผลปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์อายุมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง

2. ความรู้ภาวะเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมากเท่ากับ 5.18 (S.D.= 2.13) เป็นความรู้ภาวะเสี่ยงในระดับปานกลาง ซึ่งความรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก คือ ความรู้ภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับ ปัญหาความเจ็บป่วย การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์แฝด การผ่าตัดคลอด ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความพิการแต่กำเนิด และทารกเกิดน้ำหนักน้อย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ภาวะเสี่ยงระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมปลาย (ร้อยละ 28.24) อนุปริญญา (ร้อยละ 9.41) ปริญญาตรี (ร้อยละ 15.29) ถึงระดับปริญญาโท (ร้อยละ 8.24) รวมร้อยละ 61.18 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาความรู้ และเข้าถึงแหล่งความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อายุมากโดยทั่วไปได้ และ

กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์อายุมากยังได้รับการความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับโอกาสที่ทารกในครรภ์จะเกิดภาวะดาวน์ซินโดรม การตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม และการคัดกรองที่เฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมาก เช่น การคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การเจาะน้ำคร่ำ เป็นต้น ข้อมูลที่ได้รับจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมากในระดับปานกลาง ทั้งนี้แบบสอบถามความรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมากมีทั้งหมด 10 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ภาวะเสี่ยงมากในเรื่อง สตรีตั้งครรภ์อายุมากควรได้รับการเจาะตรวจน้ำคร่ำ ร้อยละ 97.65 รองลงมาคือ สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีโอกาสที่ทารกในครรภ์เกิดภาวะดาวน์ซินโดรม ร้อยละ 81.17 สำหรับความรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุดคือเรื่อง สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุน้อย (ร้อยละ 15.29) รองลงมาคือสตรีตั้งครรภ์อายุมากมีโอกาสดำเนินการผ่าตัดคลอดมากกว่าสตรีอายุน้อย (ร้อยละ 29.41) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์อายุมากทุกรายควรได้รับความรู้ถูกต้องตามข้อเท็จจริง เพื่อผลในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันหรือลดภาวะเสี่ยงในเรื่องดังกล่าว (Tough, Benzie, Fraser-Lee, & Newburn-Cook, 2007) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Tough et al. (2006) เกี่ยวกับ ความรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุมากมีความรู้ภาวะเสี่ยงมากในเรื่อง สตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากมีแนวโน้มที่ทารกในครรภ์มีภาวะดาวน์ซินโดรม ร้อยละ 50 รองลงมาคือ มีความรู้เรื่องแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดคลอด คลอดก่อนกำหนด ทารกตายปริกำเนิด น้อยกว่าร้อยละ 45 และน้อยกว่าร้อยละ 20 มีความรู้เรื่อง สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีการตั้งครรภ์แฝดได้มากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ ซึ่งการมีความรู้ภาวะเสี่ยงน้อย ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากไม่มีข้อมูลเพียงพอหรือไม่ได้ตระหนักถึงผลที่อาจเกิดขึ้น (Heaman et al., 2004)

3. การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์เท่ากับ 201.13 (S.D.= 160.02) ซึ่งเป็นการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ระดับน้อย การที่สตรีตั้งครรภ์อายุมากจะรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และจำนวนบุตร ภาวะสุขภาพและประวัติทางสุขภาพ และอายุครรภ์ (Bayrampour et al., 2013) การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในระดับน้อย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นสตรีครรภ์หลังโดยเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 8 รวม ร้อยละ 92.95 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุตร 1 คน (ร้อยละ 44.70) จำนวนบุตร 2-5 คน (ร้อยละ 47.06) กลุ่มตัวอย่างจึงมีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดมาหลายครั้ง ซึ่งพบว่า สตรีที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์หลายครั้ง จะมีความคุ้นเคยกับการตั้งครรภ์ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ลดลง (Headley & Harrigan, 2009) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแท้ง (ร้อยละ 81.18) ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 95.30) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.64) ผ่านการตรวจเจาะน้ำคร่ำแล้ว และผลการตรวจปกติ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว หรือมีประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนดจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ระดับมาก ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะสุขภาพทั่วไปปกติจะมองว่าตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ระดับน้อย (Heaman et al., 2004) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษามีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่สาม ซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่สามารถเผชิญกับภาวะเสี่ยงจนอายุครรภ์มากขึ้นโดยที่สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ยังปลอดภัยดี จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์น้อยลง (Bayrampour et al., 2012b) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในระดับน้อย

ผลการศึกษานี้ได้ผลแตกต่างจากการศึกษาในประเทศแคนาดา ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง (Bayrampour et al., 2012b) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกัน รวมถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมากของสถานบริการอาจแตกต่างกัน (Taghizadeh et al., 2017) จึงส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ($r=.394$, $p<.01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระดับมาก จะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระดับน้อย จะมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ระดับน้อย ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีอิทธิพลโดยตรงต่อ การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ (Bayrampour et al., 2016) และพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับมากกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ และเป็นปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ที่ดีด้วย (Bayrampour et al., 2013) การศึกษานี้ได้ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศแคนาดา ทั้งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมากจำนวน 54 คน และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-29 ปีจำนวน 105 คน ที่พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการรับรู้ความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ($r = .60$, $r = .59$ $p < .001$ ตามลำดับ) และการศึกษาครั้งนี้ได้ผลในการทำนองเดียวกับการศึกษาของ Gupton et al. (2001) ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 105 คน และกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 103 คน พบว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับ

ปานกลางกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ($r = .36$, $p < .001$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภาวะเสี่ยงกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ภาวะเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ($p > .05$) กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์อายุมากไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ระดับน้อย แต่มีความรู้ภาวะเสี่ยงระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จึงมองว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง จึงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ระดับน้อย แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อายุมากระดับปานกลาง จึงอาจทำให้ความรู้ภาวะเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ แต่การศึกษานี้ได้ผลแตกต่างจากการศึกษาของ Bayrampour et al. (2012b) ในประเทศแคนาดา ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ที่พบว่า ความรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ($r = .30$, $p < .05$) แต่การศึกษานี้ได้ผลในการทำนองเดียวกันกับ การศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-29 ปี ที่พบว่า ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อายุมากไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการวางแผนส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากให้ตรงตามข้อเท็จจริง เพื่อผลในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่อไป

ด้านการศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนพยาบาลผดุงครรภ์ โดยสอดแทรกเนื้อหา การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรี

ตั้งครรภ์อายุมาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เช่น ภาวะเบาหวานขณะ

2. ควรศึกษาปัจจัยเชิงทำนายของการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก โดยเฉพาะ ปัจจัย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012a). Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 100(12), 1,471-2,393.
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012b). Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced maternal age and younger Age. *Journal of Midwifery & Woman's Health*, 57(5), 445-453.
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2013). Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42, 416-427.
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115-130.
- Blackmore, E. R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C., & O'Connor, T. G. (2015). Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 197, 251-258.
- Carolan, M., & Nelson, S. (2007). First mothering over 35 years: Questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care for Women International*, 28, 534-555.
- Chuang, C. H., Velott, D. L., & Weisman, C. S. (2010). Exploring knowledge and attitudes related to pregnancy and preconception health in women with chronic medical conditions. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 713-719.
- Gupton, A., Heaman, M., & Cheung, L. W. (2001). Complicated and uncomplicated pregnancies: Women's perception of risk. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30, 192-201.
- Headley, A. J., & Harrigan, J. (2009). Using the pregnancy perception of risk questionnaire to assess health care literacy gaps in maternal perception of prenatal risk. *Journal of the National Medical Association*, 101(10), 1041-1045.
- Heaman, M., Gupton, A., & Gregory, D. (2004). Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(2), 111-116.
- Heaman, M. I., & Gupton, A. L. (2009). Psychometric testing of the perception of pregnancy risk questionnaire. *Research in Nursing & Health*, 32, 493-503.

- Huizink, A. C., Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>.
- Jittrapirom, A., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2014). Pregnancy risk perception, uncertainty and stress among gestational diabetic women. *Nursing Journal*, 41(1), 50-61. (In Thai)
- Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Intarut, N., Mori, R., Ganchimeg, T., Vogel, J. P., ...Gulmezoglu, A. M. (2014). Advanced maternal age and pregnancy outcomes: A multicountry assessment. *An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 121(1), 49-56.
- Lean, S. C., Derricott, H., Jones, R. L., & Heazell, A. E. P. (2017). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science ONE*, 12(10).
- Lennon, S. L. (2016) Risk perception in pregnancy: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 72(9), 2016–2029. doi: 10.1111/jan.13007
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Michelle J. K. Osterman, M. J. K., Curtin, S. C., & Mathews, T. J. (2015). Births final data for 2013. *National Vital Statistics Reports*, 64(1).
- Mercer, R.T. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. Springer Publishing, New York.
- Pothiban, L., & Pungchompoo, W. (2013). Knowledge, belief, self-efficacy pertaining osteoporosis preventive behaviors and osteoporosis preventive behaviors among the middle adult population. *Nursing Journal*, 40(Supplement), 67-78. (In Thai)
- Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), 333-345.
- Suplee, P. D., Dawley, K., & Bloch, J. R. (2007). Tailoring peripartum nursing care for women of advanced maternal age. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36, 616-623.
- Taghizadeh, Z., Cheraghi, M. A., Kazemnejad, A., Pooralajal, J., & Aghababaei, S. (2017). Difference in perception of pregnancy risk in two maternal age groups. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(5), 9-12.
- Tough, S., Benzies, K., Newburn-Cook, C., Tofflemire, K., Fraser-Lee, N., Faber, A., & Sauve, R. (2006). What do women Know about the risks of delayed childbearing? *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sant'e Publique*, 97(4), 330-334.
- Tough, S., Benzies, K., Fraser-Lee, N., & Newburn-Cook, C. (2007). Factors influencing childbearing decisions and knowledge of perinatal risks among Canadian men and women. *Maternal and Child Health Journal*, 11(2), 189-198.
- Williams, D. J., & Noyes, J. M. (2007) How does our perception of risk influence decision-making? implications for the design of risk information, *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 8(1), 1-35, doi: 10.1080/1463922050048441

ผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Effect of Imagery Relaxation Training on Stress Among Pregnant Women with Preterm Labor

มยุรฉัตร	ตันตรา*	Mayurachat	Tantra*
บังอร	ศุภวิทิพัฒนา**	Bungorn	Supavititpatana**
นงลักษณ์	เฉลิมสุข***	Nonglak	Chaloumsuk***

บทคัดย่อ

ความเครียดที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์อีกด้วย การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยาขับยังการหดตัวของมดลูก จำนวน 44 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยให้มีความใกล้เคียงกันด้านของอายุ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แผนการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพ และแผ่นบันทึกเสียงจินตภาพบำบัดที่พัฒนาโดยWongpakaran (2010) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ และมาตรวัดความเครียดด้วยสายตา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า

สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพ ความเครียด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลตามปกติ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน

* Professional nurse, Lumphun Hospital, juccagy@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 4 พฤษภาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 18 สิงหาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 14 ธันวาคม 2560

Abstract

Stress occurring in pregnant women with preterm labor affects pregnant women's physical and psychological health and also affects fetal health. The purpose of this quasi-experimental research study was to examine the effect of imagery relaxation training on stress among pregnant women with preterm labor. The participants were 44 pregnant women with preterm labor receiving tocolytic agents who were admitted to Lumphun Hospital from May to August 2017. The subjects were selected according to the inclusion criteria and assigned into the control and experimental groups with twenty-two in each group which was matched according to age. The experimental group received imagery relaxation training with routine care and the control group received only routine care. The research intervention instruments consisted of imagery relaxation training plan and guided imagery CD developed by Nahathai Wongpakaran (Wongpakaran, 2010) and the research evaluation instrument included personal data form and the stress visual analog scale. Data were analyzed using descriptive statistics and a one-way repeated measures ANOVA.

The research revealed that pregnant women in the experimental group had significantly lower stress scores than that of the control group ($p < .001$).

The results of this study can be used as a guideline for the nurse-midwives to improve the quality of nursing care in effectively reducing stress in pregnant women with preterm labor.

Keywords: *imagery relaxation training, stress, pregnant women with preterm labor, routine care*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสูติกรรม ซึ่งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ ภาวะที่มดลูกมีการหดตัวอย่างสม่ำเสมอก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ส่งผลให้ปากมดลูกมีความบาง และเปิดขยาย การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ และหากไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จะส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา (American Congress of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2015) ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไม่สบาย ทั้งจากการเจ็บครรภ์ที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก และความไม่สบายจากการตรวจติดตามความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การประเมินการหดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (Gupton, Heaman, &

Ashcroft, 1997) นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำให้ต้องนอนพักอยู่บนเตียงตลอดเวลา และจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูก ซึ่งการนอนพักบนเตียงเป็นเวลานานนั้น ทำให้เกิดความไม่สบายทางด้านร่างกาย (Maloni, 2010) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกกลุ่มเบต้าซิมพาโทมิเมติก (β -Sympathomimetic) นั้นอาจเกิดความไม่สบายหรือเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ (Cunningham et al., 2010) นอกจากความไม่สบายดังกล่าวแล้ว ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีประสบการณ์ของความเครียดเกิดขึ้นได้ (Danerek & Dykes, 2008)

ความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์ ที่เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญ

กับเหตุการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกินขีดความสามารถที่จะจัดการได้ ซึ่งความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Lazarus & Folkman, 1984) ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น ถือเป็นเหตุการณ์ที่เกินขีดความสามารถที่จะจัดการด้วยตนเองโดยเฉพาะเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดเกิดขึ้น (Danerek & Dykes, 2008) ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น เป็นผลจากความรูสึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ รวมทั้งการรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัยของทารกในครรภ์และกลัวจะสูญเสียทารกไป (Rubarth, Schoening, Cosimano, & Sandhurst, 2012) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย สภาวะด้านจิตใจและอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์ และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบวิธีการจัดการกับความเครียดที่ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลายวิธี ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (social support) การฝึกการผ่อนคลายโดยใช้กระบังลม (diaphragmatic breathing) การฝึกควบคุมลมหายใจแบบโยคะ (yoga) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การผ่อนคลายโดยใช้จินตภาพ(guided imagery) (Lertkawanin, Kantaruksa, & Baosoung, 2016) และดนตรีบำบัด (Music therapy) (Khianman, Pattanittum, Thinkhamrop, & Lumbiganon, 2012) ซึ่งการจัดการความเครียดโดยวิธีดังกล่าวนี้ พบว่าบางวิธี ยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สำหรับเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจินตภาพในการจัดการกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการที่มีประสิทธิผลในการลดความเครียดได้เป็นอย่างดี (Seward, 2009)

การฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพเป็นการกระตุ้น

การสร้างความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยความคิด 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความคิดให้เห็นภาพ ความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม และ ความคิดในเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์วิจารณ์ โดยความคิดทั้ง 3 องค์ประกอบนี้จะทำงานประสานกัน โดยขณะที่มีการสร้างจินตภาพจะส่งผลทำให้มีการทำงานของสมองเกิดขึ้น โดยจะกระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวาให้เกิดความคิดให้เห็นภาพจากสิ่งที่ได้ยิน เป็นภาพที่ประทับใจ และขณะใช้ความคิดนั้นจะกระตุ้นความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งสั่งการไปที่สมองส่วนลิมบิก เป็นส่วนที่ควบคุมอารมณ์ด้านบวก ทำให้เกิดการผ่อนคลาย รู้สึกสบาย ผ่อนคลายและผลิตเพลิน (Horowitz, 1978 as cited in Dossey, 1997) โดยกลไกในการผ่อนคลายจะส่งผลให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำงานลดลง ทำให้ลดการสั่งการไปที่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) เป็นผลทำให้ลดการทำงานของต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ให้ลดลง จึงส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ทำงานลดลง ขณะเดียวกันจะกระตุ้นความคิดในเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์วิจารณ์ ที่ควบคุมโดยสมองซีกซ้าย จะปรับความคิดของสตรีตั้งครรภ์ด้านลบให้เป็นด้านบวก โดยเมื่อความคิดทั้ง 3 แบบทำงานประสานกัน จะเป็นผลทำให้สมองลดการตื่นตัว ร่างกายเกิดระยะพัก เกิดภาวะผ่อนคลาย อารมณ์ดี และผลิตเพลิน และผลที่เกิดขึ้นจึงทำให้ความเครียดลดลง (Kim & Kim, 2005)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะพบว่ามีความเครียดเกิดขึ้น ส่งผลทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาวะทางร่างกาย ด้านจิตใจและด้านอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ การฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพจึงถือเป็นบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการกับความเครียดได้ ซึ่งการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพจะมุ่งปรับอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์ให้เกิดความผ่อนคลายทางร่างกาย และจิตใจ จึงทำให้ความเครียดลดลง และสามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ให้มีความรุนแรงลด

ลง ช่วยลดการตอบสนองที่เป็นผลมาจากความเครียด และทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามแนวคิดของ (Horowitz, 1978 as cited in Stephens, 1993) ที่ประกอบด้วยแนวความคิด 3 องค์ประกอบหลัก ที่จะสามารถช่วยให้ความเครียดที่เกิดขึ้นลดลงได้ อีกทั้งยังเป็นวิธีที่ใช้เวลาในการฝึกน้อย ไม่จำเป็นต้องใช้ผู้ฝึกสอน หรือผู้ชำนาญเพิ่มเติม ใช้อุปกรณ์และสถานที่น้อย สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำไปใช้ในการให้การพยาบาลได้อย่างอิสระ และยังไม่พบว่ามีอันตรายแก่สตรีตั้งครรภ์ ซึ่งผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดความเครียดแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการกับความเครียดด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะเครียดเกิดขึ้นได้มาก ซึ่งความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์ ความรู้สึก ไม่สบายใจ คับข้องใจ ไม่ผ่อนคลาย กระวนกระวายใจ

และการหวั่นวิตกหรือถูกบีบคั้น ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกินความสามารถที่จะจัดการได้ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการแปลความหมายว่า เหตุการณ์ที่มากระตุ้นนั้น เป็นสิ่งที่มาคุกคามและไม่ปลอดภัยตามการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ การศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างจินตภาพของ (Horowitz, 1978 as cited in Stephens, 1993) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบของความคิดในการลดความเครียด ได้แก่ ความคิดให้เห็นภาพ ความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม และความคิดในเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์วิจารณ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถเผชิญต่อความเครียดได้ โดยขณะที่สตรีตั้งครรภ์กำลังสร้างจินตภาพจะส่งผลทำให้มีการทำงานของสมองเกิดขึ้น โดยจะกระตุ้นความคิดให้เห็นภาพซึ่งสั่งการไปที่สมองซีกขวา ให้เห็นภาพจากสิ่งที่ได้ยิน เป็นภาพที่ประทับใจ และขณะใช้ความคิดนั้นจะกระตุ้นความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งสั่งการไปที่สมองส่วนลิมบิก เป็นส่วนที่ควบคุมอารมณ์ด้านบวก ทำให้เกิดการผ่อนคลาย และขณะเดียวกัน จะกระตุ้นความคิดในเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์วิจารณ์ ที่ควบคุมโดยสมองซีกซ้ายจะปรับความคิดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้านลบให้เป็นด้านบวก โดยเมื่อความคิดทั้ง 3 แบบทำงานประสานกัน จะเป็นผลทำให้สมองลดการตื่นตัว ร่างกายเกิดระยะพัก เกิดภาวะผ่อนคลาย อารมณ์ดี และเพลิดเพลิน ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จึงทำให้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับยายับยั้งการ

หดรัดตัวของมดลูก กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน และได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ ปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอื่น ๆ ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตเวชสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้มาจากการเปิดตารางที่ 1 สำเร็จรูปของ Burns & Grove (2005) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพลของประชากรระดับ .50 นำค่าที่ได้ไปเปิดตารางที่ 1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย รวมทั้งหมด 44 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด (matched pair) ในเรื่องอายุ ได้แก่ ช่วงอายุ 20-35 ปี และช่วงอายุ 36-45 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพ แผ่นบันทึกเสียง จินตภาพบำบัด ชุดจินตภาพบำบัด ที่พัฒนาโดย Wongpakaran (2010) การพัฒนาแผ่นบันทึกเสียงจินตภาพบำบัดนี้พัฒนาด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณา face validity ประกอบด้วยผู้พัฒนาเอง และผู้ทรงคุณวุฒิอีก 2 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขใด ๆ แบบวัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ และเครื่องเล่นแผ่นบันทึกเสียงพร้อมหูฟัง

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ และมาตรวัดความเครียดด้วยสายตา (stress visual analog scale) พัฒนาโดย Buelow, 1991 as cited in Pranetpholkrung (2008) ผู้วิจัยนำมาวัดความเครียดด้วย

สายตา (stress visual analog scale) ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) และนำค่าคะแนนที่ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ตามเอกสารรับรองเลขที่ Ethic LPN 015/2560 รับรองตั้งแต่วันที่ 11 กรกฎาคม 2560 ถึงวันที่ 11 กรกฎาคม 2561 หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใด ๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านคำชี้แจงแบบสอบถามและตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ ในระหว่างการเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา ไม่มีผลต่อการรับบริการการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม และในระหว่างการศึกษา หลังจากการประเมินความเครียด หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความเครียดสูงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ผู้วิจัยจะดำเนินการแจ้งให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทราบ เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำ แนวทางในการวางแผนการรักษา และการให้โรงพยาบาลเพื่อลดความเครียดแก่กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ในขั้นตอนต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลลำพูน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2560 ซึ่ง มีขั้นตอน

ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา) ผู้วิจัยคัดเลือกสตรีมีครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับยินดีให้ความร่วมมือให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอความร่วมมือในการประเมินความเครียดก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

2. ขั้นตอนดำเนินการในกลุ่มควบคุม

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (วันที่ 2 และวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษา) โดยเลือกดำเนินการช่วงเวลาเช้าหลังจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเสร็จ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดด้วยสายตาก่อนการศึกษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพักผ่อนบนเตียงตามแผนการรักษา และให้การดูแลตามปกติ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดด้วยสายตาทิ้งท้ายหลังการศึกษา

2.3 หลังจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้ทำการประเมินความเครียดครั้งที่ 3 เสร็จสิ้น ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงการสิ้นสุดการทำวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และแนะนำการใช้การฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพเช่นเดียวกับที่ปฏิบัติกับกลุ่มทดลองพร้อมทั้งมอบแผนการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3. ขั้นตอนดำเนินการในกลุ่มทดลอง

3.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (วันที่ 2 และวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษา) โดยเลือกดำเนินการช่วงเวลาเช้าหลังจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเสร็จ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดด้วยสายตา ก่อนการศึกษา และดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพักผ่อนบนเตียงตามแผนการรักษา ประเมินความพร้อมก่อนดำเนินการ

การทดลองและให้การดูแลตามปกติ จากนั้นดำเนินการวิจัยโดยใช้การฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพ โดยให้สตรีตั้งครรภ์ ฟังเสียงจินตภาพบำบัดและปฏิบัติตามเสียงจินตภาพที่ได้ยินในขณะนั้น ซึ่งใช้เวลา 8-15 นาทีภายหลังการฝึก ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเครียดโดยใช้มาตรวัดความเครียดด้วยสายตาทิ้งท้ายหลังการศึกษา

3.2 หลังจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้ทำการประเมินความเครียดครั้งที่ 3 เสร็จสิ้น ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงการสิ้นสุดการทำวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติทำการทดสอบความแตกต่างในความเป็นอิสระต่อกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วย 2 สถิติ คือ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) ได้แก่ ตัวแปรด้าน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว อายุครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซค (Fisher's exact probability test) ได้แก่ ตัวแปรด้าน สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และระดับคะแนนความเครียดก่อนทดลอง

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความเครียดของกลุ่มควบคุมและการทดลอง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในการวัดคะแนนความเครียดก่อนทดลองในวันแรก และหลังการทดลองในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม จัดให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด (matched pair)

ในเรื่องอายุ และได้ใช้สถิติทำการทดสอบความแตกต่าง
ในความเป็นอิสระต่อกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม
พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 แสดง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยง
เบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี) range, $\bar{X}$, (S.D.)	16 - 41, 31, (1.29)		19 - 41, 27.77, (1.15)		.342 ⁿ
น้อยกว่า - 19	2	9.10	2	4.50	
20 - 35	15	68.20	19	82.20	
36 - 45	5	22.70	1	12.30	
สถานภาพสมรส					.756 ^u
คู่	21	95.50	21	95.50	
หย่า/แยกกันอยู่	1	4.50	1	4.50	
ระดับการศึกษา					.853 ⁿ
ประถมศึกษา	2	9.01	2	9.10	
มัธยมศึกษา	9	40.90	9	40.90	
อาชีวศึกษา (ปวส./ปวช.)	6	27.30	8	36.40	
ปริญญาตรี	5	22.79	3	13.60	
อาชีพ					.452 ⁿ
ข้าราชการ	2	9.10	1	4.50	
รับจ้าง/ลูกจ้าง	14	63.60	9	40.90	
ธุรกิจส่วนตัว	1	4.50	2	4.50	
ค้าขาย	1	4.50	2	9.20	
บริการ	4	18.30	9	40.90	
รายได้ครอบครัว					.926 ⁿ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	6	27.30	7	31.80	
5,001 - 10,000 บาท	7	31.80	5	22.80	
10,001 - 20,000 บาท	8	36.40	9	40.90	
20,001 - 30,000 บาท	1	4.50	1	4.50	
ลักษณะครอบครัว					.377 ^u
ครอบครัวเดี่ยว	15	68.20	13	59.10	
ครอบครัวขยาย	7	31.80	9	40.90	
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	

อายุครรภ์ (สัปดาห์) $\bar{X}$, (S.D.)	32.60, (.703)		33.30, (.734)		.619 ⁿ
28 - 30	3	13.60	3	13.60	
31 - 33	10	45.50	7	31.90	
34 - 36	9	40.90	12	54.50	
ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต					.458 ⁿ
คลอดครบกำหนด	12	54.50	8	36.40	
แท้ง	1	4.50	2	9.10	
ไม่มี (ตั้งครรภ์แรก)	9	41	12	54.50	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					.453 ⁿ
1 ครั้ง	9	40.90	12	54.50	
2 ครั้ง	8	36.40	8	36.40	
3 ครั้ง	3	13.60	2	9.10	
มากกว่า 3 ครั้ง	2	9.10	0	0	
คะแนนความเครียดก่อนทดลอง, $\bar{X}$	22, (5.28) 100		22, (6.29) 100		.477 ^u
ระดับปานกลาง	15	68.10	7	31.90	
ระดับมาก	10	45.40	12	54.60	

ⁿ = Chi-Square test. ^u = Fisher's exact probability test

2. เปรียบเทียบความเครียดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด .001 ($p < .001$) ดังตาราง

ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด $\bar{X}$, (S.D.)			df	F	p-value
	ก่อนทดลอง	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2			
กลุ่มควบคุม	5.28, (1.07)	4.05, (2.01)	4.04, (2.29)	2	4.52	0.01
กลุ่มทดลอง	6.29, (1.46)	2.45, (1.61)	1.57, (1.36)	1.36	151	0.00

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นการเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 22 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพร่วมกับการดูแลตามปกติ จำนวน 22 ราย และ เมื่อเปรียบเทียบความเป็นอิสระต่อกันจากข้อมูลส่วนบุคคลของ

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ ตัวแปรด้าน อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และระดับคะแนนความเครียดก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวมา จึงไม่ส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้

เมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนความเครียดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองในครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ดังตารางที่ 2) จึงพบว่าผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีผลทำให้ระดับความเครียดน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเทียบกับคะแนนความเครียดก่อนทดลองที่คะแนนความเครียดของทั้ง 2 กลุ่ม โดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพสามารถช่วยลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับมากตั้งแต่วันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 45 มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ หากเกิดการคลอดในช่วงอายุครรภ์ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดมาก จึงทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้รับการรักษาด้วยยาหย็บยั้งการหดตัวของมดลูกตั้งแต่วันที่ 1 ของการรักษา จึงต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานประมาณ 2-3 วัน รวมทั้งจากผลของการได้รับยาหย็บยั้งการหดตัวของมดลูก ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น โดยส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายและเกิดความเครียดตามมา อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือต้อง

นอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ย่อมจะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกถึงความไม่แน่นอนกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกไม่ปลอดภัยที่ต้องแยกจากครอบครัว และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Denerek & Dykes, 2008) นอกจากนี้ ยังเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ รู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยของทารกในครรภ์และกลัวจะสูญเสียทารกได้ (Rubarth et al., 2012) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีภาวะเครียดเกิดขึ้นในระดับปานกลางถึงสูงได้

การศึกษานี้ กลุ่มทดลองแต่ละรายได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพร่วมกับการดูแลตามปกติ เพื่อมุ่งปรับอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์ให้สามารถเผชิญและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพเป็นการใช้เสียงจินตภาพ ประกอบด้วยบทจินตภาพบำบัดที่มีเสียงพูดที่นุ่มนวล ราบเรียบ สงบ ไม่เร่งรีบ และเสียงพื้นหลังเป็นเสียงดนตรีและหรือเสียงธรรมชาติที่ฟังแล้วผ่อนคลาย ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพสามารถช่วยลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า

ความคิดให้เห็นภาพ ขณะที่สตรีตั้งครรภ์หลับตาและฟังเสียงจินตภาพ เสียงจะเริ่มกระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวาให้เกิดความคิดเกี่ยวกับอารมณ์ เสียง ความรู้สึกในการเห็นภาพหรือสถานที่ที่ฟังพอใจ สถานที่ที่รื่นรมย์จากเสียงนั้น ๆ ทำให้สตรีตั้งครรภ์นึกภาพขณะนั้นว่ากำลังอยู่ในสถานที่และบรรยากาศนั้นจริง ได้สัมผัสถึงบรรยากาศนั้น และทำให้เกิดความหมายต่อภาพที่มองเห็นในใจ เกิดการเรียนรู้จากสิ่งที่เห็น (Dossey, 1997) ซึ่งการจินตนาการดังกล่าวนอกจากจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจออกไปจากสถานการณ์ความไม่สุขสบายที่เป็นผลมาจากการหดตัวของมดลูก และผลข้างเคียงจากการได้รับยาหย็บยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแล้ว ยังส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกที่สดชื่น ผ่อนคลาย มีความสุข และรื่นรมย์ จึงถือว่าเป็นรูปแบบในการ

มุ่งปรับอารมณ์ที่เป็นการจัดการกับความเครียดที่มีอยู่ได้เป็นอย่างดี

ความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม เมื่อสตรีตั้งครรภ์เกิดความคิดให้เห็นภาพเกิดขึ้น ขณะนั้นจะมีการกระตุ้นสมองส่วนลิมบิก ซึ่งเป็นสมองส่วนควบคุมอารมณ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย การผ่อนคลายจะทำให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำงานลดลง ทำให้ลดการส่งสารไปไฮโปทาลามัส เป็นผลทำให้ลดการทำงานของต่อมพิทูอิทารี และส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติก ทำงานลดลง ทำให้สมองของสตรีตั้งครรภ์ตื่นตัวลดลง (Kim & Kim, 2005; Mizrahi et al, 2012) ร่างกายเกิดระยะพักและผ่อนคลาย ผลของการผ่อนคลายจะช่วยให้ร่างกายรักษาร่างกายให้คงที่จะช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง อัตราการหายใจลดลง ลดการใช้ออกซิเจน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และระดับของเสียในเลือดลดลง เพิ่มการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย เพิ่มการขจัดคาร์บอนไดออกไซด์ และช่วยให้การทำลายเซลล์เป็นไปโดยธรรมชาติ (Janke, 1999) ซึ่งจะส่งผลทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่สมดุล สบายและผ่อนคลายเกิดขึ้น จึงทำให้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ลดลง

ความคิดในเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์วิจารณ์ ขณะที่มีการกระตุ้นสมองส่วนลิมบิก ก็จะมีการกระตุ้นสมองซีกซ้ายของสตรีตั้งครรภ์ร่วมด้วย เมื่อได้ยินเสียง สตรีตั้งครรภ์จะเกิดการนึกถึงภาพของสถานที่ที่กำลังได้ยินสมองซีกซ้ายทำงาน เกิดความคิดนำไปเปรียบเทียบวิเคราะห์เกี่ยวกับความทรงจำถึงสถานที่นั้นจริง โดยรู้สึกว่าได้กลับไปนั้นหรือได้อยู่ตรงนั้นจริง ทำให้ปรับความคิดด้านลบให้เป็นด้านบวกในภาวะของความเป็นจริง และเป็นการกระตุ้นการทำงานของจิตใต้สำนึก ทำให้เกิดการสร้างภาพที่เด่นชัดสวยงามขึ้น (Deeprompt, 2003) จึงส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดอารมณ์ที่ดีขึ้น มีความผ่อนคลาย และเพลิดเพลินกับสถานที่นั้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ภายหลังจากการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพพบว่า คะแนนความเครียดมีระดับลดลงทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นการฝึก ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการสร้าง

จินตภาพที่ว่า ระยะเวลาในการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพ โดยทั่วไปประมาณ 10-30 นาที ก็สามารถสร้างจินตภาพให้ได้ผลตามที่ต้องการได้ (Sangchart, Sonbun, Photitaen, & Srisaenpang, 2002); Ackerman & Turkoski, 2000; Dossey, 1995) เช่นเดียวกับ (Chuang et al., 2011) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายโดยใช้ จินตภาพในการจัดการความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใน 1 วันทำเพียง 1 ครั้ง ในระยะเวลา 13 นาที โดยใช้แบบประเมินความเครียดด้วยส่ายตา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนความเครียดในกลุ่มทดลองภายหลังฝึกโปรแกรมการผ่อนคลายโดยใช้จินตภาพต่ำกว่าก่อนทดลอง จึงถือว่าการสร้างจินตภาพเพียง 1 ครั้งก็สามารถลดความเครียดได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถกล่าวได้ว่า การฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพมีความสำคัญและส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีความเครียดลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในหน่วยงานห้องคลอดสามารถนำการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อลดเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ด้านการศึกษา สามารถใช้เป็นแนวทางในการอบรมบุคลากรทางการพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพ ในการลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บ

ครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มรับทราบ ว่าต้องนอนโรงพยาบาลจนถึงวันสุดท้ายของการนอนโรงพยาบาล หากพบว่ายังคงมีความเครียดอยู่ จะสามารถหาแนวทางในการวางแผนการรักษาและให้การพยาบาล เพื่อลดความเครียดก่อนออกจากโรงพยาบาลได้

2. ควรมีการศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยจินตภาพต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ โรคหัวใจ เบาหวาน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Ackerman, C.J., & Turkoski, B. (2000). Using guided imagery to reduce pain and anxiety. *Home Health care, 18*(8), 524-531.
- American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *Preterm (premature) labor and birth*. Abstract retrieved from <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-premature-labor-and-birth>
- Buelow, J. M., (1991). A correlational study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing, 23*(4), 247-252.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Chuang, L. L., Lin, L.C., Cheng, P.-J., Chen, C.-H., Wu, S.-C., & Chang, C.-L. (2011). Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour. *Journal of Advanced Nursing, 68*(1), 170-180. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05765.xO
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *William obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Danerek, M., Dykes, A. K. (2008). A theoretical model of parents' experiences of threat of preterm birth in Sweden. *Midwifery, 24*(4), 416-424.
- Deeprompt, U. (2003). Review article: Guided Imagery. *Journal of Mental Health of Thailand, 11*(2), 87-95. (In Thai)
- Dossey, B.M. (1997). Imagery in core curriculum for holistic nursing. *Gaithersburg, Md: Aspen Publishers*.
- Dossey, B. (1995). Complementary modalities/Past 3: Using imagery to help you patient heal. *American journal of Nursing, 95*(6), 41-47.
- Gupton, A., Heaman M., & Ashcroft, T. (1997). Bed rest from the perspective of the high risk pregnant woman. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 26*(4), 423-430.
- Janke, J. (1999). The effect of relaxation therapy on preterm labor outcomes. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, 28*(3), 255-263.

- Khianman, B., Pattanittum, P., Thinkhamrop, J., & Lumbiganon, P. (2012). Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD007426. doi: 10.1002/14651858.CD007426.pub2
- Kim, S.D., & Kim, H.S. (2005). Effects of a relaxation breathing exercise on anxiety, depression, and leukocyte in hematopoietic stem cell transplantation patients. *Cancer Nursing*, 28(1), 79-83.
- Lazarua, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lertkawananan, S., Kantaruksa, K., & Baosong, C. (2016).Systematic review of stress management among women with preterm labor. *Nursing Journal*, 43(1), 33-43. (In Thai)
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124. doi: 10.1177/1099800410375978
- Mizrahi, M. C., Rejcher-Atir, R., Levy, S., Haramati, S., Wenarower, D., Israeli, E., Goldin, E. (2012). Effects of guided imagery with relaxation training on anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease. *Psychology Health.*, 27(12), 63-79. doi: 10.1080/08870446 . 2012.691169
- Pranetpholkrung, R. (2008).The use of yoga breathing control technique in reducing stress among pregnant women with preterm labor pain. *Journal of faculty of nursing Khon Kaen University*, 31(4), 48-57. (In Thai)
- Rubarth, L. B., Schoening, A. M., Cosimano, A., & Sandhurst, H. (2012). Womem’s experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 41(3), 398-404. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01349.xA
- Sangchart, B., Sonbun, A., Photitaen, T., & Srisaenpang P. (2002). *Alternative therapy of pain management among patients with pain*. Fundamental Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. (In Thai)
- Seaward, B. L. (2009). *Managing stress: Principles and strategies for health and wellbeing* (6th ed.). Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Stephens, R.L. (1993). Imagery: A strategic intervention to empower clients part I-review of Research literature. *Clinical Nurse Specialist*, 7(4), 170-174.
- Wongpakaran, N. (2010). Guided imagery for Elderly 2010. In, *Tools and procedures for guided imagery (revised version 2016)*. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai. (In Thai)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง

Factors Related to Fatigue Among Expectant Fathers Having Wives with High-risk Pregnancy

สิรวรรณ	กรุณา *	Sirawan	Karuna *
นันทพร	แสนศิริพันธ์ **	Nantaporn	Sansiriphun **
ฉวี	เบาทรวง **	Chavee	Baosoung **

บทคัดย่อ

อาการเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้และความรู้สึกที่พบได้ในผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งส่งผลต่อผู้จะเป็นบิดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูงและพารวยามาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 4 พฤษภาคม 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามอาการเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist [MFSC]) ของ Pugh, Milligan, Parks, Lenz, & Kitzman (1999) ฉบับภาษาไทยโดย Theerakulchai (2004) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับภาษาไทยโดย Thapinta (1991) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงของ Neawchalee (2007) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.47 มีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 21.18 มีอาการเหนื่อยล้าระดับปานกลาง ร้อยละ 2.35 มีอาการเหนื่อยล้าระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าเท่ากับ 51.57 (S.D. = 15.36) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .468, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.236, p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูง

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม อาการเหนื่อยล้า ผู้จะเป็นบิดา การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 * Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navaminthradhiraj University, sirawan.nongsom@gmail.com
 ** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Associated Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 27 ธันวาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 2 เมษายน 2561 วันตอบรับบทความ 3 กรกฎาคม 2561

Abstract

Expectant fathers whose wives have high-risk pregnancies, report experiencing fatigue which causes physical and mental health problems. The aim of this descriptive correlation research was to study the relationship between anxiety, social support and fatigue amongst this particular group. Suitable participants were identified in the antenatal care unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Chiang Mai Health Promotion Center Region 1 between 1st February 2018 and 4th May 2018. Purposive sampling was used to recruit 85 participants with relevant inclusion criteria for this study. The research tools were The Modified Fatigue Symptoms by Pugh, Milligan, Parks, Lenz, & Kitzmen (1999), translated into Thai by Theerakulchai (2004); the State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 by Spielberger (1983), translated into Thai by Nontasak, Aemsupasit and Thapinta (1991); and the Social Support questionnaire for expectant fathers of high-risk pregnant wives by Naewchalee (2007). Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were used to analyze the data.

The results of the study revealed that the majority of expectant fathers (76.47%) had low fatigue, 21.18% had moderate fatigue, and 2.35% had high fatigue. Their average score of fatigue was 51.57 (S.D. = 15.36). Anxiety had a positive correlation with fatigue in this expectant father group ($r = .468$, $p < .01$). Social support had a negative correlation for them with fatigue ($r = -.236$, $p < .05$).

The results of the study can be used to help nurse practitioners to pay attention to fatigue with associated anxiety and lack of social support among these expectant fathers with high risk pregnant wives.

Keywords: *Anxiety, Social support, Fatigue, Expectant father, Wives with a high-risk pregnancy*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ถือเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับผู้จะเป็นบิดา ซึ่งผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญกับความกดดัน ความท้าทาย และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อก้าวเข้าสู่การเป็นบิดาอย่างประสบความสำเร็จ (Sansiriphun, Kantaruksa, Klunklin, Baosuang, & Jordan, 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากภรรยาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนได้ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ถือเป็นสถานการณ์วิกฤตของครอบครัว (Rodrigues, Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2016) ผู้จะเป็นบิดาถือเป็น

บุคคลสำคัญในการช่วยเหลือดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง อีกทั้งความรับผิดชอบในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นอาจนำไปสู่อาการเหนื่อยล้ามีรายงานการศึกษาของ Bourrier (1999) เกี่ยวกับความคาดหวังและการรับรู้การคลอดของผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลและรู้สึกเครียดเพิ่มมากขึ้น ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือและรู้สึกเหนื่อยล้า ซึ่งอาการเหนื่อยล้า หมายถึง ภาวะหมดเรี่ยวแรง หมดพลังอย่างมาก เกิดขึ้นตามการรับรู้และความรู้สึกของบุคคล ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลงจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Pugh & Milligan, 1993) หากผู้จะเป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้า

เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้จะเป็นบิดาในหลายมิติ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย เชื่องซึม เคลื่อนไหวช้าลง ขาดความกระตือรือร้น และความต้องการในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Piper, 2003) ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ความอดทนต่อสิ่งกระทบลดลง และอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Hart, Freel, & Milde, 1990) และด้านสังคม มีรายงานการศึกษาของ Elek, Hudson, & Fleck (2002) ที่พบว่า อาการเหนื่อยล้าส่งผลให้สัมพันธ์ภาพกับคู่สมรสลดลง มีเวลาในการทำกิจกรรมกับครอบครัวลดลง และส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาล้มเหลวในการแสดงบทบาทการเป็นบิดา ซึ่งทำให้การช่วยเหลือสนับสนุนสตรีมีครรภ์เสี่ยงสูงลดลง หากสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความต้องการ อาจทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่มีความรุนแรงขึ้น และอาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ลดน้อยลง เช่น การพูดคุย การสัมผัสหรืออุบะหน้าท้องของภรรยาลดลง เป็นต้น (Daniel, 2007)

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดามีการศึกษาควบคู่ไปกับอาการเหนื่อยล้าในสตรีตั้งครรภ์ (Elek et al., 2002; Gay, Lee, & Yu-Lee, 2004; Loutzenhiser, Mcauslan, & Sharpe, 2015) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาในขณะภรรยาตั้งครรภ์ตามแนวคิดของ Pugh & Milligan (1993) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การถูกรบกวนการนอนหลับ สุขภาพทั่วไป และภาวะ Couvade syndrome ซึ่งเป็นภาวะที่มีอาการคล้ายกับการแพ้ท้องในสตรีตั้งครรภ์ 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า (Bourrier, 1999; Loutzenhiser et al., 2015) และ 3) ด้านสถานการณ์ ได้แก่ อายุ รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจปัจจัยด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในสถานการณ์การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงของภรรยาเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล

ต่อผู้จะเป็นบิดาเป็นอย่างมาก เนื่องจากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ในครรภ์มากน้อยเพียงใด ตามแนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberg (1976) ที่กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ เกิดจากการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่มากระตุ้น ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า ซึ่งมีรายงานการศึกษาของ Bourrier (1999) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน ไม่สามารถจัดความวิตกกังวลได้ นำมาซึ่งอาการเหนื่อยล้า ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ อาจช่วยให้อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาลดลงได้

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่งผลให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และ 4) ด้านการประเมินค่า ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เนื่องจากผู้จะเป็นบิดาจะต้องดูแลช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น และจะต้องเผชิญกับความกดดันต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวดูดซับความรู้สึกในด้านลบ และช่วยให้ ผู้จะเป็นบิดาสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Onpiw (2017) ที่พบว่า บิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีอาการเหนื่อยล้าน้อย

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดามีการศึกษาค่อนข้างน้อยและเป็นการศึกษาในต่างประเทศ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งไม่สามารถนำมาอ้างอิงถึงอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาชาวไทยได้ สำหรับการศึกษาในผู้จะเป็นบิดาชาวไทย มีเพียงการศึกษาเชิงคุณภาพของ Sansiriphun et al.

(2010) ที่สะท้อนให้เห็นว่า ผู้จะเป็นบิดามีอาการเหนี่ยวนำเกิดขึ้นในขณะภรรยาตั้งครรภ์ปกติ และการศึกษาของ Onpiw (2017) เกี่ยวกับอาการเหนี่ยวนำของบิดาในระยะหลังบุตรเกิด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำไปใช้ในการประเมิน และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลเพื่อบรรเทาอาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

คำถามการวิจัย

1. อาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นอย่างไร
2. ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับอาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนี่ยวนำของ Pugh & Milligan (1993) และการทบทวนวรรณกรรม โดยปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดอาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นหรือลดลง คือ ความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Spielberger (1976) และการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์

2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และ 4) ด้านการประเมินค่า ซึ่งคาดว่าจะมีความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคม อาจจะมีความสัมพันธ์กับอาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยผู้จะเป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลมากอาจมีอาการเหนี่ยวนำ และผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากอาจมีอาการเหนี่ยวนำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนี่ยวนำในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พากรรยามาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ชายไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ด้วยกันกับภรรยาตลอดช่วงเวลาดังครรภ์ 3) ภรรยาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมหรือสูติกรรม ได้แก่ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคโลหิตวิทยาโรคไทรอยด์ โรคออโตอิมมูน โรคหอบหืด โรคไวรัสตับอักเสบบี การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาวะตกเลือดก่อนคลอด ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำผิดปกติ และครรภ์แฝด 4) ภรรยาอายุครรภ์ช่วง 28-42 สัปดาห์ 5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 6) มีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่

.05 อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการทำงาน รายได้ ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว การตั้งครรภ์ของภรรยา โรคประจำตัว การนอนหลับ ความเพียงพอของการนอนหลับ การวางแผนที่จะมีบุตร อายุครรภ์ของภรรยา และภาวะแทรกซ้อนของภรรยาขณะตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามอาการเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist [MFSC]) ของ Pugh et al. (1999) ฉบับภาษาไทยโดย Theerakulchai, (2004) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเลย 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเล็กน้อย 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกปานกลาง และ 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกมาก โดยคิดคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 30-120 คะแนน การแปลความหมายดังนี้

30 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเหนื่อยล้า

31-60 คะแนน หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้าระดับน้อย

61-90 คะแนน หมายถึง อาการเหนื่อยล้าระดับปานกลาง

91-120 คะแนน หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้าระดับมาก

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับภาษาไทยโดย Thapinta (1991) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามด้านบวกให้ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เลย 3 คะแนน หมายถึง มีบ้าง 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างมาก 1

คะแนน หมายถึง มากที่สุด และข้อคำถามด้านลบให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย 2 คะแนน หมายถึง มีบ้าง 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด คิดคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึงมีความวิตกกังวลมาก

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงของ Naewchalee (2007) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Janprasert (2005) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House, (1981) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามด้านบวกให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย 2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย 3 คะแนน หมายถึง จริงปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง จริงเป็นส่วนมาก 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด และข้อคำถามด้านลบให้ 5 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย 4 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย 3 คะแนน หมายถึง จริงปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง จริงเป็นส่วนมาก 1 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด คิดคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20-100 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามอาการเหนื่อยล้า แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยง ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงหรือแก้ไขเนื้อหา จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ไปทดลองใช้กับผู้จะเป็นบิดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha

coefficient) (Gray, Glove, & Sutherland, 2017) แบบสอบถามอาการเหนี่ยวนำ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยขออนุญาตรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย คือ ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ก็จะไม่ส่งผลกระทบต่อ การมารับบริการของ ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้รวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาข้อมูลจากสมุดบันทึกการฝากครรภ์ และซักถามสตรีตั้งครรภ์ถึงบุคคลที่พามาตรวจครรภ์ ถ้าสามีเป็นผู้ที่พามาตรวจครรภ์ ผู้วิจัยขออนุญาตพบเพื่อเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของ

โครงการวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย จัดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้ง 4 ส่วน และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้จะเป็นบิดา ข้อมูลอาการเหนี่ยวนำ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบการกระจายของข้อมูลความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนี่ยวนำของผู้จะเป็นบิดา ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ ซามิโนฟ (kolmogorov smirnov) พบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จำนวน 85 ราย โดยมีอายุระหว่าง 21-50 ปี อายุเฉลี่ย 32.22 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.94 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 32.94 การศึกษาระดับอาชีวศึกษา ร้อยละ 45.88 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.59 ใช้ระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 54.12 ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 43.53 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม ร้อยละ 56.47 อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 92.94 มีระยะเวลาในการนอนหลับ 6-8 ชั่วโมงต่อคืน ร้อยละ 80 มีความเพียงพอของการนอนหลับ ร้อยละ 91.76 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.29 ไม่เคยมีบุตรมาก่อน ร้อยละ 69.41 มีการวางแผนที่จะมีบุตร ร้อยละ 48.25 ภรรยาอายุครรภ์อยู่ในช่วง 33-37 สัปดาห์ 6 วัน ร้อยละ 36.47 ภรรยามีภาวะ

แทรกซ้อนเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 76.47 มีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 21.18
อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดามีคะแนนเฉลี่ย มีอาการเหนื่อยล้าระดับปานกลาง ร้อยละ 2.35 มีอาการ
51.07 (S.D. = 15.36) ผู้จะเป็นบิดาส่งส่วนใหญ่ ร้อยละ เหนื่อยล้าระดับมาก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการเหนื่อยล้า จำแนกตามระดับอาการ เหนื่อย
ล้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

อาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
อาการเหนื่อยล้า ($\bar{X}$ = 51.07, S.D. = 15.36, Range = 31-100)		
ระดับอาการเหนื่อยล้า		
น้อย	65	76.47
ปานกลาง	18	21.18
มาก	2	2.35

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็น บิดา พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r = .468$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็น บิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.236$, $p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนื่อยล้า
ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

ตัวแปร	1	2	3
1. อาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดา	1.000	.468**	-.236*
2. ความวิตกกังวล		1.000	-.526
3. การสนับสนุนทางสังคม			1.000

* $p < .05$

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้
วัตถุประสงค์ข้อ 1. เพื่อศึกษาอาการเหนื่อยล้าใน
ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

จากการศึกษาพบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้ง
ครรภ์เสี่ยงสูงส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า
อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 76.47 (ตารางที่ 1) ทั้งนี้อาจ

เนื่องมาจากผู้จะเป็นบิดาในการศึกษาคั้งนี้ มีอายุอยู่ใน
ช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 52.94) ซึ่งถือเป็นวัยผู้ใหญ่ มีความพร้อมทางด้านฐานะและสามารถปรับตัวต่อ
สถานการณ์วิกฤตได้ดี และผู้จะเป็นบิดาส่งส่วนใหญ่มีราย
ได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม (ร้อยละ 43.53) เป็นปัจจัยที่
บ่งบอกว่าผู้จะเป็นบิดาสามารถบริหารรายรับให้เพียงพอ
กับรายจ่าย ไม่มีภาระหนี้สินหรือต้องทำงานเพิ่มขึ้น จึง

ทำให้มีอาการเหนื่อยล้าน้อย

ผู้จะเป็นบิดามีการนอนหลับ 6-8 ชั่วโมงต่อคืน (ร้อยละ 92.94) พักผ่อนเพียงพอ (ร้อยละ 80) และมีสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 91.76) ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย (ร้อยละ 56.47) ไม่เคยมีบุตรมาก่อน (ร้อยละ 55.29) และมีการวางแผนในการมีบุตร (ร้อยละ 69.41) ซึ่งแสดงถึงความพร้อมในการมีบุตร ทำให้ไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องอื่น ๆ และการที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายซึ่งประกอบไปด้วย พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา และยาย ถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญทำให้ผู้จะเป็นบิดาไม่มีอาการเหนื่อยล้ามากเกินไป (Widarsson, Kerstis, Sundquist, Engstrom, & Sarkadi, 2012) เนื่องจากได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน การช่วยเลี้ยงบุตร การช่วยดูแลภรรยา เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก แสดงให้เห็นว่าผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบตัว และนโยบายสนับสนุนในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และสามีของโรงพยาบาลแหล่งข้อมูล ทำให้ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง มีโอกาสได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพมากขึ้น จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้จะเป็นบิดามีการปรับตัวได้ดี และพร้อมปฏิบัติหน้าที่ให้ประสบความสำเร็จ จึงมีคะแนนอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย อีกทั้งภรรยาไม่ภาวะแทรกซ้อนเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 36.47) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์สามารถดูแลตัวเองได้ใกล้เคียงกับสตรีตั้งครรภ์ปกติ ทำให้ไม่มีผลต่อการปรับภารกิจต่างๆ ซึ่งผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงย่อมได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อมารับบริการฝากครรภ์ (Department of health, 2012) มีความมั่นใจในการดูแลภรรยา และมีความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ดูแลภรรยาและทารก ในครรภ์อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีความสุขและคลายจากอาการเหนื่อยล้าได้ จากการศึกษาค้นคว้าคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Eleket al.(2002) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 31.89 และการศึกษาของ Onpiw (2017) ที่พบ

ว่า ผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 96.47

วัตถุประสงค์ข้อ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .468, p < .01$) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตลอดระยะเวลาที่ภรรยาตั้งครรภ์มาจนถึงไตรมาสสุดท้าย ผู้จะเป็นบิดาจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ ความกดดัน และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงอีกทั้งผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่เป็นผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้จะเป็นบิดาจะมีความวิตกกังวลมากขึ้น (Kanjanaekaw, 2017) ต้องดูแลและช่วยเหลือภรรยาที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมากขึ้น กังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์ รวมถึงการคลอดที่ใกล้จะมาถึง เมื่อเกิดความวิตกกังวลต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน จะส่งผลให้ร่างกายมีการสลายไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้กระบวนการเผาผลาญในร่างกายมีมากกว่าปกติและนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ (Faye, 2008) ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Bourrier (1999) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของภรรยาขณะตั้งครรภ์มีอาการเหนื่อยล้า และจากการศึกษาของ Sansiriphun et al. (2010) ที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้จะเป็นบิดาจัดการกับความวิตกกังวลของตนที่เกิดขึ้นตั้งแต่ภรรยาตั้งครรภ์จนกระทั่งใกล้สู่ระยะคลอดมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.236, p < .05$) (ตารางที่ 2) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะ

ทำให้มีอาการเหนื่อยล้าน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน ส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมในการทำหน้าที่ต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ (House, 1981) ซึ่งในขณะที่ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญกับสถานการณ์การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้จะเป็นบิดาได้รับกำลังใจ ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทำให้ผู้จะเป็นบิดารู้สึกอบอุ่น คลายจากความวิตกกังวลและมีความพร้อมในการทำหน้าที่ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ถือได้ว่าเป็นแหล่งดูดซับความรู้สึกในด้านลบต่างๆ จึงทำให้ไม่รู้สึกเหนื่อยล้าเกินไป ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Onpiw (2017) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Maloni et al. (2001) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม รู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงไม่รู้สึกเหนื่อยล้ามากเกินไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ใช้เป็นแนวทางในการประเมินอาการเหนื่อยล้า

ในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ด้านการศึกษาพยาบาล

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนวิชาการผดุงครรภ์ เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยคำนึงถึงความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาในภรรยาที่ตั้งครรภ์ปกติให้ครอบคลุมทุกระยะของการมีบุตร
2. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าในผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น การถูกรบกวน การนอนหลับ สุขภาพทั่วไป ภาวะ Couvade syndrome เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น และปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น อายุ รายได้ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Bourrier, D. (1999). *Childbirth expectations in a complicated pregnancy: The father's perspective* (Thesis submitted to the faculty of graduate studies). Faculty of nursing, University of Manitoba, Winnipeg Manitoba.
- Daniel, C. (2007). *Interview-A naturopath's perspective on a father's role in pregnancy & childbirth*. Retrieved from <http://natural-fertility-info.com/a-fathers-role-in-pregnancy-childbirth.html>
- Department of health. (2012). *Happy to be a father*. Retrieved from <http://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/DadHandbook.pdf>
- Elek, S. M., Hudson, D. B., & Fleck, M. O. (2002). Couples' experiences with fatigue during the transition to parenthood. *Journal of Family Nursing*, 8(3), 221-240.

- Faye, G. (2008). *Mental health concerns for women in adolescence and adulthood*. Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gay, C. L., Lee, K. A., & Lee, S. Y. (2004). Sleep patterns and fatigue in new mothers and father. *Biological Research for Nursing*, 5(4), 311-318. doi: <https://dx.doi.org/10.1177%2F1099800403262142> \t "pmc_ext"
- Gray, J. R., Glove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). St. Louis: Saunders.
- Hart, L., Freel, M., & Milde, F. (1990). Fatigue. *Nursing Clinics of North America*, 25, 967-976.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Kanjanakeaw, A. (2017). *Factors related to anxiety of first-time Fathers*. (Thesis submitted to the faculty of graduated studies). Faculty of nursing, Chiang Mai University
- Loutzenhiser, L., Mcauslan, P., & Sharpe, D, P. (2015). The trajectory of maternal and paternal fatigue and factors associated with fatigue across the transition to parenthood. *Clinical Psychologist*, 19(1), 15-27. doi: 10.1111/cp.12048
- Maloni, J. A., Brezinski-Tomasi, J. E., & Johnson, L. A. (2001). Antepartum bed rest: Effect upon the family. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 30(2), 165-173. doi: 10.1111/j.1552-6909.2001.tb01532.x
- Naewchalee, A. (2007). *The predictability of personal factors, social support and uncertainty on stress and coping behavior of first-time fathers from high risk pregnancy*. (Thesis submitted to the faculty of graduated studies) Faculty of nursing, Mahidol University.
- Onpiw, N. (2017). *Factors related to fatigue among fathers in postnatal period* (Thesis submitted to the faculty of graduated studies). Faculty of nursing, Chiang Mai University.
- Piper, B. F. (2003). Fatigue. In V., Carrieri-Kohlman, A. M., Lindsey, C. M., West, & E. F., Bond (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness*. St. Louis: Saunders.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- 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
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 199(1), 142-148. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.005

- Thapinta, D. (1991). *Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS patients through cognitive reconstructing and mindfulness training*. (Thesis submitted to the faculty of graduated studies). Faculty of nursing, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Theerakulchai, J. (2004). *Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women* (Doctoral dissertation). Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
- Rodrigues, P, B., Zambaldi, C, F., Cantilino, A., & Sougey, E, B. (2016). Special feates of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: A review. *Trends in Psychiatry Psychotherapy*, 38(3), 136-140. doi: 10.1590/2237-6089-2015-0067
- Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A., Baosuang, C., & Jordan, P. (2010). Thai men becoming a first-time father. *Nursing and Health Sciences*, 12(4), 403-409.
- Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C. D. Spielberger, & R. Diaz-Guerrero (Eds), *Cross-cultural anxiety* (pp.3-12). Washing: Hemisphere.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engstrom, G., & Sarkadi. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: A qualitative study. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 36-44. doi: 10.1891/ 1058-1243.21.1.36



การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับนักศึกษาพยาบาลนานาชาติ

Development of a Multimedia Electronic book: The Clinical Practice Manual on Breastfeeding Promotion for International Nursing Students

สุสันหา	ยิมแย้ม *	Susanha	Yimyam *
นุชนาท	สุพรรณอุดม **	Nutchanat	Suphan-udom **

บทคัดย่อ

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียเป็นสื่อการเรียนรู้หนึ่งที่น่าสนใจสำหรับทักษะการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21 การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับนักศึกษาพยาบาลนานาชาติ 2) ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย 3) เปรียบเทียบความพึงพอใจในการใช้หนังสือ: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียและการใช้หนังสือสองมิติจัดทำเป็นรูปเล่ม กลุ่มตัวอย่างหลักที่ใช้ในการวิจัย เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับนักศึกษาพยาบาลนานาชาติ 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ใช้สอบถามทั้งการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียและการใช้หนังสือจัดทำเป็นรูปเล่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) นักศึกษามีความพึงพอใจในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยภาพรวมและแต่ละด้าน (เนื้อหา เทคนิค การออกแบบ คุณค่าและประโยชน์ และการนำไปใช้) 2) นักศึกษามีความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียในระดับสูงกว่าการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม เกือบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านเนื้อหา (P value = .0009) ด้านรูปแบบการจัดเล่มคู่มือ (P value = .001) ด้านเทคนิคการออกแบบ (P value = .003) และด้านความน่าสนใจ (P value = .0001) ยกเว้นด้านการได้รับความรู้เพิ่มเติม (P value = .325) และด้านการได้รับประโยชน์ (P value = .103) ที่มีระดับความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้คือ ควรนำไปใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาหลักสูตรปกติและพยาบาลวิชาชีพในการทบทวนทักษะ และควรมีการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียในหัวข้ออื่นและวิชาอื่นโดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติทางคลินิกเพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจเนื้อหาที่ซับซ้อนได้มากขึ้นและสามารถใช้ฝึกทักษะด้วยตนเองได้ตลอดเวลาตามความต้องการ

* ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Corresponding Author, Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand, syimyam@gmail.com

** พนักงานมหาวิทยาลัยสายปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** University supporting staff, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand,

วันที่รับบทความ 5 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 1 พฤษภาคม 2562 วันตอบรับบทความ 9 กันยายน 2562

คำสำคัญ: หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียเดียว การเรียนรู้ด้วยตนเอง นวัตกรรม นวัตกรรม นวัตกรรม

Abstract

The multimedia electronic book (multimedia e-book) become an alternative learning approach for the 21st century learning. The purposes of this developmental research were: 1) to develop the multimedia e-book on the clinical practice manual on breastfeeding promotion for international nursing students; 2) to evaluate the satisfaction of the students towards the multimedia e-book; and 3) to compare the satisfaction of the students on the clinical practice manual on breastfeeding promotion between the use of multimedia e-book and the use of hard copy. The main sample were 31 of the fourth year nursing students at the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, who studied in the first semester of 2019. The research tools were: 1) the multimedia e-book on the clinical practice manual on breastfeeding promotion; 2) the assessment of the satisfaction on the clinical practice manual on breastfeeding promotion that was asked students about the use of multimedia e-book and the use of hard copy. The data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test.

Research results revealed that 1) the multimedia e-book on the clinical practice manual on breastfeeding promotion was satisfied by students at highest level in overall and each dimensions (contents, design techniques, value and its benefits, and the usefulness). 2) the students' satisfactions were significantly higher level towards the use of the multimedia e-book on the clinical practice manual on breastfeeding promotion than the use of hard copy almost dimensions such as the content (P value = .0009), the format of the manual (P value = .001), design techniques (P value = .003) interesting (P value = .0001) but except for obtaining additional knowledge (P value = .325) and the perception of benefits (P value = .103). Recommendation of this study suggested to apply this multimedia e-book with nursing students in regular program and nurse professional; and should develop multimedia e-book on other topics and other subjects, especially other clinical practices which will promote nursing students to better understand complex contents and to continue their self-directed learning as their on-demand learning.

Keywords: *Multimedia Electronic Book, Breastfeeding, Nursing Students*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อการเรียนการสอนที่ได้รับความนิยมของนักศึกษาทั่วโลกในปัจจุบัน (Masood & Apandi, 2014) โดยเฉพาะหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียเดียวเพื่อการเรียนการสอน (Ruiz, Mintzer, & Leipzig, 2006; Stirling & Birt, 2006)

ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ในยุคดิจิทัล ที่สามารถเชื่อมโยงได้ทั้งข้อความ ภาพ เสียง และภาพเคลื่อนไหว (Crichton & Kopp, 2006) มีการศึกษาจำนวนมากที่ได้อภิปรายถึงข้อดี/ประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Hugenholtz, de Croon, Smits, Van Dijk, & Nieuwenhuijsen,

2008; Masood & Apandi, 2014; Ruiz et al., 2006; Siegenthaler, Wurtz, & Groner, 2010; Stirling, & Birt, 2013) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถนำมาบรรจุไว้ในระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (บทเรียนบนเว็บ) มีคุณสมบัติเด่นหลายประการ เช่น ง่ายต่อการเผยแพร่ ต้นทุนการผลิตต่ำเรียนได้ไม่จำกัดจำนวนผู้เรียน ง่ายต่อการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนา มีปฏิสัมพันธ์สูง ตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างบุคคล และยังสามารถใช้โดยไม่ผ่านระบบเครือข่าย (offline) ได้ (Anuradha & Usha, 2006) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์จึงดูเหมือนจะมีประโยชน์กว่าตำราที่เป็นรูปเล่ม ในแง่ที่มีสื่อมัลติมีเดีย หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนตอบสนองต่อบทเรียนหลายช่องทาง ทั้งการมองเห็นภาพเคลื่อนไหว และได้ยินเสียง ทำให้เข้าใจบทเรียนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะบทเรียนที่เป็นกระบวนการ เกิดความตื่นเต้น ไม่เบื่อหน่าย และช่วยให้ผู้เรียนย้อนกลับไปทบทวนบทเรียนได้ทั้งหมดหรือเฉพาะส่วนที่ยังจำไม่ได้หรือยังไม่เข้าใจองแท้ ตามความสะดวกในด้านเวลาและสถานที่ของผู้เรียน จึงทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งช่วยส่งเสริมการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลสัมฤทธิ์โดยบรรลุจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอน (Anuradha & Usha, 2006; Crichton & Kopp, 2006; Shatat, Aldalalah, & Ababneh, 2017) และการนำเสนอข้อมูลมักจะเป็นไปในลักษณะสื่อมัลติมีเดียเชิงปฏิสัมพันธ์ (interactive) มีลักษณะเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Masood & Apandi, 2014)

เทคโนโลยีด้านสื่อมัลติมีเดียช่วยให้การออกแบบการเรียนตอบสนองต่อแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ ส่งผลโดยตรงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้นได้ ประกอบกับสื่อมัลติมีเดียในรูปแบบของซีดีรอมก็ใช้งานง่าย พกพาสะดวก จึงทำให้เป็นสื่อการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง ตามศักยภาพ ความต้องการ และความสะดวก ขณะที่ผู้สอนก็สามารถใช้สื่อมัลติมีเดียในการสอนเนื้อหาใหม่เพื่อการฝึกฝน เสนอสถานการณ์จำลอง และยังสามารถคิดแก้ปัญหาด้วยรูปแบบต่าง ๆ ได้ด้วย ซึ่งส่งผลดีต่อการเรียนรู้วิธีการเรียน

รู้ และรูปแบบการคิดหาคำตอบ ที่สำคัญไม่เป็นการจำกัดให้การเรียนรู้ต้องอยู่แต่ในห้องเรียนเท่านั้น (Crichton & Kopp, 2006; Frey & Sutton, 2010) โดยทั่วไปสื่อมัลติมีเดียที่จำหน่ายมีราคาค่อนข้างแพงและไม่ค่อยสอดคล้องกับของหลักสูตร การลงทุนจึงไม่ค่อยได้ผลเต็มที่ ดังนั้นปัจจุบันสถาบันการศึกษาเกือบทุกระดับที่เล็งเห็นความสำคัญของสื่อมัลติมีเดีย รวมทั้งทางการศึกษาพยาบาล จึงมักแก้ปัญหาด้วยการผลิตสื่อมัลติมีเดียเอง การสร้างสื่อมัลติมีเดีย เริ่มด้วย หัวเรื่อง เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย แล้วจึงวิเคราะห์ (analysis) ออกแบบ (design) พัฒนา (development) สร้าง (implementation) ประเมินผล (evaluation) และนำออกเผยแพร่ (publication) (Frey & Sutton, 2010) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์สูงกว่าก่อนการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้นจึงมีผู้สอนที่นำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มาใช้กับผู้เรียนกลุ่มต่าง ๆ จำนวนมากขึ้น สำหรับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ทางการพยาบาลเริ่มมีผู้สนใจการพัฒนามากขึ้น ตัวอย่างเช่น กายวิภาคศาสตร์ของระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบไหลเวียน (Srivilai, & Atthamaethakul, 2011) การนวดทารก (Karnasuta, Kiatwattanacharoen, Klunklin, Thiyapirom, & Rattanadumrongrong, 2011) หลักการและเทคนิคการดูแลผู้ที่มีบาดแผล (Swangwatanasade, Srivilai, & Lernthavarntum, 2013) และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา” ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น (Yimyam, Chareonsanti, & Karnasuta, 2014) หนังสือเหล่านี้ได้พบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจที่ได้ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการเรียนและแสดงความเห็นว่าน่าสนใจและมีประโยชน์

ในปีที่ผ่านมาได้มีการจัดเตรียมเนื้อหาการฝึกปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไว้ในคู่มือในฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารกที่เป็นรูปเล่ม (hard copy) ซึ่งเป็นภาพสองมิติเท่านั้น ไม่สามารถนำเสนอสื่อมัลติมีเดียในการฝึกทักษะที่สำคัญใส่เข้าไปพร้อมกันได้ ในคู่มือ ทำให้เข้าใจยาก นอกจากนี้การจัดคู่มือแบบ

ดั้งเดิม ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง และต้องมีการจัดเตรียมสื่อภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียงแยกเพิ่มอีก ซึ่งเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก นอกจากนี้ยังไม่สะดวกต่อการใช้งานในการจัดการเรียนการสอนในคราวเดียวกัน การจัดทำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครั้งนี้น่าจะช่วยแก้ปัญหาได้ นอกจากนี้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียยังสามารถสะดวกต่อการพกพา และสามารถใช้ได้ทุกที่ ทุกเวลาผ่านอุปกรณ์ที่ผู้เรียนมีอยู่แล้ว และใช้ได้หลายครั้งตามความต้องการของผู้เรียน ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ในยุคดิจิทัล ที่สามารถเชื่อมโยงได้ทั้งข้อความ ภาพ เสียง และภาพเคลื่อนไหว (Crichton & Kopp, 2006) นอกจากนี้ความรู้ความเข้าใจที่ได้จากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย น่าจะมีช่วยในการฝึกทักษะการพยาบาลในห้องปฏิบัติการและในคลินิกได้ดีขึ้น

ดังนั้นคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงสนใจในการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยต่อยอดไปจากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ที่เน้นความรู้พื้นฐานทางทฤษฎี และใช้ภาษาอังกฤษเพื่อประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรนานาชาติ นอกจากนี้จากปัญหาการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นหัวข้อหนึ่งในกระบวนการเรียนการสอนการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ ที่นักศึกษาพยาบาลนานาชาติต้องเรียนรู้ด้วยความเข้าใจเกี่ยวกับ กายวิภาคและสรีระของเต้านม การประเมินเต้านมและหัวนม การประเมินปัจจัยที่อาจมีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ หลักการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การเตรียมเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เทคนิคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง (เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและกลับไปทำงาน) และปัญหาที่พบบ่อยและวิธีการแก้ไขในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อ

เตรียมพร้อมก่อนการฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการและการฝึกทักษะในคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งนี้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ในครั้งนี้ ต่างจากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียที่ผู้วิจัยเคยจัดทำเรื่อง ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ที่เน้นความรู้พื้นฐาน ซึ่งใช้เป็นสื่อประกอบการสอนกระบวนวิชาทางทฤษฎี การจัดทำในครั้งนี้มีเนื้อหาเป็นภาษาอังกฤษ ที่เน้นเนื้อหาเทคนิคการช่วยเหลือและสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อใช้ประกอบการเรียนรู้ในกระบวนวิชาทางปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติและ/หรือใช้ทบทวนระหว่างการฝึกปฏิบัติทางคลินิก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครั้งนี้ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน 10 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Frey & Sutton (2010) ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย 2) ทบทวนและค้นหาทางเลือก 3) กำหนดรูปแบบ งบประมาณ และระยะเวลา 4) ระบุเนื้อหา กิจกรรม และวิธีการประเมิน 5) พัฒนาวิธีการประเมินผล เกณฑ์ และเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพ 6) สร้างผังบทเรียน แผนภาพและ/หรือสตอรี่บอร์ด 7) สร้าง/เขียนโปรแกรม 8) ดำเนินการประเมินประสิทธิภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 9) ปรับปรุงการออกแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ให้มีความสมบูรณ์ 10) ดำเนินการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยผู้เรียน จะช่วยให้มีสื่อการเรียนการสอนที่เป็นทางเลือกเพิ่มเติมหรือเสริมในการใช้ทบทวนความรู้ที่ได้เรียนในชั้นเรียน ตามความสะดวกและความต้องการของผู้เรียน ที่สามารถเข้าถึงความรู้ได้ทุกเมื่อ ทุกสถานที่ ทุกเวลา และทุกช่องทาง ตามหลักการเรียนรู้ทุกแห่งหน (ubiquitous learning) ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนหรือบทเรียนสำเร็จรูป (instruction package) ที่นำเสนอเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้

สอนผ่านเทคโนโลยีเครือข่ายทั้งแบบใช้สายและไร้สาย รวมถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการประมวลผลแบบไร้ขอบเขต ผู้เรียนสามารถเรียนได้ทุกที่และทุกเวลาแท้ที่จริงแล้ว อันจะส่งผลให้ผู้เรียนมีความเข้าใจมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย

3) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในการใช้หนังสือคู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย (multimedia electronic-book) และการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม (hand out)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) มีการดำเนินการวิจัยใน 2 ระยะ คือ ระยะ 1 เป็นการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับนักศึกษาพยาบาลนานาชาติ และระยะ 2 เป็นการประเมินประสิทธิภาพจากการทดลองใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย รวมทั้งเปรียบเทียบความพึงพอใจการใช้หนังสือ คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย และการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในระยะที่ 1 ประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรนานาชาติชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่เคยผ่านการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างได้รับคัดเลือกแบบโควต้าที่มีคะแนนผลการ

เรียนกระบวนวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารก และการผดุงครรภ์ 3 (554492) อยู่ในระดับสูงปานกลาง และต่ำ ระดับละ 2 คน รวมเป็น 6 คน เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความต้องการหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย อันจะเป็นค้นหาปัญหา และแนวทางในการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ประชากรในระยะที่ 2 ประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรนานาชาติ ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ยังไม่เคยผ่านการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเป็นผู้ประเมินความพึงพอใจจากการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดที่กำลังลงทะเบียนเรียนกระบวนวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารก และการผดุงครรภ์ 3 (554492) ที่มีหัวข้อ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนวิชา ซึ่งจำนวนนักศึกษาทั้งหมดในปีการศึกษา 2562 มี 31 คน นักศึกษาที่เป็นประชากรได้รับการใช้ทั้งหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย (multimedia electronic-book) และการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม (hand out) เรื่อง การฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้วให้นักศึกษาให้คะแนนความพึงพอใจการใช้คู่มือทั้งสองรูปแบบ ในด้านเนื้อหา รูปแบบการจัดเล่ม เทคนิคการออกแบบ ความน่าสนใจ การได้รับความรู้เพิ่มเติม และการได้รับประโยชน์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในครั้งนี้พัฒนาโดยสุสันทา ยิ้มแย้ม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย สถานภาพ อายุ เพศ ประสบการณ์ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียในการเรียนการสอน และการเรียนรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แนวคำถามเกี่ยวกับความต้องการหนังสือ

อิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ใช้ในการ สัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการเรียนรู้เกี่ยวกับ การฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ และความต้องการหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มีเดีย ในเรื่องนี้ เพื่อนำมาพัฒนา หนังสือ อิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึก ปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 1) ความสำคัญของการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่และข้อแนะนำในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวอย่างน้อยหกเดือน 2) กายวิภาคและสรีรวิทยาเบื้องต้น ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) การส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และ 4) การจัดการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 62 หน้าของกระดาษ A5 ซึ่งใช้เวลาเรียนรู้ ประมาณ 40-50 นาที ทั้งนี้ในการพัฒนาหนังสือ อิเล็กทรอนิกส์มีเดียประกอบ 10 ขั้นตอนตาม แนวคิดของ Frey & Sutton (2010) ที่ได้กล่าวไว้แล้ว ในกรอบแนวคิด

แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสือ คู่มือ การฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ ซึ่งเป็นแบบประเมินเดียวกันที่ใช้ในการทดสอบ แบบเดี่ยว แบบกลุ่มหรือภาคสนาม ในขั้นตอนการ พัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย และใช้เปรียบเทียบระหว่างการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียและ การใช้หนังสือสองมิติที่จัดทำเป็นรูปเล่ม โดยการ ประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสือนี้ ซึ่งครอบคลุม ด้านเนื้อหา (จำนวน 10 ข้อ) รูปแบบการจัดเล่ม (จำนวน 3 ข้อ) เทคนิคการออกแบบ (จำนวน 13 ข้อ) ความน่า สนใจ (จำนวน 3 ข้อ) ด้านการได้รับความรู้เพิ่มเติม (จำนวน 1 ข้อ) และด้านการได้รับประโยชน์ (จำนวน 1 ข้อ) ที่มีลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วน 4 ลำดับจาก มากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย รวมทั้งข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงต่อไป การทำแบบ

ประเมินแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย แนวคำถามเกี่ยว กับความต้องการหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือ การฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสือ คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพัฒนา มีเดียและ ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการเลี้ยงบุตรด้วย นมมารดา จำนวน 3 ท่าน สำหรับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มีเดีย และแนวคำถามเกี่ยวกับความต้องการหนังสือ อิเล็กทรอนิกส์มีเดียฯ ได้ปรับปรุงและแก้ไขตาม ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จนเป็นที่ ยอมรับในทุกประเด็นคำถาม ส่วนแบบประเมินความพึง พพอใจในการใช้หนังสือ คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกใน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ 0.86 หลังจากนั้นก่อนที่จะนำแบบประเมิน ความพึงพอใจนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งแบบรายบุคคล แบบกลุ่ม และภาคสนาม ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้า หมายที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร คูเดอร์ซรี ชาร์ดสัน KR-20 ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการพัฒนานี้ได้ดำเนินการขอการพิจารณา รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 077/2018) ทั้งนี้ตลอดระยะดำเนินการวิจัยครั้งนี้คณะ ทำงานได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้น กระบวนการดำเนินการกิจกรรมทุกขั้นตอน การรวบรวม ข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลงานโดยคณะผู้วิจัยได้ แนะนำทีมวิจัยชี้แจงโครงการโดยย่อ แจ้งถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขอความร่วมมือในการ เข้าร่วมโครงการ อธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน การเข้า ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการรวบรวมข้อมูล การนำ เสนอและเผยแพร่ข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างใน

การเข้าร่วมโครงการ โดยไม่มีการบังคับใด ๆ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมในโครงการในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบหรือผลเสียใดๆ นอกจากนั้นการนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ หรือการรวบรวมข้อมูล ขึ้นอยู่กับความสะดวกโดยไม่รบกวนการเรียนการสอนของผู้เข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มนักศึกษา ในช่วงการปฐมนิเทศก่อนการฝึกปฏิบัติทางคลินิก โดยแจกหนังสือที่จัดทำเป็นรูปเล่มเกี่ยวกับ คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแจกไฟล์ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียและการใช้หนังสือสองมิติ ทั้งนี้ได้ให้เวลาในการเรียนรู้และประเมินในการใช้หนังสือทั้งสองรูปแบบเป็นเวลานาน 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นข้อมูลคิดเห็นจากนักศึกษาในการทดลองรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล

2. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการเปรียบเทียบการใช้หนังสือสองมิติที่จัดทำเป็นรูปเล่ม (hand out) เรื่อง การฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยสถิติ pair t-test

3 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ได้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม่ สำหรับนักศึกษาพยาบาลนานาชาติ ที่พัฒนาขึ้นโดยผ่านการทดลองใช้ทั้งในรายบุคคล กลุ่มเล็ก และภาคสนามและมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา ดังนี้

1.1 การทดลองรายบุคคล นักศึกษาให้ข้อคิดเห็น ว่า รูปแบบค่อนข้างเป็นทางการ เนื้อหาและภาพประกอบมากและดูแน่นเกินไปในแต่ละหน้า การเว้นวรรคไม่ถูกต้อง 3-4 แห่ง ภาพประกอบบางภาพไม่ค่อยชัด คณะผู้วิจัยปรับปรุงโดยตรวจสอบและแก้ไขการเว้นวรรคให้ถูกต้อง และปรับการจัดรูปแบบการเว้นบรรทัด ทำให้ไม่รู้สึกแน่นไปและให้น่าสนใจมากขึ้น มีการเพิ่มสีสันทันและความชัดเจนภาพประกอบ รวมทั้งเพิ่มภาพเคลื่อนไหว

1.2 การทดลองกับกลุ่มเล็ก พบว่า นักศึกษาให้ข้อคิดเห็นต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียนี้ว่า ภาพเคลื่อนไหวบางเรื่องไม่สัมพันธ์ ไม่ต่อเนื่องกับเนื้อหา และเสียงบรรยายประกอบภาพเคลื่อนไหวยังไม่น่าสนใจ ไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่องและสั้นไหล คณะผู้วิจัยปรับปรุงโดยตรวจสอบความสอดคล้องเสียงบรรยายกับภาพเคลื่อนไหว และสัมพันธ์กับเนื้อหา และจัดบันทึกเสียงบรรยายประกอบภาพเคลื่อนไหวใหม่ โดยมีการเตรียมความพร้อมและซักซ้อมผู้บรรยายเสียงประกอบ

1.3 การทดลองภาคสนาม นักศึกษาให้ข้อคิดเห็นต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียนี้ว่า เนื้อหาค่อนข้างมากไป เพราะส่วนใหญ่เรียนมาแล้วในวิชาทฤษฎี ภาพเคลื่อนไหวบางเรื่องค่อนข้างยาว ทำให้มีการกระตุกในการนำเสนอ คณะผู้วิจัยปรับปรุงโดย พิจารณาปรับเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนและสำนวนภาษาให้สั้น กระชับ เข้าใจง่ายขึ้น แต่ยังคงความหมายเช่นเดิม และ ปรับภาพเคลื่อนไหวให้สั้นลงโดยแบ่งเนื้อหาเป็นตอนย่อย ๆ เพื่อไม่ให้ยาวเกินไป สามารถดูซ้ำได้โดยใช้เวลาไม่มาก และ จัดรูปแบบหนังสือแต่ละหน้า เพิ่มสีสันทันให้น่าสนใจมากขึ้น

2. ผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย สรุปนักศึกษามีความพึงพอใจในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียโดยภาพรวมในระดับมากที่สุด ($\text{Mean}_E = 3.57, S.D = 0.47$) คะแนน

พึงพอใจด้านที่สูงสุดคือด้านการได้รับความรู้เพิ่มเติม (Mean_E = 3.74, S.D = 0.51) รองลงมาได้แก่ ด้านการได้รับประโยชน์ (Mean_E = 3.65, S.D. = 0.49) และด้านความน่าสนใจ (Mean_E = 3.64, S.D. = 0.49) ส่วนด้าน

เทคนิคการออกแบบ มีคะแนนความพึงพอใจต่ำสุด (Mean = 3.47, S.D. = 0.55) ซึ่งยังถือว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย (N = 31)

ความคิดเห็นต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย	ความพึงพอใจ		
	Mean _E	SD	Mode
ด้านเนื้อหา	3.55	0.51	มากที่สุด
1. เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์	3.53	0.51	มากที่สุด
2. เนื้อหาครบถ้วนถูกต้อง	3.53	0.51	มากที่สุด
3. เนื้อหามีความทันสมัย	3.63	0.49	มากที่สุด
4. เนื้อหามีความน่าเชื่อถือ	3.77	0.43	มากที่สุด
5. เนื้อหามีความน่าสนใจ	3.35	0.66	มากที่สุด
6. เนื้อหามีความชัดเจน	3.53	0.51	มากที่สุด
7. เนื้อหาเหมาะสมในแต่ละหน้า	3.23	0.57	มาก
8. เนื้อหาสอดคล้องกับภาพ	3.70	0.47	มากที่สุด
9. การจัดเรียงลำดับเนื้อหาเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง	3.60	0.50	มากที่สุด
10. การจัดแบ่งหมวดหมู่ของเนื้อหาได้ เหมาะสม	3.67	0.48	มากที่สุด
ด้านรูปแบบการจัดเล่ม	3.60	0.50	มากที่สุด
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้	3.67	0.48	มากที่สุด
2. ลำดับขั้นตอนและความต่อเนื่องชัดเจน	3.53	0.51	มากที่สุด
3. ขนาดเล่ม เหมาะสม	3.61	0.50	มากที่สุด
ด้านเทคนิคการออกแบบ	3.47	0.55	มากที่สุด
1. ตัวอักษร			
1.1 ลักษณะและรูปแบบตัวอักษรที่ใช้เหมาะสม	3.65	0.46	มากที่สุด
1.2 ขนาดตัวอักษรมีความเหมาะสม	3.26	0.73	มาก
1.3 ตัวอักษรมีความชัดเจน	3.57	0.50	มากที่สุด
1.4 พื้นหลังกับสีตัวอักษรมีความเหมาะสม	3.50	0.51	มากที่สุด
2. เสียง			
2.1 เสียงมีความคมชัด	3.23	0.57	มาก
2.2 เสียงบรรยายมีความเหมาะสมกับเนื้อหา	3.60	0.50	มากที่สุด
2.3 เสียงประกอบเหมาะสมกับเนื้อหา	3.60	0.50	มากที่สุด
2.4 เสียงมีความน่าสนใจ	3.57	0.50	มากที่สุด

ความคิดเห็นต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย	ความพึงพอใจ		
	Mean _E	SD	Mode
3. กราฟิก ภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว			
3.1 ภาพ กราฟิก ภาพเคลื่อนไหว ที่ใช้มีความน่าสนใจ	3.47	0.57	มากที่สุด
3.2 ภาพ กราฟิก ภาพเคลื่อนไหวทำให้เข้าใจ เนื้อหา	3.57	0.50	มากที่สุด
มากขึ้น			
3.3 ปริมาณของภาพเคลื่อนไหวเหมาะสม	3.13	0.68	มาก
3.4 คุณภาพของภาพเคลื่อนไหวเหมาะสม	3.60	0.50	มากที่สุด
3.5 ระยะเวลาในการนำเสนอของการเคลื่อนไหว	3.39	0.57	มาก
ด้านความน่าสนใจ	3.64	0.49	มากที่สุด
1. ใช้แทนเอกสารเป็นเล่ม	3.57	0.47	มากที่สุด
2. ใช้เป็นคู่มือช่วยศึกษาค้นคว้า	3.61	0.50	มากที่สุด
3. ใช้ทบทวนความรู้	3.67	0.48	มากที่สุด
ด้านการได้รับความรู้เพิ่มเติม	3.74	0.51	มากที่สุด
1. การได้รับความรู้เพิ่มเติม	3.74	0.51	มากที่สุด
ด้านการได้รับประโยชน์	3.65	0.49	มากที่สุด
1. การได้รับประโยชน์จากเนื้อหา	3.65	0.49	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	3.57	0.47	มากที่สุด

นอกจากนี้นักศึกษากลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมโดยรวมว่า การใช้หนังสือ คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย สามารถเปิดอ่าน ทบทวนได้ทุกที่ ทุกเวลา หลายอุปกรณ์ (ทั้งคอมพิวเตอร์ และมือถือ) สามารถดาวน์โหลดเก็บไว้ในมือถือทำให้สะดวกในการพกพาและการใช้ และสามารถใช้ประกอบการอธิบายให้ผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี การแบ่งเนื้อหา จัดเป็นหมวดหมู่ เรียงลำดับดี อ่านติดตามง่าย นักศึกษาจำนวนมากชอบคลิปวิดีโอเกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้เห็นภาพสถานการณ์จริง เข้าใจง่ายขึ้น และน่าสนใจมาก สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการในคลินิกได้ ทั้งนี้ในการเรียนทางทฤษฎี ยังนึกภาพไม่ออก แต่บางครั้งอาจจะมีปัญหาในระบบ บันทึกเสียงทำให้เสียงยังไม่ค่อยชัด วิดีโอขนาดค่อนข้างเล็ก แม้ว่าจะสามารถชมได้แต่ก็ใช้เวลา น่าจะปรับให้ขนาดใหญ่เลย ตัวหนังสือค่อนข้างเป็นทางการ อาจจะ

มีรูปแบบตัวอักษรที่ดึงดูดใจ ทำให้น่าสนใจมากขึ้น รวมทั้งการปรับตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น แม้ว่าจะสามารถใช้นูโปรแกรมช่วยขยายได้แต่ก็ใช้เวลา นอกจากยังให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าควรมีพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียเช่นเดียวกับในหัวข้ออื่นและกระบวนวิชาอื่น

3. ผลการเปรียบเทียบการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียกับการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม พบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาจากการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียมากกว่าการใช้หนังสือเป็นรูปเล่มเกือบทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเกือบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ด้านเนื้อหา (t-test = 3.62, P value = .0009) ด้านรูปแบบการจัดเล่มคู่มือ (t-test = 3.50, P value = .001) ด้านเทคนิคการออกแบบ (t-test = 3.16, P value = .003) ด้านความน่าสนใจ (t-test = 4.24, P value = .0001) ยกเว้นด้านการได้รับความรู้เพิ่มเติม (t-test = 1.00, P value = .325) และด้านการได้รับประโยชน์ (t-test = 1.68, P value = .103) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกฯ ระหว่างการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียกับการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม (N = 31)

ความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกฯ	การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย			การใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม			t-test (P value)
	Mean _E	SD _E	Mode _E	Mean _E	SD _E	Mode _E	
ด้านเนื้อหา	3.55	0.51	มากที่สุด	3.00	0.63	มาก	3.62 (.0009)
ด้านรูปแบบการจัดเล่ม	3.60	0.50	มากที่สุด	3.13	0.67	มาก	3.50 (.001)
ด้านเทคนิคการออกแบบ	3.47	0.55	มากที่สุด	2.95	0.65	มาก	3.16 (.003)
ด้านความน่าสนใจ	3.64	0.49	มากที่สุด	3.23	0.67	มาก	4.24 (.0001)
ด้านการได้รับความรู้เพิ่มเติม	3.74	0.51	มากที่สุด	3.65	0.49	มากที่สุด	1.00 (.325)
ด้านการได้รับประโยชน์	3.65	0.49	มากที่สุด	3.61	0.56	มากที่สุด	1.68 (.103)

หมายเหตุ: Mean_E ค่าเฉลี่ยของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย

Mean_B ค่าเฉลี่ยของการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม

SD_E ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย

SD_B ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม

Mode_E ฐานนิยมของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย

Mode_B ฐานนิยมของการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม

การอภิปรายผล

ผลการพัฒนาและประสิทธิภาพของพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย: คู่มือการฝึกปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับนักศึกษาพยาบาลนานาชาติ พบว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียที่พัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับที่พึงพอใจกับผู้เรียนมากที่สุดในทุกด้านโดยรวม ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้พยายามออกแบบตามหลักวิชาการและขั้นตอน ก่อนการพัฒนาที่ได้ข้อคิดเห็นจากผู้เรียน ซึ่งเป็นผู้ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดีย และขณะพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียยังให้ผู้เรียนเสนอข้อคิดเห็นและเสนอแนะทั้งในรายบุคคลและแบบกลุ่ม รวมทั้งนำมาแก้ไขและปรับปรุงโดยเฉพาะตัวหนังสือด้านเทคนิคการออกแบบ การจัดรูปเล่ม องค์ประกอบและรายละเอียดการจัดทำ ตัวหนังสือ กราฟิก รูปภาพ และภาพเคลื่อนไหวที่มีสีสัน และเสียง ให้น่าสนใจ ช่วย

ให้ผู้เรียนเกิดจินตนาการและเข้าใจเนื้อหาที่ยากได้ง่ายขึ้นดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีลักษณะเป็นสื่อเชื่อมโยง (hypermedia) ที่นำเสนอเนื้อหาสาระในรูปแบบสื่อผสม ทำให้บทเรียนมีความน่าสนใจมากขึ้น และมีการสร้างจุดเชื่อมโยงให้ถ่ายทอดการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีโครงสร้างความรู้ เพราะการใช้สื่อหลายมิติจะตอบสนองต่อวิธีการเรียนรู้ของมนุษย์ในความพยายามที่จะเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิมได้เป็นอย่างดี และยังตอบสนองความแตกต่างของโครงสร้างองค์ความรู้ที่มีความสลับซับซ้อน ซึ่งเป็นแนวคิดของทฤษฎีความยืดหยุ่นทางปัญญา โดยสื่ออนุญาตให้ผู้เรียนทุกคนมีอิสระ ในการควบคุมการเรียนรู้ของตนเองตามความสามารถ ความสนใจ ความถนัด และพื้นฐานความรู้ของตนเองได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้แล้วผู้เรียนสามารถย้อนกลับเรียนรู้ในเนื้อหาซ้ำได้ตาม

ความต้องการ เป็นการเสริมแรงที่ทำให้การเรียนรู้จากบทเรียน ไม่น่าเบื่อ น่าติดตาม เพราะได้ทั้งความสนุก ความท้าทายในการเลือกคำตอบและความรู้ที่ได้จากการได้รับข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เชื่อว่าการให้ตัวเสริมแรงจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความต้องการได้ (Crichton & Kopp, 2006) และจากข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการให้ให้มีการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในหัวข้อและกระบวนวิชาต่อไป ทั้งนี้เพราะหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียนี้สามารถตอบสนองความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา ได้แก่ การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มีเดีย เรื่อง ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Yimyam, Chareonsanti, & Karnasuta, 2014) หลักการและเทคนิคการดูแลผู้ที่มีบาดแผล (Swangwatanasade, Srivilai, & Lernthavarntum, 2013) การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียเรื่อง การนวดทารก (Karnasuta, Kiatwattanacharoen, Klunklin, Thiyapirom, & Rattanadumrongrong, 2011) และ การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กายวิภาคศาสตร์ของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบไหลเวียน (Srivilai & Atthamaethakul, 2011)

เมื่อพิจารณาในรายด้าน จากตารางที่ 1 ผู้เรียนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดด้านการได้รับความรู้เพิ่มเติม และการได้รับประโยชน์จากเนื้อหาที่น่าสนใจ และด้านการนำไปใช้ เกี่ยวกับความสามารถในการใช้แทนหนังสือที่เป็นรูปเล่ม เหมาะสมสำหรับใช้เป็นคู่มือช่วยศึกษาค้นคว้าได้ และยังใช้ทบทวนความรู้ ตอบสนองความต้องการ จึงสามารถกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากคณะวิจัยได้พยายามออกแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียให้มีเนื้อหาสาระและลักษณะใกล้เคียงกับการฝึกปฏิบัติในคลินิกมากที่สุด และบรรจุเนื้อหาลงในซีดีรอม ซึ่งใช้ได้ง่าย เก็บรักษาง่าย พกพาสะดวก สามารถเชื่อมโยงได้ทั้งข้อความ ภาพ เสียง และภาพเคลื่อนไหว (Crichton & Kopp, 2006) รวมทั้งทำสำเนาได้ง่ายด้วย จึงทำให้เป็นสื่อการสอนที่เปิดโอกาส

ให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง ตามศักยภาพ ความต้องการ และความสะดวก นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังเลือกใช้โปรแกรมที่ใช้หน่วยความจำน้อยและมีระบบการทำงานด้วยตัวเองในไฟล์เดียวกัน โดยไม่ต้องอาศัยโปรแกรมอ่านเพิ่มเติม และที่สำคัญไม่ต้องอาศัยในระบบออนไลน์ ทำให้สะดวกต่อการใช้ และพกพา นำไปใช้ในการศึกษาย้อนกลับด้วยตนเองเพื่อทบทวนบทเรียนที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลาตามความต้องการของแต่ละบุคคลในทุกสถานที่ แม้บริเวณที่ไม่ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตใด ๆ ขณะที่การเรียนรู้ในชั้นเรียนไม่สามารถย้อนกลับไปได้ ทบทวนเนื้อหาที่ไม่เข้าใจได้เหมือนเดิมตามต้องการ นอกจากนั้นผู้ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียยังสามารถเรียนรู้อ้อนกลับไปได้กลับมาหรือกลับมาเริ่มต้นที่จุดเริ่มต้นใหม่ของเนื้อหาได้อย่างรวดเร็ว จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจ ในด้านคุณค่าและประโยชน์การนำไปใช้มากที่สุด ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจด้านตัวอักษรโดยเฉพาะในเรื่องขนาดตัวอักษรนั้นความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้จากคณะผู้วิจัยคิดว่า เมื่อผู้เรียนอ่านหนังสือแล้วสามารถปรับขยายขนาดตัวอักษรได้ตามต้องการ แต่ผู้เรียนต้องการตัวอักษรที่มีขนาดใหญ่โดยไม่ต้องเสียเวลาในการขยายด้วยโปรแกรม นอกจากนั้นเทคนิคการออกแบบโดยเฉพาะในเรื่อง ความคมชัดของเสียง จำนวนของภาพเคลื่อนไหว ที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้จากการจัดทำสื่อมีเดียต้องพิจารณาระบบการบันทึกเสียงที่อาจต้องใช้ห้องบันทึกเสียงเฉพาะ เพื่อให้เสียงคมชัด และต้องพิจารณาผลิตภาพเคลื่อนไหวประกอบเนื้อหามากขึ้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจง่าย สิ่งเหล่านี้คณะผู้วิจัยควรไปปรับปรุงเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เรียนเพิ่มขึ้น

2. ผลการเปรียบเทียบการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียกับการใช้หนังสือเป็นรูปเล่ม พบว่า ความพึงพอใจของผู้เรียนจากการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเดียมากกว่าการใช้หนังสือเป็นรูปเล่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบการจัดเล่ม ด้านเทคนิคการออกแบบ ด้านความน่า

สนใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา ได้แก่ การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มัลติมีเดีย เรื่อง ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Yimyam, Chareonsanti, & Karnasuta, 2014) จึงอาจกล่าวได้ว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียที่พัฒนาขึ้นนี้ มีประสิทธิภาพดีกว่าหนังสือเป็นรูปเล่ม ทั้งนี้ อธิบายได้จากข้อดีหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียอยู่ในรูปไฟล์ที่สามารถบันทึกในโทรศัพท์มือถือที่ผู้เรียนใช้พกติดตัวอยู่ประจำ จึงทำให้พกพาสะดวก ใช้ง่าย รวมทั้งทำสำเนาได้ง่ายด้วย (Crichton & Kopp, 2006) จึงเป็นสื่อการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองตามศักยภาพ และความสะดวกใช้ทุกที่ ทุกเวลา ตามความต้องการ จนเกิดความพึงพอใจด้านรูปแบบการจัดเล่มของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย มากกว่า นอกจากนี้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียยังสามารถบรรจุทั้งเนื้อหาเป็นข้อความที่มีความสอดคล้องภาพประกอบที่มีสีสัน ภาพเคลื่อนไหวที่มีเสียงประกอบ ในขณะที่หนังสือแบบเป็นรูปเล่มไม่สามารถทำได้ รวมทั้งในการผลิตหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียสามารถใช้สีสันได้เต็มที่โดยไม่ต้องคำนึงต้นทุนที่จะเพิ่ม ซึ่งต่างจากการจัดทำหนังสือแบบเป็นรูปเล่มมักจัดทำเป็นภาพสีขาว-ดำ หากเป็นภาพสีสันจะทำให้ต้นทุนแพงกว่า การที่มีภาพประกอบที่มีสีสันเหมือนจริงและภาพเคลื่อนไหวที่มีเสียงประกอบ จึงทำให้ได้เนื้อหาครบถ้วน ชัดเจน น่าเชื่อถือ และช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น จึงทำให้ผู้เรียนพึงพอใจด้านเทคนิคการออกแบบ ด้านความน่าสนใจของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย มากกว่า

ส่วนด้านการได้รับความรู้เพิ่มเติม และด้านการได้รับประโยชน์ ที่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น อาจจะอธิบายได้ในการผลิตหนังสือทั้งสองรูปแบบนั้น คณะผู้วิจัยได้ใช้เนื้อหาและภาพประกอบชุดเดียว รวมทั้งการจัดวางตำแหน่งของเนื้อหาและภาพประกอบที่เหมือนกัน ยกเว้นที่ภาพที่มีสีสันและภาพเคลื่อนไหวที่มีเสียงประกอบจะบรรจุได้เฉพาะในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย ดังนั้นผู้เรียนจึงมีความคิดเห็นต่อการได้รับความรู้เพิ่มเติมและการได้รับ

ประโยชน์ที่แตกต่างกันน้อยมาก จนไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียมีรายละเอียดและขั้นตอนดำเนินงานค่อนข้างมากและซับซ้อน ซึ่งแตกต่างจากหนังสือที่จัดเป็นรูปเล่ม โดยเฉพาะเรื่องระบบคอมพิวเตอร์และโปรแกรมที่ใช้ในการสร้าง ซึ่งคณะผู้วิจัยต้องความรู้ ทักษะ และความสามารถในการเลือกใช้โปรแกรมที่มีทันสมัยและเหมาะสมกับบริบทของผู้เรียน รวมทั้งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังต้องความรู้ และทักษะในการออกแบบและเลือกใช้สื่อหลากหลายรูปแบบที่น่าสนใจ และสามารถช่วยให้เกิดเรียนรู้ได้ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียนี้สามารถนำไปใช้เป็นสื่อเสริมการเรียนการสอนให้นักศึกษาเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา รวมทั้งนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มนักศึกษาหลักสูตรปกติและพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้ มีความน่าสนใจและเหมาะสมกับการนำไปใช้ เนื่องจากรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้เป็นซีดีรอมที่มีขนาดเล็ก พกพาสะดวก ใช้ง่าย และเก็บรักษาง่าย จึงสามารถใช้เรียนและ/หรือทบทวนด้วยตนเองตามความต้องการทุกเวลา ทุกสถานที่

2. ผู้กำหนดนโยบายทางการศึกษาและผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียอย่างเพียงพอ จึงควรวางนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่สนับสนุนให้มีการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย ทั้งทางด้านงบประมาณและการพัฒนาออกแบบสื่อรูปแบบต่าง ๆ เพื่อนำมาเชื่อมโยงกับเนื้อหา

เอกสารอ้างอิง

- Anuradha, K.T. & Usha, H.S. (2006). Use of e-books in an academic and research environment: A case study from the Indian Institute of Science. *Program: electronic library and information systems*, 40(1): 48-62.
- Crichton, S. & Kopp, G. (2006). Multimedia technologies, multiple intelligences, and teacher professional development in an international education project. *Innovative Online*, 2 (3), Retrieved December 13, 2015 from http://www.innovateonline.info/pdf/vol2_issue3/Multimedia_Technologies,_Multiple_Intelligences,and_Teacher_Professional_Development_in_an_International_Education_Project.pdf
- Frey, B.A. & Sutton J.M. (2010). "A Model for Developing Multimedia Learning Projects". *Merlot Journal of Online Learning and Teaching*, 6(2), 491-507.
- Hugenholtz, N.I.R. de Croon, E.M., Smits, P.B., Van Dijk, F.J.H., & Nieuwenhuijsen, K. (2008). Effectiveness of e-learning in continuing medical education for occupational physicians. *Occupational Medicine*, 58: 370-372.
- Karnasuta, S., Kiatwattanacharoen, S., Klunklin, P., Thiyapirom, N., & Rattanadumrongrong, N. (2011). *Electronic Multimedia E-Books on Infant Massage*. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University (in Thai).
- Masood, N.A.M. & Apandi, N.E.F. (2014). Development of Multimedia Application for Learning Algebra. *Journal of Education and Practice*, 5 (5): 156-159.
- Ruiz, J.G., Mintzer, M.J. & Leipzig, R.M. (2006). The Impact of E-Learning in Medical Education. *Academic Medicine*, 81(3), 207-212.
- Shatat, F.H., Aldalalah, O., & Ababneh, Z.W. (2017). The Impact of the E-book on Levels of Bloom's Pyramid at ECT Students in Light of the Internal and External Motivation to Learn Mathematics and Statistics. *Asian Social Science*; 13(2); 49-63.
- Siegenthaler, E., Wurtz, P., & Groner R. (2010). Improving the Usability of E-Book Readers. *Journal of Usability Studies*, 6(1): 25-38.
- Srivilai, W. & Atthamaethakul, W. (2011). Development of an Electronic Book on Anatomy of the Cardiovascular System and the Lymphatic Vascular System. *Journal of Nursing and Education*, 4(1): 29-37 (in Thai).
- Stirling, A. & Birt, J. (2013). An Enriched Multimedia e Book Application to Facilitate Learning of Anatomy. *Anatomy Science Education*, 7:19-27.
- Swangwatanasade, O., Srivilai, W, & Lernthavarntum, K. (2013). Development of the Electronic Book on Principles and Technique of Wound Care and Learning Outcomes. *Journal of The Police Nurse*, 5(1): 10-22(in Thai).
- Yimyam, S., Chareonsanti, J., & Karnasuta, S. (2014). Development of Multimedia Electronic Book on Basic Knowledge of Breastfeeding for nursing students. *Nursing Journal*, 41(4): 70-82 (in Thai).

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ
การดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท**
**Factors Related to Shared Decision Making Needs Regarding Medical
Treatments of Critically Ill Neurological Patients' Families**

จิตาภา	พลายกล้า *	Jidapa	Plyklum *
นิตยา	ภิญโญคำ **	Nittaya	Pinyokum **
มยุลี	สำราญญาติ ***	Mayulee	Somrarnyart ***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมักจะมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของสมองและไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกการดูแลรักษาตนเอง ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจึงต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 85 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม 2558 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา 2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และ 3) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .96, .94, .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 91.80 (= 93.52, S.D. = 12.79)
2. ความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาไม่มีความสัมพันธ์กันในทางสถิติ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
* Professional Nurse, Chiangmai Neurological Hospital, Chiang Mai, maeawja@gmail.com
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 18 กุมภาพันธ์ 2559 วันที่แก้ไขบทความ 1 มิถุนายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 14 กันยายน 2559

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา, ความต้องการ, การได้รับข้อมูล, ทักษะ, ผู้ป่วย
วิกฤตระบบประสาท

Abstract

Critically ill patients with neurological disorders have trouble with their brain function and may be unable to share the decision making regarding their medical treatment. Therefore, their families must make these decisions on their behalf. The purpose of this descriptive correlational study was to explore the shared decision making needs regarding medical treatment of families of critically ill patients with neurological disorders

and related factors. The participants were family members of 85 critically ill patients with neurological disorders admitted to the surgical and medical intensive care units at Chiangmai Neurological Hospital, from July to October 2015. The participants were selected by purposive sampling. Data were collected using three Questionnaires: 1) Shared Decision Making Needs of Family Regarding Medical Treatment Questionnaire, 2) Information Receiving Regarding Shared Decision Making Needs Related to Medical Treatment Questionnaire, and 3) Attitudes Regarding Shared Decision Making Needs for Medical Treatment Questionnaire. Content validity of the questionnaires were determined by five experts in the field. Overall internal reliability of three Questionnaires tested by Cronbach alpha were .96, .94, and .80 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The shared decision making needs regarding medical treatment of critically ill neurological patients' families were at a high level (90.18%)($\bar{x}$ = 93.52, S.D. = 12.79); and
2. There were no statistically significant correlation found among shared decision making needs of families, information receiving regarding shared decision making related to medical treatment, and attitudes regarding shared decision making related to medical treatment.

Keywords: *shared decision making, needs, information receiving, attitude, Critically Ill Neurological*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพและการบาดเจ็บรุนแรงของระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงไม่รู้สึกรู้หาย มีปัญหาการหายใจต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ มีภาวะช็อก เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตอย่างเฉียบพลันและต้องการการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (Kitchener & Hashem, 2012) ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้

ป่วยวิกฤตระบบประสาทรุนแรงไม่ได้มีเฉพาะตำแหน่งของโรคแต่กระทบต่อระบบประสาททั้งหมดและอวัยวะระบบอื่นๆ ด้วย (Kumwilaisak, Kyokong, & Indrambarya, 2008) นอกจากนี้ยังมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะสุดท้ายภายในเวลาไม่นาน มีอัตราตายสูง มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและผลลัพธ์ในการดูแลรักษาไม่แน่นอน (Bernardini, 2013) ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการให้แก่บุคคลอื่น ไม่

สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาด้วยตนเอง (Huang, Huang, & Ko, 2010) ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจึงต้องมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาแทนผู้ป่วย

การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทโดยครอบครัว เป็นการตัดสินใจที่มีความยุ่งยาก มีปัญหาซับซ้อนและมีความท้าทาย ลักษณะการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีความเกี่ยวข้องกับวิธีการดูแลรักษาและเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อตัวผู้ป่วยมาก มีระยะเวลาน้อยในการตัดสินใจ และเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายมากที่สุด (Schaller & Kessler, 2006) นอกจากนี้ในการตัดสินใจจะต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย และตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักจริยธรรม (Berger, DeRenzo & Schwartz, 2008) ซึ่งลักษณะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก

ผลกระทบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่เกิดต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ด้านร่างกาย ทำให้มีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนไป รับประทานอาหารได้น้อยลง มีความสนใจที่จะดูแลตนเองน้อยลง ทำให้สุขภาพอ่อนแอ (Day, Haj-Bakri, Lubchansky, & Mehta, 2013) ด้านจิตใจและอารมณ์ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมานใจเมื่อต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย มีความเครียดสูง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เกิดความรู้สึกผิดหลังการตัดสินใจเป็นระยะๆ (Wendler & Rid, 2011) ด้านความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความขัดแย้งในกระบวนการตัดสินใจ (Abbott, Sago, Breen, Abernethy, & Tulsky, 2001) ด้านเศรษฐกิจ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่ไม่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Restrepo et al., 2010) การตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจึงมีความสำคัญมาก และมีความจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว (Muller-Engelmann et al., 2011)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จะต้องเกิดจากการต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว เพื่อเลือกวิธีการดูแลรักษาตามความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยวิกฤต หรือประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Charles, Gafni, & Whelan, 1997; Elwyn et al. 2012) ได้บูรณาการแนวความคิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษามาสู่การปฏิบัติเพื่อให้ง่ายแก่การนำมาใช้และปฏิบัติในทางคลินิก โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน (three-step model) คือ ขั้นตอนที่ 1 การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกวิธีการดูแลรักษา (choice talk) ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือกวิธีการดูแลรักษาเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ (option talk) และขั้นตอนที่ 3 การสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (decision talk)

ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นความปรารถนาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการเลือกวิธีการดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัยโรคและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง โดยการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ครอบครัว (Jacobsen, O'Connor, & Stacey, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีหลายประการ ซึ่งปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ที่มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลของครอบครัว

เกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและปัจจัยด้านทัศนคติของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลของครอบครัว การได้รับข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลด้านอารมณ์และสังคมของครอบครัวผู้ป่วย (Chatgaew, 2005) จากการศึกษาของ White, Engelberg, Wenrich, Lo, & Curtis (2007) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีระดับความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลและการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .15, p = .03$)

ปัจจัยด้านทัศนคติของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีตและสภาพแวดล้อมของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท (Curtis & Vincent, 2010) ทัศนคติเชิงบวกของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาจะมีการรับรู้บทบาท และมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับสูง (Frivold, Dale, & Slettebo, 2015) และทัศนคติเชิงลบของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา จากการการศึกษาของ Azouley et al. (2004) ที่ศึกษาทัศนคติของแพทย์และครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลประเทศฝรั่งเศส 78 แห่ง พบว่าร้อยละ 53 มีความคิดเห็นเชิงลบ โดยมีความคิดเห็นที่ไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเพราะคิดว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักซึ่งจะเป็นการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยวิกฤต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวทั้งหมดเป็นงานวิจัยของต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างในด้านสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย อาจมีความแตกต่างในความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในคนไทย โดยใช้แนวคิดของ Elwyn et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมรวมถึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การได้รับข้อมูลของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและทัศนคติของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา เนื่องจากปัจจัยทั้งสองนี้พยาบาลมีบทบาทในกระบวนการให้ข้อมูลและสร้างเสริมทัศนคติที่ดีแก่ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ซึ่งผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อหารูปแบบการส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาโดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การได้รับข้อมูลของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและทัศนคติของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Elwyn et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกวิธีการดูแลรักษา (choice talk) ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือกวิธีการดูแลรักษาเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ (option talk) และขั้นตอนที่ 3 การสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (decision talk) ซึ่งมีปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การได้รับข้อมูลของครอบครัว และทัศนคติของครอบครัว ซึ่งในกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ทั้ง 3 ขั้นตอน ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทจะต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และมีทัศนคติที่ดีต่อกระบวนการนี้ จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาได้เหมาะสมและลดผลกระทบต่อครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 85 ราย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ

2. ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Elwyn et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งหมด 23 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 ค่าคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 0-115 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตาม ช่วงคะแนน 3 อันดับ ดังนี้

คะแนน 0-38.33 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับต่ำ

คะแนน 38.34-76.67 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับปานกลาง

คะแนน 76.68-115 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ได้แก่ 1) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งหมด 21 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 ค่าคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 0-105 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตาม ช่วงคะแนน 3 อันดับ ดังนี้

คะแนน 0-35 คะแนน หมายถึง ครอบครัวได้รับข้อมูลในระดับต่ำ

คะแนน 36-70 คะแนน หมายถึง ครอบครัวได้
รับข้อมูลในระดับปานกลาง

คะแนน 71-105 คะแนน หมายถึง ครอบครัว
ได้รับข้อมูลในระดับสูง

2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งหมด
15 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 ได้ค่าความเชื่อมั่น
เท่ากับ .80 ค่าคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 15-75 คะแนน
การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตาม ช่วง
คะแนน 3 อันดับ ดังนี้

คะแนน 15-34 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมี
ทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับต่ำหรือมีทัศนคติ
ทางลบหรือมีทัศนคติที่ไม่ดี

คะแนน 35-54 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมี
ทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับปานกลาง

คะแนน 55-75 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมี
ทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับในระดับสูงหรือ
มีทัศนคติทางบวกหรือมีทัศนคติที่ดี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำโครงร่าง
วิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรง
พยาบาลประสาทเชียงใหม่ หลังจากได้รับอนุญาตให้
ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชั้
ตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย
พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการ
ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิก
การเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อ
การให้บริการของทีมสุขภาพหรือการดูแลรักษา ข้อมูล
ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำ

เสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย
ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง ผู้วิจัยถามถึง
ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย
พร้อมเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยหลังจากโครง
ร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
และโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่าน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้
อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เพื่อชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อ
ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่าย
การพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลพร้อม
แบบสอบถาม เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัย
ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่
กำหนด สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง
วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัยและขอความร่วมมือ
ในการวิจัย โดยมีการพิทักษ์สิทธิก่อนการรวบรวม
ข้อมูล มีการอธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบ
ประสาททราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ สามารถ
ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการ และสอบถาม
ความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างยินยอมขอความร่วมมือให้
เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเชิญไปในห้องประชุมที่
เตรียมไว้ให้และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม
ประมาณ 30 นาที การวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ
การให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวม 85 ราย ภายหลัง
จากผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความ
สมบูรณ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์โดยวิธีทาง
สถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต
ระบบประสาทและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท นำมาวิเคราะห์
ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนความต้องการการมีส่วนร่วม

ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยใช้สถิติพรรณนาแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์คะแนนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยใช้สถิติพรรณนาแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการได้รับข้อมูลของครอบครัว และทัศนคติของครอบครัวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) หลังจากที่ได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test แล้วพบว่ามีการกระจายของข้อมูลทั้ง 3 ชุด มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

โดยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุดกับผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและเป็นผู้ที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยในการลงนามยินยอมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นผู้ที่มีสิทธิตามกฎหมายในการให้ความยินยอมในการดูแลรักษา เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลาเป็นอย่างน้อย 24 ชั่วโมง การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์

ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ที่สามารถใช้ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลได้เหมาะสม (Polit, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.52 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 58.82 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.29 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.29 มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 41.17 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.23 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 62.35 ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 47.05 ไม่เคยมีบทบาทเป็นผู้การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาแทนบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 52.94 ครอบครัวมีความเห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีความเจ็บป่วยรุนแรงในระดับมาก ร้อยละ 47.05 ครอบครัวมีความเห็นว่าไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีโอกาสหายจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ร้อยละ 36.47

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ศึกษาเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 61.20 มีอายุอยู่ในช่วง 46-65 ปี ร้อยละ 51.76 สถานภาพสมรสมีคู่ ร้อยละ 58.82 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.47 สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 69.41 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 41.17 รายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 78.82 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ร้อยละ 48.23 มีลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 58.82 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 60.00 ได้รับการรักษาทางยา ร้อยละ 60.00 ได้รับการใส่ท่อหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 62.35 ได้รับการผ่าตัดสมอง ร้อยละ 40.00 ได้รับความเห็นใจ ร้อยละ 11.76 มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวในปัจจุบัน (Glasgow Coma Scale [GCS]) อยู่

ช่วง 9-12 คะแนน ร้อยละ 54.11 ส่วนใหญ่ไม่มีการแสดง
เจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาไว้ล่วงหน้า ร้อยละ 91.76

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความต้องการการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วม
ของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา
อยู่ในช่วง 39-111 คะแนน (= 93.52, S.D = 12.79)
และมีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
ระดับสูง ร้อยละ 91.80 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.20

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

ข้อมูลการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ
ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ
ดูแลรักษาอยู่ในช่วง 41-103 คะแนน (= 75.97,
S.D = 13.74) และมีคะแนนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ
ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ
ดูแลรักษาในระดับสูง ร้อยละ 65.90 ระดับปานกลาง

ร้อยละ 34.10

ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับความ
ต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล
รักษาอยู่ในช่วง 40-62 คะแนน (= 51.21, S.D = 4.75)
และมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับ สูง
ร้อยละ 12.9 และระดับปานกลางร้อยละ 87.1

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
เกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบ
ประสาท

ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยว
กับการดูแลรักษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา
และทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาไม่มีความสัมพันธ์กันทาง
สถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยว
กับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

ความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การได้รับข้อมูล	.183	.094 ^{ns}
ทัศนคติ	-.040	.719 ^{ns}

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการ
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและ
ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามคำถามการ
วิจัย ดังนี้

1 ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยว

กับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบ
ประสาท ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน
ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ
ดูแลรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.80 สอดคล้องกับการ
ทบทวนวรรณกรรมเรื่องความต้องการการมีส่วนร่วมเกี่ยว
กับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้

ป่วยวิกฤตระบบประสาทของ Muehlschlegel, Shutter, Col, & Goldberg (2015) พบว่ามีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษามีอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยวิกฤตระบบประสาททำให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องการรับรู้ มีความผิดปกติด้านการหายใจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (Lazaridis et al., 2012) ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองและไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้เอง ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจึงต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นตัวแทนการตัดสินใจแทนผู้ป่วยและต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Lam & Beaulieu, 2004)

เมื่อวิเคราะห์ด้านการศึกษา ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 41.17 ซึ่งระดับการศึกษาสูงจะทำให้ครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้ง่าย ทำให้มีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาอยู่ในระดับสูงซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Anderson, Arnold, Angus, & Bryce (2009) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีระดับการศึกษาต่ำ ด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้ไม่น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 47.05 ดังนั้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังในรายที่ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทรอดชีวิตและมีความพิการหลงเหลืออยู่มากคือ ค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลต่อเนื่องระยะยาว หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Braun, Beuth, Ford, MC Cullough, 2008)

ด้านการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย ร้อยละ 91.76 ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่ไม่ได้มีการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาล่วงหน้า เนื่องจากในสังคมและวัฒนธรรมไทย คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาล่วงหน้า จากการศึกษาของ Huang et al. (2010) พบว่าคำสั่งการรักษาที่แพทย์ลงความเห็นว่าจะไม่ต้องการทำฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยศัลยกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อย ซึ่งต้องการให้มีการลงนามยินยอมในช่วงหลังของการ

รักษาเมื่อพบว่าทางเลือกในการรักษาให้หายนั้นได้พยายามจนสุดความสามารถแล้ว กลุ่มผู้วิจัยมีความเห็นว่า การปรึกษาหารือกับครอบครัวในการไม่ฟื้นคืนชีพแต่เนิ่นๆ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะสุดท้ายของชีวิตนั้นดีขึ้นและช่วยลดการรักษาที่ไม่ได้ผลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งหมายถึงครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาร่วมกับแพทย์และพยาบาล

2. ความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 แนวคิดของ Elwyn et al. (2012) ที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดนั้น เป็นการอธิบายกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและไม่ได้อธิบายครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา กับปัจจัยในเรื่องการได้รับข้อมูลและทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อีกทั้งยังอาจมีปัจจัยส่วนบุคคลอื่นอีกหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง

2.2 การได้รับข้อมูลของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท อาจเนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน ครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจรับกับเหตุการณ์มาก่อน อาจทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลสูง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลลดลง (Gay, Pronovost, Basset & Nelson, 2009) ครอบครัวจึงรายงานผลว่าได้รับข้อมูลในระดับมากเพียงร้อยละ 65.90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong, Liamputtong, Koch, & Rawson (2015) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับจากทีมสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าจะไม่ได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่าง

เพียงพอ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการตัดสินใจ และมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

2.3 ทักษะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท เนื่องจากลักษณะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีความยุ่งยากซับซ้อน เป็นการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาไม่แน่นอน (Adelman & Zuhurance, 2012) ซึ่งจากพื้นฐานวัฒนธรรมดั้งเดิม และรูปแบบการปฏิบัติของสังคมไทยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยมักยกย่องและให้เกียรติแก่บุคลากรทางการแพทย์ คนส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติว่าใน

การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา แพทย์ผู้ที่ทำการรักษาควรจะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาแต่เพียงผู้เดียวเนื่องจากแพทย์เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ (Satawon, 2011)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ใช้เป็นแนวทางในการปรับรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

เอกสารอ้างอิง

- Abbott, K. H., Sago, J. G., Breen, C. M., Abernethy, A. P., & Tulsky, J. A. (2001). Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Critical Care Medicine Journal*, 29(1), 197-201.
- Adelman, E. E., & Zahuranec, D. B. (2012). Surrogate decision making in neurocritical care. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 18(3), 655-658.
- Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus, D. C., & Bryce, C. L. (2009). Passive decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care units. *Journal of Critical Care*, 24(2), 249-254.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Aaric, C., Annane, D., Bleichner, G., ... Schlemmer, B. (2004). Half the family members of intensive care unit patients do not want to shared in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Critical Care Medicine*, 32(9), 1832-1838.
- Berger, J.T., DeRenzo, E. G., & Schwatz, J. (2008). Surrogate decision making: reconciling ethical theory and clinical practice. *Annals of Internal Medicine*, 149(1), 48-53.
- Bernardini, G. L. (2013). *Prognostic assessment in neurocritical care*. Retrieved from <http://www.neurocriticalcare.org/sites/default/files/pdfs/20.Prognosis.final.pdf>
- Braun, U. K., Beyth, R. J., Ford, M. E., & McCullough, L. B. (2008). Voices of African American, Caucasian, and Hispanic surrogates on the burdens of end-of-life decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 23(3), 267-274.

- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5),681-692.
- ChatGaew, P. (2005). Holistic End of Life Care in the ICU. In Chairat Pempikul & Dusit Satawon (Editor). *Disasters Roles of Critical Care* (page 160-166). Bangkok: BeYond Enterprice Co, Ltd. (In Thai)
- Curtis, J. R., & Vincent, J-L. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*, 376(9749), 1347-1353. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60143-2
- Day, A., Haj-Bakri, S., Lubchansky, S. A., & Melrta, S. (2013). Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical Care*, 17(R91), 1-7. doi: 10.1186/cc12736
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6
- Frivold, G., Dale, B., & Slettebo, A. (2015). Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 232-240.
- Gay, E. B., Pronovost, P. J., Bassett, R. D., & Nelson, J. E. (2009). The intensive care unit family meeting: making it happen. *Journal of Critical Care*, 24(4), 629e1-629.12.
- Huang, Y-C., Huang, S-J., & Ko, W-J. (2010). Survey of do-not-resuscitate orders in surgical intensive care units. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(3), 201-208.
- Jacobsen, M. J., O'Connor, A. M., & Stacey, D. (2013). Decisional needs assessment in populations. *A workbook for assessing patients' and practitioners' decision making needs*. Retrieved from http://med.dartmouth-itchcock.org/documents/population_needs.pdf
- Kitchener, N., & Hashem, S. (2012). Assessment of patients in neurological emergency. n Kitchener, N., Hashem, S., Wanba, M., Khalaf, M., Zarife, B., & Mansoor, S (Eds), *The Flying publisher guide to critical care in neurology*. (2012 ed.). Retrieved from: [http:// www.pdf.flyingpublisher.com/ FPG_007_CriticalCarein Neurology_2012.pdf](http://www.pdf.flyingpublisher.com/FPG_007_CriticalCarein Neurology_2012.pdf)
- Kumwilaisak, K., Kyokong, O., & Indrambarya, T. (2008). Factors influencing length of stay in neurosurgical intensive care unit. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(6), 875-881.
- Lam, P., & Beaulieu, M. (2004). Experiences of families in the neurological ICU: a bedside phenomenon. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(3), 142-152.
- Lazaridis, C., DeSantis, S. M., McLawhorn, H., & Krishna, V. (2012). Liberation of neurosurgical patients from mechanical ventilation and tracheostomy in neurocritical care. *Journal of Critical Care*, 27(4), 417e1-417e8.

- Muehlschlegel, S., Shutter, L., Col, N., & Goldberg, R. (2015). Decision aids and shared decision making in neurocritical care: An unmet need in our Neuro ICUs. *Neurocritical Care*, 23(1), 127-130.
- Muller-Engelmann, M., Keller, H., Donner-Banzhoff, N., & Krones, T. (2011). Shared decision making in medicine: The influence of situational treatment factors. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 240-246. doi: 10.1016/j.pec.2010.04.028
- Restrepo, M. I., Anzueto, A., Arroliga, A. C., Afessa, B., Atkinson, M. J., Ho, N. J., ... & Kollef, M. H. (2010). Economic burden of ventilator-associated pneumonia based on total resource utilization. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(5), 509-515.
- Schaller, M., & Kessler, M. (2006). On the difficult of neurosurgical end of life decisions. *Journal of Medical Ethics*, 32(2), 65-69.
- Satawon, D. (2011). Palliative Care in the ICU Setting. In Dusit Satawon, Anan Wattanathum, & Akarin Phumpichet (Editor), *Critical Care Medicine: Make it Easy* (Page 527-536). Bangkok: BeYond Enterprice Co, Ltd. (In Thai)
- Wendler, D., & Rid, A. (2011). Systematic review: the effect on surrogate of making treatment decisions for others. *Annal of Internal Medicine Journal*, 154(5), 336-351.
- White, D. B., Engelberg, R.A., Wenrich, M. D., Lo, B., & Curtis, J. R. (2007). Prognostication during physician-family discussions about limiting life support in intensive care units. *Critical Care Medicine*, 35(2), 442-448.
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(1), 51-63.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบต่อระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง Effects of Paslop dancing exercise program on blood pressure and body mass index for people living with hypertension

ยุพดี	ทีปะลา *	Yupadee	Teepala *
ยุยงค์	จันทรวิจิตร **	Yuwayong	Juntarawijit **
รัตนชวาวรรณ	อยู่นาค **	Ratanachadawan	yunak **

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การมีภาวะความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบต่อระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินมีอายุ 30-60 ปี ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท มีดัชนีมวลกายระหว่าง 23 ถึง 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย และกลุ่มควบคุม 35 ราย กลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบ ครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง 2) เครื่องมือดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบ โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Repeated measures one way ANOVA หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน

ผลการวิจัย พบว่า

- 1) กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
- 2) กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน
- 3) หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงสูง นครสวรรค์

* Registered Nurse, Talingsoong primary hospital, Nakornsawan, tpl.yupadee@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลันเรศวร

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

วันที่รับบทความ 5 มีนาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 13 พฤษภาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2563

4) หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบ กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบ เพื่อลดระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบ ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Hypertension is a major problem which is one of the leading causes of premature death. Which, if having high blood pressure for a long time, continuous and consistent exercise can help lower blood pressure complications dance exercise continuous and consistent. This research was a quasi-experimental research. To study the effects or the effectiveness of the paslop dancing exercise program on blood pressure and body mass index in hypertensive patients. The subjects were people living with hypertension patients with body mass index aged 30-60 years, systolic blood pressure between 140-159 mmHg and/or diastolic blood pressure between 90-99 mmHg. There was a body mass index between 23- 40 kg/m² The sample consisted of 70 persons, divided into 35 persons in an experimental group and 35 persons in a control group. The experimental group performed the paslop dancing exercise for 50 minutes each time, 3 times a week for 12 weeks, while the control group was provided with routine nursing care. The instrument of this study included 1) The blood pressure record and the body mass index record forms and, the Blood pressure monitoring, the Weighing scale and Height measurement. and 2) paslop dance exercise program. They were validated for content validity by 5 experts. Data were analyzed using descriptive statistic, Independent t-test, and Repeated measures one way ANOVA. After the trial ends the experimental group consisted of 27 participants while 34 participants were at the control groups.

The results revealed that:

1) Systolic and diastolic blood pressure of participants in the experimental group before received the paslop dancing exercise program and after the receiving the pastor dancing excise program at 4 weeks, 8 weeks, and after the intervention were significant difference ($p < .05$).

2) Body mass index of participants in the experimental group before received the paslop dancing exercise program and after the receiving the pastor dancing excise program at 4 weeks, 8 weeks, and after the intervention were significant difference ($p < .05$).

3) After received the paslop dancing exercise program, the experimental group had significantly lower level of blood systolic and diastolic pressure than the control group ($p < .05$).

4) After intervention the paslop dancing exercise program, the experimental group had significantly lower body mass index score than the control group ($p < .05$).

The results of indicate that the paslop dancing exercise program should be provided to reduce blood pressure level and body mass index in people living with hypertension.

Keywords: *Pasalop dancing exercise program, Blood pressure, Body mass index, people living with hypertension*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่ามีจำนวนเกือบพันล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 (Division of communicable diseases, 2018)

จากสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในปี พ.ศ.2552 และ 2557 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็น ร้อยละ 24.7 (Ekkaphon, 2016) และจากข้อมูลสำนักรณรงค์และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2015) พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 ต่อแสนประชากรเป็น 14,926.47 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี 2553 พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 115.3 มิลลิเมตรปรอท และเพิ่มเป็น 121.8 มิลลิเมตรปรอทในปี 2557 โดยประชากรในเขตเมืองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเพิ่มจาก 117.2 มิลลิเมตรปรอท เป็น 120.8 มิลลิเมตรปรอท ส่วนประชากรในชนบทเพิ่มจาก 114.9 เป็น 122.6 มิลลิเมตรปรอท (Phanmung, Yoolertlob, & Sichit, 2019)

จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 3 จากข้อมูลสำนักงานโรคไม่ติดต่อ เขตพื้นที่สุขภาพเขตที่ 3 ในปี 2557 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง สูงสุดเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ อุทัยธานี นครสวรรค์

และพิจิตร โดยมีอัตราป่วย 2641.14, 1869.99 และ 1765.60 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลแม่เลย์ ตำบลแม่วงก์ ตำบลเขาชนกัน โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,849 คน (ร้อยละ 46.90), 746 คน (ร้อยละ 18.92), 1,347 คน (ร้อยละ 34.17) ตามลำดับ รวมจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 3,942 คน ตำบลแม่เลย์ เป็นตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่สุดในอำเภอแม่วงก์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋องสูงเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ในตำบลแม่เลย์ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋องสูง ในปี 2560 จำนวน 330 คน เพิ่มเป็น 364 คน ในปี 2561 คิดเป็นเพิ่มร้อยละ 10.30 และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ยังมีค่าดัชนีมวลกายเกิน จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 37.91 (Report of medical records and statistics Ban Taling Sung Subdistrict Health Promoting Hospital, 2018)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานนั้น จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ ถูกทำลายไปทีละน้อยอย่างช้า ๆ จนเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด ไตเสื่อมสมรรถภาพ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น (Nawitcharoen, 2010) ซึ่งเขตพื้นที่สุขภาพที่ 3 นั้นพบว่ามีอัตราเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับสูงสุด 62.7 ต่อแสนประชากร (Division of communicable diseases, 2016) สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากพฤติกรรม

สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ไขมันสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะเครียดสะสม การขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสม และภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักตัวเกิน (Phanthung, & Others, 2019)

ผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือดัชนีมวลกายเกินมีโอกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม เนื่องจากคนที่มีความอ้วนหรือดัชนีมวลกายเกินจะมีไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดส่งผลทำให้หลอดเลือดแข็ง ตีบและอุดตัน (Pholdongnok, 2015) ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง (Achananuphap, 2010)

การลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ มีผลในการลดระดับความดันโลหิตโดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะช่วยในการลดน้ำหนักตัวและลดไขมันปริมาณ (Phansaard, 2012) ซึ่งการเดินบนสไลด์เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอีกรูปแบบหนึ่ง ที่เป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ มัดเล็ก ทั้งขา แขน และลำตัวพร้อมกัน หลาย ๆ มัด การเดินบนสไลด์จะเด่นเป็นจังหวะอย่างพร้อมเพรียงกัน ขยับไปข้างซ้ายและข้างขวาสลับกันโดยมีการเคลื่อนไหวแขนประกอบ มีการเตะเท้าเป็นจังหวะตามเพลง ลักษณะการเดินจะเดินจากซ้ายแล้วค่อยเพิ่มจังหวะเร็วขึ้นตามเพลงที่เดิน (Namsri, 2009)

จากการสอบถามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดิ่งสูงจำนวน 15 คน เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิต คือไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีแบบอย่างในการออกกำลังกาย ไม่มีแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับประทานยาต่อเนื่อง มาตามวันเวลานัด และมีการ

ควบคุมอาหาร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการนำการเดินบนสไลด์ มาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวแบบจำเพาะต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในอาสาสมัครที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ผลการศึกษาพบว่า การเดินบนสไลด์ช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัวอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังฝึก และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเดินบนสไลด์มากกว่าการออกกำลังกายแบบจำเพาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kanthachon, 2014) และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบบนสไลด์ บก-น้ำ ของประชาชนที่พักอาศัยในคอนโดมิเนียมลุมพินี งามอินทราหลักสี่ กรุงเทพฯ จากการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์มีผลทำให้ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Singtothong et al., 2015)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันของโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องการออกกำลังกายประโยชน์ของการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ โดยร่วมกันตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับผลการลดระดับความดันโลหิตหลังการออกกำลังกาย 2) สาธิตและสอนการเดินบนสไลด์ 3) การปฏิบัติกิจกรรม ออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ทั้งหมด 50 นาที แบ่งเป็นการอบอุ่นร่างกาย 10 นาที การเดินบนสไลด์ 30 นาที และการคลายกล้ามเนื้อ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ 4) การเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกาย แรงจูงใจจะแบ่งเป็นแรงจูงใจภายนอก ได้แก่ คำชมเชย การให้กำลังใจ รางวัล สิทธิพิเศษ ความคาดหวังจากผู้อื่น เป็นต้น แรงจูงใจภายใน ได้แก่ ความอยากรู้อยากเห็น ความสนใจใฝ่รู้ การเอาใจใส่ ความสนใจ ความชอบ เป้าหมาย

เป็นต้น ซึ่งแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคล ๑
หนึ่ง สามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและบรรลุเป้า
หมายที่ตั้งไว้(Haradan, 2003) โดยจะดำเนินการเสริม
แรงจูงใจทุกขั้นตอน

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและรับ
ผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้วิเคราะห์และพบว่าใน
พื้นที่ที่รับผิดชอบมีปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและมีค่า
ดัชนีมวลกายเกิน จึงวางแผนพัฒนาโปรแกรมด้วยการ
เต้นบาสโลบ เพื่อลดระดับความดันโลหิตและดัชนีมวล
กาย ซึ่งมีผลในการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจาก
ภาวะความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิก
และไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง
สัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง
ก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิก
และไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม
การออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่ม
ทดลองหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการ
เต้นบาสโลบและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและ
ไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง
สัปดาห์ที่ 4, 8 และ หลังการทดลองแตกต่างกัน
2. กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายก่อนการทดลอง
และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4, 8 และ หลังการทดลอง
แตกต่างกัน
3. หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการ
เต้นบาสโลบ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก
และไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการ
เต้นบาสโลบ กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย ต่ำกว่ากลุ่ม
ควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการออก
กำลังกายด้วยการเต้นบาสโลบ จากการทบทวน
วรรณกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดระดับความดันโลหิต
และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่ง
ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องสาเหตุ อาการและ
อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันของโรคความ
ดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องการออกกำลังกายประโยชน์ของ
การออกกำลังกาย และการออกกำลังกายด้วยการเต้น
บาสโลบ โดยร่วมกันตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับผลการลด
ระดับความดันโลหิตหลังการออกกำลังกาย 2) สาธิตและ
สอนการเต้นบาสโลบ 3) การปฏิบัติกิจกรรม ออกกำลัง
กายด้วยการเต้นบาสโลบ ทั้งหมด 50 นาที แบ่งเป็นการ
อบอุ่นร่างกาย 10 นาที การเต้นบาสโลบ 30 นาที และ
การคลายกล้ามเนื้อ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์
เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ 4) การเสริมแรงจูงใจในการ
ออกกำลังกายโดยการชมเชยและให้กำลังใจโดยดำเนิน
การทุกขั้นตอน

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quai-
experimental research) ชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบ
ก่อนและหลังการทดลอง (two-group pre-post test
design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย
ด้วยการเต้นบาสโลบ ต่อระดับความดันโลหิตและดัชนี
มวลกายในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับ
ความดันโลหิตสูงและมีดัชนีมวลกายเกินที่มารับบริการ
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านดงสูง อำเภอม่วงก
งจังหวัดนครสวรรค์ในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 138 คน
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ

มีดัชนีมวลกายเกินที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริม ตำบลบ้านดิ่งสูง อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ และ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี

ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ของเดมเซ่ ที่ระบุขนาด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบบกึ่งทดลองอย่างน้อย 30 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน โดยแบ่ง เป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน เพื่อป้องกันการ สูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบจำเพาะเจาะจง โดย เลือกกลุ่มทดลองตามรายชื่อของผู้ป่วยลำดับที่ 1-35 และเลือกกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเพศเดียวกัน ระดับ ความดันโลหิตซิสโตลิกห่างกันไม่เกิน 10 มิลลิเมตรปรอท ไดแอสโตลิก 5 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าดัชนีมวลกาย ต่างกันไม่เกิน 3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) มีระดับ ความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตร ปรอทและ/หรือไดแอสโตลิก ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตร ปรอท 2) ดัชนีมวลกาย ระหว่าง 23 กิโลกรัมต่อตาราง เมตร ถึง 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 4) มีอายุ 30-60 ปี 5) รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 6) สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 7) สามารถออกกำลังกายตาม โปรแกรมได้โดยได้รับการอนุญาตจากแพทย์หรือ พยาบาลเจ้าของไข้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) เข้าร่วม โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลเดอร์ ไม่ครบ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่ครบ 12 สัปดาห์ 2) เกิดการ เจ็บป่วยเฉียบพลัน มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการ ดำเนินการวิจัยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ ครบ 3) มีข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ปัญหาในการทรงตัว 4) มีโรคประจำตัวร่วมกับโรคความ ดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ โรคปอด 5) ย้ายที่อยู่อาศัย ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม และ 6) ขอลถอนตัวระหว่าง เข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกความดัน โลหิต 3) แบบบันทึกดัชนีมวลกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ 1) เครื่องวัดความดันโลหิต 2) เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วน สูง 3) โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลเดอร์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน บนสไลเดอร์ คู่มือการการออกกำลังกายด้วยการเดินบน สไลเดอร์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึก นำ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์ พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง 1 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา 1 ท่าน และนำมา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ และนำมาทดสอบกับผู้ที่ มี คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองใช้ฝึกเดินจำนวน 3 คน สอบถามความเข้าใจ และสามารถทำตามได้ถูกต้อง ตามคู่มือและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2) เครื่องวัดความดันโลหิตยี่ห้อ Omron รุ่น HEM 7130 และเครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูงยี่ห้อ Zepper Model รุ่น ZT-160N 7130 โดยมีการทดสอบ ความเที่ยงตรง ปีละ 1 ครั้ง จากมาตรฐานจากศูนย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ และใช้ เครื่องชั่งน้ำหนักที่วัดส่วนสูง และเครื่องวัดความดัน โลหิตเครื่องเดิมตลอดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะ กรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ก่อนการ ดำเนินการวิจัย หมายเลขโครงการ COA No. 012/2019 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย วิธี การรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่จะได้รับแก่กลุ่ม ตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษา ขอให้ กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัย

โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด การนำเสนอข้อมูลในรายงานการวิจัยเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกันในระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง สร้างสัมพันธภาพ สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกายลงในแบบบันทึกความดันโลหิตและแบบบันทึกดัชนีมวลกาย แจกคู่มือการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ สาธิตและสอนการเดินบนสไลด์ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ พร้อมทั้งเสริมแรงกระตุ้นโดยการชมเชยและให้กำลังใจ สัปดาห์ที่ 2-12 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกายลงในแบบบันทึกความดันโลหิตและแบบบันทึกดัชนีมวลกาย ในสัปดาห์ที่ 4, 8 ออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ สัปดาห์ละ 3 วันต่อสัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์พร้อมทั้งเสริมแรงกระตุ้นแรงจูงใจโดยการชมเชย หลังการทดลอง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกายลงในแบบบันทึกความดันโลหิตและแบบบันทึกดัชนีมวลกาย

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง สร้างสัมพันธภาพ สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกายลงในแบบบันทึกความดันโลหิตและแบบบันทึกดัชนีมวลกาย สัปดาห์ที่ 1-12 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกายลงในแบบบันทึกความดันโลหิตและแบบบันทึกดัชนีมวลกาย ในสัปดาห์ที่ 4, 8 ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋องสูงโดยให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกายลงในแบบบันทึกความดันโลหิตและแบบบันทึกดัชนีมวลกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และ หลังการทดลองด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated measures ANOVA) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลองด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated measures ANOVA) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. เปรียบเทียบดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 88.89 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 63 มีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 74.07 ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 74.07 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 55.56 ค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 25-29.9 (อ้วนระดับ 2) มากที่สุด ร้อยละ 55.56 รองลงมา ระหว่าง 23-24.9 (อ้วนระดับ 1) ร้อยละ 40.74
2. กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 91.18 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 67.65 มีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70.59 ระดับการศึกษา

ขั้นประถมศึกษา ร้อยละ 79.41 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 52.94 รองลงมาระหว่าง 23-24.9 (อ้วนระดับ 1)
41.18 ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-29.9 (อ้วนระดับ 2) ร้อยละ 41.18

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต							
	ก่อนการทดลอง		สัปดาห์ที่ 4		สัปดาห์ที่ 8		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความดันโลหิตซิสโตลิก	149.93	5.03	142.26	4.76	140.78	4.75	139.89	3.52
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	89.81	3.08	85.56	3.85	84.63	3.15	84.22	4.37
ค่าดัชนีมวลกาย	25.90	2.05	25.42	1.81	25.15	1.86	24.69	2.87

หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 139.89 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลอง 10.04 มิลลิเมตรปรอท (SD 3.52) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 84.22 ซึ่งลดลงจากก่อน

การทดลอง 5.59 มิลลิเมตรปรอท (SD = 4.37) หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากที่สุด ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 24.69 ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลอง 1.21 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD 2.87)

ตารางที่ 2 แสดงผลความแตกต่างแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและ ไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
ความดันโลหิตซิสโตลิก					
ระหว่างกลุ่ม	1451.88	3	483.96	22.04	.000*
ภายในกลุ่ม	2283.03	104	21.95		
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
ระหว่างกลุ่ม	787.03	3	262.34	17.72	.000*
ภายในกลุ่ม	1539.48	104	14.80		

ผลการตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับ

ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและ ไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4,8 และหลังการทดลอง

ระดับความดันโลหิต	Mean Diff	Std.Error	Sig
ความดันโลหิตซิสโตลิก			
ก่อนทดลอง-สัปดาห์ที่ 4	3.93	1.27	0.003*
ก่อนทดลอง-สัปดาห์ที่ 8	6.51	1.27	0.000*
ก่อนทดลอง-หลังการทดลอง	10.04	1.27	0.000*
สัปดาห์ที่ 4-สัปดาห์ที่ 8	2.54	1.27	0.045*
สัปดาห์ที่ 4-หลังการทดลอง	6.11	1.27	0.000*
สัปดาห์ที่ 8-หลังการทดลอง	3.52	1.24	0.007*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก			
ก่อนทดลอง-สัปดาห์ที่ 4	5.33	1.05	0.000*
ก่อนทดลอง-สัปดาห์ที่ 8	7.14	1.05	0.000*
ก่อนทดลอง-หลังการทดลอง	5.60	1.05	0.000*
สัปดาห์ที่ 4-สัปดาห์ที่ 8	1.81	1.05	0.086
สัปดาห์ที่ 4-หลังการทดลอง	0.26	1.05	0.805
สัปดาห์ที่ 8-หลังการทดลอง	-1.55	1.05	0.140

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ,สัปดาห์ที่ 4 และหลังการทดลอง และสัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการตรวจสอบความแตกต่างแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4,8 และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก, ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Independent t-test	Sig
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	139.89	3.52	145.17	7.30	-3.452	0.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	84.22	4.37	87.23	4.47	-2.640	0.011*
ค่าดัชนีมวลกาย	24.69	2.09	26.22	2.34	-2.668	0.010*

พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การอภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตาราง 1, 2, 3) พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลอง สัปดาห์ 4, 8 และหลังการทดลอง ลดลงจากก่อนการทดลอง 10.04 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลงจากก่อนการทดลอง 5.59 มิลลิเมตร อภิปรายได้ว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีผลต่อการระดับความดันโลหิตในการเดินบนสไลด์เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ความหนักปานกลาง เป็นระดับที่ร่างกายใช้ออกซิเจนประมาณ 50-70 % ของการใช้ออกซิเจนสูงสุดและเป็นระดับที่ร่างกายมีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60-80%ของการเต้นของหัวใจสูงสุด (Leelayuwat, 2010) การเดินบนสไลด์เป็นการออกกำลังกายที่มีแบบแผนถูกต้องเนื่องจากมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่พร้อมกันหลายมัด แต่ละท่าสัมพันธ์กับดนตรี ทำให้ร่างกายกระตุ้นเพิ่มการใช้พลังงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ ปอด และยังเพิ่มการใช้พลังงานจากไขมันที่สะสมในร่างกาย (Kanthachon, 2014; Sukonthasan, 2012) กล่าวไว้ว่าการออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกในผู้ที่มีความดันโลหิตได้ประมาณ 10 มิลลิเมตรปรอท และการออกกำลังกายควรทำต่อเนื่องอย่างน้อย 30-45 นาทีทุกวันหรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ การเดินบนสไลด์ใช้เวลาในการเดินประมาณ 30 นาทีต่อครั้ง และรวมการอบอุ่นร่างกายและช่วงคลายกล้ามเนื้ออีก 20 นาที รวมกันเป็น 50 นาที ความถี่ในการออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์

จำนวน 12 สัปดาห์ ได้ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตแตกต่างกัน สอดคล้องกับ Niamsawan, Oba, & Tansupaswastikul, (2012) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยใช้ดนตรีไปลงต่อสมรรถภาพทางกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย 6 ด้าน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขา ความอดทนด้านแอโรบิก ความอ่อนตัวด้านบนและด้านล่าง ความว่องไวและการทรงตัว ก่อนเริ่มการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$)

สมมติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ตารางที่ 1) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อย่างไรก็ตามพบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ พบว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายลดลง โดยหลังการทดลองค่าดัชนีมวลกายลดลงดังนี้ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสัปดาห์ที่ 4, 8 และหลังการทดลอง เท่ากับ 25.42, 25.15, 24.69 ตามลำดับ อภิปรายได้ว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง ทำให้เผาผลาญไขมันที่สะสมอยู่ในร่างกายทำให้น้ำหนักตัวลดลง ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการทดลองพบว่ามีความดันโลหิตลดลงอย่างต่อเนื่องถึง 12 สัปดาห์ จะเห็นได้ว่าค่าดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง 1.21 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์สามารถลดค่าดัชนีมวลกายได้ แต่ก็ต้องใช้เวลาและต้องทำอย่างต่อเนื่อง

สมมติฐานที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.5$) (ตารางที่ 4) จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าหลัง

การทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 139.89 มิลลิเมตรปรอท และ 84.22 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกเท่ากับ 145.17 มิลลิเมตรปรอทและ 87.23 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.28 และ 3.01 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ โดยหลักสำคัญของการเต้นแอโรบิกก็คือ จะต้องเคลื่อนไหวไปเรื่อย ๆ เพื่อรักษาระดับการเต้นของหัวใจให้อยู่ในระดับที่ต้องการและต้องเต้นติดต่อกันประมาณ 25-30 นาที (Kitkuson, 2011) นอกจากการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบ ยังมีการเสริมแรงหัวใจแก่กลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ในโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบผู้วิจัยได้นำแรงจูงใจมาใช้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบเพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและในโปรแกรมยังมีการเสริมแรงจิตใจตลอดทุกขั้นตอนของโปรแกรม Khuha (2006) ได้กล่าวว่าแรงจูงใจคือแรงผลักดันหรือความปรารถนาที่มีอิทธิพลและกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการ ได้แก่ คำชมเชย การให้กำลังใจ

สมมติฐานที่ 4 หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบ กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 24.69 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนกลุ่มควบคุมค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.22 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งค่าดัชนีมวลกายกลุ่มทดลองต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.53 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าการเดินบาสโลบเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีการเผาผลาญพลังงานทั้งหมดมาจากไกลโคเจนและไขมัน โดยใช้ออกซิเจนจากการหายใจในการช่วยสันดาป การออก

กำลังกายแบบนี้จะใช้พลังงานจากไขมันที่สะสมอยู่ในร่างกาย มีผลทำให้น้ำหนักตัวลดลง(Khanthabut, 2012) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่ง Sukonthasan (2015) ได้กล่าวว่าในการลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานนั้น ควรกระตุ้นให้ลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเป็นประจำ ซึ่งการออกกำลังกายเป็นวิธีที่สำคัญในช่วยลดและควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายที่ถูกต้องควรมีความสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการออกกำลังกายครั้งละ 30-45 นาทีความหนักของการออกกำลังกายพอเหมาะสมกับร่างกาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำโปรแกรมการออกกำลังกายไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการเดินบาสโลบและเสริมแรงจูงใจเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และติดตามระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบไปปรับใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน
2. การทำวิจัยเรื่องโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบ ควรมีการศึกษามูลของการเสริมแรงจูงใจ

เอกสารอ้างอิง

- Achananuphap, S. (2010). Textbook for treatment of 350 common diseases and care and prevention. Bangkok: Office of Villagers.
- Division of communicable diseases. (2018). *Campaign Message on the World Blood Pressure Day Year 2018*. Retrieved from [www.thaincd.com /document/file /info/non -communicable-disease/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_61.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_61.pdf). (In Thai).
- Dongnok, S. (2015). Knowledge about obesity. 1st edition, Khon Kaen: Medical Health Promotion Unit, Srinagarind Hospital.
- Ekkaphon, W. (2016). *Report of the 5th Thai Health Survey by Physical Exam 2014. Nonthaburi: Publisher of Graphic and Design Alphabet*. (In Thai). conference for presenting empirical results on 17 July 2015. Division of Nursing, Department of Health Bangkok.
- Haradan, P. (2003). Industrial psychology. Bangkok: Suwiraya San.
- Kanthachon, W. (2014). Comparison of Paslop Dance Exercise and Specific Abdominal Muscle Exercise on Balance and Strength of Core Muscles in Volunteers at Do not exercise regularly. *Journal of Medical Technology, Chiang Mai*, 47(3), 143-152. (In Thai).
- Kitkuson, D. (2011). *Exercise manual*. Bangkok: Publisher of Villagers Doctor.
- Khanthabut, N. (2012). *Exercise for health*. Retrieved from [http://www. libarts. mju.ac. th/ LibDocument/EBook/013](http://www.libarts.mju.ac.th/LibDocument/EBook/013).
- Khuha, A. (2003). *Motivation and emotion*. Pattani through the Technology Bureau of Science Service.
- Leelayuwat, N. (2010). *Physiology of exercise*. Khon Kaen: Khon Kaen University Press.
- Mae Wong Hospital and Ban Taling Sung Subdistrict Hospital, Medical Record and Statistics Report (2017). Budget year 2017.
- Namsri, P. (2009). *Guide to general health care for workers*. About dance. Bangkok: Pailin Publishing. (In Thai).
- Nawitcharoen, R. (2010). *High blood pressure*. 2nd edition. Bangkok: Amarin Health.
- Niamsawan, A., Oba, N. and Tansupaswastikul, S. (2012). Effects of aerobic exercise using Pong Lang music on physical fitness and blood pressure levels in the elderly with hypertension. *Journal of Nursing and Health*, 6(2), 62-75. (In Thai).
- Phanmung, N., Yoolertlob, A. and Sichit, S. (2019) Issues on Campaign for World Blood Pressure Day 2019. Retrieved 15 October 2019, [https://pr.moph.go.th/?url= pr/detail /2/07/127178/](https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/).
- Phansaard, W. (2012). *Aerobic dance*. Bangkok: Assembly Printing House, Agricultural Cooperative of Thailand Limited.
- Phonthawee, K. (2015). The effectiveness of weight loss program of public health volunteers. Luek Noi Subdistrict Luek District, Krabi. *Province Journal of Khon Kaen University Community Health Development*, 3(3), 427-440. (In Thai).

- Simongthong, S., Tilaphat, J., Srikomut, Ch., Suphaphan, Ch., Thawat, S. (2015). A study of the attitudes of daily life of people with the ability to look after themselves(Paslop) Exercise-Exercise for health. Nee Ramintra Laksi, Bangkok. Academic.
- Sukonthasan, A. (2015). *Guidelines for the treatment of hypertension in general practice*. Retrieved from [http: //www.thaihypertension.org/files/GL20HT202015.pdf](http://www.thaihypertension.org/files/GL20HT202015.pdf).



ปัจจัยจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4

Factors Discriminating Overweight and Normal Weight Among Troops in the 4th Infantry Brigade

วิศรุธ	สามสี *	Witsarut	Samsee *
ยุวรงค์	จันทรวิจิตร **	Yuwayang	Juntarawijit **
เอี่ยมพร	หลินเจริญ ***	Aumporn	Linjarean ***

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทยและมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลกองพลทหารราบที่ 4 จ.พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ กำลังพลที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติและมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ จำนวน 288 คน แบ่งเป็นกำลังพลที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์จำนวน 147 คน และกำลังพลที่มีน้ำหนักปกติจำนวน 141 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยจำแนกตามหน่วยงานที่กำลังพลสังกัดอยู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์โมเดลเชิงนิเวศวิทยา และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ เท่ากับ 0.74 โดยใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (KR-20) แบบสอบถามปัจจัยจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับองค์กร ได้นำไปทดลองใช้กับกำลังพลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถามและความเหมาะสมของภาษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการจำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) เทคนิค Stepwise

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่สามารถการจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4 มี 5 ปัจจัย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน, พฤติกรรมการรับประทานอาหาร, ลักษณะงาน, พฤติกรรมการออกกำลังกาย และอายุ ซึ่งสามารถพยากรณ์การจำแนกกำลังพลที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติโดยรวมได้ถูกต้อง ร้อยละ 58.3

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน จัดโครงการหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ของกำลังพล

คำสำคัญ: น้ำหนักเกินเกณฑ์ น้ำหนักปกติ โมเดลเชิงนิเวศวิทยา กำลังพล

* พยาบาล กองพันเสนารักษ์ที่ 4
 * Nurse, The 4th Medical Battalion, pazzo_pd@hotmail.com
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
 ** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University
 *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
 *** Assistant Professor, Faculty of Education, Naresuan University
 วันที่รับบทความ 7 ธันวาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 4 มีนาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 8 มิถุนายน 2562

Abstract

Overweight and obesity are public health problems in Thailand. Overweight and obesity rates among adults have continuously increased. This descriptive research aimed to explore the factors discriminating the overweights and the normal weights among troops in the 4th Infantry Brigade Phitsanulok Province. The sample was the soldiers whose body was normal weight or overweight. The 288 troops were classified as 147 overweight troops and 141 normal weight troops, using stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire, applied in ecological model. The Content validity was reviewed by 5 experts, and the index of Item Objective Congruence (IOC) was between 0.60 to 1.00. The reliability of knowledge on the overweights was 0.74, tested by Kuder-Richardson (KR20). The questionnaire on intrapersonal, interpersonal and organization factors were tested for understanding and appropriate language. The data was analyzed by descriptive statistics and discriminant analysis (stepwise technique).

The results showed that five factors that could discriminate the overweights and the normal weights of the troops were workplace environment, Eating behavior, Job description, exercise behavior and Age. They could predict the accuracy of the classification in 2 groups at the percentage of 58.3.

The results of this research can be used as information for promoting workplace environment, conduct projects or activities related to food consumption and exercise to prevent from and overcome the overweight of the troops.

Keywords: *Overweight, Normal weight, Ecological Model, Troops*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน หมายถึง การมีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยรวมน้ำหนักของกล้ามเนื้อ กระดูก เนื้อเยื่อ ไขมัน และน้ำในร่างกาย ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) กำหนดดัชนีมวลกายที่อยู่ในเกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในช่วง 25.0-29.9 กก./ตร.เมตร และดัชนีมวลกาย 30 กก./ตร.เมตร ขึ้นไปจึงจะถือว่าอ้วน สำหรับประชากรไทยจะใช้เกณฑ์สำหรับประชากรเอเชีย คือ ค่าดัชนีมวลกายไม่ควรเกิน 23 กก./ตร.เมตร ถ้าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.1-24.9 กก./ตร.เมตร หมายถึง น้ำหนักเกิน และดัชนีมวลกาย 25 กก./ตร.เมตร ขึ้นไป หมายถึง อ้วน (Jeong et al., 2017)

งานวิจัยร่วมระหว่าง WHO และ Imperial Col-

lege London, Harvard University พบประชากรมากกว่า 500 ล้านคนทั่วโลก หรือประมาณ 1 ใน 9 ของคนทั่วไปอยู่ในขอบข่ายน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในปี ค.ศ.1988 กับปี ค.ศ. 2008 พบว่าอัตราการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้น ผู้ชายเท่ากับร้อยละ 9.8 ส่วนผู้หญิง ร้อยละ 13.8 สำหรับสถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของประชากรไทย จากสถิติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 พบว่า คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจำนวน 16 ล้านคน โดยแบ่งตามภูมิภาค คือ กทม. กลาง อีสานเหนือใต้ เท่ากับ ร้อยละ 44.6, 38.4, 29.0, 26.7, 26.0 ตามลำดับ จากการสำรวจของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2558 พบประชากรอายุ 15-79 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 23 ผู้ชาย

ร้อยละ 19.7 ผู้หญิง ร้อยละ 26.1 โดยผู้ชายมีความชุกสูงที่สุดในช่วงอายุ 35-64 ปี และผู้หญิงมีความชุกดังกล่าวสูงกว่าผู้ชายทุกช่วงกลุ่มอายุ

ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและผู้ที่เป็โรคอ้วนจะมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งโรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้อ โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ โรคไขมันในเลือด เป็นต้น (Kraipibul, 2019; Linlawan, 2011) และองค์การอนามัยโลก ได้ระบุว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นสาเหตุของการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สำคัญ คิดเป็น 2-6% ของงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ (Krutkul, 2010 as cited in Mansiri, Oba, Naewbood, 2016) ส่วนประเทศไทย พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนใน พ.ศ. 2552 มีมูลค่า 5,580.8 ล้านบาท (Strategy and Planning Division, 2013)

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งโมเดลเชิงนิเวศวิทยา มีแนวคิดว่างัยมีอิทธิพลต่อสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเน้นสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม ซึ่ง สิ่งแวดล้อมแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคล (intraperson/intrapersonal level) ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม อัดมโนทัศน์ที่มีต่อตนเอง ทักษะ 2) ระดับระหว่างบุคคล (interperson/interpersonal level) ได้แก่ เครือข่ายทางสังคมและระบบสนับสนุนทางสังคม อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ 3) ระดับองค์กร (organization/organizational level) ได้แก่ การกำหนดรูปแบบ กฎและมาตรการในการปฏิบัติทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 4) ระดับชุมชน (community) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร สถาบัน และเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการ และ 5) นโยบายสาธารณะ (public policy) ได้แก่ กฎหมาย และนโยบายระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติ (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988) และความสำคัญของการใช้โมเดลนี้ คือ ใช้สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นการปรับเปลี่ยนปัจจัยของบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Pantaewan, 2017)

กองพลหารราบที่ 4 เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการพิทักษ์รักษาอธิปไตยตลอดจนความมั่นคงของชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ ดังนั้นสมรรถนะหรือคุณสมบัติของกำลังพลถือเป็นเรื่องสำคัญ จากระเบียบของกองทัพบกว่าด้วยการประเมินค่าการปฏิบัติงานของกำลังพลของกองทัพบก ข้อที่ 5.7 ความว่า ดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index หรือ BMI) หมายถึงค่าตัวเลขชี้วัดความสมดุลของร่างกาย ว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรืออ้วน หรือผอมเกินไป โดยได้กำหนดค่าดัชนีมวลกายว่าระหว่าง 18.5-22.9 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ “ปกติ” หากมากหรือน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ ± 2 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ “ผ่าน” และมากหรือน้อยกว่าเกณฑ์ผ่าน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ “ไม่ผ่าน” (Royal Thai Army, 2012)

ที่ผ่านมากองทัพบกได้มีระเบียบปฏิบัติประจำให้กำลังพลออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อฝึกฝนให้มีสมรรถภาพทางร่างกายที่มีประสิทธิภาพ และใน พ.ศ. 2558 กองทัพบกได้กำหนดนโยบายให้หน่วยทหารทุกหน่วยจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้กับกำลังพล และในส่วนองกองพลหารราบที่ 4 ได้กำหนดให้กำลังพลมีการออกกำลังกายหลังเลิกงาน ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ อีกทั้งได้มีการสนับสนุนอุปกรณ์และสถานที่ในการออกกำลังกายให้กำลังพล และบางหน่วยงานได้จัดสวัสดิการต่าง ๆ ให้กับกำลังพล เช่น โครงการอาหารกลางวัน ฝ.ร้านค้าสวัสดิการ ร้านอาหาร รวมถึงมุมพักผ่อนหรือมุมกาแฟ

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพของกำลังพลของกองพลหารราบที่ 4 จึงสนใจศึกษาปัจจัยจำแนกการเกิดภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ (น้ำหนักเกินและอ้วน) และภาวะน้ำหนักปกติของกำลังพล ซึ่งผู้วิจัยจะได้ศึกษาโดยใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยาของ McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz (1988) โดยจะศึกษา 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับองค์กร เพื่อนำมาวางแผนในการป้องกันและแก้ไขการเกิดภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาปัจจัยจำแนกในระดับ บุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับองค์กร จำแนกตามภาวะน้ำหนักของกำลังพล

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับองค์กร สามารถจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลกองพลทหารราบที่ 4 ได้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยาเป็นกรอบแนวคิดในการจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติ ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ ลักษณะงาน ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ นโยบายองค์กร สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน และสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกใช้ตาราง Krejcie and Morgan (1970) ได้ 269 คน เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10% เป็น 296 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยกำหนดสัดส่วนของแต่ละกองพัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มกำลังพลที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ($BMI \geq 23.0$ กก./ตร.เมตร) และ กลุ่มกำลังพลที่ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($BMI 18.5-22.9$ กก./ตร.เมตร) กลุ่มละ 148 คน และ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย คือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ถูก กับ ผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน และแปรผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้มาก ความรู้ปานกลาง และความรู้น้อย (Bloom, 1971) ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับบุคคลด้านพฤติกรรมสุขภาพ และส่วนที่ 4 ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยแปรผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (Best, 1981) และ ส่วนที่ 5 ปัจจัยระดับนโยบายองค์กร เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ “มี” กับ “ไม่มี” โดยใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย และแปรผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย (Srisatidnarakul, 2010) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน แพทย์ทหาร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโมเดลนิเวศวิทยา 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.74 โดยใช้สูตรของคูเดอร์และ ริชาร์ดสัน (KR-20) แบบสอบถามปัจจัยจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติ ได้นำไปทดลองใช้กำลังพลที่ปฏิบัติงานในกองพันทหารเสนารักษ์ที่ 23 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความเข้าใจของข้อคำถามและความเหมาะสมของภาษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ COA No. 374/2018 โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน

ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลภายหลังการศึกษาวินิจฉัยเสร็จสิ้นภายใน 12 เดือน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้บังคับกองพันของกองพลทหารราบที่ 4 ในจังหวัดพิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับฟังคำอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งแจกแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และรับแบบสอบถามคืนทันที

4. ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมด ก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และระดับองค์กร วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ปัจจัยจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลใน กองพลทหารราบที่ 4 วิเคราะห์โดยใช้สถิติการจำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) เทคนิค Stepwise

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้รับคืน จำนวน 288 ฉบับ คิดเป็น

ร้อยละ 97.29

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ มีอายุเฉลี่ย 35.42 โดยมีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.1 รองลงมาอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 31.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่มากที่สุด ร้อยละ 61.9 รองลงมาไม่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 35.4 ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.2 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 36.1 มีลักษณะการทำงานเกี่ยวกับงานด้านเอกสาร ร้อยละ 67.3 งานด้านการปฏิบัติที่ต้องออกแรง ร้อยละ 32.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 49.7 รองลงมาสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 28.6 และส่วนใหญ่ดื่มสุรา ร้อยละ 74.1 รองลงมาคือไม่ดื่ม ร้อยละ 21.8

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักปกติ มีอายุเฉลี่ย 31.08 โดยมีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.9 รองลงมาอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 34.0 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 51.1 รองลงมาไม่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 48.2 ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 55.3 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 21.3 มีลักษณะการทำงานเกี่ยวกับงานด้านการปฏิบัติที่ต้องออกแรง ร้อยละ 56.8 งานด้านเอกสาร คิดเป็นร้อยละ 43.2 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 19.1 และดื่มสุรา ร้อยละ 51.8 รองลงมา คือไม่ดื่ม ร้อยละ 34.8

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติ จำแนกตามปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับองค์กร

ปัจจัยระดับบุคคล	น้ำหนักเกินเกณฑ์		แปลผล	น้ำหนักปกติ		แปลผล
	(n=147)			(n=141)		
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
ระดับบุคคล						
ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์	12.27	50	ปานกลาง	12.04	3.45	ปานกลาง
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	3.18	0.35	ปานกลาง	2.86	0.30	ปานกลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.01	0.47	ปานกลาง	3.28	0.56	ปานกลาง
พฤติกรรมการจัดการอารมณ์	3.19	0.52	ปานกลาง	3.28	0.54	ปานกลาง
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	2.50	1.01	น้อย	2.90	1.13	ปานกลาง
พฤติกรรมการดื่มสุรา	2.87	0.98	ปานกลาง	2.57	0.86	ปานกลาง
ระดับระหว่างบุคคล						
ครอบครัว	3.34	0.71	ปานกลาง	3.40	0.77	ปานกลาง
เพื่อนร่วมงาน	2.76	0.75	ปานกลาง	2.78	0.81	ปานกลาง
เจ้าหน้าที่สุขภาพ	3.00	1.00	ปานกลาง	3.19	1.02	ปานกลาง
ปัจจัยระดับองค์กร						
นโยบายองค์กร	6.80	1.81	ปานกลาง	6.89	1.73	ปานกลาง
สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน	3.48	0.70	มาก	3.65	0.67	มาก
สิ่งแวดล้อมของที่พักรอค่าย	3.44	0.64	มาก	3.40	0.65	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ พฤติกรรมสุขภาพ ของ ทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์อยู่ในระดับน้อย สำหรับปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ ความ

สัมพันธ์ของครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 กลุ่ม และสำหรับปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน และสิ่งแวดล้อมของที่พักรอค่าย อยู่ในระดับมากทั้ง 2 กลุ่ม ยกเว้นนโยบายองค์กร อยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 2 กลุ่ม

ตาราง 2 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4

ปัจจัยที่สามารถจำแนกกลุ่ม	Wilk's Lambda	Sig.
1. อายุ (X1)	.960	.001*
2. ลักษณะงาน (X2)	.986	.001 *
3. ความรู้ (X3)	.999	.577
4. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (X4)	.985	.038 *
5. พฤติกรรมการออกกำลังกาย (X5)	.969	.032 *

ปัจจัยที่สามารถจำแนกกลุ่ม	Wilk's Lambda	Sig.
6. พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ (X6)	.994	.195
7. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (X7)	1.000	.941
8. พฤติกรรมการดื่มสุรา (X8)	.989	.080
9. ครอบครัว (X9)	.998	.437
10. เพื่อนร่วมงาน (X10)	.998	.437
11. เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (X11)	.991	.116
12. นโยบายองค์กร (X12)	.999	.665
13. สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน (X13)	.984	.031*
14. สิ่งแวดล้อมของที่พักรักษา (X14)	.999	.620

จากตาราง 2 พบว่าปัจจัยที่สามารถใช้ในการจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มี 5 ปัจจัย คือ อายุ (X1) ลักษณะงาน (X2)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (X4) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (X5) และสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน (X13)

ตาราง 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4

ปัจจัยที่สามารถจำแนกกลุ่ม	ค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัย (V_m)	
	ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์	น้ำหนักปกติ
1. อายุ (X_1)	.480	.428
2. ลักษณะงาน (X_2)	4.654	4.771
3. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (X_4)	3.819	3.841
4. พฤติกรรมการออกกำลังกาย (X_5)	1.013	1.021
5. สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน (X_{13})	6.889	7.304

จากตาราง 3 ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4 พบว่าปัจจัยที่สามารถจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติได้โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยในการจำแนกจากมากไปน้อย (โดยไม่คิดเครื่องหมาย) คือ สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน (X13) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (X4) ลักษณะงาน (X2) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย (X5) อายุ (X1) ซึ่งสามารถเขียนสมการจำแนกกลุ่มได้ดังนี้

$$Y1 = 6.889(X13) + 3.819 (X4) + 4.654 (X2) + 1.013 (X5) + .480(X1)$$

$$Y2 = 7.304(X13) + 3.841 (X4) + 4.771 (X2) + 1.021 (X5) + .428(X1)$$

โดย Y1 คือ ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์

Y2 คือ ภาวะน้ำหนักปกติ

ตาราง 4 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสถิติที่ใช้ประเมินสมการจำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation	Wilk,s Lambda	Chi-Square	df	Sig
1	.620	100	100	.641	.542	57.092	5	.000*

* p <.05

จากตาราง 4 พบว่า ค่าสถิติที่ทำให้สมการมีอำนาจจำแนกกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่า Chi-Square เท่ากับ 57.092 มีค่า Eigenvalue (.620) และค่า

Canonical Correlation (.641) แสดงให้เห็นว่า สมการดังกล่าวมีอำนาจในการจำแนกกลุ่มได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับค่าของ Wilk's Lambda (.542)

ตาราง 5 แสดงร้อยละและประสิทธิภาพของสมการที่ใช้จำแนกภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4

กลุ่มจริง	กลุ่มที่ได้จากผลการทำนายสมาชิกกลุ่ม		รวม
	น้ำหนักเกินเกณฑ์	น้ำหนักปกติ	
น้ำหนักเกินเกณฑ์	74 (50.3%)	73 (49.7%)	147 (100%)
น้ำหนักปกติ	47 (33.3%)	94 (66.7%)	141 (100%)
รวม	รวมจำแนกกลุ่มได้ถูกต้อง 58.3%		

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ร้อยละ และประสิทธิภาพของสมการจำแนกกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์เดิมเท่ากับ 147 ราย พยากรณ์โดยใช้สมการจำแนกประเภทได้ถูกต้อง 74 ราย (50.3%) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักปกติเดิมเท่ากับ 141 ราย พยากรณ์โดยใช้สมการจำแนกประเภทได้ถูกต้อง 94 ราย (66.7%) เมื่อคิดรวมทั้งหมด 288 ราย พยากรณ์ได้ถูกต้อง 168 ราย ดังนั้นสมการสามารถจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 58.3

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้ ปัจจัยที่สามารถใช้ในการจำแนกภาวะ

น้ำหนักเกินเกณฑ์และน้ำหนักปกติของกำลังพลในกองพลทหารราบที่ 4 มี 5 ปัจจัย ได้แก่

1. อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ เมื่อมีอายุมากขึ้น มวลกล้ามเนื้อจะลดลง ระบบเมตาบอลิซึมของร่างกายก็จะลดลง รวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็จะลดลงเช่นกัน ทำให้มีการใช้พลังงานน้อยลง ดังนั้นพลังงานจึงถูกเก็บในของรูปไขมันแทน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิกของบุคลากรสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งกลุ่มอาการเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) คือ กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในกระบวนการเผาผลาญพลังงาน (Metabolism) ผลการศึกษาพบว่า อายุ สามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิกของบุคลากรสถาบันอุดมศึกษาเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิตติ (Na Thalang, Damrongsak, Wattana, 2014) และการศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่: กรณีศึกษาพื้นที่ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร พบว่าช่วงอายุ 21-40 ปี มีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ส่วนช่วงอายุ 41-60 ปี จะมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติปกติ (18.50-22.99) และดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับที่ 1 (25.00-29.99) เท่ากัน (Karoongamphan, Suvaree, & Numfone, 2012)

2. ลักษณะงาน เป็นรูปแบบของงานที่ปฏิบัติภายในหน่วยงาน แบ่งออกเป็นงานที่ต้องออกแรงกับงานที่ไม่ต้องออกแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานนั่งอยู่กับที่กับโรคอ้วนในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรัตนราชธานี พบว่าปัจจัยด้านการงาน ได้แก่ การทำงานในฝ่ายสำนักงานและฝ่ายสนับสนุนการบริการทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Saiphironthong, Choaksuwankij, Chaimanee, 2015)

3. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น แบบแผนในการบริโภคอาหาร รวมถึงการแสดงออกที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ชนิดของอาหาร การเลือกบริโภคอาหาร การประกอบอาหาร และการเลือกซื้ออาหาร เป็นต้น (Chaitokgia, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุง ค่ายนาวมินทรราชินี จังหวัดชลบุรี พบว่ากำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 (SD = 9.56) (Boonsan, Kasipol, & Durongritichai, 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ เขตเทศบาลตำบลบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีโรคอ้วนและไม่มีโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน ($p = <.001$) (Pudcharakuntana, Khu-

ngtumneam, & Durongritichai, 2015)

4. พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นอีกปัจจัยของการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมไปถึงการรับประทานอาหารที่มากเกินไปแล้วไม่มีการออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดการสะสมของไขมันในร่างกายจนเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (Mahachote, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยพฤติกรรมส่วนบุคคลด้านการออกกำลังกายของผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 20 นาที มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าผู้ที่ออกกำลังกายมากกว่า 20 นาที ถึง 4 เท่า (Ravinit & Sattam, 2016)

5. สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีภายในหน่วยงาน เช่น เครื่องชงกาแฟ ตู้ขายน้ำอัดลม ร้านค้าสวัสดิการ เครื่องออกกำลังกาย และห้องออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องวิกฤตปัญหาโรคอ้วน: ภัยเศรษฐกิจ พิชัยสังคม พบว่าปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เพราะปัจจัยสิ่งแวดล้อมนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานหรือพฤติกรรมออกกำลังกาย (Thamarangsi, 2014)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน เช่น จัดบอร์ดให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำหนักเกิน
2. ควรจัดโครงการอาหารในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม
3. ส่งเสริมให้กำลังพลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเอกสารหรืองานที่นิ่งอยู่กับโต๊ะเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ
4. ควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายตามกลุ่มอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย ต่อภาวะน้ำหนักของกำลังพล
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อภาวะน้ำหนักของกำลังพล

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1981). *Research in education*. Engle Wood Clifff, New jersey: Prentice Hall
- Bloom, B. S. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student learning*. New York: Mc Graw-Hill.
- Boonsan, M., Kasipol, T., & Durongritichai, V. (2014). Factors predicting health behaviors on nutrition and exercise among Royal Thai Army Military with metabolic syndrome at Nawamintharachini Fort. Chon buri province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 312-319. (In Thai)
- Chaitokgia, S. (2018). Factors affecting food consumption behaviors of adults in northeast Thailand. *Research and Development Journal. Loei Rajabhat University*, 3(45), 68-78. (In Thai)
- Jeong, U. L., Jae, H. L., Ju. S. K., Yong, I. H., Tae, H.K., Seong, Y. L., ... Chin, K. R., (2017). Comparison of world health organization and asia-pacific body mass index classifications in COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 12, 2465-2475
- Karoonngamphan, M., Suvaree, S., & Numfone, N. (2012). Health behaviors and health status of workers: A case study of workplaces in Sathorn district, Bangkok metropolitan. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 32(3), 51-66. (In Thai)
- Kraipibul, P. (2019). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://haamor.com/th/>. (In Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement*. 30, 607-610.
- Kuder, F. G. & Richardson M. W. (1937). *The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika*, 2, 151-160.
- Linlawan, S. (2011). Incidence and risk factors of metabolic syndrome in personnel of Phrachomklao hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 30(3), 249-259 (In Thai)
- Mahachote, L. (2014). *Factors influencing body weight control behaviors of aerobics club member in mueang district. Nakhon pathom province*. Retrieved from <http://www.thapra.lib.su.ac.th/>. (In Thai)
- Mansiri, R., Oba, N., & Naewbood, S. (2016). Effects of self-efficacy program on weight control behaviors and body mass Index of obese students. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 10(3), 145-158. (In Thai)
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377

- Na Thalang, R., Damrongsak, M., & Wattana, C. (2014). The factors influencing the development of metabolic syndrome among the personnel of a private higher-education Institution. *Nursing Journal*, 41(3), 83-93 (In Thai)
- Pantaewan, P. (2017). Ecological model and health behavior change. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(2), 7-15. (In Thai)
- Pudcharakuntana, P. Khungtumneam, K. & Durongritichtichai, V., (2015). The factors asociated to the prevalence of obesity in adults in bang sao thong municipality, samuth prakan province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(2), 131-139. (In Thai)
- Ravinit, P., & Sattam, A. (2016). Factor associated with the metabolic syndrome in Chamab sub-district. Wang Noi district. Ayutthaya province. *APHEIT Jounals*, 5(2), 33-47. (In Thai)
- Royal Thai Army. (2012). *Army Regulation: Army personnel performance evaluation*. Retrieved from <https://dop.rta.mi.th/>. (In Thai)
- Saiphiroonthong, W., Choaksuwankij, C., & Chaimanee, A. (2015). The association between sedentary work and obesity among medical personnel in Nopparat Rajathanee hospital. *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(2), 34-43. (In Thai)
- Strategy and Planning Division. (2013). *Statistical Thailand 2013*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistical2556.pdf. (In Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research*. Bangkok: U and I-intermedia-co-ltd. (In Thai)
- Thamarangsi, T. (2014). *Obesity epidemic: costly harms to every individual*. Health Promotion Policy Unit. International Health Policy Program. Bangkok. Ministry of Public Health. (In Thai)
- World Health Organization (WHO). (2016). *Obesity and overweight*. Retrieved from <https://www.who.int/>.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ Factors Related to Critical Care Nurses' Practices Regarding Weaning from Mechanical

อิสรา	โยริยะ *	Esara	Yoriya *
นิตยา	ภิญโญคำ **	Nitaya	Pinyokham **
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช ***	Chiraporn	Tachaudomdach ***

บทคัดย่อ

การปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิกฤตเป็นบทบาทที่สำคัญและมีความท้าทาย พยาบาลจะต้องมีความรู้อย่างเพียงพอเพื่อที่จะเลือกกิจกรรมการปฏิบัติที่ดีที่สุดในการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจ อย่างไรก็ตามมีปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของพยาบาล ดังนั้นการประเมินปัจจัยเหล่านั้นในที่สุดก็จะส่งผลทำให้ได้วิธีที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ดีขึ้น การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิกฤตจำนวน 128 คน ซึ่งทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิในเขตภาคเหนือตอนบน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลแพร่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิกฤต 3) แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 31.10 (SD = 4.44) ร้อยละ 39.06 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดีเยี่ยม และร้อยละ 35.94 มีความรู้มากกว่าระดับความรู้เฉลี่ย ในขณะที่มีพยาบาลที่ขาดความรู้คิดเป็นร้อยละ 7.81
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 224.30 (SD = 21.68) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.66) มีคะแนนอยู่ในระดับสูง
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเท่ากับ 47.88 (SD = 8.62) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.82) มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Graduate Student, Faculty of Nursing Chiang Mai University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University, nitayap@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 9 มกราคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 3 สิงหาคม 2560

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

5. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.362$, $p < .01$)

ผลการศึกษานี้พบว่า การปฏิบัติพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับสูงแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ อย่างไรก็ตามความรู้ทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ แต่พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ได้ว่าการลดการรับรู้อุปสรรคน่าจะเป็นผลดีต่อการปฏิบัติพยาบาลและผลลัพธ์ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ: การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความรู้ของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

Abstract

Critical care nurses' practices regarding weaning patients from mechanical ventilator is vital and challenging roles. Nurses must have an adequate knowledge to choose the best course of action for weaning the patients from the ventilator. However, there are some factors which influence their practices, therefore the assessment of those factors may enhance nursing practices and weaning outcomes. This study was a correlational research. The purpose of the study was to assess factors related to critical care nurses' practices regarding the weaning of patients from mechanical ventilator. Participants included 128 critical care nurses working in intensive care units of secondary and tertiary hospitals in the upper northern region of Thailand under the Ministry of Public Health including Lampung, Lamphun, and Phrae Hospitals. The research instrument used was a set of questionnaires, which consisted of 1) the demographic data questionnaire, 2) knowledge regarding weaning from mechanical ventilator of critical care nurse questionnaire, 3) critical care nurses' practices regarding weaning from mechanical ventilator questionnaire, and 4) perceive barriers of critical care nurses' practices regarding weaning from mechanical ventilator questionnaire. Descriptive statistics and spearman rank correlation coefficient were used to analyze the data.

Keywords: weaning, knowledge regarding weaning from mechanical ventilator of critical care nurse, perceived barrier for critical care nurses' practices, critical care nurses' practices regarding weaning from mechanical ventilation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤตมากกว่าร้อยละ 50 ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักใน 24 ชั่วโมงแรก ต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจ มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีสาเหตุมาจากภาวะหายใจล้มเหลวหรือมีภาวะหยุดหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ใช้ในการรักษาชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต (Alam, Jones, Kahl, & Kamath, 2014) เมื่อสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้รับการแก้ไขก็จะเริ่มการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุดเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและการคาท่อช่วยหายใจนาน (Prakash, Krishna, & Bhatia, 2006) สำหรับสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักและได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจในประเทศไทยยังไม่มีปรากฏจึงทำให้ไม่มีข้อมูลการใช้เครื่องช่วยหายใจในภาพรวมมาอธิบายให้เห็นถึงขนาดของปัญหาระดับประเทศ

การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นอิสระจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจ (BouAkl, Bou-Khalil, Kanazi, Ayoub, & El-Khatib, 2012; Chockalingam, 2015) ซึ่งกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวคิดรูปแบบลำดับความต่อเนื่องของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (weaning continuum model) ของ (Knebel, Shekleton, Burns, Clochesy, & Hanneman, 1998) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ คือ 1) ระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นระยะที่มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) ระยะดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะที่มีการติดตามหรือประเมินความก้าวหน้าของกระบวนการ และ 3) ระยะผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะที่จะประเมินความสำเร็จของการถอดท่อช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แนวคิดนี้จึงใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานในการปฏิบัติทางคลินิกและเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ไม่ประสบ

ความสำเร็จหรือผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะไม่สามารถทนต่อการหายใจด้วยตนเองได้ สาเหตุอาจจะเนื่องมาจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลวไม่ได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์หรือเกิดปัญหาใหม่ขึ้น (Alia & Esteban, 2000) ซึ่งความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้นและส่งผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านเศรษฐกิจ ดังนี้ คือ 1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อของปอดที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia [VAP]) (Craven & Hjalmarson, 2010; Kalanuria, Zai, & Mirski, 2014; Klompas, 2013) และมีความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (critical illness myopathy and neuropathy [CRIMYNE]) (Dos Santos et al., 2012) 2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ คือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ต้องพึ่งพาหรือติดเครื่องช่วยหายใจ (psychological ventilator dependence) (Sathe, Shah, & De Sousa, 2015) และ 3) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ คือ เพิ่มระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายและทรัพยากรที่ใช้ในการรักษา ดังนั้นกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ประสบความสำเร็จจึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วย พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด ซึ่งแพทย์เป็นหัวหน้าทีมและเป็นผู้กระตุ้นให้เป็นไปตามกระบวนการที่ต้องอาศัยทักษะประสบการณ์ สัญชาตญาณ และการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Juern, 2012; Rose et al., 2011) โดยมีพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุดตามบทบาทหน้าที่ คือ การประเมิน การสังเกตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและรวบรวมข้อมูลเพื่อช่วยส่งเสริมการตัดสินใจของแพทย์ (Villa, Manara, & Palese, 2012) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงถูกมองว่ามีความสำคัญในการเพิ่มความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและมีโอกาสพัฒนาบทบาทใน

อนาคต (Crocker, 2011; Lavellea & Dowling, 2011)

การปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตในกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เป็นารดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในทั้ง 3 ระยะของกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจดังที่กล่าวไปแล้วจึงเป็นบทบาทที่สำคัญและมีความท้าทายสำหรับพยาบาล และอาจมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของพยาบาล ได้แก่ 1) ความรู้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลวิกฤตต้องมีความรู้และทักษะที่ดี เพื่อจัดการความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ต้องการการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Crocker, 2011; Lavellea & Dowling, 2011) 2) ประสบการณ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลวิกฤตที่มีประสบการณ์สูงในการทำงานในหอผู้ป่วยหนักสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ดีกว่าพยาบาลวิกฤตที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 3) ความเชื่อมั่นในตนเองของพยาบาลเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Lavellea & Dowling, 2011) 4) การศึกษาและการอบรมเพิ่มเติมในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งการได้รับความรู้เพิ่มเติมจากประสบการณ์ที่มีอยู่ทำให้มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น (Fischer, 2014) 5) การนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งช่วยลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยและลดระยะเวลาในการถอดท่อช่วยหายใจ (Danckers et al., 2013) ลดระยะเวลาของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ลดอัตราการตาย (Boles et al., 2007; Crocker, 2011) ลดระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาลและลดอุบัติการณ์ของ VAP (Hansen & Severinsson, 2007; Mclean, Jensen, Schroeder, Gibney, & Skjodt, 2006; Tonnelier et al., 2005) และ 6) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาล เป็นการรับรู้ถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งปัจจัย

อาจเป็นได้ในทุกระดับ ได้แก่ ระดับผู้ปฏิบัติเป็นรายบุคคล ทีมบุคลากร บริบทของหน่วยงานและองค์กร ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแลไม่ดีตามที่ต้องการ (Koh, Manias, Hutchinson, Donath, & Johnston, 2008) ปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แต่ปัจจัยหลักที่สำคัญมีผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คือ ความรู้และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ความจำที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย ความหมาย แนวคิด รูปแบบ ผลกระทบจากความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Demingo, 2011) ปัจจุบันมีการทบทวนวรรณกรรมและให้ความสนใจในเรื่องความรู้ของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ฟิสเชอร์ (Fischer, 2014) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในพยาบาลวิกฤต พบว่า พยาบาลวิกฤตขาดความรู้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการให้ความรู้เพิ่มเติมจากประสบการณ์ที่มีอยู่ทำให้มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น ทนนิชัย บุญบุรพวงษ์ (Bunburaphong, 2015) กล่าวว่า พยาบาลวิกฤตไม่ได้รับการอบรมฝึกฝนในการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจและหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างเพียงพอ ทั้งระหว่างการศึกษาในระดับปริญญาตรีและแม้แต่หลังสำเร็จการศึกษาแล้วก็ตาม จึงทำให้พยาบาลวิกฤตขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จากการทบทวนเอกสารการศึกษาดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่า ในปัจจุบันพยาบาลวิกฤตยังขาดความรู้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งความรู้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติของพยาบาลและผลลัพธ์ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และความรู้กับการปฏิบัติก็ไม่มีความสัมพันธ์กันเสมอไป ทั้งนี้อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจนอก

เนื่องจากปัจจัยด้านความรู้ คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คือ การที่พยาบาลรับรู้ถึงความยากลำบากหรือสิ่งไม่เอื้ออำนวยต่อความตั้งใจที่จะลงมือปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอุปสรรคนั้นประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพยาบาล 2) ด้านการทำงานร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลรักษา และ 3) ด้านผู้ป่วย สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยตรง แต่พบการศึกษาของ Klinchid (2006) ศึกษาอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ในต่างประเทศมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติกับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Bostrom, Kajermo, Nordstrom, & Wallin, 2008) ดังนั้นการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในระดับสูง อาจทำให้ผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ประสบความสำเร็จ การลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลจึงอาจเป็นประโยชน์และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในประเทศไทยยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่า แท้จริงแล้วพยาบาลวิกฤตในประเทศไทย

มีความรู้ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและการปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ และจากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของประชากรพยาบาลเพียงโรงพยาบาลเดียว ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงได้อย่างกว้างขวาง อีกทั้งผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิกฤตส่วนใหญ่ยังมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ และอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคเหนือตอนบน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการบริการพยาบาล การจัดการศึกษาและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
3. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิกฤตเป็นบทบาทที่สำคัญและมีความท้าทาย พยาบาลจะต้องมีความรู้อย่างเพียงพอ

พอเพื่อที่จะเลือกกิจกรรมการปฏิบัติที่ดีที่สุดในการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจ การรับรู้ถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลในการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจอาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งการศึกษาปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ทราบแนวทางในการลดอุปสรรคและช่วยส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาล และทำให้ผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจดีขึ้น ดังนั้นศึกษานี้จึงครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ กับ การปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางใด การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดรูปแบบลำดับความต่อเนื่องของการหย่าเครื่องช่วยหายใจของ Knebel et al. (1998) ซึ่งอธิบายว่ากระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ คือ 1) ระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) ระยะดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะนี้ต้องมีการตรวจสอบรูปแบบเครื่องช่วยหายใจให้ตรงตามแผนการรักษาและติดตามหรือประเมินความก้าวหน้าของกระบวนการจากค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ และ 3) ระยะผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คือ การประเมินความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถนำผลการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ (correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ปัจจัยความรู้ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง

ธันวาคม พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิที่สังกัดของกระทรวงสาธารณสุขในเขต 9 จังหวัดภาคเหนือตอนบน จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Green (1991) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 ราย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำปาง 82 คน โรงพยาบาลแพร่ 23 คน และโรงพยาบาลลำพูน 23 คน โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 1 ปี รวมทั้งยินดีและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิกฤต ได้ทำการตรวจสอบการแปลเครื่องมือวิจัยเป็นฉบับภาษาไทย โดยตรวจสอบความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากันด้านเนื้อหาและด้านความหมาย ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดหาความสอดคล้องภายใน โดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (kuder-richardson 21) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 3) แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.84 และ 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิกฤต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99 และตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดหาความสอดคล้องภายใน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (alpha's cronbach coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไปขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลแพร่ และโรงพยาบาลลำพูน หลังจากได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้ประสานงานของฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล พร้อมทั้งระบุกลุ่มตัวอย่างและจำนวนตามที่คำนวณไว้ โดยในแบบสอบถามผู้วิจัยได้แนบจดหมายแนะนำตัว และจดหมายขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไว้ด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย ระดับการปฏิบัติการพยาบาล ระดับความรู้และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติของพยาบาลวิฤตและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อการปฏิบัติกับการปฏิบัติของพยาบาลวิฤตโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho) เนื่องจากข้อมูลแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ มีความเป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติแอลฟา 0.05

ผลการวิจัย

1. ความรู้ของพยาบาลวิฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.19 มีความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีเยี่ยมร้อยละ 39.06 มีความรู้มากกว่าระดับความรู้เฉลี่ยร้อยละ 35.94 และมีความรู้เท่ากับความรู้เฉลี่ยร้อยละ 17.19 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่ขาดความรู้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีเพียงร้อยละ 7.81

2. การรับรู้ต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 82.82 มีระดับการรับรู้ต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ จำนวน 11 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 8.59

3. การปฏิบัติของพยาบาลวิฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 97.66 และมีระดับการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 2.34 ตามลำดับ

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

5. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิฤตมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.362, p < .01$)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ความรู้ของพยาบาลวิฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และกลุ่มตัวอย่างที่ขาดความรู้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีเพียง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีเยี่ยมมากที่สุด จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 39.06 รองลงมาคือ มีความรู้มากกว่าระดับความรู้เฉลี่ย จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 35.94 และอยู่ในระดับความรู้เฉลี่ยจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 17.19 และกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81 เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักและได้รับการศึกษาหรือการอบรมเพิ่มเติมในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ประการที่ 1 ด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก การที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล เรียกว่าเป็นการพัฒนาความรู้ทางคลินิก (clinical knowledge development) (Benner & Wrubel, 1982) ความรู้ของพยาบาลจึงเพิ่มขึ้นตามประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (Ndosi & Newell, 2009; Yildirim, Cicek, & Uyar, 2008) และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจะมีความรู้มากกว่าพยาบาลที่เพิ่งเริ่มปฏิบัติงาน (Whyte, Ward, & Eccles, 2009) ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีเยี่ยมมากที่สุด จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 39.06 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมากกว่า 2 ปี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 78.00 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ระดับดีเยี่ยมทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-2 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22.00 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่มีความรู้ในระดับดีเยี่ยม ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมากกว่า 2 ปีขึ้นไป

ประการที่ 2 ด้านการศึกษาหรือการอบรมเพิ่มเติม การได้รับการศึกษาหรือการอบรมความรู้เฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและหย่าเครื่องช่วยหายใจมีอิทธิพลต่อระดับความรู้ของพยาบาล การดำเนินการทำให้พยาบาลมีความตื่นตัวในการศึกษาหาความรู้และมีการเผยแพร่ความรู้ในหน่วยงาน รวมทั้งการจัดอบรมและการจัดกลุ่มอภิปรายความรู้จากวารสารทางการแพทย์และการพยาบาลจึงทำให้พยาบาลวิกฤตมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและหย่าเครื่องช่วยหายใจมากขึ้น (Fischer, 2014) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.84 ได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 8.59 ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ขาดความรู้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81 ไม่ได้รับการศึกษาหรือการอบรมเพิ่ม

เติม จำนวน 8 คน และในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับดีเยี่ยม จำนวน 50 คน ได้รับการศึกษาหรือการอบรมเพิ่มเติม จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 66.00 จะเห็นได้ว่า การได้รับการศึกษาหรือการอบรมความรู้เฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีอิทธิพลต่อระดับความรู้ของพยาบาล

2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 82.82 เนื่องจากอุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจยังคงมีอยู่และไม่ได้รับการแก้ไข ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ประการที่ 1 ด้านพยาบาลยังคงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าอัตราส่วนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในหน่วยงานที่ไม่เหมาะสมเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 คะแนน (S.D. = 1.27) รองลงมาคือ พยาบาลขาดอิสระในการตัดสินใจหย่าเครื่องช่วยหายใจ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 คะแนน (S.D. = 1.09)

ประการที่ 2 ด้านทีมผู้ดูแลรักษายังคงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีทีมผู้ดูแลรักษาขาดการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกันเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 (S.D. = 1.25) รองลงมาคือ ทีมผู้ดูแลรักษายังไม่มีการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพอย่างแท้จริง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 (S.D. = 1.28)

ประการที่ 3 ด้านผู้ป่วยยังคงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหรือความผิดปกติที่เป็นอยู่เดิมของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (S.D. = 0.74) รองลงมาคือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการทำงานของกระบังลม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (S.D. = 0.91) จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของ

พยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจด้านผู้
ป่วยสูงกว่าด้านพยาบาลและด้านทีมผู้ดูแลรักษา และ
พยาบาลรับรู้ปัจจัยทุกด้านยังคงเป็นอุปสรรคในการ
ปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ

3. การปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหยา
เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการ
ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง จำนวน 125 คน คิด
เป็นร้อยละ 97.66 เนื่องจากอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก และการ
ใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจในการ
ปฏิบัติงาน โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ประการที่ 1 ด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติ
งานในหอผู้ป่วยหนัก ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานช่วย
พัฒนาไปสู่ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลทาง
คลินิก (Bobay, Gentile, & Hagle, 2009) ดังนั้นการ
ปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจจึงเป็น
บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่มีประสบการณ์หรือมีความ
เชี่ยวชาญ โดยมีการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ที่มี
ประสบการณ์หรือมีความเชี่ยวชาญเช่นเดียวกัน
(Blackwood, Junk, Lyons, McAuley, & Rose, 2013)
ดังนั้นจึงได้จำผลการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
มีระดับการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง
จำนวน 125 คน โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอ
ผู้ป่วยหนักมากกว่า 2 ปี จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ
80.00 และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
อยู่ในช่วง 1-2 ปี เพียง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

ประการที่ 2 ด้านการใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการ
หยาเครื่องช่วยหายใจในการปฏิบัติงาน (nurse-led
weaning strategies or protocol) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่
พยาบาลวิกฤตใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และได้รับ
ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งจากหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็น
ว่าการใช้แนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจโดย
พยาบาล มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพอย่างมาก
ในการลดระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจและการ
หยาเครื่องช่วยหายใจ (Crocker, 2011) และแนวปฏิบัติ
ในการหยาเครื่องช่วยหายใจยังเป็นแนวทางการปฏิบัติ

การพยาบาลให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกันและเป็น
ประโยชน์ต่อพยาบาลที่ไม่ค่อยมีประสบการณ์ในการ
ปฏิบัติงาน (Blackwood & Wilson-Barnett, 2007)
ดังนั้นจึงได้จำกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้แนว
ปฏิบัติเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจในการปฏิบัติ
งาน จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 94.53 และกลุ่ม
ตัวอย่างเพียง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.47 ไม่มีการใช้แนว
ปฏิบัติเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจในการปฏิบัติงาน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติการ
พยาบาลของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วย
หายใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับค่า
เฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิกฤต
เกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจาก
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมี
อิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing out-
come) ประสบการณ์สามารถพัฒนาไปสู่ทักษะและ
ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน โดยเกิดจากการปฏิบัติ
ซ้ำ ๆ และมีการพิจารณา กลั่นกรองจากสถานการณ์จริง
ที่ได้เผชิญ แล้วนำไปสู่การปฏิบัติ และความรู้ของ
พยาบาลก็เพิ่มขึ้นตามประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
เช่นเดียวกัน (Ndosi & Newell, 2009; Yildirim et al.,
2008)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการ
ปฏิบัติและการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการ
หยาเครื่องช่วยหายใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรค
ในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตมีความสัมพันธ์เชิงลบ
ในระดับต่ำกับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาล
ของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.362, p < .01$) กลุ่ม
ตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ใน
ระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ
82.82 และจากการวิเคราะห์การรับรู้อุปสรรคในราย
ด้าน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่ม
ตัวอย่างอยู่ในระดับน้อยถึงมากที่สุด ซึ่งด้านพยาบาลยัง
คงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานระดับน้อยถึงปานกลาง
ด้านทีมผู้ดูแลรักษายังคงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

ระดับน้อยถึงปานกลาง และด้านผู้ป่วยยังคงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานระดับปานกลางถึงมากที่สุด ในส่วนของระดับการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่ในระดับสูงมากที่สุด จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 97.66 ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.362, p < .01$) เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคในด้านพยาบาลและด้านทีมผู้ดูแลรักษายังคงเป็นอุปสรรคในระดับน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ส่วนด้านผู้ป่วยเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานระดับปานกลางถึงมากแค่เพียงด้านเดียว จึงทำให้ระดับการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่ในระดับสูง ดังนั้นการลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย พยาบาล รวมไปถึงองค์กรพยาบาล และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า คำนึง และเกิดความพึงพอใจในทุกฝ่าย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีเยี่ยม มีระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วย

หายใจอยู่ในระดับสูง ส่วนความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีเพียงค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.362, p < .01$) และส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยต่อไปในอนาคต ในเรื่องของการทำให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจลดลง เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เช่น ทักษะการประเมิน ระยะเวลาการศึกษา การอบรมเพิ่มเติม เป็นต้น และศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

- Alam, M., Jones, G., Kahl, W., & Kamath, M. V. (2014). Modeling the weaning of intensive care unit patients from mechanical ventilation: A review. *Critical Reviews™ in Biomedical Engineering*, 42(1), 25-61. doi: 10.1615/CritRevBiomedEng.2014011124
- Alia, I., & Esteban, A. (2000). Weaning from mechanical ventilation. *Critical Care*, 4(2), 72-80. doi: 10.1186/cc660
- Benner, P., & Wrubel, J. (1982). Skilled clinical knowledge: The value of perceptual awareness. *Nurse Educator*, 7(3), 11-17.
- Blackwood, B., Junk, C., Lyons, J. D. M., McAuley, D. F., & Rose, L. (2013). Role responsibilities in mechanical ventilation and weaning in pediatric intensive care units: A national survey. *American Journal of Critical Care*, 22(3), 189-197.

- Blackwood, B., & Wilson-Barnett, J. (2007). The impact of nurse-directed protocolised-weaning from mechanical ventilation on nursing practice: A quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*, 44(2), 209-226.
- Bobay, K., Gentile, D. L., & Hagle, M. E. (2009). The relationship of nurses' professional characteristics to levels of clinical nursing expertise. *Applied Nursing Research*, 22(1), 48-53.
- Boles, J. M., Bion, J., Connors, A., Herridge, M., Marsh, B., Melot, C., ... & Welte, T. (2007). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, 29(5), 1033-1056. doi: 10.1183/09031936.00010206
- Bostrom, A. M., Kajermo, K. N., Nordström, G., & Wallin, L. (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: Does the BARRIERS Scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implementation Science*, 24(3), 1-10. doi: 10.1186/1748-5908-3-24
- BouAkl, I., Bou-Khalil, P., Kanazi, G., Ayoub, C., & El-Khatib, M. (2012). Weaning from mechanical ventilation. *Current Opinion in Anesthesiology*, 25(1), 42-47. doi: 10.1097/ACO.0b013e32834e6430
- Bunburaphong, T. (2014). Pitfalls of mechanical ventilation in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97(1), 150-154. (In Thai)
- Bunburapong. T. (2015). *Respiratory care in clinical practice*. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi hospital, Mahidol University.
- Chockalingam, T. (2015). Weaning and extubation. *Journal of Lung, Pulmonary & Respiratory Research*, 2(3), 1-2. doi: 10.15406/jlpr.2015.02.00043
- Craven, D. E., & Hjalmarson, K. I. (2010). Ventilator-associated tracheobronchitis and pneumonia: Thinking outside the box. *Clinical Infectious Diseases*, 51(1), 59-66. doi: 10.1086/653051
- Crocker, C. (2011). The patient requiring complex weaning from mechanical ventilation. In S. Bench & K. Brown (Eds.), *Critical care nursing: Learning from practice* (pp. 30-45). New Delhi: John Wiley & Sons.
- Danckers, M., Grosu, H., Jean, R., Cruz, R. B., Fidellaga, A., Han, Q., ... Khouli, H. (2013). Nurse-driven, protocol-directed weaning from mechanical ventilation improves clinical outcomes and is well accepted by intensive care unit physicians. *Journal of Critical Care*, 28(4), 433-441. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.10.012
- Demingo, X. P. (2011). Professional nurses' knowledge regarding weaning the critically ill patient from mechanical ventilation. (the degree).
- Dos Santos, P., Teixeira, C., Savi, A., Maccari, J. G., Neres, F. S., Sant, A., ... Rotta, F. T. (2012). The critical illness polyneuropathy in septic patients with prolonged weaning from mechanical ventilation: Is the diaphragm also affected? a pilot study. *Respiratory Care*, 57(10), 1594-1601. doi: 10.4187/respcare.01396

- Fischer, J. L. (2014). Intensive care nurses' knowledge of evidence based guidelines regarding weaning the mechanically ventilated patient (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10539/15279>
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499-510. doi: 10.1207/s15327906mbr2603_7
- Hansen, B. S., & Severinsson, E. (2007). Intensive care nurses' perceptions of protocol-directed weaning-a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 196-205.
- Juern, J. S. (2012). Removing the critically ill patient from mechanical ventilation. *Surgical Clinics of North America*, 92, 1475-1483. doi: 10.1016/j.suc.2012.08.008
- Kalanuria, A. A., Zai, W., & Mirski, M. (2014). Ventilator-associated pneumonia in the ICU. *Critical Care*, 18(2), 1-8. doi: 10.1186/cc13775
- Klinchid, S. (2006). *Barriers to evidence-based nursing practice as perceived by professional nurses in critical care units, Chiang Rai regional hospital*. Unpublished master's thesis. Chiang Mai University: Chiang Mai. (In Thai)
- Klinchid, S. (2006). *Barriers to evidence-based nursing practice as perceived by professional nurses in critical care units, Chiang Rai regional hospital*. Unpublished master's thesis. Chiang Mai University: Chiang Mai. (In Thai)
- Klompas, M. (2013). Complications of mechanical ventilation-The CDC's new surveillance paradigm. *New England Journal of Medicine*, 368(16), 1472-1475. doi: 10.1056/NEJMp1300633
- Knebel, A., Shekleton, M. E., Burns, S., Clochesy, J. M., & Hanneman, S. K. (1998). Weaning from mechanical ventilatory support: Refinement of a model. *American Journal of Critical Care*, 7(2), 149-152.
- Koh, S. S., Manias, E., Hutchinson, A. M., Donath, S., & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a fall prevention clinical practice guideline in Singapore hospitals. *BMC health services research*, 8(1), 1-10. doi: 10.1186/1472-6963-8-105
- Lavelle, C., & Dowling, M. (2011). The factors which influence nurses when weaning patients from mechanical ventilation: Findings from a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 244-252. doi: 10.1016/j.iccn.2011.06.002
- McLean, S. E., Jensen, L. A., Schroeder, D. G., Gibney, N. R., & Skjodt, N. M. (2006). Improving adherence to a mechanical ventilation weaning protocol for critically ill adults: outcomes after an implementation program. *American Journal of Critical Care*, 15(3), 299-309.
- Ndosi, M. E., & Newell, R. (2009). Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *Journal of clinical nursing*, 18(4), 570-580.
- Prakash, P., Krishna, K., & Bhatia, D. (2006). Complications of mechanical ventilation. *Journal Indian Academy of Clinical Medicine*, 7(1), 39-46.

- Rose, L., Blackwood, B., Egerod, I., Haugdahl, H. S., Hofhuis, J., Isfort, M., ... Schultz, M. J. (2011). Decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: An international survey. *Critical Care*, 15(6), 1-8. doi: 10.1186/cc10588
- Sathe, H., Shah, N., & De Sousa, A. (2015). Psychological ventilator dependence: A case report. *Critical Care & Shock*, 18(1), 16-18.
- Tonnelier, J., Prat, G., Le Gal, G., Gut-Gobert, C., Renault, A., Boles, J. & L'Her, E. 2005. Impact of a nurses' protocol-directed weaning procedure on outcomes in patients undergoing mechanical ventilation for longer than 48 hours: A prospective cohort study with a matched historical group. *Critical Care*, 9(2), 83-89.
- Tantichatkul, J., & Kenthongdee, W. (2013). The development of clinical nursing practice guideline for weaning from mechanical ventilation: an evidence based practice. *Journal of Nursing Division*, 40(3), 56-69. (In Thai)
- Villa, G., Manara, D., & Palese, A. (2012). Nurses' near-decision-making process of postoperative patients' cardiosurgical weaning and extubation in an Italian environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(1), 41-49. doi: 10.1016/j.iccn.2011.10.007
- Whyte, J., Ward, P., & Eccles, D. W. (2009). The relationship between knowledge and clinical performance in novice and experienced critical care nurses. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(6), 517-525.
- Yildirim, Y. K., Cicek, F., & Uyar, M. (2008). Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. *Pain Management Nursing*, 9(1), 17-25.



**อุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี
ภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดี: มุมมองของบุคลากรทางสุขภาพ**
**Barriers to readiness for hospital discharge in liver cancer
and cholangiocarcinoma patients post invasive percutaneous transhepatic
biliary drainage: Perspectives of Health Care Provider**

ชนิษฐา	รัตน์กัลยา *	Kanittha	Rattanakanlaya *
ลลิตา	นพคุณ **	Lalida	Noppakun **

บทคัดย่อ

บุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อบรรยายการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับอุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดีรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดี สรุปได้ 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ระบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายไม่ชัดเจน 2) ภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมาก 3) ความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย และ 4) ขาดสื่อการสอนที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรมีการประเมินและระบุความต้องการการเตรียมพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพื่อทราบถึงความต้องการที่แท้จริงและควรมีการศึกษาในรูปแบบในการประเมินผลการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านช่วงชีวิตที่ออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้านได้เป็นอย่างดีราบรื่น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี ความพร้อมในการจำหน่าย บุคลากรทีมสุขภาพ อุปสรรค

Abstract

Health care providers are responsible for adequate preparation of patients for discharge from the hospital. This research aimed to describe perception of health care providers on barriers to readiness for hospital discharge in liver cancer and cholangiocarcinoma patients post invasive percutaneous transhepatic biliary drainage. Design of study was descriptive qualitative research.

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, kanittha.r@cmu.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 23 พฤษภาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 29 สิงหาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2562

Qualified participants were recruited by purposive sampling included 10 healthcare providers. Data was collected by using in depth interview. Data was analyzed by using content analysis. The finding indicated that perception of health care providers on barriers to readiness for hospital discharge in liver cancer and cholangiocarcinoma patients post invasive percutaneous transhepatic biliary drainage revealed that into four themes 1) unclear of readiness to discharge system 2) heavy workload on staff 3) limitation of patients' perception and 4) lack of clear teaching media and simple. The recommendations were health care providers should assess and identify patients' need in readiness to hospital discharge for achieve truly need and explore evaluation of readiness approach to hospital discharge. All of this will support patients pass through life period in hospital discharge to home efficiently.

Keywords: liver cancer and cholangiocarcinoma patients, readiness for hospital discharge, health care provider, barriers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งตับและทางเดินน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างก้าวหน้า จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีรายใหม่เพิ่มจากร้อยละ 8.23 เป็นร้อยละ 10.99 และขึ้นจากอันดับ 5 ของ 15 อันดับแรก จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เป็นอันดับ 3 (Information and Technology Division, National Cancer Institute, 2015, 2016, 2017) ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เนื่องจากโรคร้ายในระยะสุดท้ายหรือสภาพร่างกายผู้ป่วยอ่อนแอ จะใช้การรักษาแบบประคับประคองโดยการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดี (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD) เพื่อระบายน้ำดีที่คั่งออก ซึ่งจะช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการคัน ไข้ ตาและตัวเหลือง และคั่งน้ำที่ของระบบทางเดินน้ำดีไว้ (Duangmala & Boonyaleepan, 2010; Khunyodying, 2016) ภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดีผู้ป่วยจะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น ๆ เพียงแค่ 1-2 วัน ก็จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปพักฟื้นที่บ้าน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ยาวในการ

อยู่โรงพยาบาลทำให้ระยะเวลาในการแสวงหาข้อมูลหรือการทำความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรมีเวลาจำกัด ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่พร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ดังการศึกษาของ Kunthakhu, Watthanakitkrileart, Pongthavornkamol, & Dumavibhat (2009) พบว่าความพร้อมในการจำหน่ายด้านความรู้อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากพยาบาลน้อยกว่าความต้องการ ประกอบกับพักรักษาอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานจึงทำให้ลดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกทักษะในกิจกรรมการพยาบาล เมื่อกลับไปอยู่บ้านทำให้เกิดปัญหา เช่น การปรับตัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองขณะที่มีการคายท่อระบายตลอดเวลา หากการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านไม่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดปัญหาตามมาทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลก่อนวันนัดเปลี่ยนสายท่อระบาย (exchange PTBD) เช่น สายระบายอุดตัน สายระบายเลื่อนหลุด การติดเชื้อที่แผล การติดเชื้อทางเดินน้ำดี เป็นต้น (Punyagariyagorn, 2013) ความพร้อมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ที่ต้องมีการจัดเตรียมไว้ล่วงหน้า การจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและท้าทายสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล การ

วางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะช่วยยกระดับ
สุขภาพของผู้ป่วยและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาก่อน
วันนัด (Wong et al., 2011)

ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
(readiness for hospital discharge) เป็นความสามารถ
ของผู้ป่วยที่จะออกจากการดูแลจากโรงพยาบาลและ
กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน (Weiss et al., 2007) และ
ยังเป็นตัวชี้วัดของการฟื้นคืนสภาพซึ่งแสดงถึงการ
จำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ปลอดภัย (Korttila, 1991)
ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ประกอบด้วย 1) สถานะด้านสุขภาพ (personal status)
2) ความรู้ (knowledge) ในการจัดการดูแลสุขภาพของ
ผู้ป่วย 3) ความสามารถในการเผชิญปัญหา (coping
ability) และ 4) การช่วยเหลือที่คาดว่าจะได้รับ (ex-
pected support) ความพร้อมในการจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลจึงมีความสำคัญและได้รับความสนใจอย่าง
แพร่หลายทั้งนี้เพื่อคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย
ความพึงพอใจ และบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึง
ประสงค์ (Weiss & Piacentine, 2006) ความพร้อมใน
การจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและ
ทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและ
เนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดีเป็นนับเป็นบทบาทหน้าที่ของ
บุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพเป็นฐานราก
ของระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นผู้
ให้บริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจึงรวมไปถึง
การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
แก่ผู้ป่วยด้วย กระบวนการจำหน่ายเป็นการทำงานร่วม
กันระหว่างทีมสุขภาพ ซึ่งต้องการการประสานงานกัน
การเตรียมการจำหน่ายจากโรงพยาบาลใช้เวลาและซับซ้อน
(Pinelli, Papp, & Gonzalo, 2015; Wong et al., 2011) จึงทำให้มีอุปสรรคเกิดขึ้นหลากหลาย จาก
การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอุปสรรคต่อความพร้อม
ในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในต่างประเทศพบ
ว่า มีการศึกษาของ Wong et al. (2011) ซึ่งศึกษา
สถานะปัจจุบันของการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรง
พยาบาลและอุปสรรคที่ทำให้ความพร้อมในการจำหน่าย

จากโรงพยาบาลขาดประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่า
ยังไม่มีมาตรฐานและนโยบายที่จะขับเคลื่อนการ
จำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ชัดเจน และอุปสรรค ได้แก่
ขาดมาตรฐานและนโยบายในการจำหน่ายจากโรง
พยาบาล ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมสุขภาพ
และการถ่ายทอดข้อมูลสู่ผู้ป่วย ตลอดจนถึงการประสาน
งานระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ และการศึกษาของ
Hesselink et al. (2012) ศึกษาอุปสรรคและสิ่ง
สนับสนุนต่อการดูแลผู้ป่วยในกระบวนการจำหน่ายผู้
ป่วยจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ในมุมมองของ
บุคลากรทีมสุขภาพ สะท้อนว่าอุปสรรคในการจำหน่าย
ผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาในการให้ข้อมูล
มีน้อย ให้ความสำคัญกับงานในหน้าที่มากกว่า ขาด
มาตรฐานของการจำหน่าย ขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่
เฉพาะและความต้องการเตียงว่าง นอกจากนี้ยังมีการ
ศึกษาของ Rgavan, Svec, & Shieh (2017) พบว่าการ
สื่อสารระหว่าง บุคลากรทีมสุขภาพและผู้ป่วย เวลาที่
จำหน่าย และขาดมาตรฐานการจำหน่าย เป็นอุปสรรค
ในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล จากการศึกษา
ของต่างประเทศ มีอาจอธิบายอุปสรรคต่อความพร้อม
ในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย
มะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบาย
ผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดีได้อย่างชัดเจน
เนื่องจากความแตกต่างของประเภทผู้ป่วย การรักษาที่
ได้รับ บริบททางด้านวัฒนธรรม เชื้อชาติ และสังคม
ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมสำหรับใน
ประเทศไทยพบว่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคต่อ
ความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
ในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ จึงยังไม่มีกรอบอธิบายถึงอุปสรรค
ต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้
ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สาย
ระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดีจากมุมมอง
ของบุคลากรทีมสุขภาพในบริบทของประเทศไทย
โดยตรงอย่างครอบคลุมและชัดเจน การศึกษาเพื่อ
อธิบายการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่อความพร้อมในการ
จำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทาง

เดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อ
ตับเข้าสู่ท่อน้ำดีจากม้ามของบุคลากรทีมสุขภาพจะ
เป็นประโยชน์ต่อการได้ข้อมูลที่น่าไปสร้างความเข้าใจอย่าง
ลึกซึ้ง และเป็นแนวทางในการพัฒนาการเตรียมความ
พร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง
ตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่าน
ผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับอุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจงและบอกต่อ (purposing and snowball sampling) เป็นบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี 2) สามารถสื่อสารพูดภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้มีจำนวน 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นผู้ผ่านการเรียนรู้ในหัวข้อการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูล และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพและมีผลงานตีพิมพ์งานวิจัยมาแล้ว

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา

3. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับอุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีจากม้ามของบุคลากรทีมสุขภาพ ที่ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ราย โดยแนวทางการสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี ประเด็นคำถามได้แก่ ท่านมีการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างไร ท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใดจึงรู้สึกเช่นนั้น

4. อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และปากกา

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์แล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลักทราบว่าการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยชื่อ สกุลและรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลักจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานจะนำเสนอในภาพรวมให้ความเชื่อมั่นผู้ให้ข้อมูลหลักในการเก็บรักษาเทปบันทึกเสียง ข้อมูลดิบและข้อมูลทั่วไปว่าจะถูกเก็บรักษาในตู้มิดชิด เพื่อที่จะมั่นใจถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้คำมั่นว่ารายละเอียดของการสัมภาษณ์จะถูกถอดเทปและเก็บรักษาโดยผู้วิจัยเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลนำเสนอในภาพรวม ชื่อจริงและตำแหน่งผู้ให้ข้อมูล ชื่อโรงพยาบาลจะไม่ถูกระบุในการศึกษาครั้งนี้

การนำเสนอจะใช้ชื่อสมมุติแทน ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะถูกลบทิ้งภายหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยครั้งนี้ การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้สถานที่เป็นส่วนตัวและสะดวก ผู้ให้ข้อมูลหลักถูกสัมภาษณ์ด้วยวาจาในระหว่างสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักมีสิทธิที่จะปฏิเสธในการตอบคำถามที่ทำให้ไม่สบายใจและมีสิทธิที่จะหยุดให้สัมภาษณ์ได้ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนการบันทึกเทปการให้สัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสอบถามผู้ให้ข้อมูลหลักรายแรกจากเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เมื่อได้ข้อมูลผู้ป่วยจากผู้ให้ข้อมูลหลักรายแรกแล้ว ผู้วิจัยถามหาผู้ที่จะสามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นรายที่สองต่อไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ภายหลังจากคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแล้วผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการสัมภาษณ์ในห้องที่จัดเตรียมไว้ การสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย การสัมภาษณ์จะเริ่มต้นโดยคำถามกว้าง ๆ เมื่อการสัมภาษณ์ก้าวหน้า ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามเจาะลึกเพื่อค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ที่สนใจ และไม่ยึดติดกับแนวคำถาม ผู้ให้ข้อมูลถูกสัมภาษณ์ประมาณ 30-50 นาที การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) โดยพิจารณาจากการที่ไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ มาเพิ่มเติมจากที่มีอยู่เดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามวิธีการของ Graneheim & Lundman (2004) โดยนำข้อมูลที่ได้อาถอตเทปคำต่อคำและอ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์หลายครั้ง ๆ เพื่อให้เข้าใจในข้อมูลหรือปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นสำคัญ จากนั้นดึงคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ แยกข้อความสำคัญไว้ จัดกลุ่มข้อมูลตามลักษณะที่มีนัยของความหมายในแนวทางเดียวกัน กำหนดรหัสข้อมูล (coding) จัดรหัส

ข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (sub category) เพื่อเป็นการลดทอนจำนวนข้อมูลลง และวิเคราะห์หมวดหมู่ที่ได้เพื่อจัดเป็นหมวดหมู่ใหญ่ (theme) และหมวดหมู่ย่อย (category)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการของ Lincoln & Guba (1985) ดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยศึกษาในผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีประสบการณ์จริง ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลกับการตีความ โดยเสนอข้อมูลต่อผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบ (member checking) จำนวน 2 รายและให้เพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชัดเจน 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) โดยผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ ในผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทคล้ายคลึงกัน 3) การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) โดยผู้วิจัยเขียนการสะท้อนคิดของผู้วิจัยตลอดกระบวนการของการเก็บข้อมูลเพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้ผู้ร่วมวิจัยช่วยตรวจสอบกระบวนการเก็บข้อมูลและการสรุปข้อค้นพบ และ 4) การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) โดยผู้วิจัยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลและการสรุปข้อค้นพบกับเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ (peer debriefing)

ผลการวิจัย

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์มีประสบการณ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีจากโรงพยาบาลภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดี จำนวน 10 ราย ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 ราย พยาบาล จำนวน 6 ราย ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 3 ราย เพศชาย จำนวน 1 ราย และเพศหญิง จำนวน 9 ราย อายุระหว่าง 35-55

ปี (อายุเฉลี่ย 47.4 ปี) ผู้ให้ข้อมูลสำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา จำนวน 2 ราย ปริญญาตรี จำนวน 6 ราย สูงกว่าปริญญาโท จำนวน 2 ราย เป็นผู้ให้การรักษา จำนวน 1 ราย และเป็นผู้ให้การดูแลในโรงพยาบาล จำนวน 9 ราย

อุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับอุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี มีอยู่ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ระบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายไม่ชัดเจน 2) ภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมาก 3) ความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย และ 4) ขาดสื่อการสอนที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

ประเด็นหลักที่ 1 ระบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายไม่ชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่าอุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีส่วนหนึ่งมาจากระบบการเตรียมจำหน่ายไม่ชัดเจน โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 ขาดการกำหนดบุคคลที่ชัดเจนในการให้ข้อมูลในการจำหน่าย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าการขาดการกำหนดบุคคลในการให้ความรู้ที่ชัดเจน มีบุคลากรหลากหลายในการให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“ก็แล้วแต่ว่าใครจะอยู่เวร แต่ส่วนมากพี่ PN ได้เหมือนกันหมดทุกคน แต่พยาบาลก็จะเป็นคนแนะนำเรื่องยา เรื่องใบนัด แล้วจะกำชับเรื่องการ observe ตัวเอง ดูแลแผล” (ID1)

“เราต้องทำงานด้วย ทำทุกอย่างพี่ว่านี่ จะให้เขาจัดมาเป็นล่อยพยาบาลล่อยเพื่อการสอนโดยเฉพาะอย่างนี้ มันก็ไม่ได้ มันต้องทำหมดเลย ทุกวัน ถึงได้ดึง PN มาช่วยในเรื่องการสอนอย่างนี้...การสอนอย่างนี้เรา

ก็ยังเป็น PN ที่สอน แล้วมันมีคู่มืออยู่แล้ว แล้วก็พวกนี้มันใช้ทักษะ ถ้าสอนบ่อย ๆ อะไรอย่างนี้ เขาก็จะเรียนรู้แต่ถ้าลึก ๆ เขาก็จะโยนมาให้พยาบาล... เขาสอนแล้ว nurse ก็ต้องเข้าไปประเมินอยู่ดี... แบบประเมินว่าเมื่อเขาน้องเขามาสอนยังงี้บ้าง อย่างนี้ เราก็คือว่าเป็นการประเมิน เราบอกเข้าใจไหม โอเคไหม อย่างนี้ ถ้าน้องเขาไม่ได้พูดเรื่องการให้ antibiotics ก่อนไป เราก็คือเสริมพยาบาลก็จะเสริมให้มันครอบคลุม” (ID5)

1.2 ขาดการกำหนดแนวทางการประเมินผลให้ชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่าขาดการกำหนดแนวทางการประเมินผลให้ชัดเจน ทำให้ไม่แน่ใจว่าการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายนั้น ครบถ้วนตามที่ควรจะเป็นหรือไม่

“ดูเขาวาเตได้ ก็มาบอกพยาบาลว่าคนไข้สามารถทำได้นะ มีความมั่นใจในการทำ ทำถูกต้อง หลังจากการประเมิน พยาบาลก็จะเขียนลงใน nurse note” (ID1)

“ก่อนที่จะกลับก็ให้เขาสาธิตให้เราดู ก่อนว่าเขาได้นะ อย่างนี้ละ แล้วก็ให้เขาตอบเราว่าเขาไปทำแผลอะไรยังงี้ อย่างนี้ ประเมินทักษะของคนไข้ก่อน... ทางวอร์ดยังไม่เป็นรูปธรรม” (ID8)

“มีถามย้อนกลับหลังสอนว่า เราก็จะถามเน้น ๆ เช่น รู้ไหมว่าทำแผลต้องดูแลแผลยังงี้ ทำแผลทุกกี่วัน ถ้าแผลแห้งดี สวนล้างสายทุกทุกเท่าไร แล้วต้องมีการจดบันทึกอะไรบ้าง” (ID9)

1.3 ระยะเวลาในการเตรียมการจำหน่ายน้อย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีข้อจำกัดด้านเวลาในการเตรียมจำหน่าย โดยที่ผู้ป่วยมีเวลาในรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีเวลาในการเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วยน้อยเช่นกัน

“ถ้าหมอของเรามี order ให้ discharge ได้ อย่างนี้เราก็พยายามทำให้ดีที่สุด ให้เขากลับไปอยู่บ้านได้ด้วยตัวเอง... เนื่องจากว่าเรามีเวลาน้อย หมายถึงว่าคนไข้ทว่าวันนี้ แล้วพรุ่งนี้ได้กลับเลยอย่างนี้” (ID1)

“พอรู้ว่าจะต้องทำ PTBD เขาจะไปนัดคิวได้วันปึบ อันนั้นโอเคแล้ว เขาจะมาก่อนทำหนึ่งวันแล้วก็ทำ

แล้วอีกวันไม่มีปัญหาก็กลับ อย่างนี้เลยประมาณสักสามวัน เราจะใช้เวลาประมาณนี้... เราจะมีเวลาแค่นี้ในการแบบเขาเรียกว่าอะไร ประเมินและสอน แล้วอะไร เราจะได้มีมันขนาดนั้น เพราะฉะนั้นที่ถึงว่าไม่ได้มีร้อยถามว่าร้อยเปอร์เซ็นต์ใหม่ มันก็ไม่ได้เต็ม” (ID7)

ประเด็นหลักที่ 2 ภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมาก ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าอุปสรรคในการเตรียมการจำหน่ายส่วนหนึ่งเกิดจากเจ้าหน้าที่ โดยที่เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากทำให้การเตรียมการจำหน่ายอาจทำให้ไม่สามารถเตรียมการจำหน่ายได้อย่างเต็มที่

“คนบางคน เขาอาจจะรับไม่ได้เต็มร้อย เรากีสอนไม่ได้เต็มร้อยบางทีก็ speed ไม่ได้ย้อนหรือเธอฟังฉันแบบ ๆ ไปแล้วนะ โอเคจะกลับบ้านได้ ไม่ได้ถามหรือทุกขีใหม่ ไม่มีเวลา... เราไม่ได้มีเวลาให้เขาเต็มร้อย” (ID7)

“บางทีงานเรามันยุ่ง การเตรียมความพร้อมบางทีหนึ่งวันมันก็ทำให้แบบ พรุ่งนี้จะทำแล้วนะมาเตรียมความพร้อมวันนี้อะไรอย่างนี้ บางทีมันก็ยุ่งละทุกไป แต่ว่ามันด้วยเวลาจำกัดแล้วงานของพยาบาลเรามันค่อนข้างจะเยอะ แล้วก็ไม่ค่อยจะมีเวลา” (ID8)

ประเด็นหลักที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึงความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยที่หากผู้ป่วยเป็นสูงอายุจะมีข้อจำกัดเรื่องของความจำ เมื่อให้ข้อมูลไปแล้วอาจจดจำได้ไม่หมด

“พอแก่ ๆ มา เริ่มมันจะติด มันไปไม่ได้ก็จะงง ๆ งง ๆ กัน มันก็จะยากนิดหนึ่งในกรณีที่แบบเข้าใจยากอะไรยาก ซึ่งบางคนคือ แค่นี้ก่อนนะเดี๋ยวถ้าญาติมา มาบอกพยาบาล เดี่ยวพยาบาลจะสอนพร้อมญาติ เพราะว่าฉันไม่ไหวแล้ว... จะช้ามาก ซึ่งบางทีเราก็อายุไปเกือบชั่วโมง ในเคส ๆ หนึ่ง แล้วคิดดูงานตรงนี้ก็ไม่ได้ทำอะไรอย่างนี้... ไม่จำ และทำไม่ได้ ขอญาติคนที่จะต้องดูแลต้องอยู่ด้วยมาเดี๋ยวฉันจะสอน” (ID7)

“แต่ส่วนใหญ่ที่อธิบาย ก็มีญาติคู่ตลอด เพราะว่าว่าคนไข้ที่มานี้ หนึ่ง แก่ แล้วเรารู้สึกเลยว่า เวลาเราจะ

อธิบายนะ เขาจะจำไม่ได้ เขาจะบอกเราเอง” (ID9)

ประเด็นหลักที่ 4 ขาดสื่อการสอนที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึงสื่อการสอนที่ใช้ในปัจจุบันซึ่งเป็นแฟ้มการปฏิบัติตัวซึ่งเป็นตัวหนังสือเกือบทั้งหมด แม้บางครั้งจะมีรูปภาพก็เป็นภาพนิ่ง ไม่มีการเคลื่อนไหว อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้เฉพาะเวลาที่อยู่กับพยาบาลผู้สอน แต่เมื่อกลับไปที่บ้านแล้วผู้ป่วยอาจลืมได้ ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ที่ยากได้จริง ๆ ก็อยากจะมีแบบวิดีโอการปฏิบัติตัวตามที่แฟ้มของเรานั้นแหละ แต่จากตัวหนังสือแปลออกมาเป็นรูปภาพที่จะต้องถ้อยยังงั้น ต้องตัดยังงั้น ต้องอาบน้ำยังงั้น ต้องติดยังงั้น คือเอามาเป็นเหมือนวิดีโอเป็นภาพอะไรอย่างนี้ คนแก่น่าจะเข้าใจง่ายกว่าในการที่เราแบบพูดแบบ ๆ เขาเข้าใจบ้าง ไม่เข้าใจบ้าง (เข้าใจ) อันนี้พี่ว่ามันช่วย...แบบสงสัยตรงนี้ใหม่ ลองทำให้ดู ย้อนกลับสาธิตย้อนกลับ อันนี้ไม่ได้สาธิตอะไรสักอย่าง รับอย่างเดียวแล้วก็กลับบ้านไปเลย” (ID7)

“ถ้าเรามีอะไรช่วยมาทูนเราโดยการที่เราไม่ต้องการนั่งพูดเองทุกราย อย่างเช่น มีวิดีโอ อยากฟังก็รอบ คุณสะดวกเมื่อไหร่ ฟัง” (ID9)

“มันก็ต้องลงทุนซื้อไอ้ตัว (ทูนจำลอง) สอนจนทำได้ ซึ่งโดยความเห็นผมว่าอาจจะคุ้มค่าเมื่อเทียบกับค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาอะไรอย่างนี้” (ID10)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดี สามารถอภิปรายผลตามประเด็นหลักได้ดังนี้

1. ระบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายไม่ชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าเกิดจากขาดการกำหนดบุคคลที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อม ขาดการกำหนดแนวทางการประเมินผลให้ชัดเจน และระยะเวลาในการเตรียมการจำหน่ายน้อย ผลการศึกษาที่ผู้ให้ข้อมูลให้สะท้อนว่าขาดการกำหนดบุคคลที่ชัดเจนในการให้

ความข้อมูลในการจัดการสุขภาพ มีบุคลากรหลากหลาย ในการให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hesselink et al. (2012) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักให้ข้อมูลว่า บุคลากรชั้นเวรเช้า บ่าย ดึก ทำให้การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายมีการสับเปลี่ยนกันดูแล อาจทำให้ความสมบูรณ์ในการเตรียมการจำหน่ายไม่เพียงพอ และการศึกษาของ Wong et al. (2011) พบว่าอุปสรรคในการจำหน่ายข้อหนึ่ง คือไม่มีแนวทางในการบริหารบุคลากรในการจำหน่ายผู้ป่วยจาก โรงพยาบาล และการศึกษาของ Ragavan, Svec & Shieh (2017) พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพสะท้อนว่า บทบาทของพวกเขในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไม่ชัดเจน และ ในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลนั้นมีบุคลากรทางสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ละสาขาวิชาชีพมุ่งให้ความสนใจในบทบาทของตนเอง แต่ละสาขาก็มีเกณฑ์ในการประเมินความพร้อมที่แตกต่างกันออกไป (Galvin, Wills, & Coffey, 2017) ดังนั้นการแจกแจงบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพในการจำหน่ายผู้ป่วยว่าใคร ทำอะไร อย่างไร จึงมีความสำคัญ ทีมสุขภาพจึงควรมีการทบทวนบทบาทของตนเองและแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเพื่อให้การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่าขาดการกำหนดแนวทางการประเมินผลให้ชัดเจน ทำให้ไม่แน่ใจว่าการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายนั้น มีประสิทธิภาพมากน้อยแค่ไหน ในประเด็นนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่ผ่านมา เห็นควรเสนอให้มีการศึกษาในประเด็นนี้ในการศึกษาต่อไป และสาเหตุที่ทำให้ระบบการเตรียมจำหน่ายไม่ชัดเจนส่วนหนึ่งเป็นมาจากระยะเวลา ผู้ให้ข้อมูลให้สะท้อนว่าข้อจำกัดด้านเวลาเป็นอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย โดยที่ผู้ป่วยมีเวลาในรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้น ทำให้มีเวลาในการเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วยน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hesselink et al. (2012) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักให้ข้อมูลว่า ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายน้อยส่วนหนึ่งเกิดจากเวลา

ว่างของญาติที่ดูแลและผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ให้ความรู้ก่อนกลับบ้านมักไม่ตรงกัน ทำให้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสุขภาพของผู้ป่วยมีช่วงเวลาสั้นแค่ก่อนมารับกลับบ้านเท่านั้น ความต้องการการใช้เตียงผู้ป่วย จึงมีการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลสั้นมีผลให้มีเวลาน้อยในการเตรียมพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล (Galvin, Wills, & Coffey, 2017) พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยควรได้มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยในการเตรียมพร้อมในการจำหน่ายจะช่วยให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง และสะท้อนข้อมูลให้ทีมสุขภาพได้รับทราบเพราะการรับรู้ความพร้อมของผู้ป่วยและบุคลากรอาจแตกต่างกัน

2. ภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมาก จากการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมาก ทำให้มีเวลาน้อยที่จะพูดคุยหรือให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้อย่างละเอียดก่อนจะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคในการเตรียมการจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hesselink et al. (2012) พบว่าภาระงานที่มากของเจ้าหน้าที่ทำให้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมในการจำหน่ายเป็นไปอย่างรีบเร่ง ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านไปด้วยข้อมูลในการจัดสุขภาพของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ และการศึกษาของ Kable et al. (2019) พบว่าภาระงานที่มากของบุคลากรทีมสุขภาพ มีผลทำให้คุณภาพในการจำหน่ายผู้ป่วยลดลง โดยที่ผู้ป่วยและญาติจะได้ข้อมูลในการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างมากในวันที่ออกจากโรงพยาบาล การให้ความรู้/ข้อมูลในการจำหน่ายก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยนั้นต้องใช้เวลา มาก บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรวางแผนและบริหารเวลา ใช้เวลาว่างจากงานหลัก ทพยอยให้ความรู้/ข้อมูลในการจำหน่ายก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยในแต่ละวันก่อนจำหน่าย (Weiss, Yakusheva, & Bobay, 2011) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าความสามารถในการจดจำของ

ผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีผลต่อความพร้อมในการจำหน่าย โดยที่หากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดเรื่องของความจำเมื่อให้ข้อมูลไปแล้วอาจจดจำได้ไม่หมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Hesselink et al. (2012) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่าผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ มักจะไม่ตระหนักความสำคัญของข้อมูลที่ได้รับและไม่สามารถจดจำข้อมูลที่ได้รับอย่างพร่องพรุ่และกะทันหันได้ การที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดของสรีรวิทยาและกายภาพทำให้ความรู้ สึกนึกคิดความสามารถจดจำถดถอยลงไป จึงทำให้ผู้สูงอายุถูกแปลกแยกจากกระบวนการเตรียมการจำหน่ายทำให้ไม่มีส่วนร่วมในการจำหน่าย (Coffey & McCarthy, 2013) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพิจารณาเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายในผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาให้สอดคล้องกับความต้องการ อย่างไรก็ตามความต้องการในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายในผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน เช่น ช่วงอายุเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ตอนปลาย โรคประจำตัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการมีผู้ดูแลใกล้ชิด ทั้งนี้เพื่อให้การผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงผ่านช่วงชีวิตหนึ่งเป็นอีกช่วงชีวิตหนึ่งได้

4. ขาดสื่อการสอนที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ตามที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่าสื่อการสอนที่มีอยู่ขาดความชัดเจนและเข้าใจง่ายโดยสื่อการสอนที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เพิ่มวิธีการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ การสอนก่อนกลับบ้าน (discharge teaching) นับเป็นส่วนสำคัญสำหรับความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและต้องอาศัยการสื่อสาร เนื้อหาและประเภทของสื่อมีอิทธิพลต่อคุณภาพ

ของการให้ความรู้ต่อผู้ป่วย ที่สำคัญคือคุณภาพของสื่อมีความสำคัญกว่าปริมาณ (Weiss et al., 2007) ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่าในการให้ความรู้/ให้ข้อมูลก่อนกลับบ้าน (discharge teaching) ควรพัฒนาสื่อการสอนขึ้นมาใหม่โดยเปลี่ยนจากรูปแบบเดิมจากแฟ้มการปฏิบัติตัวมาเป็นสื่อการสอนในรูปแบบวิดีโอซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพในการปฏิบัติได้ชัดเจนและถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถนำไปทบทวนได้ตามต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Horwitz et al.(2013) ซึ่งให้ความเห็นว่าการมีการสอนก่อนกลับบ้านที่หลากหลายวิธีจะมีส่วนช่วยในการยกระดับของการเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย โดยจะช่วยให้เพิ่มความเข้าใจและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเปลี่ยนผ่าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษานี้ศึกษาในมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพแต่เพียงฝ่ายเดียว ควรมีการประเมินและระบุความต้องการการเตรียมพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพื่อทราบถึงความต้องการที่แท้จริงเพื่อที่จะได้นำไปเตรียมพร้อมในการจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพ

2. จากผลการศึกษาพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพเห็นว่าระบบประเมินผลการเตรียมพร้อมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ควรมีการศึกษารูปแบบในการประเมินผลการเตรียมพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 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. doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00316.x
- Duangmala, M., & Boonyaleepan, S. (2010). Self-care behaviors of cholangiocarcinoma patients after percutaneous transhepatic biliary drainage. *Medical Journal of Yasothorn Hospital*, 12(2), 135-145.

- Galvin, E. C., Wills, T., & Coffey, A. (2017). Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 73(11), 2547-2557. doi:10.1111/jan.13324
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Hesselink, G., Flink, M., Olsson, M., Barach, P., Dudzik-Urbaniak, E., Orrego, C., ... & Vernooij-Dassen, M. (2012). Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ quality & safety*, 21 (Suppl 1), i39-i49.
- Horwitz, L. I., Moriarty, J. P., Chen, C., Fogerty, R. L., Brewster, U. C., Kanade, S., ... & Krumholz, H. M. (2013). Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. *JAMA internal medicine*, 173(18), 1715-1722. doi:10.1001/jamainternmed.2013.9318
- Information and Technology Division, National Cancer Institute.(2015).Hospital base cancer registry annual report 2014.Bangkok: Pornsup Printing Co., LTD.
- Information and Technology Division, National Cancer Institute.(2016).Hospital base cancer registry annual report 2015.Bangkok: Pornsup Printing Co., LTD.
- Information and Technology Division, National Cancer Institute.(2017).Hospital base cancer registry annual report 2016.Bangkok: Pornsup Printing Co., LTD.
- Kable, A., Baker, A., Pond, D., Southgate, E., Turner, A., & Levi, C. (2019). Health professionals' perspectives on the discharge process and continuity of care for stroke survivors discharged home in regional Australia: A qualitative, descriptive study. *Nursing & health sciences*, 21(2), 253-261. doi:10.1111/nhs.12590
- Khunyodying, D. (2016). Caring of patients after percutaneous transhepatic biliary drainage. Retrieved September 5, 2018 from <https://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20160218100125834995.pdf>
- Korttila, K. (1991). Anaesthesia for ambulatory surgery: Firm definitions of "home readiness" needed. *Annals of Medicine*, 23(6), 635-636.
- Kunthakhu, S., Watthanakitkriear, D, Pongthavornkamol, K & Dumavibhat, C. (2009). Factors Influencing Readiness for Hospital Discharge in Acute Myocardial Infarction Patients. *J Nurs Sci*, 27(2), 83-91.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: SAGE.
- Pinelli, V. A., Papp, K. K., & Gonzalo, J. D. (2015). Interprofessional communication patterns during patient discharges: A social network analysis. *Journal of general internal medicine*, 30(9), 1299-1306. doi:10.1007/s11606-015-3415-2
- Punyagariyagorn, S. (2013). Factors Related to Preventive Behaviors Affecting Complications of Cholangiocarcinoma's Patients after Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage. *Nursing Journal of Ministry of Public Health*, 23(1),70-79.

- Ragavan, M. V., Svec, D., & Shieh, L. (2017). Barriers to timely discharge from the general medicine service at an academic teaching hospital. *Postgraduate Medical Journal*, 93(1103), 528-533. doi:10.1136/postgradmedj-2016-134529
- 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.
- Weiss, M. E., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health services research*, 46(5), 1473-1494. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01267.x
- Wong, E. L., Yam, C. H., Cheung, A. W., Leung, M. C., Chan, F. W., Wong, F. Y., & Yeoh, E. K. (2011). Barriers to effective discharge planning: A qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC health services research*, 11(1), 242. doi:10.1186/1472-6963-11-242.

ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

Effect of Gum Chewing on Bowel Function Recovery in Post Abdominal Surgery Patients

วรารณ	วงศ์เรือง *	Waraporn	Wongruang *
นัทธมน	วูธานนท์ **	Nuttamon	Vuttanon **
วรารณ	อุดมความสุข ***	Warawan	Udomkhamasuk ***

บทคัดย่อ

ภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดเป็นผลตามมาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของการผ่าตัดช่องท้อง การส่งเสริมการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้จึงเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรสุขภาพ ในขณะที่การเคี้ยวซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้อาหารหลอกพบว่าช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ได้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องและรักษาตัวในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 จำนวน 28 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์กำหนดและแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 ราย ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองให้เคี้ยวหมากฝรั่ง 3 ครั้งต่อวัน นานครั้งละ 15 นาทีโดยเริ่มทันทีที่รู้สึกตัวเต็มที่เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินและบันทึกการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้สำหรับผู้วิจัยและสำหรับผู้ป่วย เครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ราย และทดสอบความเชื่อมั่นโดยสถิติแคปปาได้เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติแมนนวิเนีย ยู

ผลการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรก และการผายลมครั้งแรกหลังผ่าตัด ของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$ และ $p = 0.002$ ตามลำดับ) ขณะที่ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.346$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดช่องท้องช่วยลดภาวะลำไส้หยุดทำงานได้ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรนำไปใช้ส่งเสริมการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง

คำสำคัญ: การฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้, การเคี้ยวหมากฝรั่ง, ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 * Graduate Student, Faculty of Nursing Chiang Mai University
 ** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University, nuttamon.v@cmu.ac.th
 *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 4 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 29 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 26 สิงหาคม 2562

Abstract

Postoperative ileus is considered an inevitable consequence of abdominal surgery. Promoting bowel function recovery is an important role for health care providers. Chewing is a form of sham feeding which has been shown to stimulate the recovery of bowel function. This quasi-experimental research aimed to study the effect of gum chewing on bowel function recovery in post abdominal surgery patients. The participants were 28 patients who underwent open-abdominal surgery and were admitted to Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital between June 2018 and January 2019. The patients were selected using the inclusion criteria, and were assigned to either the intervention or control group, with 14 in each group. Participants in the intervention group chewed gum 3 times a day for 15 minutes each time while fully conscious. The research instruments consisted of a demographic data form and a bowel function recovery assessment and record form, one for the researcher and one for participants. The content validity of the instruments was approved by five experts. The reliability was obtained using Kappa with the value of 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U test.

Results revealed that the median time to first bowel sounds and flatus after surgery in the intervention group was shorter than that of the control group, with a statistically significant difference ($p=0.001$ and $p=0.002$, respectively). However, there was no significant difference in the median time to first bowel movement between the two groups ($p=0.346$).

The results from this study indicated that gum chewing following open-abdominal surgery is beneficial in reducing postoperative ileus. Therefore, gum chewing could be useful for health care providers in promoting bowel function recovery of post abdominal surgery patients.

Keywords: *Bowel Function Recovery, Gum Chewing, Post Abdominal Surgery Patients*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดช่องท้องเป็นชนิดของการผ่าตัดที่พบได้บ่อย โดยมีรายงานอัตราการผ่าตัดช่องท้อง ในประเทศสหรัฐอเมริกา คิดเป็นร้อยละ 83 ของการผ่าตัดทั้งหมด ขณะที่ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และอังกฤษ พบร้อยละ 83, 75 และ 62 ตามลำดับ (Mattila & Hynynen, 2009; Toftgaard, 2012) ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาทิเช่น ภาวะตกเลือด ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Chinuntuya & Sirichindakul, 2012) ปอดแฟบ ปอดอักเสบ (Haines, Skinner, & Berney, 2013) และลิ่มเลือดอุดตัน ในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา หรือปอด

(Kummorm, Sucamvang, & Chontanawat, 2014; Sanderson, Hitos, & Fletcher, 2011) แต่ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด คือ ภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (postoperative ileus) (Cagir, 2016) เป็นภาวะที่มีการหยุดทำงานชั่วคราวของทางเดินอาหารหลังการผ่าตัด เชื่อว่าเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของทางเดินอาหารต่อการผ่าตัด เป็นผลตามมาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของการผ่าตัดช่องท้อง (Fitzgerald & Ahmed, 2009; Luckey, Livingston, & Tache, 2003) และพบได้ถึงร้อยละ 50 ของการผ่าตัดช่องท้อง (Senagore, 2007) อาการและอาการแสดงของภาวะลำไส้หยุดทำงาน

สามารถพบใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืด และฟังไม่พบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Venara et al., 2016) ทำให้ต้องใช้เวลานานในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นได้ (Fitzgerald & Ahmed, 2009) รวมถึงส่งผลให้การฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้หลังผ่าตัดล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรม การฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้หลังผ่าตัดเป็นการที่ลำไส้กลับมาทำหน้าที่ตามปกติ ได้แก่ ย่อยอาหาร ดูดซึมน้ำและสารอาหาร รวมถึงขับของเสียออก ทั้งนี้พบว่า ลำไส้สามารถฟื้นตัวกลับมาทำงานเป็นปกติได้เองหลังการผ่าตัด โดยลำไส้เล็กจะกลับมาทำงานใน 24 ชั่วโมง ขณะที่กระเพาะอาหารและลำไส้ใหญ่จะกลับมาทำงาน 24-48 ชั่วโมง และ 48-72 ชั่วโมง ตามลำดับ (Boeckstaens & De Jonge, 2009) โดยทั่วไปสามารถประเมินการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้หลังผ่าตัดช่องท้องจากเสียงการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ การผายลม (Kiattisin, Kasemkitwatna, & Chayaput, 2010) และการขับถ่ายอุจจาระ หากการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ล่าช้าถือว่าเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (Eskicioglu, Forbes, Fenech, & Mcleod, 2010) ดังนั้นการส่งเสริมให้ลำไส้กลับมาทำหน้าที่หรือมีการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญ

การให้อาหารหลอก (sham feeding) เป็นวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ส่งเสริมการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ โดยเชื่อว่าการเคี้ยวจะไปกระตุ้นเซพาริก-วากัล พาสเวย์ เกิดการหลั่งเพปไทด์ ฮอโมนต่าง ๆ ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินอาหาร ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้เกิดการบีบตัวและคลายตัวอย่างเป็นระบบ เกิดเป็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Ge, Chen, & Ding, 2015) จากการศึกษาผลของการให้อาหารหลอกต่อการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร ของ Stern, Crawford, Stewart, Vasey, & Koch (1989) โดยการวัดสัญญาณไฟฟ้าของกระเพาะอาหาร (electrogastro-

gram) ในผู้ที่ได้รับอาหารหลอกพบว่า มีคลื่นความถี่เช่นเดียวกับผู้ที่ได้รับอาหารจริง นอกจากนี้การให้อาหารหลอกที่สะดวก มีค่าใช้จ่ายน้อย โดยมีงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนว่าได้ผลดี และยังมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์ คือ การเคี้ยวหมากฝรั่ง (Liu, Jiang, Xu, & Jin, 2017) ทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยในความรับผิดชอบมักเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ แม้จะได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดถึงวิธีการลูกจากเตียงโดยเร็วเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว แต่ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงที่จะลูกจากเตียง โดยเร็วด้วยเหตุผลปวดแผลผ่าตัด รวมถึงกลัวอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ จะหลุด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำวิธีการเคี้ยวหมากฝรั่งมาใช้ส่งเสริมการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่เคี้ยวหมากฝรั่งกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาของการผายลมครั้งแรกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่เคี้ยวหมากฝรั่งกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่เคี้ยวหมากฝรั่งกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรกของกลุ่มที่ได้เคี้ยวหมากฝรั่งสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ระยะเวลาของการผายลมครั้งแรกของกลุ่มที่ได้เคี้ยวหมากฝรั่งสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ระยะเวลาของการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกของ

กลุ่มที่ได้เคี้ยวหมากฝรั่งสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ใช้กรอบแนวคิดสรีรวิทยาการทำงานของลำไส้ การเคี้ยวหมากฝรั่งจะไปกระตุ้น cephalic-vagal pathway ในระยะแรกของระบบการย่อยอาหาร (cephalic phase) ทำให้มีการหลั่งเพปไทด์ฮอโมนในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ให้บีบและคลายตัวอย่างต่อเนื่องสามารถได้ยินเป็นเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ เมื่อลำไส้มีการเคลื่อนไหวบีบตัว จะทำให้แก๊สหรือลมที่สร้างจากแบคทีเรียในลำไส้ถูกขับออกทางทวารหนักเกิดเป็นการผายลมขึ้น ขณะเดียวกัน มูก เซลล์ที่หลุดออกแบคทีเรีย และน้ำเลือดที่ตกค้างจากการผ่าตัดจะถูกบีบให้เคลื่อนลงสู่ลำไส้ตรงโดยการหดตัวแบบปล้อง ทำให้ผนังของลำไส้ตรงยืดขยายออก ส่งสัญญาณไปที่ไซนัสหลังแล้วสะท้อนกลับไปที่ระบบทางเดินอาหารส่วนล่างผ่านทางระบบประสาทพาราซิมพาเทติกสัญญาณนี้จะกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้อย่างแรง ทำให้สิ่งที่อยู่ในลำไส้ใหญ่ขับออกมาทางทวารหนักในรูปของอุจจาระ ส่งผลให้การฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ดีขึ้นและช่วยป้องกันการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อรักษาพยาธิสภาพของระบบทางเดินอาหาร กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตาม

คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้ 1) อายุ 18-65 ปี 2) ได้รับการวางแผนผ่าตัดเปิดช่องท้อง (elective exploratory laparotomy) เป็นครั้งแรก 3) ประเมินตามเกณฑ์สมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (ASA) โดยวิสัญญีแพทย์อยู่ในระดับ 1 และ 2 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย 5) สามารถเคี้ยวหมากฝรั่งได้ 6) ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย 7) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดมีค่าตั้งแต่ 18-23 กิโลกรัม/ตารางเมตร และ 8) มีค่าระดับโปแทสเซียมในกระแสเลือดก่อนผ่าตัดมีค่าตั้งแต่ 3.0-3.5 มิลลิโมล/ลิตร ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ .77 กำหนดการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ เท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญการทดสอบเท่ากับ .05 เมื่อเปิดตาราง Master Table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 ราย (Burn & Grove, 2005) จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันพบว่า มีการถอนตัวระหว่างการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 10.34 (Van den Heijikant et al., 2015) ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 2 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 14 ราย และกลุ่มควบคุม 14 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 28 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) คู่มือวิธีการเคี้ยวหมากฝรั่ง 2) หมากฝรั่งชนิดแผ่น ปราศจากน้ำตาล และ 3) อุปกรณ์หุฟัง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินและบันทึกการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย และ 3) แบบประเมินและบันทึกการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้สำหรับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยนำคู่มือวิธีการเคี้ยวหมากฝรั่ง แบบประเมินและบันทึกการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย และแบบบันทึกการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้สำหรับผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทั่วไป 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ 2 คน มาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำคู่มือวิธีการเคี้ยวหมากฝรั่ง และแบบบันทึกการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้สำหรับผู้ป่วยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย พบว่า คู่มือมีความชัดเจน เข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้แบบบันทึกได้อย่างเข้าใจ และจดบันทึกได้ครบถ้วน สำหรับแบบประเมินและบันทึกการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยใช้สถิติ Kappa มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการพยาบาลหรือการรักษาที่ได้รับอยู่ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว นำมาจับคู่เข้าอยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัดตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองกำหนดให้เคี้ยวหมากฝรั่ง 3 ครั้งต่อวัน นานครั้งละ 15 นาทีโดยเริ่มหลังผ่าตัดทันทีที่รู้สึกตัว จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประเมินการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ทุก 4 ชั่วโมง จากการฟังเสียงการเคลื่อนไหว

ของลำไส้ การสอบถามการผายลม และการขับถ่าย อุจจาระครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบประเมินและบันทึกการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกอาการท้องร้อง การผายลม และการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกหลังผ่าตัดลงในแบบประเมินและบันทึกการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้สำหรับผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกถือเป็นการสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (fisher's exact test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระยะเวลาของเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ระยะเวลาการผายลม และระยะเวลาการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบแมนวิทนี ยู (mann-whitney U test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 44.71 และกลุ่มควบคุม 42.50 ปี ชนิดของการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่ม คือ การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อเย็บซ่อมแซมกระเพาะอาหาร การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อตัดไส้ติ่งออกร่วมกับการล้างช่องท้อง การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อการวินิจฉัย การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อตัดลำไส้ออกบางส่วน และการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อเลาะพังผืด คิดเป็นร้อยละ 57.14, 7.14, 28.57 และ 7.14 ตามลำดับ กลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.86 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลอง คือ 20.56 และกลุ่มควบคุม ตาม

ลำดับ ยาบรรเทาปวดที่ได้รับในช่วง 1-2 วันหลังผ่าตัด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ ยามอร์ฟิน คิดเป็นร้อยละ 92.86 และเพทิดีน คิดเป็นร้อยละ 7.14 ตามลำดับ

สำหรับค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดในกลุ่มทดลองเป็น 42.00 นาที กลุ่มควบคุมเป็น 32.50 นาที เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการเปรียบเทียบ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรกหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 1,507.50 (IQR = 1,351.25) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3,397.50 (IQR = 3,555.00) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระยะเวลาการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรกของกลุ่มทดลองพบว่าสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้	กลุ่มทดลอง (n=14)		กลุ่มควบคุม (n=14)		Z	p-value
	Median (นาที)	IQR (นาที)	Median (นาที)	IQR (นาที)		
ระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรก	1,507.50	1,351.25	3,397.50	3,555.00	-3.38	.001

หมายเหตุ. ค่า Z ของ Mann-Whitney U, IQR = Interquartile Range

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลาของการผายลมครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาของการผายลมครั้งแรกหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2,185.00 (IQR = 1,627.50) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 4,427.50 (IQR

= 3,622.50) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระยะเวลาของการผายลมครั้งแรกของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.002$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของระยะเวลาของการผายลมครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้	กลุ่มทดลอง (n=14)		กลุ่มควบคุม (n=14)		Z	p-value
	Median (นาที)	IQR (นาที)	Median (นาที)	IQR (นาที)		
การผายลมครั้งแรก	2,185.00	1,627.50	4,427.50	3,622.50	-2.25	.002

หมายเหตุ. ค่า Z ของ Mann-Whitney U, IQR = Interquartile Range

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลาของการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาของการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ

3,787.50 (IQR = 3,146.25) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 4,695.25 (IQR = 3,599.50) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระยะเวลาของการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ $p = 0.346$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของระยะเวลาของการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้	กลุ่มทดลอง (n=14)		กลุ่มควบคุม (n=14)		Z	p-value
	Median (นาท)	IQR (นาท)	Median (นาท)	IQR (นาท)		
การขับถ่ายอุจจาระครั้งแรก	3,787.50	3,146.25	4,695.00	3,599.50	-0.94	.346

หมายเหตุ. ค่า Z ของ Mann-Whitney U, IQR = Interquartile Range

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรกภายหลังได้รับการเคี้ยวหมากฝรั่งของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.001$ (ตารางที่ 1) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าการเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นการให้อาหารหลอก การเคี้ยวไปกระตุ้นเซฟาริก-วากัล พาสเวย์ (cephalic-vagal pathway) ในระยะแรกของการย่อยอาหาร (cephalic phase) ของทางเดินอาหาร โดยอาหารไม่จำเป็นต้องผ่านถึงกระเพาะอาหาร หลังการกระตุ้นด้วยการเคี้ยวหมากฝรั่งแล้ว 15-30 นาที จะมีการหลั่งเพปไทด์ ฮอริโมน แกสตริน (peptide hormone gastrin) นิวโรเพปไทด์ นิวโรเทนซิน (neuropeptide neurotensin) และแพนคลีเอติก โพลีเพปไทด์ (pancreatic polypeptide) (Su'a et al., 2015) ซึ่งสารต่าง ๆ เหล่านี้มีฤทธิ์ในการกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินอาหาร ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้เกิดการบีบตัวและคลายตัวอย่างเป็นระบบ เกิดเป็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Ge, Chen, & Ding, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าสารซอร์บิทอล (sorbitol) ในหมากฝรั่งช่วยให้ลำไส้เกิดการบีบตัวหลังผ่าตัด

เร็วขึ้น (Tandeter, 2009) คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Schuster, Grewal, Greaney, & Waxman (2006) ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อการลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออก (colectomy) จำนวน 34 ราย โดยให้กลุ่มทดลองจำนวน 17 ราย หลังผ่าตัดวันที่ 1 เริ่มเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดมีน้ำตาลน้อย 3 เวลา คือ เช้า กลางวัน และเย็น เคี้ยวติดต่อกันนาน 1 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมจำนวน 17 ราย ไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่ง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรกในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 63.2$) เร็วกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 89.4$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$)

สำหรับระยะเวลาการผายลมครั้งแรกหลังผ่าตัดจากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาของการผายลมครั้งแรกของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการเคี้ยวหมากฝรั่งสั้นกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.002$ (ตารางที่ 4) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่าการเคี้ยวจะไปกระตุ้นเซฟาริก-วากัล พาสเวย์ เกิดการหลั่งเพปไทด์ ฮอริโมนต่าง ๆ ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินอาหาร ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้เกิดการบีบตัวและคลายตัวอย่างเป็นระบบเกิด

เป็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Ge, Chen, & Ding, 2015) เมื่อลำไส้เกิดการเคลื่อนไหวจะทำให้แก๊สหรือลมที่มีส่วนผสมจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (carbon dioxide) มีเทน (methane) และไฮโดรเจน (hydrogen) ที่สร้างจากแบคทีเรียในลำไส้ถูกขับออกทางทวารหนักเกิดเป็นการผายลม (Chaloekitti, 2002) ระยะหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าลำไส้ใหญ่จะกลับมาทำงานตามปกติ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Boeckxstaens & De Jonge, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาที่ออบคู และโอิตเทเก้น (Topcu & Oztekin, 2016) ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่ จำนวน 60 ราย โดยให้กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย เริ่มเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัด 1 วัน วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร เคี้ยวติดต่อกันนาน 15 นาที ยุติการเคี้ยวหมากฝรั่งเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย ไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่ง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการผายลมในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 51.07) สั้นกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 87.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001)

ขณะที่ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาของการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ p = 0.346 (ตารางที่ 5) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 แม้ผลทดสอบทางสถิติไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกสั้นกว่ากลุ่มควบคุมสามารถอธิบายได้เช่นเดียวกับสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ถึงผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งทำให้กล้ามเนื้อเรียบลำไส้เกิดการบีบและคลายตัวอย่างเป็นระบบ การบีบจะนำกากอาหาร เซลลูโลส น้ำย่อย เกลื่อน้ำดี กากใยที่ย่อยไม่ได้ มูก เซลล์ที่หลุดออก แบคทีเรีย และน้ำเลือดที่ตกค้างจากการผ่าตัด (Losiriwat, 1998) เคลื่อนลงสู่ลำไส้ตรงโดยการหดตัวแบบปล้องทำให้ผนังของลำไส้ตรงยืดขยายออกส่งสัญญาณไปที่ไขสันหลัง แล้วสะท้อนกลับไปที่ระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง ทางระบบประสาทพาราซิมพาเทติกสัญญาณนี้จะกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้อย่างแรง ทำให้สิ่งที่อยู่ใน

ลำไส้ใหญ่ขับออกมาทางทวารหนักในรูปของอุจจาระ (McCrea, Miaskowsk, Stotts, Macera, & Varma, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของชู และคณะ (Chou et al., 2006) ถึงผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกเป็นบางส่วน (subtotal gastrectomy) จำนวน 26 ราย โดยให้กลุ่มทดลองจำนวน 13 ราย เริ่มเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล หลังผ่าตัด 1 วัน เคี้ยว 4 เวลา ใน 1 วัน ที่เวลา 9.00 น., 12.00 น., 17.00 น. และ 21.00 น. เคี้ยวติดต่อกันนาน 5 นาที และยุติการเคี้ยวหมากฝรั่ง เมื่อผู้ป่วยมีการขับถ่ายครั้งแรก กลุ่มควบคุมจำนวน 13 ราย ไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่ง ผลพบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 4.3) สั้นกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 4.9) เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน โดยชู และคณะได้อธิบายว่าอาจเนื่องจากการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกเป็นบางส่วนซึ่งมีผลไปยังการทำงานของเซฟาลิก-วากัล พาสเวย์ (cephalic-vagal pathway) ทำให้ไม่เกิดเกิดการหลั่งเพปไทด์ ฮอริโมน ต่าง ๆ และระยะเวลาที่ในการเคี้ยวหมากฝรั่งครั้งละ 5 นาที อาจน้อยเกินไป จึงไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่แรง และนานพอที่จะทำให้กากอาหารเคลื่อนที่มายังลำไส้ตรง และขับออกจากร่างกายทางทวารหนักในรูปของอุจจาระได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยเผยแพร่ผลการวิจัยต่อผู้บริหารพยาบาล เพื่อนำวิธีการเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการจัดการภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และส่งเสริมให้บุคลากรนำไปใช้ผสมผสานกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการทำวิจัย โดยนำวิธีการเคี้ยวหมากฝรั่งไปเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการจัดการภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดร่วมกับวิธีอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และสถานที่ศึกษา เพื่อให้สามารถสรุปผลการวิจัย และอ้างอิงกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยรวม
2. ควรศึกษาระยะยาวถึงระยะเวลานานอนโรโรงพยาบาล การกลับเข้ามารับการรักษซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ด้วยการเคี้ยวหมากฝรั่ง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปอ้างอิงกลุ่มประชากรผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทั้งหมดได้
2. มีปัจจัยรบกวนที่อาจมีผลต่อการวิจัย ได้แก่ ชนิดการผ่าตัดช่องท้องที่มีความแตกต่างกัน และระยะเวลาการผ่าตัดที่แตกต่างกัน อาจมีผลต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- Boeckxstaens, G., & De Jonge, W. (2009). Neuroimmune mechanisms in postoperative ileus. *Gut*, 58(9), 1300-1311. doi: 10.1136/gut.2008.169250
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th Ed.). St. Louis: Elsevier.
- Cagir, B. (2016). *Post operative ileus*. Retrieved from [http://emedicine.medscape.com/ answers/2242141-69255/295686 overview](http://emedicine.medscape.com/answers/2242141-69255/295686/overview)
- Chaloekitti, B. (2002). *Surgery of the colon and rectum*. Bangkok: Rungsin Printing. (In Thai)
- Chou, S. J., Lin, C. H., Hsieh, H. F., Yu, J. C., Chen, T. W., & Chan, D. C. (2006). Gum chewing in patients with subtotal gastrectomy. *Chirurgische Gastro Interdisziplinäre Enterologie*, 22(1), 269-271. doi: 10.1159/000095947
- Chinuntuya, P., & Sirichindakul, B. (2012). Factors predicting postoperative complications of patient with gastrointestinal cancer. *Nursing Journal*, 39, 74-85. (in Thai)
- Eskicioglu, C., Forbes, S. S., Fenech, D. S., & McLeod, R. S. (2010). Preoperative bowel preparation for patients undergoing elective colorectal surgery: a clinical practice guideline endorsed by the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons. *Canadian Journal of Surgery*, 53(6), 385-395.
- Fitzgerald, J. E. F., & Ahmed, I. (2009). Systematic review and meta-analysis of chewing-gum therapy in the reduction of postoperative paralytic ileus following gastrointestinal surgery. *World Journal of Surgery*, 33(12), 2557-2566.
- Ge, W., Chen, G., & Ding, Y.-T. (2015). Effect of chewing gum on the postoperative recovery of gastrointestinal function. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(8), 11936-11942.
- Haines, K. J., Skinner, E. H., & Berney, S. (2013). Association of postoperative pulmonary complications with delayed mobilisation following major abdominal surgery: an observational cohort study. *Physiotherapy*, 99(2), 119-125.

- Kiattisin, P., Kasemkitwattana, S., & Chayaput, P. (2010). Postoperative recover in patient with abdominal surgery: an integrative review. *Thai Journal of Nursing Council*, 25(2), 87-99. (In Thai)
- Kummorn, W., Sucamvang, K., & Chintanawat, R. (2014). Effect of nursing care based on theory of goal attainment on postoperative recover among elders with abdominal surgery. *Nursing Journal*, 41(2), 83-96. (In Thai)
- Liu, Q., Jiang, H., Xu, D., & Jin, J. (2017). Effect of gum chewing on ameliorating ileus following colorectal surgery: A meta-analysis of 18 randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*, 47(1), 107-115. doi: 10.1016/j.ijssu.2017.07.107
- Losiriwat, S. (1998). Physiological digestive system. In ChiaSakul, S., Losiriwat, S. & Watthanapa, W (Editor), *Physiology 2* (p.585-670). Bangkok: Ruen Kaew Print (In Thai)
- Luckey, A., Livingston, E., & Tache, Y. (2003). Mechanisms and treatment of postoperative ileus. *Archives of Surgery*, 138(2), 206-214.
- Mattila K., & Hynynen, M. (2009). Day surgery in Finland: a prospective cohort study of 14 day-surgery units. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(4), 455-463. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01895.x
- McCrea, G. L., Miaskowski, C., Stotts, N. A., Macera, L., & Varma, M. C. (2008). Pathophysiology of constipation in the older adult. *World Journal of Gastroenterology*, 14(17), 2631-2638. doi. org/10.3748/wjg.14.2631
- Sanderson, B., Hitos, K., & Fletcher, J. P. (2011). Venous thromboembolism following colorectal surgery for suspected or confirmed malignancy. *Thrombosis*, 1-5. doi:10.1155/2011/ 828030
- Schuster, R., Grewal, N., Greaney, G. C., & Waxman, K. (2006). Gum chewing ileus after elective open sigmoid colectomy. *Archives of Surgery*, 141(2), 174-176.
- Senagore, A. J. (2007). Pathogenesis and clinical and economic consequences of postoperative ileus. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64(20 Supplement 13), S3-S7. doi: 10.2146/ ajhp070428
- Stern, R. M., Crawford, H. E., Stewart, W. R., Vasey, M. W., & Koch, K. L. (1989). Sham feeding cephalic-vagal influences on gastric myoelectric activity. *Digestive Diseases and Sciences*, 34(4), 521-527.
- Su'a, B. U., Pollock, T. T., Lemanu, D. P., MacCormick, A. D., Connolly, A. B., & Hill, A. G. (2015). Chewing gum and postoperative ileus in adults: a systematic literature review and meta-analysis. *International Journal of Surgery*, 14, 49-55, doi: 10.1016/j.ijssu.2014.12.032
- Tandeter, H. (2009). Hypothesis in chewing gum may play a role in reducing postoperative ileus. *Medical Hypotheses*, 72(1), 39-40. doi: 10.1016/j.mehy.2008.06.044
- Toftgaard, C. (2012). Day surgery activities 2009: international survey on ambulatory surgery conducted 2011. *Ambulatory Surgery*, 17(3), 53-63.

- Topcu, S. Y., & Oztekin, S. D. (2016). Effect of gum chewing on reducing postoperative ileus and recovery after colorectal surgery: a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 23, 21-25. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.02.001
- Van den Heijkant, T., Costes, L., Van der Lee, D., Aerts, B., Osingade Jong, M., Rutten, H.,... Luyer, M. (2015). Randomized clinical trial of the effect of gum chewing on postoperative ileus and inflammation in colorectal surgery. *British Journal of Surgery*, 102(3), 202-211. doi: 10.1002/bjs.9691
- Venara, A., Neunlist, M., Slim, K., Barbieux, J., Colas, P. A., Hamy, A., & Meurette, G. (2016). Postoperative ileus: pathophysiology, incidence and prevention. *Journal of Visceral Surgery*, 153(6), 439-446. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2016.08.01



การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Development of Empowerment Program for Patients with Osteoarthritis of Knees

อภิชาติ	กาศโอสถ *	Apichat	Kardosod *
พิกุล	พรพิบูลย์ **	Pikul	Phornphibul **
จันทร์ฉาย	โยธายาใหญ่**	Chanchai	Yothayai **

บทคัดย่อ

การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในการรักษา และคงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย วิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และทดสอบโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกระยะที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 36 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง ใช้แบบประเมินความรู้ถึงความสามารถในการควบคุม และความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา แมนวิทนียู เทส และวิลคอกซัน ไซน์น์ แรงค์ เทส ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนากลยุทธ์ตามกรอบแนวคิดของกิบสัน ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วนคือ 1) โปรแกรมหลัก 4 ขั้นตอนประกอบด้วย การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการเรียนรู้เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ 2) คู่มือเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติสำหรับผู้ที่เป็โรคข้อเข่าเสื่อม 3) สมุดบันทึกติดตามการปฏิบัติ

2. ผลการทดสอบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าความรู้ถึงความสามารถในการควบคุม หลังจากได้รับโปรแกรมสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สำหรับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม พบว่าความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมลดลง และน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพความรู้ถึงความสามารถในการควบคุม ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม, การเสริมสร้างสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Abstract

Empowerment has been enhancing healing capacity and maintains the health of the patient. This development studies design aims to develop and trail to the results of empowerment programs. The sampling group was patients with all stages of Osteoarthritis diseases from the

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 21 ธันวาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 4 มีนาคม 2562 วันตอบรับบทความ 24 กรกฎาคม 2562

Out-Patient Department at tertiary hospital in Chiang Mai. A total of 36 people divided into 2 groups, measured before and after. The research instruments consisted of a sense of mastery and severity assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon signed rank test. The results revealed that:

1. Empowerment Program was Develop strategies based on Gibson's framework, consisting of three important parts which were: 1) The 4-step main program consists of discovering reality, critical reflection, taking charge and holding on 2) osteoarthritis guidebook and 3) an empowerment record

2. The test of the empowerment program for osteoarthritis patients found that the participants of the empowerment program were the highest sense of mastery, and higher than those who did not participate in the program. Health outcome receiving the program, it was found that less severity of knee osteoarthritis than those who did not participate in the program with statistically significant ($p < .05$).

This program was effective for empowering patients with osteoarthritis for health promotion, a sense of mastery, and enhanced to their health.

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมของประชากรที่มีอายุขัยโดยเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีผลต่อความเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย โดยเฉพาะภาวะที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและข้อ จากผลการสำรวจผู้ที่มีภาวะโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยพบการรายงานผู้ป่วยมากถึง 6 ล้านคน โดยคิดเป็น 11,330 คนต่อ 1 แสนประชากร และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี พ.ศ. 2568 (Information and Health Information, 2017) การที่พบอุบัติการณ์ของการเพิ่มขึ้นจากโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยนั้น หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ย่อมมีผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับการเจ็บป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม รวมถึงระบบการแพทย์และการสาธารณสุขตามมาได้ ผู้เจ็บป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบื้องต้นเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และสามารถป้องกันความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาได้ภายหลัง โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัยนั้น สามารถควบคุมจัดการไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคได้นั้น ล้วนแล้วแต่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หรือการควบคุมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่จะสามารถจัดการและควบคุมพฤติกรรมตนเองต่อการชะลอโรคได้อย่างยั่งยืน (Bunriang, Manirat, Nirat, & Suparb, 2014) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญของปัญหา แนวทางในการดูแลรักษา เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง มีการตัดสินใจเลือกใช้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และมีความเชื่อมั่นในการอยู่ร่วมกับโรคเพิ่มขึ้น (Silverman, Nutini, Musa, King, & Albert, 2008) แนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งได้รับการยอมรับว่า เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน และส่งเสริม

คุณภาพชีวิตในผู้เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกจากนี้ยังได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวคิดที่สามารถทำให้มนุษย์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหากพบเป้าหมายสำคัญของการดำเนินชีวิตได้อีกด้วย (Gibson, 1993)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) (Gibson, 1991; 1993) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลได้เกิดความตระหนักถึงความเป็นของตนเอง การเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหา และการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะสามารถควบคุมตนเอง หรือสถานการณ์ในชีวิต ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking action) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) โดยการที่บุคคลจะสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนดังกล่าวได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลของแต่ละบุคคล เช่น ความเชื่อ (belief) ค่านิยม (values) ประสบการณ์ (experience) และเป้าหมายในการดูแลตนเอง (determination) นอกจากนี้ปัจจัยภายนอกที่มีความเกี่ยวข้องประกอบด้วย วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางด้านสังคม เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้น และใช้ได้ผลดีในระดับปัจเจกบุคคล ส่งผลให้ผลที่ตามมา (consequences) ของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของกิบสัน ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง การพัฒนาตนเอง ความรู้สึกถึงความสำเร็จในตนเอง และการรับรู้ถึงชีวิตที่มีเป้าหมายและมีความหมาย โดยผลลัพธ์ของการศึกษาการส่งเสริมบทบาทของมารดาหลังคลอดที่พบจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 ราย (Gibson, 1993) ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นดีที่สุด และสามารถนำ

ไปสู่ขั้นตอน และกระบวนการของการปฏิบัติการดูแลตนเองได้จริง เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจที่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม และเกิดพลังในการดูแลตนเองส่งผลให้เกิดความรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต

ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม (sense of mastery) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ การแก้ไขปัญหา และการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงหรือเกิดขึ้นในชีวิต (Roepke & Grant, 2011) ผู้ที่ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง จะมีการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง จะเชื่อในศักยภาพของตนเองว่าจะสามารถทำการควบคุมและจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม และแสวงหาความรู้ใหม่มาปรับใช้ในการแก้ปัญหา และอุปสรรค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง เป็นผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งนี้สามารถส่งเสริมโดยพยาบาลหรือผู้ดูแลโดยอาศัยวิธีการหรือกลยุทธ์ที่หลากหลาย 12 กลยุทธ์ (Panarat, 1999) บุคคลที่ได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจจะทำให้มีพลังอำนาจในตนเองที่จะสามารถพัฒนาการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดความมั่นใจ และความตั้งใจในการดูแลจัดการตนเอง สามารถควบคุมสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเองได้

อย่างไรก็ตาม ความจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการส่งเสริมและกระตุ้นการดูแลตนเองจึงจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการส่งเสริมมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย จะสามารถสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนสอดคล้องตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) เพราะเชื่อว่าบุคคลนั้นสามารถจัดการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และยังสามารถช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้ตระหนักถึงความ

สามารถของตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่ใช่วิธีการสอนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และการดูแลตนเอง แต่การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการฝึกฝนตนเอง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม โดยพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมที่พบอุบัติการณ์สูงตามกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน ในระบบของพยาบาลเจ้าของไข้ หรือการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ให้สามารถดำรงชีวิตในระหว่างการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม และความรุนแรงของข้อเสื่อมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (development studies) ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการทำวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ study code: NONE-2560-05197 EXP114-2560 และได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตามขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. ขั้นตอนของการดำเนินงาน ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาโปรแกรกดังต่อไปนี้คือ

1.1 การศึกษาแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสถานการณ์ของการปรับใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมถึงผลลัพธ์ของการมีพลังอำนาจเพื่อสร้างแบบประเมิน

ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในการประเมินพลังอำนาจในควบคุมดูแลตนเอง และพัฒนาเป็นเครื่องมือในข้อมูลที่บกพร่องต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยข้อคำถามย่อยในแต่ละข้อนั้นได้จากพฤติกรรมพื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั่วไปต้องทราบ และปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน หลังจากสร้างข้อคำถามได้ทั้งหมด 16 ข้อ จึงให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณากลับกรองความเหมาะสม และทำการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนการนำไปใช้ พร้อมทั้งทำการสอบถามถึงเหตุผลของการปฏิบัติที่บกพร่องไปในรายข้อเพื่อนำไปสร้างเป็นโปรแกรมที่เหมาะสม ก่อนที่จะวิเคราะห์ความเหมาะสมในการจัดกิจกรรมตามแผนการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.2 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พัฒนาตามขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

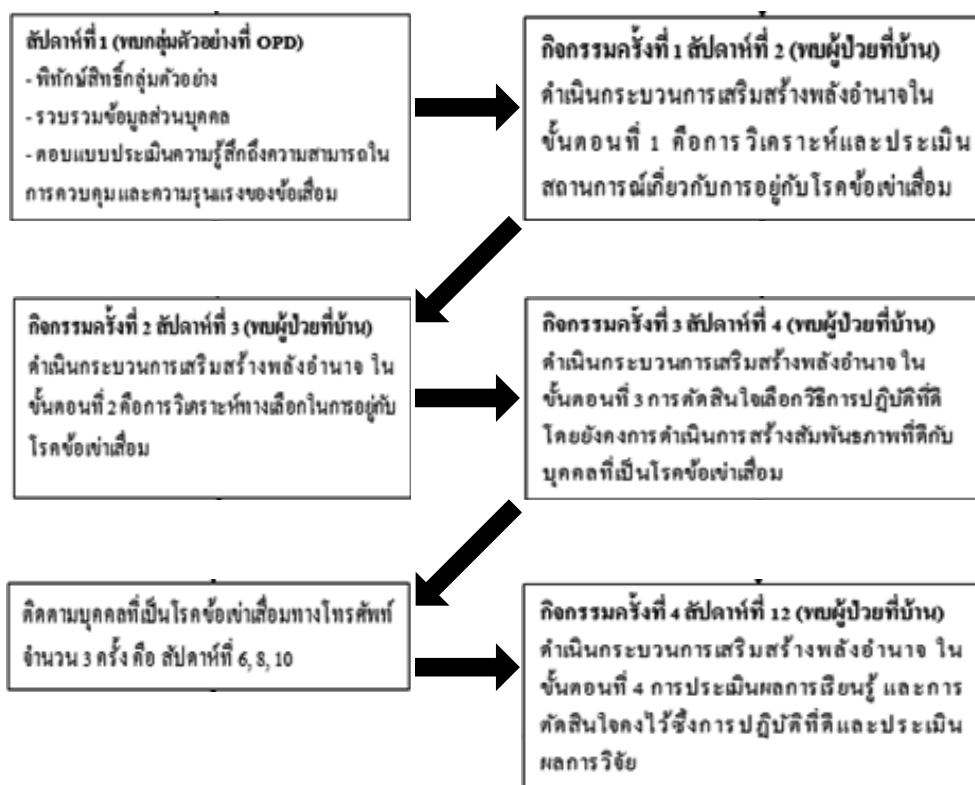
1.2.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน (Gibson, 1993) คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ออกแบบแผนในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งหมด ร่วมกับการใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล (Panarat, 1999) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล ด้วยเทคนิค 12 กลยุทธ์ คือ 1) การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธอันดี 2) การยอมรับความเป็นบุคคล 3) การจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม 4) การใช้คำถามสะท้อนคิด 5) การสนับสนุนข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง 6) การอภิปรายปัญหาาร่วมกัน 7) การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง 8) การร่วมกันหาแนวทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 9) การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 10) การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก 11) การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ และ 12) การ

ยกตัวอย่างผู้ป่วยอื่นที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น

1.2.2 กำหนดแผนการดำเนินกิจกรรม

ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ กิจกรรม และผลที่เกิดขึ้นตามกรอบแนวคิด (Gibson, 1995) ของกิจกรรมดังแผนภาพที่ 1. แสดงแผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 1 แผนการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 และสัปดาห์ที่ 12 หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตัดสินใจคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่ดี พร้อมทั้งทำการติดตามผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทาง line application จำนวน 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 6, 8 และในสัปดาห์ที่ 10 และทำการประเมินผลการดำเนินการวิจัยในสัปดาห์ที่ 12



ส่วนที่ 2 ระหว่างที่มีการดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต้องบันทึกปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองลงในสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับติดตามการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันตามเป้าหมายที่ได้วางแผนไว้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการทบทวนตนเอง สามารถประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติในแต่ละวัน เกิดการเรียนรู้กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และมีการปรับใช้ให้เข้ากับตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

แผนภาพที่ 1 แสดงแผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1.2.3 นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ในการจัดการและควบคุมความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ นักกายภาพบำบัด เชี่ยวชาญด้านกระดูกและกล้ามเนื้อ อาจารย์พยาบาล เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจ และพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ พร้อมทั้งปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วย

1.2.4 นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ในการจัดการและควบคุมความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมไปใช้กับผู้ป่วยนำร่องจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ปรับแก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสมกับการใช้ภาษา และการสื่อสาร หรือการพูดสะท้อนคิด และการจัดการกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ก่อนที่จะปรับใช้จริงในลำดับต่อไป

2. ขั้นตอนของการทดสอบโปรแกรม ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้โดยผ่านขั้นตอนของการปฏิบัติดังต่อไปนี้คือ

2.1 นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไปใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกระยะที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงจากประวัติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ปีพ.ศ. 2561 กำหนดอำนาจทดสอบ .80 ความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .50 ขนาดของความสัมพันธ์ต้องอยู่ในระดับที่ .40 ถึง .60 (Burns & Grove, 2005) เปิดตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 ราย (Polit & Hungler, 1995) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 36 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่

คล้ายคลึงกัน ซึ่งเกณฑ์ในการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีที่พักอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดใกล้เคียงที่ผู้วิจัยสามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยทำการควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยการใช้เทคนิคการจับคู่ (pair matching) เพื่อให้เกิดความใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค หลังจากนั้นทำการทดสอบโปรแกรมกลุ่มควบคุมก่อน จนครบทั้ง 18 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองตามคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน

เกณฑ์ในการพิจารณากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ (exclusion criteria) ประกอบด้วย มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะโรคร่วมที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น โรคหัวใจความรุนแรงระดับ 2 โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และมีระดับความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับสูง สำหรับเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโปรแกรมครบทุกขั้นตอน

2.2 การดำเนินโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามที่ได้พัฒนาขึ้น และการวัดผลการดำเนินกิจกรรมก่อน - หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโดย

2.2.1 กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมจำนวน 16 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินมาตราส่วนในการประเมินค่า Numeric scale มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 10 คะแนน การแปลผลอิงค่าคะแนนสูงยิ่งมีระดับการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมอยู่ในระดับมาก โดยเครื่องมือผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI มีเท่ากับ 0.95 และผ่านการตรวจสอบ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย นำผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.70 และแบบประเมินความรุนแรงของข้อเสื่อม ที่พัฒนาโดย Beliamy & Buchanan (1986) แห่งมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นออนตาริโอและแมคมาสเตอร์ (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) ลิขสิทธิ์ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Vaewdow (2000) จำนวน 23 ข้อ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ซึ่งลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินมาตราส่วนในการประเมินค่า Numeric scale มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 10 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนยิ่งสูง ยิ่งมีระดับความรุนแรงของข้อเสื่อมมาก การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ผ่านการตรวจสอบโดย Vaewdow (2000) ได้ค่า CVI มีค่าเท่ากับ 0.83 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย นำผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90 การดำเนินกิจกรรมอาสาสมัครจะได้รับการตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้งคือ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม รายบุคคลครบจำนวน 12 สัปดาห์

2.2.2 กำหนดให้กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและรับการประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม และแบบประเมินความรุนแรงของข้อเสื่อม ซึ่งเป็นแบบประเมินในชุดเดียวกัน ก่อนและสิ้นสุดกิจกรรม

2.2.3 นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมทั้งสองกลุ่มมาตรวจสอบ ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับผลการทดสอบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยความรู้สึกถึง

ความสามารถในการควบคุม และความรุนแรงของข้อเสื่อม ทำการทดสอบการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Simonov one sample test และพบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นโค้งที่ไม่ปกติจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon match pair test ในการทดสอบทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ตามสถานการณ์การเก็บรวบรวมข้อมูล พบรายละเอียดดังต่อไปนี้คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 36 รายพบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 61.10 ดัชนีมวลกาย ร้อยละ 72.20 มีค่าดัชนีมวลกายที่สูงกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ของครอบครัวร้อยละ 55.60 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาท

1.2 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กิจกรรมได้สร้างจากแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) โดยได้ออกแบบแผนการดำเนินกิจกรรมออกเป็น 4 ขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนใช้เวลาครั้งละ 45 นาที-1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้คือ

1.2.1 ส่วนที่ 1 แผนการดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ถึงสถานการณ์เกี่ยวกับโรค การรักษา และความจำเป็นในการดูแลตนเอง ประด้วยกิจกรรม การสนทนา ใช้คำถามสะท้อนคิด และสรุปคำตอบ โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรักษา อาการรบกวน และความจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับใช้คู่มือความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะข้อ

เสื่อม ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการแสวงหาทางเลือก เพื่อช่วยให้เกิดการค้นหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรักษา และความจำเป็นในการดูแลตนเอง กิจกรรมโดยการสนทนา ใช้คำถามสะท้อนคิด และสรุปคำตอบ เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการรักษา วิธีการการดูแลตนเอง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนของผู้ป่วย และทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ พยาบาลเสนอทาง

เลือกพร้อมการอธิบายวิธีการปฏิบัติในแต่ละทางเลือก ซึ่งได้มาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละราย ขั้นตอน ที่ 3 การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ตัดสินใจในทางเลือกในการจัดการกับโรคข้อเข่าเสื่อม และช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติด้วยตนเอง การสนทนาสะท้อนคิด



แผนภาพที่ 2 แสดงภาพรวมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

และสรุปคำตอบ โดยเน้นการวิเคราะห์ลำดับความสำคัญ และความเป็นไปได้ของวิธีการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย ตามแนวทางที่มีอยู่ พยาบาลช่วยเหลือในการฝึกปฏิบัติ โดยใช้การอธิบาย การสาธิต พร้อมทั้งการสาธิตย้อนกลับ และมอบคู่มือให้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามความเหมาะสม ขั้นตอนที่ 4 การเรียนรู้และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้ผลของการปฏิบัติ และเกิดความต่อเนื่องยั่งยืนในการปฏิบัติ กิจกรรมยังใช้การสนทนา และสะท้อนคิด การสรุปคำตอบ โดยเน้นการทบทวนและประเมินความเปลี่ยนแปลง

เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม อาการรบกวนต่าง ๆ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่เป็นผลของการปฏิบัติ พร้อมทั้งเขียนรายการความเปลี่ยนแปลง และความพึงพอใจในผลได้รับออกมาเป็นข้อ ๆ เพื่อช่วยเตือนความจำ และเป็นข้อมูลสำหรับเปรียบเทียบในการติดตามครั้งต่อไป ดังแผนภาพที่ 2 แสดงภาพรวมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.2.2 ส่วนที่ 2 การบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกประจำวันสำหรับติดตามการปฏิบัติกิจกรรม โดยเขียนรายการวิธีปฏิบัติที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเป็นข้อ ๆ

เพื่อให้เตือนความจำ และเป็นข้อมูลสำหรับการกำกับติดตามการปฏิบัติด้วยตนเอง และพยาบาลต้องอธิบายวิธีการบันทึก พร้อมทั้งแนะนำให้นำติดตัวมาทุกครั้งที่มีการนัดหมายกัน นอกจากนี้ยังสามารถใช้เพื่อการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา โดยการเยี่ยมที่บ้าน และการใช้โทรศัพท์ หรือ Line ตามความเหมาะสม ตามความสะดวกสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย

2. การทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม และความรุนแรงของข้อเสื่อมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลัง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางแสดง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม ระหว่างก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=18, n=18)

กลุ่มทดลอง	คะแนนความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม				
	Min	Max	Median	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	41.00	121.00	82.50	- 3.72	< .000
หลังการทดลอง	135.00	158.00	148.50		

(P-value = 0.05)

ภายหลังจากการใช้แผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมต่อ

ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมได้ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n=18, n=18)

ความรู้สึกถึง ความสามารถใน การควบคุม	กลุ่มควบคุม (n=18)			กลุ่มทดลอง (n=18)			Z	p-value
	Min	Max	Median	Min	Max	Median		
ก่อนการทดลอง	15.00	132.00	92.00	41.00	121.00	82.50	- 0.29	.76 ^{ns}
หลังการทดลอง	41.00	132.00	94.02	135.00	158.00	148.50	- 1.25	< .000

(P-value = 0.05)

ภายหลังจากการใช้แผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ต่อความรุนแรงของภาวะข้อเสื่อมได้ ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลัง ได้รับแผนกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=18, n=18)

กลุ่มทดลอง	คะแนนความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม				
	Min	Max	Median	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	62.00	197.00	137.00		
หลังการทดลอง	30.00	88.00	70.50	- 3.72	< .000

(P-value = 0.05)

ภายหลังจากการใช้แผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมต่อ ความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมได้ ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=18, n=18)

ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม	กลุ่มควบคุม (n=18)			กลุ่มทดลอง (n=18)			Z	p-value
	Min	Max	Median	Min	Max	Median		
ก่อนการทดลอง	47.00	227.00	156.50	62.00	197.00	137.00	- 0.57	.70 ^{ns}
หลังการทดลอง	56.00	230.00	162.20	30.00	88.00	70.50	- 1.24	< .000

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและการดูแลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นเป็นเพศหญิง ที่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานของข้อเข่าเป็นเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Nongpimol (2014) ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในไทย เนื่องจากประเด็นของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดขึ้นกับกลุ่มของประชากรที่อายุเพิ่มมากขึ้น ไม่ใช่เป็นปัญหาที่สำคัญเฉพาะในประเทศไทย แต่เป็นปัญหาที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวสามารถที่จะเกิดความพิการ และกลายเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้สูง คุณภาพชีวิตต่ำ ลง รวมทั้งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสถานการณ์ตามสาเหตุที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งนั้นเกิดจากปัญหาของตัวผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเองที่ยังมีการรับรู้

เรียนรู้ที่จะดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำมากทำให้เกิดการดำเนินของโรคที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและยั่งยืนนั้นจึงเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อผู้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพราะจะสามารถสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งส่งเสริมความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่อย่างสมบูรณ์ โดยสามารถใช้ความรู้ ทรัพยากร และสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว และชุมชนในการดูแลตนเอง

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้จากการศึกษาที่มีความครอบคลุมตามเนื้อหา และประเด็นที่เกี่ยวข้องได้แก่ แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) กิจกรรมและการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด รวมถึงงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

แผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของช่วงอายุของการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังจำเป็นต้องศึกษากลยุทธ์ หรือทักษะในการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หลังจากได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดมาสร้างเป็นแผนการดำเนินกิจกรรมโดยเพิ่มกลยุทธ์ในการสร้างความหลากหลายของกิจกรรม และเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายตามบริบท ศาสนา และวัฒนธรรมของกลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่ ทำให้ผลการดำเนินการตามแผนกิจกรรมเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผลลัพธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับโรค ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดภาระการเป็นที่พึ่งพิงของคนภายในครอบครัว นอกจากนี้ยังเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านคลินิก กล่าวคือ ความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมลดลงหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากตัวของผู้ป่วยเองมีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ถูกต้อง และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจนทำให้เกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพตามมา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาการใช้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Panarat, 1999) พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันที่ได้พัฒนาเป็นโปรแกรมขึ้น มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและรอบเข่ามากขึ้น (Bungearn, 2007) นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ซึ่งก่อนที่จะมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจริงกับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำแผนกิจกรรมดังกล่าว

ตรวจสอบรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งนำไปศึกษานำร่องกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน และปรับปรุงแบบกิจกรรมให้เกิดความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ที่ต้องการศึกษา เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีมากยิ่งขึ้น ทั้งทางด้านอาหารและโภชนาการเพื่อการควบคุมน้ำหนัก กิจกรรมทางเลือกเพื่อการกายบริหารกล้ามเนื้อขาและรอบเข่า ลักษณะทางด้านสังคม จิตวิญญาณ และความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) ต่อผลลัพธ์เชิงบวกในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพราะกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ตระหนักรู้ และเกิดการพัฒนาดตนเอง เพื่อการตอบสนองความต้องการแก้ไขปัญหา การแสวงหาแหล่งทรัพยากรที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อประสบผลสำเร็จในการกระทำดังที่ได้วางเป้าหมายไว้บุคคลก็จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้นและเหมาะสมกับบริบทของการดูแลตนเอง

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังจากการทดลองใช้ทั้งหมดตามขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการใช้เทคนิคการบันทึกเพื่อให้เกิดการทบทวนตนเอง ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและเรียนรู้ช่องทางหรือแหล่งที่สามารถสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยไม่เกิดลังใจในการดูแลตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคง ในการต่อสู้กับปัญหาที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้จากการถอดบทเรียนในการฝึกปฏิบัติพบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง และสามารถควบคุมสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้สูงกว่าก่อนการทดลอง

และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และหากพิจารณาถึงผลต่างของค่าเฉลี่ยที่เกิดขึ้นพบว่า ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมที่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทุกรายการ โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยความสามารถในการ ควบคุมสถานการณ์การเจ็บป่วย และการแก้ไขปัญหาที่มี ผลเกี่ยวเนื่องมาจากการเจ็บป่วย และส่งผลต่อระดับ ความความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมลงตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจ ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่า (Anyanee & Thanida, 2015) ซึ่งผลของ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจก็ให้ผลลัพธ์

ที่ดี สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าตาม มา ด้วย เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับ ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน และ มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรนำใช้กับผู้ป่วยที่มีระยะของ การดำเนินโรคในระยะที่ 1-3 เพราะในระยะของโรคข้อ เข่าเสื่อมระยะสุดท้าย ความสามารถในการทำกิจกรรม ของผู้ป่วยจะลดลง ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกลด ลงด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

- Anyanee, S., & Thanida, P. (2015). The Effects of Empowerment Program on Postoperative Recovery of Knee Arthroplasty Surgery Patients. *Academic conference papers and national academic presentations*, 2(1), 110-119. (In Thai).
- Bellamy, N., & Buchanan, W. W. (1986). A preliminary evaluation of the dimensionality and clinical importance of pain and disability in osteoarthritis of the hip and knee. *Clinical Rheumatology*, 5(2), 231-241.
- Bungearn, P. (2007). *Effect of the Self-efficacy and Social Support Enhancement Program on Exercise Behavior among the Elderly with Knee Osteoarthritis*. (ageing nursing). Graduate School Chiang Mai University, Chiang Mai. (In Thai).
- Bunriang, P., Manirat, T., Nirat, I., & Suparb, A. (2014). Factors Related to Self-management Behaviors for Persons with Osteoarthritis. *J Public Health*, 42(2), 54-67. (In Thai).
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Gibson, C. H. (1993). A study of empowerment in mothers of chronically ill children. *Boston College Dissertations and Theses*, AAI9402789.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced nursing*, 16(3), 354-361.
- Information and Health Information. (2017). *Public Health Statistic A.D.* June, 20, 2017. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/ Public Health Statistic. (In Thai).
- Nongpimol, N. (2014). The Epidemiological Situation and Risk Assessment of Knee Osteoarthritis among Thai People. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 185-194. (In Thai).

- Panarat, J. (1999). *Empowerment in Patient with Rheumatoid Arthritis*. (ageing nursing). Graduate School Chiang Mai University, Chiang Mai. (In Thai).
- Polit, D. F., & Hungler, B. P.(1995). *Nursing research: Principle and method* (6th). Philadelphia: Lippincott.
- Roepke, S. K., & Grant, I. (2011). Toward a more complete understanding of the effects of personal mastery on cardiometabolic health. *Health Psychology*, 30(5), 615.
- Silverman, M., Nutini, J., Musa, D., King, J., & Albert, S. (2008). Daily temporal self-care responses to osteoarthritis symptoms by older African Americans and whites. *Journal of cross-cultural gerontology*, 23(4), 319-337.
- Vaewdow, T. (2000). *Self-care Behavior and Severity of knee Osteoarthritis among the elderly*. (ageing nursing). Graduate School Chiang Mai University, Chiang Mai. (In Thai).

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ Development of Nursing Practice Guidelines for Prevention of Infections in Prisons

ศรีแพร่	ม่วงแย้ม *	Sriphrae	Moungyam *
อะเคื้อ	อุณหเลขกะ **	Akeau	Unahalekhaka **
นงคราญ	วิเศษกุล ***	Nongkran	Viseskul ***

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในเรือนจำส่งผลกระทบต่อผู้ต้องขังและบุคลากรของเรือนจำทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ เรือนจำทุกแห่งจำเป็นต้องดำเนินการในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายโรค การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ดำเนินการตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำขององค์กรต่าง ๆ พัฒนาร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ต้องขัง รวม 17 คน พิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อร่างแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 2 ครั้งและส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในเรือนจำทุกแห่งทั่วประเทศ จำนวน 142 คน แสดงความคิดเห็นที่มีต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ ประกอบด้วย 10 กิจกรรมหลัก คือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละออง น้ำมูกน้ำลาย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การป้องกันอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทงและของมีคมบาด การจัดการเครื่องมือแพทย์และสิ่งแวดล้อม การเก็บสิ่งส่งตรวจ การจัดการผ้าเปื้อนและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจากพยาบาลเรือนจำ 106 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6 ในภาพรวมพยาบาลเรือนจำร้อยละ 82.3 เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามกิจกรรมในการป้องกันการติดเชื้อทั้ง 10 กิจกรรม กิจกรรมที่พยาบาลเรือนจำเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมากที่สุด คือ การป้องกันอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทงและของมีคมบาด (ร้อยละ 92.7) รองลงมาคือ การจัดการผ้าเปื้อน (ร้อยละ 85.6) การเก็บสิ่งส่งตรวจ (ร้อยละ 85.4) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละออง น้ำมูกน้ำลาย (ร้อยละ 84.1) การทำความสะอาดมือ (ร้อยละ 83.4) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (ร้อยละ 81.1) ตามลำดับ กิจกรรมที่พยาบาลเรือนจำน้อยกว่าร้อยละ 80 เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ คือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (ร้อยละ 77.8) การจัดการเครื่องมือแพทย์และสิ่งแวดล้อม

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

* Nurse, Naresuan University Hospital, Phitsanulok, iiws_me@windowslive.com

** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 24 กรกฎาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 6 พฤศจิกายน 2560

(ร้อยละ 77.1) และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ร้อยละ 74.2)

เรือนจำควรส่งเสริมการปฏิบัติและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อแก่พยาบาลเรือนจำ เพื่อให้สามารถดำเนินการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายโรคในเรือนจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนา, แนวปฏิบัติ, การป้องกันการติดเชื้อ, เรือนจำ

Abstract

Prison-associated infections can impact the physical and mental health of both prisoners and personnel working in prisons. All prisons have to implement measures for prevention of infections and disease transmission. The aim of this developmental research was to develop a Nursing Practice Guidelines for Prevention of Infections in Prisons using Delphi Technique. The study was conducted from August to December 2016.

The researcher reviewed the guidelines for prevention of infections in prisons of many organizations, and developed draft guidelines that were tested for content validity by 17 infection prevention and control experts, which included physicians, nursing instructors, infection control nurses and registered nurses who had experiences in caring for prisoners. A self-administered questionnaire about the possibilities in applying the developed guidelines was sent by post to 142 registered nurses working in all the prisons in Thailand.

The results of the study revealed that nursing practice guidelines for prevention of infections in prisons consisted of ten main activities including contact precautions, droplet precautions, airborne precautions, hand hygiene, wearing personal protective equipment (PPE), prevention of needlestick and sharp injury (NSI), management of medical instrument and the environment, specimen collection, and linen and infectious waste management. One hundred and six registered nurses responded, with a response rate of 74.6%. For all of the ten main activities, 82.3% of respondents agreed that it was practical to follow the developed guidelines. The activity which respondents agreed was the most practical to practice was prevention of NSI (92.7%) followed by management of linen (85.6%), specimen collection (85.4%), droplet precautions (84.1%), hand hygiene (83.4%), contact and airborne precautions (81.1%), respectively. Less than 80% of respondents agreed that the activities that they could apply were the following: wearing PPE (77.8%), management of medical instrument and environment (77.1%), and infectious waste management (74.2%).

Prisons should promote these practices and support necessary equipment in the prevention of infections for registered nurses so that they can effectively prevent infection and disease transmission in the prisons.

Keywords: *Development, Practice Guidelines, Prevention of Infections, Prisons*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เรือนจำเป็นสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อและเกิดการติดเชื้อสูง เนื่องจากความแออัดของผู้ต้องขัง ประกอบกับโครงสร้างของเรือนจำเป็นระบบปิด การระบายอากาศไม่ดี (Health Protection Agency, 2013) จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วโลกในปี ค.ศ. 2013 มีจำนวนประมาณ 6.9 ล้านคน (International Centre for Prison Studies, 2014) ในปี ค.ศ. 2015 จำนวนผู้ต้องขังเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคน (Webber & Teleclass, 2015) จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จาก 300,868 คน เป็น 308,868 คน (Department of Corrections, 2018) การที่จำนวนผู้ต้องขังเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในเรือนจำได้ง่าย (Simooaya, 2010) การศึกษาความชุกของโรคเอดส์และการป่วยด้วยโรคติดเชื้ออื่น ๆ ในผู้ต้องขัง ในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011-2012 พบความชุกของโรคเอดส์ในผู้ต้องขังร้อยละ 21 การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 10.1 การป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 6 และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 2.7 (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Alvarez, Befus, Herzig, & Larson, 2014; Maruschak, 2015) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550-2554 พบอุบัติการณ์วัณโรคในผู้ต้องขังอยู่ระหว่าง 54.3-65.7 ต่อผู้ต้องขัง 100,000 คน ซึ่งสูงกว่าประชาชนทั่วไป 5-10 เท่า (Bureau of Epidemiology, 2014)

การติดเชื้อในเรือนจำก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการต่อผู้ต้องขัง เมื่อผู้ต้องขังกลับไปสู่ครอบครัวและชุมชน อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ชุมชนได้ การติดเชื้อของผู้ต้องขังทำให้รัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษาการติดเชื้อจำนวนมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ต้องขังปีละประมาณ 3.1-8.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Kinsella, 2004) ประเทศออสเตรเลียต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นโรคเอดส์เฉลี่ย 3,234 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี และเสียค่าใช้จ่าย

ในการรักษาผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ทั้งหมดในแต่ละปีถึง 2.9 ล้านเหรียญสหรัฐ (Warren et al., 2006)

การป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยลดการติดเชื้อและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีผู้รับผิดชอบ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเรือนจำให้การดูแลรักษาผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยใกล้ชิด จึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อในเรือนจำ (Health Protection Agency, 2013) ซึ่งหน่วยบริการเรือนจำประเทศไอร์แลนด์ (Irish Prison Service [IPS]) หน่วยงานป้องกันสุขภาพ ประเทศอังกฤษ (Health Protection Agency [HPA]) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) กำหนดให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในเรือนจำมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในเรือนจำ (Irish Prison Service, 2011; Health Protection Agency, 2013; WHO, 2014) ตามมาตรฐานสากล คือ พยาบาลเรือนจำ 1 คน ดูแลผู้ต้องขัง 100 คน (Konrad, Vollm, & Weisstub, 2013) ประเทศไทยมีเรือนจำทั่วประเทศ 142 แห่ง แต่ละเรือนจำมีสถานพยาบาล 1 แห่ง และกำหนดอัตราส่วนพยาบาล 1 คน ดูแลผู้ต้องขัง 1,250 คน ปัจจุบันพยาบาลเรือนจำ 1 คน ให้การดูแลผู้ต้องขังมากถึง 2,000-3,000 คน และเรือนจำเกือบทั้งหมดไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำสถานพยาบาล

การมีแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำที่ดีสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเรือนจำเพื่อดูแลผู้ต้องขังและปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินั้นสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อได้ แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Bick, 2007) การปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในเรือนจำ สามารถลดการแพร่กระจายของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในผู้ต้องขังได้ (Weinbaum, Ryerla, & Margolis, 2003) การศึกษาการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่

ผิวหนังจากเชื้อสแตฟฟีโลคอคคัสออเรียสที่ดื้อยาเมธิซิลิน (Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus [MRSA]) ในเรือนจำแห่งหนึ่ง ในประเทศจอร์เจียในปี ค.ศ. 2001 พบว่าหลังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ อัตราการติดเชื้อ MRSA ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 11.6 เป็น 0 ต่อ 10,000 วันที่อยู่เรือนจำ (Wootton et al., 2004) พบว่าเมื่อพยาบาลเรือนจำปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันวัณโรคขององค์การอนามัยโลก อุบัติการณ์วัณโรคในผู้ต้องขังลดลงจาก 393 คน เหลือ 232 คนต่อผู้ต้องขัง 100,000 คน (Aerts, Hauer, Wanlin, & Veen, 2006)

ข้อมูลจากสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในเรือนจำ ในประเทศไทย จำนวน 4 คน พบว่ายังพบการติดเชื้อและการระบาดของโรคติดเชื้อ ได้แก่ วัณโรค โรคหัวใจ โรคตาแดง การติดเชื้อที่ผิวหนัง รวมทั้งพบการติดเชื้อดื้อยาในผู้ต้องขังอย่างต่อเนื่อง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ เป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นต่อเรือนจำ พยาบาลเรือนจำต้องการแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติ ได้ตามบริบทของเรือนจำที่มีข้อจำกัดด้านสถานที่และบุคลากร เพื่อให้การป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำในประเทศไทย ซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของเรือนจำ สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ในเรือนจำได้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร มีความครอบคลุม ทันสมัย สามารถป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในเรือนจำ ป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงานของพยาบาลเรือนจำ และลดค่าใช้จ่ายของประเทศจากการรักษาการติดเชื้อในผู้ต้องขัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในเรือนจำ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์โดยการทบทวนแนวปฏิบัติขององค์กรต่างๆ คัดเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทเรือนจำในประเทศไทย 10 กิจกรรม ประกอบด้วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากละอองน้ำมูกน้ำลาย การป้องกันการแพร่เชื้อทางอากาศ การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การป้องกันอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทงและของมีคมบาด การจัดการเครื่องมือแพทย์และสิ่งแวดล้อม การเก็บสิ่งส่งตรวจ การจัดการผ้าเปื้อน และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ โดยผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน ซึ่งมีการตอบกลับของแบบสอบถาม 2 รอบเพื่อสรุปเป็นฉันทมติ และ ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำไปใช้ โดยการสอบถามความคิดเห็นจากพยาบาลเรือนจำ 142 แห่งในประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) ระยะเวลาดำเนินการ 9 เดือน ตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 17 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมานาน

ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปและมีประสบการณ์ดูแลผู้ต้องขัง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (purposive sampling) จากการสืบค้นรายชื่อผู้เชี่ยวชาญจากผลงานการเขียนตำราเอกสาร บทความ งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเรือนจำ ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ รวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเรือนจำทั้งหมด 142 แห่งทั่วประเทศ เรือนจำละ 1 คน จำนวน 142 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ ฉบับเสนอผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 และรอบที่ 2 และแนวปฏิบัติฯ ที่ผ่านการปรับปรุงจาก “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ ฉบับเสนอผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ (รอบที่ 1) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย วุฒิการศึกษา ความเชี่ยวชาญ ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ (รอบที่ 1) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นที่มีต่อข้อความในแนวปฏิบัติเป็นรายข้อ ว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย และให้ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเป็นเกณฑ์ในการปรับแบบสอบถามเพื่อพัฒนาเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ (รอบที่ 2) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด คำถามปลายปิดมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ โดยกำหนดให้เห็นด้วยน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน เห็น

ด้วยมากที่สุดเท่ากับ 11 คะแนน ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อแนวปฏิบัติเป็นรายข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อความทั้งหมดมาหาค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญปรับปรุงเพื่อสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเรือนจำที่มีต่อการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเรือนจำที่มีต่อแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลเรือนจำ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในเรือนจำ

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยเนื้อหาในแบบสอบถามพัฒนามาจากแนวปฏิบัติฯ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นไปได้ อาจเป็นไปได้ และเป็นไปไม่ได้ หากตอบอาจเป็นไปได้ หรือเป็นไปไม่ได้ ให้ระบุเหตุผลประกอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำจากองค์กรต่าง ๆ เพื่อกำหนดหัวข้อเนื้อหาในแนวปฏิบัติฯ นำเนื้อหาที่ได้มาจัดทำ “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ

1. ผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 ท่าน ตอบรับเข้าร่วมการทำวิจัย ผู้วิจัยส่ง “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ ฉบับเสนอผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 และแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ (รอบที่ 1)

2. หลังจากผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ (รอบที่ 1)

ผู้วิจัยนำวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายชื่อ โดยเลือกข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป เห็นด้วยกับข้อความนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อจัดทำ“ร่าง”แนวปฏิบัติฯ ฉบับเสนอผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 ผู้วิจัยจัดส่งเอกสารให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย “ร่าง” แนวปฏิบัติฯ ฉบับเสนอผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 และแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ“ร่าง”แนวปฏิบัติฯ (รอบที่ 2)

3. หลังจากได้รับแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ“ร่าง” แนวปฏิบัติฯ (รอบที่ 2) คืน ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์เป็นรายชื่อ รวมทั้งนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ โดยคัดเลือกข้อความที่ผ่านเกณฑ์ คือ ข้อความที่มีคามัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.67 และพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์และนำแนวปฏิบัติมาสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลเรือนจำเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้โดยการสอบถามความคิดเห็นจากพยาบาลเรือนจำ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมราชทัณฑ์แล้ว โดยส่งแนวปฏิบัติฯ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้และเอกสารลงนามยินติเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมซองจดหมายติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ของถึงผู้วิจัย จำนวน 2 ซอง ไปยังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเรือนจำ 142 แห่ง ทางไปรษณีย์ เมื่อพยาบาลเรือนจำได้ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากเอกสารคำชี้แจงข้อมูลและตกลงยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลเรือนจำลงลายมือชื่อในเอกสารยินติเข้าร่วมโครงการวิจัย และส่งเอกสารลงนามยินติเข้าร่วมโครงการวิจัยแยกซองกับซองแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ กลับคืนให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมดมาตรวจสอบความ

สมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลเรือนจำ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1 วิเคราะห์คำตอบความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ“ร่าง”แนวปฏิบัติฯ (รอบที่ 1) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

2.2 วิเคราะห์หาความสอดคล้องของคำตอบของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ“ร่าง”แนวปฏิบัติฯ (รอบที่ 2) โดยการหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

3. ข้อมูลความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ของพยาบาลเรือนจำวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ ด้วยเทคนิคเดลฟาย โดยทบทวนแนวปฏิบัติและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 17 คนโดยการส่งแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ“ร่าง”แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ 2 รอบ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจากผู้เชี่ยวชาญทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 ได้แนวปฏิบัติฯ กิจกรรมสำคัญที่พยาบาลเรือนจำควรปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ 10 กิจกรรม (ตารางที่ 1) และนำแนวปฏิบัติฯ ไปตรวจสอบความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยการส่งแบบสอบถามไปยังพยาบาลเรือนจำทั่วประเทศ จำนวน 142 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 106 ชุด คิดเป็น

ร้อยละ 74.6 ในภาพรวมพยาบาลเรือนจำร้อยละ 82.3 ป้องกันการติดเชื้อทั้ง 10 กิจกรรม (ตารางที่ 1) เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามกิจกรรมในการ

ตารางที่ 1 ร้อยละของพยาบาลเรือนจำจำแนกตามความคิดเห็นที่มีต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในแต่ละกิจกรรมหลัก

กิจกรรมหลัก	เป็นไปได้	อาจเป็นไปได้	เป็นไปไม่ได้
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส	81.1	16.5	2.4
2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละออง น้ำมูก น้ำลาย	84.1	14.1	1.8
3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ	81.1	16.3	2.6
4. การทำความสะอาดมือ	83.4	15.1	1.5
5. การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	77.8	15.3	6.9
6. การป้องกันอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทงและของมีคมบาด	92.7	7.2	0.1
7. การจัดการอุปกรณ์การแพทย์และสิ่งแฉะดื้อ	77.1	19.6	3.3
8. การเก็บสิ่งส่งตรวจ	85.4	9.2	5.4
9. การจัดการผ้าเปื้อน	85.6	10.3	4.1
10. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	74.2	22.6	3.2
รวม	82.3	14.6	3.1

จากตารางที่ 1 กิจกรรมที่พยาบาลเรือนจำเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมากที่สุด คือ การป้องกันอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทงและของมีคมบาด ร้อยละ 92.7 รองลงมาคือ การจัดการผ้าเปื้อน ร้อยละ 85.6 การเก็บสิ่งส่งตรวจ ร้อยละ 85.4 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละอองน้ำมูกน้ำลาย ร้อยละ 84.1 การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 83.4 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ร้อยละ 81.1 ตามลำดับ กิจกรรมที่พยาบาลเรือนจำน้อยกว่าร้อยละ 80 เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ คือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ร้อยละ 77.8 การจัดการเครื่องมือแพทย์และสิ่งแฉะดื้อ ร้อยละ 77.1 และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 74.2

การอภิปรายผล

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับ

การป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ ผู้วิจัยใช้เทคนิคเดลฟาย เริ่มตั้งแต่การทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำขององค์กรต่าง ๆ พิจารณาคัดเลือกกิจกรรมพื้นฐานที่เรือนจำต้องดำเนินการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อ ที่เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำในประเทศไทย ประกอบด้วย 10 กิจกรรมหลัก (ตารางที่ 1) คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณารวบรวมร่างแนวปฏิบัติ โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้มีความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ปฏิบัติงานด้านนี้มาเป็นเวลานาน มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ชัด มีประสบการณ์โดยตรงกับประเด็นที่ศึกษา ผู้เชี่ยวชาญควรมีความสนใจในเรื่องที่ผู้วิจัยทำการวิจัยและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดทั้งกระบวนการ รวมทั้งยินดีสละเวลาตอบแบบสอบถามในแต่ละรอบ (Okoi & Pawlowski, 2004) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจำนวน 17 คน ประกอบด้วย แพทย์ อาจารย์

พยาบาล พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ต้องขัง ซึ่งเทคนิคเดลฟายได้กำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญให้เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ในเรื่องที่ศึกษาอย่างจริงจัง อาจเป็นผู้ที่ศึกษาเรื่องดังกล่าวมาเป็นเวลานานมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ชัด (O'boyle, Jackson, & Henly, 2002) เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถช่วยยกระดับงานวิจัยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และจำนวนผู้เชี่ยวชาญต้องมีจำนวนมากพอที่จะใช้เป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไปจะมีอัตราของความคลาดเคลื่อนน้อยมาก คือ 0.02 (Green, Jones, Hughes, & Williams, 1999; Keeney, Hasson, & Kenna, 2001)

การใช้เทคนิคเดลฟายในการพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้สามารถรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้อย่างกว้างขวางโดยไม่ต้องจัดการประชุม ขจัดปัญหาและอุปสรรคในการนัดหมาย การรวมกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ ลดปัญหาด้านเวลา การเดินทาง และงบประมาณ โดยทั่วไปการส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้เชี่ยวชาญดำเนินการตั้งแต่ 2-4 รอบ (Mckenna, 1994) แต่หากสรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญได้จากรอบที่ 2 แล้วอาจไม่มีความจำเป็นต้องมีการดำเนินการต่อ ผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยนี้ทุกท่านมีการกิจค่อนข้างมาก และปฏิบัติงานอยู่ในทุกภาคของประเทศ การเดินทางมาเพื่อร่วมกันพิจารณาแนวปฏิบัติเป็นไปได้ยาก การใช้วิธีการส่ง “ร่าง” แนวปฏิบัติเพื่อพิจารณา และส่งกลับผู้วิจัยทางไปรษณีย์เป็นวิธีการที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่ผู้เชี่ยวชาญว่าจะมีการส่งเอกสารเพื่อพิจารณา 2 ครั้ง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านยินดีและให้ความสำคัญในการทบทวนร่างแนวปฏิบัติแต่ละรอบในเวลาที่กำหนด โดยผู้เชี่ยวชาญทุกคนตอบแบบสอบถามกลับคืนทั้ง 2 รอบคิดเป็นร้อยละ 100 ให้ข้อเสนอแนะตามความคิดเห็นอย่างอิสระ เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ จากการทบทวน “ร่าง” แนวปฏิบัติ ครั้งที่ 2 ผลจากการให้ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญค่อนข้างคงที่ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่

สอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงนำผลมาพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในเรือนจำจากการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเรือนจำพบว่าในภาพรวมทั้ง 10 กิจกรรมหลัก พยาบาลเรือนจำ ร้อยละ 82.3 เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ซึ่งในกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทงและของมีคมบาด พยาบาลเรือนจำมีความเห็นว่า มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 92.7 เนื่องจากการป้องกันอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทงและของมีคมบาดเป็นสิ่งที่พยาบาลเรือนจำแต่ละคนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง การระมัดระวังขณะปฏิบัติงาน ไม่สวมปลอกเข็มกลับคืนด้วย 2 มือ ทั้งเข็มในภาชนะที่เตรียมไว้ สามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากเข็มของมีคมได้ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ไม่ต้องใช้งบประมาณมาก สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่พบว่ายังคงมีหลายกิจกรรมหลักที่พยาบาลเรือนจำ น้อยกว่าร้อยละ 80 เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ คือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 77.8 การจัดการอุปกรณ์การแพทย์และสิ่งแวดลอม คิดเป็นร้อยละ 77.1 และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 74.2 ส่วนใหญ่พยาบาลเรือนจำให้เหตุผลว่า สถานพยาบาลในเรือนจำบางแห่งไม่มีอุปกรณ์ป้องกันร่างกายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลเรือนจำต้องการใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น ผ้าปิดปากและจุก ถุงมือปราศจากเชื้อ ถุงมืออย่างหนา N95 แว่นป้องกันตา อุปกรณ์ป้องกันใบหน้า เป็นต้น ต้องการงบประมาณสนับสนุนในการจัดซื้อสิ่งจำเป็นในการป้องกันการ ติดเชื้อ เช่น สบู่ น้ำยาทำลายเชื้อ 4% chlorhexidine gluconate 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ เรือนจำไม่มี ชักโครกสำหรับการทิ้งสารคัดหลั่ง เป็นต้น ซึ่งหน่วยงานป้องกันสุขภาพ ประเทศอังกฤษ แนะนำว่าในกรณีที่ต้องดูแลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ พยาบาลหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนที่ต้องดูแลผู้ต้องขัง ควรสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสม สวมถุงมือ ผ้ากันเปื้อน และผ้าปิดปากและจุกตามความจำเป็นในการดูแลผู้ต้องขังแต่ละราย (HPA, 2013) พบ

การศึกษาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ในเรือนจำรัฐนิวเซาท์เวลส์ ในประเทศออสเตรเลีย ปี ค.ศ. 2003 มีสาเหตุจากการสัมผัสผู้ต้องขังที่ป่วยไข้หวัดใหญ่โดยไม่มี การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งพบผู้ต้องขังที่ป่วย 35 คน เจ้าหน้าที่พยาบาลป่วย 1 คน เจ้าหน้าที่เรือนจำป่วย 1 คน หลังจากนั้นเรือนจำได้มีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่โดยเน้นให้มีการทำความสะอาดมือ การให้วัคซีน การให้เจ้าหน้าที่หยุดพักงานเมื่อมีอาการป่วย การประชาสัมพันธ์ให้ ผู้เข้าเยี่ยมรับทราบข้อมูลของโรคระบาดในเรือนจำ (Young et al., 2005) การศึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ที่ไม่มี การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในขณะที่ปฏิบัติงาน เช่น การระบาดของโรคหัดในเรือนจำแห่งหนึ่งในรัฐควีนส์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ในปี ค.ศ. 2013 พบเจ้าหน้าที่เรือนจำป่วยจำนวน 3 คน จากการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยจำนวน 14 คน เกิดจากการไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรค และการสัมผัสกับผู้ต้องขังที่ป่วยโดยไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยน้ำมูกน้ำลายและทางอากาศ (Chatterji, Balbwin, Prakash, Vlack, & Lambert, 2014) เพื่อความปลอดภัยของผู้ให้การดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เรือนจำจึงควรจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม และมีจำนวนเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

นอกจากนี้ข้อจำกัดด้านสถานที่ภายในเรือนจำ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะยากที่จะแก้ไข ไม่ใช่สิ่งที่พยาบาลเรือนจำปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เมื่อเกิดโรคที่แพร่กระจายได้ง่าย จึงส่งผลกระทบต่อระบบแรงทำให้เกิดการระบาดในเรือนจำได้ ปัญหาสำคัญที่พบในเรือนจำในปัจจุบันคือ วัณโรค เมื่อปี ค.ศ. 2002 ในทวีปยุโรป พบการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นจำนวนมากซึ่งสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 17 เท่า และสถานการณ์รุนแรงยิ่งขึ้นเนื่องจากเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคดื้อยาและวัณโรคดื้อยาอย่างกว้างขวาง (extensively drug-resistant [XDR])

(Aerts et al., 2006; WHO, 2104) ในปี ค.ศ. 2001 ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียงบประมาณในการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังที่สงสัยป่วยเป็นวัณโรค ปีละประมาณ 54,000 เหรียญสหรัฐ (Jones, & Schaffner, 2001) การคัดกรองผู้ต้องขังที่ป่วยหรือสงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรค เพื่อแยกจากผู้ต้องขังอื่นและส่งต่อเพื่อการรักษาอย่างรวดเร็วเป็นสิ่งที่เรือนจำต้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากภายในเรือนจำ มีการระบายอากาศไม่ดีแสงแดดส่องไม่ถึง รวมทั้งผู้ต้องขังมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการป่วยด้วยโรคติดเชื้อหลายโรค และความแออัดในเรือนจำก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้อย่างรวดเร็ว ควรมีการจัดให้ผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคแยกออกจากผู้ต้องขังรายอื่นหรือจัดให้อยู่ในห้องแยกเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้ต้องขังอื่นในเรือนจำ หากเรือนจำไม่มีห้องแยกหรือห้องแยกไม่เพียงพอควรจัดให้ผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคอยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทได้สะดวกอยู่ใกล้หน้าต่าง (HPA, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Baussano et al. (2010) พบว่าความแออัด การได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องของผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรค ผู้ต้องขังที่อาจมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคที่ไม่แสดงอาการเนื่องจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น มีการติดเชื้อเอชไอวี เคยมีการใช้ยาเสพติด มีภาวะโภชนาการไม่ดี เคยอยู่ในเรือนจำและมีประวัติสัมผัสผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งข้อจำกัดด้านสถานที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเรือนจำไม่มั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในหลายกิจกรรมได้อย่างเต็มที่และการที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้นั้นพยาบาลเรือนจำต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญในเรือนจำ แต่ผลการศึกษาพบว่า มีพยาบาลเรือนจำเพียงร้อยละ 41.5 เท่านั้น เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในเรือนจำ จะเห็นได้ว่าแม้จะมีแนวปฏิบัติแต่อาจพบปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เรือนจำจึงจำเป็นต้องกำหนดนโยบายการดำเนินงานในการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำที่เข้มแข็ง สนับสนุนให้พยาบาลเรือนจำได้รับ

ความรู้ ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การคัดกรองวัณโรคเชิงรุก สนับสนุนสิ่งจำเป็นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เชื่อมั่นประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรรวบรวมแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในเรือนจำ และประเมินประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำในประเทศไทย เพื่อให้ทราบลักษณะการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อในเรือนจำนำไปสู่การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เรือนจำควรส่งเสริมให้พยาบาลเรือนจำมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ

2. เรือนจำควรสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอต่อความต้องการในการปฏิบัติงาน เพื่อความปลอดภัยของพยาบาลเรือนจำและเพื่อให้การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติด

เอกสารอ้างอิง

- Aerts A., Hauer B., Wanlin M., & Veen J. (2006). Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *International Journal of Tuberculosis and lung disease*, 10(11), 1215-1223.
- Alvarez, Befus, Herzig, & Larson. (2014). Prevalence and Correlates of Hepatitis C virus infection among inmates at two New York State correctional facilities. *Journal of Infection and Public Health*, 7, 517-521.
- Baussano, I., Williams, B. G., Nunn, P., Beggiato, M., Fedeli, U., & Scano, F. (2010). Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS medicine*, 7(12), e1000381.
- Bick, J. A. (2007). Infection control in jails and prisons. *Clinical Infectious Diseases*, 45(8), 1047-1055.
- Bureau of Epidemiology (2014). *Prevalence of tuberculosis*. Retrieved from <http://www.hiso.or.th/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *HIV in Correctional Setting*. Retrieved From <http://www.cdc.gov/hiv>
- Chatterji, M., Balbwin, A. M., Prakash, R., Vlack, S. A., & Lambert. S. B. (2014). Public Health response to a measles outbreak in a Large Correctional Facility, Queensland, 2013. *Communicable Diseases Intelligence Quarterly Report*, 38(4), E294-E297.
- consideration and applications. *Information & Management*, 42, 15-29.
- Department of Corrections. (2018). *National-wide inmates statistics*. Retrieved http://www.correct.go.th/stat102/display/select_date_user.php
- Green, B., Jones, M., Hughes, D., & Williams, A. (1999). Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirements. *Health & Social Care in the Community*, 7(3), 198-205.
- Health Protection Agency. (2013). Prevention of infection and communicable disease control in prisons and places of detention. *Health Protection Agency and Department of Health*, 80-91.

- International Centre for Prison Studies. (2014). *World Prison Brief*. Retrieved From <http://www.prisonstudies.org/country/thailand>
- Irish Prison Service. (2011). *Health Care Standard*. Retrieved From <http://www.irishprisons.ie>
- Jones, T. F., & Schaffner, W. (2001). Miniature chest radiograph screening for tuberculosis in jails: a cost-effectiveness analysis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 164(1), 77-81. doi: 10.1164/ajrccm.164.1.2010108
- Journal of Advanced Nursing*, 19, 1221-1225.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International journal of nursing studies*, 38(2), 195-200.
- Kinsella. (2004). Corrections Health Care Costs. *The Council of State Governments*. Retrieved From <http://www.csg.org.pdf>
- Konrad, N., Völlm, B., & Weisstub, D. N. (2013). *Ethical Issues in Prison Psychiatry*. Springer. Lippincott Williams & Wilkins.
- Maruschak, L. M. (2015). *HIV in prisons, 2001-2010*. *AIDS*, 20, 25.
- McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: A worthwhile research approach for nursing?
- O'boyle, C., Jackson, M., & Henry, S. J. (2002). Staffing requirements for infection control programs in US health care facilities: Delphi project. *American journal of infection control*, 30(6), 321-333.
- Okoli, C. Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: An example, design
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principle and method* (7th ed.). Philadelphia:
- Simoooya, O. O. (2010). Infectious in Prison in Low and Middle Income Countries: Prevalence and Prevention Strategies. *The Open Infectious Diseases Journal*, 4, 33-37.
- Warren, E., Viney, R., Shearer, J., Shanahan, M., Wodak, A., & Dolan, K. (2006). Value for money in drug treatment: economic evaluation of prison methadone. *Drug and Alcohol Dependence*, 84(2), 160-166.
- Webber, A., & Teleclass, T. (2015). *Infection Prevention and Control in Correctional Settings*. Retrieved From <https://webbertraining.com/files/library/docs/621.pdf>
- Weinbaum, C., Lyerla, R., & Margolis, H. S. (2003). *Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings*. Massachusetts Medical Society.
- Wootton, S. H., Arnold, K., Hill, H. A., McAllister, S., Ray, M., Kellum, M., & Kuehnert, M. (2004). Intervention to reduce the incidence of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin infections in a correctional facility in Georgia. *Infect Control Hospital Epidemiology*, 25(5), 402-407.
- World Health Organization. (2014). *Health in prisons*. Retrieved From <http://www.euro.who.int/pub request pdf>
- Young, L. C., Dwyer, D. E., Harris, M., Guse, Z., Noel, V., & Levy, M. H. (2005). Summer outbreak of respiratory disease in an Australian prison due to an influenza A/Fujian/411/2002 (H3N2)-like virus. *Epidemiology & Infection*, 133(1), 107-112.



การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อ สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Development of Smartphone Application in Preventing Infection for Caregivers of Children with Cancer Receiving Chemotherapy

ศิรินันท์	ยัมโกศล *	Sirinan	Yimkosol *
วันชัย	เลิศวัฒนวิลาศ **	Wanchai	Lertwatthanawilat **
เอกรัฐ	บุญเชียง ***	Ekkarat	Boonchieng ***
วราภรณ์	บุญเชียง **	Waraporn	Boonchieng **

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล การมีแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อจึงมีความสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 37 ราย ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560 ทำการพัฒนาโดยใช้ขั้นตอนในรูปแบบ SDLC (system development life cycle) มีกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นลำดับขั้นตอนในการพัฒนาระบบ ซึ่งประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดปัญหา (problem definition) 2) การวิเคราะห์ (analysis) 3) การออกแบบ (design) 4) การพัฒนา (development) 5) การทดสอบ (testing) 6) การติดตั้ง (implementation) และ 7) การบำรุงรักษา (maintenance)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่อยู่ในขั้นตอนการพัฒนา และแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อแอปพลิเคชันซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.84 นำไปทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง แบบกลุ่มย่อย และภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาประกอบไปด้วยการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรม และการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมและการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่อง

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

* Nurse, Maharaj Nakkorn, Chiang Mai, Email: jangjaja1@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 7 สิงหาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 6 ธันวาคม 2560

สุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม และคำแนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องนำเด็กมาโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ทั้งในด้านเนื้อหา ด้านสี ด้านภาพประกอบ ด้านเสียงบรรยาย ด้านตัวอักษร ด้านวิธีการใช้งาน และด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.7 เห็นด้วยมากที่สุดว่าเนื้อหา มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และภาพมีความตรงประเด็นสอดคล้องกับเนื้อหา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.3 เห็นด้วยมากที่สุดว่าขั้นตอนการใช้งานง่าย สะดวกและคำอธิบายวิธีการใช้งานชัดเจน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.7 เห็นด้วยมากที่สุดว่าเนื้อหา มีความเข้าใจง่าย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะนำไปใช้ในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อได้

คำสำคัญ: การพัฒนา, การป้องกันการติดเชื้อ, แอปพลิเคชัน, สมาร์ตโฟน, เด็กโรคมะเร็ง

Abstract

Infection in children with cancer is an important public health problem which affects the patient and their caregivers. The guidelines for the prevention of infection is significant. This developmental research study aimed to develop a smartphone application for the caregivers of children with cancer receiving chemotherapy in the prevention of infection. The samples included 37 caregivers of children with cancer receiving chemotherapy admitted to two tertiary hospitals from July to August 2017. Steps for the development including 1) problem definition 2) analysis 3) design 4) development 5) testing 6) implementation and 7) maintenance.

The research instruments included a smartphone application and a questionnaire asking opinions towards the application. These instruments were validated by an expert panel and the content validity index was .86. The reliability was .84. The application was tested by one to one testing, small group testing, and field testing. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results showed that the contents for the application on infection prevention consisted of nutritional care, personal hygiene, activities and leisure, environmental care and home care regarding nutrition, personal hygiene at home, activities and leisure at home, environmental care, and abnormal signs and symptoms to take children to the hospital. Most of the participants agreed on the infection prevention content, color, picture, sound, text, and communication among the samples and the developer at a high level to the highest level. The majority of the participants (96.7%) agreed that the content was useful and can be used in daily life and the images are consistent with the content at the highest level. Regarding the technical issues, the majority of them (83.3%) agreed that the application was easy to use with a clear explanation at the highest level. Also, most of them (76.7%) agreed that the content was easy to understand at the highest level.

The results of the study show that the smartphone application in preventing infection for

caregivers of children with cancer receiving chemotherapy can be used by the caregiver in the prevention of infection.

Keywords: Development, Prevention of Infections, Application, Smartphone, Children with Cancer

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งในเด็กปัจจุบันเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกและในประเทศไทย จากสถิติในสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ.2016 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ 10,380 รายและมีเด็กประมาณ 1,250 ราย เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง (Siegel, Miller & Jemal, 2016) ซึ่งในประเทศไทยจากสถิติโรคมะเร็ง พ.ศ. 2558 ที่รายงานโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรายใหม่ จำนวน 36 ราย การให้ยาเคมีบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการรักษาเด็กโรคมะเร็ง แต่ยาเคมีบำบัดไม่ได้ออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงที่เซลล์มะเร็งเท่านั้น อาจส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติทั่วไปและการทำงานของอวัยวะอื่น ๆ ทำให้เกิดอาการภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย ผื่นร่วน เป็นต้น และที่สำคัญที่สุดคือภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ จนก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ การติดเชื้อของเด็กโรคมะเร็งพบได้ทั่วโลก มีรายงานการศึกษาการติดเชื้อในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศบราซิลตั้งแต่เดือนมกราคม 2011 ถึงธันวาคม 2012 พบว่า ผู้ป่วย 104 ราย มีการติดเชื้อ 50 ราย (Benites, Cabrini, Passesh & Sanlo, 2014) ในประเทศไทย ดังรายงานการศึกษาการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีภาวะไข่วัณโรคเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ผู้ป่วย 33 ราย เกิด febrile neutropenia ทั้งหมด 60 ครั้ง เป็นชายร้อยละ 66.7 เป็นหญิงร้อยละ 33.3 (Trivaree, Samruan & Jorjarus, 2012)

การติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล รวมทั้งโรงพยาบาลด้วย ผู้ป่วยเด็กเมื่อเกิดการติดเชื้อ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ บางคนอาจเกิดอาการแพ้ยาปฏิชีวนะอย่างรุนแรงได้ และการได้รับยาปฏิชีวนะติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิด

เชื้อดื้อยา จนการรักษาด้วยยาชนิดเดิม ปริมาณเดิมไม่ได้ผล จึงต้องใช้ยาปฏิชีวนะปริมาณมากขึ้น แรงขึ้น เป็นพิษต่อตับและไต ในส่วนของผู้ดูแลจากการศึกษาของ Wacharasin et al. (2018) พบว่าบิดามารดาที่มีความทุกข์ทรมานมากเมื่อบุตรเกิดการติดเชื้อหลังจากการได้รับยาเคมี อีกทั้งการติดเชืวยังส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล พบว่า ค่ารักษาพยาบาลคิดค่าเฉลี่ยเป็นบาทต่อครั้งของการรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมทั้งหมดของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ 183,767.06 บาทต่อครั้งของการนอนโรงพยาบาล เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่าย 12,371.00 บาท (Wongtongle & Oberhofer, 2008)

การติดเชื้อของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สามารถป้องกันได้ด้วยมาตรการต่าง ๆ หลายวิธีรวมกัน จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม และการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม และคำแนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องนำเด็กมาโรงพยาบาลโดยความร่วมมือของผู้ดูแลทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่บ้าน และตัวเด็กป่วยเอง สำหรับตัวเด็กป่วยเองก็มีส่วนสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ แต่ทำได้ยาก เนื่องจาก เด็กยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เด็กต้องการ การดูแลจากมารดาในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อาหารความปลอดภัย ความรัก การอุ้ม การสัมผัส และความสุข

การทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กของผู้ดูแลพบว่ายังมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในการป้องกันการติดเชื้อไม่ถูกต้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนน้อยที่ทำทุกครั้ง ร้อยละ 35.2 ที่ให้เด็กรับประทานผักที่ผ่านการทำให้สุกแล้ว ส่วนพฤติกรรมการเตรียมอาหารมีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ปฏิบัติทุกครั้งในเรื่องการล้างผลไม้ ร้อยละ 38.6 (Sonkongdang, Seepan, Srimana, 2015) และการศึกษาพบว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และผิวหนัง ความต้องการแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการในการป้องกันการติดเชื้อ ดังการศึกษาความต้องการของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ต้องการคำแนะนำในการดูแลเด็กป่วยเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ 53 คน คิดเป็น ร้อยละ 66.3 (Jinsupawong, Yenboth & Chumpirom, 2005) และจากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 4 รายพบว่าผู้ดูแลต้องการคำแนะนำในการดูแลเด็กป่วยเรื่องการป้องกันการติดเชื้อขณะอยู่โรงพยาบาล ระดับมากที่สุด จำนวน 2 ราย และเรื่องการป้องกันการติดเชื้อขณะอยู่ที่บ้าน ระดับมาก จำนวน 3 ราย

การให้แนวทางแก่ผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการศึกษาที่ส่วนใหญ่ ผู้ดูแลจะได้รับความรู้ ด้วยวิธีการสอนรายบุคคล ประกอบสื่อ เช่น คู่มือ แผ่นพับ แต่ไม่มีความยั่งยืนควรพัฒนาปรับปรุงวิธีการให้มีความยั่งยืนขึ้น ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการสื่อสารมีความก้าวหน้ามากขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่ใช้สมาร์ทโฟน มีการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชันที่เป็นโปรแกรมออกแบบ เพื่อการใช้งานสำหรับสมาร์ทโฟน ช่วยให้เข้าถึงระบบสุขภาพได้ง่ายมากขึ้น สามารถส่งเสริมความร่วมมือ เพื่อสำเร็จตามเป้าหมายทางสุขภาพและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

(Jones et al., 2014)

การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในปัจจุบันมีการนำไปใช้ในด้านสุขภาพเช่น การใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ข้อมูลต่าง ๆ ใช้งานง่าย มีความสะดวกในการสื่อสาร ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเตือน ส่งเสริมแรงจูงใจและเพิ่มการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Arsand, Froisland & James, 2012) และการศึกษาของ Nakornriab et al, (2018) เรื่องประสิทธิผลของโมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.86 จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่กล่าวข้างต้นเป็นการศึกษาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งยังไม่พบการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันในผู้ดูแล สำหรับในด้านเกี่ยวกับโรคมะเร็งมีการศึกษาแอปพลิเคชันแอนดรอยด์สำหรับให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งพบว่า ทำให้เกิดความสะดวกสบายแก่ผู้ใช้ เป็นข้อมูลพกพาเคลื่อนที่ ใช้ได้ง่าย เข้าถึงได้ตลอดเวลา แต่ยังเป็นการใช้ข้อมูลเรื่องมะเร็งทั่วไปไม่ได้เน้นการป้องกันการติดเชื้อกลุ่มผู้ใช้เป็นตัวผู้ป่วยเอง และยังไม่พบการศึกษาการใช้ข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดผ่านการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน

การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนเป็นสื่อรูปแบบใหม่ ซึ่งผู้ใช้สามารถเรียนรู้ผ่านสมาร์ทโฟน ที่เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตได้ โดยปัจจุบัน สมาร์ทโฟนมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและได้รับความนิยมมาก เพราะเป็นการสื่อสารแบบจอสัมผัส ใช้งานง่าย และพกพาสะดวก เมื่อมีเทคโนโลยีสื่อสารไร้สายความเร็วสูงรองรับก็ยิ่งทำให้ผู้ใช้สามารถสื่อสารได้ทุกที่ทุกเวลา และในหลายโอกาสมากยิ่งขึ้น โดยมีขั้นตอนการพัฒนาในรูปแบบ SDLC (system development life cycle) 7 ขั้นตอนโดยมีการกำหนดกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นในแต่ละระยะของการพัฒนาเป็นลำดับชัดเจน ตั้งแต่เริ่มการพัฒนาจนกระทั่งสิ้นสุดการพัฒนา (Eamsiriwong, 2012) ประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดปัญหา

(problem definition) 2) การวิเคราะห์ (analysis) 3) การออกแบบ (design) 4) การพัฒนา (development) 5) การทดสอบ (testing) 6) การติดตั้ง (implementation) และ 7) การบำรุงรักษา (maintenance) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดแนวทางการดูแลแก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในการป้องกันการติดเชื้อเนื้อหาประกอบไปด้วยการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมและการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม และคำแนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องนำเด็กมาโรงพยาบาล

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้างต้นพบว่า การให้แนวทางการดูแลแก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง สามารถเพิ่มพูนความรู้และทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง พบการศึกษาการให้ความรู้โดยใช้ คู่มือ และแผ่นพับ แต่ควรพัฒนาปรับปรุงวิธีการให้มีความยั่งยืนขึ้น และพบการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในเรื่องอื่น ๆ เช่น เรื่องโรค อาการและอาการแสดง และเป็นการให้แนวทางการดูแลแก่ตัวผู้ป่วยเอง ยังไม่พบการให้แนวทางการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กผ่านสมาร์ตโฟน ดังเหตุผลที่ได้กล่าวไว้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใส่เนื้อหาการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในบทบาทของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและโรงพยาบาล การให้ผู้ป่วยเด็กมีการติดต่อสื่อสารกับผู้ดูแลระบบโดยสามารถตั้งคำถามเพื่อถามตอบในแอปพลิเคชันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้แนวทางในการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ สามารถดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การติดเชื้อของเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ซึ่งการป้องกันการติดเชื้อต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลเด็ก การมีแนวทางการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อของเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ให้แนวทางการดูแลแก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจากการทบทวนวรรณกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม และการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม และคำแนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องนำเด็กมาโรงพยาบาล โดยใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งทำการพัฒนาโดยใช้ขั้นตอนในรูปแบบ SDLC (system development life cycle) มีกิจกรรม

ต่าง ๆ ที่เป็นลำดับขั้นตอนในการพัฒนาระบบ ซึ่งประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดปัญหา (problem definition) 2) การวิเคราะห์ (analysis) 3) การออกแบบ (design) 4) การพัฒนา (development) 5) การทดสอบ (testing) 6) การติดตั้ง (implementation) และ 7) การบำรุงรักษา (maintenance) โดยศึกษาความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อของแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและศึกษาความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 หอผู้ป่วยพิเศษตะวันออก 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่และ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวนรวม 37 ราย เพื่อใช้ทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง 1 ราย แบบกลุ่มย่อย 6 ราย และภาคสนาม 30 ราย โดยการสุ่มเลือกอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ และประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพบนสมาร์ตโฟน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กที่

มีต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 1) เนื้อหา 2) สี 3) ภาพประกอบ 4) เสียงบรรยาย 5) ตัวอักษร 6) วิธีการใช้งาน และ 7) การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กำหนดปัญหา (problem definition)

ศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเรื่องความต้องการแนวทางในการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ

2. การวิเคราะห์ (analysis)

นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ความต้องการ โดยเครื่องมือที่เลือกใช้คือแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. การออกแบบ (design)

3.1 กำหนดเนื้อหาในแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3.2 การออกแบบแอปพลิเคชัน

3.3 เขียนสตอรี่บอร์ด (storyboard)

3.4 นำสตอรี่บอร์ดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

4. การพัฒนา (development)

4.1 ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน

4.2 ดำเนินการสร้างแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามรูปแบบ เทคนิค วิธีการที่ได้มาจากการวิเคราะห์ในขั้นต้น

5. การทดสอบ (testing)

5.1 การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง (one to one testing)

5.2 การทดสอบแบบกลุ่มย่อย (small group testing)

6. การติดตั้ง (implementation)

นำแอปพลิเคชันที่ได้ปรับปรุงแก้ไขทำการทดสอบภาคสนาม (field testing) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

7. การบำรุงรักษา (maintenance)

ทำการตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้องระหว่างที่ได้ดำเนินการใช้งานแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาดต่าง ๆ ให้มีความถูกต้องอยู่เสมอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการหาค่าความถี่ และ ค่าเฉลี่ยร้อยละ

ผลการวิจัย

การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ในระยะพัฒนาแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดในรอบแนวคิด ได้แก่ กำหนดปัญหา (problem definition) โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเรื่องความต้องการแนวทางในการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์และออกแบบเนื้อหาแอปพลิเคชัน ผลการวิเคราะห์พบว่า เนื้อหาสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้แก่การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่อง

กิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมและการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม และคำแนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องนำเด็กมาโรงพยาบาล

การออกแบบแอปพลิเคชันนำเสนอโดยใช้รูปภาพที่ประกอบไปด้วยรูปภาพจริง และภาพวาดการ์ตูน มีข้อความบรรยายภาพโดยใส่เฉพาะใจความสำคัญ และมีเสียงบรรยายประกอบภาพ หน้าจอที่ใช้แสดงผลเป็นแนวตั้ง สีพื้นหลังหลักเป็นสีฟ้าและขาว รูปแบบตัวอักษรใช้รูปแบบตัวอักษร DroidSansMono ของ Android และใช้ตัวอักษรสีดำและสีขาว โดยมีการเขียนสตอรี่บอร์ด (storyboard) จากเนื้อหาที่กำหนด ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คำแนะนำในการใช้แอปพลิเคชัน ส่วนที่ 2 การลงชื่อเข้าใช้ระบบ ส่วนที่ 3 เนื้อหาในแอปพลิเคชัน ส่วนที่ 4 ผู้ใช้สามารถตั้งคำถามเพื่อถามตอบในแอปพลิเคชัน ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็น จากนั้นนำสตอรี่บอร์ดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการติดเชื้อจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสื่อจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำสตอรี่บอร์ดมาแก้ไข

ภายหลังจากการแก้ไขสตอรี่บอร์ด ผู้วิจัยได้พัฒนาแอปพลิเคชันโดยประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ดำเนินการสร้างแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามรูปแบบเทคนิค วิธีการที่ได้มาจากการวิเคราะห์ในขั้นต้น และการทดสอบ (testing) โดยการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง (one to one testing) ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบแบบ

หนึ่งต่อหนึ่งกับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ราย เพื่อศึกษาถึงข้อบกพร่องของแอปพลิเคชัน และการทดสอบแบบกลุ่มย่อย (small group testing) กับกลุ่มตัวอย่าง 6 ราย หลังจากนั้นปรับปรุงแอปพลิเคชันบนอีกครั้งและนำไปทดสอบ ในการทดสอบภาคสนาม จากนั้นนำแอปพลิเคชันที่ได้ปรับปรุงแก้ไขจากการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และการทดสอบแบบกลุ่มย่อย อัปเดตเข้าสู่ระบบ Google Play ของแอนดรอยด์เพื่อนำไปเป็นเครื่องมือในการวิจัยโดยนำแอปพลิเคชันไปทำการทดสอบภาคสนาม (field testing) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน

สำหรับการบำรุงรักษา (maintenance) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้องระหว่างที่ได้ดำเนินการใช้งานแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาดต่าง ๆ ให้ความถูกต้องอยู่เสมอ ความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลศึกษาความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างภาคสนามจำแนกตามความคิดเห็นที่มีต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (n=30)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เนื้อหา					
เนื้อหาที่มีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้	29 (96.7)	1 (3.3)	0	0	0

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน เห็นด้วยมากที่สุดในด้านเนื้อหา ในเรื่องเนื้อหาที่มีประโยชน์ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ถึงร้อยละ 96.7 และเนื้อหาที่มีความเข้าใจง่าย คิดเป็นร้อยละ 76.7 ด้านสี กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องสีของภาพประกอบ มีความสวยงาม คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ สีของพื้นหลังมีความสวยงาม คิดเป็นร้อยละ 46.7 ด้านภาพประกอบ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องภาพมีความตรงประเด็นและสอดคล้องกับเนื้อหา คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมาคือ ลักษณะของภาพมีความน่าสนใจ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ด้านเสียงบรรยายกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากในเรื่องเสียงบรรยายมีความดังชัดเจนและน่าฟัง คิดเป็นร้อยละ 56.7 ด้านตัวอักษรกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากในเรื่องขนาดของตัวอักษรมีความเหมาะสมและรูปแบบตัวอักษรมีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 60.0 ด้านวิธีการใช้งาน กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องขั้นตอนการใช้งานง่ายและสะดวกและคำอธิบายวิธีการใช้งานชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่อง สามารถติดต่อสื่อสารได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 60.0 ทั้งนี้ไม่มีข้อใดที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นระดับน้อยและน้อยที่สุด (ตารางที่ 1)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สี					
เนื้อหามีความ เข้าใจง่าย	23 (76.7)	7 (23.3)	0	0	0
สีของภาพประกอบมีความสวยงาม	15 (50.0)	15 (50.0)	0	0	0
สีของพื้นหลังมีความสวยงาม	14 (46.7)	12 (40.0)	4 (13.3)	0	0
สีของตัวอักษรมีความลงตัวกับพื้นหลัง	10 (33.3)	17 (56.7)	3 (10.0)	0	0
ภาพประกอบ					
ภาพมีความตรงประเด็นและสอดคล้อง กับเนื้อหา	29 (96.7)	1 (3.3)	0	0	0
ลักษณะของภาพมีความน่าสนใจ	20 (66.7)	9 (30.0)	1 (3.3)	0	0
ขนาดของภาพที่ใช้แต่ละเฟรมมีความ ชัดเจนและลงตัว	10 (33.3)	18 (60.0)	2 (6.7)	0	0
เสียงบรรยาย					
เสียงบรรยายมีความดังชัดเจนและน่าฟัง	7 (23.3)	17 (56.7)	6 (20.0)	0	0
ตัวอักษร					
ขนาดของตัวอักษรมีความเหมาะสม	12 (40.0)	18 (60.0)	0	0	0
รูปแบบตัวอักษรมีความเหมาะสม	12 (40.0)	18 (60.0)	0	0	0
วิธีการใช้งาน					
ขั้นตอนการใช้งานง่ายและสะดวก	25 (83.3)	5 (16.7)	0	0	0
คำอธิบายวิธีการใช้งานชัดเจน	25 (83.3)	5 (16.7)	0	0	0
การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ใช้งานและผู้ดูแล ระบบ					
สามารถติดต่อสื่อสารได้ง่าย	18 (60.0)	12 (40.0)	0	0	0

การอภิปรายผล

ในการพัฒนาแอปพลิเคชัน ผลการศึกษาศึกษา
ความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อแอปพลิเคชันบน
สมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็ก
โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการวิจัยครั้งนี้กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นด้านเนื้อหา ด้านตัว
อักษร ด้านวิธีการใช้งาน และด้านการติดต่อสื่อสาร

ระหว่างผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบในระดับเห็นด้วยมาก
ถึงมากที่สุด อันเนื่องมาจากด้านเนื้อหาซึ่งประกอบไป
ด้วยการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเรื่อง
โภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแล
เรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม
และการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลเรื่อง
โภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแล

เรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม และคำแนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องนำเด็กมาโรงพยาบาล ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและให้ข้อเสนอแนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจได้ง่ายและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ ด้านตัวอักษร ในขั้นตอนการทดสอบ ได้รับการปรับปรุงแก้ไขขนาดของตัวอักษรจากการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ทำให้ได้ขนาดตัวอักษรที่พอดีตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนด้านวิธีการใช้งาน เนื่องจาก ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเริ่มใช้แอปพลิเคชันนั้น ได้มีคำอธิบายวิธีการใช้งานไว้อย่างชัดเจน ทำให้ขั้นตอนการใช้งานของแอปพลิเคชันง่าย สะดวก ไม่ซับซ้อน และด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบ เนื่องจากในแอปพลิเคชันได้บรรจุในส่วนของกระดานถามตอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งคำถามที่ต้องการเพื่อให้ผู้ดูแลระบบตอบข้อซักถามได้ อย่างไรก็ตาม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน มีระดับความคิดเห็นปานกลางในด้านสี ด้านภาพประกอบ และด้านเสียงบรรยาย เนื่องจากด้านสี และด้านภาพประกอบนั้นความละเอียดของหน้าจอกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน มีหลากหลายรูปแบบหลายขนาด ซึ่งขนาดหน้าจอในการศึกษาค้างนี้ที่ออกแบบมารองรับการใช้งานได้คืออยู่ที่ 5.0 ถึง 5.5 ถ้านำไปใช้งานกับแอนดรอยด์ขนาดหน้าจออื่น การแสดงผลของขนาดรูปภาพและสื่ออาจผิดเพี้ยนไปได้บ้าง ส่วนด้านเสียงบรรยายถึงแม้ว่าจะได้รับการปรับปรุงแก้ไขในขั้นตอนการทดสอบหนึ่งต่อหนึ่ง เพราะเสียงเด็กที่บรรยาย ไม่มีการเว้นจังหวะ วรรคตอนในการบรรยายแก้ไขโดยการเปลี่ยนเสียงผู้บรรยายเป็นเสียงผู้ใหญ่ แต่ขั้นตอนการทดสอบภาคสนาม 30 คน พบว่าพื้นที่บางส่วนของจอผู้ป่วยสัญญาณอินเตอร์เน็ตไม่เสถียรทำให้เครื่องหยุดทำงานได้บ้าง และในจอผู้ป่วยรวมอาจมีเสียงรบกวนรบกวนการฟังเสียงบรรยายในแอปพลิเคชันด้วย

แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้เนื่องจากวิธีการใช้งาน มีความสะดวก ใช้งานง่าย และเนื้อหา

ประโยชน์สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้ระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์: กรณีศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนท่าชุมเงินวิทยาคาร จังหวัดลำพูน ใช้การพัฒนาแอปพลิเคชันตามรูปแบบ SDLC พบว่า ความคิดเห็นของผู้ใช้ที่มีต่อแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้ระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากการใช้แอปพลิเคชันมีความสะดวกและมีเนื้อหาสาระด้วย และการศึกษาเรื่องการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้ระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ในการเรียนวิชาการประมวลผลภาพดิจิทัล สำหรับหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต สาขาการศึกษาบัณฑิต ใช้การพัฒนาแอปพลิเคชันตามรูปแบบ SDLC พบว่า ความคิดเห็นของผู้ใช้ที่มีต่อแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้ระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์นี้ อยู่ในระดับดี เนื่องจากการใช้แอปพลิเคชันมีประโยชน์และมีความน่าสนใจ รวมทั้งการศึกษการใช้แอปพลิเคชันในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและโรงพยาบาลในนิวยอร์ก พบว่าผู้ป่วยให้ความเห็นว่าแอปพลิเคชันเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ในระดับมากถึงมากที่สุด (Vawdrey et al., 2011)

การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเรื่องที่ทำการศึกษาใหม่ในด้านการป้องกันการติดเชื้อ ถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งนวัตกรรมคือ สิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นจากการใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความคิดสร้างสรรค์ ในการพัฒนาขึ้น ซึ่งอาจจะมีลักษณะเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ บริการใหม่ หรือกระบวนการใหม่ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งการพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้รูปแบบ SDLC (system development life cycle: SDLC) 7 ขั้นตอนนี้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้พัฒนาแอปพลิเคชันในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากการพัฒนามาตามลำดับขั้นของระบบนี้สามารถทำงานได้จริงโดยนำแอปพลิเคชันเสนอให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองใช้งาน เพื่อเก็บความคิดเห็นและข้อติชมจากกลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นจึงนำความคิดเห็นและข้อติชมมาแก้ไขเพิ่มเติมความสามารถในการทำงานของระบบให้มากขึ้น จนกระทั่งได้แอปพลิเคชันที่ผู้ใช้อยอมรับ สามารถทำงานได้ครบทุกส่วนของระบบพร้อมที่จะติดตั้ง กล่าวคือผู้ใช้งานสามารถทดลองใช้แอปพลิเคชันก่อนการติดตั้งจริง ทำให้สามารถระบุข้อผิดพลาดและความต้องการที่แท้จริงได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแอปพลิเคชันบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ เรื่อง กีฬา แบดมินตัน ใช้การพัฒนาแอปพลิเคชันตามรูปแบบ SDLC พบว่าความคิดเห็นของผู้ใช้ที่มีต่อแอปพลิเคชันบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ เรื่อง กีฬาแบดมินตันนี้ อยู่ในระดับดี เนื่องจากช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ใช้ออปพลิเคชันได้แต่ในด้านการป้องกันการติดเชื้อยังไม่พบการนำรูปแบบการพัฒนาแอปพลิเคชัน SDLC (system development life cycle: SDLC) 7 ขั้นตอนมาใช้ แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำการศึกษานี้จึงเป็นนวัตกรรมใหม่ ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดนี้สามารถนำไปเผยแพร่แก่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามการปฏิบัติการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันต่อการเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อ
3. ควรเพิ่มเนื้อหาการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เช่นการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ดูแลไม่สบาย และการรับวัคซีนของผู้ดูแล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Arsand,E., Froisland,D.H., & James T.(2012). Mobile Health Applications to Assist Patients with Diabetes: Lessons Learned and Design Implications. *Journal of Diabetes Science and Technology*,6(5),1197-1206.
- Benites,C.A.,Cabrini,D.P.,& Passosh, E.,Saulo D.(2014). Acute respiratory viral infections in pediatric cancer patients undergoing chemotherapy. *Journal of Pediatrics*,90(4),370-376.
- Eamsiriwong, O, (2012). *Analyze and design of systems*. Se-ed books: Bangkok.
- Jinsupawong, P., Yenbuth, J., & Chumpirom, W. (2005). Needs of parents caring for cancer children. *Nursing Journal*, 32(3), 99-111.
- Jones, K.R., Lekhak, N., & Kaewluang, N. (2014). Using mobile phones and short message serviceto deliver self-management interventions for chronic conditions: a meta review. *Worldviews Evidence Based Nursing*. 11(2), 81-8.
- Nakornriab, S., Watthanakitkailert, D., Wanittcha, W. (2018). Effect of mobile application on taking medication compliance among cerebrovascular patients, *Journal of Nursing Science*, 35(3),58-69.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2016). Cancer statistics, 2016. *A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 7-30.

- Sonkongdang, W., Seepan, K., Srimana, N. (2015). Factors affecting care behaviors among parents of cancer children undergoing chemotherapy. *Nursing Journal*, 42, 94-106.
- Trivaree, C., Saiwaew, A., Torjarus, K. (2012). Infection in pediatrics with cancer. *Military Medical Journal*, 65(4), 211-218.
- Vawdrey, D. K., Wilcox, L. G., Collins, S. A., Bakken, S., Feiner, S., Boyer, A., & Restaino, S. (2011). A tablet computer application for patients to participate in their hospital care. *Annals of Symposium*, 2011, 1428-1435.
- Wacharasin, J., Kittiya, R., & Cheewanon, N. (2018). Suffers among parents of cancerous pediatrics. *Health Care and Nursing Journal*, 35(3).78-88.
- Wongtonglea, t., Oberdofer, P. (2008). Costs of treatment and care between infected and non-infected cancer children. *Pediatrics Journal*, 47(4), 252-261.



การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ Practices of Surgical Site Infection Prevention Among Registered Nurses

แสงโสม	ทรัพย์มนตรี *	Seangsom	Supmontri *
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล **	Nongyao	Kasatpibal **
นงค์คราญ	วิเศษกุล ***	Nongkran	Viseskul ***

บทคัดย่อ

การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันและลดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 198 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด ในโรงพยาบาล 4 แห่งสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.2 มีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัดที่ถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และระยะหลังการผ่าตัดมีการปฏิบัติที่ถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 92.9 แต่เมื่อจำแนกตามความถี่ของการปฏิบัติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งในระยะก่อนการผ่าตัดเพียงร้อยละ 45.5 และระยะหลังการผ่าตัดร้อยละ 73.0

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เกิดการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติ การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพ

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี

* Student, Master of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University and Registered Nurse, Rajavithi Hospital, Bangkok, aouns@live.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 5 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 25 กันยายน 2560 วันตอบรับบทความ 8 มกราคม 2561

Abstract

Surgical site infection (SSI) prevention practices of registered nurses are particularly important for the prevention and reduction of SSI. This descriptive study aimed to study practices of SSI prevention. The participants were 198 registered nurses who were working in surgical wards in four hospitals under the Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Data were collected between September and October 2017. Research instrument was a questionnaire consisting of two parts: demographic data and practices of SSI prevention. The content validity of questionnaire was examined by five experts. The content validity index was 1.00. The reliability of the practices was .70. Data were analyzed using descriptive statistics.

The research findings showed that in total, 74.2% of participants had correct practices for SSI prevention in the preoperative period at a moderate level and 92.9% of participants had the correct practices on SSI prevention in the postoperative period at a high level. However, the participants always had correct practices for SSI prevention in the preoperative period and the postoperative period only 45.5% and 73.0% of the time, respectively.

The results of this research can be used as baseline information and guidance on planning to promote practices regarding SSI prevention among registered nurses in hospitals under the Department of Medical Services, Ministry of Public Health which will lead to better patient safety.

Keywords: *Practice, Surgical site infection, Prevention of Surgical site infection, Registered nurse*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นการรักษาโรคของผู้ป่วยทางศัลยกรรม ในปัจจุบันการผ่าตัดได้กลายเป็นส่วนสำคัญของระบบการจัดการดูแลสุขภาพทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2005-2010 พบว่าในกลุ่มประเทศละตินอเมริกา ยุโรป แอฟริกา และเอเชีย มีการผ่าตัดรวมทั้งหมด 260,973 ครั้ง (Rosenthal et al., 2013) ส่วนโรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2556 พบมีการผ่าตัดทั้งหมด 165,848 ครั้ง (Kongkiakul, 2013) เห็นได้ว่ามีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเป็นจำนวนมากในแต่ละปี และการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดก็พบได้บ่อยของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Magill et al., 2012) ในปี ค.ศ. 2008-2015 ประเทศในแถบเอเชียพบมีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด 8.9-17.8 ครั้งต่อการผ่าตัด 100 ครั้ง (Li et al., 2014; Morikane, Honda, Yamagishi, Suzuki, & Aminaka, 2014) ส่วนใน

ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 พบการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเป็นอันดับ 3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด (Tanprasertsuk, 2014) การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่สำคัญซึ่งพบได้ทั่วโลก และก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Shepard et al., 2013) เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Kashimura et al., 2012) ผู้ป่วยต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ หรือต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Badia et al., 2017) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลด้วย ทำให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยได้น้อยลงเนื่องจากการอยู่โรงพยาบาลนานของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Boltz, Hollenbeck, Julian, Ortenzi, & Dillon, 2011) จากผลกระทบดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องมีการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดซึ่งใช้ให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกรายมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะระหว่างการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด แต่การปฏิบัติในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัดมีหลายกิจกรรมที่เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ดังนี้

- 1) กิจกรรมระยะก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การกำจัดขนบริเวณผ่าตัด การอาบน้ำก่อนการผ่าตัด การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนังก่อนการผ่าตัด การให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการทำความสะอาดมือ
- 2) กิจกรรมระยะหลังการผ่าตัด ได้แก่ การทำความสะอาดมือก่อนและหลังการทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดแผล และการสวมอุปกรณ์ป้องกันในการทำแผล

ถ้าหากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดังกล่าวไม่ถูกต้องก็อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้กับผู้ป่วยได้ แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ถูกตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงหลายทศวรรษและหลายปีที่ผ่านมา แต่การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติไม่ถูกต้องหลายประเด็น ดังการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 97.5 ทำความสะอาดมือ และใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการทำแผลไม่ถูกต้อง (Gillespie, Chaboyer, Allen, Morely, & Nieuwenhoven, 2013) และในประเทศฝรั่งเศส พบว่า ยังมีการกำจัดขนก่อนการผ่าตัดด้วยการโกนโดยใช้ใบมีดโกน (Buf-fet-Bataillon et al., 2011) ส่วนในประเทศไทยพบว่า ก่อนการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรพบว่า บุคลากรพยาบาลมีส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในภาพรวมของการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพียงร้อยละ 64.0 แสดงให้เห็นว่ายังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องบางส่วนซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ (Lamkla et al., 2012) จากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลในสังกัดที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่ การผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก สูติรีเวช และจักษุ ดังนั้นการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัดที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญที่ป้องกันหรือช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เห็นถึงการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อการศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพในครั้งนี้ ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ

เชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ใน 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วยเรื่อง การกำจัดการก่อนการผ่าตัด การอาบน้ำก่อน การผ่าตัด การใช้ยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนังก่อนการผ่าตัด การให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การทำความสะอาดมือ และ 2) ระยะหลังการผ่าตัด ประกอบด้วยเรื่อง การทำความสะอาดมือก่อนและหลัง การทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดแผล การสวมอุปกรณ์ป้องกันในการทำความสะอาดแผล โดยผู้วิจัยจะประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2009 (World Health Organization [WHO], 2009)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวนทั้งหมด 317 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัดโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 4 แห่ง ที่มีการทำหัตถการผ่าตัด ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละโรงพยาบาลที่สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane (1973) กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 317 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 177 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2008) เพื่อป้องกันการเกิดความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ 212 คน หลังจากนั้นนำมาคำนวณ

หากกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด คือ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด และเคยผ่านการปฏิบัติงานในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรตึก มาก่อน และเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) คือ อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อ ลาฝึกอบรม และลาคลอด ในช่วงที่มีการเก็บข้อมูล และเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตา โดยเป็นโรงพยาบาลราชวิถี 94 คน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 56 คน โรงพยาบาลเลิดสิน 54 คน และโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 8 คน และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด และการได้รับความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถามรวมทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการผ่าตัด 18 ข้อ และระยะหลังการผ่าตัด 13 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความจริงของการปฏิบัติ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การแปลผลทำโดยรวมคะแนนของการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะ

หลังการผ่าตัด ทุกข้อ และให้ความหมายของคะแนนตามค่าพิสัย 3 ระดับ คือ มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับต่ำ มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับสูง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินภายหลังได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 แห่ง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมดำเนินการแจกแบบสอบถาม โดยใช้ระยะเวลารวบรวมข้อมูลทั้งหมด 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.9 อายุเฉลี่ย 34.8 ปี โดยอยู่ในกลุ่มอายุ 21-30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 94.4 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลราชวิถีมากที่สุด ร้อยละ 45.5 ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.7 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 10.8 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 44.4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 92.9 โดยเมื่อจำแนกแหล่งของความรู้ที่เคยได้รับพบว่า แหล่งของความรู้ที่เคยได้รับมากที่สุด คือ จากการอบรม/การสัมมนาทางวิชาการ ร้อยละ 78.3 รองลงมา คือ จากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ร้อยละ 68.5 ส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ข้อมูลแสดงในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด (n=198)

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้อง
ระยะก่อนการผ่าตัด			
37-54	48	24.2	สูง
19-36	147	74.2	ปานกลาง
0-18	3	1.5	ต่ำ
ระยะหลังการผ่าตัด			
27-39	184	92.9	สูง
14-26	14	7.1	ปานกลาง
0-13	0	0.0	ต่ำ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด เป็นรายข้อ (n=198)

การปฏิบัติ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 30 วันก่อนการผ่าตัด (กรณีเป็นการผ่าตัดประเภทที่รอได้)	28 (14.1)	53 (26.8)	75 (37.9)	42 (21.2)
2. แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการผ่าตัด	94 (47.5)	74 (37.4)	21 (10.6)	9 (4.5)
3. ไม่กำจัดขนของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด หากไม่รบกวนการผ่าตัด	63 (31.8)	45 (22.7)	60 (30.3)	30 (15.2)
4. ใช้เครื่องขลิบขน (clipper) กรณีที่ต้องกำจัดขนของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	60 (30.3)	16 (8.1)	18 (9.9)	104 (52.5)
5. ใช้ครีมกำจัดขน (depilatory cream) กรณีที่ต้องกำจัดขนของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	7 (3.5)	7 (3.5)	14 (7.1)	170 (85.9)
6. ใช้ใบมีดโกน กรณีที่ต้องกำจัดขนของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด*	82 (41.4)	37 (18.7)	35 (17.7)	44 (22.2)
7. กรณีกำจัดขนผู้ป่วย มีการกำจัดขนภายในระยะเวลาอย่างน้อยกว่า 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด	38 (19.2)	45 (22.7)	85 (42.9)	30 (15.2)
8. ทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อน ก่อนกำจัดขน	116 (58.6)	59 (29.8)	15 (7.6)	8 (4.0)
9. สวมถุงมือสะอาดก่อนกำจัดขนให้ผู้ป่วย	168 (84.8)	26 (13.1)	2 (1.0)	2 (1.0)
10. ทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อน หลังถอดถุงมือที่สวมในการกำจัดขน	143 (72.2)	37 (18.7)	9 (4.5)	9 (4.5)
11. ให้ผู้ป่วยอาบน้ำก่อนการผ่าตัดด้วยสบู่ที่ผสมยาทำลายเชื้อ เช่น คลอร์เฮกซิดีน กลูโคเนท (chlorhexidine gluconate)	39 (19.7)	24 (12.1)	48 (24.2)	87 (43.9)
12. เตรียมผิวหนัง (prep skin) ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโดยใช้ น้ำยาทำลายเชื้อที่เหมาะสม เช่น 4% คลอร์เฮกซิดีน กลูโคเนท (chlorhexidine gluconate) หรือ โพวิโดน ไอโอดีน (povidone iodine) หรือไอโอดิฟอร์ (iodophor)	83 (41.9)	48 (24.2)	30 (15.2)	37 (18.7)
13. ทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อน ก่อนเตรียมผิวหนัง (prep skin) ให้ผู้ป่วย	125 (63.1)	51 (25.8)	17 (8.6)	5 (2.5)

การปฏิบัติ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
14. สวมถุงมือสะอาดในการเตรียมผิวหนัง (prep skin) ให้ผู้ป่วย	165 (83.3)	25 (12.6)	5 (2.5)	3 (1.5)
15. ทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อน หลังถอดถุงมือที่สวมในการเตรียมผิวหนัง (prep skin) ให้ผู้ป่วย	144 (72.7)	38 (19.2)	11 (5.6)	5 (2.5)
16. ให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ตามคำสั่งแพทย์ เมื่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด (on call)*	119 (60.1)	32 (16.2)	22 (11.1)	25 (12.6)
17. ให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ตามคำสั่งแพทย์ ภายใน 1 ชั่วโมงก่อนการลงมีดผ่าตัด	82 (41.4)	39 (19.7)	25 (12.6)	52 (26.3)
18. ให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ตามคำสั่งแพทย์ กรณีที่เป็นยา vancomycin และ fluoroquinolones เช่น ciprofloxacin ภายใน 2 ชั่วโมง ก่อนการลงมีดผ่าตัด	64 (32.3)	43 (21.7)	38 (19.2)	53 (26.8)
รวม	1620 (45.5)	699 (19.6)	530 (14.9)	715 (20.0)

หมายเหตุ. * ข้อคำถามเชิงลบ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระยหลังการผ่าตัด เป็นรายข้อ (n=198)

การปฏิบัติ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. ปิดแผลผ่าตัดด้วยผ้าปิดแผลปราศจากเชื้อเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด (กรณีไม่มีข้อห้าม)	134 (67.7)	50 (25.3)	10 (5.1)	4 (2.0)
2. ทำความสะอาดมือ ด้วยน้ำ และสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อน ก่อนทำความสะอาดแผลผ่าตัด	147 (74.2)	38 (19.2)	8 (4.0)	5 (2.5)

การปฏิบัติ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. ทำความสะอาดมือ ด้วยน้ำ และสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อน หลังทำความสะอาด สะอาดแผลผ่าตัด	153 (77.3)	36 (18.2)	6 (3.0)	3 (1.5)
4. สวมถุงมือสะอาดในการทำทำความสะอาดแผลผ่าตัด	127 (64.1)	44 (22.2)	22 (11.1)	5 (2.5)
5. ทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อน ก่อนสวมถุงมือใน การทำทำความสะอาดแผลผ่าตัด	126 (63.6)	57 (28.8)	10 (5.1)	5 (2.5)
6. ทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อน หลังถอดถุงมือที่ ใช้ในการทำความสะอาดแผลผ่าตัด	145 (73.2)	41 (20.7)	9 (4.5)	3 (1.5)
7. ทำความสะอาดพื้นผิวบริเวณที่วางชุดอุปกรณ์ทำความสะอาด สะอาดแผลด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์	64 (32.3)	56 (28.3)	49 (24.7)	29 (14.6)
8. ใช้ชุดอุปกรณ์ทำแผลที่ปราศจากเชื้อในการทำทำความสะอาด แผลผ่าตัดให้ผู้ป่วย	167 (84.3)	30 (15.2)	1 (0.5)	0 (0.0)
9. ใช้หลักปลอดเชื้อ (aseptic technique) ในการทำความสะอาด สะอาดแผลผ่าตัดให้ผู้ป่วย	179 (90.4)	19 (9.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. ประเมินอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อที่ ตำแหน่งผ่าตัดในขณะที่ทำความสะอาดแผลผ่าตัดให้ผู้ป่วย เช่น มีอาการปวด บวม แดง กดเจ็บรอบ ๆ แผลผ่าตัด	175 (88.4)	23 (11.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
11. สวมผ้าปิดปากและจมูก (mask) ในขณะที่ทำความสะอาด แผลผ่าตัดให้ผู้ป่วย	113 (57.1)	56 (28.3)	24 (12.1)	5 (2.5)
12. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อก่อน ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ	163 (82.3)	34 (17.2)	0 (0.0)	1 (0.5)
13. ทิ้งมูลฝอยจากการทำความสะอาดแผลลงในถังมูลฝอย ติดเชื้อ	184 (92.9)	13 (6.6)	1 (0.5)	0 (0.0)
รวม	1877 (73.0)	497 (19.3)	140 (5.4)	60 (2.3)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูก
ต้องในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระยะ

ก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีกลุ่มตัวอย่าง
ร้อยละ 24.2 ที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการ
ติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัดอยู่ใน

ระดับสูง ส่วนในระยะหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดอยู่ในระดับสูงมากถึงร้อยละ 92.9 (ตารางที่ 1) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด โดยแหล่งความรู้ที่ได้รับมากที่สุด คือ จากการอบรมหรือการสัมมนาทางวิชาการร้อยละ 78.3 รองลงมาคือ จากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยร้อยละ 68.5

อย่างไรก็ตามเมื่อจำแนกตามการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งพบว่า ในระยะก่อนการผ่าตัดมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งเพียงร้อยละ 45.5 (ตารางที่ 2) และในระยะหลังการผ่าตัดร้อยละ 73.0 (ตารางที่ 3) ซึ่งไม่ครบร้อยละ 100.0 ซึ่งความรู้ที่รับจากการสัมมนาทางวิชาการหรือจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยนี้อาจไม่ได้เน้นเฉพาะการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดโดยตรง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการกำจัดขนของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด คือ ใช้ใบมีดโกนในการกำจัดขน และมีการให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดไม่ถูกต้อง (ตารางที่ 2) ซึ่งการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเพียง 1 ครั้ง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของบุคลากรสุขภาพ กล่าวคือ ถ้าบุคลากรมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง บุคลากรสุขภาพก็จะมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดไม่ดีไปด้วย (Marwati et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ซึ่งจากหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ประสบการณ์มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวปฏิบัติ เช่นการศึกษาทัศนคติ ความรู้ และการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศสาธารณประชาชนจีนที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยจะมีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องได้น้อย

กว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานยาวนานกว่า (Zhou, Hao, Guo, & Liu, 2016) และจากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลบาดแผลของพยาบาลวิชาชีพที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลบาดแผลต่ำ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (De Faria et al., 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร นำผลการวิจัยเสนอผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อทราบการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในประเด็นที่ยังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และนำผลวิจัยเสนอผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงานการนิเทศงานในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำผลวิจัยเสนอแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติไปในทางเดียวกัน และควรมีการติดตามการปฏิบัติ นิเทศการปฏิบัติ และให้ข้อมูลย้อนกลับในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในประเด็นที่ยังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระยะยาว โดยใช้วิธีการสุ่มสังเกตในการประเมินการปฏิบัติ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ หรือปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- Badia, J. M., Casey, A. L., Petrosillo, N., Hudson, P., Mitchell, S., & Crosby, C. (2017). The impact of surgical site infection on healthcare costs and patient outcomes: A systematic review of the economic and quality of life burden associated with surgical site infections in six European countries. *Journal of Hospital Infection*, 96(1), 1-15.
- Boltz, M. M., Hollenbeak, C. S., Julian, K. G., Ortenzi, G., & Dillon, P. W. (2011). Hospital costs associated with surgical site infections in general and vascular surgery patients. *Surgery*, 150(5), 934-942.
- Buffet-Bataillon, S., Haegelen, C., Riffaud, L., Bonnaure-Mallet, M., Brassier, G., & Cormier, M. (2011). Impact of surgical site infection surveillance in a neurosurgical unit. *Journal of Hospital Infection*, 77(4), 352-355.
- De Faria, G., Begido, G., Nascimento do Prado, T., Lima, A., de Fátima, E., Brunet Rogenski, N. M., ... & Massaroni, L. (2016). Knowledge and practice of nurses on the care of wounds. *Journal of Nursing* 10(12), 4532-4538.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Allen, P., Morely, N., & Nieuwenhoven, P. (2013). Wound care practices: A survey of acute care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2618-2627.
- Kashimura, N., Kusachi, S., Konishi, T., Shimizu, J., Kusunoki, M., Oka, M., ... & Sumiyama, Y. (2012). Impact of surgical site infection after colorectal surgery on hospital stay and medical expenditure in Japan. *Surgery today*, 42(7), 639-645.
- Kongkiakul, S. (2013). *Health statistics*. Retrieved from http://203.157.32.40/statreport/2556/statistic2556_cover.pdf
- Lamkla, U., Kasetpibal, N., & Chitreecher, J. (2012). Effects of motivation on surgical site infection and practices among health personnel. *Nursing Journal*, 39(4), 85-96.
- Li, C., Wen, X., Ren, N., Zhou, P., Huang, X., Gong, R., ... & Fu, C. (2014). Point-Prevalence of Healthcare-Associated Infection in China in 2010: A large multicenter epidemiological survey. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(11), 1436-1437.
- Magill, S. S., Hellinger, W., Cohen, J., Kay, R., Bailey, C., Boland, B., ... & Goraczewski, L. (2012). Prevalence of healthcare-associated infections in acute care hospitals in Jacksonville, Florida. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 33(03), 283-291.
- Marwati, T., Subiyanto, A. A., Mardikanto, T., Priyambodo, P., Wibowo, M., & Qomariyah, N. (2016). The impact of surgical site infection to the health care cost. *International Journal of Public Health Science*, 5(2), 129-133.
- Morikane, K., Honda, H., Yamagishi, T., Suzuki, S., & Aminaka, M. (2014). Factors associated with surgical site infection in colorectal surgery: the Japan nosocomial infections surveillance. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(06), 660-666.

- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer.
- Rosenthal, V. D., Richtmann, R., Singh, S., Apisarnthanarak, A., Kübler, A., Viet-Hung, N., ... & Dueñas, L. (2013). Surgical site infections, International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 30 countries, 2005–2010. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 34(06), 597-604.
- Shepard, J., Ward, W., Milstone, A., Carlson, T., Frederick, J., Hadhazy, E. & Perl, T. (2013). Financial impact of surgical site infections on hospitals: the hospital management perspective. *Journal of the American Medical Association of Surgery*, 148(10). 907-914.
- Tanprasertsuk, S. (2014). Working strategies 2018. Retrieved from <http://plan.ddc.moph.go.th>.
- World Health organization. (2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Ten essential objectives for safe surgery*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143246/>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Herper & Row.
- Zhou, F., Hao, Y., Guo, H., & Liu, H. (2016). Attitude, knowledge, and practice on evidence-based nursing among registered nurses in traditional Chinese medicine hospitals: A multiple center cross-sectional survey in China. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2016. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5478086>

การใช้สื่อสังคมออนไลน์และพฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัย Online Social Media Use and Alcohol Drinking Behaviors Among University Students.

จิรภา	แก้วเขียว *	Jeerapa	Kaewkiaw *
หรรษา	เศรษฐบุปผา **	Hunsa	Sethabouppha **
ดาราวรรณ	ติ่งปิ่นตา ***	Darawaw	Thapinta ***

บทคัดย่อ

การดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยมีแนวโน้มสูงขึ้นและส่งผลกระทบทางลบในวงกว้างการใช้สื่อสังคมออนไลน์อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พฤติกรรมการดื่มสุรา และความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1-4 ในมหาวิทยาลัยของรัฐในภาคใต้ 2 มหาวิทยาลัย ระหว่างปีการศึกษา 2561-2562 จำนวน 411 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีการแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST 7 คำถาม) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.53) มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 54.3 มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าร้อยละ 56.2 มีการแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์น้อย แต่มีการตอบสนองของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 59.4) ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์และพฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นไปในทางบวก แต่อยู่ในระดับต่ำ ($r = .256, p < .01$)

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา รวมถึงศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อป้องกันปัญหาการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยต่อไป

คำสำคัญ: การใช้สื่อสังคมออนไลน์ พฤติกรรมการดื่มสุรา นักศึกษามหาวิทยาลัย

* พยาบาลวิชาชีพ

* Registered Nurse, jeerapa@bcnnakhon.ac.th

** Corresponding Author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, drhunsa@gmail.com

*** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, darawan1955@gmail.com

วันที่รับบทความ 14 ธันวาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 25 พฤษภาคม 2562 วันตอบรับบทความ 3 สิงหาคม 2562

Abstract

Alcohol consumption among university students tends to increase with broad negative impact. Online social media use may be a factor correlated to alcohol drinking behaviors. This descriptive correlational research study aimed to explore online social media use, alcohol drinking behaviors, and the relationship between online social media use and alcohol drinking behaviors among university students. Participants included 411 students studying in years 1 to 4 at 2 public universities in southern Thailand during the 2018-2019 academic year. Subjects were selected using stratified random sampling from February to April 2019. Research instruments included: 1) a Demographic Data Form, 2) the Sharing Alcohol References on Social Networking Sites Measures, and 3) the Alcohol Drinking Behaviors Screening Test for Health Client (ASSIST 7 Question). Data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

Results revealed that majority of university students (71.53%) have alcohol drinking behaviors with risk of problems from drinking was a low level. 54.3% have online social media use was reported as low level. It was found that most of the sample (56.2%) have the aspect of sharing alcohol references on social networking sites was at a low level, however the aspect of perceived feedback from peers was at a high level (59.4%). The relationship between online social media use and alcohol drinking behaviors among university students demonstrated positive, but at a low level. ($r = .256, p < .01$)

Results could be used as baseline information to educate and enhance awareness regarding online social media as related to alcohol drinking, including studying other additional factors. This could help preventing drinking problems among university students.

Keywords: *Online social media use, Alcohol drinking behaviors, University students*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนักศึกษามีพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น (Thammarangsi, et al, 2013) แต่ในประเทศไทยมีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น 2.5 แสนคน นักดื่มสุราส่วนใหญ่คือกลุ่มเยาวชน โดยเป็นนักศึกษาชาย 4 ใน 5 คน นักศึกษาหญิง 2 ใน 3 คน (Center of Alcohol Studies, 2011) จากการศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทย โดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยง ร้อยละ 46.73 พฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 32.68 พฤติกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย ร้อยละ 10.95 และพฤติกรรมการ

ดื่มสุราแบบติด ร้อยละ 9.64 (Rengrew, Sethabouppha & Thapinta, 2017)

พฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยส่งผลกระทบต่อออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย พบว่า นักศึกษาทุกชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายภายหลังดื่มสุรา และนักศึกษาเคยมาแล้ว ทำให้เกิดอุบัติเหตุจนเกิดความพิการหรืออันตรายถึงแก่ชีวิต (Kijtorntam, 2012) 2) ด้านจิตใจของผู้ดื่มสุรา การดื่มสุราเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การใช้สารเสพติด ผิดกฎหมาย การมีอารมณ์ซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่านักเรียนที่ไม่ได้ใช้สุราถึงสี่เท่า (Assanang-

kornchai & Arunpongpaisal, 2014) 3) ผลกระทบต่อการเรียน การดื่มสุราส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้นักศึกษามีความสนใจในการเรียนลดลง และนำไปสู่การถูกให้ออกจากการเรียน (Araujo & Wong, 2005) 4) ผลกระทบต่อครอบครัว มักเกิดจากนักศึกษาดื่มสุราแล้วขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว (The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2012; Araujo & Wong, 2005; Hope, 2008) 5) ผลกระทบต่อสังคม คือ การกระทำผิดกฎระเบียบของมหาวิทยาลัยหรือกฎหมายภายหลังการดื่ม หรือการทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น (AACAP, 2012) และ 6) ด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจ พบว่า การดื่มสุราก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมทั้งหมดเป็นมูลค่าเกือบ 9 หมื่นล้านบาทต่อปี (Komonpaisarn, 2015) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมในวงกว้าง

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยจำแนกออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยส่วนบุคคล โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ กลุ่มเพื่อน ลักษณะที่พักอาศัย กฎหมายและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสื่อโฆษณา (Alcoholic Beverage Control Act B.E. 2551, 2008; Kheaw-on, et al, 2016) ปัจจัยด้านครอบครัว การที่มีบุคคลในครอบครัวดื่ม เด็กจะเกิดการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือมีส่วนทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ (Kittinorarat & Sanitlou, 2011) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา รายได้ ความคาดหวังจากการดื่มสุรา ความสามารถในการปฏิเสธการดื่ม และทัศนคติที่มีต่อการดื่มสุรา (Kijtorntam, 2012; Rengrew et al, 2017; Wicki, Kuntsche, & Gmel, 2010; Elliott & Ainsworth, 2012)

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวแล้ว การใช้สื่อสังคมออนไลน์อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในนักศึกษา ซึ่งนักศึกษา

มหาวิทยาลัยใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสารทุกเรื่อง เป็นโลกเสมือนที่ทำให้ผู้เข้าใช้สามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างอิสระ และทำให้รู้สึกมั่นใจเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการยอมรับจากการมีข้อความหรือการถูกใจ (like) เป็นจำนวนมาก (Sarawanawong, Fyeted & Chantdee, 2017; Eiamrit, 2016) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า นักศึกษาแบ่งปันเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เพื่อบันทึกความทรงจำย้อนเรื่องราวเวลาแห่งความสนุกสนานที่มีร่วมกับเพื่อน และแสดงออกทางความรู้สึก (Niland, Lyons, Goodwin, & Hutton, 2014; Barnes, et al, 2016) และนักศึกษาต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน โดยการแสดงอัตลักษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราทำให้นักศึกษานำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Farquhar, 2012) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกี่ยวข้องกับปัจจัยสามด้าน (triadic reciprocal determinism) ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (personal determinants, P) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral determinants, B) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental determinants, E) และพฤติกรรมส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ (modeling) การสังเกตจากตัวแบบจะทำให้เกิดการถ่ายทอดความคิดและการกระทำ พฤติกรรมใหม่ การสังเกตจะเป็นตัวนำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม (Bandura, 1977) โดยการศึกษาที่อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ได้แก่ การศึกษาของ Sampasa-Kanyinga & Chaput (2016) ซึ่งศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่า นักศึกษาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เสนอข้อความ ภาพ และเสียงเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างหนักเป็นครั้งคราว ($p < .001$) และการศึกษาของ Nesi et al. (2017) ซึ่งศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า นักศึกษาที่เปิดรับข้อความ ภาพ และเสียงเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนเครือข่ายสังคม

ออนไลน์ส่งผลต่อการคล้อยตามกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรม การดื่มสุราในเวลา 1 ปีต่อมา ($p<.001$) และทำให้นักศึกษาเกิดพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างหนักเป็นครั้งคราวในเวลา 1 ปีต่อมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

นอกจากนี้มียหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการ ใช้สื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัย ดังการศึกษาของ Geusens & Beullens (2016) ในประเทศเบลเยียม พบว่า นักศึกษาที่แบ่งปันเรื่องราว ได้แก่ การนำเสนอข้อความ ภาพ และเสียงเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์สูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราสูง ($r=.67, p<.001$) และ Geusens & Beullens (2017) ยังพบว่านักศึกษาที่แบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างหนักเป็นครั้งคราวในเวลา 1 ปีต่อมา ($r=.53, p<.001$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Van Hoof, Bekkers & Van Vuuren (2014) ในวัยรุ่นประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงสูง

สำหรับสังคมไทยอาจมีความแตกต่างทางบริบทของค่านิยมในสังคมไทย ที่มองว่าการดื่มสุราผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์เป็นการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้รับการยอมรับ (Kleanglamyong, & Leknoi, 2014) นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรการใช้สื่อสังคมออนไลน์และพฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยได้ครอบคลุมและชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทของวัฒนธรรมภาคใต้ ที่ประชาชนส่วนใหญ่ยึดมั่นในหลักคำสอนสำคัญที่ศาสนาอิสลามที่บัญญัติไว้ คือ ห้ามดื่มสุราและของมึนเมา (Department of Religious Affairs, Ministry of Culture, 2011) ซึ่งนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีความเคร่งในศาสนา มีพฤติกรรมการดื่มสุรต่ำกกว่านักศึกษาที่ไม่เคร่งในศาสนา (Lee, Glikman, Demers, & Wechsler, 2002) ผู้วิจัย

จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษานี้จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันพฤติกรรม การดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษามหาวิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และพฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัย

คำถามการวิจัย

1. การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นอย่างไร
3. การใช้สื่อสังคมออนไลน์และพฤติกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยมีแนวโน้มสูงขึ้น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (online social media use) อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มสุรา การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ที่อธิบายแนวคิดการกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยสามด้าน (triadic reciprocal determinism) ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (personal determinants, P) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral determinants, B) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental determinants, E) โดยอธิบายว่า พฤติกรรม

ส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ (modeling) และเกิดการถ่ายทอดความคิดและการกระทำพฤติกรรมใหม่ การสังเกตจะเป็นตัวนำไปให้เกิดการแสดงพฤติกรรม (Bandura, 1977) พฤติกรรมที่แพร่เรื่องราวเกี่ยวกับการดื่มสุราบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา อธิบายได้ว่าเมื่อนักศึกษาเห็นเพื่อนแพร่เรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา เช่น ข้อความ ภาพ และเสียง ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ นักศึกษาจะเกิดการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ เมื่อนักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมดังกล่าว จึงแพร่เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคล (P) และเมื่อนักศึกษามีทักษะการปฏิบัติ สามารถในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นักศึกษาจึงมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรม (B) ภายใต้บริบทของอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (E) ที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดื่มสุรา ปัจจัยทั้งสามด้านมีผลต่อกันทำให้เกิดการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง การเข้าใจความสัมพันธ์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (P) และพฤติกรรมการดื่มสุรา (B) จึงทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการป้องกันพฤติกรรมการดื่มสุราในนักศึกษามหาวิทยาลัยต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และพฤติกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองในนักศึกษามหาวิทยาลัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1-4 ในมหาวิทยาลัยของรัฐในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 2 มหาวิทยาลัย มีนักศึกษารวมกันทั้งหมด 16,058 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาที่สนใจเป็นอาสาสมัครในการให้ข้อมูล โดยประชาสัมพันธ์ตามสื่อและช่องทาง

ต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (inclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษาไทย ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนในหลักสูตรปกติ มีอายุอยู่ระหว่าง 18-22 ปี และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูลในการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยแบ่งชั้นภูมิตามมหาวิทยาลัย เพศ และระดับชั้นปีในแต่ละมหาวิทยาลัย และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละมหาวิทยาลัย โดยการเปิดตารางของ Krejcie & Morgan (1970) ซึ่งกำหนดให้ประชากร 20,000 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 377 คน และเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์และคงไว้ซึ่ง minimal sample size จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 453 คน สามารถเก็บข้อมูลได้ข้อมูลที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างรวม 411 คน คิดเป็นร้อยละ 90.73

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับชั้นปีการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา ที่อยู่อาศัย อายุที่ดื่มสุราครั้งแรก ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม เหตุผลของการดื่มสุรา การดื่มสุราของบิดามารดา การดื่มสุราของเพื่อนสนิท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีการแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Sharing Alcohol References on Social Networking Sites) ของ Geusens & Beullens (2017) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ และ 2) ด้านการตอบสนองของกลุ่มเพื่อน ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ แต่ละข้อมีข้อย่อย 6 ข้อย่อย รวมเป็น 36 ข้อย่อยเป็นแบบเลือกตอบ การแปลคะแนนคะแนนทุกข้อคำถามนำมารวมกันคะแนนเต็ม เท่ากับ 210 คะแนน ค่าคะแนนยิ่งสูง แสดงถึง การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ดื่มสุรายิ่งสูง กำหนดค่าคะแนนเฉลี่ย เป็นจุดตัดสูงต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST 7 คำถาม) ตามมาตรฐานของการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราของสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Kittirattanapaiboon, 2018) ดัดแปลงมาจากแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST]) ของ WHO (2010) โดย ประเมินประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาและตลอดชีวิตที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อคำถามแบบเลือกตอบ คะแนนในแต่ละข้อจะมีความแตกต่างกันตามการพัฒนาเครื่องมือ สรุปผลคะแนน รวมคะแนนทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 2 ถึง ข้อ 7 คะแนนเต็ม เท่ากับ 39 คะแนน การแปลผลคะแนน 0-10 หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่ำ (lower risk) 11-26 หมายถึง ระดับความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) 27 หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูง (high risk)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ความตรงของเนื้อหา ส่วนที่ 2 แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้วิจัย นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) ผู้วิจัยได้ทำการแปลแบบประเมินทั้งหมดจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (bilingual person) 2 คน แปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงกันของเนื้อหาจากแบบประเมินที่ผู้ทรงคุณวุฒิแปลเป็นฉบับภาษาอังกฤษกับแบบประเมินต้นฉบับ และปรับแก้ไขให้ถูกต้อง จนได้เครื่องมือฉบับภาษาไทยที่พร้อมใช้ในการวิจัย (Brislin, 1970) ส่วนที่ 3 นำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบค่าความตรงอีก

ความเชื่อมั่น หากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ 1) แบบ

ประเมินการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีการแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ = .93 แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านการแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ = .94 และ 2. ด้านการตอบสนองของกลุ่มเพื่อน = .87 2) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ = .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงอธิการบดีทั้ง 2 มหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาต และขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และส่งรายละเอียดประชาสัมพันธ์โครงการประชาสัมพันธ์ตามช่องทางต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างที่สนใจติดต่อมายังเว็บไซต์ที่ให้ไว้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผ่านทางระบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่านแอปพลิเคชัน Google Forms ซึ่งไม่ได้กำหนดให้ต้องตอบคำถามทุกข้อ แบบสอบถามชุดที่ไม่สมบูรณ์ไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษานี้มีแบบสอบถามชุดที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 42 ชุด โดยแบบสอบถามชุดที่ไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Research ID: 2562-014 / Study Code: 2562-FULL005) กลุ่มตัวอย่างศึกษารายละเอียดของโครงการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผ่านทางระบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับ ผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและมีการกำหนดรหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูลทุกครั้ง และนำเสนอผลในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนน

ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และคะแนนของพฤติกรรม การดื่มสุราใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ คะแนนของการใช้สื่อสังคม ออนไลน์และคะแนนของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ทดสอบ การกระจายของข้อมูลด้วยโคลโมโกรอฟ-สเมอรโนฟ พบ ว่า ข้อมูลแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงหาความสัมพันธ์ด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

การศึกษารั้วนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 411 คน เป็น เพศชายร้อยละ 34.1 เพศหญิง ร้อยละ 65.9 มีอายุ ระหว่าง 18-22 ปี อายุเฉลี่ย 20.8 ปี กำลังศึกษาในระดับ ชั้นปีที่ 1-4 มีเกรดเฉลี่ยสะสม อยู่ในช่วง 2.51-3.00 ร้อย ละ 31.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทต่อ

เดือน ร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89 และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 10 ที่อยู่อาศัย อาศัย อยู่ นอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 61.1 และ อาศัยอยู่กับเพื่อน ร้อยละ 46 อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 27.7 กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 411 คน มีประวัติดื่มสุรา 366 คน คิดเป็นร้อย ละ 89.05 ดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุ 15-20 ปี อายุเฉลี่ย 17.38 ปี ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 อันดับ เรียงจากมากที่สุด ได้แก่ เบียร์ สบาย สุรา ร้อยละ 42.1, 26.5 และ 23.5 ตามลำดับ เหตุผลของการดื่มสุรา 3 อันดับเรียงจากมากที่สุด คือ สนุกสนาน/ปาร์ตี้ ร่วม กิจกรรมทางสังคม และตามคำชวนของเพื่อน ร้อยละ 57.1, 20.5 และ 12.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ปีศาจดื่มสุรา ร้อยละ 56 และมารดาไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 89.3 มีเพื่อน สนับสนุนดื่มสุรา ร้อยละ 65.9

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดื่มสุราในนักศึกษามหาวิทยาลัย (n=411)

	จำนวน (ร้อยละ)		$\bar{X}$	S.D.
	ผู้มีคะแนน ในระดับต่ำ	ผู้มีคะแนน ในระดับสูง		
การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ ดื่มสุรา	223 (54.30)	188 (45.70)	60.47	26.77
ด้านการแชร์เรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์	231(56.20)	180 (43.80)	38.32	24.52
ด้านการตอบสนองของกลุ่มเพื่อน	167 (40.60)	244 (59.40)	22.15	6.40

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.3) มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.2) มีการแชร์เรื่องราวเกี่ยวข้องกับ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ อยู่ ในระดับต่ำ แต่พบว่า มีการตอบสนองของกลุ่มเพื่อนใน ระดับสูง (ร้อยละ 59.4)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพฤติกรรมการติ่มสุราในนักศึกษามหาวิทยาลัย (n=411)

พฤติกรรมการติ่มสุรา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงต่ำ	294	71.53
ระดับความเสี่ยงปานกลาง	105	25.55
ระดับความเสี่ยงสูง	12	2.92

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.53) มีพฤติกรรมการติ่มสุราที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา

ตารางที่ 3 ค่าสถิติสัมประสิทธิ์แบบสเปียร์แมนระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์และพฤติกรรมการติ่มสุราในนักศึกษามหาวิทยาลัย

	พฤติกรรมการติ่มสุรา (r)
การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติ่มสุรา	0.256**

**p < .01

จากตารางที่ 3 การใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการติ่มสุราในนักศึกษามหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ($r=.256$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$)

การอภิปรายผล

การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย พฤติกรรมการนำเรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่อง ตีม แอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ ในนักศึกษามหาวิทยาลัยตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา เกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตจากตัวแบบ (Bandura, 1977) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.3) มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติ่มสุราอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 1) หมายถึง นักศึกษาแชร์เรื่องราวเกี่ยวข้องกับเครื่อง ตีม แอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์จำนวนไม่บ่อยครั้งนัก อธิบายได้ว่า เมื่อเพื่อนแชร์เรื่องราวเกี่ยวกับเครื่อง ตีม แอลกอฮอล์ลงในเครือข่ายสังคมออนไลน์

นักศึกษาอาจจะเห็นกลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทางลบ เช่น การตกเตียงจากผู้ปกครองและอาจารย์ นักศึกษาอาจจะเลือกสังเกตผลกระทบทางลบและไม่ต้องได้รับผลกระทบทางลบนั่นจึงมีแนวโน้มให้นักศึกษามีพฤติกรรมการแชร์เรื่องราวเกี่ยวกับเครื่อง ตีม แอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาการสร้างคุณค่าในตนเองผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพซบุ๊กของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่พบว่าการโพสต์ภาพเกี่ยวกับเครื่อง ตีม แอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ยังอยู่ในระดับน้อยมาก (Klean-glamyong, & Leknoi, 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาของของ (Geusens & Beullens, 2018) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีกลุ่มเพื่อนและผู้ปกครองมีการตอบสนองทางลบ เช่น การแสดงความคิดเห็น (comment) ที่เป็นไปในทางลบต่อการแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวกับเครื่อง ตีม แอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์จะมีแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับต่ำ ($p<.001$)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ก่อให้เกิดปัญหาอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า อาจมีผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และผลการเรียน สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) เป็นเพศหญิง เพศอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยเพศชายมีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าเพศหญิง (Kim et al., 2009) และการศึกษาในประเทศไทย พบว่า เพศชายมีสัดส่วนของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับสูงมากกว่าเพศหญิง (Buasorn & Ratchadapunnathikul, 2012) ปัจจัยส่วนบุคคลอีกประการ คือ ศาสนา จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89 แต่มีศาสนาอิสลาม ถึงร้อยละ 10 ด้วยศาสนาอิสลามมีหลักสอนสำคัญที่บัญญัติไว้ คือ ห้ามดื่มสุราและของมึนเมา (Department of Religious Affairs, Ministry of Culture, 2011) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีความเคร่งในศาสนา มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราต่ำกว่านักศึกษาที่ไม่เคร่งในศาสนา (Lee, Gliksman, Demers, & Wechsler, 2002) จึงมีแนวโน้มให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ($r=.256$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$) สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) เมื่อนักศึกษามหาวิทยาลัยซึ่งมีปัจจัยด้านบุคคล (P) ได้แก่ นักศึกษาแชร์เรื่องราวเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ อาจเกิดจากความคาดหวัง

และทัศนคติที่ดีต่อการใช้อินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า นักศึกษามีทัศนคติที่ดีในการแชร์เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อบันทึกความทรงจำย้อนเรื่องราวเวลาแห่งความสนุกสนานกับเพื่อน และมีความรู้สึกตื่นเต้น (Niland, Lyons, Goodwin, & Hutton, 2014; Barnes, et al., 2016) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (B) ได้แก่ การรับรู้ตัวตน มีความสามารถในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นักศึกษาจึงมีแนวโน้มที่จะดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ Geusens & Beullens, (2016) ที่พบว่า การแชร์เรื่องราวเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนเครือข่ายสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ($r=.67$, $p<.001$) และการศึกษา (Geusens & Beullens, 2017) ซึ่งพบว่า การแชร์เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างหนักเป็นครั้งคราวในเวลา 1 ปีต่อมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.53$, $p<.001$) แต่จากผลการศึกษาพบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์กับกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัยมีสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ แสดงว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของอาจเกี่ยวข้องกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์บ้างแต่ไม่มาก ซึ่งอาจมีปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมภายใต้บริบทของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (E) ที่เอื้อต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากศูนย์วิจัยปัญหาสุราขอบคุณทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัย พบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานักศึกษามหาวิทยาลัย บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการใช้อินเทอร์เน็ต

เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราแก่กลุ่มเป้าหมาย

2. นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราในระดับต่ำบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวหรือการไม่ดื่มสุราเลย แม้ว่านักศึกษาจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราระดับความเสี่ยงปานกลาง และระดับความเสี่ยงสูงจำนวนไม่มาก แต่ควรได้รับการคัดกรองและส่งต่อนักศึกษาที่มีระดับความเสี่ยงดังกล่าวเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยและให้รักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่

เกี่ยวข้องให้ครบตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา และการหาปัจจัยที่ทำให้ให้นักศึกษามหาวิทยาลัยมีพฤติกรรมการดื่มสุราระดับความเสี่ยงต่ำ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันการดื่มสุราในนักศึกษามหาวิทยาลัย

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์และพฤติกรรมการดื่มสุราในนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคอื่น ๆ

3. ควรศึกษาเนื้อหาและรูปแบบของโพสต์และแชร์เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงบนสื่อสังคมออนไลน์ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Araujo, G. C., & Wong, E. H. (2005). High risk drinking and college students' self-perceptions. *Psychological Reports, 97*(3), 936-944. doi:10.2466/pr0.97.3.936-944
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barnes, M. H., McCreanor, T., Goodwin, I., Lyons, A., Griffin, C. & Hutton, F. (2016). Alcohol and social media: drinking and drunkenness while online. *Critical Public Health, 26*(1), 62-76. doi: 10.1080/09581596.2015.1058921.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-cultural Psychology, 1*(3), 185-216.
- Elliott, M. A. & Ainsworth, K. (2012). Predicting university undergraduates' binge-drinking behavior: A comparative test of the one-and-two-component theories of planned behavior. *Addictive behaviors, 37*, 92-101.
- Farquhar, L. (2012). Performing and interpreting identity through Facebook imagery convergence: The International. *Journal of Research Into New Media Technologies, 19*(4), 1-26.
- Geusens, F., & Beullens, K. (2016). The Association between social networking sites and alcohol abuse among Belgian adolescents: The role of attitudes and social norms. *Media Psychology*, doi: 10.1027/1864-1105/a000196.
- Geusens, F., & Beullens, K. (2017). The reciprocal associations between sharing alcohol references on social networking sites and binge drinking: A longitudinal study among late adolescents. *Computers in Human Behavior, 73*, 499-506.

- Geusens, F., & Beullens, K. (2018). A longitudinal examination of the moderating influence of peer and parental socialization on alcohol-related social media self-effects among late adolescents. *Media Psychology*. doi.org/10.1080/15213269.2018.1476159
- Hope, A. (2008). *Alcohol related harm in Ireland*. A Health Service Executive Report. Retrieved from <http://www.healthpromotion.ie>
- Kim, J. H., Chan, K. W., Chow, J. K., Fung, K. P., Fong, B. Y., Cheuk, K. K., & Griffiths, S. M. (2009). University binge drinking patterns and changes in patterns of alcohol consumption among Chinese undergraduates in a Hong Kong university. *Journal of American College Health*, 58(3), 255-266.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research. *Activities Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Nesi, J., Rothenberg, A.W., Hussong, M.A., & Jackson, M.K. (2017). Friends' alcohol-related social networking site activity predicts escalations in adolescent drinking: Mediation by peer norms. *Journal of Adolescent Health*, 60, 641-647.
- Niland, P., Lyons, A. C., Goodwin, I., & Hutton, F. (2014) 'See it doesn't look pretty does it?' Young adults' airbrushed drinking practices on Facebook. *Psychology & Health*, 29(8), 877-895, doi: 10.1080/08870446.2014.893345
- Sampasa-Kanyinga, H., & Chaput, J. P. (2016). Use of social networking sites and alcohol consumption among adolescents. *Public Health*, 139, 88-95.
- The American Academy of Child and Adolescent psychiatry (AACAP). (2012). Teens: Alcohol and other drugs. *Facts for Families*, 3, Retrieved June 20, 2018, from <http://www.aacap.org>
- Van Hoof, J. J., Bekkers, J. & Van Vuuren, M. (2014). Son, you're smoking on Facebook! college students' disclosures on social networking sites as indicators of real-life risk behaviors. *Computers in Human Behavior*, 34, 249-257. doi.org/ 10.1016/j.chb.2014.02.008
- World Health Organization. (2010). *The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): Manual for use in primary care*. Retrieved on May 1, 2018 from http://www.who.int/substance_abuse/publications/assist/en/
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Retrieved on February 1, 2018 from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- Wicki, M., Kuntsche, E. & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Additive behaviors*, 35, 913-924.
- Alcoholic Beverage Control Act B.E. 2551. (2008). *Royal Thai government gazette*. Retrieved from <http://www.thaiantialcohol.com/cms/uploads/content/download/50977a95e3c8c.pdf>. (in Thai).

- Assanangkornchai, S. & Arunpongpaisal, S. (2014). *Alcohol use disorders and related problems: significance and management in Thailand*. Songkhla: Faculty of Medicine Prince of Songkla University. (in Thai).
- Buasorn, R., & Ratchadapunnathikul, C. (2012). Alcohol consumption behavior of bachelor degree Students in the Bangkok Area. *Rama Nurs Journal*. 18(2), 259-271. (in Thai).
- Center of Alcohol Studies.(2011). *A surveillance of drinking behaviors and other health-risk behaviours among high school students in Thailand*. Bangkok: The Graphico Systems. (in Thai).
- Department of Religious Affairs, Ministry of Culture. (2011). *Basic of religious knowledge*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. (in Thai).
- Eiamrit, W. (2016). Online social networks behavior and ethic of students in Burapha university. *Journal of Humanities and Social Sciences, Burapha University*, 24(46), 101-117. (in Thai).
- Kheaw-on, M., Sangon, S. & Nintachan, P. (2016). Factors relating to drinking behavior in navy non-commissioned officer students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(30), 36-51. (in Thai).
- Kijtorntam, W. (2012). The causal relationship model of drinking behavior and consequences among undergraduate students in Thailand. *Journal of Behavioral Science*, 18(2).16-30. (in Thai).
- Kittinorarat, J., & Sanitlou, N. (2011). *Factors related to alcohol drinking of undergraduate students in Bangkok*. Bangkok; Center of Alcohol Studies. (in Thai).
- Kittirattanapaiboon, P. (2018). *Screening, treatment, and rehabilitation guidelines for person with alcohol problems*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design. (in Thai).
- Komonpaisarn, T. (2015). *The estimation of societal cost of alcohol consumption in Thailand: The development of estimation template*. Retrieved March 1, 2561, from <http://cas.or.th/publication/the-estimation-of-societal-cost-of-alcohol-consumption-in-thailand-the-development-of-estimation-template>. (in Thai).
- Kleanglamyong, P. & Leknoi, U. (2014). Building self-esteem of undergraduate students in Bangkok through Facebook online social network. *Journal of Social Sciences and Humanities*. 40(2). 138-152. (in Thai).
- National Statistical Office. (2014). *The smoking and drinking behaviour survey 2014*. Bangkok: Text and Journal Publication Ltd. (in Thai).
- National Statistical Office. (2018). *The 2018 Household survey on the use of information and communication technology*. Retrieved on August 2, 2018 from <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages>. (in Thai).
- Office of the Royal Society. (2013). *Social Media*. Retrieved March 1, 2561, from <http://www.royin.go.th/?knowledges>. (in Thai).

- Rengrew, P., Sethabouppha, H., & Thapinta, D. (2017). Alcohol expectancy and alcohol drinking behaviors among university students. *Nursing Journal*. 44(3), 113-124.
- Saengow, U., Vichitkunakorn, P. & Assanangkornchai, S. (2016). *Facts and figures: Alcohol in Thailand*. Songkhla: Center for Alcohol Studies.
- Sarawanawong, J., Fyeted, K. & Chantrdee, W. (2017). Online social media usage behaviors of undergraduate student, Kasetsart university. *Journal of Library and Information Science Srinakharinwirot University*. 10(2), 18-31.
- Thammarangsi, T., Chaisong, S., Neramitpitagkul, P., Wattanaporn, K., & Jaichuen, N. (2013). *Results of the study of the relationship between alcohol drinking behaviors and injury at the accident-emergency department*. Bangkok: Center of Alcohol Studies. (in Thai).



**ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ
โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่**
**Effectiveness of Implementing the Cognitive Recovery Program Among
Older Patients with Schizophrenia, Suan Prung Psychiatric Hospital,
Chiang Mai Province**

ลีลาวดี ตรีศักดิ์ *	Leelawadee Treesak *
ภัทธารณ พุ่งปันคำ **	Patraporn Tungpunkom **
วรรณช กิตส์มันท์ ***	Voranut Kitsumban ***

บทคัดย่อ

การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว การศึกษาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้โปรแกรม จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่ได้รับโปรแกรม จำนวน 7 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงกุมภาพันธ์ 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต 3) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง 4) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง 5) แบบแสดงความคิดเห็นของบุคลากรต่อการใช้โปรแกรม 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่ได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ คะแนนการประเมินสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นทุกราย จนอยู่ในระดับปกติทั้งหมด ซึ่งทุกรายมีความพึงพอใจระดับสูงหลังได้รับโปรแกรม และพยาบาลที่ใช้โปรแกรมเห็นด้วยกับการนำไปใช้

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ ซึ่งสามารถทำให้การรู้คิดดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการฟื้นฟูด้านจิตสังคมต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, ผู้ป่วยสูงอายุ, โรคจิตเภท

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนปรุง
* Professional Nurse, Suan Prung Hospital, itreesak@gmail.com
** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 10 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 13 พฤศจิกายน 2560 วันตอบรับบทความ 6 มีนาคม 2561

Abstract

Cognitive recovery in older patients with schizophrenia is part of psychosocial recovery, which is very important for long term care. The purpose of this operational study was to evaluate the effectiveness of implementing a cognitive recovery program among older patients with schizophrenia at Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. The sample included three nurses and seven older patients with schizophrenia from November 2016 to February 2017. The instruments used in this study consisted of 1) the information record form 2) the Thai version of Brief Psychiatric Rating Scale 3) the cognitive recovery program 4) the Thai version of the Mini Mental Status Examination 5) questionnaires on nurses' opinions toward the cognitive recovery program 6) a satisfaction questionnaire of older patients with schizophrenia after the program. Data were analyzed by descriptive statistic.

The results revealed that after completing the cognitive recovery program among older patients with schizophrenia, the cognitive scores of older patients with schizophrenia were increased to be in the normal level, all older patients with schizophrenia satisfied a high level with the program, and nurses were satisfied with implementing this program.

The results indicate the effectiveness of the cognitive recovery program among older patients with schizophrenia. Therefore, nurses who care for older patients with schizophrenia should implement this program along with their routine care for psychosocial recovery for this specific population.

Keywords: *Cognitive Recovery Program, Older Patients, Schizophrenia*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ใน พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากจนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปีในปัจจุบัน แต่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปีและประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราสูงมากกว่าร้อยละ 6 ต่อปี (Institute for Population and Social Research Mahidol University, 2014) ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรือลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Department of Health, 2014) และพบว่าปัญหา

สุขภาพจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุได้แก่โรควิตกกังวล, โรคสมองเสื่อม, โรคซึมเศร้า, และโรคจิตเภท (Aumglin & Kanbupps, 2012) โดยโรคจิตเภท ในผู้สูงอายุพบเป็นอันดับต้นของปัญหาสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มนี้

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม และการรู้คิด ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้สูงอายุจะพบว่ามีปัญหาด้านการรู้คิด (cognitive function) ซึ่งรวมทั้ง ความจำ สมาธิ การรับรู้ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก รวมถึงการทำงานของสมองระดับสูง (Executive Function) ซึ่งหมายถึง การคิด การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการวางแผน (Estes et al., 2011) ซึ่งอาการเหล่านี้มักพบในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป เชื่อว่าอาจเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของ

สมรรถภาพสมอง โดยมีในเรื่องความเสื่อมของร่างกายตามวัยเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยจะพบมากในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการด้านลบหรืออาจจะเป็นตั้งแต่กำเนิด เนื่องจากพบพยาธิสภาพทางสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ สมองฝ่อ ช่องสมองขยายกว่าคนปกติ และพบความผิดปกติเฉพาะที่ของสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) พรีฟรอนทัลไจรัส (prefrontal gyrus) และดอร์ซอลธาลามัส (dorsal thalamus) ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมองด้านการรู้คิดทั้ง 5 ด้าน ทั้งด้านการรับรู้ (orientation) การจดจำ (registration) ความใส่ใจและการคำนวณ (attention & calculation) การระลึกได้ (recall) และด้านภาษา (language) (Wiracharat, 2012)

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ซึ่งได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุซึ่งรับดูแลทั้งแบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยใน ที่ให้การดูแลในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูซึ่งในระยะวิกฤตก็มีการรักษาโดยการให้ยาจนอาการสงบ ส่วนในระยะฟื้นฟูมีกิจกรรมฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป เช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมฝึกอาชีพเบื้องต้น (Suanprung, 2013) แต่ไม่มีการจัดกิจกรรมฟื้นฟูเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการฟื้นฟูด้านสมรรถภาพสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่ค่อนข้างมีข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุนั้นได้ร่วมกิจกรรมเป็นส่วนน้อย ส่วนใหญ่จะมีเพียงการดูแลแบบประคับประคองในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไปที่ส่งเสริมความสามารถตามศักยภาพของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ในการศึกษาโปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่วิจัยของ Oransanon & Wirakharat (2011) ผลจากการศึกษาพบว่าโปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้าโปรแกรมมีความจำดีขึ้น มีการศึกษาโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มกระตุ้นความจำสำหรับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหา

พฤติกรรมและอาการทางจิตของ Somdet chaopraya institute of psqchiatry (2011) ผลจากการศึกษาพบว่าคะแนน MMSE เพิ่มขึ้น 2 รายจาก 6 ราย พบว่ามีพฤติกรรมและอาการทางจิตเปลี่ยนแปลงดีขึ้น และการศึกษาของ Kriangkaisakda (2012) ในเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีนิวโรบิคส์เอ็กเซอร์ไซส์ ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองสำหรับฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ซึ่งพบว่า ผลจากการศึกษาโปรแกรมการฝึกสมองสามารถเพิ่มความจำระยะสั้นของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ระยะเริ่มต้นได้ในการศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของ จุฬารัตน์ วิระรัตน์ (2555) ผลจากการศึกษาพบว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ได้ผลดี ผู้ป่วยที่เข้ารับการโปรแกรมมีคะแนน MMSE เพิ่มขึ้น หากพิจารณาในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ ตามกรอบของ FAME (Pearson, Wiechula, Lockwood & Court, 2005) พบว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เนื่องจากโรงพยาบาลสวนปรุงได้ให้การพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาลศรีธัญญา นอกจากนี้โปรแกรมยังมีความเหมาะสมและได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลจากการทดลองใช้ในโรงพยาบาล ศรีธัญญาในผู้ป่วยจิตเภทชาวไทยซึ่งมีความคล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองนั้นประกอบด้วย การร่วมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 20 ครั้ง ที่กระตุ้นการรู้คิดทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ และการคำนวณ การระลึกได้ และด้านภาษา ซึ่งพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และสามารถช่วยลดภาระในการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและในครอบครัวได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของโรงพยาบาลศรีธัญญาดังกล่าวข้างต้น มาใช้ในโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

สูงอายุ หากผลลัพธ์ออกมาเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและ
หน่วยงานก็จะได้นำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง
มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย
โรคจิตเภทสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
สวนปรุง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟู
สมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาล
สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดัง
ต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาการรู้คิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในการใช้
โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วย โรคจิตเภทสูง
อายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท
สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วย
โรคจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้าน
การรู้คิด ซึ่งพบว่าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จาก
การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรู้คิดนั้นสามารถ
กระตุ้นหรือฝึกเพื่อชะลอความเสื่อม และช่วยส่งเสริม
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูง
อายุได้ ในโรงพยาบาลสวนปรุงผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ
ที่เข้ารักษาไม่มีกิจกรรมในระยะฟื้นฟูที่เฉพาะเจาะจงใน
เรื่องการรู้คิด และที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วย
โรคจิตเภทสูงอายุนั้นมีความซับซ้อนในเรื่องการดูแล
และความเสื่อมของร่างกายโดยเฉพาะความเสื่อมของ
สมองโดยเฉพาะด้านการรู้คิด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการ
ฟื้นฟูแบบเฉพาะเจาะจง

ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของ Seekhonchai (2015) ซึ่งได้

ประยุกต์หลักการฝึกความจำของ Atkinson & Shiffrin
(1997) เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นจะทำให้เกิดการบันทึก
ข้อมูลแล้วส่งไปแปลผลที่สมองส่วนซีรีบรอลคอร์เท็กซ์
(cerebral cortex) แล้วเกิดเป็นความจำสัมผัส (sen-
sory memory) แล้วเมื่อมีการรับข้อมูลซ้ำความจำ
สัมผัสจะเปลี่ยนเป็นความจำระยะสั้น (short-term
memory) เมื่อไม่มีการคิดทบทวนหรือนำไปใช้ความจำ
ระยะสั้นก็จะถูกลืม แต่ถ้ามีการทบทวนหรือมีการกระตุ้น
จากสิ่งเร้าความจำระยะสั้นก็จะกลายเป็นความจำระยะ
ยาว (long-term memory) ซึ่งวิธีการครอบคลุม
กระบวนการสังเกต การจัดระเบียบ และการเชื่อมโยง
เพื่อช่วยกระตุ้นการรู้คิดของสมองใน 5 ด้าน ได้แก่ การ
รับรู้ การจดจำ ความเอาใจใส่และการคำนวณ การระลึก
ได้ และด้านภาษา โดยนำมาสร้างกิจกรรมและทำการ
ศึกษาทดลองใช้โปรแกรมนี้ที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่ง
ได้ผลเป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมนี้นำมาใช้ตาม
แนวคิดทฤษฎีการแพร่พันธุ์วัฒนธรรม (Roger, 2003) 5 ขั้น
ตอนได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นรับรู้หรือตื่นตน (Awareness
Stage) ขั้นที่ 2 ขั้นสนใจ (Interest Stage) ขั้นที่ 3 ขั้น
ประเมินค่า (Evaluation Stage) ขั้นที่ 4 ขั้นทดลอง
(Trial Stage) ขั้นที่ 5 ขั้นตอนการยอมรับ (Adoption
Stage) ถ้าผลการนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ก็
จะสามารถนำมาเป็นกิจกรรมในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท
สูงอายุในโรงพยาบาลสวนปรุงต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ
(Operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูง
อายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยมุกิตา และจิระ 1 โรง
พยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งออกเป็น
2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล ที่ร่วม
ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วย
โรคจิตเภทสูงอายุ จำนวน 3 ราย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (DSM-5) ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ตึกมูจิตาและตึกจิระ 1 โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 โดยใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ด้วย DSM-5 2.มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อยโดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 3.ผ่านการประเมินการรู้คิดด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมอง MMSE (Thai,2002) 4.สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

1.2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรในทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

1.3) แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่พัฒนาโดย Overall & Gorham (1972) ซึ่งได้รับการแปลและเรียบเรียงโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ ซึ่งแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 7 ระดับตั้งแต่ระดับ 0-6 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ, คะแนน 1 หมายถึง มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง, คะแนน 2 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย, คะแนน 3 หมายถึง มีอาการปานกลาง, คะแนน 4 หมายถึง อาการค่อนข้างรุนแรง, คะแนน 5 หมายถึง อาการรุนแรง, คะแนน 6 หมายถึง อาการรุนแรงมากการแบ่ง

เกณฑ์ตามคะแนนมีดังนี้คะแนนน้อยกว่า 36 หมายถึงมีอาการทางจิตน้อย, คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 36 หมายถึง มีอาการทางจิตมาก

1.4) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง MMSE (Thai, 2002) พัฒนาจากแบบทดสอบ MMSE ของ Flostein and McHugh (1975) โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 1) orientation for time 5คะแนน 2) orientation for place 5 คะแนน 3) registration 3 คะแนน 4) attention/calculation 5 คะแนน 5) recall 3 คะแนน 6) naming 2 คะแนน 7) repetition 1 คะแนน 8) verbal command 1 คะแนน 9) written 1 คะแนน 10) writing 1 คะแนน 11) visuoconstruction 1 คะแนน โดยมีจุดตัดของคะแนนที่สงสัยภาวะสมองหรือความจำเสื่อม ดังนี้

- ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน

- ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

- ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุเรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

1.5) แบบแสดงความคิดเห็นของบุคลากรต่อการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ ตามแนวคิดกระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Jansiri & Tungpunkum (2011) ตามแนวคิดกระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์ ที่เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมมี 5 ด้าน ดังนี้ 1) มีประโยชน์ต่อหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วย 2) สามารถนำมาผสมผสานกับความรู้เดิมของหน่วยงาน 3) ความยากง่ายในการทำไปปฏิบัติในหน่วยงาน 4) เห็นผลจากการนำไปใช้ได้ชัดเจน 5) สามารถสังเกตกระบวนการได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งแบ่งระดับความคิดเห็นเป็นเห็น

ด้วย และไม่เห็นด้วย พร้อมทั้งคำถามปลายเปิดให้ระบุ
ปัญหาและอุปสรรคในการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ
สมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ

1.6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย
โรคจิตเภทสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง
ซึ่งมีตัวเลขระดับความพึงพอใจให้เลือกตั้งแต่ 1-10 โดย
แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ตัวเลข 1-3 พึงพอใจน้อย, ตัวเลข
4-6 พึงพอใจปานกลาง, ตัวเลข 7-10 พึงพอใจมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย
โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ที่ผู้วิจัยได้นำมา
จากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิต
เภทเรื้อรังของ Wirahchrat (2012) ที่พัฒนามาจากหลัก
การฝึกความจำของ Atkinson & Shiffrin, (1977) ซึ่งมี
ประเด็นฝึกที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด ซึ่งประกอบด้วย การ
รับรู้ การจดจำ ความเอาใจใส่และการคำนวณ การระลึก
ได้ และด้านภาษา ซึ่งมีกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
สมอง 20 กิจกรรม โดยพยาบาลวิชาชีพดำเนินการทุก
วันจันทร์ ถึงศุกร์ทุกวัน จำนวน 20 ครั้ง ครั้งละ 45-120
นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 20
กิจกรรมได้แก่

1. ด้านการรับรู้ (orientation time place)

กิจกรรมที่ 1 “เวลา” ให้ผู้ป่วยบอกเวลาที่
ปรากฏตามนาฬิกา แล้วเชื่อมโยงกับเวลาปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 2 “ภาพ” เล่าเรื่องให้ผู้ป่วยสังเกต
แล้วบอกว่าภาพที่เห็นเป็นภาพอะไร มีการจัดกลุ่มภาพ
และมีการเชื่อมโยงภาพกับเรื่องราวของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 “โรงพยาบาลของเรา” ให้ผู้ป่วย
บอกว่าภาพถ่ายสถานที่ต่างในโรงพยาบาลเป็นสถานที่
อะไร และเชื่อมโยงภาพกับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
ของผู้ป่วย

2. ด้านการจดจำ (registration) ตรงกับกิจกรรมที่ 3

3. ด้านการระลึกได้ (recall)

กิจกรรมที่ 4 “รูปทรงเรขาคณิต” นำรูปทรงต่าง
ให้ผู้ป่วยดู และให้ผู้ป่วยวาดทรงเรขาคณิตในแบบต่าง ๆ
ตามคำสั่ง และสามารถเรียกชื่อทรงเรขาคณิตได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 “วัตถุและรูปทรง” ให้ผู้ป่วยวาด

รูปรูปทรงเรขาคณิตเชื่อมโยงกับสิ่งของต่าง ๆ ที่มีรูปทรง
เดียวกัน เช่น นาฬิกา โทรศัพท์ เป็นต้น

กิจกรรมที่ 6 “ตัวหนอน” ให้ผู้ป่วยพับกระดาษ
เป็นรูปตัวหนอน และบอกว่าเชื่อมโยงกับรูปทรง
เรขาคณิตแบบไหน

กิจกรรมที่ 7 “สนุกกับภาพ 1” ให้ผู้ป่วยจดจำ
และจับคู่ภาพเหมือน พร้อมกับบอกวิธีการจำ

กิจกรรมที่ 8 “สนุกกับภาพ 2” ให้ผู้ป่วยฝึก
สังเกตหาความแตกต่างของภาพ

กิจกรรมที่ 9 “สนุกกับภาพ 3” ให้ผู้ป่วยลาก
เส้นตามจุด และอธิบายภาพที่เห็น

กิจกรรมที่ 10 เกมสับบอกข่าวให้คนสุดท้ายบอก
ตามประโยคที่ตนเองได้ยินจนถึงคนแรก

กิจกรรมที่ 18 “เคลื่อนไหวตามจังหวะ 1” ให้ผู้
ป่วยแสดงท่าทางตามเนื้อเรื่องที่เล่า เช่น พายุผู้ป่วยเดินเข้า
ป่า ผู้ป่วยต้องอย่าทำอยู่กับที่ เมื่อบอกว่าพบน้ำผู้ป่วยต้อง
ทำท่าดื่มน้ำ และมีการร้องเพลงพร้อมทำท่าทางตามเพลง

กิจกรรมที่ 19 “เคลื่อนไหวตามจังหวะ 2” ให้
ผู้ป่วยแสดงท่าทางตามเนื้อเรื่องที่เล่า และเล่นเกม
เปลี่ยนผาหอย

กิจกรรมที่ 20 “เคลื่อนไหวตามจังหวะ 3” ให้
ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตามคำสั่ง เช่น ช้างให้ผู้ที่ถูกชี้ต้องทำท่า
งวงช้าง ส่วนคนทางด้านซ้ายและขวาต้องเอามือโบกข้าง
ใบหูของผู้ที่ทำท่างวงช้าง และกิจกรรมจับปูนา

3. ด้านความเอาใจใส่และคำนวณ (attention & calculation)

กิจกรรมที่ 11 “ไฟ 9 แด้ม” ให้ผู้ป่วยฝึกเรียง
ลำดับจากน้อยไปหามาก มีการเปรียบเทียบตัวเลขไหน
มากหรือน้อย ฝึกการบวกเลขให้ครบ 9 แนะนำความ
หมายของหมายเลขในไฟ และอธิบายวิธีการเล่นคือให้
รวมแตรมเท่ากับ 9 หรือใกล้ 9 มากที่สุด

กิจกรรมที่ 12 “ไฟผสมสิบ” ทบทวนการเรียง
ลำดับจากน้อยไปหามาก ทบทวนเปรียบเทียบตัวเลขไหน
มากหรือน้อย ฝึกการบวกเลขโดยเน้นการรวมให้ได้ 10
แนะนำความหมายของหมายเลขในไฟ และอธิบายวิธีการ
เล่นคือให้รวมแตรมเท่ากับ 10 หรือใกล้ 10 มากที่สุด

กิจกรรมที่ 13 “Sudoku 1” ให้ผู้ป่วยนำเลข 1-6 มาเรียงในช่องของตารางที่แจกให้ โดยแต่ละแถว ต้องไม่ซ้ำกัน

กิจกรรมที่ 14 “Sudoku 2” วิธีการเดียวกับ Sudoku 1

กิจกรรมที่ 15 “จ่ายตลาด” ให้ผู้ป่วยจับคู่ มาฝึกการขายของ และซื้อของตามที่กำหนด โดยช่วยกัน ตรวจสอบความถูกต้องของการค้าขายและการทอนเงิน

4. ด้านภาษา (language)

กิจกรรมที่ 16 “คำพังเพยสุภาษิต” นำภาพให้ดู แล้วให้ทายว่าตรงกับสุภาษิตหรือคำพังเพยใด หลังจากนั้น ช่วยกันหาความหมาย และเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ในชีวิต

กิจกรรมที่ 17 “เล่าเรื่องจากภาพ” นำโปสเตอร์ แล้วช่วยกันบอกสิ่งที่เห็นในภาพ แล้วนำแต่ละคนนำองค์ ประกอบมาร้อยเรียงเป็นเรื่องราว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจหาความตรงของเนื้อหา (validity)

1. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่ผู้ศึกษาได้นำ มาจากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิต เภทเรื้อรังของ Wirachrat (2012) ที่พัฒนามาจากหลัก การฝึกความจำของ Atkinson & Shiffrin (1977) ผู้ ศึกษาไม่ได้ทำการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. แบบแสดงความคิดเห็นของบุคลากรต่อการ ใช้ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูง อายุ ตามแนวคิดกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์ ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย Jansiri & Tungpunkum (2011) ผู้ศึกษาไม่ได้ทำการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ผู้ศึกษา ไม่ได้ทำการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความ ตรงของเนื้อหาซ้ำ

4. แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) พัฒนาขึ้นโดย (Overall & Gorham, 1972) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย

พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ผู้ศึกษาไม่ได้ทำการดัดแปลง เนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

5. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai, 2002) พัฒนาโดยคณะกรรมการจัด ทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข (2542) ผู้ศึกษาไม่ได้ทำการดัดแปลงเนื้อหา ใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

การตรวจหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่ง ประกอบด้วย แบบประเมินความรุนแรงของ อาการทาง จิต (BPRS) และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง MMSE (Thai, 2002) ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทสูง อายุ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ที่ตึกখনาน และตึกปัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง และวัดความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า ความเชื่อมั่น 0.88 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ส่งการค้นคว้าอิสระเพื่อขอรับ การพิจารณาความเห็นชอบคณะกรรมการจริยธรรมและ การวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัส 2558-FULL 044 และคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยของโรงพยาบาลสวนปรุง เมื่อได้รับเห็นชอบแล้วผู้ ศึกษาจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคิดขั้นตอน การเผยแพร่นวัตกรรมของ Rogers (2003) ในระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงกุมภาพันธ์ 2560 โดยมีการ พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยมีการอธิบายและเซ็นยินยอม ในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ และข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทีมผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจง ความถี่หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ย

2. คะแนนการรู้คิด โดยเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองโดยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองทันที และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ย

3. คะแนนความคิดเห็นของบุคลากรที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ย

4. คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการที่ศึกษา มีจำนวนทั้งหมด 7 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุของกลุ่มเฉลี่ย 65 ปี กลุ่มตัวอย่างทุกรายนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71

กลุ่มตัวอย่างของบุคลากรทางการพยาบาลทุกราย

เป็นพยาบาลวิชาชีพพิเศษหญิงนั้บถือศาสนาพุทธ และมีระดับการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 3 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์การประเมินอาการทางจิต (BPRS)

คะแนนการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ จำนวน 7 ราย พบว่าคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอยู่ต่ำกว่า 36 คะแนน ซึ่งแปลผลความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนผลการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ

คะแนนผลการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ จำนวน 7 ราย พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถภาพสมองสูง คิดเป็นร้อยละ 43 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างพบว่าคะแนนสมรรถภาพสมองทุกรายเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนผลการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจำแนกตามรายกรณี (n=7)

รายที่	คะแนนผลการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น			
	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนน)	สมรรถภาพสมองเบื้องต้น (ระดับ)	หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (คะแนน)	สมรรถภาพสมองเบื้องต้น (ระดับ)
1	22	ต่ำ	28	สูง
2	19	สูง	27	สูง
3	17	ต่ำ	20	สูง
4	22	สูง	24	สูง
5	19	ต่ำ	24	สูง
6	17	ต่ำ	25	สูง
7	21	สูง	25	สูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟู สมรรถภาพสมอง

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท
สูงอายุต่อการได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง
พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟู
สมรรถภาพสมองมีความพึงพอใจระดับมากทั้งหมด 7
ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ต่อการได้รับโปรแกรมฟื้นฟู
สมรรถภาพสมอง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากร ทางการพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ สมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ

ผลการศึกษาข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากร
ทางการพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ
สมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ พบว่าที่มบุคลากร
ทางการพยาบาลจำนวน 3 ราย แสดงความคิดเห็นว่า
เห็นด้วยต่อการใช้โปรแกรมทั้ง 5 คำถาม คิดเป็นร้อยละ
100

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ
(Operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูง
อายุ โรงพยาบาลสวนปรุง ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน
ที่ตึกมุขิตา และตึกจิระ 1 ผู้ศึกษาได้นำผลจากการใช้
โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูง
อายุ มาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ได้
ศึกษาจากประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมใน 2 ด้านดังนี้

1. การรู้คิดของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ ภายหลัง
ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนจากการ
ประเมินสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ
หลังจากการได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง มีการ
รู้คิดเพิ่มขึ้นสูงกว่าระดับปกติทุกราย โดยก่อนการได้รับ
โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองมีกลุ่มตัวอย่างมีการ
รู้คิดทั้งต่ำกว่า และสูงกว่าระดับปกติ

การรู้คิดก่อนการได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถ
ภาพสมอง มีคะแนนการรู้คิดที่แตกต่างกันทั้งต่ำกว่า
และสูงกว่าระดับปกตินั้น พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อ
คะแนน อาทิปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าผู้ที่จบการศึกษา
ระดับสูงมีคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่าผู้ที่จบการ
ศึกษาระดับต่ำกว่า ปัจจัยด้านอายุ อายุที่มากขึ้นมีผลต่อ
การรู้คิดที่ลดลง (Chatsarika, 2015)

ภายหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง
จากการประยุกต์หลักการฝึกความจำของ Atkin &
Shiffrin (1977) ทำให้สมรรถภาพสมองทั้ง 5 ด้านได้รับ
กระตุ้น จึงทำให้คะแนนสมรรถภาพสมองสูงขึ้นทุกราย
ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ
สมองสามารถเพิ่มการรู้คิดได้ สอดคล้องกับการศึกษา
ของ Wirahcharat (2012) ที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนน
MMSE เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้จากประยุกต์หลักการ
ฝึกความจำของ Atkin&Shiffrin (1977) คือเมื่อมีสิ่งเร้า
มากระตุ้นบ่อย ๆ สมองส่วนซีรีบรอลคอร์เท็กซ์ (cere-
bral cortex) แล้วเกิดเป็นความจำสัมผัส (sensory
memory) แล้วเมื่อมีการรับข้อมูลเข้าความจำสัมผัสจะ
เปลี่ยนเป็นความจำระยะสั้น (short-term memory)
เมื่อไม่มีการคิดทบทวนหรือนำไปใช้ความจำระยะสั้นก็
จะถูกลืม แต่ถ้ามีการทบทวนหรือมีการกระตุ้นจากสิ่งเร้า
ความจำระยะสั้นก็จะกลายเป็นความจำระยะยาว (long-
term memory) ซึ่งในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง
นั้นได้มีการกระตุ้นการรู้คิดทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการรับรู้
การจดจำ ความเอาใจใส่และการคำนวณ การระลึกได้
และด้านภาษาโดยรวมอยู่ในกิจกรรมทั้งหมด 20 กิจกรรม
ซึ่งในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการกระตุ้นการรู้คิด
ด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างกันออกไปสอดแทรกในแต่ละ
กิจกรรม ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมนอกจากจะได้รับการ
กระตุ้นการรู้คิดทั้ง 5 ด้านนั้นยังได้ฝึกเรื่องการสร้าง
สัมพันธภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง ทักษะ
ต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ด้านต่าง ๆ เป็นต้น ในกิจกรรมทั้ง 20
กิจกรรมยังมีบางกิจกรรมที่นำการปฏิบัติตัวในชีวิต
ประจำวันมาเป็นส่วนหนึ่งในการกระตุ้นสมรรถภาพ

สมอง และยังสอดแทรกความสนุกสนานในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรู้สึกผ่อนคลายจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. ความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาลในการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีความเห็นด้วยในการนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 3 ราย โดยเห็นด้วยทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 100 จากการประเมินพบว่าบุคลากรทางการพยาบาลเห็นด้วยกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองว่ามีประโยชน์ สามารถนำมาผสมผสานกับความรู้เดิม ไม่มีความซับซ้อน สามารถนำไปใช้ได้ง่ายโดยการทดลอง และสามารถวัดผลได้

ความคิดเห็นของบุคลากรที่นำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไปใช้ โดยเห็นความสำคัญของการนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองมาใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในระยะยาว ซึ่งเป็นการบำบัดด้านจิตสังคมที่เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาควบคู่กับการรักษาด้วยยา ซึ่งทีมบุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำความรู้เรื่องการทำกลุ่มมาผสมผสานกับการนำโปรแกรมไปใช้ ซึ่งการทำกลุ่มเป็นพื้นฐานที่พยาบาลจิตเวชสามารถทำได้ เนื่องจากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไม่มีความซับซ้อนในการนำไปใช้ ทีมบุคลากรจึงสามารถนำไปใช้ได้ โดยเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 20 ครั้ง ครั้งละ 45-120 นาที ทุกวันจันทร์ ถึงศุกร์เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ซึ่งผลการนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไปใช้สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม หลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม

จากการประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาลที่นำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไปใช้เห็นด้วยกับการนำมาใช้ สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีกระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรม

(The Innovation Decision Process Theory) ของ Rogers (2003)

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

จากการศึกษาพบว่าหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ทุกคนมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองในระดับมาก ซึ่งได้อธิบายว่าความพึงพอใจ คือความรู้สึกมีความสุขเมื่อได้ผลความสำเร็จตามแรงจูงใจ ซึ่งในการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และได้ร่วมกันทำกิจกรรมทำให้รู้สึกมีความสุข รู้สึกตนเองมีคุณค่าเมื่อทำกิจกรรมได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Muinsead (2014) และยังได้รับประโยชน์สามารถนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จึงเป็นผลให้การประเมินพึงพอใจสูง ทุกคน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

มีการติดตามและประเมินผลซ้ำหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อเป็นการประเมินผลระยะยาวว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองมีประสิทธิภาพในระยะยาวอย่างไร เพื่อจะได้มีการกำหนดการกลับมากระตุ้นซ้ำจากโปรแกรมต่อไป การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในส่วนความพึงพอใจของกลุ่มที่ศึกษาเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ

เอกสารอ้างอิง

- Atkinson, R. C. & Shiffrin, R.M. (1977). Memory and cognition. In S. Worchel & W. Shebilsk (Eds), Psychology: Principles and application (2nd ed., pp.219-258). New Jersey: Prentice Hall.
- Aumglin, J. & Kanbuppa, G. (2012). Epidemiology of Psychiatric Disorders in the Elderly who Come to Receive Services in Semahapoo Hospital. Between 2008-2012 Searched from <http://www.thaidepression.com/www/km/km1post.pdf>. (In Thai)
- Chatsarika, S., Laithamthat, C., yingsuk, C., Nakaviro, D., Krairit, A., Prasatathikom, W., & Charoenwat, P. (2015). Brain performance of Thai Adults and Seniors: Risk factors for deterioration. *Thai Journal of Toxicology*, 30(1) 41-59. (In Thai)
- Chaiwong, W. (2005). The Effectiveness of a Memory Training Program for the Elderly. (Master of Nursing Thesis Geriatric Nursing Program) Graduate school. Chiang Mai University. (In Thai)
- Institute of Geriatrics. (1999). Thai basic Brain Fitness Test (MMSE-Thai 200). Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Bureau of Hygiene of the Elderly (2014). Guidelines for training for the elderly 420 hours course, Bangkok, Printing Factory War veterans organization. (In Thai)
- Institute for Population and Social Research Mahidol University. (2014). Aging of the Thai population (2014). Searched from <http://www.oppo.opp.go.th/info/Agree%20IPSP%2010-1-57pdf>. (In Thai)
- Jansiri, C. & Tungpunkum, P. (2011). Effectiveness of Using Training Programs on Behavior modification in ADHD Children in Suanprung Psychiatric, Hospital Chiang Mai. *Journal of Rajanagarindra Chil Development Institute*, 1(2), 6-28. (In Thai)
- Kriangkaisakda, W. (2012). Application of the Neurobic Exercise Theory In Developing a Brain Training Program for Memory Restoration in Early Stage Dementia Patients. *Research and Development science*, 10(1), 11-25. (In Thai)
- Muinsead, N. (2014). Community Participation in Health Promotion of the Elderly. *Muban Tahl, Chiang Dao, Chiang Mai Nursing*, 41(1), 1-12. (In Thai)
- National Elderly Committee. (2009). National Elderly Plan issue 2 (2002-2021) Revised version NO.1 Bangkok: Publisher Thapavnish. (In Thai)
- Oransanon, Y. & Wirakharat, C. (2011). Memory Training Program for Chronic Schizophrenia Patients. *Journal of Srithanya Hospital*, 12(1), 2-8. (In Thai)
- Punnotok, S. (2011). The Results of the Recall Program Combined With Cognitive Therapy Time, Place, and Person Perceptions of Thought and Happiness in the Life of the Elderly With Dementia. (Master of Nursing Thesis And the field of Nursing for the Elderly). Graduate school Burapha University. (In Thai)

- Rogers, H., Cann, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioia, V (2003). Evaluation of the Family Intervention Service for Children Presenting with Characteristic Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2(3), 1-10
- Seekhonchai, J. (2015). The Effectiveness of Using Memory Training Program in the Elderly with a Little Memory Defect Amphoe Pua Nan (Master of Nursing Thesis) Graduate school Chiang Mai University. (In Thai)
- Suanprung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2013) Statistic of Patients with Schizophrenia. Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital. (In Thai)
- Wirahcharat, J.(2012). Brain Rehabilitation Program for Chronic Patients. *Agenda for Mental Health of Thailand*, 20(3). 163-173. (In Thai)



สัมพันธภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

Family Relationships and Suicidal Risks of Clients Receiving Services at Mental Health and Psychiatric Clinic.

สุกัญญา	เมืองมาคำ *	Sukanya	Muangmakham *
สมบัติ	สกุลพรรณ **	Sombat	Skulphan **
हररชา	เศรฐฐบุพผา ***	Hunsa	Sethabouppha ***

บทคัดย่อ

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญระดับโลกซึ่งมีหลายปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธภาพในครอบครัว การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดภาคเหนือ ที่มีอายุตั้งแต่ 25-59 ปี ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 383 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และสถิติเชิงสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.77$) เช่นเดียวกับสัมพันธภาพรายด้านทุกด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ได้แก่ ด้านความรักและความห่วงใยอาทร ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน
2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.38 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม ($r = -.52$, $p < .001$) และรายด้านทุกด้าน

ผลการวิจัยครั้งนี้บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดภาคเหนือสามารถนำไปใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้รับบริการที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี และหาแนวทางในการเฝ้าระวังได้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ต่อไป

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Lecturer, Faculty of Nursing, ChiangraiCollege, sukanya_mu@hotmail.com

** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, sombat.sk@cmu.ac.th

*** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ University

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

วันที่รับบทความ 26 ธันวาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 4 สิงหาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 28 ธันวาคม 2560

คำสำคัญ: สัมพันธภาพในครอบครัว ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้รับบริการ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

Abstract

Suicide risks are a major mental health and psychiatric problem in the world. There are many important factors related to suicide risks, especially family relationships. The purpose of this descriptive correlational research was to study the relationship between suicidal risks of clients receiving services at mental health and psychiatric clinics and the relationships with their families. Participants included 383 clients who are between 25-59 years old and received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals located in the Northern Thailand. The data was collected between May to August 2017. Research tools were Family relationship assessment and the suicidality in Mini International Neuropsychiatric Structure Interview [M.I.N.I.]. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The participants had fairly good family relationships as a whole ($\bar{X} = 3.58, SD = 0.77$). They also had fairly good family relationships in each of the following domains: love and caring concern domain, sharing of recreation domain, respect for each other domain and the unity in the family domain.
2. Almost 39% (38.38%) of the participants had suicidal thoughts or attempted suicide.
3. There was a moderate negative correlation of family relationship as a whole with suicidal risks ($r = -.52, p < .001$), and also there was a moderate negative correlation of each domain with suicidal risks.

This results can help the mental health and psychiatric personnel in community hospitals located in Northern Thailand when they screening for suicidal risks in clients who had poor family relationship and develop guidelines for suicidal risks surveillance among adult clients.

Keywords: *Family relationships, Suicidal risks, Clients, Mental health and psychiatric clinic*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในปี 2012 พบว่าประชากรทั่วโลกกว่า 800,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าในจำนวนนี้มีผู้ที่อายุน้อยกว่า 70 ปี ถึงร้อยละ 86 (World Health Organization, 2016) ในประเทศไทยมีการสำรวจความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทยซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติ ในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15-59 ปี พบว่า ประชากรไทยมีความเสี่ยงถึงร้อยละ 7.3 โดยกลุ่มอายุที่มีความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ 35-44 ปี (Sriruenthong et al., 2011) จากรายงานอัตราการพยายามฆ่าตัวตายของประชากรไทยพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น คือ พ.ศ. 2558 จำนวน 8,153 คน คิดเป็นอัตรา 12.54 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 13,538 คน คิดเป็นอัตรา 20.82 ใน พ.ศ. 2559 National Center For Suicide Prevention (2017) ซึ่งเกินกว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่กรมสุขภาพจิตได้กำหนดไว้ว่าไม่เกิน 6.0 ต่อประชากรแสนคน (Department of Mental Health,

Ministry of Public Health, 2016) จากรายงานสถิติการพยายามทำร้ายตนเองของผู้รับบริการจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายทั่วประเทศไทยครอบคลุม 77 จังหวัด พบว่าผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปีนั้น มีการพยายามฆ่าตัวตาย 3,636 คน ใน พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็น 4,173 คน ใน พ.ศ. 2558 (International Association for Suicide Prevention, 2016) สำหรับการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า พ.ศ. 2557 มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกช่วงวัยจำนวน 3,950 คน คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย 6.08 ต่อประชากรแสนคน National Center For Suicide Prevention. (2015) ได้เพิ่มขึ้นเป็น 4,131 คน คิดเป็นอัตรา 6.35 ต่อประชากรแสนคน ในพ.ศ. 2559 (International Association for Suicide Prevention, 2017) ซึ่งภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนมากที่สุดคือ ภาคเหนือโดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10.32 ต่อประชากรแสนคนในพ.ศ. 2558 (International Association for Suicide Prevention, 2016) จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายนี้นั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศไทย และเป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ถือว่าเป็นภาวะวิกฤต จากสถิติข้างต้นวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-59 ปีการฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อบุคคลที่กระทำการฆ่าตัวตายโดยต้องกลับมาเผชิญกับผลกระทบด้านจิตใจต่าง ๆ เช่น ความอับอาย ความรู้สึกผิด ความเศร้าโศก เป็นต้น (Jordan & McIntosh, 2011; Pacific Grove Hospital, 2016) ในส่วนของผลกระทบต่อร่างกายคือเกิดความเสียหายกับอวัยวะของร่างกายส่วนต่าง ๆ ที่ได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลายไปจากการพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยผลกระทบที่รุนแรงที่สุดเมื่อฆ่าตัวตายสำเร็จคือ การถึงแก่ความตาย(Pacific Grove Hospital, 2016) นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่อคู่สมรส พี่น้อง บุตร บิดา มารดา เพื่อน และบุคคลใกล้ชิดอีกด้วย (Survivors of Bereavement by Suicide, 2014) จากสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายและผลกระทบ

ดังกล่าว จึงได้มีหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของรัฐและองค์กรเอกชนที่ก่อตั้งขึ้นมา เช่น สมาคมสมาชิตันส์แห่งประเทศไทย (Samaritans, 2014) นอกจากนี้ในระดับสากลยังมีองค์การป้องกันการฆ่าตัวตายระหว่างประเทศ (IASP, 2016) อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ให้ความช่วยเหลือในการป้องกันการฆ่าตัวตาย แต่ก็ยังมีการสูญเสียประชากรจากพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ เช่น การป้องกันหรือจัดการปัญหาในเชิงรุกโดยการเข้าไปจัดการในส่วนของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) พฤติกรรมการดื่มสุรา (Lotrakul, 2010) เป็นต้น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชนที่อยู่อาศัย เป็นต้น (Mongkol et al., 2011) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การแต่งงาน สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย (Maneeton, 2009) โดยสัมพันธภาพในครอบครัวมีหลายด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ความรักความผูกพันในครอบครัว เป็นต้น (Setachandana, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาในชาวไทยภูเขาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = -.44$) (Promtub, 2008) มีการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้รับบริการ โรงพยาบาล ร้อยแก้ว ในจังหวัดแพร่ พบว่าร้อยละ 31 ของผู้รับบริการที่พยายามฆ่าตัวตายมีการขัดแย้งกับคนใกล้ชิด (Khamlue, 2012) และในต่างประเทศได้มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการพยายามฆ่าตัวตายซึ่งมีตัวแปรเกี่ยวกับครอบครัว เช่น การศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความ

สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย (Akbari et al., 2015) จะเห็นได้ว่าหากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของบุคคลไม่ดีมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ขาดความรักความผูกพันกันในครอบครัว อาจทำให้บุคคลขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดที่สุด ทำให้บุคคลเลือกที่จะจบปัญหาต่าง ๆ หรือประชดด้วยการฆ่าตัวตายโดยที่ไม่ปรึกษาคนในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้าน เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แม้จะมีการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ หลายการศึกษา แต่เนื่องจากลักษณะทางวัฒนธรรมของประเทศไทยมีความเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างประเทศอื่นในโลก เช่น วิธีการดำเนินชีวิต บุคลิกภาพ เป็นต้น (Thandee, 2013) ผลการศึกษาดังกล่าวจึงยังไม่สามารถอธิบายลักษณะของสัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้านด้านกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยนั้นก็พบอยู่บ้าง ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาทั่วไป พบว่าในบางการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Promtub, 2008) บางการศึกษากลับมาไม่มีความสัมพันธ์ (Akbari et al., 2015) บางการศึกษารายงานเพียงร้อยละของปัจจัยแต่ละด้านที่พบในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Khamlue, 2012) ซึ่งในการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวแต่ละด้านและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้นยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ที่ชัดเจนได้ อีกทั้งภาคเหนือที่มีสถิติการฆ่าตัวตายสูงสุดอย่างต่อเนื่องนั้นมีบริบทแตกต่างจากภาคอื่น ๆ โดยภาคเหนือนี้มีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จหลายประการ เช่น มีค่านิยมในการรักษาหน้าหรือศักดิ์ศรีของตน มีบุคลิกขี้อาย เกรงใจ (Siruenthong et al., 2011) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีแนว

โน้มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้ในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การป้องกันปัญหา หรือลดปัญหา และผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

คำถามการวิจัย

1. สัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นอย่างไร
2. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นอย่างไร
3. สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับสากลที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยพบว่าผู้มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดีมีแนวโน้มในการเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ทำการหาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยใช้แนวคิดการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวคิดการจำแนกโรคทางจิตเวช (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Leclubier et al., 1997) ประกอบด้วย ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal

idea) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) และแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของ Friedman, 1992; Morrow & Wilson (1961) ซึ่งมี 4 ด้าน คือ ด้านความรักและความห่วงใยอาทร ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประชากรที่จะใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ของโรงพยาบาลชุมชนใน 17 จังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง อุตรดิตถ์ แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร ตาก สุโขทัย พิษณุโลก พิจิตร และเพชรบูรณ์ จำนวน 120,273 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ จำนวน 383 ราย มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Krajcie & Morgan (1970) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยใช้อัตราส่วน 3:1 (Srisatidnarakul, 2007) สุ่มจังหวัดจากแต่ละเขตบริการสุขภาพได้ 6 จังหวัด คือ เชียงใหม่ พะเยา ลำปาง พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และนครสวรรค์ จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดตามอัตราส่วนดังกล่าวได้ 24 จาก 71 โรงพยาบาล หลังจากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยการคำนวณสัดส่วนจากประชากรผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละโรงพยาบาล ทำการเลือก

กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ มีอายุ 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลทั่วไปที่มารับบริการหรือผู้ที่มารับการรักษาด้านปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารภาษาไทย สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และสนใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ สร้างจากการทบทวนวรรณถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Samranchai, (1998) ซึ่งสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของ ฟรีดแมน และ มอร์โร และวิลสัน ลักษณะแบบสอบถามมีทั้งหมด 33 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้รับบริการเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดของตนเองมากที่สุด และนำมาแปลผลค่าคะแนน 1-5 คะแนน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน ความรัก และความห่วงใยอาทร ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แปลผลตามคะแนนเฉลี่ย 4 ระดับ ดังนี้ระดับไม่มีคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 ระดับค่อนข้างไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 ระดับค่อนข้างดีมีคะแนนเฉลี่ย 3.00-3.99 และระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 4.00-5.00 หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมิน

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยรวม จากผู้ที่มารับบริการ
คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนในเขต
จังหวัดภาคเหนือที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ
โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีความ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 ราย ได้เท่ากับ
.96 แบบประเมินสัมพันธ์ภาพในครอบครัวในแต่ละด้าน
โดยมีด้านความรักความห่วงใยอาหาร ด้านการพักผ่อน
หย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านการเคารพซึ่งกันและ
กัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ได้ค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .90, .95 และ .84 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
โดยใช้ส่วนของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality)
จากเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M.I.N.I.) ของ
Sheehan et al (2006) ฉบับภาษาไทยโดย Kittirat-
tanapaiboon, (2007) ซึ่งผู้วิจัยได้รับการฝึกใช้เครื่องมือ
จากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือก่อนนำไป
ใช้จริง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 9 ข้อ เป็น
คำถามแบบ Dichotomous Question มีคำตอบ 2 ตัว
เลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยค่าคะแนนแต่ละข้อมีค่าต่าง
กัน จำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
เป็น 3 ระดับ (Kittirattanapaiboon, 2007) ดังนี้ ระดับ
น้อย มีค่าคะแนน 1-8 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่า
คะแนน 9-16 คะแนน ระดับรุนแรง มีค่าคะแนน ≥ 17
คะแนน หาค่า interreter reliability กับจิตแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญได้ค่า เท่ากับ 100% หาค่าความเชื่อมั่นจาก
ผู้ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรง
พยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือที่ไม่ใช่โรง
พยาบาลที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลดอยสะเก็ด
จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 11 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน
บาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบ จาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ตามเอกสารรับรองเลขที่ 057/
2017) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัย

เชียงใหม่ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นกลุ่ม
ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
และมีสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อ
ใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะเป็น
ความลับ และผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการแจ้ง
ข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างให้
เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกที่เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อดำเนิน
การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับ
ทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการวิจัยและสนใจเข้าร่วม
การวิจัย กลุ่มตัวอย่างทำการลงลายมือชื่อในใบยินยอม
เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้นำหนังสือจากคณบดีคณะ
พยาบาลศาสตร์ถึงหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์
ในการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานงานไปยังเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก
และไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทเลือกกลุ่มตัวอย่าง
แบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีกระบวนการเลือก
เชิงกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้
วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟังและกลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม
เป็นรายข้อ ใช้เวลาสอบถามประมาณ 20-30 นาที
4. เมื่อสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้แจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อ
ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการของคลินิกสุขภาพจิต
และจิตเวชตามขั้นตอนต่อไป
5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วมาลงข้อมูล
และวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย
ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และ
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้วิธีการทางสถิติ
การแจกแจงความถี่ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน หาค่าร้อยละ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์
ระหว่างคะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับคะแนน
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติการหาค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายเป็นร้อยละ 56.66 และ เพศหญิงร้อยละ 43.34 มีอายุระหว่าง 25-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 43.21 ปี (SD = 9.82) โดยอยู่ในช่วง 40-49 ปี และ 50-59 ปีมากที่สุดร้อยละ 31.33 เท่ากัน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.09 จบการศึกษาจากชั้นประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 51.69 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 39.43 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 32.12 มีสถานภาพสมรสคือสมรสมากที่สุด ร้อยละ 48.04 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกายร้อยละ 56.92 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 78.07 โดยเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 34.45 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 28.72 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตาย ร้อยละ 90.60 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยดื่มสุราร้อยละ 63.45 ในจำนวนนี้เลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 52.67 และส่วนใหญ่เลิกดื่มตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.71

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้าน (n = 383)

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม		
ไม่ดี	10	2.61
ค่อนข้างไม่ดี	78	20.37
ค่อนข้างดี	159	41.51
ดี	136	35.51
Range = 1.61-4.97 ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 0.77)		
ด้านความรักและความห่วงใยอาทร		
ไม่ดี	4	1.04
ค่อนข้างไม่ดี	60	15.67
ค่อนข้างดี	162	42.30
ดี	157	40.99
Range = 1.75-5.00 ($\bar{X}$ = 3.70, SD = 0.76)		
ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว		
ไม่ดี	52	13.58
ค่อนข้างไม่ดี	120	31.33
ค่อนข้างดี	126	32.90
ดี	85	22.19
Range = 1.00-5.00 ($\bar{X}$ = 3.05, SD = 0.98)		

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน		
ไม่ดี	20	5.22
ค่อนข้างไม่ดี	78	20.37
ค่อนข้างดี	148	38.64
ดี	137	35.77
Range = 1.22-5.00 ($\bar{X}$ = 3.55, SD = 0.88)		
ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน		
ไม่ดี	7	1.83
ค่อนข้างไม่ดี	48	12.53
ค่อนข้างดี	106	27.68
ดี	222	57.96
Range = 1.00-5.00 ($\bar{X}$ = 3.92, SD = 0.85)		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด มีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมค่อนข้างดีร้อยละ 41.51 โดยร้อยละ 42.30 มีสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านความรักและความห่วงใยอาทรค่อนข้างดี ร้อยละ 32.90 มีสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการพักผ่อนหย่อน

ใจร่วมกันในครอบครัวค่อนข้างดี ร้อยละ 38.64 มีสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการเคารพซึ่งกันและกัน ค่อนข้างดี และร้อยละ 57.96 มีสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันดี

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่พบและ ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 383)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	236	61.62
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	147	38.38
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		
ระดับน้อย	112	76.19
ระดับปานกลาง	21	14.29
ระดับรุนแรง	14	9.52

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 38.38 โดยร้อยละ 76.19 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นระดับน้อย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้านกับความ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n=383)

ตัวแปร	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม	-.52**
สัมพันธภาพด้านความรักและความห่วงใยอาหาร	-.50**
สัมพันธภาพด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว	-.41**
สัมพันธภาพด้านการเคารพซึ่งกันและกัน	-.48**
สัมพันธภาพด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	-.50**

** p < .001

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้านกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม ($r = -.52, p < .001$) และสัมพันธภาพในครอบครัวรายด้านทุกด้านคือ ด้านความรักและความห่วงใยอาหาร ($r = -.50, p < .001$) ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ($r = -.41, p < .001$) ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน ($r = -.48, p < .001$) และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($r = -.50, p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการศึกษานี้ถือปฏิบัติตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.07 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และร้อยละ 47.33 มีพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งอาจมีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3.58 (0.77) และพบว่าสัมพันธภาพรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างดี คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Chompikul (2009) ที่พบว่าสัมพันธภาพใน

ครอบครัวของครอบครัวทางภาคเหนือมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 27.7 ในด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัวที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดนั้น ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ($\bar{X} = 3.38$) ซึ่งไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมร่วมกันมากนัก เช่น การเล่นเกม การไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ เป็นต้น แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีการใช้เวลาร่วมกันอาจทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น เช่น คู่สมรสที่สามีดูแลภรรยา ช่วยดูแลบุตรหลังคลอดนั้นจะสัมพันธ์กับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่สูงด้วย (Satipan, Sriareporn, & Sansiriphun, (2016)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน เขตจังหวัดภาคเหนือที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชถึง ร้อยละ 78.07 ซึ่งเป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคอื่น ๆ เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 28.72 และมีพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 47.33 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 38.38 (ตารางที่ 2) โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรงร้อยละ 9.52 ระดับปานกลางร้อยละ 14.29 และระดับน้อยร้อยละ 76.19 คล้ายคลึง

กับการศึกษาของ Sriruenthong et al., (2554) ที่พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มโรคเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์ และการศึกษาของวินัย (Robkob, Skulphan, & Sethabouppha, (2018) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวกับความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิก สุขภาพจิตและจิตเวช

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัวด้วยบทบาทที่แตกต่างกันไป โดยมีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 48.04 และมีสถานภาพหย่าร้าง ร้อยละ 18.28 โดยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r = -.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ (ตารางที่ 3) เช่นเดียวกับรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรักและความห่วงใยอาหาร ($r = -.50, p < .001$) ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ($r = -.41, p < .001$) ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน ($r = -.48, p < .001$) และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($r = -.50, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีนั้นมีความสัมพันธ์กับการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต่ำ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Promtub (2008) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ($r = -.44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวที่ได้นี้สามารถนำไปใช้ในการเสนอแนวทางการพัฒนาสัมพันธภาพด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัวและด้านการเคารพซึ่งกันและกันให้มีเพิ่มมากขึ้น เช่น ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวใช้เวลากันอย่าง

มีคุณค่า ให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ เห็นคุณค่ากัน และกัน ปรึกษาหารือกัน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่พบนั้น บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปหาแนวทางในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ป้องกันการฆ่าตัวตาย และพิจารณาเพื่อเสนอนโยบายสำหรับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวที่อาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่แนวทางและนโยบายในการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และทำการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยที่พบสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เนื่องจากมีหลายการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถนำไปใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนเขตจังหวัดภาคเหนือ

2. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพ ที่มีบริบทแตกต่างจากภาคเหนือ เช่น ภาคตะวันออก ในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้รับ เฝียงเหนือ ภาคกลาง เป็นต้น บริการให้ครอบคลุมในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- Akbari, M., Haghdooost, A. A., Nakhaee, N., Bahramnejad, A., Baneshi, M. R., & Zolala, F. (2015). Risk and protective factor for suicide attempt in Iran: a matched case-control study. *Archives Of Iranian Medicine*, 18(11), 747-52.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*, 44(4), 499-505.
- Chompikul, J., Sutcharitchan, P., Sueluerm, K., & และ Dammee,D. (2009). *Relationships in Thai Families* Nakhon pathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University. (In Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health.. (2016). *Strategic Plan during the 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021) of Department of Mental Health* Retrieved from <http://www.dmh.go.th /intranet/p25542560-2564.pdf>. (In Thai)
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing* (3rd ed.). Norwalk: Appleton & lange.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family nursing: Research, theory & practice*: Pearson.
- International Association for Suicide Prevention. (2016). *Welcome*. Retrieved November 29, 2016, From <https://www.iasp.info/>
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (1st ed.). New York: Routledge.
- Khamlue, A. (2012). Suicide attempters and complete suicide in Rongkwang Hospital. *Bulletin of Suan Prung*, 28(1), 42-50. (In Thai)
- Kittirattanapaiboon, P., Arunpongpaissal, S., Mahatnirunku, S., Kongsuk, T., Chuwong, K., Booncharoen, H., ... Charatsingha, A. (2007). *Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-revised 2007*. Reteived from http://www.skph.go.th/newskph/Doc_file/Miti4_MINIInterview5.0.pdf. (In Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Table for determining sample size from a given population. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., ... Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231.
- Lotrakul, M.. (2010). *Suicide Ttreatment and Prevention* (1st ed). Bangkok: Mahidol University. (In Thai)

- Maneeton, B. (2009). *Consultation-Liaison Psychiatry* (1st ed). Chiangmai: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Chiangmai University. (In Thai)
- Mongkol, A., Yotkham, M., Anusak, B., Rojanaratanangkule, S., Tungsaree, T., & Monkol, N. (2011). Cultural Factor with Suicide Prevrrntion in Upper North. *Journal of health science*, 20(1), 25-40. (In Thai)
- Morrow, P. M., & Wilson, R. C. (1961). Family relationship of bright high-achieving and under-achieving high school boy. *Child Development*, 32(3), 501-510.
- National Center For Suicide Prevention. (2015). *The report of the suicidal rate in Thailand in 2014*. Reteived from <https://www.suicidethai.com/report/download/view.asp?id=18>. (In Thai)
- National Center For Suicide Prevention. (2016). *The report of the suicidal attempt rate in Thailand*. Retrieved from https://www.suicidethai.com/report/dmh/age_506s.asp (InThai)
- National Center For Suicide Prevention. (2017). *The report of the suicidal rate in Thailand in 2016*. Reteived from <https://www.suicidethai.com/report/download/view.asp?id=20>. (In Thai)
- National Center For Suicide Prevention. (2017). *The report of the suicidal attempt rate in Thailand*. Retrieved from <https://www.suicidethai.com/506ds/graph/506ds1.asp?suid=&uname=>. (In Thai)
- Pacific Grove Hospital. (2016). *Causes, Symptoms & Effects of Suicidal Ideations*. Retrieved October 19, 2016, From <http://www.pacificgrovehospital.com/disorders/suicidal-ideation/symp-toms-signs-effects>.
- Promptub, P. (2008). *Suicidal risk among hill tribes and related factors*. A thesis submit of the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Nursing. Graduate school, Chiangmai University. (In Thai)
- Robkob, W., Skulphan, S., & Sethabouppha, H. (2018). Depression, Alcohol Drinking Behaviors, and Suicidal Risks of Adolescents. *Nursing Journal*, 45(4), 144-158.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiiz, P. (2015). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11^{ed}). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Samaritans. (2014). *ABOUT SAMARITANS*. Retrieved from [http://www. Samaritansthai. com/aboutus/](http://www.Samaritansthai.com/aboutus/). (In Thai)
- Samranchai, R. (1998). *A Study of Family Relationship and Adaptation of Menopausal Women in Satahip Naval Base Chonburi Province*. A thesis submit of the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master. Graduate school, Mahidol University. (In Thai)
- Setachandana, V. (2011). Epidemiology of Intentional Self-harm and Suicide in Buriram Province. *Journal of Nakhon Ratchasima Rajanagrindra psychiatric hospital*, 11(1), 51-59. (In Thai)
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Sheehan, M., Amorim, P., Janavs, J., ... & Weiller, E. (2006). M.I.N.I. *The Mini International Neuropsychiatric Interview English Version 5.0.0 DSM-IV*. Retrieved September 16, 2016, From http://narr.bmap. ucla.edu/docs /MINI_v5_00 2006.pdf

- Sriruenthong, W., Kongsuk, Th., Pangchun, W., Kittirattanapaiboon, P., Kenbubpha, K., Yingyeun, R., Sukawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2011). The Suicidality in Thai population: A National survey. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 56(4), 413-424. (InThai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in nursing research*. (Edition 4th). Bangkok: U & I inter media. (InThai)
- Satipan, C., Sriareporn, P., & Sansiriphun, N. (2016). Marital Relationship, Father-infant Attachment and Father Involvement in Postpartum Period. *Nursing Journal*, 43(Supplement), 71-81. (In Thai)
- Survivors of Bereavement by Suicide. (2014). *How suicide affects others*. Retrieved November 16, 2016, From <http://uk-sobs.org.uk/suicide-bereavement/how-suicide-can-affect-you/how-suicide-affects-others/>
- Thandee, D. (2013). *The social and cultural context*. Retrieved from <http://www3.ru.ac.th/korea/article1/article11.pdf>. (In Thai)
- The Royal Institute Dictionary. (2011). *Relationship*. Reteived from <http://www.royin.go.th/dictionary/>. (In Thai)
- The Royal Institute Dictionary. (2011). *Family*. Reteived from <http://www.royin.go.th/dictionary/>. (In Thai)
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. (1st ed.). France: WHO Library Cataloguing.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตนเองของวัยรุ่นชาย
ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่
Effectiveness of Self-regulation Program Among Male Adolescents
in Regional Juvenile Vocational Training Centre 7, Chiang Mai Province

อักรชัย	อรุณเหลือง *	Aukarachai	Aroonlueng *
ภัทรภรณ์	ทุ่งปันคำ **	Patraporn	Tungpunkom **
हररชา	เศรษฐบุพผา ***	Hunsa	Sethabouppha ***

บทคัดย่อ

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเอง และสังคม โปรแกรมการกำกับตนเองของวัยรุ่นชายจะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะให้วัยรุ่นชายและช่วยให้สามารถรับรู้การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม การศึกษาค้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตนเองของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2560 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวัยรุ่นชาย จำนวน 30 คน และทีมบุคลากร จำนวน 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมการกำกับตนเอง 3) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว 4) แบบแสดงความคิดเห็นของทีมบุคลากรต่อการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองและ 5) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองของวัยรุ่นชายวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองพบว่า วัยรุ่นชายส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น ทีมบุคลากรที่ใช้โปรแกรมทั้งหมดเห็นด้วยในทุกประเด็นของการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองว่ามีประโยชน์ สอดคล้องกับการปฏิบัติที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่มีความซับซ้อน นำไปทดลองปฏิบัติได้ และสังเกตเห็นผลได้ วัยรุ่นชายที่เข้าร่วมโปรแกรมทุกคนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรม และเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อตนเอง มีประโยชน์ต่อผู้ดูแลในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม มีความสะดวกต่อการได้รับการดูแลตามโปรแกรมและมีความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นชายที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการกำกับตนเองจะมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ฉะนั้นควรมีการนำเสนอโปรแกรมการกำกับตนเองเข้าไปใช้ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับตนเอง, วัยรุ่นชาย, ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่
 * Registered Nurse, Regional Juvenile Vocational Training Centre 7, Chiang Mai Province
 ** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Associate professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Corresponding Author, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 16 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 29 มกราคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 16 พฤษภาคม 2561

Abstract

Aggressive behavior is a behavior that causes both self and social problems. A self-regulation program among male adolescents increases the perception of adolescent efficacy and enables the perception of proper behavior. The purpose of this study was to examine the effectiveness of self-regulation program among male adolescents in Regional Juvenile Vocational Training Centre 7, Chiang Mai Province from April to June 2017. The participants were purposively selected and consisted of two groups including 30 male adolescents and 2 healthcare team members. The instruments used in this study were 1) a personal identification form, 2) the self-regulation program, 3) the Self-efficacy in controlling aggressive behavior scale, 4) the healthcare team satisfaction evaluation form of program implementation and 5) the male adolescents satisfaction evaluation form. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of this study revealed that after receiving the self-regulation program, 90% of the male adolescents had increase self-efficacy scores in controlling aggressive behavior. All healthcare team members who use the program agreed on all items relate to implementing the self-regulation program. These include relation advantage, compatibility, complexity, trialability and observability. All male adolescents participating in the self-regulation program agreed on four dimensions 1) benefit to myself, 2) benefit to their caregivers, 3) convenience to male adolescents, and 4) satisfaction with the whole program implementation.

The results of this study indicated that the male adolescents who are supervised by self-regulation program have higher self-efficacy scores for behavioral control and reduce aggressive behavior. Therefore, the self-regulation program should be implemented to continuity care at Regional juvenile vocational training centre 7, Chiang Mai province.

Keywords: *Self-regulation Program, Male Adolescents, Regional Juvenile Vocational Training Centre 7*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตที่สำคัญของชาติในหลายประเทศล้วนมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งจะต้องเริ่มต้นพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก (Department of Mental Health, 2012) ในแต่ละปี มีวัยรุ่นประมาณร้อยละ 20 มีประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับภาวะการมีปัญห สุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาการติดเกม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัญหาทางสุขภาพจิตเหล่านี้เป็น

สาเหตุที่ทำให้ความสามารถการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองลดลง เพิ่มพฤติกรรมเสี่ยง ส่งผลให้เกิดปัญหาความรุนแรง อาชญากรรมและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Young people: health risk and solutions, 2011) สำหรับสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความรุนแรงที่กระทำโดยเด็กและเยาวชนไทย พบว่ามีความรุนแรงเช่นเดียวกัน จากสถิติของกรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่ายังคงมีเด็กที่กระทำความผิดในฐานะความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย และความผิดเกี่ยวกับ

พฤติกรรมความรุนแรงทางเพศ จำนวนมากในทุก ๆ ปี (Department of Juvenile Observation and Protection, 2016) แสดงให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของวัยรุ่นยังคงมีมากในปัจจุบัน ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อตัววัยรุ่นเอง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย (Thai Health Promotion Foundation, 2006)

อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมได้ง่าย มักใช้อารมณ์ในการตัดสินใจปัญหาและอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Alee, Tungpun-kom, & Sripichyakan, 2018) วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีปัญหาด้านความประพฤติ และการมองโลกในแง่ร้ายมีโอกาที่จะทำผิดกฎหมาย ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมต่อชีวิตผู้อื่นมีการลงมือกระทำอย่างรุนแรงและกลายมาเป็นอาชญากรในที่สุด (Senate Committee on Women, Youth and Elderly Affairs, 2007) ดังนั้นการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวมีหลากหลายวิธีการ ได้แก่ การให้คำปรึกษา ทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยว และการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับลดหรือควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยรุ่น (the self-efficacy in controlling aggressive behavior) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1997) ที่เชื่อว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal personal factors) เช่น ความคิด ความรู้สึก และปัจจัยทางชีวภาพ 2) พฤติกรรม (represent behaviors) 3) สภาพแวดล้อม (external envi-

ronment) แต่อิทธิพลของแต่ละปัจจัยจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์และกิจกรรมที่แตกต่างกันไป (Bandura, 1997) ถ้าวัยรุ่นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว จะเลือกกระทำพฤติกรรม มีการตัดสินใจตลอดเวลาว่าจะทำพฤติกรรมใดจะใช้ความพยายามและความอดทนในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค รูปแบบการคิดและปฏิกิริยาจะเหมาะสม ไม่แสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าว (Bandura, 1997) ดังนั้นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นจุดเริ่มต้นในการควบคุมตนเองก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

โปรแกรมการกำกับตนเอง (self-regulation program) ตามแนวคิดของ Bandura (1986) กล่าวว่า การกำกับตนเองไม่สามารถประสบความสำเร็จได้เพียงความตั้งใจอย่างเดียวแต่จะต้องมีการพัฒนาตนเองและฝึกฝนตนเอง ซึ่งโปรแกรมการกำกับตนเองสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและวัยรุ่น โดยโปรแกรมประกอบด้วยกระบวนการกำกับตนเอง 3 กระบวนการ คือการสังเกตตนเอง การตัดสินใจและการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อตนเอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และมีประสบการณ์จากความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการกระทำด้วยความสามารถและความพยายามจนกระทั่งบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง จากประสบการณ์ของตัวแบบในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จจากการชักจูงด้วยคำพูด โดยผ่านการเตรียมพร้อมสภาพร่างกายที่ดี และสภาวะอารมณ์ทางบวก เพื่อช่วยให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนพัฒนาให้เกิดขึ้นได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือประสบการณ์จากความสำเร็จ (enactive mastery experience) ประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) สภาพร่างกายและสภาวะอารมณ์ (physiological and affective states) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจเกิดขึ้นได้จากแหล่งข้อมูลใดแหล่งข้อมูลหนึ่ง

หรือหลายแหล่งข้อมูลผสมผสานกัน ดังนั้นเมื่อเด็กและวัยรุ่นได้รับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยโปรแกรมการกำกับตนเองจะช่วยให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงขึ้นได้

ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นที่พัฒนาขึ้นโดย Tabang (2007) ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1986) มาใช้ในหน่วยงานเพื่อที่จะใช้ในการฝึกวัยรุ่นให้สามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ และเป็นการแก้ปัญหาในหน่วยงานซึ่งที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีหรือนำแนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันที่เฉพาะเจาะจงกับวัยรุ่นกลุ่มนี้ อีกทั้งโปรแกรมนี้เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) จากการพิจารณาตามแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ลงสู่การปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของ FAME (Pearson, Wiechula, Lockwood and Court, 2005) คือมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (feasibility) โดยที่โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นของ Tabang, (2007) นี้มีความเป็นไปได้ (feasibility) และรูปแบบของการบำบัดมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้จริง (appropriateness) มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหาของหน่วยงาน และกลุ่มตัวอย่าง และโปรแกรมนี้ก่อให้เกิดความพึงพอใจ มีคุณค่าทั้งผู้ที่ใช้โปรแกรมและผู้ที่ได้รับโปรแกรม ผู้ใช้โปรแกรม (meaningfulness) สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไปได้ ส่วนของผู้ที่ได้รับโปรแกรมก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดีในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และที่สำคัญโปรแกรมนี้ได้รับการทดสอบว่ามีประสิทธิผลจริง (effectiveness) โดยผู้พัฒนาทำการทดลองใช้โปรแกรมนี้ในวัยรุ่น ที่วิทยาลัยเทคนิคแห่งหนึ่งใน เชียงใหม่ พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยรุ่นได้ การศึกษาครั้งนี้จะนำโปรแกรมนี้มาใช้ตามกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมตามแนวคิดของ Roger, (2003) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage)

2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) 5) ระยะยืนยัน (confirmation stage) ทั้งนี้หากโปรแกรมการบำบัดดังกล่าวสามารถทำให้วัยรุ่นสามารถกำกับตนเองในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ก็จะได้นำไปเป็นแนวปฏิบัติในการให้การบำบัดควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นของหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่น

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ต่อโปรแกรมการกำกับตนเอง
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของทีมนักวิชาการต่อการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นชายหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง เป็นอย่างไร
2. ความพึงพอใจของวัยรุ่นชายต่อโปรแกรมการกำกับตนเองในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอย่างไร
3. ความคิดเห็นของทีมนักวิชาการผู้ใช้โปรแกรมการกำกับตนเองในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นของ Tabang (2007) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura, (1986) มาใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ Roger (Roger's theory diffusion innovation based model) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) 2) ระยะการชักชวน (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะนำไปปฏิบัติ (implementation Stage) 5) ระยะยืนยันผล (confirmation stage) โดยวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (operational research) โดยผู้ศึกษาจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของ Roger, (2003) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นเตรียมการ (ระยะที่ 1-3)

1. ระยะให้ความรู้ ผู้ศึกษาได้ทำความเข้าใจและศึกษารายละเอียดในโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นจากงานวิจัยของ Tabang (2007) พร้อมทั้งได้รับการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองกับผู้พัฒนาหลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมานำเสนอ และจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมบุคลากรก่อนที่จะนำไปใช้ปฏิบัติจริง โดยการจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับโปรแกรมการกำกับตนเองแก่ทีมบุคลากร ซึ่งได้แก่พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน นักจิตวิทยาคลินิกจำนวน 1 คน

2. ระยะโน้มน้าว ผู้ศึกษาได้โน้มน้าวทีมบุคลากรให้มองเห็นประโยชน์ข้อดีของโปรแกรมการกำกับตนเองโดยโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรม

ก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นและเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยรุ่นลดลงได้และหากนำไปใช้จะทำให้สามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในหน่วยงานได้ และในระหว่างที่มีการใช้โปรแกรมหากเกิดปัญหาผู้ศึกษาพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและจะมีการประชุมเป็นระยะในทุกวันศุกร์ของสัปดาห์เพื่อนำปัญหาและอุปสรรคหรือสิ่งที่ได้เรียนรู้มาสนทนาพูดคุยกันเพื่อเป็นการปรับปรุงและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องและเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีในการบำบัด

3. ระยะตัดสินใจ ผู้ศึกษาร่วมกับทีมบุคลากรได้ประชุมชี้แจงเพื่อพิจารณาตัดสินใจในการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย ตามกรอบแนวคิดของ FAME (Pearson, Wiechula, Lockwood & Court, 2005) คือโปรแกรมที่นำเสนอ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เป็นรูปแบบของการบำบัดที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้จริงและมีความเหมาะสมในบริบทของหน่วยงานมีความเหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหาของหน่วยงานในการฝึกวัยรุ่นชายให้สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองและเป็นการป้องกันการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและจะก่อให้เกิดความพึงพอใจ วัยรุ่นชายที่ได้รับโปรแกรมก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดีในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งยังมีประสิทธิผลจริง ตามการศึกษาที่ผ่านมาที่ทำการพิสูจน์แล้ว ร่วมกับแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของ Roger (2003)

ขั้นดำเนินการ (ระยะที่ 4)

ผู้ศึกษาขออนุญาตอธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล หลังจากที่ได้รับ การอนุมัติจากผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่แล้ว ผู้ศึกษาเข้าพบผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์ฝึกฯ หัวหน้ากลุ่มงานบำบัดแก้ไขฟื้นฟู เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้ศึกษาสำรวจการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรม

ก้าวร้าวของวัยรุ่นชายที่ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อดำเนินการคัดเลือกตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว

การดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย เปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ และขอความร่วมมือไม่ให้พูดคุยเกี่ยวกับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชายและอธิบายดังนี้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย มีจำนวนการบำบัดรวม 6 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ศึกษาและทีมบุคลากรผู้ใช้โปรแกรม จะมีการประชุมปรึกษา สิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามโปรแกรม

ขั้นประเมินผล (ระยะที่ 5)

ระยะยืนยันผลของ Roger (2003) เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมโดยวัดจากผลสัมฤทธิ์ที่เกิดโดยตรง ประเมินความคิดเห็นของบุคลากร ผู้ใช้โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชายและตัดสินใจที่จะใช้นวัตกรรมต่อไปหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ของกระบวนการดังนี้

5.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ที่ได้รับการพัฒนาโดย Tabang (2007) ที่เข้ารับการฝึกอบรมในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่และได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวโดยประเมินผลก่อนและหลังจากเสร็จ

สิ้นโปรแกรม โดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของ Tabang, (2007)

5.2 ผลลัพธ์ของกระบวนการ ได้แก่ ผู้ศึกษาจะสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ใช้โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของ Tabang (2007) ตามกรอบแนวคิดของกระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรมของ Roger (2003) ซึ่งแบ่งออกเป็น เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ซึ่งสร้างตามตามแนวคิดกระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรมของ Roger (2003)

ผู้ศึกษาสอบถามความพึงพอใจของวัยรุ่นชายต่อการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวที่ประเมินโดยแบบสอบถามความพึงพอใจของวัยรุ่นชาย ซึ่งผู้ศึกษาปรับมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่ได้รับโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อของ Hunsu et al. (2013)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบวัยรุ่นชายที่อยู่ภายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 ที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ในระบบการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) และเจ้าหน้าที่บุคลากร โดยกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นวัยรุ่นชาย จำนวน 30 คน และบุคลากร จำนวน 2 คน อนาคตกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการประมาณการจากวัยรุ่นชายที่เข้ามารับการฝึกอบรมในช่วงเดือนเมษายน 2559-มิถุนายน 2559 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusive criteria) และมีการกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. วัยรุ่นชายที่เข้ารับการฝึกอบรมที่ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีคุณสมบัติเป็นวัยรุ่นเพศชายที่เข้ารับการบำบัดภายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ มีอายุระหว่าง 14-19 ปี ได้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว

ในระดับมั่นใจปานกลางถึงไม่มั่นใจว่าสามารถทำได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถอ่านออก เขียนไทยได้

2. บุคคลากรที่มีสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงานการดูแลวัยรุ่นชายที่ได้รับการฝึกอบรมที่ศูนย์ ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่ง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักจิตวิทยาคลินิกจำนวน ทั้งหมด 2 คนโดยมีคุณสมบัติ คือประสบการณ์การทำงานในการดูแลวัยรุ่นชายไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการ กำกับตนเอง ที่ผู้ศึกษานำมาจากโปรแกรมการกำกับ ตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม ก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นของ Tabang (2007) ซึ่งใช้กรอบ แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1986) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับเทคนิคในการควบคุม ตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การฝึกสำรวจตนเอง การกำหนด เป้าหมาย การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การประเมินพฤติกรรมตนเองและการแสดงปฏิกิริยา ตอบสนองต่อโปรแกรมการกำกับตนเองมีขั้นตอน ทั้งหมด 6 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะ ครอบครัว ผู้ที่อยู่อาศัยด้วยในปัจจุบัน ประวัติการดื่ม สุราและประวัติการใช้สารเสพติด

2. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พัฒนาโดย Tabang (2007) โดยเครื่องมือนี้มีลักษณะของแบบวัดชนิดประมาณค่า (rating scale) เป็นข้อความที่ให้ประเมินระดับความ มั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วยข้อ คำถาม 30 ข้อ คะแนนของแบบวัดมีค่าอยู่ระหว่าง

30-210 คะแนน แบ่งค่าคะแนนได้ 7 ระดับ คือ 1) คะแนนรวม 192 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความมั่นใจ ในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับสูงมาก 2) 165- 191 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจในการควบคุม พฤติกรรมก้าวร้าวในระดับสูง 3) 138-164 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวใน ระดับค่อนข้างสูง 4) 111-137 คะแนน หมายถึง มีความ มั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับปาน กลาง 5) 84-110 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจในการ ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับน้อย 6) 57-83 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรม ก้าวร้าวในระดับน้อยมาก และ 7) 30-56 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้เลย

3. แบบประเมินความคิดเห็นของทีมนักวิชาการต่อ การใช้โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการเผยแพร่แนวคิดของ Roger (2003) มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อได้เปรียบจาก นวัตกรรม (relation advantage) 2) การเข้ากันได้กับ สิ่งที่มีอยู่เดิม (compatibility) 3) ความซับซ้อน (com- plexity) 4) การทดลองได้ (trial ability) 5) การสังเกต ได้ (observability) แบ่งออกเป็น เห็นด้วยและไม่เห็น ด้วย ซึ่งสร้างตามตามแนวคิดกระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรมของ Roger (2003)

4. แบบประเมินความพึงพอใจของวัยรุ่นชาย ผู้ ศึกษาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติด สุราที่ได้รับโปรแกรมกลับบ้านสนใจในผู้ที่เป็นโรคติด สุราของ Sethabouppha et al. 2013 มาใช้ในการ ประเมินความพึงพอใจของวัยรุ่นชายภายในศูนย์ฝึกและ อบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ หลังจาก ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นการ เลือกตอบตามความคิดเห็นมี 2 แบบ คือ เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน 1) ด้านความ มีประโยชน์ของโปรแกรมต่อตัวเอง 2) ด้านความมี ประโยชน์ของโปรแกรมต่อญาติ และผู้ดูแลที่นำมาใช้ ดูแล 3) ด้านความสะดวกของท่านในการได้รับการดูแล

ตามโปรแกรมและ 4) ความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรม
ในภาพรวม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองด้าน
จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 030-2560 อนุมัติ
เมื่อ 12 เมษายน 2560 ก่อนดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษา
ชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและประโยชน์
ที่คาดว่าจะได้รับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือ
ปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษานี้และจะไม่มีผลกระทบ
ใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างทั้งทางตรงและทางอ้อม ข้อมูล
ที่ได้เก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม
เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่ม
ตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา ตลอดจนได้รับความ
ยินยอมจากผู้ปกครอง จึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล
ต่อไป ในระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยกเลิก
หรือถอนตัวออกจากการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบต่อการ
ฝึกอบรมหรือการให้บริการใด ๆ ต่อวัยรุ่นชายทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบ
สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของ
กลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ
ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พัฒนาโดย Tabang (2007)
เพื่อวัดค่าคะแนนความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรม
ก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับ
โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว แบบประเมินความคิด
เห็นของทีมนักวิชาการต่อการใช้โปรแกรมการกำกับตนเอง
ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการควบคุมพฤติกรรม
ก้าวร้าวและใช้แบบประเมินความพึงพอใจของวัยรุ่นชาย
ในการวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการกำกับตนเองต่อ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรม
ก้าวร้าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติ โดย
ข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นชาย ทีมนักวิชาการ ข้อมูล

ความคิดเห็นของทีมนักวิชาการ และข้อมูลความพึงพอใจ
ของวัยรุ่นชาย ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลประสิทธิผลของโปรแกรม
ที่ใช้ ประกอบด้วยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน
การควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ในระยะก่อนและหลังการ
ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย
ทันที วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
ของจำนวนวัยรุ่นชายที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับ
ตนเองของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและ
เยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนเมษายน
ถึง มิถุนายน 2560 กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึก
และอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่
จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 17 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่
ระหว่าง 16-17 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ระดับการศึกษา
ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 14 คน
คิดเป็นร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวที่
อาศัยอยู่แบบบิดามารดาอยู่ด้วยกัน จำนวน 12 คน คิด
เป็นร้อยละ 40 และส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบิดา มารดา
จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีประวัติการดื่มสุรา
สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และ
มีประวัติการใช้สารเสพติดประเภทอื่น ส่วนใหญ่อยู่ที่วัน
ละครึ่งหรือเกือบทุกวัน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ
36.7 ส่วนทีมนักวิชาการที่ใช้โปรแกรมการกำกับตนเองการ
ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึก
อบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน
2 คน เป็นเพศชาย อายุที่ 40 ปี และเพศหญิง อายุ 54
ปี ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี และระดับปริญญา
โท ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะแห่งตนในการ
ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย

สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ มีการวัดระดับความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความมั่นใจปานกลาง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และมีความมั่นใจน้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7

ส่วน หลังการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าส่วนใหญ่มีความมั่นใจค่อนข้างสูง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 รองลงมาคือยังมีความมั่นใจปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 และมีความมั่นใจสูง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย (n = 30)

ระดับความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม คน (ร้อยละ)	หลังได้รับโปรแกรม คน (ร้อยละ)	หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน คน (ร้อยละ)
มั่นใจน้อย	5 (16.7)	0 (0.00)	0 (0.00)
มั่นใจปานกลาง	25 (83.3)	5 (16.7)	11 (36.7)
มั่นใจค่อนข้างสูง	0 (0.00)	22 (73.3)	16 (53.3)
มั่นใจสูง	0 (0.00)	3 (10.0)	3 (10.0)

การวัดสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ โดยการวัดระดับความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวไปแล้ว 1 เดือน จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความมั่นใจจากระดับมั่นใจปาน

กลาง ไปเป็นมั่นใจค่อนข้างสูง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือมีความมั่นใจจากมั่นใจน้อย ไปเป็นมั่นใจค่อนข้างสูง ระดับมั่นใจปานกลาง ไปเป็นระดับมั่นใจสูง และระดับมั่นใจปานกลาง ไปเป็นระดับการมั่นใจที่ไม่เปลี่ยนแปลงเลย จำนวน 3 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นที่มีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม (n = 30)

ระดับความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มั่นใจน้อย → ปานกลาง	2	6.67
มั่นใจน้อย → ค่อนข้างสูง	3	10.00
มั่นใจปานกลาง → ค่อนข้างสูง	19	63.33
มั่นใจปานกลาง → สูง	3	10.00
มั่นใจปานกลาง → ไม่เปลี่ยนแปลง	3	10.00

ความคิดเห็นและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ต่อโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว

การแสดงความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่างที่มณฑลภาคร ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและมีประสบการณ์การดูแลวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 2 คนพบว่ามีความคิดเห็นที่ตรงกัน ทั้ง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ในด้านโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการดูแลวัยรุ่นชาย สามารถนำโปรแกรมมาผสมผสานกับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และสามารถมองเห็นผลได้ชัดเจนจากการนำโปรแกรมมาใช้ อีกทั้งสามารถสังเกตหรือมองเห็นกระบวนการในการนำโปรแกรมมาใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 30 คนพบว่าทั้งหมดมีความพึงพอใจกับประเด็นคำถามทั้ง 4 ข้อ คือความมีประโยชน์ของโปรแกรมต่อตัวเอง ความมีประโยชน์ของโปรแกรมต่อญาติหรือผู้ดูแล ความสะดวกของตัวเองในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม และความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมในภาพรวม ทั้ง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การอภิปรายผล

การศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้นำผลจากการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองของวัยรุ่นชาย มาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของโปรแกรมการกำกับตนเองในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ โดยการวัดระดับความมั่นใจในการควบคุม

พฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความมั่นใจปานกลาง จำนวน 25 คน ก่อนได้รับโปรแกรม มีระดับความมั่นใจเปลี่ยนเป็นมั่นใจค่อนข้างสูง จำนวน 19 คน เปลี่ยนเป็นมั่นใจสูง จำนวน 3 คน และมีระดับความมั่นใจปานกลางคงเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง จำนวน 3 คน และหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความมั่นใจน้อย จำนวน 5 คน ก่อนได้รับโปรแกรม มีระดับความมั่นใจเปลี่ยนไปเป็นมั่นใจค่อนข้างสูง จำนวน 3 คน และเปลี่ยนเป็นมั่นใจปานกลาง จำนวน 2 คน ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางบวก ในกระบวนการของกิจกรรมการดำเนินโปรแกรม ผู้ศึกษาได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สังเกตและสำรวจกระบวนการตัดสินใจตลอดจนปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ของตนเองผ่านใบงาน สถานการณ์จำลอง และกิจกรรมต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นร่วมด้วยเช่น กิจกรรมการสำรวจตนเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองที่จะเกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากการสำรวจตนเองจะทำให้เกิดความเข้าใจตนเองและตระหนักถึงโทษอันร้ายแรงที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้นั้นอย่างเหมาะสมและทันที่ซึ่งกิจกรรมการสำรวจสำรวจตนเองนี้จะอยู่ในขั้นตอนที่ 1-2 และ 4 กิจกรรมการกำหนดเป้าหมาย อันเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการกำหนดเป้าหมาย เพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยตนเอง เนื่องจากการกำหนดเป้าหมายด้วยตัวเองจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นผู้ตัดสินใจและลงมือกระทำด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความพยายามและมีความเป็นไปได้ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และเมื่อบุคคลมีเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรม บุคคลจะมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เกิดความรู้สึกพึงพอใจเมื่อตนเองกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งกิจกรรมการกำหนดเป้าหมายนี้จะอยู่ในขั้นตอนที่ 3 และ 4

ทั้งนี้เมื่อกิจกรรมในการดำเนินโปรแกรมช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ทักษะในการควบคุมตนเอง ย่อมส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองตามมา จึงทำให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) โดยเชื่อว่าการกำกับตนเองไม่สามารถประสบความสำเร็จได้เพียงความตั้งใจอย่างเดียวแต่จะต้องมีการพัฒนาตนเองและฝึกฝนตนเองเพราะความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงการกระทำของบุคคลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงถ้าหากขาดแนวทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของการกระทำนั้น การกำกับตนเองมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุอยู่ 3 ประการคือ บุคคล สิ่งแวดล้อม การกระทำ ซึ่งการเรียนรู้โดยการกำกับตนเองไม่ได้เกิดจากกระบวนการภายในตัวบุคคลเพียงอย่างเดียวแต่ได้รับอิทธิพลจากเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในด้านการกระทำด้วยและในขณะเดียวกันปัจจัยทั้ง 3 ประการต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังนั้นการกำกับตนเองหมายถึงกระบวนการที่คนมีการกำหนดเป้าหมาย บันทึกพฤติกรรมและหาวิธีเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายด้วยตนเองโดยบุคคลจะเป็นผู้ที่ควบคุมกระบวนการนี้ได้ด้วยตนเอง (Zimmerman, 1998)

2. ความคิดเห็นของทีมนักวิชาการต่อการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย

จากการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นของทีมนักวิชาการต่อการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 100 คือเห็นด้วยกับประเด็นคำถามทั้ง 5 คำถาม ทั้งในส่วนของการโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการดูแลเด็กวัยรุ่น สามารถนำโปรแกรมมาผสมผสานกับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และสามารถมองเห็นผลได้ชัดเจนจากการนำโปรแกรมมาใช้ อีกทั้งสามารถสังเกตหรือมองเห็น

กระบวนการในการนำโปรแกรมมาใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการดำเนินงานของผู้ศึกษาที่ได้ดำเนินการเผยแพร่นวัตกรรมตามขั้นตอนของ Roger cited by Tabang (2007) มี 5 ขั้นตอนคือ 1. ระยะการให้ความรู้ (Knowledge Stage) ซึ่งผู้ศึกษาได้นำความรู้และประสบการณ์มานำเสนอและจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมนักวิชาการ ก่อนที่จะนำไปใช้จริง 2. ระยะโน้มน้าว ผู้ศึกษาได้นิมนต์ทีมนักวิชาการให้มองเห็นประโยชน์ข้อดีของโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยกล่าวถึงงานวิจัยอื่นๆ ที่มีผู้ทดลองและนำไปใช้แล้วได้ผล 3. ระยะตัดสินใจ ผู้ศึกษาร่วมกับทีมนักวิชาการได้ประชุมชี้แจงเพื่อพิจารณาตัดสินใจในการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชาย รวมถึงความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมมาใช้ในการศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ และประโยชน์ที่ได้จากการใช้โปรแกรมกำกับตนเอง 4. ขั้นตอนการนำโปรแกรม ผู้ศึกษาได้ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีการอธิบายรายละเอียดและขั้นตอนของโปรแกรมอย่างชัดเจน 5. ขั้นตอนการประเมินผล ผู้ศึกษาได้จัดทำทั้งในส่วน of ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ทางกระบวนการ

3. ความพึงพอใจของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ต่อการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ความพึงพอใจของวัยรุ่นชายต่อการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง จำนวน 30 คน พบว่าทั้งหมดมีความพึงพอใจและเห็นด้วยกับทั้ง 4 ประเด็นคำถาม คือความมีประโยชน์ของโปรแกรมต่อตัวเอง ความมีประโยชน์ของโปรแกรมต่อญาติหรือผู้ดูแลความสะดวกของตัวในการได้รับการดูแลตามโปรแกรม และความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมในภาพรวมทั้ง 30 คน สอดคล้องกับผลการศึกษาโดยการวัดระดับความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความมั่นใจปานกลางจำนวน 25 คน ก่อนได้รับโปรแกรม มีระดับความมั่นใจเปลี่ยนเป็นมั่นใจค่อนข้างสูง จำนวน 19 คน เปลี่ยนเป็นมั่นใจสูง จำนวน 3 คน และมีระดับความมั่นใจปานกลาง

คงเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง จำนวน 3 คน และหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างที่มี ระดับความมั่นใจน้อย จำนวน 5 คน ก่อนได้รับโปรแกรม มีระดับความมั่นใจเปลี่ยนไปเป็นมั่นใจค่อนข้างสูง จำนวน 3 คน และเปลี่ยนเป็นมั่นใจปานกลาง จำนวน 2 คน ทั้งนี้การแสดงผลปฏิกิริยาต่อตนเองของวัยรุ่นชายเป็นการตอบสนองต่อผลจากการประเมินพฤติกรรมของตนเองและเป็นสิ่งสนใจในการทำพฤติกรรม ซึ่งมีทั้งสิ่งสนใจภายนอกและสิ่งสนใจภายใน โดยการแสดงผลปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเอง คือการให้รางวัลกับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เช่น การยกย่องชื่นชมตนเอง เป็นต้น ส่วนการแสดงผลปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองคือการลงโทษตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ความรู้สึกละอายใจ และความรู้สึกเสียใจ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมนี้อไปเป็นส่วนหนึ่งในแผนการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการกำกับตนเองของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ได้

ด้านบริหาร จากการศึกษาสามารถนำโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวไปเป็นแนวทาง และประยุกต์ใช้ และ/หรือปฏิบัติจริงในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ ได้เนื่องจากการฝึกเด็กให้สามารถควบคุม

อารมณ์ตนเองได้เป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันก่อนที่วัยรุ่นชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะให้วัยรุ่นชาย และช่วยให้สามารถรับรู้การแสดงผลพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นชายสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวได้ด้วยตนเอง และส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อตัววัยรุ่นเอง บุคคลรอบข้างและสังคม รวมทั้งยังเป็นการแก้ไขปัญหาคาใจใช้ความรุนแรงในวัยรุ่นที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบความเสียหายในด้านต่างๆ อีกมากมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ติดตามผลในระยะเวลา 1 เดือนเท่านั้นและพบว่าระดับความมั่นใจมีแนวโน้มลดลง จึงควรทำการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว เพิ่มจากเดิมเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี ขึ้นไปเพื่อดูความยั่งยืนของประสิทธิผลของโปรแกรม
2. การศึกษาค้างนี้กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นชายเท่านั้น ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นหญิงด้วย เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นว่าระหว่างเพศหญิงและเพศชาย มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ควรมีการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นชายในระยะยาวหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยวิธีการสังเกต หรือใช้แบบประเมินเพื่อวัดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยตรงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Areekul, W. (2010). *Adolescent health care and supervision*. Bangkok: Rung SilpPrinting Company Limited. (In Thai)
- Alee, P., Tungpunkom, P., Sripichyakan, K. (2018). Related factors of violent behavior among vocational students. *Nursing Journal*, 45(4), 132-143. (In Thai)
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Booddeekhum, P. (2008). *The effects of group counseling based on person- centered theory in reducing aggressive behavior in the 9th grade students at Somdet Pariyat School Somdet District Kalasin Province* (Master's thesis). Mahasarakham: Mahasarakham University. (In Thai)
- Booneiemying, B. (2007). *Buddhism psychological counseling on aggressive behavior of Fasai Wittaya School's student*. College of Religious Studies. Mahidol University. (In Thai)
- Chittradub, S., & Boonsue, A. (2008). *The Children's rights education curriculum and community planning for children and youth*. Bangkok: Research and development center on education for children and children with special needs, Faculty of Education, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2012). *Guidelines for improving health systems and services for mental health and psychiatric in central hospital, general hospital, public health service hospital, sub-district health promoting hospital*. (In Thai)
- Department of Juvenile Observation and Protection. (2016). *Annual Statistical Report 2016*, Bureau of juvenile justice development. (In Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Department of Health, Department of Mental Health. (2013). *Guidelines for integrated adolescent health services according to the Ministry of Public Health's standards*. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand. LTD. (In Thai)
- National Institute for Child and Family Development. (2015). *The situation and conceptual framework for children and youth*. Retrieved from <http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/index.php/policy/2011> (In Thai)
- Ngamsri, M., Takviriyannun, N., Chapricha, S. (2013). The effect of a cognitive behavior therapy program on depression among adolescents in one juvenile training center in the north east of Thailand. *Nursing Journal*, 41(4), 36-47. (In Thai)
- Parekitthammachai, V. (2012). *The effects of behavior modification to reduce aggressive behavior of adolescents at risk* (Master's thesis). (Guidance and Counseling Psychology), Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. (In Thai)
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. and Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *JBI Reports*. 3(8), 207216. Retrieved from: http://www.kliniskeretningslinjer.dk/media/343319/alan_pearson_masterclass_140913.pdf.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. (5th ed). New York: A Division of Imon & Schoster, Inc
- Sadock B. J., Sadock V.A. (2007). *Mood disorder*. Philadelphia.

- Senate Committee on Women, Youth and Elderly Affairs. (2007). *Family violence in women and elderly*. Bangkok: The Secretariat of the Senate. (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* (Master's thesis). Mental Health and Psychiatric Nursing, Chiang Mai: Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)
- Sethabouppha, H., Ratsameesuwat, J., Oopkam, N., Simawong, P., Theprasong, S., & Kittiratana-paiboon, P. (2013). Effects of the KlaiBann Samanjai Program on Drinking Behaviors, Quality of Life, and Readmission among Persons with Alcohol Dependence in Southern Region, Thailand. *Nursing journal*, 42(1), 108-121. (In Thai)
- Tabang, R. (2007). *Effect of self-regulation program on self-efficacy toward aggressive behavior control among adolescents* (Master's thesis). Chiang Mai: Chiang Mai University. (In Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2006). *Family violence in women and elderly*. Bangkok: The Secretariat of the Senate. (In Thai)
- Vaayeeta, R., Chaosuansreecharoen, K.R., Chaichana, B., and Chaosuansreecharoen, P. (2014). Effectiveness of a health behavior change program on self-efficacy, self-regulation, self-care and weight loss among overweight health personal of Raman hospital, Yala province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 24(2). (In Thai)
- World Health Organization. (2007). *Depression*. Retrieved 31 December, 2010, Retrieved from http://www.Who.int/mental_health/managenment/drepression/definition/en/.html
- Young people: health risks and solutions, Fact sheet No 345 August 2011. *Online*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>, accessed 26 March 2018.
- Zimmerman, B. J. (1998). *Developing self-fulfilling cycle of academic regulation: An analysis of exemplary instruction models*. In Schunk, D. H. and Zimmerman, B. J. (Eds.), *Self-regulated learning: From teaching to self-reflective practice* (pp. 1-19). New York: Guilford.

**การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่**
**Social support and health behavior of the elderly of the elderly club of
Sungmen District, Phrae Province**

จิรนนท์	วงศ์สุวรรณ *	Jiranan	Suriya *
ศิวพร	อึ้งวัฒนา **	Siwaporn	Aungwattana **
สุกฤตา	สวนแก้ว ***	Sukrita	Suankaew ***

บทคัดย่อ

การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุผ่านการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 33 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่มและแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lazarus(1981) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา 0.87 และ 0.98 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนจากภาคีสุขภาพ กศน. พม. อปท. และปราชญ์ชาวบ้านในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กิจกรรมการส่งเสริมอาชีพ ได้รับความรู้จากบุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้เป็นบุคคลสุขภาพ ได้รับแรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มเครือข่ายในชมรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะทำได้ทำสิ่งดี ๆ ให้กับชุมชนสังคมไปนาน ๆ โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ $r = .847, p \text{ value} < .05$ ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Instructor, Faculty of Nursing Chiang Mai University, cheerfullady_1828@hotmail.com
** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Instructor, Faculty of Nursing Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 24 ตุลาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 25 มกราคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 29 พฤษภาคม 2562

Abstract

Health promotion by the social support that affects the health behaviors of the elderlies. This research is descriptive correlational design. The purpose of this study was to study about the relationship between social support and health behaviors of the elderly of the elderly club. The sample of this study were the elderlies in the elderly club a total for 33 people. The research instrument are vertical semi-structured interview questions and a questionnaire. The Content Validity Index was 0.87 and 0.98 and the reliability was 0.85. The concept of social support by Cobb (1976) and Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) was used as a model. Analysis of the relationship between the social support and health behaviors were Pearson's product moment correlation coefficient.

These result show that the elderly receives social support from the family to participate in the elderly club and the health network, educational organization and public health personnel to provide knowledge about health care and local knowledge to be a healthy person. The elderly has better health behaviors with the goal to do good things for the social community for a long time. the overall social support the had a strong positive correlation to health behaviors of the elderlies in the elderly club ($r = .847$, $p \text{ value} < .05$). These research findings can be used as basic information for community health nursing to develops guide line for promoting health behaviors of the elderly by social support.

Keywords: *Social support, health behavior, the elderly*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรโลกทั้งหมด ในส่วนภูมิภาคประชาคมอาเซียน ได้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศ ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว คือ สิงคโปร์ มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ ประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ และเวียดนามมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ ในประเทศไทยประชากรรวมของประเทศกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมาก จนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี ในทางกลับกันประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่ม

สูงขึ้นด้วยอัตราประมาณ ร้อยละ 5 ต่อปี และมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 5 ปีข้างหน้า เมื่อสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ สูง คิดเป็นร้อยละ 20 (Thai Elderly Research and Development Institute Foundation, 2016) ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลประชากรอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 76,127 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 16,965 คน คิดเป็นร้อยละ 27.86 (Department of the Interior, 2017)

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุย่อมหมายถึงภาระในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการดูแลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่เหมาะสมของครอบครัว ชุมชน และภาครัฐที่จะสูงขึ้นตามไปด้วย (Thai Elderly Research and Development Institute Foundation, 2016) โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.

2540 มาตรา 80 ได้กำหนดให้รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ระบุว่า ผู้สูงอายุควรได้รับความเคารพ ความเข้าใจ การยอมรับบทบาทของกันและกันใน ครอบครัว ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการทางสังคม และควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยเท่าเทียม (Ministry of Social Development and Human Security, 2010) หากแต่มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุทั่วไปมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (koonkaew, 2014) และในปี พ.ศ. 2552 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือดีมากเพียงร้อยละ 38.4 ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2551 ที่ประเมินไว้ร้อยละ 47.7 โดยผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ออกกำลังกายน้อย (Suakin, 2011) ซึ่งเมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกของชมรม การมีเครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว (Thirawutiwong & Rungruengwong, 2016) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไม่มากนัก

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเช่นกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ และความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การวางแผนทางในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีความสุขตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วม Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน และบริการสุขภาพ และด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว กลุ่มเพื่อนทั้งในและนอกชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และใช้แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2006) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ โดยประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 2) แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ 2) การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ และ 3) การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ 4) การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงานและบริการสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ และ 5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยแบบสอบถามมีตัวเลือกให้เลือก 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมิน ด้วยวิธีการใช้แนวคำถามซึ่งสร้างขึ้นจากการใช้แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2006) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ 2) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อ 3) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ 4) การจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ 5) ด้านโภชนาการ ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ 6) ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยแบบสอบถามมีตัวเลือกให้เลือก 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย

จากนั้นนำแนวคำถามเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจน ความถูกต้องของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity

Index) แนวคำถามการสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม เท่ากับ 0.87 และ 0.98 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ในตำบลยางน่อง อำเภอสาร์ภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีการทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบกำหนด สามารถบอกเลิกจากการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้นั้นภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างเขียนชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการดังนี้

การรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มีรายละเอียด

ดังนี้ 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 11 คน ทำการสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลทีละกลุ่ม และมีผู้บันทึก 1 คน 2) ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามให้กับผู้สูงอายุทำการตอบด้วยตนเองในกรณีผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น และการเขียนผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟังแล้วทำเครื่องหมายลงไปแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีรายละเอียดดังนี้ 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ของเนื้อหา 2) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ประกอบด้วย 2.1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2) การวิเคราะห์คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งโดยรวมและรายด้าน 3) การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งขนาดความสัมพันธ์ (r)

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ก่อตั้งขึ้นเนื่องจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอสูงเม่น บุคลากรทางสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล

อำเภอ ผู้แทนเครือข่าย และสื่อมวลชน ได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในพื้นที่ มีการดำเนินการและวางแผนเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ดังกล่าว โดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดี คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมให้นานที่สุด จึงเป็นที่มาของการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขึ้น โดยผู้สูงอายุทุกคนสมัครใจในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและลูกหลานของผู้สูงอายุให้การสนับสนุน ผู้สูงอายุมีความต้องการในการเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับคนในชุมชนผ่านกิจกรรมการส่งเสริมอาชีพ เช่น การทำดอกไม้จันทน์ การผลิตพวงหรีด ตะกร้า เครื่องจักสาน ผ้าเช็ดเท้า ทำสบู่ ทำขนม หมูทุบ หมูหวาน ข้าวกล้อง เป็นต้น การได้รับการสนับสนุนจากภาคีสุขภาพ กศน. พม. อปท. และปราชญ์ชาวบ้านในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การปลูกสมุนไพร การผลิตภัณฑ์สมุนไพรสลายหินปูนและคลายปวดสมุนไพรกันยุง ดนตรีพื้นบ้าน เป็นต้น ได้รับความรู้จากบุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้เป็นบุคคลสุขภาพะกลอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงมีกิจกรรมการประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดีขึ้นในตำบล นอกจากนี้ได้ร่วมกันพัฒนานวัตกรรมหมอนตัว J ป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่ติดเตียง และแบ่งปันน้ำใจไปสู่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกิจกรรมขยะบุญตำบลบ้านเหล่าเพื่อนำรายได้จากการจำหน่ายขยะไปใช้ในการจัดซื้อของเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง/พิการ และกิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อนอีกด้วย จากกิจกรรมต่างๆที่ผู้สูงอายุได้รับนำมาสู่การเป็นผู้ให้ในฐานะที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านเหล่าเป็นต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ และเป็นแหล่งเรียนรู้สู่พื้นที่ตำบลอื่นๆในอำเภอสูงเม่น

สิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุนั้นพบว่า กิจกรรมการส่งเสริมอาชีพส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง ภูมิใจที่ตนเองยังสามารถหาราย

ได้เก็บไว้ให้ลูกหลาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะกับสมาชิกเครือข่ายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทำให้สุขภาพจิตดี ไม่เหงา การได้รับความรู้จากบุคลากรทางสาธารณสุขทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในแนวทางที่เหมาะสม เช่น การควบคุมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุออกกำลังกาย อีกทั้งภายในกลุ่มเครือข่ายผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ถึงวิธีการและให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร ออกกำลังกาย สุขภาพดีขึ้น และมีการช่วยเหลือกันและกัน ภายใต้กิจกรรมการแบ่งปันน้ำใจให้แก่สังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรักความสามัคคีกันในชุมชน ผู้สูงอายุเกิดคุณค่าและความภาคภูมิใจในตัวเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเป็นที่ยอมรับของสังคม เมื่อได้รับกำลังใจที่ดีจากบุคคลรอบข้างผู้สูงอายุจึงอยากที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจดีเพื่อที่จะทำได้ทำสิ่งดี ๆ ให้กับสังคม ชุมชนไปนาน ๆ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน (n=33)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	คะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม			
	$\bar{X}$	SD	ร้อยละ	ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	63.27	1.39	98.86	มาก
ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์	15.85	0.36	99.06	มาก
ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า	15.79	0.55	98.69	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	12.00	0.00	100.00	มาก
ด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงานและ บริการสุขภาพ	7.97	0.17	99.63	มาก
ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	11.67	0.85	97.25	มาก

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.86 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยได้รับการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและการเป็น

ส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 100 รองลงมาด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงานและบริการสุขภาพ ร้อยละ 99.63 และด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ร้อยละ 99.06 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน (n=33)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	คะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม			ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	SD	
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (20-60)	53.91	53.91	2.02	ดี
ด้านโภชนาการ (3-18)	12.53	12.53	1.60	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย (3-6)	5.64	5.64	0.65	ดี
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (3-15)	14.82	14.82	0.58	ดี
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (1-3)	2.97	2.97	0.17	ดี
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (2-6)	5.97	5.97	0.17	ดี
ด้านการจัดการกับความเครียด (2-6)	5.94	5.94	0.24	ดี

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.85 โดยพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี

ร้อยละ 99 ในสัดส่วนที่เท่ากัน รองลงมาเป็นพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 98.80 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.61

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (n=33)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ	.847**

** P value < 0.05

การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ $r = .847$, $p \text{ value} < .05$

การอภิปรายผล

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเหล่า อำเภอสองเม่น จังหวัดแพร่ พบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.86 อาจเนื่องมาจาก

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ภาครัฐจึงได้มีการเตรียมการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว โดยได้มีการกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ขึ้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (Ministry of Social Development and Human Security, 2010) ทำให้ทุกภาคส่วนในสังคมเกิดความตระหนักและสร้างแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเหล่า อำเภอสองเม่น จังหวัดแพร่ ที่ได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของคนในชุมชนอย่างมากมาย พร้อมทั้งผลักดันให้เกิดการสร้างรายได้จากภูมิปัญญาดังกล่าวให้กับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยจากบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากทางครอบครัว ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Khiewkam, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisri (1995) พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและความรู้เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.6 ซึ่งช่วยส่งเสริมการแก้ปัญหาทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างดี นอกจากนี้จากผลการวิจัยยังพบว่าผู้สูงอายุมีความสนใจและได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวให้เข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชมรมผู้สูงอายุ ได้พบปะผู้อื่น มีส่วนร่วมแบ่งปันกำลังใจและนำไปสู่ผู้สูงอายุที่ดีที่บ้าน ติดเตียง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น มีความภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลต่อความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การพัฒนาอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางที่ดีขึ้นได้ (Putpim, 2006) ส่งผลต่อการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางกายให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม โดยเกิดจากแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากสังคมและคนรอบข้างในด้านต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตัวเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเป็นที่ยอมรับของสังคม จึงมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีเพื่อที่จะทำได้ทำประโยชน์ให้กับสังคมต่อไปให้นานที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thirawutiwong & Rungruengwong (2016) ที่พบว่าแรง

สนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกของชมรม การมีเครือข่ายทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีการศึกษาของ Intharit (2004) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ $r = .847$, $p \text{ value} < .05$ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Chantakeeree, 2006) และการศึกษาของ Rattana (2009) เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และศึกษาของ Thirawutiwong & Rungruengwong (2016) ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลในทุกด้านทั้งชีวิตประจำวัน (Pitanthanakul, 2018) ตลอดจนให้การสนับสนุนจากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน และการเข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความใส่ใจในการดูแลเอาใจใส่ หมั่นสอบถามและดูแลเรื่องการดำรงชีวิตแก่ผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมในการเข้ารับบริการสุขภาพมากขึ้น (Singkheaw, 2015)

และด้วยการสนับสนุนของชุมชนในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุของตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมแบ่งปันกำลังใจและน้ำใจไปสู่ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนเดียวกัน ทำให้เป็นแหล่งรวบรวมภูมิปัญญาแขนงต่าง ๆ ให้คนในชุมชน และเป็นจุดศูนย์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนในการแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้ ย่อมส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา (Chittakot & Chimetprasert, 2003) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเกิดตระหนักในคุณค่าของชีวิตตนเอง รู้สึกว่าตนเองยังเป็นที่การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความรู้สึกรักการมีคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การพัฒนาอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางที่ดีขึ้นได้ (Putpim, 2006) ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับการสนับสนุนด้านข่าวสารการดูแลสุขภาพตามวัย ซึ่งการศึกษาของ Soontornvipart (2006) พบว่า ผู้สูง

อายุที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพทำให้มีการรับรู้ ทักษะคิด ค่านิยม และการจูงใจที่ดี นำมาสู่การปรับตัวในพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนั้นความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเกิดประสิทธิภาพได้ย่อมต้องอาศัยการสนับสนุนจากสังคมเป็นแรงผลักดันอย่างยิ่งตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

- Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38 : 300-314
- Chaisri, C. (1995). *Health problem solving of the elders by establishment of the elderly club in Wangyaplong, Wongsapoong Didtrict, Loei Province*. (Master of public health Independent study), Chiang Mai University, (In Thai)
- Chantakeeree, C. (2006). *Health promotion behaviors of the elderly participating in activities at Lumpeenee park, Bangkok Metropolis*. (Master of Nursing), Chulalongkorn University, Graduate school. Retrieved from <http://tdc.thailis.or.th/tdc/> (In Thai)
- Chittakot, Y., & Chimetprasert, N. (2003). The effect of community participation on changes in health behavior of the elderly. *Journal of Science and Geriatrics*, 4(4). (In Thai)
- Intharit, N. (2004). *Self health promoting behavior of the elderly of the aging club at Chaophya Abhaibhubejhr Hospital in Prachinburi province*. (Master of Science in Mental Health) Chulalongkorn University, Graduate school. Retrieved from <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/2496/3/Niramon.pdf> (In Thai)
- Khiewkam, S. (2000). *Social support affecting quality of life in elderly club at Wang Sai Phun District, Phichit Province*. (Master of public health Independent study), Chiang Mai University, (In Thai)

- Ministry of Social Development and Human Security. (2010). *National Elderly Plan*. Thephen Phen Wanis (In Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pitanthananukul, P. (2018). Health status of old persons living in Yaplong,District, Srisaket Province. *Nursing Journal*, 45 No.1 January-March 2018. (In Thai)
- Putpim, S. (2006). *Self-concept of elderly at Wat Pasanudom elderly club, Ubon Ratchathani Province*. (Master of Mental Health and Psychiatric Nursing Independent Study), Chiang Mai university, Graduate school. Retrieved from http://library.cmu.ac.th/digital_collection/etheses/ (In Thai)
- Rattana, V. (2009). *Health care behavior And social support And the quality of life for the elderly, the elderly club, Suratthani Hospital*. (Master of Education Program in Development Psychology), Srinakharinwirot University, graduate school. Retrieved from http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Dev_Psy/Wilawan_R.pdf (In Thai)
- Singkeaw, P. (2015). Health behavior, Social support, Health care service request of the elderly. *Naresuan University Journal: Science and Technology (NUJST)*, Vol 23 No 3 (2558): September-December 2015. Retrieved from <http://www.journal.nu.ac.th/NUJST/article/view/1144>. (In Thai)
- Soontornvipart, T. (2006). *Health adaptation of elderly club members in the Chiang Mai Municipality*. (Master of Education (Health Promotion)), Chiang Mai University, Graduate school. Retrieved from http://library.cmu.ac.th/digital_collection/etheses/ (In Thai)
- Suakin, K. (2011). *4 dimensions to the quality of life for the elderly in the community*. Retrieved from <https://mylibrary4u2.files.wordpress.com/2017/07/000910.pdf> (In Thai)
- Thai Elderly Research and Development Institute Foundation. (2016). *The situation of Thai elderly in 2016*. Retrieved from <http://thaitgri.org/?p=38427> (In Thai)
- Thirawutiwong, N., & Rungruengwong, S. M. (2016). Factors influencing the health behavior of the elderly living in the community. *The Public Health Journal of Burapha University*, 11 (1 January-June 2016), 65-74. Retrieved from [file:///C:/Users/FON/Downloads/59822-Article%20Text-139777-1-10-20160627%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/FON/Downloads/59822-Article%20Text-139777-1-10-20160627%20(1).pdf). (In Thai)

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย Effects of a Self-Management Program on Health Behaviors of Employees at the Electricity Generating Authority of Thailand

จิราภา	ศรินกุล *	Jirapa	Srinukool *
ศิวพร	อึ้งวัฒนา **	Sivaporn	Aungwattana **
วราภรณ์	บุญเชียง ***	Waraporn	Boonchiang ***

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร การจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ลดความเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลัง และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยที่มีความเสี่ยงระดับความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./เมตร² จำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย และกลุ่มควบคุม 23 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเกี่ยวกับการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง ภายใต้กรอบแนวคิดของ Creer (2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ ตั้งเป้าหมาย รวบรวมข้อมูล ประมวลข้อมูล การตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และสะท้อนการปฏิบัติ 2) คู่มือสมุดบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ และเครื่องมือที่ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกข้อมูลความดันโลหิตประเมินค่าดัชนีมวลกาย 3) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนหลังและการทดสอบค่าทีระหว่างกลุ่มเทียบคะแนนหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

* พยาบาลวิชาชีพ แผนกสุขภาพอนามัย การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

* Registered Nurse, Electricity Generating Authority of Thailand

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 20 ตุลาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 29 มกราคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 8 พฤษภาคม 2561

2. หลังได้รับโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมจัดการตนเองมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้พนักงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงได้ และสามารถ นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับการลดภาวะเสี่ยงในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง พนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตสูง

Abstract

Hypertension is a non-communicable chronic disease that causes premature death. Self-management for changing health behavior reduces the risk of hypertension. This quasi-experimental study aimed to compare the health behavior scores of employees in the pre-and post-programmed care groups, and to compare the health behavior scores between the group receiving the program and the group receiving regular care. The samples were 46 employees of Electricity Generating Authority of Thailand who are at risk for high blood pressure. Their Body Mass Index is equal to 23 kg/square meter. The experimental group included 23 employees, and the control group also included 23 employees. Research instruments used were 1) a self-management program to modify behavior created based on a literature review of hypertension management under the concept of Creer (2000) consisting of six procedures: goal setting, data collection, data processing, decision making, action, and action feedback, 2) a handbook of practice to reduce the risk of hypertension. The total duration was eight weeks, and the instruments used for data collection were 1) general information questionnaire, 2) blood pressure data record and BMI evaluation, and 3) health behavior questionnaire reviewed by three experts. The mean score of health behavior was 0.95 and the reliability of health behavior was 0.83. Descriptive statistics and paired t-test were used in control and experimental groups compared between pre and post tests and t-test after the experiment.

The results revealed that:

1. After participating in the program, the health behavior scores of the employees in the group receiving the program were significantly higher than before ($p < .001$).

2. After receiving the program, the health behavior scores of the employees in the group receiving the program were significantly higher than the control group ($p < .001$).

It can be concluded that the effect of self-management program is important to help employees to have better health behaviors, reduce the risk of hypertension, and the program can also be used to reduce the risk of other chronic diseases.

Keywords: Self-Management, Employees at the Electricity Generating Authority of Thailand, Health Behaviors, Hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มักไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรค ส่งผลให้ไม่ได้รับการรักษา อีกทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง (Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, 2016) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัจจุบันประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และจากโรคความดันโลหิต 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 45 จากจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (WHO, 2020) จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขของไทย พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูงถึง 11 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 40-60 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา และพบเพียง 1 ใน 4 ของผู้ที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Bureau of Non Communicable Diseases, 2016) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สถิติการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ปี 2553-2555 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 4.5 4.8 และ 4.9 ตามลำดับในจังหวัดขอนแก่น พบว่า สถิติการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ปี 2553-2555 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.8 5.1 และ 5.3 ตามลำดับ (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2015)

บุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เป็นปกติได้ จำเป็นต้องใช้คำรักษาพยาบาลที่สูงและใช้เวลานานในการรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของโรคที่กระทบกับสุขภาพอย่างมาก แม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูล และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมากขึ้น แต่การปฏิบัติยังมีข้อจำกัดอยู่ ดังนั้นเห็นได้ว่าการแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลจัดการสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2020) กล่าวว่า แนวทางการ

ปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ การให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองได้อย่างเต็มความสามารถสูงสุด และในปัจจุบันมีการนำทฤษฎีจัดการตนเอง (self-management) มาปรับใช้ในการดูแลรักษา และป้องกันโรคในผู้ป่วยเรื้อรัง และยังพบว่าประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้

การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) เป็นองค์กรรัฐวิสาหกิจขนาดใหญ่ที่มีนโยบายสนับสนุนให้พนักงานมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติงานเพื่อสามารถที่จะปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดวิธีการทำงานของผู้ปฏิบัติงานมีกิจกรรมทางกายน้อยและการรับประทานอาหารที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะเท่าที่ควร อีกทั้งยังเผชิญกับความเครียดในการทำงานที่หลากหลายกันไปตามลักษณะงานจากรายงานผลตรวจสุขภาพประจำปีย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2557-2559) พบว่ามีจำนวนพนักงานที่ตรวจพบระดับความดันโลหิตสูงเข้าเกณฑ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.270.1 และ 75.4 ตามลำดับและรายงานการมารับบริการที่สถานพยาบาลประจำเชื่อนอบลรัตน์ พบว่ามีผู้ป่วยมารับรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น เป็น ร้อยละ 63.34 และ 68.96 เทียบกับโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงตามลำดับ (Bangpakoknine International Hospital, 2016) กฟผ. มีการตรวจประเมินภาวะสุขภาพประจำปีของพนักงานลักษณะงานพิเศษโดยมีเกณฑ์ผ่านการประเมินที่สำคัญหลายประการ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ไม่เกิน 180 mg% ที่ควบคุมได้ และระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอทเป็นต้น และส่วนมากการประเมินที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือภาวะที่ร่างกายมีความดันโลหิตสูงเกินกว่าค่ากำหนด

จากข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจโปรแกรมการจัดการตนเองของพนักงานการไฟฟ้า โดยมีเป้าหมายเพื่อให้พนักงานมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายหลักหนี

จากความเครียด ตลอดจนสามารถปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมเข้ากับบริบทของแต่ละบุคคล เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้กลับสู่ภาวะปกติ ลดความเสี่ยงได้ก่อนการเกิดโรคและก่อนที่ส่งผลกระทบกับการทำงานและการดำเนินชีวิตต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย กลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการควบคุมภาวะเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงของพนักงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานงานวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมของพนักงานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การจัดการตนเองในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการป้องกันโรคทฤษฎีการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer (2000) เป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ ตั้งเป้าหมาย รวบรวมข้อมูล ประมวลข้อมูล การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ และสะท้อนการปฏิบัติ จาก 6 ขั้นตอน มา

เป็นโปรแกรม 5 กระบวนการ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ให้ห่างไกลจากภาวะเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง และผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยยังสามารถนำไปต่อยอดเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในด้านที่ควรได้รับการสนับสนุนเพื่อการแก้ไขปัญหาได้ตรงเป้า ตลอดจนการเฝ้าระวังติดตามอาการ ภาวะเสี่ยงก่อนการเกิดโรคอย่างสม่ำเสมอต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two groups pre and posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยที่มีความเสี่ยงมีระดับความดันโลหิตสูง คือ มีระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, [SBP]) สูงกว่าหรือเท่ากับ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, [DBP]) สูงกว่าหรือเท่ากับ 80-89 มิลลิเมตรปรอทและมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./เมตร² (BMI $\geq$ 23 kg/m²) และไม่ได้รับการรักษาด้วยยา

ผู้วิจัยกำหนดการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .90 โดยหาขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากงานวิจัย ที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุ คำนวณได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 2.81 ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.6 (medium effects) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 19 คน และได้ป้องกัน

การสุ่มหาย ร้อยละ 20 (Burns & Groove, 2009) โดยใช้สูตร $n = N/(1-R)$ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คนมีการ matching กันของ กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ อายุ และเพศ เป็นเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่างแยกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 23 คน ทำการศึกษาที่เขื่อนอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มควบคุม จำนวน 23 คน ทำการศึกษาที่เขื่อนรัชชประภา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ประจำการเขื่อนอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น อายุระหว่าง 19-59 ปี ตรวจพบความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ภาวะเสี่ยง และไม่ได้รับการรักษาด้วยยา

2. ระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) สูงกว่าหรือเท่ากับ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) สูงกว่าหรือเท่ากับ 80-89 มิลลิเมตรปรอท

3. มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./เมตร 2

4. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทั้ง 5 ขั้นตอนได้

2. ระหว่างทำการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอาการหรืออาการแสดงของความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว เป็นต้น แล้วตรวจพบว่าระดับความดันโลหิตสูงเกินกว่า 139/89 มิลลิเมตรปรอท และแพทย์มีความเห็นว่าต้องให้ยาเพื่อรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น

- 1.2 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตัว

เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด จำนวน 20 ข้อเป็นคำถามปลายปิดโดยเป็นข้อคำถามมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนนจาก 3-1 คะแนนในคำถามเชิงบวก และ 1-3 คะแนนในคำถามเชิงลบ

- 1.3 แบบบันทึกข้อมูลวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และประเมินค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ประกอบด้วย

- 2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเกี่ยวกับการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management)

- 2.2 คู่มือและสมุดบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ โรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความเหมาะสมและชัดเจนของเนื้อหาตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาและนำแบบสอบถามไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มีค่า

เท่ากับ 0.95

2. ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้แบบสอบถามในกลุ่มที่ใกล้เคียงตัวอย่าง โดยเป็นพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยที่มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ท่าน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการดำเนินการศึกษาด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

กิจกรรมของกลุ่มควบคุม

ขั้นที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

- วัดความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย ประเมินพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 1

- แจกแผ่นพับความรู้ และรับคำแนะนำทั่วไป นัดหมายเพื่อประเมินความดันโลหิตซ้ำ

ขั้นที่ 2 สัปดาห์ที่ 8

- วัดความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย ประเมินพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 2

- มอบคู่มือและสมุดบันทึก และมอบเครื่องจับเวลาเพื่อใช้ออกกำลังกาย

กิจกรรมของกลุ่มทดลอง

ขั้นที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 45-60 นาที)

- กิจกรรม “รู้จักฉันเถอะ ฉันอยากรู้จักเธอ” แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์

- วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ประเมินดัชนีมวลกายและประเมินพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 1

- ให้แบบบันทึกการสังเกตตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมในหนึ่งสัปดาห์ เพื่อนำมาครั้งต่อไป

ขั้นที่ 2 สัปดาห์ 2 (ใช้เวลา 60-75 นาที) ตั้งเป้าหมาย (goal selection) ตัดสินใจ (decision making)

- กิจกรรม “เมื่อใจสู้ ร่วมมือแข่งขัน ป้องกันความดันโลหิตสูง”

- วิเคราะห์ประมวผลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว และเวิร์คช็อปการอ่านฉลาก

- ร่วมกันตั้งเป้าหมายเปรียบเทียบข้อมูลสำรวจตนเองกับชุดความรู้ตัดสินใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมใหม่ สร้างข้อตกลงในการออกกำลังกาย แนะนำการใช้สมุดบันทึกและคู่มือ

- กำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป การใช้โทรศัพท์เป็นสื่อกลางในสัปดาห์ที่ 235 และ 7

ขั้นที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 (ขั้นตอนของการสะท้อนตนเอง (self-reaction)) (ใช้เวลา 45 นาที)

- กิจกรรม “สูดต่อไป ...ไหวไหมคนดี”

- เปรียบเทียบการปรับพฤติกรรมกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ค้นหาปัญหาและอุปสรรค

- ให้คำปรึกษาเพิ่มเติม ทบทวนในเรื่องความรู้ให้ผู้ร่วมวิจัยกำหนดเป้าหมาย หรือแก้ไข หรือสร้างข้อตกลงเพิ่มเติม ให้กำลังใจ สนับสนุนการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นที่ 4 สัปดาห์ 6 ขั้นตอนของการกระตุ้นเตือนการสนับสนุนทางอารมณ์ (ใช้เวลา 45 นาที)

- สะท้อนปัญหา อุปสรรคที่ และแลกเปลี่ยนแนวคิดการแก้ไขปัญหารายละ 10-15 นาที

ขั้นที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 ขั้นตอนประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (ใช้เวลา 60-75 นาที)

- กิจกรรม “ยินดีวันแห่งความสำเร็จ ...พวกเราชาวเขื่อน”

- ผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดความรู้สึก ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนการเข้าร่วมงานวิจัย

- วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก และประเมินค่า BMI และประเมินพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 2

- ประมวลผลกิจกรรม สรุปผล มอบรางวัลให้กับผู้ที่บันทึกคู่มือได้อย่างยอดเยี่ยม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนของข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบวัดพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของ

ประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน Pair-test (dependent t-test) ทดสอบภายในแต่ละกลุ่ม จากนั้นใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ทดสอบคะแนนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 46 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย โดยทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายร้อยละ 78.3 เพศหญิงร้อยละ 21.7 มีอายุระหว่าง 22-59 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 49.17 ปี (S.D.=9.47) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 47.35 ปี (S.D.=12.18) กลุ่มควบคุมร้อยละ 65.2 กลุ่มทดลองร้อยละ 82.6 มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ ปวส.และปริญญาตรี กลุ่มควบคุมร้อยละ 43.5 และ 43.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 34.7 และ 43.5 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องข้อมูลจำแนกตาม สายงาน อายุงาน รายได้ และภาระหนี้โดยส่วนใหญ่ทำงานประเภทสายปฏิบัติการ สนับสนุน และบริหาร ตามลำดับ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 47.8 34.8 และ 17.4 และ ร้อยละ 43.5 39.1 และ 17.4 ทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปี รายได้เฉลี่ยทั้งสองกลุ่มส่วนมาก มีรายได้มากกว่า 40,000 บาท กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.5 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 69.6 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีหนี้สินโดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 91.3 และกลุ่มทดลองร้อยละ 73.9 แต่พบว่าในส่วนของลักษณะการทำงานนั้นมีความแตกต่างกันแต่ไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 69.6 ลักษณะการทำงานจะเป็นการเคลื่อนไหวบ้าง แต่กลุ่มทดลองลักษณะการทำงานจะเคลื่อนไหวตลอดเวลา ร้อยละ 56.5

พฤติกรรมสุขภาพในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.5 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.9 ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมดื่มสุรา กลุ่มควบคุมร้อยละ 52.2 และกลุ่มทดลอง ร้อย

ละ 60.9 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเสริม บางครั้งด้านการออกกำลังกาย พบว่าทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ จะออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง เฉลี่ยที่กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.5 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.9 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่บางครั้งมีเรื่องให้วิตกกังวลโดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 65.2 และกลุ่มทดลองร้อยละ 73.9 และส่วนใหญ่ร้อยละ 78.3 และ 65.2 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องความดันโลหิตสูงมาก่อน กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.5 สูบบุหรี่ ขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 73.9 ไม่สูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษา

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Sminov one simple test พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (normal distribution) จากนั้นใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน paired t-test ทดสอบภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากนั้นใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ทดสอบระหว่างกลุ่ม แสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มควบคุม	2.13	0.35	1.26	0.45	0.005 **	0.005 **
กลุ่มทดลอง						

** p<.001

ตารางที่ 1 แสดงว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการศึกษา ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Sminov one simple test พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (normal distribution) จากนั้นใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ทดสอบระหว่างกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มควบคุม	39.65	7.023	5.38	.000**
กลุ่มทดลอง	48.48	3.553		

** p<.001

ตารางที่ 2 แสดงว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p<.001)

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยจำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 23 ราย และกลุ่มที่ได้รับการ

ดูแลปกติ 23 ราย อภิปรายผลตามสมมติฐานงานวิจัยดังนี้

1. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานหลังที่เข้าโปรแกรม พบว่ามีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 48.48 (S.D.= 3.553) จาก 40.30 (S.D.= 6.931) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .001 สนับสนุน

สมมติฐานข้อ 1 ที่ระบุว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมของพนักงานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานหลังที่เข้าโปรแกรม ระหว่างสองกลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .001 สนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 ที่ระบุว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมของพนักงานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ทั้งนี้สามารถอธิบายผลการศึกษาได้ว่า กิจกรรมที่จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้มีบทบาทสำคัญในการกลับไปทบทวนสังเกตตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำใน 1 สัปดาห์ต่อจากนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติจริง เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับชุดความรู้ที่ควรปฏิบัติ ทำให้เห็นข้อเปรียบเทียบชัดเจน และเป็นเชิงประจักษ์มากกว่าการได้ชุดความรู้เพียงอย่างเดียวผลจากการทบทวนพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยง และพฤติกรรมที่ตนทบทวนมาเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าจากการสำรวจสภาพการณ์กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงพบว่าส่วนใหญ่จะทราบโรคและปัจจัยเสี่ยง แต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยง และมีปัจจัยเสี่ยงกับการเป็นโรค อีกทั้งบริบทชุมชนส่งเสริมต่อพฤติกรรมเสี่ยงอีกด้วย (Sangdet & Limtrakul, 2012)

ในการตั้งเป้าหมาย (goal selection) การตัดสินใจ (decision making) เริ่มต้นจากการทบทวนกิจกรรม

ที่เข้าร่วมกันในสัปดาห์ที่ผ่านมาและให้ชุดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Curtin, Bultman Sitter, Schatell, & Chewning (2004) ที่พบว่า การให้ชุดความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้ชุดความรู้ ผู้วิจัยได้นำเอาการทบทวนสังเกตตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำในสัปดาห์ ที่ผ่านมา นำมาเปรียบเทียบกับชุดความรู้ เกิดการประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) เพื่อนำไปสู่การตั้งเป้าหมาย (goal selection) และตัดสินใจ (decision making) ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองแล้วพบว่า พฤติกรรมนั้นส่งเสริมให้ตนเองอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจริง ขั้นตอนต่อไปคือการตั้งเป้าหมาย (goal selection) โดย เป็นการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ หรือภาวะสุขภาพที่คาดหวังเพื่อให้ห่างไกลจากความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Wongphutkham, 2008) อีกทั้งยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ โดยจากการเข้าร่วมโปรแกรมนี้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งเป้าหมาย อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีส่วนในการจัดการกับตนเอง (Creer, 2000) สอดคล้องกับ Fagard (1993) (as cited Rakphanich, 2005) อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phongtiwaphan (2015) ศึกษาเรื่องกระบวนการจัดการตนเองที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน พบว่าผลของกิจกรรมขึ้นกำหนดเป้าหมาย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความชัดเจนของพฤติกรรมสุขภาพ และยังมีบันทึกเอาไว้เปรียบเทียบ ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง

หลังจากนั้นได้สะท้อนตนเอง (self-reaction) ประเมินผลตนเองเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่ อุปสรรค ข้อสงสัย ต้องการการ

ช่วยเหลือแนะนำเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้ทักษะของการจัดการตนเองเกิดขึ้นได้ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การประเมินตนเองจากการปฏิบัติและบันทึกในคู่มือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้การปฏิบัติพฤติกรรม มองเห็นข้อจำกัดของตนเอง และการประเมินตนเองยังสนับสนุนให้ทักษะของการจัดการตนเองคงอยู่ (Jomphong, 2003)

การจัดกิจกรรมดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในองค์กร เป็นผู้เล็งเห็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น การดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์นั้นยังได้เปลี่ยนจากบทบาทที่มีอำนาจเหนือผู้ป่วยเป็นการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย เข้ามามีบทบาทเป็นตัวช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในการจัดการตนเองสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bodenheimer, Wagner, & Grumbach (2002) ที่พบว่า การจัดการตนเองก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ป่วย โดยความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนดูแลสุขภาพตนเอง และมีส่วนร่วมในการคิดแก้ไขปัญหาและกล้าเผชิญกับความเจ็บป่วย และงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Brown, Bartholomew, & Naik (2007) ที่ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คนถึงกระบวนการตั้งเป้าหมายในการจัดการความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง พบว่าผู้วิจัยยังถึงความจำเป็นที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีส่วนร่วม ให้เวลาและการสนับสนุนเพื่อให้เป้าหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดประสิทธิผล

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง แต่หลังได้เข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับชุดความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทที่จะช่วยลดความเสี่ยงของแต่ละคน และเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถปรับพฤติกรรมได้ก่อนการเกิดโรค ก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยยา และเกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่จะตามมา เช่น หลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น ซึ่ง

เห็นได้ว่าการดำเนินกิจกรรมที่กล่าวข้างต้นส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่เมื่อตรวจพบว่ามีภาวะเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง จากเจ้าหน้าที่พยาบาลให้การดูแล ให้คำแนะนำทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง และไม่ได้ติดตามเพื่อเฝ้าระวังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากข้อมูลพฤติกรรมใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของพนักงาน เช่น สนับสนุนให้จัดสถานที่ให้อื้อต่อการออกกำลังกาย จัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น จัดโครงการรณรงค์เกี่ยวกับการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

2. หลังจากจัดโครงการเสร็จสิ้นควรมีการติดตามต่อเพื่อเป็นการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำบัญชีรายชื่อกลุ่มความเสี่ยงและติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ 1-2 เดือนครั้ง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับพนักงานพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะงานที่แตกต่างกัน มีความหลากหลาย

2. โปรแกรมควรให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจ เนื่องจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมให้ห่างไกลจากความเสี่ยงของโรค

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพควรเพิ่มระยะเวลาให้ยาวขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติเกิดความต่อเนื่อง คงอยู่ของพฤติกรรมและปฏิบัติเป็นประจำ และสามารถวัดผลเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นเพิ่มเติมได้ เช่น ระดับความดันโลหิต เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Bangpakoknine International Hospital. (2016). *Check-up yearly report of employees at the electricity generating authority of Thailand 2014-2016*. Bangkok: Bangpakoknine International Hospital. (in Thai)
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *The Journal of the American Medical Association*, 288.
- Brown, V. A., Bartholomew, L. K. & Naik, A. D. (2007). Management of chronic hypertension in older men: An exploration of patient goal-setting. *Patient Education & Counseling*, 69(1-3), 93-9.
- Bureau of Non-Communicable Diseases. (2016). Guideline to hypertension care. Bangkok: War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King. (in Thai)
- Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2016). *Campaign issues for hypertension day 2016*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease>. (In Thai)
- Burns, N., & Groove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness: Handbook of self-regulation*. California: Academic.
- Curtin, R. B., Bultman Sitter, D. C., Schatell, D., & Chewning, B. A. (2004). Self-management, knowledge, and functioning and well-being of patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 31(4), 378-386.
- Jomphong, S. (2003). Effect of self-efficacy enhancement on health behaviors among hypertensive patients. *Journal of Nurse Science*, 29(4), 1-7. (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (2015). *Strategic plan for good health, Thai way of life 2011-2020*. Retrieved from http://ops.moph.go.th/public/index.php/policy_plan.
- Phongtiwaphan, C. (2015). *Self-management process on health behaviors of hypertensive patients at Umong Tambon Health Promotion Hospital, Lamphun Province*. Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)
- Rakphanich, P. (2005). *Exercise for Hypertension diseases. New horizons in management of hypertension*. Thai Hypertension Society Coordinate with Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (in Thai)
- Sangdet, S., & Limtrakul, P. (2012). Health promotion guidelines for pre-hypertensive at risk groups in a community. *Journal of Nursing and Health*, 44. (In Thai)
- Wongphutkham, S. (2008). *Effects of self-management on health behaviors and blood pressure among hypertensive patients*. Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)
- World Health Organization [WHO]. (2020). *World health statistic: Monitoring health for the SDGs 2017*. Retrieved from https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/



ผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยต่อการปฏิบัติการลดน้ำหนัก และน้ำหนักตัวในสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

Effects of the Buddhist-based Weight Loss Program on Weight Loss Practices and Bodyweight Among Overweight Novice Monks

ภรณยู	สุภาตา *	Paranyu Supata *
ศิวพร	อึ้งวัฒนา **	Sivaporn Aungwattana **
เดชา	ทำดี **	Decha Tamdee **

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยต่อการปฏิบัติการลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวในสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างเป็นสามเณรที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสารภีปริยัติธรรม ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และโรงเรียนทางดงสังฆราชวรอุบลรัตน์ ตำบลทางดง อำเภอทางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 46 รูป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 รูป และกลุ่มควบคุม 23 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยในสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คู่มือความรู้สำหรับสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับให้ความรู้ ฝึกสาธิตปฏิบัติ ตัวอย่างอาหาร และฉลากโภชนาการ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติการลดน้ำหนักของสามเณร เครื่องชั่งน้ำหนัก และแบบบันทึกน้ำหนักตัวของสามเณร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์ ฟิชเชอร์ เอ็กซ์แซคและสถิติทดสอบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า สามเณรกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัย มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการณ์อาหารและคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการณ์ปานะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการบริหารรูปขนธ์และผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักพบว่าไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัย มีการปฏิบัติดีขึ้นในการลดน้ำหนัก แต่อาจมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อน้ำหนักตัว จึงทำให้ไม่พบการลดลงของน้ำหนักตัว จึงควรนำปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อน้ำหนักตัวของสามเณรมาประกอบในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้สามเณรมีการบริหารรูปขนธ์ที่มีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและส่งผลต่อการลดน้ำหนักที่มีประสิทธิภาพในสามเณรต่อไป

คำสำคัญ: การลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัย การปฏิบัติการลดน้ำหนัก สามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiangrai College, aganeno@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 4 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 13 พฤษภาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 25 กันยายน 2562

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a Buddhist-based weight loss program on weight loss practices and bodyweight among overweight novice monks. The sample comprised overweight novice monks who studied in Sarapeepariyatsuksa School, Yang Noeng Subdistrict, Saraphi District, Chiang Mai Province, and Hangdongsung-kharachuphathum School, Hangdong Subdistrict, Hangdong District, Chiang Mai Province. Forty-six people selected according to the criteria were assigned into experimental groups and control groups, with twenty-three participants in each group. The instruments used in this study consisted of a Buddhist-based weight loss program in overweight novice monks, a handbook of knowledge for overweight novice monks, videos and a PowerPoint presentation providing knowledge and demonstrating actions to lose weight, food models and nutrition labels, a weight scale, a book for recording weight, and an action to lose weight for overweight novice monks questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, Fisher's exact test and the independent t-test.

The results of this study revealed that the mean score of action to food consumption and drinking of overweight novice monks after receiving the Buddhist-based weight loss program was statistically significantly higher than the control group ($p < .001$). The mean score of action to exercise and weight mean difference after receiving the Buddhist-based weight loss program was not significantly different between the experimental and control groups.

The finding of this study showed that the Buddhist-based weight loss program to support overweight novice monks can promote effective action to lose weight. In addition, novice monks should be included Influence factor exercise in a suitable way to promote effective and sustainable actions of exercise.

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาโรคเรื้อรังที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพระสงฆ์ในประเทศไทย โดยพบว่าพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นในทุกปี (Wangin, 2018) จากข้อมูลการเปรียบเทียบสุขภาพพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2557 กับ รายงานสุขภาพพชายไทย พ.ศ. 2555 พบว่าพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานสูงกว่าชายไทยทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 1.42 และร้อยละ 4.42 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า สถิติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังของพระสงฆ์ในโรงพยาบาลสงฆ์

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 ถึง 2555 พบว่ามีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 ในรอบ 5 ปี (Angkhavanavanich, 2016) จากการเพิ่มขึ้นของพระสงฆ์ที่เจ็บป่วย ส่งผลกระทบทั้งในด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงการดำรงวัตรปฏิบัติเพื่อแพร่พระพุทธศาสนา (Phachan, 2015) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีส่วนทำให้พระสงฆ์เจ็บป่วย ส่วนหนึ่งมาจากการมีภาวะน้ำหนักเกิน (Sarnrak, Sangwalee, & Khaengsri, 2017) ปัญหาดังกล่าวไม่ได้พบเฉพาะกลุ่มพระสงฆ์เท่านั้น สามเณรซึ่งมีวิถีปฏิบัติที่คล้ายคลึงกับพระสงฆ์ก็พบว่าประสบปัญหาภาวะน้ำหนักเกินเช่นเดียวกันกับพระสงฆ์ซึ่งจากสถานการณ์ของภาวะน้ำหนัก

เกินในสามเณร พบว่าจากการศึกษานำร่องภาวะโภชนาการของสามเณรใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทยพบว่าสามเณรทั้งหมดที่ศึกษามีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 35.8 และเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กชายไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกินจากการสำรวจภาวะโภชนาการ พ.ศ. 2557 พบว่าสามเณรมีร้อยละของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าเด็กชายไทย ร้อยละ 11.3 (Angkhavanavanich, 2016) สามเณรที่พบปัญหาส่วนใหญ่จะศึกษาในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ซึ่งจัดการเรียนการสอนในระดับมัธยมศึกษาสำหรับสามเณร โดยในภาคเหนือพบว่าสถานการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินในโรงเรียนพระปริยัติธรรมมีการเพิ่มขึ้นของภาวะน้ำหนักเกินในทุกปี จากข้อมูลภาวะสุขภาพของสามเณรในกลุ่มโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา 5 จังหวัด ภาคเหนือ ระหว่างปีพ.ศ.2554-2556 พบว่า มีสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.2 (Wipulakorn, Anukhra, Tanthud, & Thirawanwansiri, 2018) โดยในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีโรงเรียนพระปริยัติธรรมที่ประสบปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในหลายโรงเรียน เช่น โรงเรียนเซตุนศึกษาในพระสังฆราชูปถัมภ์ มีสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คิดเป็นร้อยละ 24.53 ของนักเรียนทั้งหมด เพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ในรอบ 4 ปี (Uttama, 2018) และโรงเรียนสารภีปริยัติธรรมศึกษา ปีพ.ศ. 2560-2561 พบว่ามีสามเณรอยู่ในเกณฑ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 36 ของสามเณรในโรงเรียนทั้งหมดและร้อยละของสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.7 (Yang Noeng Health Promoting Hospital, 2018) ซึ่งจากข้อมูลภาวะน้ำหนักเกินในโรงเรียนพระปริยัติธรรมที่กล่าวมาสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์บูรณาการ ปี พ.ศ. 2558-2560 ที่กำหนดให้ร้อยละของเด็กวัยเรียนในโรงเรียนมีภาวะน้ำหนักเกินไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของนักเรียนทั้งหมด (Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health, 2014)

ปัจจัยของภาวะน้ำหนักเกินในสามเณรสามารถพอที่จะสรุปปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินในสามเณรจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการ

ศึกษาภาวะน้ำหนักเกินของสามเณรได้ ดังนี้ 1) ด้านโภชนาการ สามเณรฉันอาหารที่มาจากการปรุงด้วยวิธีผัด ทอด แกงกะทิ ขนมที่มีแป้ง ที่มีส่วนประกอบของกะทิ และขนมถุงบ่อยครั้ง ฉันผักผลไม้ในปริมาณที่น้อย โดยอาหารส่วนใหญ่มาจากการถวายทั้งที่วัด โรงเรียน และ ซื้อด้วยตนเอง (Sukrueangkun, 2017; Angkhavanavanich, 2016; Kaewsingam, 2017; Uttama, 2018; Ruenai, 2007) 2) ด้านปานะ พบว่าสามเณรมักฉันปานะที่มีน้ำตาลและพลังงานที่สูง เช่น น้ำอัดลม ชาขวด น้ำผลไม้กล่อง เครื่องดื่มชูกำลัง นมเปรี้ยวและนมรสหวาน (Angkhavanavanich, 2016; Kaewsingam, 2017; Uttama, 2018; Ruenai, 2007) 3) ด้านการมีกิจกรรมทางกาย หรือการบริหารรูปซันซ์ พบว่าสามเณรมีการบริหารรูปซันซ์ที่น้อย ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่แฝงมาในรูปแบบกิจวัตรประจำวัน เช่น การบินฑบาต กวาด ถูลานวัด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เคลื่อนไหวน้อยและไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถบริหารรูปซันซ์ได้อย่างเต็มรูปแบบอย่างบุคคลทั่วไปเนื่องจากต้องอยู่ในพระธรรมวินัยและความสำรวม มีการส่งเสริมการบริหารรูปซันซ์ที่น้อยทั้งที่วัดและโรงเรียน และพบว่าในการศึกษาพฤติกรรมในการบริหารรูปซันซ์อยู่ในระดับที่ไม่สูง (Angkhavanavanich, 2016; Kaewsingam, 2017; Uttama, 2018; Wongsuebchat, 2011; Yang Noeng Health Promoting Hospital, 2018)

จากการประกาศธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ภายใต้มติมหาเถรสมาคมโดยความร่วมมือจากองค์กรทั้งทางด้านสุขภาพและพระพุทธศาสนาเพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศ โดยมีหนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ คือ พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย (National Health Commission, 2017) และจากยุทธศาสตร์การดำเนินงานโรงเรียนสุขภาวะในโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมตามพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่มีนโยบายในการดำเนินการ

ส่งเสริมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรมให้เกิดขึ้นในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมการลดน้ำหนักในสามเณรก็เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ และการป้องกันโรคตามยุทธศาสตร์โรงเรียนสุขภาพและพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี แต่จากข้อจำกัดและความเหมาะสมของการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในสามเณร ต้องอาศัยรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติในการลดน้ำหนักที่แตกต่างจากเด็กทั่วไป

แนวทางการปฏิบัติสำหรับสามเณรในการแก้ไขปัญหาน้ำหนักเกิน พบว่าที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาโดยตรงที่เกี่ยวข้องในแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาน้ำหนักเกินของสามเณรโดยในสมัยพุทธกาลพระพุทธเจ้าได้บัญญัติแนวทางการปฏิบัติหลักธรรมคำสอน ที่เรียกว่า พระธรรมวินัย บันทึกไว้ในพระไตรปิฎก ทั้งในเรื่องทั่วไปและข้อปฏิบัติต่าง ๆ ไม่เว้นแม้แต่การดูแลสุขภาพรูปแบบของสมณเพศเอง ก็ยังบัญญัติหรือกล่าวถึงพระธรรมวินัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติในการลดน้ำหนักทั้งในเรื่องของ โภชนาการ และการบริหารรูปพรรณ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีพระธรรมวินัยที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติลดน้ำหนัก ดังนี้ ด้านโภชนาได้กำหนดหลักปฏิบัติในการฉันอาหารในพระธรรมวินัยที่สำคัญไว้ได้แก่ การพิจารณาฉันอาหารอย่างมีสติด้วย หลักโภชนะ มัตตัญญตา และศีลข้อที่ 6 วิกาลโภชนา เวรมณี สิกขาปทัง สมาธิยามิ หมายถึง การเว้นจากการบริโภคอาหารในยามวิกาล คือหลังเที่ยงวันจนถึงวันรุ่งขึ้น (Phasukrit, 2011) ในด้านการบริหารรูปพรรณ หมายถึง บริหารร่างกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง โดยต้องอยู่ในความสำรวมระวัง (Department of Health, Ministry of Public Health, 2013) ตามพระธรรมวินัย ได้แก่ การเดินและการเคลื่อนไหวในกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ เช่น การเดินบิณฑบาตเป็นประจำในทุกเช้า การเดินจงกรม การเดินจาริกเพื่อแผ่ธรรม และการดูแลสุขภาพจิต เช่น กวาดวิหารลานเจดีย์

ทำความสะอาดบริเวณต่างในวัด ซึ่งจากหลักพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพบว่าเป็นหลักปฏิบัติที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในการลดน้ำหนักจึงควรมีการศึกษาการลดน้ำหนักในสามเณรโดยการใช้พระธรรมวินัยเข้าไปประยุกต์ในการวิจัย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการวิจัยที่ใกล้เคียงในการลดน้ำหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาริโรค และการออกกำลังกายของสามเณร ได้แก่โปรแกรมในการลดน้ำหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการมาริโรค และการออกกำลังกายในวัยรุ่นที่มีการดำเนินกิจกรรมวิจัย ด้วยการให้ความรู้ในเรื่องภาวะน้ำหนักเกินและการลดน้ำหนัก โภชนาการ การออกกำลังกาย การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการเลือกบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย บันทึกและติดตามการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 4-12 สัปดาห์ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมมาริโรค การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย ดีกว่าก่อนการทดลอง (Boonnak et al., 2012; Chumkhiew, 2019; Dihomsin, 2011; Tantiekkarat, 2015) ซึ่งที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีโปรแกรมที่มีการใช้หลักพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาลดน้ำหนักดังนั้นหากสามเณรได้รับโปรแกรมในรูปแบบที่มาจากทบทวนวรรณกรรมอันประกอบด้วยการประยุกต์ใช้หลักพระธรรมวินัยที่มีอยู่ในพระพุทธศาสนา ในการดำเนินจัดกิจกรรมอันประกอบด้วย การให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติ และการติดตามการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติในการลดน้ำหนักของสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วยการปฏิบัติลดน้ำหนัก ฉันปานะ และการบริหารรูปพรรณ ที่เหมาะสมกับรูปแบบการใช้ชีวิตในแบบสมณเพศ ไม่ขัดต่อหลักพระธรรมวินัยและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในสามเณรที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการลดน้ำหนักและน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายใต้

หลังการได้รับโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัย

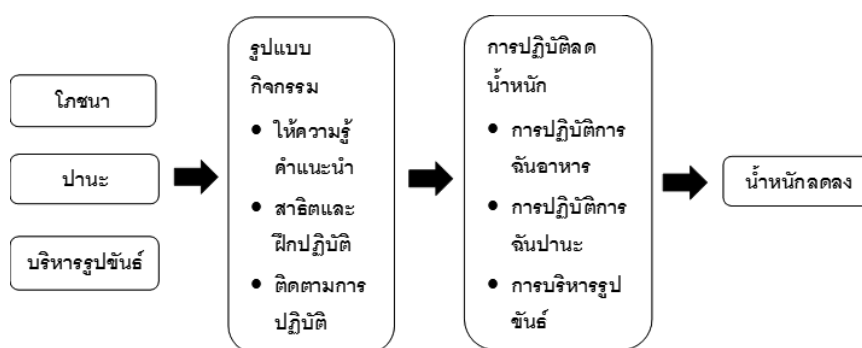
สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติกรลดน้ำหนักของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในแนวทาง

การแก้ไขปัญหาโภชนาการในพระสงฆ์ซึ่งประกอบด้วยแนวทางใน 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านโภชนา ปานะ และการบริหารรูปขันธ์ เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมโดยใช้รูปแบบกิจกรรมที่มาจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดน้ำหนักในวัยรุ่น ได้แก่ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ ปานะ และการบริหารรูปขันธ์ การสาธิตและปฏิบัติตามสื่อที่ส่งเสริมการลดน้ำหนักที่ประยุกต์มาจากหลักพระธรรมวินัย และการติดตามการปฏิบัติที่จะส่งเสริมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใน 3 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติกรฉันอาหาร การปฏิบัติกรฉันปานะ และการบริหารรูปขันธ์ ซึ่งหากได้รับความรู้ และปฏิบัติตามโปรแกรมแล้วก็จะส่งเสริมให้เกิดการลดน้ำหนักได้ ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีการทดสอบหลังการทดลอง (two group posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยต่อการปฏิบัติกรลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวในสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2562

ประชากร ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ สามเณรที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนปริยัติธรรมในจังหวัดเชียงใหม่

ตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ที่ได้รับการประเมินอยู่ในเกณฑ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ คือ สามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสารภีปริยัติธรรม และโรงเรียนโรงเรียนทางดงสังฆราชอุบลรัตน์ ตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2562 โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก การศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคอ้วนต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรทำกิจกรรมทาง

กายของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Tantiekkarat, 2015) คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 2.26 อำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .80 นำค่าที่ได้เปิดตาราง power analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ สำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามการปฏิบัติกรลดน้ำหนักของสามเณร ประกอบไปด้วยข้อมูล 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สำหรับสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับชั้นการศึกษา ระยะเวลาที่บวช วัดที่จำพรรษา โรคประจำตัว การปฏิบัติกรลดน้ำหนัก ความพยายามในการลดน้ำหนัก วิธีที่เคยใช้ในการลดน้ำหนัก แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและเปิด จำนวน 9 ข้อ ที่ถูกสร้างขึ้นเองโดยผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติกรลดหนักของสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นการประเมินการปฏิบัติติดตามพระธรรมวินัยในการลดน้ำหนัก โดยมีองค์ประกอบของการปฏิบัติใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกรฉันอาหาร จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ด้านการปฏิบัติกรฉันปานะ 15 ข้อ ด้านการบริหารรูปขันธ์ 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating Scale) ให้เลือกตอบ 3 ข้อ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

1.2 เครื่องชั่งน้ำหนัก แบบ ดิจิตอล แสดงผลตัวเลข ยี่ห้อ Tanita รุ่น HD 380 ชั่งน้ำหนักได้สูงสุด 150 กิโลกรัม ความแม่นยำ +/- 0.1 กรัม

1.3 แบบบันทึกน้ำหนักตัวของสามเณร ในหน่วยน้ำหนัก กิโลกรัมโดยจะมีการชั่งและบันทึกน้ำหนักในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 8

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยในสามเณรที่มี

ภาวะน้ำหนักเกิน คู่มือความรู้สำหรับสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับให้ความรู้ ผักสาธิตปฏิบัติ ตัวอย่างอาหาร และฉลากโภชนาการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัยในสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คู่มือสำหรับสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สื่อประกอบการสอน และแบบสอบถามการปฏิบัติกรลดน้ำหนักของสามเณร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาร เอกสารและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามการปฏิบัติกรลดน้ำหนักของสามเณรเท่ากับ 0.94

2. ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติกรลดน้ำหนักของสามเณร ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้กับสามเณรที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

ผู้วิจัยนำเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล แสดงผลตัวเลข ยี่ห้อ Tanita รุ่น HD 380 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีดังนี้ ก่อนใช้งานทุกครั้งจะต้องตรวจสอบเครื่องชั่งให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้โดยใช้วิธีเปรียบเทียบกับเครื่องชั่งน้ำหนักแบบสปริง จำนวน 2 เครื่อง จำนวน 3 ครั้ง หากพบว่าค่าข้อมูลที่ได้มีค่าเท่ากันทั้ง 3 เครื่อง จะถือว่าค่าที่วัดได้มีความน่าเชื่อถือ

การดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองในกิจกรรมตามโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัย และติดตามประเมินผลรวมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ดำเนินกิจกรรม 3 วัน ห่างกัน 1 วัน)

วันที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในหัวข้อ โภชนา ซึ่ง

ประกอบด้วย กิจกรรมให้ความรู้พระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการฉันอาหารด้วยหลัก โภชนะ มัตตัญญูตา และ วิกาลโภชนา การประยุกต์พระธรรมวินัยไปสู่การปฏิบัติ ด้วยธงโภชนาการในการฉันอาหาร กิจกรรมสาธิตฝึกปฏิบัติ ในการเลือกจัดอาหารรับประทานอาหารในแต่ละมื้อให้เพียงพอและพอดี โดยใช้ธงโภชนาการและการจัดอาหารแบบ 2-1-โดย ติดตามการปฏิบัติโดยใช้รายการตรวจสอบการปฏิบัติที่ส่งเสริมการลดน้ำหนักให้มีประสิทธิภาพในสมุดคู่มือ มีทั้งหมด 6 ข้อ แนะนำให้มีการปฏิบัติตามในทุกวัน

วันที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในหัวข้อ ปานะ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมสอนให้ความรู้ในเรื่องของปานะ ถึงความหมายตามพระธรรมวินัยของปานะ ชนิดของปานะในปัจจุบัน ปานะที่ควรฉันสำหรับสามเณร หลักในการปฏิบัติการฉันปานะ กิจกรรมสาธิตและฝึกปฏิบัติ ในการเลือกปานะที่ดีต่อสุขภาพ โดยการฝึกการอ่านฉลากโภชนาการ และหลักในการเลือกฉันปานะที่ดีต่อสุขภาพกับสามเณร โดยติดตามการปฏิบัติโดยใช้รายการตรวจสอบการปฏิบัติที่ส่งเสริมการลดน้ำหนักให้มีประสิทธิภาพในสมุดคู่มือ มีทั้งหมด 3 ข้อ แนะนำให้มีการปฏิบัติตามในทุกวัน

วันที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในหัวข้อ บริหารรูปขันธ์ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมสอนให้ความรู้ในหัวข้อการบริหารรูปขันธ์ โดยมีเนื้อหาถึงความหมายการบริหารรูปขันธ์ รูปแบบการบริหารรูปขันธ์ในสมัยพุทธกาล และ รูปแบบการบริหารรูปขันธ์ในปัจจุบัน หลักในการปฏิบัติการบริหารรูปขันธ์ และ ประโยชน์ของการบริหารรูปขันธ์ กิจกรรมสาธิตและฝึกปฏิบัติ ในการบริหารรูปขันธ์ที่ไม่ขัดกับหลักพระธรรมวินัยโดยการปฏิบัติตามวิถีโอ กิจกรรมกายบริหารที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ความยาว 6 นาทีระหว่างเนื้อหาของวิดีโอให้สามเณรปฏิบัติตามวิถีทัศน์ซึ่งเป็นการบริหารรูปขันธ์ที่ช่วยในการพัฒนาและเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ความยาวประมาณ 2 นาที และ ติดตามการปฏิบัติโดยใช้

รายการตรวจสอบการปฏิบัติที่ส่งเสริมการลดน้ำหนักให้มีประสิทธิภาพในสมุดคู่มือ มีทั้งหมด 1 ข้อ โดยให้สามเณรมีอิสระในการเลือกกิจกรรม เช่น บินทบาต เเดินจงกรม เเดินรอบวัด กวาดลาน แต่ต้องสะสมเวลาปฏิบัติอย่างน้อย 40 นาทีต่อวัน

สัปดาห์ที่ 2-3 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามที่ได้รับ การสอนในสัปดาห์ที่ 1 และปฏิบัติตามแบบบันทึกการปฏิบัติในคู่มือ สำหรับสามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

สัปดาห์ที่ 4-6 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ระยะเวลากิจกรรมครั้งละ 1 ชั่วโมง ดำเนิน ติดตามการปฏิบัติในการลดน้ำหนักโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในการติดตามความต่อเนื่องของการปฏิบัติ และการบันทึกการปฏิบัติที่เหมาะสมในด้าน การฉันอาหาร ฉันปานะ และ การบริหารรูปขันธ์ ในสมุดคู่มือ โดยใช้ การประชุมกลุ่ม ทบทวนการปฏิบัติทั้ง 3 ด้าน ชั่งน้ำหนัก เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องในการลดน้ำหนัก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในปัญหาขณะที่ปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม จัดกิจกรรม 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยประเมิน ภาวะโภชนาการของสามเณร โดยการชั่งน้ำหนักและ ประเมินการปฏิบัติของสามเณรโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามการปฏิบัติลดหนักของสามเณรที่มี ภาวะอ้วน (post-test) หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย ตรวจสอบความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนจะนำไปวิเคราะห์ผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่ม ตัวอย่างทุกคนและผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ทราบ โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเป็นผู้ตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีการลงนามเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ Chi-Square หรือ Fisher exact และ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติฉันอาหาร ฉันปานะ การบริหารรูปฉันและน้ำหนักตัวของ สามเณรที่มีน้ำหนักเกิน หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 46 รูป อายุระหว่าง 12-18 ปี ช่วงอายุที่พบบาน้ำหนักเกินมากที่สุดคือ 12-15 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 15.48 (S.D.=1.78) และ อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 15.21

(S.D.=1.67) ระดับการศึกษาที่พบบาน้ำหนักเกินมากที่สุดคือ 4-6 ปี ระยะเวลาที่บวชที่พบบาน้ำหนักเกินมากที่สุดคือ 1-4 พรรษา กลุ่มทดลองมีระดับภาวะ โภชนาการ อ้วน ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมมีระดับภาวะ โภชนาการอ้วน ร้อยละ 91.3 และ พบกลุ่มตัวอย่างมี โรคประจำตัวทั้งหมด 3 รูป ได้แก่ ภาวะความดันโลหิต สูง 2 รูป และ ภูมิแพ้ 1 รูป เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมาทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฉันอาหาร การปฏิบัติฉันปานะ และ การปฏิบัติการบริหารรูปฉัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฉันอาหาร การปฏิบัติฉันปานะ และ การปฏิบัติการบริหารรูปฉัน ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=46)

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ	ทดลอง		ควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การปฏิบัติฉันอาหาร	2.21	.244	1.93	.212	4.053	<.001
การปฏิบัติฉันปานะ	2.26	.298	1.92	.274	4.016	<.001
การบริหารรูปฉัน	2.22	.327	2.13	.306	.929	.179

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติฉันอาหารและการปฏิบัติฉันปานะสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยในการบริหารรูปฉัน ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 1)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัย (n=46)

ข้อมูลทีศึกษ	ทดลอง		ควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนัก	0.982	2.71	0.9739	5.01	- 1.646	.053

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างน้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระธรรมวินัย กลุ่มทดลองมีคะแนนของการปฏิบัติกรณอาหารและคะแนนการปฏิบัติกรณปานะสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากผลของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่มีรูปแบบกิจกรรมมาจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติ และการติดตามการปฏิบัติในเรื่องของโภชนา และ ปานะ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติและนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonnak et al. (2015) และ Tantiekkarat (2015) ที่ทำการศึกษโดยใช้รูปแบบในการดำเนินกิจกรรมที่ใกล้เคียงกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองการศึกษา ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรทำกิจกรรมทางกายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าคะแนนของการบริหารรูปชันไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อาจมาจาก การบริหารชันของสามเณรที่มีข้อจำกัดด้านพระธรรมวินัยและความสำรวมระวัง ไม่ให้เป็นทีติติงของบุคคลทั่วไป การบริหารชันที่ทำได้จึงแฝงมาในรูปแบบ ที่เป็นกิจวัตรประจำวันเท่านั้น เช่น การ

บิณฑบาต กวาดลาน ทำความสะอาดวัด ซึ่งอาจทำให้ความหนักของกิจกรรมที่ปฏิบัติอาจไม่มากพอที่จะลดน้ำหนักได้ (Srif, 2017) และการบริหารชันชันส่วนใหญ่โรงเรียนไม่ได้มีการส่งเสริมให้ปฏิบัติ จึงมกจะต้องกระทำที่วัดซึ่งหากวัดไม่ได้มีกิจกรรมที่ส่งเสริม การบริหารรูปชันที่เพียงพอก็สามารถอาจทำให้เกิดความถี่การปฏิบัติที่ลดลงได้ ซึ่งจากข้อมูลแบบสอบถามพบว่าสามเณรบางส่วนไม่ได้มีการบิณฑบาตเลยใน 1 สัปดาห์ จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการบริหารชันโดยอาศัยความร่วมมือทั้งโรงเรียน วัด และชุมชน เพื่อให้เกิดการส่งเสริมการบริหารรูปชันที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำแนะนำจากการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตนเองของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษาดนแบบศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสามเณร 5จังหวัด ภาคเหนือตอนบนเปรียบพบว่า พฤติกรรมกรออกกำลังกายของสามเณรอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงและมีการลดลงจึงควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายทั้งในโรงเรียนและชุมชน โดยดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นองค์รวม (Wipulakorn et al., 2018) สำหรับค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักตัวพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยที่ลดลง แต่เมื่อเปรียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ไม่มีความแตกต่างกันซึ่งอาจมีผลมาจากการบริหารรูปชันที่มีระดับความหนักและต่อเนื่องไม่เพียงพอที่จะให้เกิดการลดของน้ำหนักที่ชัดเจนรวมทั้งระยะเวลาในการประเมินน้ำหนักที่มีระยะไม่เพียงพอที่จะเห็นความเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก สอดคล้องการศึกษาของ Panamanee (2017) ที่พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีน้ำ

หนักตัวที่ลดลงแต่ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดความแตกต่าง
เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มควบคุมจึงควรมีการเพิ่ม
ระยะเวลาการทดลองให้ยาวนานขึ้นเพื่อให้เห็นผลลัพธ์
ที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลของการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่ม
ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการลดน้ำหนักตามหลักพระ
ธรรมวินัยมีแนวโน้มของการปฏิบัติในด้านการฉันอาหาร
และ ฉันปานะภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่ากลุ่ม
ควบคุม แต่ในการบริหารรูปฉันและน้ำหนักตัวที่
เปลี่ยนแปลงยังมีการเปลี่ยนแปลงที่ยังไม่ชัดเจนระหว่าง
กลุ่ม จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมี
ผลต่อการบริหารรูปฉัน และการลดน้ำหนัก ที่จะ
สามารถช่วยส่งเสริมการปฏิบัติในการลดน้ำหนักได้ดีขึ้น
จึงควรนำผลที่ได้จากการวิจัยไปประกอบหรือใช้

ประยุกต์โปรแกรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติในการลดน้ำ
หนักในสามเณรพื้นที่อื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการบริหารรูปฉันอื่น ๆ ให้มีความเข้มข้นของโปรแกรมการบริหารรูปฉันเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการปฏิบัติในการบริหารรูปฉันที่มีประสิทธิภาพต่อไป
2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินน้ำหนักตัวที่ลดลงของสามเณรที่เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษารูปแบบของโปรแกรมการลดน้ำหนักที่เน้นการมีส่วนร่วมของวัด โรงเรียนและบ้าน เพื่อให้เกิดแนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสามเณรอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Angkhavanavanich, J. (2016). *Situation, nutritional problems in monks, nutritional status problems in monks from the Thai Klai Krok Sangha Project*. Bangkok: Office of the Health Promotion Fund. (In Thai)
- Boonnak, A., Saengpherm, P., Somjitphaisan, W., Pongsaranakul, Y., & Leelahakul, V. (2012). *The effect of dietary and exercise behavior changes in adolescents with overweight. Journal of Medicine Mahidol University, 30*(4), 37-48. (In Thai)
- Chumkhiew, A. (2019). *Effectiveness of a weight control program focused on changing eating behaviors in overweight or obese students. Nursing Journal, 46*(3), 106-107. (In Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2013). *Health manual for novices*. (1st ed.). Bangkok: Bureau of Health Promotion. (In Thai)
- Dihomsin, W. (2011). *Effectiveness of health education program on weight loss in obese junior high school students in Samut Prakan Province. Journal of Health Education, 34*(118), 1-19. (In Thai)
- Kaewsingam, R. (2017). Nutrition status and dietary behavior of novices studying at Pali Demonstration School, Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Sisaket temple, Nong Khai province. *Khon Kaen University, 10*(1), 28-37. (In Thai)
- National Health Commission (2017). *National Buddhist monk's health statute*. Bangkok: Office of the National Health Commission. (In Thai)

- Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health. (2014). *Strategy, indicators and data collection guidelines 2015*. Bangkok: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Panamane, P. (2017). *The effect of a program to reduce obesity behavior by using planned behavior theory on weight loss behavior of school age children with overweight*. *Vachirasarn Nursing*, 19(2), 13-22. (In Thai)
- Phachan, S. (2015). *Nutritional status and food consumption of monks in Mueang District, Khon Kaen province*. *Srinakarin Vejsarn*, 30(6), 552-561. (In Thai)
- Phasukrit, C. (2011). *An analytical study of Buddhist principles for the solution of obesity*. Master of Buddhism Thesis in Buddhism Program. Graduate School, Mahachulalongkornrajavidyalaya University. (In Thai)
- Ruenai, C. (2007). *Food nutrition and nutritional status of novices, San Pa Tong District, Chiang Mai Province*. Master's Thesis (Nutrition education program). Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)
- Sarnrak, M., Sangwalee, W. & Khaengsri, W. (2017). Prevalence and factors related to chronic illnesses of monks, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani. *Science and Technology Journal Ubon Ratchathani University*, 19(1), 38-49. (In Thai)
- Srifa, S. (2017). *Study on health promotion behaviors of monks in Pattani Province*. Master of Education Thesis in Curriculum and Instruction. Graduate School, Prince of Songkla University (In Thai)
- Sukrueangkun, A. (2017). *Factors predicting health promoting behaviors among Buddhist monks in Chiang Rai Province*. *Nursing Journal*, 44(2), 38-48. (In Thai)
- Tantiekkarat, S. (2015). The effectiveness of the obesity prevention program on food consumption behavior and behavior: Physical activity of school age children who are overweight. *Boromarajonani College of Pharmacy*, 31(3), 47-61. (In Thai)
- Uttama, P. (2018). *Factors affecting obesity of novices at the Phrapariyattidhamma schools, General education department Chiangmai Province*. Master's Thesis of Public Health, College Chiang Mai Rajabhat University. (In Thai)
- Wangin, C. (2018). *Monks with diabetes are undergoing pressure*. Retrieved from <http://www.thaihealth.or.th/partnership/Content/44970%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%.html>. (In Thai)
- Wipulakorn, A., Anukhra, C., Tanthud, P., & Thirawanwansiri, N. (2018). *Self-health care behavior of novice in the Phrapariyattidhamma schools in the northern of Thailand*. *Journal of Graduate Studies Review MCU Phrae*, 4(2), 150-164. (In Thai)

- Wongsuebchat, S. (2011). *Health care behavior of monks in Bangkok: A case study*. Wat Mahathat Yuwarat Rangsarit Wat Phra Chetuphon Wimon Mangkalam and Pak Nam Phasi Charoen Temple. Philosophy thesis in Buddhism Program. Graduate School, Mahachulalongkornrajavidyalaya University. (In Thai)
- Yang Noeng Health Promoting Hospital. (2018). *Report on monitoring of nutritional status of school children Saraphi Buddhist Scripture School Chiang Mai*. Yang Noeng Health Promoting Hospital, Saraphi District, Chiang Mai Province. (In Thai)



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายต่อความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยงัยผู้ใหญ่ที่เป็นข้อเข่าเสื่อม

Effects of Exercise Self-Management Program on Disease Severity Among Adults with Knee Osteoarthritis

ศุภาดา	บุญติ *	Supada	Boonti *
รังสิยา	นารินทร์ **	Rangsiya	Narin **
ศิวพร	อึ้งวัฒนา ***	Siwaporn	Aungwatana ***

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่พบมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ อายุ 35 ปีขึ้นไป ความเสี่ยงของการดำเนินโรค และระดับความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต เป้าหมายหลักของการดูแล คือ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงในการดำเนินของโรค ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจึงต้องมีการจัดการตนเองให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลง

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อความรุนแรงของโรคในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เป็นผู้ใหญ่อายุ 35-59 ปี ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค โปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย แผนการสอน สื่อคอมพิวเตอร์ คู่มือการปฏิบัติตัว และคิวอาร์โค้ดที่สามารถเข้าถึงเนื้อหาคู่มือฉบับอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.13$, S.D.=0.34) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระดับน้อย ($\bar{X}=1.26$, S.D.=0.45) เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง การออกกำลังกาย ข้อเข่าเสื่อม ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่

* Registered Nurse, McCormick Hospital, Chiang Mai, supadamick@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 4 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 9 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 1 สิงหาคม 2562

Abstract

Knee osteoarthritis is a major public health problem which is more common in adults aged 35 years and over. The risk of developing the disease and the degree of severity increases with age, and it can affect physical health, mental health, and quality of life. The mainstays of care are to prevent complications and to reduce disease severity. It is necessary for adults with knee osteoarthritis to follow proper self-management, to exercise regularly and to reduce the disease severity. Appropriate exercise self-management will delay disease progression and reduce disease severity among adults with knee osteoarthritis.

This quasi-experimental research, one group pretest-posttest design aimed to study the effect of the exercise self-management program on disease severity among adult persons with knee osteoarthritis in community. The participants were 30 women, aged 35-59 years, who had done screening and were diagnosed with knee osteoarthritis lived in the community, Chiang Mai province. Screened participants were selected through a simple random sampling method. Data collection was conducted from March to May 2019. The research instruments were demographic questionnaire. The content validity index of the questionnaires was 0.83 and the Cronbach's alpha coefficient for reliability was 0.90. The experimental instruments were developed by researcher including; an exercise self-management program for adults with knee osteoarthritis which consisted of the exercise self-management program, teaching plan, computer media, a practice manual, and a QR code offering the contents of the practice manual in electronic format. The instruments were approved by six experts. The content validity index of the instruments was 0.83. Descriptive statistics were used for data analysis, and the Fisher's exact test was used to compare the severity level of disease before and after implementing the program.

The research findings revealed that participants were at a moderate level of disease severity ($\bar{X}=2.13$, $SD=0.34$) before the program and at a low level ($\bar{X}=1.26$, $SD=0.45$) after the program. After participating in the program, participants showed a statistically significant lower level of disease severity ($p<0.05$). The effect of the program can enhance adults with knee osteoarthritis skills and techniques in regular knee exercise to reduce the disease severity. This study will be beneficial to community nurses and health care teams to use as guidelines to provide health care services more effectively for adults with knee osteoarthritis in the community context.

Keywords: *Self-management, Exercise, Knee osteoarthritis, Disease severity*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งพบอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2003) คาด

การณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนในปี พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 โรคข้อเสื่อมพบหนึ่งในสี่ของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป (Vrezas, Elsner, Bolm,

Abolmaali, & Seidler, 2010; Zhang et al., 2016) จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่า สถิติผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่พบถึง 30 ล้านคน (Hannah, 2018) สำหรับในประเทศไทย สถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ (Information and Health Information, 2015) มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวนมากกว่า 6 ล้านคน คิดเป็น 11,330 คนต่อแสนประชากร และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 2 เท่า ในปี พ.ศ. 2563 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rerkrai (2016) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ พบสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในแผนกออโรปิดิกส์ ระหว่างปี พ.ศ. 2556, 2557 และ 2558 พบโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 40-59 ปี ถึงร้อยละ 53.3 51.7 และ 52.4 ตามลำดับ และการศึกษาในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบผู้สูงอายุเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ 56.0 (Narin, Taunrat, & Booncheang, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ในชุมชน ตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อเดือนกรกฎาคม ปีพ.ศ. 2561 พบสถิติผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีสองเมือง ตำบลไชยสถาน เข้ารับการรักษาด้วยโรคระบบโครงร่างกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นอันดับที่ 1 โดยอาการสำคัญที่นำมา คือ อาการปวดข้อเข่า และพบมากในช่วงวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 35-59 ปี ร้อยละ 68.0

อาการปวดข้อเข่า จะแสดงถึงการดำเนินของโรคที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง หากการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น จะทำให้มีอาการปวดตลอดเวลา ปวดในเวลากลางคืนหรือปวดในขณะพัก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Chuetaleng, 2010; The Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand, 2011) ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวของข้อลดลง ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น

การเดินขึ้นบันได การทำงานบ้าน นอกจากนี้ หากอาการของโรครุนแรงขึ้นจนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จะส่งผลด้านจิตใจ ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า และหากมีความพิการด้านร่างกายก็จะเกิดภาวะพึ่งพาและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ (Bijlsma, Berenbaum, & Lafeber, 2011)

ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป เป็น ๆ หาย ๆ และใช้เวลาในการดำเนินโรคนานถึง 10-15 ปี (Roos & Arden, 2015) และพบว่ามีปัจจัยที่หลายประการที่ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของโรค เช่น อายุที่เพิ่มมากขึ้น อ้วน ค่าดัชนีมวลกาย การได้รับบาดเจ็บ ท่าทางและอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การนั่งยอง ๆ การนั่งพับเพียบบ่อย ๆ นาน ๆ ซึ่งกระทำติดต่อกันเป็นเวลาหลายปี ทั้งจากชีวิตประจำวันและจากการประกอบอาชีพ (Blagojevic, Jinks, Jeffery, & Jordan, 2010) รวมทั้งปัจจัยที่เกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่ละเลยการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งวัยผู้ใหญ่อยู่ในวัยทำงานทำให้พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้นจากท่าทางการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจากการขาดการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ทำให้กล้ามเนื้อขาดความยืดหยุ่นและขาดความแข็งแรง ส่งผลทำให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้น (Bijlsma, Berenbaum, & Lafeber, 2011)

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านร่างกายมีความสอดคล้องกับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต้นขาควอดริเซปต์ (quadriceps) ซึ่งเป็นกลุ่มกล้ามเนื้อขนาดใหญ่อยู่บริเวณด้านหน้าของต้นขาใช้ในการเหยียดขาตรงหรือยืดขา (extensor of the knee) หากกล้ามเนื้อต้นขาควอดริเซปต์ (quadriceps) มีความแข็งแรง จะช่วยทำให้ข้อเข่าทำงานได้ดีขึ้น และช่วยลดอาการปวดบริเวณข้อเข่าลง (Anwer & Alghadir, 2014) ซึ่งการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาควอดริเซปต์ (quadriceps) สามารถทำได้โดยการออกกำลังกาย (World Health Organization Regional Office

for South-East Asia, 2011) การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อมจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้ดี เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อ ป้องกันการยึดติดของข้อ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อในการพยุงข้อเข่าให้มีความสมดุลขณะเคลื่อนไหว และเพิ่มความมั่นคงของข้อ (Wu, Kao, Wu, Tsai, & Chang, 2011) การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้การทำงานของระบบต่าง ๆ มีประสิทธิภาพ และช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้กล้ามเนื้อ มีความทนทาน มีความยืดหยุ่น และส่งผลทำให้ระดับความรุนแรงของโรคลดลง The Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand (2011) ได้กำหนดท่าทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและ ไม่มีความรุนแรงต่อข้อเข่า จำนวน 6 ท่า เน้นการสร้าง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อให้เกิดความทนทานในการรองรับน้ำหนักของร่างกาย ตลอดจนช่วยลดอาการปวดของผู้ป่วยลง นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในกลุ่มผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อมในระดับความรุนแรงน้อยและปานกลาง และมีค่าใช้จ่ายน้อย (Pattaradoon, 2011; American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS], 2013) จากการศึกษาของ Wu et al. (2011) ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการออกกำลังกายในระยะเวลา 8 สัปดาห์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น และสามารถลดอาการปวดเข่าลง และจากการศึกษาของ Rerkrai (2016) ถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการออกกำลังกายต่อการลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยใช้ท่าทางการออกกำลังกาย 6 ท่า เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความรุนแรงของโรคต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังนั้น การออกกำลังกายร่วมกับการจัดการตนเองจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ซึ่งการส่งเสริมให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและต่อเนื่องจะช่วยลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลงได้

จากการศึกษาสถานการณ์ในชุมชนระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2561 ได้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีสองเมือง ตำบลไชยสถาน พบว่า ผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีการออกกำลังกายแต่ยังขาดความต่อเนื่อง และจากการเก็บข้อมูลนำร่องโดยการสัมภาษณ์กลุ่มแม่บ้าน พบว่า มีการรวมกลุ่มออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง เต้นแอโรบิค ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ปั่นจักรยาน รำวง เป็นต้น แต่ปัจจุบันด้วยวิถีชีวิตและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และบางรายขาดการออกกำลังกาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ธรรมชาติของวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว เป็นวัยที่ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพเพื่อสร้างความเจริญก้าวหน้าและความมั่นคงในชีวิต วัยผู้ใหญ่จึงมักละเลยในการดูแลและจัดการตนเองในด้านสุขภาพ ดังนั้น วัยผู้ใหญ่จึงเป็นวัยที่สามารถพบการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และหากมีการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้การดำเนินของโรคแย่ลง (Sangprasert, 2013) ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจากการที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม แม้ว่าการออกกำลังกายในชุมชนมีหลากหลายรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามยังมีอุปสรรคขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกาย ได้แก่ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย เหนื่อยล้าจากการทำงานทำให้ไม่อยากออกกำลังกาย มีข้อห้ามในการออกกำลังกายจากโรคประจำตัวอื่น ๆ เป็นต้น (Surajitt, 2000) ดังนั้น แนวคิดการจัดการตนเองจึงมีความสำคัญในผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มทักษะและเทคนิคในการออกกำลังกายให้มีความต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ยืดหยุ่น ตลอดจนมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค เพื่อลดภาวะเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคข้อเข่า

เชื่อมโยง

จากข้อจำกัดที่ของผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ที่ขาดแรงจูงใจตลอดจนขาดทักษะและเทคนิคในการออกกำลังกายให้มีความต่อเนื่อง ขาดการจัดการเวลา พรั่งพร้อมความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จึงทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกในการดูแลตนเองที่เหมาะสมสอดคล้องกับโรคและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodkham (2015) ที่พบว่า การจัดการดูแลตัวเองที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อความรุนแรงและการดำเนินของโรค ทั้งจากการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การทำงานด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม การยกของหนัก ขาดการดูแลข้อเข่าที่ถูกต้อง เป็นต้น ซึ่งการขาดการออกกำลังกายเพื่อบริหารข้อเข่าและสร้างความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อ จะส่งผลให้ทำให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้น จากแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เสนอแนะให้การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมที่สุดในการลดระดับความรุนแรงของโรค เนื่องจากประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย และไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่ซับซ้อน (Rheumatic Association of Thailand, 2010) นอกจากนี้ ยังเหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่ที่สามารถจัดการตนเองได้ดี สอดคล้องกับ Miller & Rollnick (2013) ที่กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่สามารถจัดการและดูแลตนเอง โดยการสำรวจตัวเอง ประเมินพฤติกรรมตนเอง และเสริมสร้างแรงจูงใจตนเอง โดยนำจุดแข็งที่เป็นความสามารถของตนเองเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการปวดข้อเข่าด้วย (Cho, Zunin, Chao, Heiby, & McKoy, 2012; Wu et al., 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Pisamai, Theerawiwat, Imamee, & Areeaeu, 2012) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถออกกำลังกาย

ได้ด้วยตนเองเป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมกับตนเองในการลดอาการปวดข้อเข่าได้ดีขึ้น (Wu et al., 2011) เช่นเดียวกับการศึกษากลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การนำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะเป็นการส่งเสริมให้มีความรับผิดชอบต่อนอง สังคม และชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีในการดำเนินชีวิต แนวคิดนี้ยังสามารถช่วยให้เกิดการแสวงหาความรู้ ทักษะ ตลอดจนเกิดความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาและมีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น (Brady, 2012) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีการจัดการตนเองโดยการออกกำลังกายจึงมีความสำคัญต่อการลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองมีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ คือ 1) ระยะการเตรียมความพร้อม ได้แก่ การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) ระยะการจัดการตนเอง ได้แก่ การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) ระยะการการติดตามหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงให้การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ที่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองที่ดีขึ้น กรอบแนวคิดนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลติดตาม และในบทบาทสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะมีการสอดแทรกให้ความรู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนการตรวจคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามระดับความรุนแรง เพื่อนำไปสู่การจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ในบริบทของชุมชนต่อไป โดยเชื่อว่าการศึกษานี้

จะสามารถลดระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนได้ โดยผ่านกระบวนการส่งเสริมการจัดการตนเองทั้ง 3 ขั้นตอนเพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ได้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลข้อเข่า มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม มีการออกกำลังกายข้อเข่าตามคู่มือการปฏิบัติตัวฯ และส่งผลต่อการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย

สมมติฐานการวิจัย

ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) มาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะการเตรียมความพร้อม ได้แก่ การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) ระยะการจัดการตนเอง และ 3) ระยะการการติดตามหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผ่านกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องตลอด 6 สัปดาห์ โดยการให้ความรู้ การบันทึกการจัดการตนเองในออกกำลังกายข้อเข่าขณะอยู่ที่บ้าน โทรติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่สามารถเกิดการจัดการตนเองที่เหมาะสมและมีเทคนิคและทักษะในการออกกำลังกายข้อเข่า นำไปสู่การปฏิบัติการออกกำลังกาย

กายข้อเข่าอย่างต่อเนื่องและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งผลที่ได้จากการติดตามพฤติกรรมออกกำลังกายจากคู่มือการปฏิบัติตัวฯ พบว่า จำนวนเซตของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในแต่ละสัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของโรคที่ลดลงเป็นผลจากการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อความรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชน ตำบลไชยสถาน อำเภอสาร์ภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมีนาคม-พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2562

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เพศหญิง อายุระหว่าง 35-59 ปี เนื่องจากตามสถิติของผู้มารับบริการด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชยสถานมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม คัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบคัดกรอง Knee OA classification and nursing assessment ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยมาจาก the ACR criteria for knee OA (American College of Rheumatology [ACR], 2000) โดย Narin (2012) 3) ประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 20-39 (ระดับรุนแรงปานกลางและรุนแรงน้อย) 4) ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อข้อและมีปัญหาในการเคลื่อนไหว 5) ไม่มีโรคประจำตัวที่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และโรคหัวใจ 6) อ่านออกเขียนได้ สามารถสื่อสารเข้าใจความหมายภาษาไทย และ 7) สมัยใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยผู้วิจัยเลือกจากการศึกษาของ Rerkrai (2016) นำมาคำนวณได้ค่าอิทธิพล (Effect size) ได้เท่ากับ 1.17 และนำมาคำนวณใช้โปรแกรม G-power กำหนดให้การวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10.0 (Burns & Groove, 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 10 ข้อ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การออกกำลังกายข้อเข่า ยาและอาหารเสริม และการรักษาทางเลือกอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) (Department of Health, Ministry of Public Health, 2013) ประกอบด้วย เนื้อหาที่มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index หรือ CVI) ซึ่งจากการนำคะแนนมาคำนวณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 โดยได้นำเครื่องมือ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย 2) คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และ 3) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 4 ท่าน นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้มีความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษามากขึ้น และนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content

validity index หรือ CVI) ซึ่งจากการนำคะแนนมาคำนวณ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 0.95, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกับที่จะศึกษา จำนวน 10 คน และนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายในผู้ที่เป็โรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการนำกรอบแนวคิดของทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) เป็นแนวทางการส่งเสริมการจัดกิจกรรมการจัดการตนเองจำนวน 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการออกกำลังกาย เพื่อจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index หรือ CVI) ซึ่งจากการนำคะแนนมาคำนวณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.95

2.2 สื่อที่ใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายในผู้ที่เป็โรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index หรือ CVI) ซึ่งจากการนำคะแนนมาคำนวณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 มีดังนี้

2.2.1 แผนการสอนการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย

2.2.2 สื่อคอมพิวเตอร์ (Power Point) เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนการจัดการตนเองในการออก

กำลังกาย

2.2.3 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ รหัสคิวอาร์ (QR code) โดยเนื้อหาจะเหมือนกับคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 053/2019) ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธและสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมโครงการโดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการรักษา สิทธิในการรักษาความลับและสิทธิในการได้รับการดูแลหากมีความผิดปกติที่เกิดจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่มใหญ่ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 35 นาที เพื่อสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผลที่เกิดขึ้นจากโรคข้อเข่าเสื่อม สำรวจและติดตามพฤติกรรมของตนเอง แนวทางการแก้ไขปัญหาค่าที่ผ่านมามีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และให้เลือกแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกาย โดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติทำการออกกำลังกาย ทั้ง 6 ท่า พร้อมกัน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับท่าการออกกำลังกายข้อเข่าทั้ง 6 ท่า จากนั้นผู้วิจัยอธิบายการบันทึกและการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยให้มีการบันทึกจำนวนครั้งต่อเซตในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย และระดับความเจ็บปวด และผู้วิจัยสรุปกิจกรรมในครั้งนี้และนัดหมายวัน เวลาในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ครั้งที่ 2 อีก

1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมรายบุคคล โดยการโทรติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีเป็นกิจกรรมที่ใช้ทักษะการประเมินตนเอง (self-evaluation) สอบถามการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แนวคำถามปลายเปิด เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการออกกำลังกาย พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองในการออกกำลังกายหากไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี

สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมรายบุคคล การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เยี่ยมบ้านวันละ 3 คน ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ โดยใช้ระยะเวลา 30 นาทีต่อคน ผู้วิจัยซักถามอาการโดยทั่วไป ประเมินตามหลัก INHO-MESS พร้อมทั้งติดตามพฤติกรรมในการปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยตรวจสอบจากการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองในการออกกำลังกายในคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่บันทึกในแต่ละวัน และติดตามการปฏิบัติโดยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตวิธีการออกกำลังกาย เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องผู้วิจัยกล่าวชื่นชมร่วมกันด้วย และผู้วิจัยสรุปปัญหา อุปสรรคที่ทำให้ไม่เกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการตนเองต่อไปและตอบข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมรายกลุ่มใหญ่ ระยะเวลา 45 นาที การติดตามผลหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กลุ่มตัวอย่างสรุปผลที่ได้รับจากโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย เป็นรายบุคคล ผู้วิจัยกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจซึ่งเป็นการใช้เทคนิคการให้เสริมตนเอง (self-reinforcement) เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายของ

ตนเองได้ประสบความสำเร็จตามเกณฑ์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นกำลังใจต่อไปและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) หลังจากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัยแล้ว พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายวิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี (ร้อยละ 50.00) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.69 ปี (SD=5.29) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 66.70) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 43.30) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.30) ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 (ร้อยละ

56.70) โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.52 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD=4.23) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.00) ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.60) รองลงมาคือ กระเพาะอาหาร (ร้อยละ 33.20) และส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 90.00) โดยพบเดินเร็วมากที่สุด (ร้อยละ 37.00) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการได้รับประทานยาหรืออาหารเสริมที่ช่วยลดอาการปวดข้อเข่า (ร้อยละ 70.00) รองลงมาคือ ได้รับประทานยาหรืออาหารเสริมที่ช่วยลดอาการปวดข้อเข่า (ร้อยละ 30.00) ตามลำดับ ในจำนวนนี้ที่พบมากที่สุด คือ การใช้ยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 77.80) กลุ่มตัวอย่างมีการรักษาด้วยวิธีแพทย์ทางเลือกและไม่เคยรักษาด้วยวิธีแพทย์ทางเลือกเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) ในกลุ่มที่เคยรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกใช้วิธีนวดแผนไทยมากที่สุด (ร้อยละ 60.00)

2. เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว จำนวน 30 คน เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย สามารถแสดงได้ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=30)

ระดับความรุนแรง	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ไม่มีความรุนแรง (คะแนน 0-19)	-	-	22	73.30	0.003 **
รุนแรงน้อย (คะแนน 20-29)	26	86.70	8	26.70	
รุนแรงปานกลาง (คะแนน 30-39)	4	13.30	-	-	
รุนแรงมาก (คะแนน 40-48)	-	-	-	-	

** p<0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ

รุนแรงน้อย (ร้อยละ 86.70) และในระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.30) ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรม กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ
ไม่มีความรุนแรง (ร้อยละ 73.30) และในระดับน้อย (ร้อยละ 26.70) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง
ระดับความรุนแรงของโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
ด้วยใช้สถิติ Fisher's Exact Test พบว่า ระดับความ

รุนแรงของโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังได้รับโปรแกรม
กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
($n=30$)

ความรุนแรง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความรุนแรง	2.13	0.35	1.26	0.45	0.005 **

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง
ของค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ Fisher's
Exact Test พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมี
ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม
โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้การนำโปรแกรมการจัดการ
ตนเองในการออกกำลังกายมาใช้ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคข้อ
เข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชน ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ และ
ให้ผลในการลดระดับความรุนแรงของโรคหลังจากได้รับ
โปรแกรม โดยสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนา
ขึ้นเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ทักษะ
สามารถเพิ่มพลังอำนาจในด้านความสามารถและความ
รับผิดชอบ ให้สามารถเลือกและตัดสินใจด้วยตนเองใน
การออกกำลังกายด้วยท่าทางที่เหมาะสม โดยมีจุดเน้น
ที่ความรับผิดชอบต่อบุคคลที่จะแก้ไขปัญหานั้น
สถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ การเรียนรู้ทักษะใหม่และ
จัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ต่อพฤติกรรมของตนเอง
และส่งผลทำให้ลดระดับความรุนแรงของโรคลง
สอดคล้องกับเอมเบรีย (Embrey, 2013) ที่กล่าวว่า การ

จัดการตนเองสามารถเพิ่มพลังอำนาจในด้านความ
สามารถและความรับผิดชอบ สามารถเลือกตัดสินใจได้ด้วย
ตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นใน
ระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2011) ที่
ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการออก
กำลังกายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี
ความสามารถในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ลดอาการปวด
เข่าและจำนวนวันที่มีอาการปวดลง นอกจากนี้ ยังส่งเสริม
ให้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลโรค
ข้อเข่าเสื่อม รวมทั้ง ช่วยลดอาการปวดและอาการอื่น ๆ
ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akintan (2015) ที่
ได้นำโปรแกรมมาใช้เพื่อการจัดการด้วยตนเองในผู้ที่มี
อาการปวด พบว่า หากปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการ
ตนเองที่ตั้งเป้าหมายไว้ จะทำให้อาการปวดลดลง รวมถึง
ความสามารถในการทำงานและชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น
โปรแกรมที่เหมาะสมในการจัดการตนเอง คือ โปรแกรม
การออกกำลังกาย และจากการศึกษาของ Rerkrai
(2016) พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นการออก
กำลังกาย เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ สามารถส่งเสริม
ทักษะในการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการ
เสริมแรงตนเองในการออกกำลังกาย ทำให้สามารถลด
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ได้

ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาจสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย ที่อาศัยแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick Buys (1991) ในการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองในการออกกำลังกายมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนมีการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย ทั้งการให้ความรู้ การจัดกิจกรรม การเลือกรูปแบบท่าทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชน มีการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมแรง ให้กำลังใจและติดตามการจัดการตนเองในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นแนวทางแก่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในให้บริการผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนให้มีการจัดการตนเองในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
2. ชุมชนสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนมีการจัดการตนเองในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการ

จัดหลักสูตรการอบรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชนให้มีการจัดการตนเองในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อระดับความรุนแรงของโรคในผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ในชุมชน
2. ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อระดับความรุนแรงของโรคในผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นต้น
3. ศึกษาเพื่อติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายในระยะเวลา 3 เดือน เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะยาว เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกาย
4. ควรมีการศึกษาลักษณะพบในผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดทุติยภูมิที่มาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น ในกลุ่มสตรีที่ถูกตัดมดลูก หรือได้รับฮอร์โมน เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้การสร้างกระดูกอ่อนลดลง การดูดซึมแคลเซียมลดลง

เอกสารอ้างอิง

- Akintan, O. O. (2015). *Practice guidelines for self-management of osteoarthritis pain in the home-based settings*. Walden University.
- American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS]. (2013). *Treatment of osteoarthritis of the knee: evidence-based guideline*. (2nd ed.). Illinois: American Academy of Orthopedic Surgeons.
- American College of Rheumatology [ACR]. Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. (2000). Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis and Rheumatism*, 43(9), 1905-1915.
- Anwer, S., & Alghadir, A. (2014). Effect of Isometric quadriceps exercise on muscle strength, pain, and function in patients with knee osteoarthritis: A randomized controlled study. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(5), 745–748. doi: 10.1589/jpts.26.745

- Bijlsma, J. W., Berenbaum, F., & Lfeber, F. P. (2011). Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *The Lancet*, 377(9783), 2115-26. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60243-2
- Blagojevic, M., Jinks, C., Jeffery, A., & Jordan, K.P. (2010). Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 18(1), 24-33. doi: 10.1016/j.joca.2009.08.010
- Brady, T. (2012). Strategies to Support Self-Management in Osteoarthritis. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins Unauthorized reproduction of this article is prohibited and American. *The American Journal of Nursing*, 12(3 Suppl. 1), S54-60. doi: 10.1097/01.NAJ.0000412653.56291.ab
- Burns, N., & Groove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Cho, S., Zunin, I., Chao, P., Heiby, E., & McKoy, J. (2012). Effects of pain controllability and discrepancy in social support on depressed mood among patients with chronic pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(3), 270-279.
- Chuetaleng, T. (2010). *Selected factors related to quality of life among knee osteoarthritic adult patients* (Master's thesis, nursing science). Faculty of Graduate Studies, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2013). *Osteoarthritis severity assessment form*. Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/160105145198009251.doc. (In Thai)
- Embrey, N. (2006) *A concept analysis of self-management in long-term conditions*. Retrieved from <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjnn.2006.2.10.22535>
- Hannah, N. (2018). *The 10 best blogs for osteoarthritis*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/321188.php>
- Information and Health Information. (2015). *Public health statistic A.D*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/PublicHealthStatistic
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Pergamon general psychology series, Vol. 52. Helping people change: A textbook of methods* (pp. 305-360). New York: Pergamon Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Narin, R. (2012). *Comparison of the two different nursing interventions for knee osteoarthritis patients in the community in northern Thailand*. (Doctoral of Philosophy Thesis, School of Nursing and Midwifery). Faculty of Health, University of East Anglia, Norwich, England.
- Narin, R., Taunrat, W., & Booncheang, W. (2015). Development of a community participation program for caring older adults with knee osteoarthritis. *Nursing Journal*. 42(3), 170-181. (in Thai)

- Pattaradoon, A. (2011). Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee 2011. Retrieved from <http://www.rcost.or.th/web/data/cpgoa2554.pdf>
- Pisamai, B., Theerawiwat, M., Imamee, N., & Areeaeu, S. (2012). Factors related to self-management behaviors for persons with osteoarthritis. *Journal of Public Health*, 42(2), 54-66.
- Rerkrai, C. (2016). *The effect of self-management focusing on exercise program on disease severity among adult patients with knee osteoarthritis*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Rheumatic Association of Thailand. (2010). *Guideline-for-Management-of-OA-knee*. Retrieved from <https://www.thairheumatology.org/wp-content/.../Guideline-for-Management-of-OA-knee.pdf>. (In Thai)
- Rodkham, W. (2015). *The development of the elderly health service system Caring for the elderly with osteoarthritis in a pilot case, Pan Tae Sub-district*. Pan Tae Health Promoting Hospital, Phatthalung Province.
- Roos, E. M., & Arden, N. K. (2015). Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. *Nature Review Rheumatology*, 12(2), 92-101. doi: 1038/nrrheum.2015.135.
- Sangprasert, P. (2013). Health Promotion in differently age population in Thai Community. *Thai Journal of Science and Technology*, 21(7), 713-721. (in Thai)
- Surajitt, C. (2000). *Health belief and preventive behaviors regarding osteoporosis among female nurses*. Master's thesis of Nursing Science, Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)
- The Royal College of Orthopedic Surgeons of Thailand. (2011). *Guideline for the treatment of osteoarthritis of knee 2011*. Retrieved from <http://www.rcost.or.th/web/data/cpgoa2554.pdf> (In Thai)
- Vrezas, I., Elsner, G., Bolm-Audorff, U., Abolmaali, N., & Seidler, A. (2010). Case-control study of knee osteoarthritis and lifestyle factors considering their interaction with physical workload. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(3), 291-300. doi: 10.1007/s00420-009-0486-6
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2011). *Hypertension fact sheet. Department of Sustainable Development and Healthy Environments*. Retrieved from http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2003). *The burden of musculoskeletal conditions as the start millennium: report of a WHO scientific group*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42721>
- Wu, S. F. V., Kao, M. J., Wu, M. P., Tsai, M. W., & Chang, W. W. (2011). Effects of an osteoarthritis self-management programme. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1491-1501.

Zhang, J., Song, L., Wei, J., Zhang, A., Dong, H. Y., Wen, H. Y., & Liu, G. (2016). Prevalence of and risk factors for the occurrence of symptomatic osteoarthritis in rural regions of Shanxi Province, China. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 19(8), 781–789. doi: 10.1111/1756-185X. 12470



ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อความรู้และการปฏิบัติ ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Effects of Participatory Learning of Family Members on Knowledge and Practice in Dietary Preparation for Older Persons with Uncontrolled Hypertension

โอภาส	ประมุขสิน *	O-pas	Pramoonsin *
เดชา	ทำดี **	Decha	Tamdee **
ศิวพร	อึ้งวัฒนา **	Sivaporn	Aungwattana **

บทคัดย่อ

การควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยการลดรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้มากที่สุด การศึกษาทั้งสองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวที่จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนชนบททั้งเมือง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คู่มือในการจัดอาหาร อุปกรณ์ ได้แก่ สไลด์ วิดีทัศน์ แผ่นภาพความรู้ และแบบบันทึกภาคสนาม เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติค่าที่แบบสองกลุ่มสัมพันธ์กันและอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถนำไปพัฒนาสมาชิกในครอบครัวด้านความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการจัดอาหารเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

* Lecturer, Boromrajonani College Nursing, Nakhon Lampang, yoyaaoop1990@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 9 มกราคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 27 มีนาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 24 กรกฎาคม 2560

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การจัดอาหาร ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สมาชิกในครอบครัว

Abstract

Controlling blood pressure levels by reducing high sodium intake in patients with hypertension can prevent complications as much as possible. This quasi-experimental study, two groups design with pretest-posttest, aimed to determine the effects of participatory learning of family members on knowledge and practice in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension. The study participants were 40 family members who prepared diets for older persons with uncontrolled hypertension in semi-rural communities. The participants were enrolled and randomly divided into two groups with twenty participants in each group. The research tools consisted of the program of participatory learning in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension, guidelines to prepare diets, the participatory learning devices include slides, video tapes, knowledge sheets, and field notes. Data collection tools included the demographic data questionnaire, and the knowledge and practice test. The data were analyzed using paired sample t-test and independent sample t-test.

The results showed that

1. After the participatory learning, mean knowledge scores of family members in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension was significantly higher than before participating in the program ($p < .001$).
2. After the participatory learning, mean practice scores of family members in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension was significantly higher than before participating in the program ($p < .001$).
3. After the participatory learning, the mean knowledge scores of family members in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension of the experimental group was significantly higher than the control group ($p < .001$).
4. After the participatory learning, the mean practice scores of family members in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension of the experimental group was significantly higher than the control group ($p < .001$).

The study revealed that a participatory learning program from this study should be used to improve family members' knowledge and lead to better practices in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension.

Keywords: *Participatory learning, Dietary preparation, Older persons with uncontrolled hypertension, Family members*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่พบได้ทั่วโลกและเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจเป็นอันตรายถึงชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม รายงานสถิติสุขภาพของโลกขององค์การอนามัยโลกพบว่า ความชุกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบถึงร้อยละ 22.25 ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 24.45 และในประเทศไทยร้อยละ 21.40 (World Health Organization, 2014) ซึ่งพบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศไทยพบ 1,710.89 ต่อประชากรแสนคน (Strategy & Planning Division, 2014) และพบว่าทุกภาคของประเทศไทยมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุด โดยพบว่าในปี 2557 มีอัตราการป่วยถึง 3,384.42 ต่อประชากรแสนคน (Bureau of Non-Communicable Disease, 2012) และจากการสำรวจของ Bureau of Epidemiology (2002) พบว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงสุด 4,056.19 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี 40-49 ปี และ 15-39 ปีโดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 2,024.44, 779.66 และ 97.77 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยด้วยความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆและการทบทวนการศึกษาพบว่าเมื่อเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากความดันโลหิตสูงตามมา (Thai Hypertension Society, 2012)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการรายงานสุขภาพในรายงานผู้สูงอายุปี 2556 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 14 ได้แก่ โรคไต ร้อยละ 6, หลอดเลือดสมองร้อยละ 4 และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 4 (Department of Health, Bureau of Elderly Health, 2013) และพบว่าเสียชีวิต

ทั่วโลก ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และประเทศไทย 539, 656, 449 คน ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (World Health Organization, 2015) จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ส่งผลกระทบมากมายทั้งภาวะแทรกซ้อนของตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วยเช่นกัน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดมาจากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ปัจจุบันมีรายงานเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จากการสำรวจการคุมระดับความดันโลหิตตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ช่วงอายุ 70-79 ปีไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตมากที่สุดร้อยละ 28.35 รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 26.3 (Department of Medical Services of Ministry of public health, 2014) ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในผู้สูงอายุ เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งที่เป็นสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมากที่สุดคือการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง โดยเฉพาะรับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส รวมทั้งผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน รับประทานอาหารเค็มและอาหารมัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยในด้านการรับประทานอาหารยังคงมีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (Sornpratate, 2011)

จากการศึกษาที่ผ่านมามีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Dickinson et al. (2006) จำนวน 105 เรื่อง สรุปว่าการรับประทานอาหาร การจำกัดการรับประทานเกลือ มีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้สูงอายุนั้นเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้นด้วย เกิดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้นจึงต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (National Health Security Office, 2009) ซึ่งพบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ดูแลเองจำเป็นต้องอาศัยกลวิธีในการเฝ้าระวังและวิธีการดูแลให้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งนั่นก็ถือเป็นอีกบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลและครอบครัวจึงจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข (Dana, 2011) และพบว่าความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารยังไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวที่ประกอบอาหารไม่ทราบลักษณะอาหารที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทาน ซึ่งการรับประทานอาหารและปรุงอาหารที่ไม่ถูกต้องอาจเกิดจากสาเหตุจากความเคยชิน ไม่ได้แยกสารอาหารปรุงเองต่างหาก (Chaichana, & Niyamas, 2007; Flynn et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารทั่วไปร่วมกับทุกคนในครอบครัวได้ เพราะคิดว่าผู้ป่วยยังปกติอยู่ ไม่จำเป็นต้องแยกอาหารสำหรับผู้ป่วย เพราะคิดว่ายุ่งยาก ซ้ำซ้อน และคิดว่าตัวเองไม่มีความรู้ กลัวทำไม่ถูกต้อง (Dana, 2011) ซึ่งการควบคุมโรคความดันโลหิตที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ทำอาหารในครอบครัว และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น (Wongtib, Udomvong, & Narin, 2012) ดังนั้นการส่งเสริมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้และส่งผลต่อการควบคุมโรคในระยะยาว อีกทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลในด้านความรู้ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ดีที่สุด ซึ่งผ่านการสังเคราะห์จากผลการวิเคราะห์ของการศึกษาวิจัยในรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ จนได้โครงสร้างของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย วงจรการ

เรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่มีองค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ (experience) นำไปสู่การสะท้อนและอภิปราย (reflection and discussion) เกิดเป็นความคิดรวบยอด (concept) และนำไปทดลองปฏิบัติ (experimentation/application) ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งการให้ผู้เรียนได้ทำงานกลุ่ม จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยากหรือไม่เคยทำมาก่อนได้ด้วยความมั่นใจ ทำให้ผู้เรียนรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเนื่องจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้เรียนจะเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ มีการแสดงความคิดเห็นและช่วยกันทำงานกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการพัฒนาความรู้โดยการนำประสบการณ์มาใช้ในการเรียนรู้ ดังนั้นรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จึงเป็นรูปแบบที่พัฒนาสามารถความรู้ของผู้เรียนได้ดี และนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้ (Department of Mental Health, 2010) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบที่สามารถพัฒนาความรู้และการปฏิบัติได้ดีแต่ก็พบว่ามีการศึกษาที่พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตของตัวผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรืออาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองและดูแล ในด้านของสมาชิกในครอบครัวนั้นยังไม่ได้มีการศึกษาที่ชัดเจนที่นำรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพื่อให้ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ โดยสาระสำคัญของความรู้และการปฏิบัติ ใช้ตามแนวทางจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วย การเลือกซื้อ การปรุง การควบคุมปริมาณ และ ความถี่ในการจัดอาหารและใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์เป็นกลวิธีในการดำเนินการเรียนรู้ ประกอบไปด้วย 4 ขั้น คือ ขั้นที่ 1 ประสพการณ์ ขั้นที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย ขั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด และขั้นที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด และมีการผสมผสานกับกระบวนการกลุ่มทุกขั้นตอน ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาบุคคลในด้านความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ได้ดีที่สุด และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นั้น ผู้เรียนจะเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ มีการแสดงความคิดเห็นและช่วยกันทำงานกลุ่ม ดังนั้นรูปแบบการเรียนรู้จึงเป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ดีและนำไปสู่การปฏิบัติในการจัดอาหารที่ถูกต้องได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มและวัดผลสองครั้ง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ

สมาชิกในครอบครัวต่อความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ สมาชิกในครอบครัวที่จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนชนบทกิ่งเมือง

กลุ่มตัวอย่างจะถูกเลือกเข้าตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้และ 4) ยินดีเข้าร่วมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยสุ่มเข้ากลุ่มแบบสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จาการพ.สท. โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คู่มือในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สำหรับสมาชิกในครอบครัว อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้แก่ สไลด์, วิดีทัศน์, แผ่นภาพความรู้ และแบบบันทึกการสังเกตการณ์การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการเรียนรู้ (field note) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ แบบประเมินความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 25 ข้อ เป็นแบบสองตัวเลือก คือ “ถูก” และ “ผิด” และแบบประเมินการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 27 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating Scale) มีมาตรวัด 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วนำแบบสอบถามนี้มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) แบบประเมินความรู้ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 และแบบประเมินการปฏิบัติ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .99 การหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบใช้กับสมาชิกในครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson แบบประเมินความรู้ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุฯ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เท่ากับ .80 และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุฯ นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Research ID : 021-2560 /Study Code: Exp-018-2560) และผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจง การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานทุกขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรืออธิบายต่อผู้วิจัย และการศึกษานี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือคำถามเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถสอบถามได้ โดยข้อมูล

ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการสาธารณสุขอำเภอ อำเภอสารภี และรพ.สต. ดอนแก้วและรพ.สต. หนองแฝก เก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขอรับข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อค้นหาครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คัดเลือกสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยสุ่มเข้ากลุ่มแบบสุ่มอย่างง่าย จากรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากรพ.สต. โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 40 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่ได้คำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที จากนั้น นัดหมายครั้งต่อไปอีก 7 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที และจัดกิจกรรมการ

เรียนการสอนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ประสพการณ์ ขั้นที่ 2 การสะท้อน และอภิปราย ขั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด และ ขั้นที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด จัดกิจกรรม 3 ครั้งห่างกันครั้งละ 7 วัน เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มควบคุม ตอบแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (post-test) ใช้เวลา 20 นาที ในสัปดาห์ที่ 7

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลที่เป็นสัดส่วนวิเคราะห์ด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test ส่วนข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test ตามลักษณะข้อมูล

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเรียนรู้ ด้วยวิธีทดสอบ Paired sample t-test เนื่องจากมีการกระจายแบบโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีทดสอบ Independent t-test เนื่องจากมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ

85 และ 90 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนมาก มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55 และกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 และช่วง 36-59 ปี ร้อยละ 50 เช่นเดียวกัน ซึ่งอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 62.75 ปี และ กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 57.75 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45 เช่นเดียวกัน รายได้ต่อเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 1,001-3,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 50 และร้อยละ 65 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4,320 บาทและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4,750 บาท ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเพียงพอจากรายได้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 65 และร้อยละ 60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 70 และ ร้อยละ 80 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มทดลองส่วนมากเป็น บุตร/หลาน ร้อยละ 50 แตกต่างจากกลุ่มควบคุม คือส่วนใหญ่เป็น สามี/ภรรยา ร้อยละ 50 กลุ่มทดลองส่วนมากมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในช่วง 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55 และ กลุ่มควบคุมส่วนมากมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 40 ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เฉลี่ยกลุ่มทดลอง 17.10 ปี และกลุ่มควบคุม 9.95 ปี

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ค่าคะแนน	ก่อนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
กลุ่มทดลอง					
ความรู้	18.70	2.61	23.35	1.18	< .001
การปฏิบัติ	60.75	5.30	67.00	3.79	< .001

ก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 18.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.=2.61) และหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 23.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.=1.18) และ ค่า t เท่ากับ 7.24 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$

ก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติเท่ากับ 60.75

คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.=5.30) และหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 67.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.=3.79) และ ค่า t เท่ากับ 4.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบของการเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ความรู้	23.35	1.18	20.35	2.23	< .001
การปฏิบัติ	67.00	3.79	61.95	4.97	< .001

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเท่ากับ 23.35 คะแนน (S.D.=1.18) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 20.35 คะแนน (S.D.=2.23) และค่า t เท่ากับ 5.31 สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$

ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เท่ากับ 67.00 คะแนน (S.D.=3.79) และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 61.95 คะแนน (S.D.=4.97) และ ค่า t เท่ากับ 3.61 สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลัง

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

การอภิปรายผล

ด้านความรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Choowong & Kongsakul (2012) ศึกษาในเรื่อง ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Sanprasan et al. (2015) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนา ศักยภาพแบบมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Chiangpiew, Boonchieng, & Aungwattana (2015) ศึกษาในเรื่อง ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Yamsopée (2010) ศึกษาใน

เรื่องผลของโปรแกรมการเยี่ยมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตนในหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อการผ่าตัดคลอดในสถาบันบำบัดศัลยกรรม ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยใช้การเรียนรู้ตามประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและการอภิปราย เกิดเป็นความคิดรวบยอดที่เป็นแนวทางใน การนำไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความรู้ได้ด้วยตัวผู้เรียนเอง โดยการที่ผู้สอนจัดกระบวนการเรียนการสอนที่เอื้ออำนวยในการเกิดการสร้างความรู้มากกว่าการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียนแต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นกระบวนการสร้างความรู้จึงต้องนำมาจากประสบการณ์ของผู้เรียน ถือได้ว่าเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของแต่ละคน เนื่องจากผู้เรียนมีความชอบ ความถนัด หรือมีพื้นฐานแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ที่ไม่เหมือนกัน (Department of Mental Health, 2010) และพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสบการณ์ในการดูแลมาเป็นเวลานาน จะสามารถเรียนรู้ได้ดี สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้เร็วกว่าสมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน (Srisuk, 2014) มีความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในช่วง 11 ปีขึ้นไปร้อยละ 55 ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์เดิมเป็นพื้นฐานแล้ว ดังนั้นการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงเป็นรูปแบบที่ผสม

ผลงานประสบการณ์ และความชอบความถนัดของผู้เรียน เข้าไว้ด้วยกันจึงเกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ยั่งยืนถือว่าเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้เป็นอย่างดี (Chiangpiew, Boonchieng, & Aungwattana, 2015) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรมกลุ่มในงานวิจัยในครั้งนี้จึงเกิดความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น สังเกตได้จากคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแล้วมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Kaweewon (2008) ศึกษาในเรื่องผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติการทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติการทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Meethip, Tamdee, & Bhuddhirakkul (2016) ศึกษาในเรื่องผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาพบว่า คะแนนการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Vonglek (2015) ศึกษาในเรื่อง ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทักษะและการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ Meethip, Tamdee, & Bhuddhirakkul (2016) ศึกษาในเรื่อง ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติ การคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มที่ได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้ประสบการณ์ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้น ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นประสบการณ์ของผู้เรียน เป็นกิจกรรมที่ให้โอกาสผู้เรียนมีส่วนร่วมกิจกรรมมากที่สุดด้วยความมุ่งมั่นที่จะทำให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนากระบวนการคิด สร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง โดยมีปฏิสัมพันธ์ แบบมีส่วนร่วมกับผู้สอนและผู้เรียนด้วยกันเพื่อการพัฒนาความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติในบริบทที่มีอยู่ และเกิดขึ้นตามสภาพจริงและพัฒนาศักยภาพในการเรียนรู้ที่จะคิดวิเคราะห์ วิพากษ์วิจารณ์ วางแผน และตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (Department of Mental Health, 2010) โดยองค์ประกอบด้านความรู้นี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการเรียนรู้เป็นกระบวนการแรกที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติโดยการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (Department of Mental Health, 2010) ซึ่งความรู้ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้นจึง มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความ

ดันโลหิตสูง ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรเน้นในการให้ความรู้และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามมา (Sornprate, 2011) และเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana (2016) ในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปพบว่าปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่ช่วยในการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ พบว่า เพศหญิงจะมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อน เอาใจใส่ ความอดทน จะมีมากกว่าเพศชายทำให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเพศหญิงสามารถปฏิบัติในการดูแลได้เป็นอย่างดี (Srisuk, 2014) สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 85 รวมไปถึงความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุพบว่า ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่แตกต่างกันจะมีการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดยพบว่า มีความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยา และบุตรหลานจะมีการปฏิบัติในการดูแลได้ดีกว่าความ

สัมพันธ์แบบอื่นเนื่องมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเข้าใจกัน ซึ่งกันและกัน (Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana, 2016) จากข้อมูลส่วนบุคคลและจากการได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงทำให้ความรู้เพิ่มขึ้น มีความรู้มากขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่งเสริมให้พยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มาใช้แก้ไขปัญหาค่าความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการปฏิบัติพฤติกรรม และเพิ่มการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และในระยะเวลาที่นานมากขึ้นเพื่อให้สามารถสังเกตพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน
2. ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ใช่สามี ภรรยาหรือบุตรหลาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Epidemiology. (2002). *Disease surveillance report 2012*. Nontaburi. (In Thai)
- Bureau of Non-Communicable Disease. (2012). *Public health service crisis*. Bangkok: ThaiPublica. (In Thai)
- 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)
- Chiangpiew, N., Boonchieng, W., & Aungwattana, S. (2015). Effects of participatory learning regarding stroke prevention on knowledge and self-efficacy among village health volunteers, *Nursing Journal*, 45(1), 87-99. (In Thai)

- Choowong, J. & Kongsakul, P. (2012). Effects of participatory learning on knowledge of hypertension and food consumption of hypertensive. *Journal of Health Science Research*, 6(2), 30–37. (In Thai)
- Dana, K. (2011). A development of family roles in caring for elderly person with hypertension: At Noonrung primary care unit Banku subdistrict Yangsisurat district, Mahasarakham Province. *Journal of Nursing Division*, 38(3), 22-37. (In Thai)
- Department of Health, Bureau of Elderly Health. (2013). *Report of the Thai elderly health survey 2013 under the health promotion program for the elderly and the disabled*. Nonthaburi: Watcharin. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2010). *Training manual of participatory learning*. Retrieve from http://mhtech.dmh.moph.go.th/techno.techno_other/index.html (In Thai)
- Dickinson, H., Mason, J., Nicolson, D., Campbell, F., Beyer, F., Cook, J. V, Ford, G. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 24(2), 215–223. <http://doi.org/10.1097/01.hjh.0000199800.72563.26>
- Flynn, S. J., Ameling, J. M., Hill-Briggs, F., Wolff, J. L., Bone, L. R., Levine, D. M., ..., & Boulware, L. E. (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: Perspectives of patients and family members. *Patient Preference and Adherence*, 7, 741–749. <http://doi.org/10.2147/PPA.S46517>
- Jangwang, S., Pittayapinune, T., & Chutipattana, N. (2016). Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(1), 110–128. (In Thai)
- Kaweewon, T. (2008). Effects of participatory learning on knowledge belief and hand hygiene practices of alcohol-based solution among nurses in a community hospital. *Journal of Nurses Association of Thailand Northen Region*, 14(1), 26-39. (In Thai)
- Meethip, N., Tamdee, D., & Bhuddhirakkul, P. (2016). Effects of experiential learning on knowledge and screening practice and advice for hypertension among village health volunteers. *Nursing Journal*, 43(supplement), 104-115. (In Thai)
- National Health Security Office. (2009). *Guidelines in the treatment of hypertension 2008*. Bangkok: Style Creative House. (In Thai)
- Sanprasan, P., Wattradul, D., Jamsomboon, K., Puapairoj, V., Techangkul, L., & Yuyuen, Y. (2015). Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(1), 119-132. (In Thai)

- Sornpratate, M. (2011). *Knowledge and self-care practices of patients with hypertension in the area of responsibility of Primary health care center, Kut Ku Sub-district, Non Sak District, Nong Bua Lamphu Province*. Retrieve from <http://203.157.71.148/Information/center/research-55> (In Thai)
- Srisuk, S. (2014). Factors affecting home caring behaviors of diabetic patients in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Srivanalai Vijai*, 3(5), 74-83. (In Thai)
- Strategy and Planning Division. (2014). *Number and rate of inpatients with high blood pressure (I10-I15) per 100,000 population (including all diagnoses) 2007-2014 by province Public Health Service Area And country overview*. Nontaburi. (In Thai)
- Thai Hypertension Society. (2012). *Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Bangkok. (In Thai)
- Vonglek, R. (2015). The Effect of participatory learning on knowledge attitudes and practice of community leaders in prevention of dengue hemorrhagic fever of Klong-Cha-Nuan Subdistrict, Weingsra District, Surat thani Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 3(2), 273-291. (In Thai)
- Wongtib, U., Udomvong, N., & Narin, R. (2012). Development of hypertension prevention program among people at risk by community participation. *Nursing Journal*, 43(4), 12-24. (In Thai)
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. *World Health*, 176. <http://doi.org/ISBN 9789241564854>
- Yamsopee, W. (2010). The effect of a participatory learning program on knowledge and practice in pregnant women before receiving general anesthesia for cesarean section in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. *Journal of Nursing Division*, 37(2), 50-63. (In Thai)

**การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล
ในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
Nursing Shared Governance as Perceived by Nurses
in the Private Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital**

เจษฎา	เทพศิริ *	Jessada	Thepsiri *
เพชรสุนีย์	ทิ้งเจริญกุล **	Petsunee	Thungjaroenkul **
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์ ***	Apiradee	Nantsupawat ***

บทคัดย่อ

การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลเป็นการบริหารที่เปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมกับผู้บริหารในการตัดสินใจและทำให้พยาบาลมีพลังอำนาจในการให้บริการที่มีคุณภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลและศึกษาปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นพยาบาลจำนวน 132 คน เครื่องมือในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ดัชนีการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของ Hess (The Index of Professional Nursing Governance: IPNG) (Hess, 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Pitchayakoon (Pitchayakoon, 2019) และหาความเชื่อมั่นได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .97 และ 2) แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า

1. พยาบาลรับรู้ว่าได้เข้าไปกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาลบางส่วน ($\mu = 183.33, \sigma = 47.16$) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่ไม่มีการกำกับดูแลร่วม คือด้านการควบคุมบุคลากรและโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง ($\mu = 38.00, \sigma = 14.11$) และด้านการสร้างและมีส่วนร่วมในโครงสร้างคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล ($\mu = 24.05, \sigma = 7.92$) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับของมีการกำกับดูแลร่วมบางส่วน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล ($\mu = 36.80, \sigma = 10.29$) ด้านอิทธิพลของทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติ ($\mu = 31.08, \sigma = 47.16$) ด้านการควบคุมการปฏิบัติ ($\mu = 35.78, \sigma = 10.06$) และด้านการกำหนดเป้าหมายและเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้งในระดับองค์กรต่าง ๆ ($\mu = 17.61, \sigma = 5.89$)

2. พยาบาลมีความคิดเห็นว่าปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล ได้แก่ 1) การใช้วิธีประเมินแบบ 360 องศา 2) การให้อิสระแก่พยาบาลในการทำงาน 3) การเพิ่มช่องทางเผยแพร่ข่าวสารของโรงพยาบาล 4) การ

* พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไป คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 * Nurse, General Private Department, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, j.tepsiri@gmail.com
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, petsunee@gmail.com
 *** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 11 กุมภาพันธ์ 2563 วันที่แก้ไขบทความ 10 เมษายน 2563 วันตอบรับบทความ 28 เมษายน 2563

ส่งเสริมให้พยาบาลสร้างงานวิจัย นวัตกรรม และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารทางการพยาบาลในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารและการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล ปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล

Abstract

Nursing shared governance is a management that allows nurses to participate in decisions and will empower nurses to deliver high-quality patient care. The objective of this study was to explore the perception of nursing shared governance and study the promoting factors of nursing shared governance among nurses in the Private Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The population in this study was 132 professional nurses. Research instrument is a questionnaire that includes 2 parts: 1) The Index of Professional Nursing Governance (IPNG) Index developed by Hess (2010) which was translated into Thai by Natanong Pitchayakun (2019) The Cronbach's alpha of IPNG was .97 and 2) The opened questions about promoting factors of nursing shared governance. The data was analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that:

1. Nurses and nursing managers had equally shared in some subscales of nursing shared governance ($\mu = 183.33$, $\sigma = 47.16$). Considering the scores of each subscale of the nursing shared governance, decisions equally shared by nurses and nursing managers in the control over personnel ($\mu = 38.00$, $\sigma = 14.11$) and participation in committee structure ($\mu = 24.05$ ($\sigma = 7.92$). Whereas decisions not equally shared by nurses and nursing managers in access to information ($\mu = 36.80$, $\sigma = 10.29$), influence over resources that support the practice ($\mu = 31.08$, $\sigma = 47.16$), control over professional practice ($\mu = 35.78$, $\sigma = 10.06$) and goal setting & conflict resolution ($\mu = 17.61$, $\sigma = 5.89$).

2. Nurses reported that the promoting factors of nursing shared governance included the use of 360 degree feedback, giving nurses a greater autonomy, increasing hospital communication channels, and promoting nurses to conduct a research; innovation; and use evidence based practice in delivery patient care

The results of this study will be benefits for nursing administrators to conduct activities which could enhance nurses to be actively involved in decision making about administration and nursing practice in hospitals.

Keywords: *Nursing Shared Governance, promoting factors of nursing shared governance.*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อก้าวสู่การเป็นผู้นำด้านการแพทย์และระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์ โดยการจัดบริการสุขภาพที่เป็นเลิศและตอบสนองคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานตามความคาดหวังของประชาชนที่มากขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริหารงานจากเดิมที่มีโครงสร้างองค์กรใหญ่มาเป็นระบบการกระจายอำนาจสู่ผู้ปฏิบัติมากขึ้น เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่ายของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบสุขภาพที่เป็นฟันเฟืองหลักในการสร้างงานบริการที่มีคุณภาพและเป็นผู้ส่งมอบบริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ด้วยเหตุนี้องค์กรพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับได้เข้ามามีส่วนในการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลมากขึ้น

การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล (nursing shared governance) คือรูปแบบที่เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบริหารจัดการในองค์กร (Hess, 2014) ซึ่ง Hess กล่าวว่า พยาบาลควรมีการเข้าร่วมในการตัดสินใจบริหารจัดการใน 6 ด้าน คือ 1) ด้านการควบคุมบุคลากรและโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล 3) ด้านอิทธิพลของทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติ 4) ด้านการสร้างและมีส่วนร่วมในโครงสร้างของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลร่วมกัน 5) ด้านการควบคุมการปฏิบัติ และ 6) ด้านการกำหนดเป้าหมายและเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้ง ผลที่ได้จากการที่พยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล จะทำให้พยาบาลรับรู้ว่ามีพลังอำนาจและมีอิสระในการตัดสินใจ สามารถทำงานตามขอบเขตของมาตรฐานวิชาชีพได้ดีขึ้น และมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น (Hess, 2014; Taylor, 2016; Wilson, 2013)

ที่ผ่านมาได้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับการกำกับดูแล

ร่วมทางการพยาบาล โดยในระยะแรกจะเป็นการทำวิจัยเชิงคุณภาพมากกว่างานวิจัยเชิงปริมาณ จนกระทั่งมีการนำเครื่องมือที่หลากหลายในการวัดตัวแปรการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลมาใช้ และพบว่าเครื่องมือบ่งชี้การปกครองวิชาชีพพยาบาล (The index of Professional Nursing Governance: LPNG) ของ Hess (Hess, 2010) เป็นเครื่องมือที่มีรายละเอียดครอบคลุม มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือในระดับสูง และมีการนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางในงานวิจัยต่าง ๆ อาทิเช่น งานวิจัยของ Al-Faouri, Ali, & Essa (2014) ที่ศึกษาการรับรู้การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 390 รายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจอร์แดน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนร่วมในการบริหารเท่าเทียมกัน และการรับรู้การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลในระบบการจัดการของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของวิลสัน (Wilson, 2013) ที่นำเครื่องมือ LPNG ไปใช้ประเมินระดับการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลในโรงพยาบาล 3 แห่งในเมืองลาสเวกัสและเมืองเฮนเดอร์สัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลอยู่ในช่วง 135.27-149.54 ซึ่งแสดงว่าโรงพยาบาลมีการบริหารโดยใช้การตัดสินใจของผู้บริหารการพยาบาลเป็นหลักและพยาบาลประจำการมีส่วนร่วมในการร่วมตัดสินใจน้อย

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาเรื่องการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลค่อนข้างน้อย กล่าวคือ มีงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Waikasigorn (2004) ที่ศึกษาการรับรู้การร่วมบริหารในระดับหอผู้ป่วยของพยาบาลจำนวน 10 คนในโรงพยาบาลศูนย์ เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พบว่ากลุ่มประชากรมีการรับรู้ในหอผู้ป่วยมีรูปแบบการร่วมบริหารในลักษณะดังนี้ 1) มีการกระจายงานให้รับผิดชอบ 2) พัฒนางานสู่เป้าหมาย 3) ร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหา 4) ได้รับการเสริมพลังอำนาจ 5) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 6) มีอิสระและรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ที่เกิดจาก

การร่วมบริหารการพยาบาล คือ 1) มีความภาคภูมิใจ 2) มีความร่วมมือร่วมใจ 3) เป็นแรงกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4) เกิดความรักในหน่วยงาน และ 5) เพิ่มคุณภาพงานบริการพยาบาล และงานวิจัยของ Pitchayakoon (2019) ที่นำเครื่องมือ IPNG มาใช้ ประเมินการกำกับดูแลร่วมกันของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพุทธภูมิ จังหวัดเชียงราย มีการรับรู้ว่าการบริหารการพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลด้านการควบคุมบุคลากรและโครงสร้างที่เกี่ยวข้องมากกว่าพยาบาลประจำการ ขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการบริหาร ด้านทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติ ด้านการสร้างและการมีส่วนร่วมในโครงสร้างคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการบริหาร ด้านการควบคุมการปฏิบัติ และด้านการกำหนดเป้าหมายและเจรจาต่อรอง พบว่าผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลอย่างเท่าเทียมกัน จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่ามีการศึกษาการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลค่อนข้างน้อยทั้งในและต่างประเทศ และในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นองค์กรพยาบาลที่อยู่ภายใต้การบริหารงานของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่าเป็นองค์กรที่ให้บริการพยาบาลที่มีมาตรฐานสากลและเป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับนานาชาติในปี 2563 ซึ่งการที่จะบรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าวได้ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลในฝ่ายการพยาบาลที่มีจำนวนทั้งหมด 2,184 คน จากการที่ฝ่ายการพยาบาลมีบุคลากรทางการพยาบาลที่สังกัดอยู่จำนวนมากจึงเป็นอุปสรรคอย่างมากในการวางระบบการบริหารงานที่จะทำให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับได้เข้ามามีส่วนร่วมการบริหารอย่างเท่าเทียมกัน แต่ฝ่ายการพยาบาลก็ได้มีความพยายามที่จะส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายในองค์กรพยาบาล ด้วยการวางระบบการบริหารจัดการ

สองลักษณะร่วมกัน คือ การจัดการแบบจากบนลงล่าง (top-down management) ซึ่งเป็นการบริหารจัดการตามโครงสร้างสายการบังคับบัญชา และการจัดการแบบเมตริก (matrix management) ที่เป็นการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการที่ประกอบไปด้วยบุคลากรทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ (Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2019)

ปัจจุบันฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แบ่งหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยออกเป็น 12 หน่วยงาน ซึ่งงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเป็นหนึ่งในจำนวนนั้น การบริหารงานภายในของงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษจะมีหัวหน้างาน ผู้ตรวจการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ขององค์กรพยาบาล และมีการเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงาน นับตั้งแต่ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเริ่มให้บริการผู้ป่วยมาพร้อม ๆ กับการจัดตั้งโรงพยาบาล และได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและลักษณะการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการที่จะเข้ามานอนรักษาในหอผู้ป่วยมากขึ้น ด้วยการขยายหอผู้ป่วยจากเดิม 8 หอผู้ป่วยมาเป็น 10 หอผู้ป่วย โดยมี 5 หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเฉพาะโรคและอีก 5 หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยทั่วไป การปรับเปลี่ยนดังกล่าวทำให้การบริหารจัดการและขับเคลื่อนการทำงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ของฝ่ายการพยาบาลมีความยุ่งยากและต้องการให้บุคลากรทางการพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงการบริหารและการให้บริการในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันการบริหารจัดการภายในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษได้ใช้แนวนโยบายการบริหารตามที่ฝ่ายการพยาบาลกำหนด คือ ระบบการบริหารจัดการสองลักษณะร่วมกัน คือ การจัดการแบบจากบนลงล่างและการจัดการแบบเมตริก แต่ด้วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ยังมีกฎระเบียบที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล เช่น

การกำหนดให้การสรรหาคัดเลือกและเลื่อนขั้นเงินเดือนเป็นอำนาจหน้าที่ของผู้บริหารเท่านั้น เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่ผู้บริหารการพยาบาลจะได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการรับรู้การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Hess (2010) ที่ประกอบด้วย 1) ด้านการควบคุมบุคลากรและโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล 3) ด้านอิทธิพลของทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติ 4) ด้านการสร้างและมีส่วนร่วมในโครงสร้างของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล 5) ด้านการควบคุมการปฏิบัติ และ 6) ด้านการกำหนดเป้าหมายและเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้ง และศึกษาปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการ

รับรู้การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล และศึกษาปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ พยาบาลระดับปฏิบัติการในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไปและงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวนรวมทั้งสิ้น 140 คน ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะใช้ประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลระดับปฏิบัติการ ที่ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งปัจจุบัน และประสบการณ์การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ โดยลักษณะคำถามเป็นข้อความแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามดัชนีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาลของ Hess (The Index of Professional Nursing Governance: [IPNG]) (Hess, 2010) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Pitchayakoon (Pitchayakoon, 2019) ประกอบด้วยข้อคำถาม 86 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวดหมู่ที่เป็นลักษณะของการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล แต่ละข้อใช้มาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับและได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงแล้วได้ค่าเท่ากับ .97

การแปลผลจากผลคะแนนโดยรวมซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 86-430 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Hess (2010) กำหนดเป็น 5 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 คะแนนรวม 86-172 หมายถึง การกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลโดยผู้บริหารเท่านั้น

ระดับที่ 2 คะแนนรวม 173-257 หมายถึง มีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาล โดยผู้บริหารเป็นหลัก และพยาบาลมีส่วนร่วมบางส่วน

ระดับที่ 3 คะแนนรวม 258 หมายถึง มีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน ระหว่างผู้บริหารและพยาบาล

ระดับที่ 4 คะแนนรวม 259-344 หมายถึง มีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาล โดยพยาบาลเป็นหลัก และผู้บริหารมีส่วนร่วมบางส่วน

ระดับที่ 5 คะแนนรวม 345-430 หมายถึง การกำกับดูแลทางการพยาบาล คือบริหารโดยพยาบาลเท่านั้น

การแปลผลการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลในแต่ละด้าน โดยใช้เกณฑ์ของ Hess, 2010 ดังนี้

ด้านที่ 1 การควบคุมบุคลากรและโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน หากคะแนนอยู่ระหว่าง 45-88 คะแนน หมายถึง มีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาล

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน หากคะแนนอยู่ระหว่าง 31-60 คะแนน หมายถึง มีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาล

ด้านที่ 3 อิทธิพลของทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติ ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน หากคะแนนอยู่ระหว่าง 27-52 คะแนน หมายถึง มีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาล

ด้านที่ 4 การสร้างและมีส่วนร่วมในโครงสร้างของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง คือ 12-60 คะแนน หากคะแนนอยู่ระหว่าง 25 - 48 คะแนน หมายถึง มีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาล

ด้านที่ 5 การควบคุมการปฏิบัติ ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน หากคะแนนอยู่ระหว่าง 33-64 คะแนน หมายถึง มีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาล

ด้านที่ 6 การกำหนดเป้าหมายและเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้งในระดับองค์กรต่าง ๆ ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน หากคะแนนอยู่ระหว่าง 17-32 คะแนน หมายถึง มีการกำกับดูแลร่วมกันทางการ

พยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายเปิด ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยอาจารย์พยาบาลสองท่านและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารหนึ่งท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามหนังสือราชการเอกสารเลขที่ 132/2019 และผ่านการรับรองแบบยกเว้นของคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์ตามข้อตกลงร่วมระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ประสานงานที่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้ และผู้ประสานเป็นผู้ดำเนินการแจกแบบสอบถาม คำชี้แจง และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กับกลุ่มประชากร โดยขอให้ส่งคืนแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดวางไว้บริเวณห้องพักผ่อนของแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้รับเอกสารที่ตรวจสอบแล้วมีความสมบูรณ์ทุกฉบับจำนวน 132 ฉบับ จากทั้งหมด 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.29

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแบบสอบถามดัชนีการกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาลของ Hess, 2010 วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการ

พยาบาลของพยาบาลในทางการแพทย์ผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ วิเคราะห์โดยการนำข้อมูลไปวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวนร้อยละ 47.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 35.32 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.50 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 86.40 ระยะเวลาการปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.60 และเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการร้อยละ 93.90 เคยเป็นกรรมการในตำแหน่งต่างๆ ร้อยละ 52.30

2. การรับรู้การกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาลของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีคะแนนการกำกับดูแลร่วมโดยรวมอยู่ระหว่าง 96 - 378 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับของการกำกับดูแลร่วมบางส่วน ($\mu = 183.33$, $\sigma = 47.16$) บ่งชี้ว่าเป็นลักษณะการบริหารโดยผู้บริหารการพยาบาล

เป็นหลักและพยาบาลมีส่วนร่วมบางส่วน และเมื่อจำแนกการกำกับดูแลร่วมออกเป็นรายด้าน พบว่าด้านการควบคุมบุคลากรและที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับของไม่มีการกำกับดูแลร่วม ($\mu = 38.00$, $\sigma = 14.11$) ขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแลอยู่ในระดับของการกำกับดูแลร่วม ($\mu = 36.80$, $\sigma = 10.29$) ในด้านอิทธิพลของทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติอยู่ในระดับของการกำกับดูแลร่วม ($\mu = 31.08$, $\sigma = 47.16$) และด้านการสร้างและมีส่วนร่วมในโครงสร้างคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล อยู่ในระดับของไม่มีการกำกับดูแลร่วม ($\mu = 24.05$, $\sigma = 7.92$) ด้านการควบคุมการปฏิบัติ อยู่ในระดับของการกำกับดูแลร่วม ($\mu = 35.78$, $\sigma = 10.06$) และด้านการกำหนดเป้าหมายและเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้งในระดับองค์กรต่างๆ อยู่ในระดับของการกำกับดูแลร่วม ($\mu = 17.61$, $\sigma = 5.89$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำกับดูแลร่วมกันทางการพยาบาลโดยรวมและรายด้านของพยาบาล (n = 132)

การกำกับดูแลร่วม	คะแนนที่ได้	μ (σ)	ระดับ
โดยรวม	96 - 378	183.33 (47.16)	มีการกำกับดูแลร่วมบางส่วน
รายด้าน			
ด้านการควบคุมบุคลากร และโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง	24 - 106	38.00 (14.11)	ไม่มีการกำกับดูแลร่วม
ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแลร่วม	15 - 63	36.80 (10.29)	มีการกำกับดูแลร่วม
ด้านอิทธิพลของทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติ	13 - 65	31.08 (8.92)	มีการกำกับดูแลร่วม
ด้านการสร้างและมีส่วนร่วมในโครงสร้างของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง	12 - 56	24.05 (7.92)	ไม่มีการกำกับดูแลร่วม
ด้านการควบคุมการปฏิบัติ	17 - 80	35.78 (10.06)	มีการกำกับดูแลร่วม
ด้านการกำหนดเป้าหมายและเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้งในองค์กร	8 - 37	17.61 (5.89)	มีการกำกับดูแลร่วม

3. ปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มี 4 ปัจจัยที่ส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล ได้แก่ 1) การใช้วิธีประเมินแบบ 360 องศาเพื่อพิจารณาความดีความชอบของบุคลากร 2) การให้อิสระแก่พยาบาล ได้แก่ การให้หัวหน้าเวรสามารถปรับเปลี่ยนการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยประจำวันได้ การให้อิสระในการปรึกษากับหน่วยงานอื่น และการให้บุคลากรในหอผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่พบในร่องทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติ 3) การเพิ่มช่องทางเผยแพร่ข่าวสารของโรงพยาบาล 4) การส่งเสริมให้พยาบาลสร้างงานวิจัยนวัตกรรม และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เข้าไปกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลบางส่วน ($\mu = 183.33$, $\sigma = 47.16$) เนื่องจากมีบางด้านที่พยาบาลยังไม่ได้เข้าไปร่วมกำกับดูแลได้เท่าเทียมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย เมื่อพิจารณาผลการศึกษากำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่แต่ละด้าน อธิบายผลการศึกษาดังนี้

1. ด้านการควบคุมบุคลากรและโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาพบว่าพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รับรู้ว่ามีกำกับการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลในด้านนี้ ($\mu = 183.33$, $\sigma = 47.16$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการกำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเท่านั้นเป็นผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมและประเมินผลงานของบุคลากร การควบคุมการปฏิบัติงาน การดำเนินการทางวินัย การเลื่อนขั้น ปรับเงินเดือน และกำหนดสิทธิประโยชน์ของบุคลากร การออกแบบสถานที่ทำงานของบุคลากร ตลอดจนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ จากผลการ

ศึกษาจะเห็นได้ว่าอำนาจการตัดสินใจในการควบคุมบุคลากรและโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่จะเป็นของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งการมอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจในการควบคุมบุคลากรและโครงสร้างที่เกี่ยวข้องเพียงผู้เดียวโดยไม่ให้พยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม ย่อมส่งผลกระทบต่อองค์กร เช่น หากมอบอำนาจให้ หรือประเมินไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ส่งผลทำให้ผู้รับการประเมินไม่พึงพอใจ ขาดความมั่นใจ ต่อต้านผลการประเมิน และมีผลกระทบต่อขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยในวงกว้าง ซึ่งอาจทำให้บุคลากรท้อแท้และลาออกจากงานได้ (Siriboonkosai, 2011)

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รับรู้ว่าจะสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแลได้ ($\mu = 36.80$, $\sigma = 10.29$) ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่างานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษมีการเผยแพร่ข้อมูลของโรงพยาบาลให้พยาบาลทุกระดับได้รับทราบ และเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ข้อมูลความก้าวหน้า และปัญหาในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลผ่านทางเว็บไซต์ จดหมายข่าวอิเล็กทรอนิกส์ วารสารคณะแพทยศาสตร์ Town Hall Meeting ใต้สื่อสาร จดหมายแจ้งเวียน และฐานข้อมูลความรู้ในเว็บไซต์ของฝ่ายการพยาบาล นอกจากนี้มีการสื่อสารโดยตรงจากหัวหน้าหอผู้ป่วยไปถึงพยาบาลโดยตรงในการประชุมประจำวันหลังการรับส่งเวรเข้า จากการที่โรงพยาบาลและงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษมีการจัดให้มีหลายช่องทางในการสื่อสารข้อมูลจึงทำให้พยาบาลรับรู้ว่าได้เข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล

3. ด้านอิทธิพลของทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รับรู้ว่าการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลในด้านนี้ ($\mu = 31.08$, $\sigma = 8.92$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากฝ่ายการพยาบาลและงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษมีนโยบายให้ทุกหอผู้ป่วย

ป่วยมีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายในหอผู้ป่วย และให้อำนาจพยาบาลสามารถตัดสินใจและบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละเวรได้ พยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยมีขอบเขตความรับผิดชอบในการวางแผนและบริหารจัดการทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติงานเพื่อให้มีค่าใช้จ่ายเพียงพอและเหมาะสมเฉพาะภายในหอผู้ป่วยของตนเองเท่านั้นโดยไม่อำนาจหน้าที่ในการร่วมให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทรัพยากรของแผนกอื่น (Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2019) การให้พยาบาลมีอิทธิพลในการตรวจสอบ จัดหาและกำหนดมาตรการเกี่ยวกับทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติงานนั้น จะทำให้พยาบาลมีอิสระในการทำงาน คิดสร้างสรรค์บริการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากที่สุด ดังเช่นผลงานวิจัยของ Sangthong & Wisetrit (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัย การทำงานเป็นทีม ความมีอิสระในงานกับคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการที่พยาบาลมีความเป็นอิสระในงาน สามารถจัดการความปลอดภัยและดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบริการของหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ด้านการสร้างและมีส่วนร่วมในโครงสร้างคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รับรู้ว่ามีส่วนในการกำกับดูแลร่วมในด้านนี้ ($\mu = 24.05$, $\sigma = 7.92$) ที่เป็นเช่นนี้เพราะคณะกรรมการแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่กำหนดให้ผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ คณบดี รองคณบดี หัวหน้าภาควิชา และผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้มีอำนาจในการกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการบริหารของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขณะที่

พยาบาลถูกกำหนดให้มีส่วนร่วมในการทำงานของคณะกรรมการของงานการพยาบาล คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนปฏิบัติทางคลินิกของหอผู้ป่วยและคณะกรรมการระหว่างสหวิชาชีพ ซึ่งการที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ให้สิทธิ์พยาบาลได้เข้าร่วมในคณะกรรมการต่าง ๆ ย่อมทำให้พยาบาลมีโอกาสดำเนินการรับทราบข้อมูลและปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์พยาบาล มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อองค์กร และนำไปสู่ความร่วมมือที่จะพัฒนางานให้ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Manokarn & Aumtani (2007) ที่ศึกษาองค์ประกอบที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนและส่งเสริมจากองค์กร เช่น การให้โอกาสบุคลากรได้แสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและพัฒนางาน เป็นสภาพแวดล้อมที่ทำให้พยาบาลให้ความร่วมมือและยินดีปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Singjai, Pensirinapa, & Sitakalin (2016) ที่ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนการปฏิบัติงานขององค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .402$)

5. ด้านการควบคุมการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รับรู้ว่ามีส่วนร่วมมากกับในด้านการควบคุมการปฏิบัติ ($\mu = 35.78$, $\sigma = 10.06$) ที่เป็นเช่นนี้เกิดจากการกระจายอำนาจให้พยาบาลมีหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลได้อย่างอิสระภายใต้ขอบเขตและมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้โรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลมีการจัดระบบสนับสนุนให้พยาบาลทำผลงานวิจัย นวัตกรรม และนำแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในปฏิบัติการพยาบาลได้ สิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลจัดให้พยาบาลมีผลอย่างมากในการทำให้พยาบาลสามารถเข้าไปควบคุม

การปฏิบัติการพยาบาลได้ ดังการศึกษาของ Puttaruksa, Subgranon, & Othaganont (2016) ที่ศึกษาปัจจัยสู่ความสำเร็จในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผลการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้พยาบาลมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยหนึ่งในปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ คือ การจัดตั้งอำนวยการสวัสดิการ เช่น ความคล่องตัวของระบบสืบค้น อุปกรณ์ในการสืบค้น เป็นต้น

6. ด้านการกำหนดเป้าหมายและเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้งในระดับองค์กรต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รับรู้ว่ามีส่วนร่วมกำกับในด้านการกำหนดเป้าหมายและเจรจาต่อรองได้ ($\mu = 17.61$, $\sigma = 5.89$) ที่เป็นเช่นนี้เพราะในการให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ มีโอกาสที่จะเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งเมื่อเผชิญเหตุการณ์ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือญาติ พยาบาลทุกคนจะต้องทราบว่าจะจัดการกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร และในการเจรจาต่อรองกับผู้ป่วยหรือญาตินั้นจะเลือกพยาบาลที่ผ่านการอบรมการเจรจาต่อรองเข้าไปร่วมกับแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง ซึ่งในการดำเนินงานของงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษจะมีการฝึกอบรมให้พยาบาลที่เตรียมเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการเจรจาต่อรองกับผู้รับบริการ ผู้ร่วมวิชาชีพ แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งผู้บริหารโรงพยาบาล สำหรับผลการศึกษาปัจจัยส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าการใช้วิธีประเมินแบบ 360 องศาเพื่อพิจารณาความดีความชอบของบุคลากรส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานแบบ 360 องศาเป็นวิธีการที่มีแนวคิดให้ผู้ถูกประเมินเป็นศูนย์กลาง และผู้ประเมินคือผู้ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานทุกระดับ ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย

ผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน ผู้รับบริการ และบุคลากรผู้ถูกประเมิน (Maisutha & Sachuck, 2011) จึงทำให้พยาบาลซึ่งอาจเป็นผู้ถูกประเมินหรือเป็นผู้ประเมินเพื่อนร่วมงานรับรู้ที่ได้รับอำนาจอย่างเป็นทางการจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรและมีส่วนร่วมในการพิจารณาเลื่อนตำแหน่ง เลื่อนขั้น ปรับเงินเดือน และกำหนดสิทธิประโยชน์ของเพื่อนร่วมงาน

การเพิ่มช่องทางเผยแพร่ข่าวสารของโรงพยาบาลเป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาล ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการจัดช่องทางให้พยาบาลได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการกำกับดูแล ได้แก่ เว็บไซต์โรงพยาบาล ใต้สื่อสาร หนังสือแจ้งเวียน การสื่อสารจากหัวหน้า และรายงานประจำปีออนไลน์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายเหล่านี้เป็นสื่อกลางที่ดีในการส่งข้อมูลจากผู้บริหารไปยังพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี ดังที่ Sawatburi (2012) กล่าวว่าไว้ว่าช่องทางการสื่อสารในองค์กรที่หลากหลายจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจปัญหาในองค์กรและนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนางานได้ดีขึ้น

การให้อิสระแก่พยาบาลเป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมการกำกับดูแลทางการพยาบาล เช่น การให้หัวหน้าเวรสามารถปรับเปลี่ยนการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยประจำวันได้ การให้อิสระในการปรึกษากับหน่วยงานอื่น และการให้บุคลากรในหอผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่พบในเรื่องทรัพยากรที่สนับสนุนการปฏิบัติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Kanter (1997) ที่ผู้บริหารต้องการเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานด้วยการถ่ายโอนอำนาจให้อิสระในการตัดสินใจ และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sawangwan, Keitlertnapha, & Nantsupawat (2014) ที่ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างสรรค์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล

ศูนย์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .51$)

การส่งเสริมให้พยาบาลสร้างงานวิจัย นวัตกรรม และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีการกำกับดูแลร่วมกันมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการที่พยาบาลได้ทำงานวิจัย สร้างนวัตกรรม และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลด้านการพยาบาล เป็นการเพิ่มศักยภาพในการทำงาน และได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Methawin (2009) ที่พบว่า การสร้างงานวิจัยจากงานประจำ ช่วยให้พยาบาลรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการปฏิบัติและผลิตผลงานที่สามารถแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้ อีกทั้งยังใช้กระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือในการพัฒนางานประจำให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลเข้าไปกำกับดูแลร่วมกันมากขึ้น ด้วยการให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการประเมินแบบ 360 องศา เพิ่มช่องทางการสื่อสารในหน่วยงานให้มากขึ้น มีการให้อิสระแก่พยาบาลในการบริหารงาน และการส่งเสริมให้พยาบาลสร้างงานวิจัย นวัตกรรม และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนอื่น เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงการบริหารงานในโรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการกำกับดูแลร่วมทางการพยาบาลที่มีต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Al-Faouri, I. G., Ali, N. A., & Essa, M. B. (2014). Perception of shared governance among registered nurses in a Jordanian university hospital. Retrieved from www.ijhssnet.com/journals/Vol.4_No.61_April_2014/27.pdf
- Hess, R. (2014). Implementing shared governance: No turning back. *Nurse Leader*, 12(4), 40-42.
- Hess, R. (2010). The Measurement of Professional Governance: Scoring Guidelines and Benchmarks. *Forum for Shared governance*, 1-23.
- Kanter, R. M. (1979). Power failure in management circuits. *Classics of organization theory*, 342-351.
- Methawin, D. (2009). Nursing personnel development potential creating research from regular work in Phayao Hospital. *Journal of Nursing Division*, 36(2), 46-55. (In Thai)
- Manokarn, C. & Aumtani, A. (2012). The study of environmental elements suitable for Work of a professional nurse. *Thai Journal of Nursing Council*, 22(2), 57-57. (In Thai)
- Maisutha, A. & Sachuck, S. (2011). *Performance appraisal* (18th ed.). Bangkok: Technology Promotion Association Ltd. (In Thai)
- Nursing department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.(2019). *Self assessment report of the nursing department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*. Faculty of Medicine Chiang Mai University. (In Thai)

- Pitchayakoon, N. (2019). Knowledge, Attitude, Shared governance and Practice of Registered Nurses Regarding Advance Directive. Master of Nursing Science (Adult Nursing). Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (In Thai)
- Puttaruksa, L., Subgranon, R., & Othaganont., P. (2016). Factors Leading to Success in the Implementation of Evidence Based Nursing Practice of Professional Nurses. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(3), 94-103. (In Thai)
- Sangthong, B. & Wisetrit, W. (2009). The relationship between security management and working as a team, having independence in work and quality, the services of intensive care unit as perceived by professional nurses of intensive care units at Private Bangkok Hospitals. *Journal of Nursing Science*, 3(1), 47-58. (In Thai)
- Siriboonkosai, K. (2011). Employee's Cognitive and Attitude in 360 degree feedback performance appraisals and organizational commitment of Private Hospital in HuayKwang District. Master's Project, M.B.A. (Management). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. (In Thai)
- Sasang, N., Pensirinapa, N., & Prasertchai, A. (2016). Empowerment and Organization Commitment of Professional Nurses in Thammasat University Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(1), 79-87. (In Thai)
- Sawangwan, P., Keitlertnapha, P., & Nantsupawat, R. (2014). Head Nurse-Staff Nurse Exchange, Structural Empowerment and Innovative Behavior of Professional Nurses in Regional Hospitals. *Nursing Journal*, 41(1), 158-168. (In Thai)
- Singjai, S., Pensirinapa, N., & Sitakalin, P. (2016). The Relationships between Personal Factors, Organizational Climate and Personnel Participation in Risk Management in Community Hospitals, Chiang Mai Province. *Nursing Journal*, 43(5), 162-172. (In Thai)
- Taylor, K. (2016). Using shared governance to empower nurses. *Nursing times*, 112(1-2), 20-23.
- Waikasisorn, T. (2004). Nursing shared governance at ward level as perceived by professional nurses in regional hospital. Master of Nursing Science (Nursing Administration). Faculty of Nursing, Naresuan University. (In Thai)
- Wilson, E. M. (2013). Evaluating shared governance for nursing excellence. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/62877482.pdf>

การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดท่าผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาล Development of Patient Positioning Electronic Book For Nurse Anesthetists

ปาริชาติ	ขุนวิทยา *	Parichad	Khunwittaya *
เพชรสุรีย์	ทั้งเจริญกุล **	Petsunee	Thungjaroenkul **
อภริตี	นันท์ศุภวัฒน์ **	Apiradee	Nantsupawat **

บทคัดย่อ

การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นการเพิ่มโอกาสให้วิสัญญีพยาบาลได้พัฒนาความรู้เรื่องการจัดท่าผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด แต่ยังไม่หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดท่าผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาลมาก่อน งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดท่าผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาล และประเมินประสิทธิผลของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ วิสัญญีพยาบาลจำนวน 33 ราย ที่ได้มาจากการสุ่มแบ่งชั้นภูมิตามประสบการณ์ในการทำงาน ผลลัพธ์ของการเรียนรู้สามารถประเมินได้จาก แบบทดสอบความรู้ระหว่างเรียน และแบบทดสอบความรู้หลังเรียน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเท่ากับ .90 และ เท่ากับ 1.00 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 มีการเก็บข้อมูลในสองระยะ ระยะแรกเป็นการทดสอบนำร่องเพื่อประเมินประสิทธิผลของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และระยะที่สองประเมินผลการเรียนก่อนและหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลที่ได้จากแบบทดสอบความรู้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ดัชนีประสิทธิผลของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดท่าผู้ป่วย เท่ากับ 86.11:96.66 ซึ่งหมายความว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้มีประสิทธิผลอยู่ในระดับตามเกณฑ์

2. ร้อยละ 63.33 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนการทดสอบก่อนเรียนน้อยกว่าร้อยละ 80 หลังจากเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความรู้ในการจัดท่าผู้ป่วยดีขึ้นและได้ คะแนนทดสอบหลังเรียนมากกว่าร้อยละ 80 เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการทำงานแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มีพยาบาลที่มีประสบการณ์มากจำนวน 6 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ปานกลางจำนวน 5 คน มีคะแนนการทดสอบมากกว่าร้อยละ 80

แต่หลังจากเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พยาบาลที่มีประสบการณ์มาก ปานกลาง และน้อย มีคะแนนทดสอบหลังเรียนมากกว่าร้อยละ 80

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดท่าผู้ป่วยนี้ มีประสิทธิผลในการ เพิ่มความรู้แก่วิสัญญีพยาบาลได้ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นมาให้วิสัญญีพยาบาลได้ใช้เรียนรู้ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติ

* วิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Nurse Anesthetists, Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, petsunee@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 26 กุมภาพันธ์ 2563 วันที่แก้ไขบทความ 25 มีนาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 28 เมษายน 2563

คำสำคัญ: วิสัญญีพยาบาล หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ การจัดท่าผู้ป่วย

Abstract

The use of an electronic book (e-book) has provided increased opportunities for nurse anesthetists to improve their knowledge of surgery patient positioning. However, there was no the patient positioning e-book for nurse anesthetists. This study aimed to develop the patient positioning e-book and evaluate nurse anesthetists' knowledge at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital after learning from this e-book. Participants were 33 nurse anesthetists who were selected using stratified random sampling based on their experience. Learning outcomes were determined by pre- knowledge assessment test and post-knowledge assessment test that were validated by three experts. The validity index of pre-test score and post-test score were .90 and 1.00, respectively. The reliability index of learning outcome was .91. There were two steps in the data collection process. First, a pilot test was conducted to assess the efficiency of the e-book. Secondly, a field test was performed to evaluate learning via the e-book. The test scores were analyzed by descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The efficiency index of this patient positioning e-book was 86.11:96.66, which means that the efficiency of the e-book is satisfactory.
2. 63.33 % of participants had pretest score of less than 80%. After learning using the e-book, all participants improved their knowledge in surgery patient positioning and they received post-test scores of more than 80%. When considering nurses by different working experiences, results showed that before learning with e-book, 11 of 17 high-experienced nurses and 6 of 10 moderate-experienced nurses had pretest score of less than 80%. After learning using the e-book, all three groups of high-experienced nurses, moderate-experienced nurses, and low-experienced nurses had post-test scores of more than 80%.

The study findings revealed the patient positioning e-book has efficiency to increase the knowledge of nurse anesthetists. Therefore, nursing administrators should encourage nurse anesthetists to review contents in this e-book before practicing.

Keywords: Nurse Anesthetists, Electronic Book, Patient Positioning

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดท่าผู้ป่วยเป็นการจัดร่างกายของผู้ป่วยให้อยู่ในลักษณะตามกายวิภาคปกติ ซึ่งต้องมีความเหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย และเหมาะสมกับการให้การดูแลรักษา (Watson, 2014) ซึ่งเป็นทักษะที่มี

ความสำคัญของวิสัญญีพยาบาล ซึ่งการจัดท่าที่ไม่ถูกต้องนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงอวัยวะสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร เช่น การกดทับบริเวณลูกตาซึ่งอาจมีผลต่อเส้นประสาทที่เลี้ยงกล้ามเนื้อลูกตาและจอประสาทตาซึ่งมีผู้ป่วยรายงาน

การสูญเสียสมรรถภาพการมองเห็นได้ (Ratchaderm, 2017) ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถจัดทำผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะทำการผ่าตัดที่พบได้บ่อย ได้แก่ 1) ท่านอนหงาย (Supine position) 2) ท่านอนศีรษะต่ำ (Trendelenburg position) 3) ท่านอนขาหยั่ง (Lithotomy position) 4) ท่านอนตะแคง (Lateral position) 5) ท่านอนคว่ำ (Prone position) และ 6) ท่านั่ง (Sitting position)

ปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งมีวิสัญญีแพทย์ไม่เพียงพอ วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยแพทย์ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมวิสัญญีพยาบาลให้มีความรู้ในเรื่องการจัดทำผู้ป่วย ซึ่งที่ผ่านมาแต่ละโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาความรู้ของวิสัญญีพยาบาลในเรื่องการจัดทำผู้ป่วยโดยใช้วิธีการบรรยายในชั้นเรียน แต่มักจะพบปัญหาว่าวิสัญญีพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ทุกคน เพราะมีวิสัญญีพยาบาลบางคนต้องทำงานในช่วงเวลาที่มีการอบรม ประกอบกับมีข้อจำกัดของเรื่องเวลาและงบประมาณจึงไม่สามารถจัดการอบรมในหัวข้อเดิมได้หลายครั้ง ดังนั้นการอบรมเรื่องการจัดทำผู้ป่วย จึงต้องมีการปรับปรุงวิธีการให้ความรู้แบบใหม่เพื่อให้มีความสะดวกและสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งในปัจจุบันการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (electronic book) หรืออีบุ๊ก (e-book) ได้รับความนิยมมากขึ้น เนื่องจากเป็นสื่อการสอนที่มีลักษณะคล้ายหนังสือแต่สามารถเรียนรู้ผ่านระบบคอมพิวเตอร์หรือระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เป็นเอกสารที่ใช้ได้ง่าย สามารถเลือกอ่านบทเรียนได้ตามที่ผู้เรียนต้องการ พกพาสะดวก และสร้างจุดเชื่อมโยงออกไปเชื่อมต่อกับข้อมูลภายนอกได้ (Srifah, 2008) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์จึงเป็นสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง มีประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีอยู่เดิม สามารถต่อยอดการเรียนรู้ได้โดยได้รับแรงจูงใจ มีความสนใจและความพร้อมที่จะรับข้อมูลข่าวสารเพื่อพัฒนาตนเอง อีกทั้งสามารถเลือกสถานที่เรียน และช่วงเวลาในการเรียนได้ตามความสะดวก ซึ่งเหมาะกับ

วิชาชีพพยาบาลที่มีการขึ้นปฏิบัติหน้าที่ในเวลาที่แตกต่างกันไป (Wattanawong, 2012) ดังนั้นการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์จึงอาจเป็นวิธีการอบรมให้ความรู้รูปแบบใหม่ที่สามารถใช้ในการอบรมวิสัญญีพยาบาลในเรื่องการจัดทำผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าประเทศไทยได้มีการสร้างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อนำไปใช้ในการให้ความรู้โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (Manapattanasatien, Chitreecheur, & Kasatpibal, 2018) การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับอาสาสมัครกู้ภัย (Pichai, Picheansathian, & Yimyam, 2017) และการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Sangkampang, Kasatpibal, & Viseskul, 2018) แต่จากการทบทวนยังไม่พบว่ามีการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาลมาก่อน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการจัดทำผู้ป่วยขึ้นมา เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลได้ใช้ในการเรียนรู้เรื่องการจัดทำผู้ป่วยด้วยตนเอง และประเมินประสิทธิผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการเพิ่มพูนความรู้ของวิสัญญีพยาบาล ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยนี้จะทำให้ได้แนวทางใหม่ในการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลในมีความรู้ในเรื่องการจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้อง อันจะส่งผลให้วิสัญญีพยาบาลสามารถจัดทำผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการจัดทำของวิสัญญีพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาล
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาล มีลักษณะอย่างไร
2. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาล ทำให้วิสัญญีพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นหรือไม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning) ของ Knowles, Holton, & Swanson (2005) ร่วมกับ ADDIE model (Friedman & Fottler, 2011) เป็นกรอบในการวิจัยนี้ โดยมีการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยและประเมินประสิทธิผลของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ตาม 5 ขั้นตอน ดังนี้ การวิเคราะห์ (Analysis) คือ การวิเคราะห์จากการรวบรวมข้อมูลบนพื้นฐานข้อเท็จจริงขององค์กรในเรื่องการอบรม การออกแบบ (Design) คือ การจัดทำแผนโดยมีการเขียนโครงร่างของโครงการ มีการวางรูปแบบวิธีการ รวมถึงกำหนดระยะเวลาในการฝึกอบรม การพัฒนา (Development) คือ ขั้นตอนการพัฒนาสื่อ การพัฒนาการฝึกอบรม การพัฒนาหลักสูตรและผลลัพธ์ของการเรียนรู้ให้เป็นรูปร่าง การลงมือปฏิบัติ (Implementation) คือ การนำสื่อและหลักสูตรที่ได้ทำการพัฒนาสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล (Evaluation) คือ การติดตามดูผลการฝึกอบรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาความรู้ของวิสัญญีพยาบาลโดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีและประเมินความรู้ของวิสัญญีพยาบาลภายหลังจากการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 33 คน ที่ได้คำนวณมาโดยวิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างในการพัฒนาสื่อการสอนของ Songkram (2014) ที่ระบุว่าให้ใช้ตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อทดสอบหาข้อบกพร่องของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะอีก 30 คน เพื่อทดสอบผลการใช้จริงในภาคสนามรวมเป็นทั้งสิ้น 33 คน ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 33 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิตามประสบการณ์ในการทำงาน โดยจัดกลุ่มวิสัญญีพยาบาลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีประสบการณ์น้อย (อายุงานน้อยกว่า 2 ปี) กลุ่มที่มีประสบการณ์ปานกลาง (อายุงาน 2-10 ปี) และกลุ่มที่มีประสบการณ์มาก (อายุงานมากกว่า 10 ปี) จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างกลุ่มละ 1 คน รวมทั้งหมด 3 คน เพื่อใช้ในการทดสอบนำร่อง และสุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอีกครั้งตามสัดส่วนเพื่อให้ได้ตัวอย่างจำนวน 30 คน สำหรับการทดสอบภาคสนาม ทำให้ได้กลุ่มที่มีประสบการณ์น้อย จำนวน 3 คน กลุ่มที่มีประสบการณ์ปานกลาง จำนวน 10 คน และกลุ่มที่มีประสบการณ์มาก จำนวน 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา มี 4 ประเภท ได้แก่

- 1.1 สตอรี่บอร์ดของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์จะครอบคลุมข้อบ่งชี้ วิธีการจัดทำ และข้อควรระวังในการจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด 6 ท่า คือ ท่านอนหงาย ท่านอนศีรษะต่ำ ท่านอนขาหยั่ง ท่านอนตะแคง ท่านอนคว่ำ และ ท่านั่ง

- 1.2 แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการจัดทำผู้ป่วย สำหรับวิสัญญีพยาบาล ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบ

ประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 3 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 0 คะแนน และมีคำถามปลายเปิด ซึ่งเป็นคำถามเพื่อให้เขียนข้อเสนอแนะอื่นๆ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00

1.3 แบบทดสอบความรู้ระหว่างเรียนหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มีจำนวน 60 ข้อ โดยข้อคำถามจะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ วิธีการจัดทำ และข้อควรระวังในการจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดจำนวน 6 ท่า ท่าละ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามจะเป็นแบบปรนัย มี 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน ซึ่งแบบทดสอบระหว่างเรียนมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.9

1.4 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยที่สร้างขึ้นโดยใช้โปรแกรม iBooks Author ประกอบด้วย 6 บท ได้แก่ บทที่ 1 ทำนอนหงาย บทที่ 2 ทำนอนศีรษะต่ำ บทที่ 3 ทำนอนขาเหยียด บทที่ 4 ทำนอนตะแคง บทที่ 5 ทำนอนคว่ำ บทที่ 6 ทำนั่ง และส่วนท้ายมีคำถามท้ายบท

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาล มีลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การเข้ารับการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลหลักสูตร 1 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในภาควิชาวิสัญญีวิทยา ประสบการณ์การอบรมวิชาการเกี่ยวกับการจัดทำผู้ป่วย และประสบการณ์การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

2.2 แบบทดสอบความรู้หลังการเรียนหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีจำนวน 20 ข้อ คำถามจะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ วิธีการจัดทำ และข้อควรระวังในการจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดจำนวน 6 ท่า ข้อคำถามของแบบทดสอบหลังเรียนจะเป็นแบบเลือกคำตอบ ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนผู้วิจัยได้กำหนดระดับผลการเรียนโดยใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนสอบ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Wannarat, 2017) คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป) หมายความว่ามีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 70-79 (ตอบถูก 14-15 ข้อ) หมายความว่ามีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 60-69 (ตอบถูก 12-13 ข้อ) หมายความว่ามีความรู้ในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 50-59 (ตอบถูก 10-11 ข้อ) หมายความว่ามีความรู้ในระดับพอใช้ ต่ำกว่าร้อยละ 50 (ตอบถูกน้อยกว่า 10 ข้อ) หมายความว่ามีความรู้ในระดับต้องปรับปรุง ซึ่งแบบทดสอบหลังการเรียนมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest Method) ได้ค่าเท่ากับ 0.905

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการรับรองตามหนังสือราชการเอกสารเลขที่ 118/2019 และผ่านการรับรองแบบยกเว้นของคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ตามข้อตกลงร่วมระหว่าง คณะพยาบาลศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เมื่อได้รับอนุญาตจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และหัวหน้าการพยาบาลวิสัญญีภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนาความรู้ของวิสัญญีพยาบาลตามแนวทาง ADDIE Model 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทบทวน และค้นหาปัญหาและสาเหตุของการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และทำการผ่าตัดที่ใช้บ่อยในโรงพยาบาล

2. ขั้นตอนการออกแบบ ผู้วิจัยจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาออกเป็น 6 บท ตามท่าในการผ่าตัดคือ ทำนอนหงาย ทำนอนศีรษะต่ำ ทำนอนขาเหยียด ทำนอนตะแคง ทำนอนคว่ำ และทำนั่ง จากนั้นเขียนแผนผังบทเรียนโดย

แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บทนำ บอกรายละเอียด การแนะนำตัวบทเรียน คำชี้แจงในการศึกษาบทเรียน วัตถุประสงค์ของบทเรียน และเมนูหัวข้อหลักในการเริ่ม เข้าสู่บทเรียน หรือการเลือกบทเรียน ส่วนที่ 2 เนื้อหา ของบทเรียนประกอบด้วย 6 บท และแบบทดสอบ ระหว่างเรียนของแต่ละบท ส่วนที่ 3 แบบทดสอบหลัง เรียน จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด เกณฑ์ การให้คะแนนคือตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และผู้เรียนสามารถตรวจคำตอบและข้อเฉลยได้ ทันที หลังจากตอบคำถามครบทุกข้อ ส่วนที่ 4 บทส่ง ท้าย เป็นส่วนที่ระบุรายนามของผู้เกี่ยวข้องในการสร้าง หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

จากนั้นผู้วิจัยนำผังบทเรียนมาจัดทำในรูปของ Microsoft power point มีการนำเสนอเนื้อหาจำนวน 6 บทเรียน ด้วยข้อความ รูปภาพ และ วิดีโอต่าง ๆ อย่าง ละเอียด มีแบบทดสอบระหว่างเรียนของแต่ละบท และ แบบทดสอบหลังเรียนเมื่อเรียนจบทุกบท

3. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยพัฒนา หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ โดยใช้โปรแกรม iBooks Author ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูป โดยเนื้อหาในบทเรียนได้นำเสนอในรูปแบบข้อความ รูปภาพ วิดีโอ และแบบทดสอบความรู้ จากนั้นบันทึก ไฟล์ในรูปแบบของ PDF แล้วเก็บไว้ในกล่องจดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเตรียมส่งไฟล์ต่อไปให้ผู้เข้าร่วมการ ศึกษา ซึ่งมีความง่ายและสะดวกในการนำไปทดลองใช้ งาน มีการเขียนคำอธิบายรายละเอียดวิธีการใช้งานบน หน้าจอในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ จากนั้นนำหนังสือ อิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความ เชี่ยวชาญด้านสื่อจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมในการออกแบบ รูปแบบของการนำเสนอ เนื้อหาในบทเรียน และให้ข้อคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถาม ความคิดเห็นต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ จากนั้นนำข้อ เสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

4. การนำไปใช้ ผู้วิจัยนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ ปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์แล้ว ไปให้กลุ่มตัวอย่างทดสอบ เรียนโดยแบ่งการทดสอบเป็น 2 รอบ 1) การทดสอบ

นำร่อง เพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ โดยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน โดยส่งไฟล์ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พร้อมให้ password เพื่อเข้าไป เรียนและทำแบบทดสอบความรู้ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ เมื่อตรวจสอบข้อมูลมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ผู้วิจัยจึง นำผลคะแนนของแบบทดสอบระหว่างเรียน และผล คะแนนของแบบทดสอบหลังเรียนมาคำนวณหา ประสิทธิภาพตามสูตร $E = \frac{E1}{E2}$ โดยกำหนดเกณฑ์ ประสิทธิภาพที่ 80/80 พบว่ามีประสิทธิภาพเท่ากับ 86.11/96.66 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และ 2) การ ทดสอบภาคสนาม ผู้วิจัยนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ไป ทดสอบวัดความรู้กับวิสัญญีพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยให้ทำแบบทดสอบก่อนเรียนให้เสร็จ เรียบร้อย จากนั้นส่งไฟล์หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พร้อมให้ password เพื่อเข้าไปเรียนและทำแบบทดสอบความรู้ ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงให้ทำแบบทดสอบ หลังเรียน 20 ข้อ ได้ข้อมูลจึงนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ

5 การประเมินผล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลพบว่า ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนจึงได้นำ ข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ด้วย สถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ ค่า เฉลี่ย ส่วนคะแนนผลการทดสอบความรู้ในขั้นทดสอบ นำร่อง และการทดสอบแบบภาคสนามใช้การวิเคราะห์ ด้วยสถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย 39.03 ปี ร้อยละ 93.30 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 ของ กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี โดยกลุ่มตัวอย่างผ่านการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล หลักสูตร 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 และยังไม่ผ่านการฝึก อบรม คิดเป็นร้อยละ 10 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในภาค วิชาวิสัญญีวิทยา มากกว่า 10 ปี มีจำนวนมากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 56.70 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.30 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำ การเคยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่เคยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ถึงร้อยละ 93.30 และเคยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เพียงร้อยละ 6.70

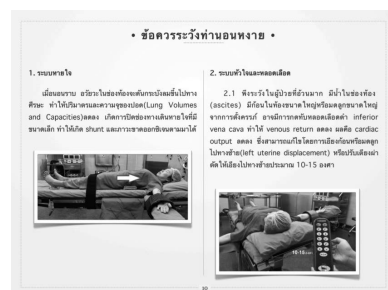
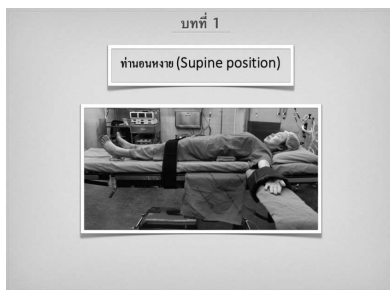
2. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาจำนวน 6 บท ดังนี้ บท

ที่ 1 ท่านอนหงาย บทที่ 2 ท่านอนศีรษะต่ำ บทที่ 3 ท่านอนขาหยั่ง บทที่ 4 ท่านอนตะแคง บทที่ 5 ท่านอนคว่ำ และบทที่ 6 ท่านั่ง โดยเนื้อหาของบทเรียนนำเสนอในรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ ข้อความตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและเสียงบรรยาย ตัวอย่างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีลักษณะดังนี้



• สารบัญ •

	หน้า
คำชี้แจง	2
ความหมายของการจัดทำ	4
วัตถุประสงค์ของการจัดทำ	5
บทที่ 1 ท่านอนหงาย (Supine position)	6
บทที่ 2 ท่านอนศีรษะต่ำ (Trendelenburg position)	15
บทที่ 3 ท่านอนขาหยั่ง (Lithotomy position)	24
บทที่ 4 ท่านอนตะแคง (Lateral position)	33
บทที่ 5 ท่านอนคว่ำ (Prone position)	42
บทที่ 6 ท่านั่ง (Sitting position)	51
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อการจัดทำ	59
เอกสารอ้างอิง	60



ผลการประเมินประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบในระหว่างเรียน (E1) เท่ากับร้อยละ 86.11 และค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบหลังเรียน

(E2) เท่ากับร้อยละ 96.66 ดังนั้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์จึงมีประสิทธิภาพเท่ากับ 86.11:96.66 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผลการทดสอบในระหว่างเรียนและการทดสอบหลังเรียน หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาล (n=3)

กลุ่มตัวอย่าง	การทดสอบระหว่างเรียน		การทดสอบหลังเรียนครบทุกบท		อัตราส่วนของร้อยละของข้อคำถามที่ตอบถูกระหว่างการทดสอบระหว่างเรียนกับการทดสอบหลังเรียนครบทุกบท (E1/E2)
	ตอบได้ถูกต้อง (ข้อ)	ร้อยละของข้อคำถามที่ตอบถูก	ตอบได้ถูกต้อง (ข้อ)	ร้อยละของข้อคำถามที่ตอบถูก	
	กลุ่มที่มีประสบการณ์มาก	51	85	19	95
กลุ่มที่มีประสบการณ์ปานกลาง	53	88.33	19	95	88.33:95
กลุ่มที่มีประสบการณ์น้อย	51	85	20	100	85:100
ค่าเฉลี่ยต่อคน	51.67	86.11	19.33	96.66	86.11:96.66

3. ผลการประเมินความรู้ของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เชียงใหม่และการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วย

ผลการประเมินความรู้ของวิสัญญีพยาบาลก่อนที่วิสัญญีพยาบาลได้เรียนเนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์มาก มีระดับความรู้ก่อนเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วย ร้อยละ 47.06 มีความรู้ก่อนเรียนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.29 อยู่ในระดับ

ดีมาก ร้อยละ 11.76 อยู่ในระดับค่อนข้างดี และร้อยละ 5.88 อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ปานกลาง พบว่า มีระดับความรู้ก่อนเรียนอยู่ในระดับดีมากและอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50 และส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย พบว่า มีระดับความรู้ก่อนเรียนอยู่ในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 66.66 และที่เหลือมีระดับความรู้ก่อนเรียนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.33 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกระดับความรู้ของวิสัญญีพยาบาลก่อนเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วย (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคน	จำนวนคน (ร้อยละ) ตามระดับความรู้				
		ดีมาก	ดี	ค่อนข้างดี	พอใช้	ต้องปรับปรุง
กลุ่มที่มีประสบการณ์มาก	17	6 (35.29)	8 (47.06)	2 (11.76)	1 (05.88)	-
กลุ่มที่มีประสบการณ์ปานกลาง	10	5 (50.00)	5 (50.00)	-	-	-
กลุ่มที่มีประสบการณ์น้อย	3	-	1 (33.33)	2 (66.66)	-	-
รวม	30	11 (36.67)	14 (46.67)	4 (13.33)	1 (3.33)	-

ผลการประเมินความรู้ของวิสัญญีพยาบาลภายหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์

ปานกลาง และ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย มีระดับความรู้หลังเรียนอยู่ในระดับดีมาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกระดับความรู้ของวิสัญญีพยาบาลภายหลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วย (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน คน	จำนวนคน (ร้อยละ) ตามระดับความรู้				
		ดีมาก	ดี	ค่อนข้างดี	พอใช้	ต้องปรับปรุง
กลุ่มที่มีประสบการณ์มาก	17	17 (100)	-	-	-	-
กลุ่มที่มีประสบการณ์ปานกลาง	10	10 (100)	-	-	-	-
กลุ่มที่มีประสบการณ์น้อย	3	3 (100)	-	-	-	-
รวม	30	30 (100)	-	-	-	-

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาทำให้ได้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้สำหรับวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ โดยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด 6 ท่า ได้แก่ 1) การจัดท่านอนหงาย 2) การจัดท่านอนศีรษะต่ำ 3) การจัดท่านอนขาเหยียด 4) การจัดท่านอนตะแคง 5) การจัดท่านอนคว่ำ และ 6) การจัดท่านั่ง ที่กำหนดเนื้อหาไว้เพียง 6 ท่านั้นเพราะหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ดีควรมีการแยกประเภทและจัดระบบหัวข้อให้ชัดเจน (Suttirat, 2016) และควรบรรจุเนื้อหาที่มีความสำคัญต่อผู้อ่าน รวมถึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับสถานการณ์ในการปฏิบัติงานจึงเป็นเนื้อหาที่เหมาะสมกับผู้เรียน (Viseskul, 2019) เนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์จะมีการจำแนกออกเป็น 3 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ ข้อบ่งชี้วิธีการจัดทำและข้อควรระวังในการจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด เหตุผลที่ต้องบรรจุ 3 ประเด็นดังกล่าวไว้ในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์อธิบายได้ดังนี้ ข้อบ่งชี้ในการจัดทำผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ เพราะการจัดทำผู้ป่วยแต่ละแบบจะใช้ในการผ่าตัดที่แตกต่างกัน หากมีการจัดทำผู้ป่วย

ผิดจะทำให้ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ ต้องมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อน เป็นการเสียเวลาและส่งผลให้ตารางการผ่าตัดผู้ป่วยรายอื่นต้องเลื่อนไป วิธีการจัดทำผู้ป่วย เป็นอีกประเด็นที่วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี เพราะการจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัดต้องทำเป็นขั้นตอนและไม่สามารถข้ามขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งได้ การจัดทำต้องทำด้วยความนุ่มนวลระมัดระวัง และนำเอาหลักการของกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้และจดจำขั้นตอนการจัดทำที่ถูกต้องตั้งแต่ยังไม่ให้ยาสลบจนกระทั่งการผ่าตัดเสร็จสิ้นได้ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและหลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ท่าในการผ่าตัดบางท่ามีลักษณะการจัดทำที่ใกล้เคียงกันมาก หากวิสัญญีพยาบาลไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างของการจัดทำที่ใกล้เคียงกันได้ อาจมีการจัดทำผู้ป่วยผิดและส่งผลให้การผ่าตัดไม่สามารถดำเนินการต่อไป อีกประเด็นที่วิสัญญีพยาบาลควรต้องมีความรู้อย่างยิ่งคือ ข้อควรระวังในการจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด ที่เป็นเช่นนี้เพราะการจัดทำไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดการกดทับ

เส้นประสาทและอวัยวะของผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงอวัยวะสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร เช่น การกดทับบริเวณลูกตาซึ่งอาจมีผลต่อเส้นประสาทที่เลี้ยงกล้ามเนื้อลูกตาและจอประสาทตาซึ่งมีผู้ป่วยรายงานการสูญเสียสมรรถภาพการมองเห็นได้ (Ratchaderm, 2017)

การทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในระยะนำร่อง ผู้วิจัยได้นำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยไปทดลองใช้กับวิสัญญีพยาบาลจำนวน 3 คน ผลการทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้ค่า E1 / E2 เท่ากับ 86.11:96.66 เมื่อนำค่าที่ได้มาเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดคือ 80/80 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ Songkram (2014) ได้กล่าวไว้ พบว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งแสดงว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยนี้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

สำหรับผลการประเมินความรู้ของวิสัญญีพยาบาลก่อนและหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยนั้น ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ก่อนเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงาน มีประสิทธิภาพในการทำงานมาก ร้อยละ 47.06 มีความรู้ก่อนเรียนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.29 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 11.76 อยู่ในระดับค่อนข้างดี และร้อยละ 5.88 อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพในการทำงานปานกลาง พบว่า มีระดับความรู้ก่อนเรียนอยู่ในระดับดีมากและอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50 และส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพในการทำงานน้อย พบว่า มีระดับความรู้ก่อนเรียนอยู่ในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 66.66 และที่เหลือมีระดับความรู้ก่อนเรียนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.33 ซึ่งหลังจากที่วิสัญญีพยาบาลทุกคนได้ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยระดับผลการเรียนของวิสัญญีพยาบาลทุกคนอยู่ในระดับดีมาก (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) แสดงให้เห็นว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยนี้สามารถทำให้วิสัญญีพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นในหลักการสำคัญของ

การจัดทำผู้ป่วย นอกจากนี้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นวิชาชีพใหญ่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง มีประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่มีอยู่เดิม สามารถต่อยอดการเรียนรู้ได้โดยได้รับความสนใจ มีความสนใจและความพร้อมที่จะรับข้อมูลข่าวสารเพื่อพัฒนาตนเอง (Wattanawong, 2012)

ผลลัพธ์ การเรียนรู้ ของ การใช้ สื่อ หนังสือ อิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง การจัด ทำ ผู้ป่วย เพื่อ พัฒนา ความรู้ ของ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา อาทิเช่น งานวิจัยที่ได้มีการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง กายวิภาคศาสตร์ของระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบไหลเวียนน้ำเหลือง ผลการศึกษาพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าผลการทดสอบก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Srivilai & Athamaethakul, 2011) งานวิจัยที่ทำการพัฒนาหนังสือ อิเล็กทรอนิกส์ มัลติมีเดีย เรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สำหรับนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Yimyam, Chareonsanti, & Karnasuta, 2014) หรือการศึกษาผลของการใช้ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เสริมการเรียนรู้ เรื่องการดูแลและตอบสนองผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ความมั่นใจและความพึงพอใจของนักศึกษาผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียนของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Pongauksorn, Srisa-art, & Wongpamornmontree, 2018)

เมื่อพิจารณาผลของการนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างขึ้นนี้ไปใช้กับวิสัญญีพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการทำงานที่แตกต่างกัน พบว่า ก่อนเรียนด้วยหนังสือ อิเล็กทรอนิกส์ มีพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมาก จำนวน 6 คน พยาบาลที่มีประสิทธิภาพปานกลางจำนวน 5 คน มีคะแนนการทดสอบมากกว่าร้อยละ 80 แต่หลังจากเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พยาบาลที่มี ประสิทธิภาพมาก ปานกลางและ น้อย มีคะแนนทดสอบ

หลังเรียนอยู่ในระดับดี (มากกว่าร้อยละ 80) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า การออกแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการศึกษานี้ได้นำเสนอสื่อความรู้ในรูปแบบสื่อผสมที่มีทั้งภาพ เสียงและข้อความ จึงมีความเหมาะสมที่จะให้พยาบาลเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของนักวิชาการที่กล่าวว่า บทเรียนที่นำเสนอในลักษณะหลายมิติ เช่น ข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยาย จะทำให้มีความน่าสนใจ ตื่นเต้น ชวนให้ศึกษากว่าบทเรียนปกติ และสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (Malithong, 2005) นอกจากนี้เนื้อหาสาระที่นำมาจัดทำสื่อเป็นเนื้อหาที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน รวมถึงจัดทำเนื้อหาให้เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน หรือกล่าวได้ว่าผู้เรียนสามารถเข้าใจเนื้อหาที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ง่ายขึ้น เพราะสื่อสามารถเปลี่ยนแปลงเนื้อหาที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม ทำให้ผู้เรียนสามารถเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น (Viseskul, 2019)

นอกจากนี้การจัดทำเป็นงานที่วิสัญญีพยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติทุกวันจึงทำให้พยาบาลทุกคนมีความตื่นตัวที่อยากเรียนรู้เพื่อสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ ประกอบกับวิสัญญีพยาบาลทุกคนอยู่ในวัยผู้ใหญ่จึงเป็นวัยที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับ Suttirat (2016) ที่กล่าวว่า บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อสิ่งที่เรียนรู้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของตน เชื่อมโยงกับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้เรียน จนผู้เรียนสามารถนำผลจากการเรียนไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริงรวมถึงวิธีการนำเสนอต้องสนุกและมีความน่าสนใจ และสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning) ของ Knowles, Holton, & Swanson (2005) ที่กล่าวว่า หากสื่อการเรียนการสอนที่มีเนื้อหา

สาระที่ตรงกับความต้องการ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและความสนใจของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่แล้ว บุคคลนั้นจะสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและนำไปสู่การเรียนรู้ที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยไปเป็นส่วนหนึ่งในการอบรมเรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ และควรมีการเผยแพร่หนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้บนเว็บไซต์โรงพยาบาลเพื่อให้วิสัญญีพยาบาลสามารถเข้าไปทบทวนความรู้ในเรื่องการจัดทำผู้ป่วยด้วยตนเองได้

2. วิสัญญีพยาบาลควรมีการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยที่ได้พัฒนาในงานวิจัยนี้ในการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นประจำเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการจัดทำผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดทำผู้ป่วยสำหรับวิสัญญีพยาบาลกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงานวิสัญญี

2. ควรทำวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อจัดทำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ทางการพยาบาล เช่น การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูติกรรม การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วน ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Friedman, B. J., & Fottler, M. D. (Eds.). (2011). *Fundamentals of human resources in healthcare*. USA.
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2005). *Adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (Sixth Edition). Boston: Elsebier.
- Malithong, K. (2005). *Educational Communication and Technology*. Bangkok: Arun Printing.
- (In Thai)

- Manapattanasatien, T., Chitreecheur, J., & Kasatpibal, N. (2018). Development of an Electronic Book on Prevention of Multidrug Resistance Organisms Transmission for Registered Nurses. *Nursing Journal*, 45(1), 146-158. (In Thai)
- Pichai, W., Picheansathian, W., & Yimyam, S. (2017). Development of an Infection Prevention Electronic Book for Rescue Volunteers. *Nursing Journal*, 44(1), 113-125. (In Thai)
- Pongauksorn, P., Srisa-art, R., & Wongpamornmontree, S. (2018). The Result of Using Electronic Book to Enhance Suctioning on Achievement of Learning Outcome, Confidence and Satisfaction of Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 136-145. (In Thai)
- Ratchaderm, J. (2017). Nursing Care in Patients who receive Anesthesia for Cervical Spine Operation 2 case studies. *Region 11 Medical Journal*, 31(3), 427-440. (In Thai)
- Sangkampang, S., Kasatpibal, N., & Viseskul, N. (2018). Development of an HIV Prevention Electronic Book for Men Who Have Sex with Men. *Nursing Journal*, 45(3), 11-22. (In Thai)
- Songkram, N. (2014). *Multimedia for learning: Design and development* (3rd edition). Bangkok: V. Print. (In Thai)
- Srifah, P. (2008). *E-book Speaking book* (2nd edition). Bangkok: Than Books. (In Thai)
- Srivilai, W. & Atthamaethakul, W. (2011). Development of an Electronic Book on Anatomy of the Cardiovascular System and the Lymphatic Vascular System. *Journal of Nursing and education*, 4(1), 29-37. (In Thai)
- Suttirat, C. (2016). 80 Innovative Learning Management Focuses on Learners (7th edition). Nonthaburi: P Balance Design and Printing. (In Thai)
- Viseskul, N. (2019). *Development of Instructional media in nursing Education: teaching Concepts and Application*. Chiang Mai: Chotana Print. (In Thai)
- Wannarat, W. (2017). Test Score and Grading. *Journal of Humanities and Social Sciences Rajapruet University*, 2(3), 1-11. (In Thai)
- Watson, D. S. (2014). Intraoperative Positioning: Risk Reduction Strategies Self -Study Guide. Retrieved from https://www.medtronic.com/content/dam/covidien/library/us/en/product/patient-positioning-products/H6861%20Positioning%20Bookletr%20rev%2011_14.pdf
- Wattanawong, S. (2012). *Psychology for Adult Training* (3rd edition). Bangkok: V. Print. (In Thai)
- Yimyam, S., Chareonsanti, C., & Karnasuta, S. (2014). Development of Multimedia Electronic Book on Basic Knowledge of Breastfeeding for nursing students. *Nursing Journal*, 41(4), 70-82. (In Thai)

คุณภาพชีวิตการทำงานและแนวทางส่งเสริมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน Quality of Work Life and Guidelines to improve of Nurses in a Private Hospital

สุภารัตน์ ประมวล * Suparat Pamual *
อรอนงค์ วิชัยคำ ** Ornanong Wichaikhum **
กุลวดี อภิชาติบุตร *** Kulwadee Abhicharttibutra ***

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการทำงานในการให้บริการทางสุขภาพ การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน และหาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ประชากรเป้าหมายคือ พยาบาลในโรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 82 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลของ Saknounwongwan and Piyapunya (2017) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Walton (1974) มีทั้งหมด 8 ด้าน คือ ค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเหมาะสม สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงาน การส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถในงาน ความก้าวหน้าและมั่นคง การบูรณาการทางสังคมในองค์กร ที่ทำงาน สิทธิส่วนบุคคลในการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.61$, $\sigma = 0.52$) มี 5 ด้านที่อยู่ระดับมากคือ ด้านการบูรณาการทางสังคม ด้านการพัฒนาศักยภาพของพนักงาน ด้านสิทธิของพนักงาน ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง และด้านลักษณะงานมีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสังคม นอกจากนี้มี 3 ด้านที่อยู่ระดับปานกลาง คือ ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอ ด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ และด้านความสมดุลระหว่าง

2. แนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานมีทั้งหมด 8 แนวทาง คือ จัดให้มีการสอวัดประเมินความรู้เพื่อประเมินค่าตอบแทนที่ยุติธรรม เพิ่มสถานที่อำนวยความสะดวกในโรงพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลเข้าอบรมวิชาการ จัดกิจกรรมให้มีการสร้างวัฒนธรรมในการทำงาน จัดกิจกรรมร่วมกันทั้งในและนอกหน่วยงาน จัดการอบรมเพื่อปรับทัศนคติส่งเสริมให้มีการเคารพสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลจัดให้พยาบาลสามารถเลือกช่วงเวลาในการทำงานได้ และจัดให้มีการกิจกรรมให้ความรู้/ตรวจสอบสุขภาพในชุมชน

* พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่

* Professional Nurse, Quality department center Rajavej Chiangmai Hospital

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, ornwichi@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 30 มีนาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 10 เมษายน 2563 วันตอบรับบทความ 7 พฤษภาคม 2563

ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลในการนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารองค์กร เพื่อหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: พยาบาล คุณภาพชีวิตการทำงาน โรงพยาบาลเอกชน

Abstract

The work life quality of nurses is related to the efficiency and effectiveness in healthcare services. This descriptive study aimed to explore quality of work life and seek guidelines to improve quality of work life among nurses in a private hospital. The population consisted of 82 nurses in Rajavej Chiangmai hospital. Research instrument including the Quality of Nursing Work Life Survey by Wirat Sanguanwongwan and Natnicha Piyapunya (B.E 2560) developed based on Walton model (Walton, 1974). There are 8 aspect such as adequate and fair compensation, safe and healthy working conditions, opportunity to use and develop human capacities, opportunity for continued growth and security, aspect of constitution in the work organization, work and life balance and social relevance of work life. The reliability was .96. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. Overall quality of nursing work life in private hospital was at a high level ($\mu = 3.61$, $\sigma = 0.52$). When considering each aspect, it was found that 5 aspect at a high level: aspect of constitution in the work organization, opportunity to use and develop human capacities, opportunity for continued growth and security, and social relevance of work life moreover, that were 3 aspect at a moderate level: adequate and fair compensation, safe and healthy working conditions and balance between work and life were.

2. Guidelines to improve the quality of nursing work life in private hospitals comprised 8 aspects which were: assess knowledge for reasonable wages, add more to the facilities and living spaces in the hospital, encourage nurses to join academic conferences and trainings, promote activities to create innovations at work, generate social activities both inside and outside work place, adjust personal attitude to promote and respect others' rights, provide opportunities for nurses to choose their work schedules, and provide health knowledge and checkup in communities.

The results of this study have benefits for hospital administrators and nursing managers to use as baseline information for organization management in order to promote effective quality of nursing work life.

Keywords: Nurses, Quality of nursing work life, Private hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีความสำคัญในด้านการให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนผู้รับบริการมีความคาดหวังในด้านคุณภาพการให้บริการ ความรวดเร็ว และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เนื่องจากต้องมีการแข่งขันที่สูงขึ้นมากกว่าโรงพยาบาลทางภาครัฐ (Benjanukorn, 2018) นอกจากนี้ในสภาพการณ์ปัจจุบันที่มีการแข่งขันในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น ผู้บริหารจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้แข่งขัน และเป็นผู้นำทางด้านบริการ ทำให้พยาบาลต้องทำงานด้วยศักยภาพหลายด้านส่งผลให้พยาบาลนั้นเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า อาจเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานตามมา (Petsuwan, Suwanphong, Khowteerakun & Busuya, 2012)

คุณภาพชีวิตการทำงาน คือ ความต้องการส่วนบุคคล ความพึงพอใจที่มีต่อสิ่งแวดล้อมขององค์กรในการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถวัดได้จากตัวชี้วัดทั้งหมด 8 ด้าน (Walton, 1974) คือ ค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเหมาะสม สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงาน การส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถในงาน ความก้าวหน้าและมั่นคงใน การบูรณาการทางสังคมในองค์กรที่ทำงาน สิทธิส่วนบุคคลในการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นประเด็นที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ เพราะคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ดีเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลและให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ สร้างชื่อเสียงให้กับองค์กร (Hayes, Douglas & Bonner, 2015)

จากการศึกษารายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในโรงพยาบาลของภาครัฐโดยผลการศึกษามากส่วนใหญ่อยู่นะดับปานกลาง (Fathimath, 2012; Lan, Chontawan, Akkadechnunt, & Klunklin, 2016; Hemanathan, 2017; Sukamonratkun,

2017; Pethang, 2015) แต่บริบทและระบบการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลในเอกชนมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังไม่พบรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ดังนั้นประเด็นการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและแนวทางในการส่งเสริมพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนจึงต้องมีการศึกษาเพิ่ม ซึ่งแนวคิดของคุณภาพชีวิตการทำงานมีหลากหลายแนวคิดที่แพร่หลาย แต่แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของ Walton (1974) มีองค์ประกอบที่ครอบคลุมและเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการนำมาเป็นกรอบการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลเอกชน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับใด
2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและศึกษาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชเวชเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Walton (1974) คุณภาพชีวิตการทำงานหมายถึง ความต้องการส่วนบุคคล ความพึงพอใจที่มีต่อสิ่งแวดล้อมขององค์กรในการปฏิบัติงานซึ่งประเมินได้จากตัวชี้วัดทั้งหมด 8 ด้าน

คือ 1) ค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเหมาะสม 2) สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงาน 3) การส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถในงาน 4) ความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน 5) การบูรณาการทางสังคมในองค์กรที่ทำงาน 6) ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว 7) สิทธิส่วนบุคคลในการทำงาน และ 8) การทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และหาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ประชากรในการศึกษานี้คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 82 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นลักษณะเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูลของพยาบาล ประกอบด้วยข้อความปลายเปิดและปลายปิดประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านคุณภาพชีวิตการทำงานพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลของ Saknounwongwan & Piyapunya (2017) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Walton (1974) ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 40 ข้อ รวมทั้งหมด 8 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ โดยแบบสอบถามในแต่ละข้อใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) แบ่งระดับการเปรียบเทียบออกเป็นระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับคือ คะแนน 5 หมายถึงระดับความคิดเห็นมากที่สุดคะแนน 4 หมายถึงระดับความคิดเห็นมากคะแนน

3 หมายถึงระดับความคิดเห็นปานกลางคะแนน 2 หมายถึงระดับความคิดเห็นน้อยและคะแนน 1 หมายถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตการทำงานดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับน้อยที่สุด (Saknounwongwan & Piyapunya, 2017)

ส่วนที่ 3 เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารข้อมูลจากงานวิจัยต่าง ๆ โดยพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Walton (1974) ทั้งหมด 8 ด้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจากเครื่องมือในส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือฉบับดั้งเดิมผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามมาแล้ว และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้แล้ว ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเครื่องมือ ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามอีก และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเซ็นทรัลเชียงใหม่เมมโมเรียลจำนวน 20 คน ซึ่งมีสถานการณ์คล้ายกับกลุ่มประชากรที่ทำการวิจัย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการการค้นคว้าแบบอิสระต่อคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อขอจริยธรรมวิจัย

ตามเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 120/2019และก่อนดำเนินการขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำการขออนุญาต และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรง โดยใช้เอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย จะระบุข้อความเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้โดยไม่มี การบังคับ ในการตอบรับหรือปฏิเสธนั้นจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากเกิดความรู้สึกไม่สบายใจในการให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมของการศึกษาไม่ระบุชื่อ หรือนามสกุลของผู้ให้ข้อมูลหรือสามารถทราบที่มาของผู้ให้ข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาล ศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ราชเวช เชียงใหม่ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและมอบ แบบสอบถามแก่ผู้ประสานงานเพื่อนำไปแจกให้กับกลุ่ม ประชากรตามหน่วยงานที่กำหนดพร้อมซองใส่ แบบสอบถามเพื่อปิดผนึกแล้วส่งคืนในกล่องรับ แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 40 ข้อ เป็นเวลา 2 สัปดาห์เมื่อครบกำหนดเวลา 2 สัปดาห์ผู้วิจัยได้ทำการเปิดกล่องรับแบบสอบถาม ซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามและส่งคืนเป็นจำนวน 76 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 80.85 ผู้วิจัยดำเนินการส่งจดหมาย ขอบคุนไปยังประชากรที่ได้ทำการแจกแบบสอบถาม เพื่อกระตุ้นเตือนให้ดำเนินการส่งคืนแบบสอบถามอีก ครั้ง โดยใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอีก 2 สัปดาห์ รวมเป็น 4 สัปดาห์และเก็บแบบสอบถามอีก ครั้งซึ่งได้มาเพิ่มอีกจำนวน 6 ฉบับรวมแบบสอบถามที่ ได้รับการตอบกลับทั้งหมดจำนวน 82 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 87.23 นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบ

ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำมา วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มประชากร มาวิเคราะห์ ตามระเบียบวิธีทางสถิติในคอมพิวเตอร์ผ่าน โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูปโดยดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลสถิติวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจง ความถี่ (frequency) แสดงค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) แยกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน

2. ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานที่ได้ จากการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของพยาบาลใน โรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิง บรรยาย แสดง สถิติค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (standard deviation) เป็นรายชื่อ และรายด้าน

3. ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านแนวทางการใน การส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ใช้วิธี การจัดกลุ่มแยกหมวดหมู่คำตอบที่ได้จากแบบสอบถาม ที่มีความหมายเดียวกันไว้ด้วยกัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า พยาบาลที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 64 คน (ร้อยละ 78.05) มีอายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 51 คน (ร้อยละ 62.20) อายุเฉลี่ย 29.73 ปีวุฒิ การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจำนวน 72 คน (ร้อยละ 87.80) สถานภาพโสด จำนวน 52 คน (ร้อยละ 63.41) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วง 1-5 ปี จำนวน 69 คน (ร้อยละ 84.15) ประสบการณ์ การทำงานเฉลี่ย 3.96 ปี มีรายได้ประจำต่อเดือน 25,001 บาทขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 29 คน (ร้อยละ 35.37) พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในเด็ก จำนวน 18 คน (ร้อยละ 21.96)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการ ทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน โดยรวมทั้ง 8 ด้าน (N=82)

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน	μ	σ	ระดับ
1. ด้านการบูรณาการทางสังคม	3.94	0.41	มาก
2. ด้านการพัฒนาศักยภาพของพนักงาน	3.73	0.61	มาก
3. ด้านสิทธิของพนักงาน	3.71	0.51	มาก
4. ด้านความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน	3.64	0.55	มาก
5. ด้านลักษณะงานมีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสังคม	3.62	0.66	มาก
6. ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอ	3.48	0.44	ปานกลาง
7. ด้านสภาพการทำงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	3.42	0.43	ปานกลาง
8. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว	3.39	0.60	ปานกลาง
รวม	3.61	0.52	มาก

ตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนโดยรวมทั้ง 8 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.61$, $\sigma = 0.52$) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ด้านการบูรณาการทางสังคม ค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\mu = 3.94$, $\sigma = 0.41$) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาศักยภาพของพนักงาน ($\mu = 3.73$, $\sigma = 0.61$) ด้านสิทธิของพนักงาน ($\mu = 3.71$, $\sigma = 0.51$) ด้านความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน ($\mu = 3.64$, $\sigma = 0.55$) และด้านลักษณะงานมีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสังคม ($\mu = 3.62$, $\sigma = 0.66$) ตามลำดับ และมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านการได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอ ($\mu = 3.48$, $\sigma = 0.44$) ด้านสภาพการทำงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ($\mu = 3.42$, $\sigma = 0.43$) และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu = 3.39$, $\sigma = 0.60$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านตามแนวคิดของวอลตัน (Walton, 1974) ดังนี้

1. ด้านการบูรณาการทางสังคมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.94$, $\sigma = 0.41$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยการได้รับความร่วมมือจากเพื่อนร่วมงานที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\mu =$

4.20, $\sigma = 0.76$) รองลงมาคือ การได้รับความร่วมมือและความช่วยเหลือจากผู้ร่วมงาน ($\mu = 4.00$, $\sigma = 0.82$) และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับเพื่อนร่วมงานทั้งในและนอกแผนก หัวหน้างาน และผู้บริหารในระดับสูงขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu = 3.63$, $\sigma = 0.68$)

2. ด้านการพัฒนาศักยภาพของพนักงาน อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.73$, $\sigma = 0.61$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การได้ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\mu = 3.88$, $\sigma = 0.69$) รองลงมาคือ การพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง ($\mu = 3.87$, $\sigma = 0.90$) และการได้รับความรู้ ทักษะ วิทยาการใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา หรือศึกษาต่อ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu = 3.40$, $\sigma = 0.80$)

3. ด้านสิทธิของพนักงาน อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.71$, $\sigma = 0.51$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยการได้รับความเสมอภาค ความเท่าเทียม และไม่เลือกปฏิบัติในการทำงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\mu = 3.79$, $\sigma = 0.70$) รองลงมาคือ การได้รับการยอมรับและปฏิบัติเท่าเทียมกันแม้ว่าจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ($\mu = 3.73$, $\sigma = 0.65$) และการมีสิทธิ เสรีภาพส่วนบุคคลในการ

ทำงานในองค์กรมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu = 3.65, \sigma = 0.73$)

4. ด้านความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.64, \sigma = 0.55$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยที่การมีโอกาสเติบโตในสายอาชีพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\mu = 3.71, \sigma = 0.76$) รองลงมาคือ การได้รับมอบหมายงานที่ต้องรับผิดชอบสูง ($\mu = 3.67, \sigma = 0.70$) ส่วนการได้รับการเตรียมความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ เพื่อก้าวสู่ตำแหน่งงานที่สูงขึ้นมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu = 3.56, \sigma = 0.74$)

5. ด้านลักษณะงานมีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสังคม อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.62, \sigma = 0.66$) โดยข้อที่องค์กรมีส่วนช่วยสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ให้บริการและประชาชนทั่วไปมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\mu = 3.70, \sigma = 0.68$) รองลงมาคือ ความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ปฏิบัติงาน เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพประจำปี ($\mu = 3.68, \sigma = 0.81$) และความภาคภูมิใจที่งานมีความสำคัญและมีคุณค่าต่อสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu = 3.55, \sigma = 0.79$)

6. ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอ อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.48, \sigma = 0.44$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการส่งเสริมคุณภาพชีวิตมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\mu = 3.56, \sigma = 0.79$) รองลงมาเท่ากันสองอันดับคือ อัตราค่าตอบแทนมีมาตรฐานและยุติธรรม ($\mu = 3.55, \sigma = 0.74$) และค่าตอบแทนเหมาะสมกับความสามารถและความรับผิดชอบ ($\mu = 3.55, \sigma = 0.67$) ส่วนสวัสดิการต่าง ๆ ที่ได้รับมีความเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu = 3.27, \sigma = 0.72$)

7. ด้านสภาพการทำงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.42, \sigma = 0.43$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สะดวก เป็นระบบและมีความปลอดภัยในการทำงานอยู่เสมอมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\mu = 3.50, \sigma = 0.66$) รองลงมาคือ สถานที่ทำงานมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน และไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย

และจิตใจ ($\mu = 3.46, \sigma = 0.67$) และความพึงพอใจในสิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลจัดให้ เช่น มุมพักผ่อน ห้องสมุด ห้องรับประทานอาหาร ห้องน้ำ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu = 3.20, \sigma = 0.73$)

8. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.39, \sigma = 0.60$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าการมีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวเพียงพอมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\mu = 3.45, \sigma = 0.77$) รองลงมาคือ ความรู้สึกมีความสุขเมื่อมาทำงาน ($\mu = 3.41, \sigma = 0.75$) และปริมาณงานที่รับผิดชอบมีความเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu = 3.34, \sigma = 0.74$)

ส่วนที่ 3 แนวทางการในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน โดยมีการนำเสนอทั้งหมด 8 ด้าน โดยแสดงจำนวนความถี่ในวงเล็บดังนี้

1. ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอ ควรมีการเพิ่มการสอบประเมินความรู้ และให้ค่าตอบแทนเพิ่มเมื่อสอบผ่านในแต่ละหัวข้อนั้น ๆ เพื่อความยุติธรรมในการตัดสินใจเพิ่มเงิน (26)

2. ด้านสภาพการทำงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ควรเพิ่มสถานที่อำนวยความสะดวก มุมพักผ่อน ในโรงพยาบาล เช่น ห้องพักเจ้าหน้าที่ ห้องรับประทานอาหารเป็นต้น (28)

3. ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ควรส่งพยาบาลเข้าอบรมวิชาการทั้งภายในและภายนอกเพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงาน และส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในการทำงาน (35)

4. ด้านโอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของตนเองควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานเพื่อกระตุ้นให้มีการพัฒนาและเป็นเวทีแสดงความสามารถ (35)

5. ด้านการปฏิบัติงานร่วมกันและการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นควรมีการจัดกิจกรรมร่วมกันทั้งในและนอกหน่วยงาน เช่น กีฬาสี งานเลี้ยงประจำปีเพื่อสร้างความสามัคคีเชื่อมความสัมพันธ์ (43)

6. ด้านสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล ควรจัดอบรมส่งเสริมให้มีการเคารพสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล (40)

7. ด้านความสมดุลระหว่างการทำงานกับชีวิตส่วนตัว ควรหาวิธีการให้พยาบาลสามารถเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำงานได้ให้เหมาะกับการใช้ชีวิตประจำวันและกระตือรือร้นที่น้อยที่สุด (34)

8. ด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม ควรจัดกิจกรรมออกหน่วยให้ความรู้และตรวจสุขภาพในชุมชน (33)

การอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าพยาบาลได้รับการตอบสนองความต้องการและมีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เนื่องด้วยลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องมีทำงานร่วมกันเป็นทีมซึ่งต้องมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในองค์กร มีการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เคารพสิทธิส่วนบุคคล ทำให้รู้สึกมีส่วนร่วมและเกิดความผูกพันในการทำงานซึ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงาน (Walton, 1974) และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนเป็นรายด้านอภิปรายได้ดังนี้

ด้านการบูรณาการทางสังคมอยู่ในระดับมากเป็นลำดับแรกเนื่องจากโรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่ บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่เชียงใหม่มีความสนิทสนมกัน มีวัฒนธรรมองค์กรในการดูแลช่วยเหลือกัน เปรียบเสมือนพี่น้องทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้ลดการเกิดความขัดแย้งและความไม่พึงพอใจในการทำงาน ทำให้งานนั้นสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีซึ่งงานที่มีลักษณะส่งเสริมให้มีความสัมพันธ์ทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตการทำงาน (Walton, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pongnapatsakul (2013) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

ขนาด 30 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำงานร่วมกันโดยรวมอยู่ในระดับดี

ด้านการพัฒนาศักยภาพของพนักงานอยู่ในระดับมาก เป็นผลจากการที่ทางผู้บริหารให้ความสำคัญและมีการกำหนดพันธกิจในด้านการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพของบุคลากร โดยจัดให้มีกองทุนสนับสนุนให้บุคลากรได้มีการศึกษาต่อเฉพาะทาง เพื่อพัฒนาศักยภาพซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจสามารถแก้ไขปัญหาและปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่เกิดความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ได้รับการยอมรับและความร่วมมือในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ Wanlaeh (2015) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาผลการศึกษาพบว่าด้านการพัฒนาศักยภาพของพนักงานอยู่ในระดับสูง

ด้านสิทธิของพนักงานอยู่ในระดับมากอธิบายได้ว่าผู้บริหารโรงพยาบาลมีเวทีที่ให้พนักงานสามารถแสดงความคิดเห็นให้เสนอแนะร่วมกับผู้บริหารในทุก ๆ เข้า จึงเป็นผลทำให้พยาบาลรู้สึกไม่ถูกจำกัดสิทธิและมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น เกิดความเสมอภาคในการทำงานร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukrat-amornku (2016) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลบางเคลา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการยุติธรรมอยู่ในระดับสูง

ด้านความก้าวหน้าและมั่นคงในงานอยู่ในระดับมากเนื่องจากพยาบาลในโรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ทางผู้บริหารเปิดโอกาสให้พนักงานทุก ๆ คนที่มีศักยภาพมีโอกาสได้รับตำแหน่งที่เหมาะสม โดยพิจารณาได้จากผลงานที่ได้รับมอบหมายและความสามารถซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุงานหรือประสบการณ์เพียงอย่างเดียวจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตการทำงานด้านความก้าวหน้าและมั่นคงในงานทั้งรายได้และรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี ซึ่งความก้าวหน้าใน

หน้าที่การทำงานทำให้เกิดความมั่นคงในเส้นทางอาชีพ และเป็นความต้องการเกียรติยศของบุคคล (Maslow, 1970)

ด้านลักษณะงานมีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับมากเนื่องจากการที่โรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่มีการจัดเวรพยาบาลออกหน่วยตรวจสุขภาพ ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในชุมชน ส่งผลให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งที่ได้ทำประโยชน์ต่อสังคมก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเพิ่มคุณค่าในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ (Walton, 1974) ได้กล่าวว่ากิจกรรมหรือการทำงานที่ดำเนินไปในลักษณะที่รับผิดชอบต่อสังคมที่ก่อให้เกิดการเพิ่มคุณค่าความสำคัญและอาชีพของพนักงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Saknongwongwan & Piyapunya (2017) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร พบว่า ด้านลักษณะงานมีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสังคม อยู่ในระดับมาก เพราะงานพยาบาล ส่งเสริมให้บุคคลได้เป็นส่วนหนึ่งในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมและสังคม

ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพออยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากโรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีการเพิ่มรายได้พิเศษนอกจากเงินเดือน เช่น เงินโบนัส แต่เนื่องด้วยภาวะเศรษฐกิจที่มีค่าครองชีพสูงขึ้นซึ่งทำให้ไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน สอดคล้องกับ Sayeedul, Kazi, Taha, Tanvir, & King-sley (2019) ที่กล่าวว่า โครงสร้างทางเงินเดือนหรือค่าตอบแทนที่ต่ำเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และจากแนวคิดของ Walton (1974) ที่ว่า ค่าตอบแทนหรือเงินเดือนที่ได้จากการปฏิบัติงานต้องมีความคุ้มค่าและสอดคล้องกับความต้องการทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตในสังคม

ด้านสภาพการทำงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องด้วยโรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่ผ่านการรับรองจากสถาบันรับรอง

คุณภาพสถานพยาบาลมีแนวทางในการป้องกันความเสี่ยง แต่ในประเด็นสิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลจัดให้ เช่น มุมพักผ่อน ห้องสมุด ห้องรับประทานอาหาร ยังมีไม่เพียงพอซึ่งพบว่า มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dargahi, Changizi & Jazayeri (2012) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในบรรยากาศในการทำงานที่ดีมีความเครียดต่ำทำให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ดี

ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน และชีวิตส่วนตัวอยู่ในระดับปานกลางและเป็นระดับที่ต่ำที่สุด เนื่องจากโรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่ มีข้อกำหนดกฎระเบียบในการจัดอัตราค่าจ้างที่ชัดเจนตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่เนื่องด้วยปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและลักษณะของงานที่ต้องปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมาทำงานในยามวิกาลทำให้ส่งผลกระทบต่อเวลาทำกิจกรรมกับครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pongnapatsakul (2013) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน และชีวิตส่วนตัวอยู่ในระดับปานกลางซึ่งเป็นระดับต่ำที่สุด

2. แนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

1. ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอควรมีการสอบวัดประเมินความรู้และให้ค่าตอบแทนเพิ่มสามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลนั้นมีความต้องการและความคาดหวังที่จะได้รับผลตอบแทนเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันการได้รับค่าตอบแทนที่เพิ่มนั้นก็จะต้องได้รับความยุติธรรมด้วย สอดคล้องกับแนวคิดการแบ่งผลประโยชน์ที่กล่าวว่าบุคคลที่ทำงานควรที่จะได้รับผลประโยชน์จากการทำงาน โดยเฉพาะบุคคลที่ทุ่มเททั้งสติปัญญาและแรงกายในการทำงาน (Wanlaeh, 2015) จึง

เป็นเหตุผลที่ผู้บริหารควรให้ความสนใจกับการปรับเพิ่มค่าตอบแทนทั้งค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน เช่น การให้รางวัล ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

2. การเพิ่มสถานที่อำนวยความสะดวก มุมพักผ่อน ในโรงพยาบาล เนื่องจากหากบุคลากรได้รับการส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม รู้สึกผ่อนคลาย ไม่เครียด และเสี่ยงภัยอันตรายทำให้มีสุขภาพกายและใจที่ดีซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานตามมา (Walton, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ Insuwan (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานพยาบาลวิชาชีพกลุ่มการโรงพยาบาลศรีรัตนพบว่า สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกในการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

3. ส่งเสริมให้พยาบาลเข้าอบรมวิชาการ เนื่องจาก การที่จะเจริญเติบโตในหน้าที่การงานได้นั้นต้องมีการพัฒนาในเรื่องความรู้ ความสามารถ ทักษะที่ดี ทำให้มีสุขภาพใจที่ดี ปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและมีความสุข (Meatatumasan, 2005) ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

4. ส่งเสริมให้จัดกิจกรรมให้มีการสร้างนวัตกรรมในการทำงานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลด้านโอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของตนเอง การที่บุคลากรในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมหรือเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความสามารถ ซึ่งทำให้เกิดการยอมรับและมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ก่อให้เกิดความรักความผูกพัน และการคงอยู่ในองค์กร (Fasla, 2017)

5. ส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมร่วมกันทั้งในและนอกหน่วยงาน เช่น กีฬา กีฬา เลี้ยงประจำปี เป็นกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกสนุกสนาน มีความสุข ได้มีการสร้างสายสัมพันธ์ต่างหน่วยงาน เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ช่วยลดความตึงเครียดและความกังวลขณะปฏิบัติงาน มีบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่น Pongnapatsakul (2013) กล่าวว่า ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการ

ทำงานร่วมกันนั้น เป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจได้

6. ส่งเสริมให้มีการจัดฝึกอบรมปรับทัศนคติส่งเสริมให้มีการเคารพสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลซึ่งการจัดอบรม เป็นการเรียนรู้อย่างมีระบบเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความสามารถให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Pongnapatsakul, 2013) และยังเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้มีความเสมอภาค เท่าเทียม มีสิทธิเสรีภาพในการพูดคุยแสดงความคิดเห็น เคารพซึ่งกันและกัน ไม่ก้าวร้าวในหน้าที่การทำงาน เพื่อเป็นการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานลดความขัดแย้ง (Sayeedul et al., 2019)

7. การจัดให้พยาบาลสามารถเลือกช่วงเวลาที่จะสะดวกในการทำงานได้ เนื่องการจัดตารางการทำงานของพยาบาลนั้นต้องจัดอัตรากำลังให้มีความเพียงพอ และสามารถอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอด 24 ชั่วโมง (Nant-supawat, Kunaviktikul, Turale, & Poghosyan, 2015) หลักการหนึ่งคือจัดให้ได้ตามความต้องการของพยาบาลมากที่สุด หากสามารถทำให้พยาบาลเลือกช่วงเวลาที่จะสะดวกในการทำงานได้ ก็ทำให้สามารถปรับความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวได้ด้วย ส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของการทำงานตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Fasla (2017) พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำงานเป็นลำดับที่ส่งรองจากค่าตอบแทน

8. ส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมออกหน่วยให้ความรู้/ตรวจสุขภาพในชุมชน เป็นการทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือกับสังคมและชุมชนซึ่งเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ก่อให้เกิดการเพิ่มคุณค่าในการทำงาน (Walton, 1974)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพัฒนาศักยภาพของพนักงานมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายละเอียด การได้รับความรู้ ทักษะ วิทยาการใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา โดยการฝึกอบรม ดูงาน สัมมนา หรือศึกษาต่อ อยู่

ในระดับปานกลาง จึงควรเพิ่มชั่วโมงการอบรมหรือตั้งงบประมาณสนับสนุนให้มีการศึกษาดูงาน จัดสัมมนา เพื่อเป็นการส่งเสริมด้านการพัฒนาศักยภาพของพนักงาน

2. ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอ มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลางผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาเรื่องค่าตอบแทน และสวัสดิการ ให้มีความเพียงพอสอดคล้องกับการดำรงชีวิตในสภาพเศรษฐกิจปัจจุบัน และเหมาะสมกับภาระงานที่มีอยู่

3. ด้านสภาพการทำงานมีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลควรเพิ่มวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน และมุมสำหรับพักผ่อน ห้องรับประทานอาหาร รวมไปถึงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงาน

4. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ทางผู้บริหารควรหากลยุทธ์ในการจัดหาอัตรากำลังให้มีความเพียงพอกับภาระงาน มีความเหมาะสมและสมดุลกับชีวิตส่วนตัว ครอบครัว และสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่เหมาะสมและสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้จริง

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงาน เพื่อให้ได้แนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Benjanukorn, W. (2018). Quality of Work Life of Professional Nurses in Hua Hin Hospital Hua Hin District, Prachup Khiri Khan Province. *Chandrakasem Rajabhat University Journal of Graduate School*, 17(2), 49-58. (In Thai)
- Dargahi, H., Changizi, V., & Ja'zayeri, G.E. (2012). Radiology employees' quality of work life. *Acta Med Iran*, 50(4), 250-600.
- Fasla, N. P. (2017). A study on quality of work life among private hospital nurses with special reference to Mannarkkad municipality, Palakkad District. *International Journal of Research-Granthaalayah*, 5(4), 128-134
- Fathimath, S. (2012). *Quality of work life and job performance among nurses in the tertiary care hospital, Maldives*. (Unpublishd master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (In Thai)
- Hayes, B., Douglas, C., & Bonner, A. (2015). Work environment, job satisfaction, stress and burnout among hemodialysis nurses. *Journal of nursing management*, 23(5), 588-598.
- Hemanathan, R., (2017). quality of work life among nurses in a tertiary care hospital. *JOJ nurse health care*, 5(4), 001-008.
- Knoaduan, P. (2012). Relationship between the quality of work life and organizational engagement among the staff of the Airports of Thailand Public Company Limited Head Office (Don Mueang). *RMUTTO journal*, 8(1), 207-215. (In Thai)

- Lan, Y., Akkadechnunt, T., & Chontawan, R. (2016). Organizational Culture and Quality of Work Life Among Nurses in Tertiary Hospitals, Yunnan Province, The People's Republic of China. *Nursing Journal*, 43(2), 116-128. (In Thai)
- Maslow, A. (1970). Human needs theory: Maslow's hierarchy of human needs. In R.F. Craven & C. J. Hirnle (Eds.), *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*. (3rd ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, R., Turale, S., & Poghosyan, L. (2015). Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcome in Thai Hospital. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 83-90. (In Thai)
- Opastiragul, W., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2015). Health Status Related to Risk at Work among Professional Nurses, Out Patient and Emergency Nursing Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Nursing Journal*, 42(2), 49-61. (In Thai)
- Pethang, S. (2015). Factors predicting quality of life among nurses in primary care unit. *Journal of Health Science*, 28(1), 40-52. (In Thai)
- Petsuwan, A., Suwanphong, N., Khawteerakun, N., & Busuya, C. (2012). Quality of work life among nurses in a private hospitals. *Kuakarun journal of nursing*, 19(2), 103-117. (In Thai)
- Pongnapatsakul, A. (2013). *Quality of work life of professional nurses in 30-bed community hospital under Sakon Nakon provincial health office*. (Unpublishd master's thesis). Burapha University, Thailand. (In Thai)
- Saknounwongwan, W. & Piyapunya, N. (2017). Quality of work life of nurses in private hospital in Bangkok. *Southeast Bangkok journal*, 77(2), 77-90. (In Thai)
- Sayeedul, A., Kazi, S., Taha, H., Tanvir, B., & Kingsley, A. (2019). Analysing the prevailing status of nurses at private hospitals in Bangladesh: A study on quality of work life. *Clinical Sciences Research and Reports*, 2(1), 1-5.
- Sukratamornku, J. (2016). Quality of Work Life of Personnel in Bangkhla Hospital, Chachoengsao Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 67-77. (In Thai)
- Sukratamornku, J. (2017). Quality of Work Life of Personnel in Bangkhla Hospital, Chachoengsao Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 67-77. (In Thai)
- Wanlaeh, W. (2015). *Personal Quality of work life in Hatyai Hospital, Hat Yai District, Songkhla Province*. (Unpublishd master's thesis). Hatyai University, Thailand. (In Thai)
- Walton, R.E. (1974). Improving the quality of working life. *Harvard Business Review*, 15(1), 11-21.

สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล Safety Leadership Competencies of Chief Nurses In Anesthesia Units

กรภัทร	พวงทอง *	Koraphat	Puangthong *
เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย **	Phechnoy	Singchungchai **
นฤมล	ปทุมารักษ์ ***	Narumon	Pathumarak ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาลมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 16 คน วิจัยดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญด้วยข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดลำดับความสำคัญและยืนยันความคิดเห็น ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 โดยคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จากนั้นสร้างแบบสอบถามกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งเพื่อหาฉันทามติ

ผลการวิจัย สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.00-5.00 และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ อยู่ระหว่าง 0.00-1.00 มีสมรรถนะทั้งหมด 6 ด้าน (สมรรถนะย่อย 83 ข้อ) ได้แก่ (1) สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย 19 ข้อ (2) สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการทำงานร่วมกันเพื่อความปลอดภัย 8 ข้อ (3) สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัย 19 ข้อ (4) สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง 16 ข้อ (5) สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการสร้างเสริมปัจจัยทางทรัพยากรมนุษย์และสิ่งแวดล้อม 10 ข้อ และ (6) สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการรายงานความปลอดภัยที่มีคุณภาพ 11 ข้อ จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าองค์ประกอบสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยแทรกอยู่ในผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้นำแลกเปลี่ยน และผู้นำให้บริการ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาลได้

คำสำคัญ: สมรรถนะ, ผู้นำความปลอดภัย, สมรรถนะหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล

Abstract

The objective of descriptive research was to examine safety leadership competencies of chief nurses in expert perspective. The sample of 16 experts who met inclusion criteria participated in

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* Master of Nursing Student, Master of Nursing Science in Nursing Management, Christian University, tnpungthong@gmail.com

** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

วันที่รับบทความ 7 ตุลาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 16 ธันวาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2562

this study. The study method consisted of three steps. Firstly, experts were asked for their opinions with open and close-ended questionnaire. Secondly, data obtained from the first step were used to develop a rating scale questionnaire which was sent back to experts for ranking and ensuring agreement on competencies. Finally, analyzed the data attained from second step using median, interquartile range, then the developed new version of questionnaire was sent to experts for consensus on the competencies.

The study found that the median of leadership competencies of the chief nurses was 4.00-5.00 and the interquartile range was 0.00-1.00. There were 6 competencies and 83 elements: (1) Safety leadership competency in reinforcing safety culture with 19 elements; (2) Safety leadership competency in teamwork for safety with 8 elements; (3) Safety leadership competency in effective communication for safety with 19 elements; (4) Safety leadership competency in safety and risk management with 16 elements; (5) Safety leadership competency in reinforcing human resources and environmental factors with 10 elements; and (6) Safety leadership competency in quality and safety reports with 11 elements.

The study indicates that competencies of safety leadership in anesthetic unit are the key competencies of transformational leadership, transactional leadership and servant leadership. Study results can be used the competency assessment guide of safety leadership in anesthetic nurse.

Keywords: *Competency, Safety Leadership, Chief Nurses in Anesthesia Competency*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ความปลอดภัยเป็นหลักพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งมีนโยบายให้นานาประเทศพัฒนามาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (World Health Organization [WHO], 2006) ส่วนสมาคมพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยกำหนดให้ความปลอดภัยเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของบริการพยาบาล (American Nurse Association, 2010) สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (The Healthcare Accreditation Institute [Public Organization], 2019) เน้นการดูแลเรื่องความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและบุคลากร (2P Safety Goals) เช่นเดียวกับสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย (Thailand Nursing and

Midwifery Council, 2011) ได้กำหนดให้ความปลอดภัยเป็นหนึ่งในมาตรฐานผลลัพธ์บริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ งานพยาบาลวิสัญญีเป็นอีกหนึ่งงานที่สำคัญเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต (Sonthorn, 2015) จากความสำคัญนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2560) ได้ทำการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีใน 22 โรงพยาบาลทั่วประเทศ พบว่าเกิดจาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) สาเหตุจากการผ่าตัด 2) สาเหตุทางด้านวิสัญญี และ 3) สาเหตุจากทางด้านตัวผู้ป่วย โดยพบมีการรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมด 3028 อับัติการณ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งสิ้น การบริหารจัดการความปลอดภัย จึงเป็นบทบาทของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล รวมถึงโน้มน้าวให้บุคลากรเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย

มีความไวในการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ โดยบริบทของความปลอดภัยผู้นำต้องทราบว่าเมื่อใดและอย่างไรที่พฤติกรรมจะถูกแสดงออกควบคู่ไปกับความรู้ ความสามารถ ทักษะ (Mohamed, 2017) ในปัจจุบันยังไม่มีสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม และจากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล พบเพียงแนวคิดสมรรถนะด้านความปลอดภัยของสมาคมการดูแลความปลอดภัยต่อเนื่อง (Continuing Care Safety Association: [CCSA], 2013) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล เพื่อพัฒนาสมรรถนะหัวหน้างานพยาบาลวิสัญญี และเป็นเครื่องมือของผู้บริหารการพยาบาลในการพิจารณา สรรหา และคัดเลือกบุคลากรของหน่วยงานให้ตรงกับคุณสมบัติ เพื่อคุณภาพการพยาบาลด้านวิสัญญีที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาลมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ

คำถามการวิจัย

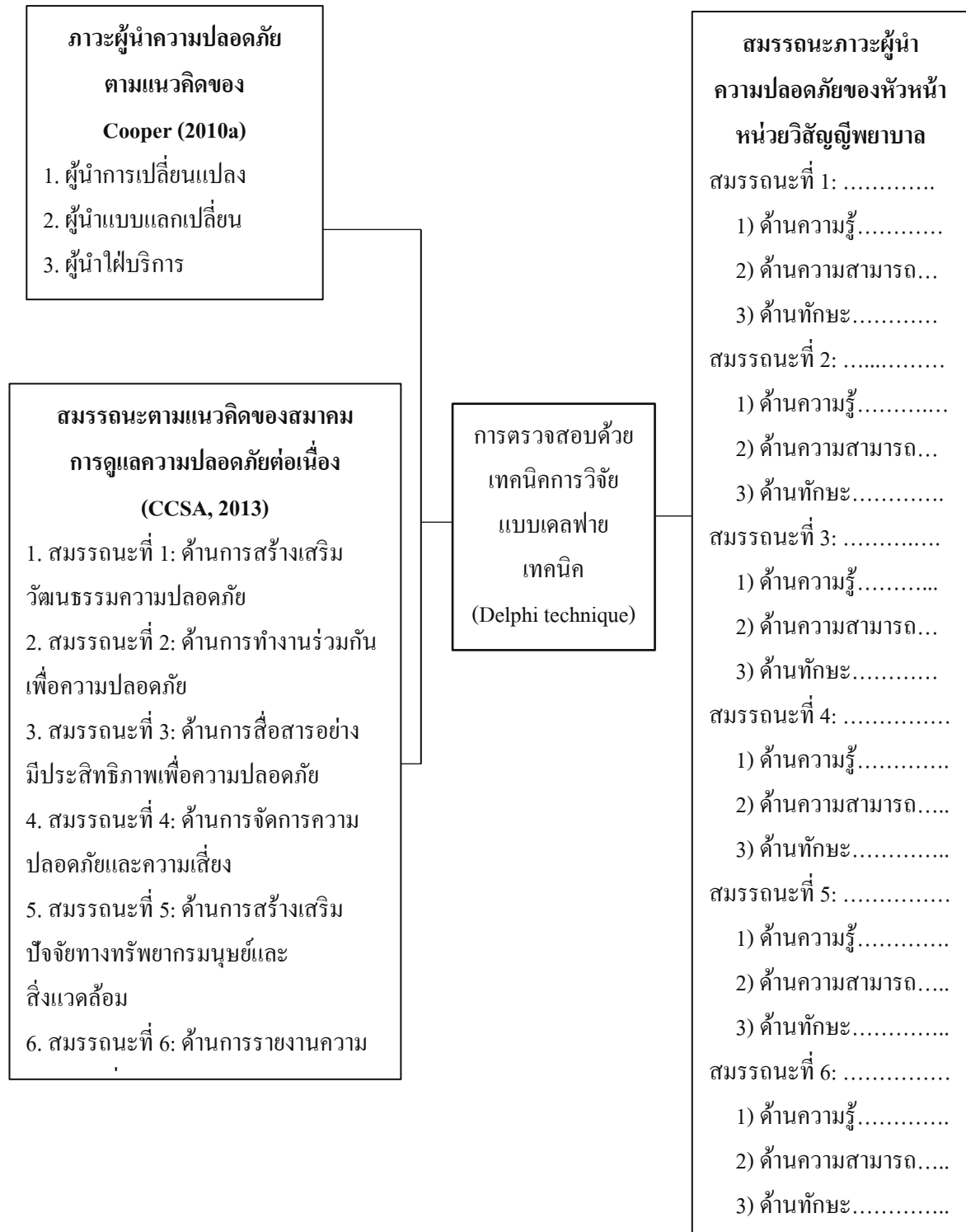
สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล ควรมีสมรรถนะกี่ด้าน และมีด้านย่อยแต่ละด้านจำนวนกี่ข้อ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะด้านความปลอดภัย (Safety Competency Framework) ของสมาคมการดูแลความปลอดภัยต่อเนื่อง (Continuing Care Safety Association: CCSA, 2013) ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน คือ 1) ด้านการสร้างเสริมวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย 2) ด้านการทำงานร่วมกันเพื่อความปลอดภัย 3) ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัย 4) ด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง 5) ด้านการสร้างเสริม

ปัจจัยทางทรัพยากรมนุษย์และสิ่งแวดล้อม และ 6) ด้านการรายงานความปลอดภัยที่มีคุณภาพ โดยทั้ง 6 สมรรถนะใช้องค์ประกอบตามความหมายของสมรรถนะเพียง 3 ด้าน ที่สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ คือ 1) ด้านความรู้ (Knowledge) 2) ด้านความสามารถ (Ability) และ 3) ด้านทักษะ (Skill) บูรณาการร่วมกับแนวคิดผู้นำความปลอดภัยของ Cooper (2010a) ซึ่งผู้นำความปลอดภัยตามแนวคิดของคูเปอร์ มาจากทฤษฎีผู้นำ 3 แบบ คือ 1) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง 2) ผู้นำแบบแลกเปลี่ยน และ 3) ผู้นำไฟบริการ เป็นแนวทางในการกำหนดสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 16 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรหรือผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยของวิสัญญี โดยตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 16 คน ซึ่งตามแนวคิดของ MacMillan (1971) ที่กล่าวว่า จำนวนผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ 17 คนขึ้นไประดับความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจะลดลงอย่างคงที่และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก เนื่องจากขณะทำการวิจัยมีผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลจำนวน 1 ท่านขอถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัย คงเหลือผู้เชี่ยวชาญที่สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 16 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติและใช้วิธีการบอกต่อจำนวน 16 คน 1) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารด้านวิสัญญีพยาบาลและเป็นผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาวิสัญญี จำนวน 6 คน 2) ผู้บริหารระดับต้นที่เป็นวิสัญญีพยาบาลและมีประสบการณ์ในการบริหารงานด้านวิสัญญีตั้งแต่ 5 ปีจำนวน 5 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มอาจารย์ที่สอนหรือรับผิดชอบหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลและมีประสบการณ์ในการสอนวิสัญญีพยาบาลตั้งแต่ 5 ปีจำนวน 2 คน 4) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มวิสัญญีแพทย์ที่เป็นผู้บริหารจำนวน 1 คน และ 5) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการจัดทำสมรรถนะทางการพยาบาลด้วยเทคนิคเดลฟายจำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสำรวจ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล โดยผู้วิจัยนำแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นแบบสำรวจความคิดเห็นทั้งโครงสร้างโดยใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะผู้นำ

ความปลอดภัย

2. แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจความคิดเห็นในรอบที่ 1 นำมาวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มีลักษณะเดียวกัน เรียงลำดับตามความสำคัญและสร้างแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยในแต่ละด้าน

3. แบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการบูรณาการแบบสอบถามในรอบที่ 2 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ คือ ระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด โดยในแบบสอบถามรอบนี้มีการแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่ได้จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นและคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในรอบที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้พิจารณายืนยันและเปลี่ยนแปลงคำตอบ

การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

ในด้านของความตรงตามเนื้อหาได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญปรับแก้และตรวจสอบคำถามของตนเองหลายรอบ และความเที่ยงของเครื่องมืออยู่จากการให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำๆ หลายรอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงในแต่ละรอบ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่คงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงแสดงว่าข้อมูลมีความเที่ยงสูง (Poolpatarachewin, 2010)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 08/2561 เมื่อวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2562 จากนั้นผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัย (information from) ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธี

ดำเนินการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยข้อมูลที่ได้อาจจะถูกเก็บเป็นความลับและจะทำลายทิ้งเมื่อกระบวนการวิจัยสิ้นสุดลง รวมทั้งผลการวิจัยจะนำมาสรุปและวิเคราะห์ในภาพรวม ไม่สามารถเชื่อมโยงหรืออ้างอิงไปยังผู้ให้ข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 เก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ โดยนำข้อมูลและแนวคิดที่ได้จากการศึกษาทบทวน วิเคราะห์ปัญหาจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศมาบูรณาการเพื่อสร้างแบบสำรวจสมรรถนะผู้นำความปลอดภัย เป็นแบบสำรวจกึ่งโครงสร้างที่มีลักษณะข้อคิดเห็นแบบปลายเปิดและปลายปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” และให้ข้อเสนอแนะแบบอิสระเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อการแก้ไขปรับปรุงประกอบด้วย 6 สมรรถนะ แต่ละสมรรถนะประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านความสามารถ และด้านทักษะ

ขั้นตอนที่ 2 ทำการรวบรวมข้อมูลที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกันมาจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ และสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาลในแต่ละด้านพร้อมทั้งข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ โดยผู้วิจัยกำหนดรูปแบบสอบถามกลับคืนมาภายใน 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มาสร้างแบบสอบถามฉบับใหม่ด้วยการปรับข้อความตามคำแนะนำของผู้ให้ข้อมูล โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ คือ ระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด ซึ่งแบบสอบถามในรอบนี้จะแสดงคำมธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 16 คนในรอบที่

ผ่านมา เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณายืนยันการคงคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดรูปแบบสอบถามกลับคืนมาภายใน 2 สัปดาห์

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 คือ วันที่ 25 เมษายน 2562 ถึงวันที่ 23 พฤษภาคม 2562 ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 คือ วันที่ 4 มิถุนายน ถึงวันที่ 21 มิถุนายน 2562 และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3 คือ วันที่ 27 มิถุนายน ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2562 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 60 วัน ทั้งนี้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบผู้วิจัยนำส่งและรับแบบสอบถามด้วยตนเอง รวมทั้งส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์แบบด่วน (EMS) ร่วมกับการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAIL) ตามความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน กรณีผู้วิจัยมีข้อสงสัยในคำตอบจะใช้การโทรศัพท์สอบถามผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 นำข้อมูลจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่ม กรณีผู้เชี่ยวชาญตอบเห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ให้คงข้อรายการสมรรถนะย่อยนั้นไว้และปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และกรณีผู้เชี่ยวชาญตอบเห็นด้วยน้อยกว่าร้อยละ 80 และมีได้ตัดสมรรถนะนั้นออก ให้พิจารณาโดยการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมข้อความตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำ เพื่อให้ได้สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 1 ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะ จัดหมวดหมู่เนื้อหาในแต่ละด้านโดยเรียงลำดับตามความสำคัญ และสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตรฐานค่า 5 ระดับ ได้จากการบูรณาการแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งแบบสอบถามในรอบนี้จะระบุตำแหน่งคำมีฐาน คำพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด คำตอบของผู้เชี่ยวชาญคนนั้น ๆ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 มาหาค่ามัธยฐาน คำพิสัยระหว่างควอไทล์อีกครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการเก็บข้อมูลได้ก็ต่อเมื่อคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่แตกต่างจากรอบที่ผ่านมามากนัก ซึ่ง

พิจารณาจากระดับการเปลี่ยนแปลงอันดับที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงน้อยกว่าร้อยละ 15 (Linstone, 1978) นำไปสู่ข้อสรุปของสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาลประกอบด้วย สมรรถนะ 6 ด้าน รวม 83 ข้อ โดยแต่ละสมรรถนะประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านความสามารถ และด้านทักษะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล

สมรรถนะผู้นำความปลอดภัย ของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล	ด้านความรู้ (ข้อ)	ด้านความสามารถ (ข้อ)	ด้านทักษะ (ข้อ)	รวม (ข้อ)
1. ด้านการสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย	5	9	5	19
2. ด้านการทำงานร่วมกันเพื่อความปลอดภัย	3	2	3	8
3. ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัย	6	11	2	19
4. ด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง	5	9	2	16
5. ด้านการสร้างเสริมปัจจัยทางทรัพยากรมนุษย์และสิ่งแวดล้อม	3	5	2	10
6. ด้านการรายงานความปลอดภัยที่มีคุณภาพ	2	4	5	11

การอภิปรายผล

สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย

จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะการสร้างเสริมวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันด้านความรู้ ในสมรรถนะย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุดเรื่อง 2P Safety นโยบายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของงานพยาบาลวิสัญญี และเรื่องการจัดการและป้องกันอันตรายทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยง

ทางคลินิก อภิปรายได้ว่า ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล (Official Nursing, 2008) ด้านบริหารมีหน้าที่รับนโยบายซึ่งในปี 2561 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย Patient and Personnel Safety ซึ่งครอบคลุมความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital and Healthcare Standards 4th Edition, 2018) ด้านบริการมีหน้าที่ออกแบบระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ทั้งก่อน ขณะ และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ทั้งนี้หากผู้ให้การ

ระดับความรู้สึกรู้สึกว่าความรู้จะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการและเกิดผลเสียต่อองค์กรได้ รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านความปลอดภัย อภิปรายได้ว่า ด้านกฎหมายถูกกำหนดไว้ในลักษณะสำคัญของ Official Nursing (2008) กล่าวว่า งานบริการพยาบาลวิสัญญีดำเนินงานภายใต้กฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้องในงาน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงอาจเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง จึงจำเป็นต้องศึกษาเพื่อให้เกิดความตระหนักต่อผู้ปฏิบัติงาน

ด้านความสามารถสมรรถนะย่อย 9 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องในระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด โดยมีสมรรถนะย่อยเกี่ยวกับการกำหนดกระบวนการ (Work Procedure) ระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction) ในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน รวมทั้งการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ส่งเสริม/สนับสนุนให้เกิดค่านิยม วัฒนธรรมความปลอดภัย และการจัดโครงสร้างองค์การให้เกิดความปลอดภัย อภิปรายได้ว่า สอดคล้องกับสมาคมการดูแลความปลอดภัยต่อเนื่อง (Continuing Care Safety Association, 2013) กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประการ คือ 1) โครงสร้างองค์การที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย และ 2) บุคลากรและการจัดโครงสร้างภายใน โดยในสมรรถนะย่อยครอบคลุมเรื่องกำหนดขั้นตอนการทำงาน ระเบียบปฏิบัติ ส่วนปัจจัยด้านบุคลากร มีการถ่ายทอดนโยบาย รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดโครงสร้างความปลอดภัย สอดคล้องกับมาตรฐานที่ 3 การจัดระบบงานและกระบวนการให้บริการพยาบาลต้องคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ซึ่งต้องมีการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ (Nurse Policy and Procedure) รวมทั้งแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย (Nurse Standard of Patient Care) (Nursing and Midwifery Act B.E. 1985 Revision of the Act B.E. 1997, 1997)

ด้านทักษะ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องในระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด มีสมรรถนะย่อยเกี่ยว

กับเรื่อง การติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ สนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จำเป็น มีการสื่อสารเกี่ยวกับความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง และให้บุคลากรมีส่วนร่วม อภิปรายได้ว่า การเสริมสร้างสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านวัฒนธรรมตามแนวคิดของ CCSA (2013) ผู้นำต้องส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ ที่จำเป็นต่อบุคลากร เพื่อการมีส่วนร่วมในแผนงานด้านความปลอดภัยเชิงรุกขององค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ Rachiwong (2013) พบว่าการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปรับปรุงงานด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง เกิดความปลอดภัยที่ยั่งยืนของการให้บริการตลอดไป

ทั้งนี้ในการสร้างให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยต้องอาศัยผู้นำที่ตามแนวคิดของ Cooper (2015) สอดคล้องกับผู้นำการเปลี่ยนแปลง คือ ผู้นำบารมีในการสร้างแรงบันดาลใจ (Charismatic-Inspirational Leadership) ผู้นำมีความเชื่อมั่นในด้านความปลอดภัย เป็นแบบอย่าง สังเกตได้จาก ภาษา ท่าทาง น้ำเสียง คำพูด มองโลกในแง่ดี มีความกระตือรือร้นและความพยายามในการเปลี่ยนแปลงในด้านความปลอดภัย ผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทำให้สมาชิกในองค์กรเกิดการตระหนักรู้ในการกิจด้านความปลอดภัยขององค์กร ให้มีความสำคัญ เห็นประโยชน์ขององค์กรเป็นที่ตั้ง โดยจะมองครอบคลุมทั้งความรู้ที่เกี่ยวกับงาน นโยบาย และกฎหมาย รวมถึงถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นการรับรู้เกิดความตระหนัก จนเกิดเป็นการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ภายใต้การควบคุมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการทำงานร่วมกันเพื่อความปลอดภัย

จากผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะการมีส่วนร่วมในการทำงานและเทคนิคในการทำงานร่วมกัน รวมถึงการสร้างบรรยากาศและการจัดการแบบเชิงรุก ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องในระดับมากที่สุดทุกสมรรถนะย่อย อภิปรายได้ว่า สอดคล้องกับผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) ในการสร้างแรง

บันดาลใจ (Inspiration motivation) โดยผู้นำมีการแสดงออกซึ่งความกระตือรือร้น สร้างทัศนคติเชิงบวกเพื่อให้ผู้ตามสัมผัสได้ถึงภาพในอนาคตด้านความปลอดภัยในงาน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการทำงานร่วมกัน มีความรู้ในการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มองข้ามประโยชน์ตนเองมุ่งที่วิสัยทัศน์และภารกิจขององค์กร

ด้านความสามารถ สามารถร่วมกันกับทีมในการปรับแผนการปฏิบัติงานได้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความสามารถในการเป็นผู้นำทีม และเป็นผู้นำในรูปแบบที่น่าสนใจในการพัฒนาผู้ตามอย่างชัดเจน เน้นให้ผู้ตามมีส่วนร่วมและสนับสนุนให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร (Schack & Schack, 2013) ด้านทักษะ มีทักษะในการโน้มน้าว ชักชวน โดยไม่บีบบังคับให้ยอมทำตาม ซึ่งต้องใช้เวลานานกว่าการสั่งการ ถ้าโน้มน้าวสำเร็จจะได้รับการยอมรับและความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม เพราะงานการพยาบาลต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมและอาศัยความสามารถที่หลากหลายของสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรหลายระดับ ตรงกับคุณลักษณะเด่นของผู้นำไฟบริการ แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจต่อผู้ตาม โดยสร้างคุณค่าของทีมผ่านสร้างเสริมศักยภาพและการพัฒนา

สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัย

สมรรถนะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัย ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องในระดับมากที่สุดทุกสมรรถนะย่อย ในการจัดการความปลอดภัยของทีมพยาบาลจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น เจตจำนงของผู้บริหาร ระบบความปลอดภัย ความสามารถของบุคลากร รวมถึงการสื่อสารและทักษะในการสื่อสาร (Paothipchan, Pinchaleaw & Puttapitukpol, 2015) เนื่องจากต้องใช้การสื่อสารในการเชื่อมโยงกิจกรรมหรือการปฏิบัติงาน (Mohamed, 2017) อภิปรายได้ว่าสมรรถนะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยตรงกับลักษณะผู้นำ 2 แบบที่คล้ายคลึงกัน คือ

ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) มุ่งเน้นการให้คำปรึกษา การสอน และการเสริมสร้างพลังอำนาจ และผู้นำไฟบริการ (Servant leadership) มุ่งเน้นที่ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความถูกต้องและการยอมรับระหว่างบุคคล โดยทั้ง 2 รูปแบบเป็นผู้นำที่มุ่งเน้นการจัดการความสัมพันธ์ของบุคคลโดยการคงไว้ซึ่งการสื่อสารในระดับสูงกับผู้ตาม การมีทักษะการสื่อสารที่ดีถือเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของความแข็งแกร่งของผู้นำ เพราะจะนำไปสู่ความเชื่อถือของผู้ติดตาม (Mohamed, 2017)

ด้านความสามารถ สื่อสารด้วยความเรียบง่าย ทั้งทางวาจาและการเขียนอย่างมีประสิทธิภาพทั้งการรับสารและการส่งสาร และในด้านทักษะมีการสื่อสารระหว่างทีมเกี่ยวกับกระบวนการที่ส่งผลถึงความเสี่ยงระหว่างกัน สอดคล้องกับของ Kunzle, Kolbe, & Grote (2010) ที่ให้เหตุผลว่าการสื่อสารที่เปิดกว้างและไว้วางใจจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรม การพัฒนาทีม การแบ่งปันความรู้ และการทำงานร่วมกัน ในทางกลับกัน การสื่อสารที่ไม่ดีถือเป็นกีดกันของผู้นำ รวมทั้งได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกพฤติกรรมสื่อสารของผู้นำที่มีผลต่อการติดตามของผู้ตามในเรื่องความปลอดภัย ส่งผลให้การปรับปรุงประสิทธิภาพความปลอดภัยจะดีขึ้น (Mohamed, 2017) นอกจากนี้ (Taylor & Thomas, 2003) เชื่อว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยและการจัดการความปลอดภัยที่ดีต้องมีการสื่อสารอย่างใกล้ชิดและมีกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง

สมรรถนะการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องในระดับมากที่สุดในทุกสมรรถนะย่อย สมรรถนะย่อยตรงกับลักษณะผู้นำ 2 รูปแบบ คือ 1) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) ที่เน้นให้เกิดการดำเนินงานด้านความปลอดภัย ด้านความรู้ ออกแบบระบบการทำงาน ในด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงสามารถสร้างมาตรการป้องกันเพื่อลด/ควบคุมความ

เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตรงกับคุณลักษณะผู้นำบาร์มในการสร้างแรงบันดาลใจ (Charismatic-Inspirational Leadership) กระตุ้นให้บุคคลเข้าถึงความปลอดภัย โดยในสมรรถนะย่อยด้านความรู้ ผู้นำต้องมีความรู้ในการจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย มีความรู้ด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงในการกำหนดขั้นตอนการรายงานและจัดการกรณีเกิดอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ และในด้านการกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual Stimulation) เสริมสร้างบุคคล คือ ให้ความสนใจ ตระหนักถึงปัญหา และเพิ่มความสามารถในการคิดเกี่ยวกับปัญหารูปแบบใหม่ มากกว่าการที่จะกระตุ้นด้านความเสี่ยง ซึ่งการกระตุ้นด้านปัญญาย่จะช่วยให้งานได้รับความรู้และความเข้าใจในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย นำไปสู่การแนะนำวิธีการใหม่ๆ รวมถึงนวัตกรรมในการเข้าถึงเป้าหมายด้านความปลอดภัย (Clarke, 2013) 2) ผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional leadership) เน้นให้เกิดการจัดการด้านความปลอดภัย โดยเฉพาะในด้านการบริหารแบบวางเฉยเชิงรุก (Active management by exception) มีการติดตามพฤติกรรมของพนักงานในเชิงรุกและแก้ไขข้อผิดพลาดก่อนที่จะนำไปสู่ปัญหา สามารถวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเพื่อระบุอันตราย ประเมินความเสี่ยง และออกแบบระบบการจัดการความปลอดภัย ทั้งนี้การผสมผสานระหว่างผู้นำการเปลี่ยนแปลงและผู้นำแบบแลกเปลี่ยนเชิงรุกจะส่งผลให้เกิดการจัดการความปลอดภัยในองค์กรผ่านการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ Rewthong (2014) โดยศึกษาสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและความเสี่ยง โดยปรับปรุงพัฒนาแผนงานให้มีความทันสมัยได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ รวมทั้งกระตุ้นบุคลากรให้มีส่วนร่วมในงานและแสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงงานให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leksomboonsuk (2012)

ได้ศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะด้านการตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้านความเสี่ยง

นอกจากนี้ความรู้ในด้านการจัดการและการออกแบบการทำงานต้องสัมพันธ์เฉพาะในงานพยาบาล วิสัยทัศน์สอดคล้องกับโครงสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่มีความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละสายอาชีพ (Cooper, 2016) หมายถึง การวางรูปแบบการจัดการความปลอดภัยของแต่ละงาน หรือสายอาชีพย่อมแตกต่างกันตามบริบท สอดคล้องกับงานวิจัยของ Madsalee (2010) โดยศึกษาการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัด พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและอันตรายจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการทำงานที่

สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการสร้างเสริมปัจจัยทางทรัพยากรมนุษย์และสิ่งแวดล้อม

จากผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะด้านนี้เป็นการส่งเสริมสนับสนุนด้านทรัพยากรบุคคลและสิ่งแวดล้อม อภิปรายได้ว่าตรงกับผู้นำใฝ่บริการ (Servant Leadership) ในด้านสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับแนวคิดผู้นำด้านความปลอดภัยของ Cooper (2015) โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของพนักงานในด้านความปลอดภัย เข้าร่วมและมีส่วนร่วมในการประชุมด้านความปลอดภัย มีความรู้เกี่ยวกับการออกแบบสิ่งแวดล้อม สามารถสนับสนุนจัดหาทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย จัดสภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อแก้ปัญหาด้านความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Schack & Schack, (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้นำใฝ่บริการกับประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยโดยการตรวจสอบเกี่ยวกับบรรยากาศด้านความปลอดภัย แรงจูงใจด้านความปลอดภัย การปฏิบัติตามกฎระเบียบ และการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัย พบว่า คุณลักษณะผู้นำใฝ่บริการมีความสัมพันธ์กับ

ประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.41$) นอกจากนี้ผู้นำไฟบริการจะสร้างสัมพันธภาพส่วนตัวเพื่อรักษาวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยขององค์กรไว้ ช่วยเหลือพนักงานเกี่ยวกับความปลอดภัยผ่านการสื่อสารแบบเปิด ให้คำปรึกษากับพนักงานที่มีสมรรถนะด้านความปลอดภัยต่ำ และสร้างความสำเร็จด้านความปลอดภัยโดยการอำนวยความสะดวกในความต้องการต่างๆ มีทักษะในการสร้างและกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศในการทำงานและเสริมพลังการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Neal & Griffin (2006) กล่าวว่า การจัดสรรทรัพยากรด้านความปลอดภัยมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

สมรรถนะผู้นำความปลอดภัยด้านการรายงานความปลอดภัยที่มีคุณภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการรายงานความปลอดภัยที่มีคุณภาพถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในเรื่องของการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงด้วยเช่นกัน อภิปรายได้ว่า การรายงานความปลอดภัยที่มีคุณภาพเป็นกระบวนการหนึ่งในการบริหารจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง องค์ประกอบที่สำคัญของประสิทธิผลในการลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น คือ กระบวนการตรวจสอบและทบทวน ผู้นำต้องมีความรู้ในการจัดทำรูปแบบการรายงานความปลอดภัยที่มีคุณภาพ กำหนดข้อตกลงเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการรายงาน Cooper (2016) กล่าวว่า ระบบข้อมูลความปลอดภัยกำหนดได้จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเหตุการณ์ การรายงานเหตุเกิดพลาด ในด้านความสามารถ สามารถตัดสินใจ/สังเกต/ตอบสนองต่อเหตุการณ์อย่างถูกต้องและทันเวลา และแปลงข้อมูลเหล่านี้เป็นความรู้ เพื่อเผยแพร่ให้องค์กรรับรู้และให้

เกิดความตระหนัก สามารถเปลี่ยนวิกฤติจากการเกิดอุบัติเหตุให้เป็นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อลดความผิดพลาด รวมทั้งทำสถิติเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงาน สิ่งต่างๆ ที่กล่าวมาล้วนเกิดจากสารสนเทศที่ได้จากการรายงานทั้งสิ้น นอกจากนี้การรายงานยังสอดคล้องกับการทบทวนหลักฐานแนวการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งเน้นการลดอุบัติเหตุที่มีความถี่ต่ำแต่ความรุนแรงสูง และอุบัติเหตุที่มีความถี่สูงแต่มีผลกระทบต่ำ ซึ่งเป็นผลจากการรายงานทั้งสิ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารวิสัญญีพยาบาลนำข้อมูลของการวิจัยไปสนับสนุน ส่งเสริมให้พยาบาลวิสัญญีในหน่วยงานได้มีการพัฒนา เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะหรือมีสมรรถนะด้านผู้นำความปลอดภัยอย่างมีมาตรฐาน

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงและระดับกลาง สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล และเป็นเครื่องมือในการคัดเลือกวิสัญญีพยาบาลที่จะขึ้นสู่ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยไปพัฒนาการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาลโดยใช้วิธีการตัดแยกองค์ประกอบ (Factor analysis)

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหน่วยวิสัญญีพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

American Nurse Association. (2010). *Health System Reform: Nursing's Goal of High Quality, Affordable Care for All*. Retrieved from <https://www.nursingworld.org>.

- Clarke, S. (2013). Safety leadership: A meta-analytic review of transformational and transactional leadership styles as antecedents of safety behaviors. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(1), 22-49.
- Cooper, M. D. (2010a). *Safety leadership*. Retrieved from www.behavioral-safety.com/behavior-based-safety-solution-center/safety-coaching-and-training/safety-leadership. (2015). Effective Safety leadership. Retrieved from http://www.behavioural-safety.com/articles/effective_leadership_cooper_0215.pdf. (2016). Navigating the Safety Culture Construct: A Review of the Evidence. Retrieved From http://www.behavioural-safety.com/articles/safety_culture Review.
- Cooper, M. D. & Finley, L. J. (2013). *Strategic safety culture road map*. Franklin, IN: BSMS Continuing Care Safety Association [CCSA]. (2013). Safety Competencies. Retrieved From <https://continuingcaresafety.ca/>
- Health Systems Research Institute. (2017). *Multicentered study of anesthesia: related mortality and adverse events by incident reports in Thailand*. Retrieved from <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/9540>
- Hospital and Healthcare Standards 4th Edition. (2018). *Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018*. Retrieved from <https://www.ha.or.th> (In Thai)
- Kunzle, B., Kolbe, M. & Grote, G. (2010). Ensuring Patient Safety Through Effective Leadership Behaviour. A Literature Review. *Safety Science*, 48(1), 1-17.
- Paothipchan, K., Pinchaleaw, D., and Puttapitukpol, S.. (2015). The Relationships between Communication Skills, Safety Competency, and Patient Safety Management of Staff Nurses at an Autonomous University Hospital in Bangkok Metropolis. *Journal of The Police Nurse*, 7(1), 210-222. (In Thai)
- Leksomboonsuk, K. (2012). The Components of the Head Nurse Competency at the Tertiary Hospital in Suphanburi Province. Thesis of Nursing Science Program in Nursing Administration, Christian University. (In Thai)
- Linstone, H. (1978). The Delphi technique. In R. B. Fowles (Eds.), *Handbook of Futures Research*. London: Greenwood Press.
- Madsalee, S. (2010). *Head nurses' work safety management, safety work behaviors and occupational hazards of perioperative nurses in general hospitals, southern Thailand*. Thesis of Nursing Science Program in Nursing Administration, Prince of Songkla University. (In Thai)
- Mcmillan, T. T. (1971). *The Delphi Technique*. In Paper Presented at the Annual Meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development, Monterey, California. May 3-5.
- Mohamed, S. (2017). Systematic Review on Safety Leadership: A Fresh Perspective. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/319377100Systematic_Review_of_Safety_Leadership_A_Fresh_Perspective.

- Neal, A. & Griffin, M. A. (2006). A Study of the Lagged Relationships Among Safety Climate, Safety Motivation, Safety Behavior, and Accidents at the Individual and Group Levels. *Journal of Applied Psychology*, 91(4), 946-953.
- “Nursing and Midwifery Act B.E. 1985 Revision of the Act B.E. 1997” (1997, 23 December). *Royal Thai Government Gazette*. 114(75), 1-9. (In Thai)
- Official Nursing. (2008). Anesthesia nursing Standard. Retrieved Jan 6, 2019. Retrieved from <http://www.nurseanesth.org/productdata/1339299051.pdf>. (In Thai)
- Poolpatarachewin, C. (2010). Future Research Techniques. *Journal of Public Policy Analysis Techniques*, 36(1), 22-24. (In Thai)
- Rachiwong, R. (2013). *Experience of intensive care unit head nurse in managing staff's safety*. Thesis of Nursing Science Program in Nursing Administration, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Rewthong, R. (2014). *The Competencies of Head Nurses at a Hospital under the Bangkok Metropolitan Administration*. Master Thesis of Nursing Science Program in Nursing Administration, Christian University. (In Thai)
- Schack, L. & Schack, R. (2013). *Safety Leadership: A Study of the Effects of Servant Leadership Attributes on Safety Performance*. A Research Project Presented to the Faculty of the School of Letters and Sciences Viterbo University.
- Sonthorn, T. (2015). *Relationships between self directed learning, leadership of head nurse, and performance of nurse anesthetists, general hospitals, ministry of public health*, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Taylor, J. & Thomas, R. (2003). Toward measuring safety culture in aviation maintenance: the structure of trust and professionalism. *International Journal of Aviation Psychology*, 13(4), 321-343.
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2019). *Hospital and healthcare standards 4th edition*. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (In Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2011). *Nursing and Midwifery Standard B.E. 2001*. Retrieved from <http://opac.lib.buu.ac.th>. (In Thai)
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Health topic patient safety*. Retrieved from



ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาตตระการ

จังหวัดพิษณุโลก

Activity-Based Costing of Services in Inpatient Ward, Chattrakan Hospital, Phitsanulok Province

จารวี	ขำนิม *	Jarawee	Khumnim *
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **

บทคัดย่อ

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการเป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารในการบริหารทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาดูแลในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาตตระการ และเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชากรในการศึกษา คือ กิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พุทธศักราช 2560 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา คือ การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของแคปแพนและคูเปอร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพัฒนาโดยผู้ศึกษา ประกอบด้วย พจนานุกรมกิจกรรมการบริการ แบบบันทึกเกี่ยวกับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน โดยเครื่องมือเหล่านี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้เก็บข้อมูล 2 คน ได้เท่ากับ 1.0 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 2,205.32 บาท ซึ่งมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 325.77 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 57.91:42.09
2. ต้นทุนกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 4,522.82 บาท ซึ่งน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 53.43 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 59.21:40.78
3. ต้นทุนกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 2,217.41 บาท น้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 1,150.33 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 59.47:40.53

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชาตตระการพิษณุโลก

* Professional Nurse, Chattrakan hospital, Phitsanulok, janenoy.ja@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 19 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 25 กันยายน 2560 วันตอบรับบทความ 16 มกราคม 2561

ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาตตระการ จังหวัดพิษณุโลก สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการคำนวณต้นทุนของกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ รวมทั้งช่วยในการวางแผนบริหารกิจกรรมการบริการให้มีความเหมาะสมกับต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย

คำสำคัญ: ต้นทุนฐานกิจกรรม การวิเคราะห์ต้นทุน หอผู้ป่วยใน

Abstract

Activity-based costing is a tool for hospital administrators to manage resources used for providing services. The aims of this study were to analyze the activity-based costing of services for patients with diarrhea, pneumonia and urinary tract infection who admitted in the inpatient ward at Chattrakan Hospital and to compare the cost of services with the budget allocated from the National Health Security Office. The population for this study included service activities for patients with diarrhea, pneumonia and urinary tract infection who were admitted to the hospital from August to October, 2017. The conceptual framework used for this study was the four steps of Activity-Based Costing introduced by Kaplan and Cooper (1998). The instruments used in this study, developed by the investigator, 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. These instrument were confirmed for the content validity by three experts and the inter-rater reliability of two data collectors was 1.0. Data were analyzed by using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The activity-based costing of services in patients with diarrhea per admission was 2,205.32 Thai baht (THB) which is higher than the budget allocated from the National Health Security Office at 325.77 THB. The ratio of labor costs:material costs was 57.91:42.09.
2. The activity-based costing of services in patients with pneumonia per admission was 4,522.82 THB which is less than the amount of the budget allocated from the National Health Security Office at 53.43 THB. The ratio of labor costs to material costs was 59.21:40.78.
3. The activity-based costing of services in patients with urinary tract infection per admission was 2,217.41 THB which is less than the amount of the budget allocated from the National Health Security Office at 1,150.33 THB. The ratio of labor costs to material costs was 59.47: 40.53.

Hospital administrators and the head nurses of the inpatient ward at Chattrakan Hospital, Phitsanulok Province can use the results of this study as a guideline for calculating the cost of service activity for other patients and planning appropriate service activities for the cost of patient services.

Keywords: Activity-Based Costing, Cost Analysis, and Inpatient Ward

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปีพ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (National Health Security Office, 2515) จากปีงบประมาณ 2545-2559 มีการจัดสรรงบประมาณโดยมีการคำนวณเงินระดับเขตประจำปีทั้งปีงบประมาณจ่ายตามเป็นจริง แต่ในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณในทั่วไป โดยจ่ายตามงบประมาณในระดับเขตรายเดือน ตามข้อมูลที่หน่วยบริการได้ทำการส่งมาให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการนำค่าผลรวม (Adjusted Relative Weight: [AdjRW]) มาคิดเฉพาะบริการของแต่ละเขตเพื่อทำการจัดสรรเงินชดเชยให้กับหน่วยบริการในเขตนั้น (National Health Security Office, 2517) ในสถานการณ์ ปัจจุบันงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประสบกับปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน (Health Insurance Group, 2517) จากผลกระทบดังกล่าวเป็นเหตุให้สถานบริการภาครัฐจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการบริหารงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรและปรับระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ตลอดจนใช้ทรัพยากรที่ได้ลงทุนไปแล้วอย่างเต็มที่ (Tangkasemsamran, 2007)

วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนแบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ต้นทุนแบบถัวเฉลี่ยหรือต้นทุนแบบดั้งเดิม (traditional costing) เป็นการประมาณต้นทุนของหน่วยงานย่อยของสถานบริการ ต้นทุนหน่วยงานของงานสนับสนุน จะถูกกระจายสู่หน่วยงานที่จัดบริการ การวิเคราะห์ต้นทุนแบบเดิม จึงมีลักษณะเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนรวมไม่ได้แยกเป็นรายกิจกรรม โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับใช้การวิเคราะห์ต้นทุนตามราคาที่เราเรียกเก็บ ซึ่งต้นทุนคิดเป็นสัดส่วนที่คงที่เมื่อเปรียบเทียบกับราคาที่เราเรียกเก็บต้นทุนที่ได้มา

เป็นเพียงต้นทุนเฉลี่ยที่ไม่สามารถแสดงความแตกต่างของต้นทุนบริการหน่วยงานย่อยแต่ละหน่วยบริการได้ (Phannarunothai et al., 2011) 2) การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-based costing: [ABC]) เป็นแนวคิดการบริหารต้นทุนแบบใหม่โดยที่ช่วยให้ผู้บริหารเข้าใจในการบริหารและเห็นความสำคัญของการจัดการเกี่ยวกับต้นทุนโดยมีการวิเคราะห์ห้ออกเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรม คือสิ่งที่ทำให้เกิดต้นทุน ส่วนผลิตภัณฑ์คือสิ่งที่ใช้กิจกรรมต่าง ๆ ความหมายของกิจกรรมคือการกระทำที่เปลี่ยนทรัพยากรของกิจการ มาเป็นผลผลิตและตัววัดผลการปฏิบัติงาน มีการระบุผลได้ของแต่ละกิจกรรมและตัวหลักต้นทุนที่เกี่ยวข้อง (Thongsukhong, 2011)

การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมนำเสนอโดย Kaplan & Cooper (1998) ในปี ค.ศ.1980ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 จัดทำพจนานุกรมกิจกรรม ขั้นตอนที่ 2 กำหนดปริมาณการใช้ทรัพยากรในแต่ละกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ระบุผลผลิต บริการ และลูกค้าขององค์กร ขั้นตอนที่ 4 เลือกตัวหลักต้นทุนที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมกับผลผลิต บริการและลูกค้าขององค์กร ประโยชน์จากการวิเคราะห์แบบนี้เป็นตัวช่วยให้ผู้บริหารเข้าใจพฤติกรรมต้นทุนที่เกิดขึ้นในองค์กรและสิ่งใดที่เป็นสาเหตุทำให้ต้นทุนกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ชัดเจนขึ้นและสามารถดำเนินการควบคุมและช่วยลดต้นทุนได้ (Thummanon, 2008) อีกทั้งผู้บริหารสามารถพิจารณาถึงความเหมาะสมและความจำเป็นของแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งกระบวนการผลิตที่มีประสิทธิภาพ (Garudaboonyong, 2015) และยังช่วยกระตุ้นการปฏิบัติงานในองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพและสามารถประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติกิจกรรมในองค์กรได้อย่างต่อเนื่อง (Thummanon, 2008) การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมจึงทำให้ผู้บริหารสามารถพิจารณาถึงความเหมาะสมและความจำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละกิจกรรมได้เพื่อให้ได้กระบวนการผลิตที่มีประสิทธิภาพ (Garudaboonyong, 2015)

โรงพยาบาลชาติตระการเป็นโรงพยาบาลชุมชนมีขนาด 30 เตียง ได้จัดทำบัญชีต้นทุนตามราคาที่เรียกเก็บผลการวิเคราะห์ต้นทุนของโรงพยาบาลพบว่าสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ค่าวัสดุ: ค่าลงทุน เท่ากับ 65: 27: 8 ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้ง เท่ากับ 592.25 บาท (Mean $\pm$ 1SD เท่ากับ 768.29) ต้นทุนบริการผู้ป่วยในต่อ AdjRW เท่ากับ 14,186.98 บาท (Mean $\pm$ 1SD เท่ากับ 17,385.97) (Health Insurance Group, 2017) ซึ่งการวิเคราะห์ต้นทุนแบบนี้ไม่สามารถระบุได้ว่าการให้บริการผู้ป่วยรายใด โรคใดมีความคุ้มค่าคุ้มทุน หรือการบริการผู้ป่วยกลุ่มใดมีต้นทุนสูงกว่าเงินที่ได้รับจากการจัดสรร จากรายงานสรุปผลงานประจำปี 2559 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยในมากที่สุด 3 อันดับโรคได้แก่ โรคอุจจาระร่วง จำนวน 189 ราย โรคปอดอักเสบ จำนวน 106 ราย และโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 64 ราย ตามลำดับ จากการเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าโรคอุจจาระร่วง จำนวน 580,273 บาท ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เท่ากับ 509,136.91 บาท โรคปอดอักเสบ จำนวน 705,799 บาท ได้รับการจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เท่ากับ 701,059.60 บาท และโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 501,703 บาท ได้รับการจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เท่ากับ 424,350.40 บาท สำหรับกรณีผู้ป่วยในนั้นได้จัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์ซึ่ง 1 คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอนเท่ากับ 7,870 บาท (National Health Security Office, 2015) ซึ่งพบว่าทั้งในโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็น 3 อันดับโรคแรกๆ ที่เข้ารับการรักษามากที่สุดแต่ได้รับการจัดสรรเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง จึงส่งผลกระทบต่อเงินบำรุงโรงพยาบาลทำให้ประสิทธิภาพการบริหารทางการเงินการคลังวิกฤตระดับ 7 (วิกฤตรุนแรง) ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2558 ถึงไตรมาสแรกปีงบประมาณ 2559 (Health Insurance Phitsanulok Provincial

Health Office, 2016)

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาด้านทุนฐานกิจกรรมบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งข้อมูลต้นทุนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ให้กับผู้บริหารเพื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้บริหารใช้ประกอบในการพิจารณาบริหารทรัพยากรในกิจกรรมการบริการให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน นอกจากนี้การวิเคราะห์ต้นทุนครั้งนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ต้นทุนในโรคอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลกเป็นเท่าใด
2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาด้านพื้นฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาตติระการ จังหวัดพิษณุโลก ตามกระบวนการดูแลซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง ส่วนต้นพื้นฐานกิจกรรมได้วิเคราะห์โดยใช้แนวคิดของ Kaplan & Cooper, (1998) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 จัดทำพจนานุกรมกิจกรรม ขั้นตอนที่ 2 กำหนดปริมาณการใช้ทรัพยากรในแต่ละกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ระบุผลผลิต บริการ และลูกค้าขององค์กร ขั้นตอนที่ 4 เลือกตัวผลกดันต้นพื้นฐานที่เชื่อมโยงต้นพื้นฐานกิจกรรมกับผลผลิตบริการ และลูกค้าขององค์กร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประชากรในการศึกษา คือ กิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่าง คือ กิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่คำนวณตามหลักของการศึกษาเวลา โดยทำการจับเวลาเบื้องต้น 5 ครั้ง ในกิจกรรมรองที่ใช้เวลามากกว่า 2 นาที หรือจับเวลาเบื้องต้น 10 ครั้ง ในกิจกรรมรองที่ใช้เวลาน้อยกว่า 2 นาที (Chiraphattharasinlapa, 2010) แล้วนำค่าเฉลี่ยของเวลาในแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้ไปทำการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการจับเวลาจากตารางสำเร็จรูป (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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) พจนานุกรมกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นตารางระบุ 6 กิจกรรมหลัก และ 50 กิจกรรมรอง 2) แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ 3) แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน 4) นาฬิกาจับเวลา 2 เรือน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้เก็บข้อมูล 2 คน ได้เท่ากับ 1.0 และทดสอบความเที่ยงของนาฬิกาจับเวลาโดยเทียบสัญญาณวิทยุจากกรมอุตุนิยมวิทยาทหารเรือ ที่เวลา 8.00 น. ตำแหน่งเดียวกันเป็นเวลา 3 วัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงสร้างการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นพื้นฐานกิจกรรมการบริการ ดังนี้

1. ปรับปรุงพจนานุกรมกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยประชุมทีมบุคลากรที่ให้บริการในหอผู้ป่วยใน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และแม่บ้าน โดยทำการปรับปรุงแก้ไขตามมติของที่ประชุม และนำไปปรึกษาผู้ทรงวุฒิในโรงพยาบาล จนได้พจนานุกรมกิจกรรมการบริการของหอผู้ป่วยที่มีความครอบคลุมรายละเอียดของกิจกรรมที่ระบุ 6 กิจกรรมหลัก และ 50 กิจกรรมรอง

2. เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการจับเวลา โดยรับอาสาสมัครที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ตามความสมัครใจ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลการจับเวลา จำนวน 1 คน โดยผู้ศึกษา

ทำความเข้าใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการเก็บข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ และจึงทำการทดสอบการจับเวลาทุกกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรมการบริการ และทดสอบความเที่ยงของการ

สังเกตระหว่างผู้ศึกษาและผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน ทดสอบกิจกรรมเดียวกัน และในเวลาเดียวกัน โดยจับเวลาเริ่มต้นจนสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรมได้จำนวนความเที่ยงที่สอดคล้องตรงกันในทุกกิจกรรมเท่ากับ 1.0 โดยผู้ศึกษาและผู้ช่วยเก็บข้อมูลจับเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการบริการทุกกิจกรรมของบุคลากรในหอผู้ป่วย โดยการสังเกต และบันทึกจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชาตติระการ

3. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าแรงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในจากฝ่ายการเงินและบัญชี ฝ่ายบริหาร ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2560 คำนวณค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนต่อ 1 ปี และต่อหน้าที่ โดยปันค่าแรงลงสู่กิจกรรมตามสัดส่วนการทำงานซึ่งแบ่งเป็นกิจกรรมด้านบริการบริหาร และวิชาการ ในช่วงเวลาที่ศึกษาบุคลากรในหอผู้ป่วยในจะนำมาคิดสัดส่วนเฉพาะกิจกรรมในการปฏิบัติงานด้านการบริการในการปันส่วนลงสู่กิจกรรมเป็น 100% ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วยใน คิดสัดส่วนเป็น 70:20:10 ซึ่งคำนวณจากค่าแรงต่อปีของบุคลากรแต่ละคน คิดเฉพาะกิจกรรมด้านการบริการด้วยชั่วโมงการทำงาน คือ 2,080 ชั่วโมงต่อปี ได้เป็นค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนต่อหน้าที่ นำมาคูณกับเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม ได้เป็นค่าแรงบุคลากรในแต่ละกิจกรรม แล้วนำมารวมกันเป็นค่าแรงทั้งหมดในการปฏิบัติกิจกรรม และนำค่าแรงทั้งหมดที่ได้หารด้วยจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จะได้เป็นต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยแล้วนำมาคูณกับจำนวนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมจะได้เป็นต้นทุนค่าแรงรวม

4. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุ วัสดุทางการแพทย์ วัสดุสำนักงานและวัสดุงานบ้านรวมทั้งค่ายาและเวชภัณฑ์ จากฝ่ายพัสดุ และฝ่ายเภสัชกรรม ผู้ศึกษานำข้อมูลจากแบบบันทึกค่าวัสดุ และจำนวนการใช้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในแต่ละรายในแต่ละกิจกรรมมารวมกัน

ได้เป็นผลรวมของค่าวัสดุ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ในแต่ละกิจกรรมหารด้วยจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้นทุนค่าวัสดุ ค่ายาและเวชภัณฑ์ในแต่ละกิจกรรมต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง แล้วนำมารวมกันหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จะได้เป็นต้นทุนเฉลี่ยค่าวัสดุ ค่ายาและเวชภัณฑ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการในแต่ละครั้ง หลังจากนั้นนำมาคูณกับจำนวนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรม จะได้เป็นต้นทุนค่าวัสดุ ค่ายาและเวชภัณฑ์รวม

5. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าลงทุนจากฝ่ายพัสดุ โดยมีมูลค่าอาคารแต่เนื่องจากตึกผู้ป่วยในมีอายุการใช้งานมากกว่า 25 ปีจึงไม่นำมาคิดมูลค่าเสื่อมและครุภัณฑ์ที่มีราคามากกว่า 30,000 บาท ได้แก่เครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ซึ่งการคำนวณต้นทุนค่าลงทุนของครุภัณฑ์ เท่ากับ มูลค่าเสื่อมราคาต่อหน้าที่ (บาท) คูณกับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม (นาท) คูณจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม (ครั้ง)

6. นำต้นทุนค่าแรงรวม ต้นทุนค่าวัสดุรวม และต้นทุนค่าลงทุนรวม ในแต่ละกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มารวมกันเป็นต้นทุนรวมทั้งหมดต่อการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ของการนอนโรงพยาบาล

7. เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาตติระการ ที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ของการนอนโรงพยาบาลกับการจัดสรรเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และอัตราส่วน

ผลการวิจัย

1. ต้นทุนกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 2.93 วัน เป็นเงิน 2,205.32 บาท พบว่า ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 367.33 ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,277.21 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 158.81 ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 928.11 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

229.74 ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 458.34 บาท และต้นทุนค่าวัสดุในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 604.19 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 0 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต่อต้นทุนค่าวัสดุ ต่อต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 57.91:42.09:0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (2.93 วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	40.66	61.94	0.00	102.60
2. การประเมินผู้ป่วย	256.94	191.68	0.00	448.62
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	311.64	16.65	0.00	328.29
4. การดูแลผู้ป่วย	458.34	604.19	0.00	1,062.53
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	80.85	18.90	0.00	99.75
6. การดูแลต่อเนื่อง	128.78	34.75	0.00	163.53
รวม	1,277.21	928.11	0.00	2,205.32

2. ต้นทุนกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 3.76 วัน เป็นเงิน 4,522.82 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1,035.90 พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 2,678.10 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 590.48 ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 1,844.38 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 462.91 ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 1,613.33 บาท และ

ต้นทุนค่าวัสดุ ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 1,223.68 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 0.34 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 0.34 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต่อต้นทุนค่าวัสดุ ต่อต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 59.21:40.78:0.008 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (3.76 วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	42.34	74.93	0.00	117.27
2. การประเมินผู้ป่วย	357.93	187.80	0.00	545.73
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	419.06	20.95	0.00	440.01
4. การดูแลผู้ป่วย	1,613.33	1,223.68	0.00	2,837.35
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	111.98	22.10	0.00	134.08
6. การดูแลต่อเนื่อง	133.46	314.92	0.00	448.38
รวม	2,678.10	1,844.38	0.34	4,522.82

3. ต้นทุนกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 3.17 วัน เป็นเงิน 2,217.41 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 374.29 พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,318.66 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 169.58 ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 898.75 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 222.15 และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ

0 บาท ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 499.27 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 588.06 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 0 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต่อต้นทุนค่าวัสดุ ต่อต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 59.47:40.53:0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (3.17 วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	46.89	61.94	0.00	108.83
2. การประเมินผู้ป่วย	257.63	171.28	0.00	428.91
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	305.18	16.65	0.00	321.83
4. การดูแลผู้ป่วย	499.27	588.06	0.00	1,087.33
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	87.11	18.90	0.00	106.01
6. การดูแลต่อเนื่อง	122.58	41.92	0.00	164.50
รวม	1,318.66	898.75	0.00	2,217.41

4. ต้นทูลฐานกิจกรรมการบริการ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง พบว่า โรคอูจจาระร่วงมีต้นทูลฐานกิจกรรมการบริการมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 325.77 บาท โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมีต้นทูลฐานกิจกรรมการบริการน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 53.43 บาท และ 1,150.33 บาท ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบต้นทูลฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอูจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรค	ต้นทูลฐานกิจกรรมการบริการ (บาท)	การจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บาท)	ผลต่างค่าบริการ (บาท)	วันนอนเฉลี่ยจากการศึกษา (วัน)	วันนอนมาตรฐานต่ำสุด(วัน)
โรคอูจจาระร่วง	2,205.32	1,879.55	325.77	2.93	2.14-5
โรคปอดอักเสบ	4,522.82	4,576.25	53.43	3.76	3.81-11
โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	2,217.41	3,367.73	1,150.33	3.17	3.07-7

การอภิปรายผล

1. ต้นทูลฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอูจจาระร่วง ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาตตรการ เท่ากับ 2.93 วันมีต้นทูลในกิจกรรมการบริการเท่ากับ 2,205.32 บาท เป็นต้นทูลค่าแรง เท่ากับ 1,277.21 บาท ต้นทูลค่าวัสดุ เท่ากับ 928.11 บาท และต้นทูลค่าลงทุน เป็น 0 บาท ต้นทูลค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทูลสูงสุดเท่ากับ 604.19 บาท สาเหตุที่ทำให้ต้นทูลค่าแรงสูงเมื่อเทียบกับต้นทูลต่อกิจกรรมการบริการเนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีรายได้พิเศษต่างๆ เช่น มีเงินประจำตำแหน่ง เงินค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (พตส.) และเงินค่าล่วงเวลา ทำให้ค่าแรงต่อหน้าที่สูง ส่งผลต่อการเพิ่มต้นทูลกิจกรรมการบริการ ประกอบกับเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการที่ใช้เวลามากเช่นการประเมินแรกรับของ

พยาบาล การบันทึกข้อมูลเวชระเบียน เป็นต้น และมีการใช้เวลานานส่งผลทำให้ต้นทูลสูงตามไปด้วย สำหรับการศึกษานี้ในต่างประเทศของประเทศอินเดียจะมีความแตกต่างกันเพราะเป็นการคิดต้นทุนเฉพาะต้นทุนการใช้จ่ายในการรักษาโรคอูจจาระร่วง โดยใช้ต้นทูลค่ายา 59-88 บาทต่อรายและคาดการณ์ในปี 2030 จะมีการใช้ต้นทูลในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 1,649-4,136 บาท จึงทำให้ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกัน (Ramakrishnan, 2011) ส่วนต้นทูลค่าลงทุนที่มีค่าเป็น 0 บาท เนื่องจากอาคารหอผู้ป่วยในมีอายุการใช้งานนานเกิน 25 ปีจึงไม่ได้นำมาคิดต้นทุนค่าลงทุนและต้นทูลของครุภัณฑ์ที่มีราคาต่ำกว่า 30,000 บาท ไม่นำมาคิดราคาค่าเสื่อมเพียงผู้ป่วย มีอายุการใช้งานมากกว่า 25 ปีจึงไม่นำมาคิดต้นทุนค่าลงทุน

ต้นทูลกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาตตรการ เท่ากับ 3.76 วัน

มีต้นทุนในกิจกรรมการบริการเท่ากับ 4,522.82 บาท เป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 2,678.10 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 1,844.38 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เป็น 0.34 บาท พบว่าต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงที่สุด เช่นเดียวกับโรคอุจจาระร่วง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีค่าตอบแทนและรายได้พิเศษต่าง ๆ จึงทำให้ค่าแรงต่อหน้าที่สูง และจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมที่บ่อยครั้งและใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมมาก เช่น การบริหารยา การดูแลให้ได้รับการพ่นยา ก็มีผลทำให้ต้นทุนค่าแรงสูงเช่นกัน รวมถึงเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมมากแต่มีจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมที่น้อยครั้ง เช่นการประเมินแรกรับของพยาบาล การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนรับใหม่ และการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยจำหน่าย เป็นต้น จึงมีผลทำให้ต้นทุนค่าแรงสูง สำหรับต้นทุนค่าวัสดุสูงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีต้นทุน เท่ากับ 1,223.68 บาท เนื่องจากมีต้นทุนยาปฏิชีวนะและยาพ่นที่ใช้ในการรักษาจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Swing (2006) พบว่าโรคปอดอักเสบต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เป็นเงิน 4,019.84 บาท จำนวนวันนอนเฉลี่ย 3.45 วัน ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,687.08 บาท ต้นทุนวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 1,498.70 บาท และต้นทุนค่าลงทุน 834.06 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีต้นทุนในกิจกรรมการบริการและจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่มีความใกล้เคียงกันแต่มีความแตกต่างกันที่ต้นทุนค่าแรงเนื่องจากโรงพยาบาลชาติตระการอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารระดับ 1 ทำให้มีค่าตอบแทนพิเศษสำหรับพื้นที่ทุรกันดาร ประกอบกับมีอัตราค่าจ้างน้อยจึงทำให้มีค่าล่วงเวลามากจึงส่งผลถึงต้นทุนค่าแรงที่สูง สำหรับการศึกษาที่พบในประเทศสหรัฐอเมริกาในการศึกษาด้านทุนค่ายาเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ป่วยสูงอายุของโรคปอดอักเสบที่มีและไม่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคปอดอักเสบมีมากกว่า เท่ากับ 785,316.20 บาทต่อปี (Ryan et al., 2013) ซึ่งมีความแตกต่างกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่ได้ทำการศึกษาด้านทุนกิจกรรมการบริการในแต่ละกลุ่มโรคที่แบ่งตามกลุ่มอายุ

จึงทำให้มีต้นทุนมีความแตกต่างกัน

โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชาติตระการ เท่ากับ 3.17 วัน มีต้นทุนในกิจกรรมการบริการเท่ากับ 2,217.41 บาท เป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,318.66 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 898.75 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เป็น 0 บาท จากผลการศึกษาต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนที่สูงสุดเช่นเดียวกับโรคอุจจาระร่วงและโรคปอดอักเสบ ประกอบกับจำนวนวันนอนและมีจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรมใกล้เคียงกับโรคอุจจาระร่วง แนวทางการรักษาโรคมักใช้ยาปฏิชีวนะเช่นเดียวกันดังนั้นจึงทำให้ต้นทุนค่าวัสดุสูงรองลงมาจากต้นทุนค่าแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Khamburi, 2012) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นเงิน 1,613.22 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,363.85 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 249.37 บาท และต้นทุนค่าลงทุน 0 บาท ที่มีความใกล้เคียงของต้นทุนกิจกรรมการบริการกับโรงพยาบาลชาติตระการแต่มีความแตกต่างกันที่ต้นทุนวัสดุ กิจกรรมหลักในการดูแลผู้ป่วยการให้ยาและสารน้ำมี ต้นทุน เท่ากับ 484.44 บาทจากมีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา 2 ชนิดจึงส่งผลทำให้ต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองสูงกว่า สำหรับการศึกษาในต่างประเทศที่ได้ศึกษาด้านทุนของผู้หญิงอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 10.8% และประมาณการว่าในช่วงอายุ 24 ปีจำนวน 1 ใน 3 พบว่าจะมีประวัติว่าเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอย่างน้อยที่สุด 1 ครั้งและรักษาด้วยยาตามใบสั่งแพทย์ ในปี 2538 มี ต้นทุนของการรักษาจากใบสั่งยาเท่ากับ 55.36 พันล้านบาท หลังจากนี้ถ้ามีจำนวนลดลง 5% จะพบว่าต้นทุนรวมมากกว่า 20 ปีจะเท่ากับ 882.30 พันล้านบาท (Foxman, Barlow, D'Arcy, Gillespie, & Sobel, 2000) จึงมีความแตกต่างกันที่ชัดเจนจากโรงพยาบาลชาติตระการได้มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีราคาต้นทุนต่ำได้แก่ Ceftriazone injection 1gm. ราคาต่อหน่วย 13.25 บาท Ciprofloxacin 250 mg ราคาต่อหน่วย 1.50 บาท Ofloxacin 200 mg ราคา

ต่อหน่วย 1.40 บาท จึงทำให้มีผลต่อต้นทุนค่าวัสดุที่ต่ำกว่าในต่างประเทศ

2. จากผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้งตาม พบว่า โรคอุจจาระร่วงมีวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 วัน มีต้นทุนกิจกรรมการบริการเท่ากับ 2,205.32 บาท (ตารางที่ 4) ซึ่งวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงใกล้เคียงกับวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 2.93 วัน และต้นทุนกิจกรรมการบริการมากกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 325.77 บาท จากต้นทุนค่าแรงต่อกิจกรรมการบริการสูงเนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้พิเศษต่าง ๆ ต้นทุนค่าวัสดุสูงสุดเนื่องจากกิจกรรมการให้ยา มีการให้ยาปฏิชีวนะครบตามมาตรฐานการให้ยาปฏิชีวนะและการให้สารน้ำมีการให้สารน้ำทุกวัน อีกทั้งยังเป็นโรคที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจึงทำให้ค่า AdjRW น้อยมากเพียง 0.2238 ซึ่งมีผลต่อการนำมาคำนวณต้องงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถึงแม้ว่าจะมีจำนวนวันนอนที่ใกล้เคียงจำนวนวันนอนมาตรฐานแต่เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็พบว่าน้อยกว่า

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีต้นทุนกิจกรรมการบริการเท่ากับ 4,522.82 บาท (ตารางที่ 4) และต้นทุนกิจกรรมการบริการน้อยกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 53.43 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 3.76 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับวันนอนเฉลี่ยมาตรฐาน เท่ากับ 3.81-11 วัน ซึ่งวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยกว่าวันนอนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 3.76 วัน จึงเป็นเหตุที่ทำให้ต้นทุนกิจกรรมการบริการน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรร อีกทั้งต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการของโรงพยาบาล

ชาติตระการยังคำนวณต้นทุนไม่ครบทุกหน่วยได้ศึกษาต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน เฉพาะในหอผู้ป่วยใน เท่านั้น ซึ่งยังไม่ได้รวมถึงการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ งานรังสีวิทยา งานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรม งานโภชนาการ งานกายภาพและหน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นต้น กับการบริการผู้ป่วย ของโรงพยาบาลชาติตระการ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ต้นทุนกิจกรรมการบริการน้อยกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 วัน มีต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการเท่ากับ 2,217.41 บาท ต้นทุนกิจกรรมการบริการน้อยกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 1,150.33 บาท บาท เหตุที่ทำให้ต้นทุนกิจกรรมการบริการน้อยกว่าที่ได้รับจัดสรรเนื่องจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีจำนวนวันนอนใกล้เคียงวันนอนมาตรฐานทำให้ควบคุมการใช้วัสดุได้ตามจำนวนวันนอน อีกทั้งมีการควบคุมการใช้วัสดุสิ้นเปลืองโดยโรงพยาบาล มีนโยบายส่งเสริมการประหยัด รวมถึงการให้ยาปฏิชีวนะที่ราคาไม่สูงมาก ประกอบกับค่า AdjRW ในโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมีค่าเท่ากับ 0.4010 ซึ่งมีผลต่อการนำมาคำนวณต้องงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถึงแม้ว่าจะมีจำนวนวันนอนที่ใกล้เคียงกับโรคอุจจาระร่วง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็พบว่ามากกว่าโรคอุจจาระร่วง ดังนั้นเมื่อเทียบกับเงินที่ได้รับจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจึงทำให้ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ในกรณีการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงที่มากกว่าได้รับจากการจัดสรรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเสนอให้ผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพพบทวนแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เพื่อช่วยลดต้นทุนในกิจกรรมการบริการของโรงพยาบาลและสอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. จากผลการศึกษาพบว่าต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการโรคปอดอักเสบและโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่น้อยกว่าได้รับจากการจัดสรรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้บริหารและผู้บริหารทางการแพทย์วิเคราะห์ต้นทุนของหน่วยงานตนเองให้มีความครอบคลุมทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ให้บริการในหน่วยบริการอื่นรวมถึงการทำหัตถการซึ่งควรนำมาคิดให้ครอบคลุมกิจกรรมการบริการเพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนที่ครอบคลุม

2. ควรมีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงและโรคที่เสี่ยงต่อการสูญเสียทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมาก เช่น โรคติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตามกลุ่มอายุผู้ป่วยเนื่องจากเวลาที่ใช้ในการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมการบริการมีความแตกต่างกันและค่า AdjRW ในโรคเดียวกันจะมีความแตกต่างกันเช่นเดียวกันในกลุ่มอายุของเด็กและผู้ใหญ่เพื่อให้การคำนวณต้นทุนในแต่ละกลุ่มอายุได้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Chiraphattharasinlapa, K. (2010). *Study of time*. Retrieved from http://www.ptonline.org/img-lib/staff/file/komson_000822.pdf (In Thai)
- Foxman, B., Barlow, R., D'Arcy, H., Gillespie, B., & Sobel, J. D. (2000). Urinary tract infection: Self-reported incidence and associated costs. *Annals of Epidemiology*, 10(8), 509-515.
- Garudaboonyong, C. (2015). *Accounting for management*. Bangkok: V. Print Company (1991). (In Thai)
- Health Insurance Group. (2017). *Summary of financial crisis assessment, level 7, quarter 2/2017*. Retrieve From <http://hfo60.cfo.in.th/default.aspx> (In Thai)
- Health Insurance Phitsanulok Provincial Health Office. (2016). *Summary of the first supervision report 2016*. Phitsanulok: Author. (In Thai)
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using intergrated cost systems to drive profitability and performance*. Boston, Massachusetts: Havard Business School Press.
- Khamburi, A. (2012). *Cost of nursing activities in inpatient wards, Mae Tha Hospital, Lamphun Province* (Master's thesis, Chiangmai University). Retrieved from <http://search.lib.cmu.ac.th/search/?searchtype=&searcharg=b1513711> (In Thai)
- National Health Security Office. (2015). *National Health Security Fund Management Manual, fiscal year 2016: Budget management of percentage of medical services*. Bangkok: Thana Press. (In Thai)

- National Health Security Office. (2017). *National Health Insurance Fund Management Handbook, fiscal year 2017: Budget management of perceived medical services and public health services for the elderly with dependence*. Bangkok: Sangchan Printing. (In Thai)
- Phannarunothai, S., Prakongsai, P., Sakulpanish, S., Songjitrat, K., Thienjaruwathana, W., . . . Bavonkulrat, N. (2011). *A unit cost study guide of service units. Under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, fiscal year 2011*. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Ramakrishnan, S. K. (2011). Adaptation cost of diarrhea and malaria in 2030 for India. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 15(2), 64-67.
doi:10.4103/00195278.90376 (In Thai)
- Rijiravanit, W. (2010). *Working study: Principles and case studies* (7th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Ryan, M., Suaya, J. A., Chapman, J. D., Stason, W. B., Shepard, D. S., & Thomas, C. P. (2013). Incidence and cost of pneumonia in older adults with COPD in the United States. *PLoS One*, 8(10), e75887.
- Swing, T. (2006). *Nursing activity costs of medical patients in special wards, total Affiliated hospitals of the Church of Thailand Foundation in Chiang Rai Province* (Master's thesis, Chiangmai University). Retrieved from http://library.cmu.ac.th/digital_collection/etheses/detail.php? (In Thai)
- Tangkasemsamran, K. (2007). Cost per unit of service and return rate of Chattrakan Hospital. *Journal of Public Health System Research*, 1(2), 35-44. (In Thai)
- Thongsukhong, A. (2011). *Activity Based Costing System: ABC* (4th ed.). Bangkok: Ionic. (In Thai)
- Thummanon, W. (2008). *Application of activity-based costing system to educational institutions*. Retrieved from <http://www.acc.chula.ac.th>. (In Thai)

การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ Quality Improvement of Discharge Planning for Patients with Acute Myocardial Infarction in Cardiac Care Unit, Nakormping Hospital, Chiang Mai Province

บานเย็น	ไชยรินทร์ *	Banyen	Chairin *
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **
สมใจ	ศิริกมล **	Somjai	Sirakamon **

บทคัดย่อ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจากระยะเฉียบพลันไปยังระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย และศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพโพกัสพิดีซีเอ ประชากรในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ทั้งหมด จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาโดยผู้ศึกษา ฐิติณัฐ อัคคะเดชอนันต์ และสมใจ ศิริกมล จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 1 และแนวคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการวางแผนจำหน่าย ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 6 ภายหลังการปรับปรุงคุณภาพด้วยวิธีการโพกัสพิดีซีเอ เท่ากับร้อยละ 86.31, 92.98 และ 96.32 ตามลำดับ
2. ปัญหา และอุปสรรคเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้แก่ 1) ด้านบุคลากรพยาบาล: การมีภาระงานขาดการติดตามตรวจสอบและการกระตุ้นให้วางแผนจำหน่าย 2) ด้านผู้ป่วย: ปัญหาเรื่องภาษาในการสื่อสารและความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวหลังจากที่ได้รับการสอนและแนะนำ และ3) ด้านกระบวนการวางแผนจำหน่าย: มีขั้นตอนในการวางแผนจำหน่ายมาก และต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูล ส่วนข้อเสนอแนะในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยควรติดตาม กระตุ้นและส่งเสริมให้พยาบาลทำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และ2) พยาบาลควรมีการประสานแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

* พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

** registered nurses working in the Cardiac Care Unit, NakormpingHospital, yelly_96@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 27 มกราคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 19 พฤษภาคม 2560 วันตอบรับบทความ 3 สิงหาคม 2560

ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารทางการพยาบาลในการกำหนดกลยุทธ์ในการวางแผนจำหน่ายและติดตามประเมินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ การวางแผนจำหน่าย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Abstract

Patient Discharge planning is an important process to prepare patients from acute to transitional stages in order to enhance patients' self-care and self-management when discharged from the hospital. This study aimed to improve the quality of discharge planning for patients with acute myocardial infarction in the Cardiac Care Unit, Nakhonping Hospital, Chiang Mai Province by using the FOCUS-PDCA process improvement method. Population included 14 registered nurses working in the Cardiac Care Unit, Nakhonping Hospital. The instruments used in the study were the check list of discharge planning practices of professional nurses, developed by the researcher, Thitinut Akkadechanunt and Somjai Sirakamon based upon the literature review. The content validity index was 0.98 and the reliability was 1.00. The focus group interview guidelines regarding problems, barriers and recommendations for discharge planning was approved by three experts. Data was analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The results revealed that:

1. The mean score of discharge planning practices for patients with acute myocardial infarction after using the FOCUS-PDCA process improvement method in the first, second and sixth week were 86.31, 92.98 and 96.32 respectively.
2. The problems and barriers to patient discharge planning were 1) Nursing staff: high workload, lack of monitoring and encouraging for discharge planning. 2) Patients: language barrier during communication and the understanding of the disease and practices after receiving teaching and advice and 3) Discharge planning process: many steps in the discharge planning process which takes time to record all the information. The recommendations for patient discharge planning were: 1) Head nurses should always monitor, encourage and promote nurses in planning for patients discharge regularly and 2) Nurses should coordinate discharge planning among stakeholders both in the hospital and the community.

These results of the study will be useful for nurse administrators to develop strategies in discharge planning and continuously monitor the discharge planning for patients with acute myocardial infarction among nurses in the Cardiac Care Unit at Nakhonping Hospital.

Keywords: *Quality Improvement, Discharge Planning, Acute Myocardial Infarction*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ (Ischemic Heart Disease/Coronary Artery Disease) เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ.2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคนหรือคิดเป็น 12.2 % ของสาเหตุการตายทั้งหมด และในปี พ.ศ.2555 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 17.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (WHO, 2015) ในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ.2555-2558 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ.2558 พบอัตราการตายเท่ากับ 22.88 ต่อแสนประชากรหรือเท่ากับ 18,922 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2556 และในปีพ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงถึง 264,820 คน (Phanmung, Chaiyawan & Saengsuwanto, 2016) จากข้อมูลดังกล่าวมานั้นจะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด รวมทั้งอัตราป่วยตายจากโรคดังกล่าวมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามมา โดยเริ่มจากอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากโรคนี้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้านหรือชุมชน ซึ่งวิธีการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพนั้นได้แก่การวางแผนการจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่งของการดูแล ประกอบด้วย ขั้นตอนประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การทำงานเป็นทีมของสถานบริการสุขภาพทุกระดับตลอดจนบริบทของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญในการวางแผนจำหน่าย (Tamik-

kaborworn, 2011) ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับผู้ป่วยเข้าไว้ใน การดูแล ระยะของการดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นและใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นรูปแบบชัดเจนและสามารถลดจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ คือ กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD โดย D: Disease หรือ Diagnosis หมายถึงความรู้เรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว M: Medicine หมายถึงผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด E: Environment, Economic, Equipment & Emotion หมายถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ปัญหาค่าใช้จ่าย ค่ารักษา สิทธิเบิกจ่าย การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นและการจัดการความเครียด ความวิตกกังวล T: Treatment หมายถึงความรู้และทักษะการดูแลรักษาที่ต้องทำต่อเนื่องหลังจำหน่าย H: health หมายถึงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน O: Outpatient หมายถึงการแนะนำการมาตรวจและพบแพทย์ตามนัด และการติดตามการเยี่ยมบ้านหรือการติดตามรักษา และ D: Diet หมายถึงอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับโรค (Pongcharoen, 2012) ซึ่งการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการและรูปแบบของการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมจะทำให้การวางแผนจำหน่ายมีคุณภาพ

แนวคิดที่นำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพในโรงพยาบาลและได้ผลดีอย่างต่อเนื่องคือแนวคิด FOCUS-PDCA (Wagner, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีผู้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในต่างประเทศ ดังเช่น ผลของการใช้กระบวนการ FOCUS-PDCA ต่อดัชนีชี้วัดการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกฉุกเฉิน (Beirami, Mousazadeh, Pourranjbari & Jafarabadi, 2015) การประเมินโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับการให้เลือด (Saxena, Ramer & Shulman, 2004) การประเมินดัชนีชี้วัดผลการปฏิบัติงานของแผนกฉุกเฉิน (Baratloo et al., 2015) สำหรับในประเทศไทย

มีผู้นำแนวคิด FOCUS-PDCA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล ดังเช่น การพัฒนาคุณภาพกระบวนการการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ (Senatam, 2012) การพัฒนาคุณภาพการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (Kaewkham, 2012) จากผลการศึกษาที่กล่าวมานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด FOCUS-PDCA ส่งผลให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากยิ่งขึ้น

ข้อมูลจากกลุ่มงานนโยบายและแผนงานโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจโรงพยาบาลนครพิงค์ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 501 ราย, 423 ราย และ 195 รายตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านจากหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจมีจำนวน 48 ราย, 73 ราย และ 41 รายตามลำดับ (ปีงบประมาณ 2559 ข้อมูลถึงวันที่ 30 เมษายน 2559) ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ที่ปฏิบัติกันมา จากการสังเกตและสอบถามพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพบว่ามีการจัดอัตรากำลังพยาบาลให้ดูแลผู้ป่วยเป็น 1: 2 ในแต่ละเวรและเปลี่ยนการมอบหมายงานหมุนเวียนกันไป หลังจากผู้ป่วยมีอาการทุเลาแพทย์มีแผนการรักษาให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ หรือให้กลับบ้านพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยในเวรนั้นจะเป็นผู้ให้คำแนะนำและดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วยด้วยตนเองทั้งหมด ทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลเป็นไปอย่างเร่งรีบไม่ครอบคลุมทุกเรื่องที่จำเป็นต้องให้ข้อมูล และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจจำนวน 41 ฉบับ(ปีงบประมาณ 2559 วันที่ 1 ตุลาคม 2558-30 เมษายน 2559)ไม่มีหลักฐานว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติได้รับประกอบด้วยข้อมูลอะไรบ้าง ใครเป็นผู้ให้ข้อมูลและให้ข้อมูลวันและเวลาใด จึงทำให้ผู้

ป่วยไม่มาตรวจตรงตามเวลานัด ไม่ได้รับประทานยา ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมาได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้วางแผน (re-admission) ดังข้อมูลอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากกลุ่มงานนโยบายและแผนงานโรงพยาบาลนครพิงค์ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 คือร้อยละ 6.4, 7.5 และ 2.7 ต่อปีตามลำดับ (ปีงบประมาณ 2559 ข้อมูลถึงวันที่ 30 เดือนเมษายน 2559)

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ได้เล็งเห็นปัญหาและความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัสพีดซีเอ (FOCUS-PDCA) และคาดหวังว่าผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้การการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์หลังการพัฒนา

คำถามของการวิจัย

1. คุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์หลังการพัฒนาเป็นอย่างไร
2. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์หลังการพัฒนามีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพกระบวนการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของสมาพันธ์โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) ดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด 14 คน แบ่งเป็น 2 ทีม ได้แก่ 1) ทีมพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้ศึกษาและหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ รวมทั้ง 2 คน และ 2) ทีมผู้ปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 13 คน

2. เวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 5 รายการ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบประเมินสมรรถนะ 2) แบบบันทึก

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3) แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม การรับการรักษา/ทำหัตถการ (consent form) 4) แบบฟอร์มสิทธิสำหรับผู้ป่วย และ 5) แบบบันทึกทางพยาบาล (nurse note) ซึ่งเป็นเอกสารของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 เดือนพฤศจิกายน ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย

1. แบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัย จัดทำขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบการบันทึกการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ มีลักษณะเป็นรายการให้เลือกตอบว่ามีการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย มีระดับการวัดให้คะแนนการปฏิบัติจากการบันทึกเป็น 2 ระดับ คือ บันทึกได้ 1 คะแนน ไม่บันทึก ได้ 0 คะแนน

2. แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และประสบการณ์ในการได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความ และเลือกตอบ มีจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ

- ส่วนที่ 2 เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบปลายเปิด มีจำนวนทั้งหมด 3 ข้อ

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้นำแบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผน

จำหน่าย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล
แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล เกี่ยวกับ
ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการวางแผน
จำหน่ายไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย
อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
1 ท่าน และผู้บริหารทางการพยาบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยว
กับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราช
นครเชียงใหม่ 1 ท่าน และผู้บริหารทางการพยาบาลที่
ทำหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรง
พยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ 1 ท่าน ตรวจสอบ
ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา พร้อมทั้ง
ความครอบคลุมของเนื้อหา และทีมพัฒนาทั้ง 2 คนนำ
แบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ไป
ทำการตรวจสอบการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้
ป่วยจำนวน 5 เวชระเบียน จากนั้นนำผลการตรวจสอบ
การปฏิบัติของทีมพัฒนาทั้งสองคนมาคำนวณความเที่ยง
ของการประเมิน (intrate reliability) ได้เท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จาก
นั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการ
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขอความร่วมมือในการ
ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ศึกษาได้ทำเอกสาร
คำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร และเอกสารแสดง
ความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง
ลงนามเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่
ประชากรสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการ
ศึกษารั้งนี้ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ สามารถแจ้ง
การยุติการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลและคำ
อธิบายใดๆ ผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม และ
จะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ (F)
ผู้ศึกษาได้ค้นหาปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจาก
การตรวจสอบเวชระเบียนย้อนหลัง ชักถามและสังเกต

การปฏิบัติของพยาบาลแบบเดิมที่ผ่านมา

2. สร้างทีมที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
กระบวนการวางแผนจำหน่าย (O) แบ่งเป็น 2 ทีม คือ
ทีมพัฒนาและทีมผู้ปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย โดยการ
คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

3. ทำความเข้าใจกระบวนการวางแผนจำหน่ายที่
จะต้องปรับปรุง (C) ผู้ศึกษาประชุมกลุ่มกับทีมพัฒนา
และทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับ
กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบเดิมของหน่วยงาน
ร่วมกันระดมสมองค้นหาปัญหาโดยใช้แผนภูมิแกงปลา

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนที่เกิดขึ้น
(U) ผู้ศึกษาร่วมกับทีมพัฒนา และทีมผู้ปฏิบัติการวางแผน
จำหน่ายทุกคนประชุมครั้งที่ 2 ชี้แจงปัญหาที่เกิดขึ้น
เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายแบบเดิม

5. เลือกวิธีการที่ปรับปรุงกระบวนการวางแผน
จำหน่าย (S) ผู้ศึกษานัดทีมพัฒนาและพยาบาลทุกคน
ประชุมกลุ่มครั้งที่ 3 สรุปสาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข

6. วางแผนแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงการวางแผน
จำหน่าย (PDCA) จากข้อสรุปของทีมได้เอกสารต้นแบบ
สำหรับปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายในแต่ละขั้นตอน นำ
ไปทดลองปฏิบัติและเก็บรวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์ผู้
ศึกษาและทีมพัฒนาสังเกตการปฏิบัติและให้คำปรึกษา
ข้อสงสัยจนครบ 1 สัปดาห์ประเมินผลการปฏิบัติและ
ทำความเข้าใจวิธีปฏิบัติและการประเมินผลจนเกิดความ
เข้าใจที่ตรงกัน

7. ดำเนินการต่อเนื่องและตรวจสอบข้อมูล
ประกาศเริ่มใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น
ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 8 สัปดาห์ ประเมินผล
สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 6 วิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลการดำเนิน
โครงการและรายงานผลให้ทีมพัฒนาทราบ

8. วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของประชากร
วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย
วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ข้อมูล
ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพ
การวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลัน โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด โดยมีทีมพัฒนาจำนวน 2 คนเป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 49 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 1 คนและระดับปริญญาโท 1 คน ทั้งสองคนมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 26 ปี ส่วนทีมปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 27-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.85 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีทุกคน และได้รับวุฒิบัตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และการพยาบาลเฉพาะทางทั้งสองสาขาคิดเป็นร้อยละ 7.69, 30.77 และ 15.39 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการคิดเป็นร้อยละ 69.2 พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการคิดเป็นร้อยละ 30.8 ระยะเวลาการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.6 และทุกคนเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2. หลังการพัฒนาตามแนวทางที่กำหนดพบว่า คะแนนผลการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 1, 2, และ 6 สัปดาห์ เป็นร้อยละ 86.31, 92.98 และ 96.32 ตามลำดับ

3. ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ปัญหา/อุปสรรค ด้านบุคลากร

1. พยาบาลมีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในเวรที่มีภาระงานมาก

2. พยาบาลมีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไม่ครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนดขึ้น เนื่องจากลืมนำส่งต่อข้อมูลให้เวรถัดไป

3. พยาบาลไม่ได้บันทึกการวางแผนจำหน่ายในบางขั้นตอนเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและไม่มีผู้ดูแล

4. หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการติดตาม ตรวจสอบ รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้พยาบาลทุกเวรวางแผนจำหน่ายไม่ทั่วถึง

ข้อเสนอแนะด้านบุคลากร

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันในกรณีที่มีภาระงานมาก

2. กำหนดแนวทางการส่งข้อมูลต่อให้ปฏิบัติต่อเนื่องจนครบกระบวนการจำหน่ายทั้ง 3 ระยะ

3. กำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันในกรณีผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในขั้นตอนที่กำหนดไว้ในข้อใดข้อหนึ่ง

4. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีแนวทางการตรวจสอบ นิเทศและกำกับติดตามการปฏิบัติของพยาบาล

ปัญหา/อุปสรรค ด้านผู้ป่วย

1. ผู้สูงอายุ ชาวต่างชาติหรือต่างด้าวมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

2. ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด หรือในถิ่นที่ห่างไกลต้องการย้ายกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบทุกขั้นตอน

ข้อเสนอแนะด้านผู้ป่วย

1. ค้นหาผู้ดูแลหรือผู้ประสานงานที่สามารถสื่อสารได้ทั้งกับผู้ป่วยและทีมให้การพยาบาล

2. ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการติดต่อประสานงาน

ปัญหา/อุปสรรค ด้านกระบวนการวางแผนจำหน่าย

1. ในสถานการณ์เร่งด่วนฉุกเฉินพยาบาลไม่สามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้ครบถ้วนทันเวลา

2. ข้อมูลที่ต้องให้แก่ผู้ป่วยมีจำนวนมาก พยาบาลมีทักษะการให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะด้านกระบวนการวางแผนจำหน่าย

1. จัดทำเอกสารการวางแผนจำหน่ายให้มีความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก สอดคล้องกับข้อมูลและขั้นตอนที่ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยและญาติ

2. ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการวางแผนจำหน่าย

การอภิปรายผล

1. คุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์หลังการพัฒนานเป็นอย่างไร

การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยครั้งนี้ทีมพัฒนาประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจเท่านั้น จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงคุณภาพหลังการพัฒนาว่ามีการปฏิบัติที่ดีขึ้นเป็นเพราะทีมพัฒนาทุกคนมองเห็นว่ากิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่เคยปฏิบัติกันตามแบบเดิมยังคงมีปัญหาที่ต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น จากการมองเห็นปัญหาก็ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีของทีม จะเห็นได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยถ้าทำโดยวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งก็จะเห็นว่าเป็นภาระงานที่หนักและทำได้ไม่สำเร็จตามเวลาที่กำหนดจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ และความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและภาคเอกชน (Cherlin et al., 2012) นอกจากนี้การบันทึกและเก็บข้อมูลต่าง ๆ ด้วยแบบบันทึกที่มีจำนวนมากก็จะเป็นการเพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติมากยิ่งขึ้นไปอีก เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ประสิทธิภาพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อมีการเริ่มวางแผนจำหน่ายตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยได้มาติดต่อ เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะแรกๆให้การรักษายาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (United Hospital Fund, 2011)

2. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์

จากการศึกษาพบว่าปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่พบในการศึกษานี้มี 3 ด้าน คือ

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านบุคลากร

1. พยาบาลมีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในเวรที่มีภาระงานมาก อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติย

ภูมิ (Tertiary Care) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับดูแลผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 1 (ล้านนา 1) ตามนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข ต้องดูแลผู้ป่วย 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ ลำพูนและแม่ฮ่องสอน ทำให้ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลันเป็นจำนวนมาก การมีภาระงานมากจึงเป็นปัญหาทำให้การปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่องควรมีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอกับภาระงาน (Watts, Gardner & Pierson, 2005)

2. พยาบาลมีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไม่ครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนดขึ้น เนื่องจากลืมนำข้อมูลให้เวรถัดไป อาจเนื่องมาจากภาระงานที่มาก ประกอบกับความเร่งด่วนของงาน เช่น ในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยรายอื่นในหน่วยงานมีภาวะหัวใจหยุดเต้น แม้เราไม่ได้รับมอบหมายงานให้ดูแลผู้ป่วยรายนั้นแต่เราก็ต้องไปช่วยเป็นหนึ่งในทีมของการช่วยฟื้นคืนชีพจนกว่าจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ดังนั้นจึงต้องมีการส่งต่องานให้เวรถัดไป

3. พยาบาลไม่ได้บันทึกการวางแผนจำหน่ายในบางขั้นตอนเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติและไม่มีผู้ดูแล ซึ่งในระยะเวลาที่กำหนดให้ทำกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายนั้นผู้ป่วยอาจจะยังไม่พร้อมที่จะรับฟังหรือเข้าร่วมกิจกรรมได้(Graham, Gallagher & Bothe, 2012) สามารถเลื่อนเวลาออกไปได้บ้างและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน

4. หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการติดตาม ตรวจสอบ รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้พยาบาลทุกเวรปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไม่ทั่วถึง อาจเนื่องมาจากตำแหน่งผู้บริหารจำเป็นต้องมีภาระงานด้านบริหารที่ต้องไปประชุมวางแผนงานต่างๆจึงไม่มีเวลาในการตรวจสอบหรือกำกับติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลได้ครบถ้วน ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยควรวางแผนการปฏิบัติงานให้ครอบคลุม และอาจจะมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบงานด้านการวางแผนจำหน่ายไว้อย่างชัดเจนเพื่อให้สะดวก

ในการตรวจสอบติดตามงาน

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านผู้ป่วย

1. ผู้สูงอายุ ชาวต่างชาติหรือต่างด้าวมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาในการได้ยิน นอกจากนั้นจังหวัดเชียงใหม่ยังมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ที่สื่อสารกันด้วยภาษาท้องถิ่น และจังหวัดเชียงใหม่ยังเป็นเมืองท่องเที่ยวจึงทำให้มีคนไทยต่างชาติเป็นจำนวนมาก ความต่างชาติและภาษาจึงทำให้มีปัญหาเรื่องการสื่อสารที่ไม่ค่อยจะเข้าใจกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Horwitz et al., 2013) ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายจะได้คุณภาพต้องเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล จะต้องสื่อสารด้วยภาษาง่ายๆ อาจต้องมีล่ามแปลภาษาหรือใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยแปลภาษา

2. ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด หรือในถิ่นที่ห่างไกลต้องการย้ายกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบทุกขั้นตอน มักพบปัญหาการปฏิเสธการรักษาจากกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นนักท่องเที่ยวหรือชาวต่างชาติที่มีข้อจำกัดที่จะได้รับการรักษาจนหายป่วยมีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วย/ผู้ดูแลปฏิเสธการรักษาอาจต้องมีการอธิบายให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงอันตรายของภาวะเจ็บป่วย ให้เห็นความสำคัญของการที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านกระบวนการ

1. ในสถานการณ์เร่งด่วนฉุกเฉินพยาบาลไม่สามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้ครบถ้วนทันเวลาอาจเนื่องมาจากลักษณะงานของหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ มักจะมีสถานการณ์เร่งด่วนฉุกเฉินโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความเสี่ยงคุกคามชีวิตสูงต้องเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้องแม่นยำผู้ป่วยถึงจะปลอดภัย ในสถานการณ์เช่นนี้การปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายอาจจะทำได้ไม่ครบถ้วนและทันเวลา จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อข้อมูลของกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายให้เร็วถัดไป

2. ข้อมูลที่ต้องให้แก่ผู้ป่วยมีจำนวนมาก พยาบาลมีทักษะการให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันปัจจัยเสี่ยงของโรคมักเกิดจากการมีโรคประจำตัว เช่น ความดัน เบาหวาน ไขมันสูง หรือจากการสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น พอผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้วจะต้องมีการควบคุมโรคที่เป็นเรื้อรังอยู่เดิมให้ได้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะไม่ให้เกิดโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องครบถ้วนในทุก ๆ ด้านเพื่อที่จะกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ การปรับชุดการให้ข้อมูลและการบันทึกไว้เป็นลำดับขั้นตอนและเป็นหมวดหมู่จะทำให้การปฏิบัติสะดวกและรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (Cherlin et al., 2012) พบว่าการปรับระบบการทำงานโดยอิงตามมาตรฐานและการลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนจะทำให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล สามารถนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยทุกราย
2. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล สามารถนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนาสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประเมินผลของการใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น เช่น ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

- Baratloo, A., Rahmati, F., Forouzanfar, M.M., Hashemi,E., Motamedi, M. and Safari, S. (2015). Evaluation of Performance Indexes of Emergency Department. *Iranian Journal of Emergency Medicine (2015); 2(1): 33-38.*
- Beirami, H.J., Mousazadeh,Y., Pourranjbari, S. and Jafarabadi, M.A. (2015). The Effects of FOCUS-PDCA Methodology on Emergency Department Patient Disposition Index. *Iranian Journal of Emergency Medicine (2015); 2(2): 76-81*
- Cherlin, E. J., Curry, L. A., Thompson, J. W., Greysen, S. R., Spatz, E., Krumholz, H. M., & Bradley, E. H. (2012). Features of high quality discharge planning for patients following acute myocardial infarction. *Society of General Internal Medicine, 28(3), 436-443.* doi:10.1007/s11606-012-2234-y
- Graham, J., Gallagher, R., & Bothe, J. (2012). Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *Journal of Clinical Nursing, 22(15-16), 2338-2346,* doi:10.1111/jocn.12179
- Horwitz, L.I., Moriarty,J. P., Chen, C. J.P. , Fogerty, R.L., Brewster,U. C.,Kanade, S., Ziaieian, B., Jenq, G.Y. and Krumholz, H.M. (2013). *Quality of Discharge Practices and Patient Understanding at an Academic Medical Center.* JAMA Intern Med. 2013; 173(18):1715-1722. doi:10.1001/jamainternmed.2013.9318, Published online August 5, 2013.
[http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/)
[http:// www.nextstepincare.org/.../Provider/Provider_Hospital_Discharge_Plan...](http://www.nextstepincare.org/.../Provider/Provider_Hospital_Discharge_Plan...)
[http:// www.thaincd.com/document/hot%20news/ World Heart Day %202558.pdf](http://www.thaincd.com/document/hot%20news/WorldHeartDay%202558.pdf) (In Thai)
- Kaewkum, U. (2014). *Quality improvement of preoperative preparation for patients undergoing spinal surgery, Chiang Mai neurological hospital. Independent Study.* Master degree of Nursing Administration. Graduate School of Chiangmai University. (In Thai)
- Phanthung, N. , Chaiyawan, H. and Saengsuwanto, N .(2016). *Campaign on World Heart Day Campaign Issue Year 2016.* Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved from
- Pongcharoen, C. (2012). *Teaching Documentation Unit 12 Principles and Techniques for Nursing New Admission, Distribution, Relocation and Referral Record symptoms.* Boromarajonani College of Nursing Suphan Buri, 4 September 2012. Retrieved from *Preoperative Patients, Phrae Hospital. Independent Study.* Master degree of Nursing Administration. Graduate School of Chiangmai University. (In Thai)
- Sanathum,Y. (2012).). *Quality Improvement of Information Provision Process for*
- Saxena, S., Ramer, L. and Ira A. Shulman. (2004). *A comprehensive assessment program to improve blood-administering practices using the FOCUS-PDCA model.* Tranfusion Volume 44, September 2004.

- Tamikkaborworn, S. (2011). *Holistic Nursing: A Case Study*. Bangkok: Thanapress Company Limited. (In Thai)
- United Hospital Fund. (2011). *For Providers: Hospital Discharge Planning –First Steps with Family Caregivers*. Retrieved from
- Wagner, K. C. (2002). FOCUS PDCA: A process improvement (PI) tool for libraries. *Journal of Hospital Librarianship*, 2(2), 93-97. doi:10.1300/J186v02n02_09
- Watts, R., Gardner, H., & Pierson, J. (2005). Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21(5), 302-313. doi:10.1016/j.iccn.2005.01.005
- World Health Organization. (2015). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from



การรับรู้ของพยาบาลต่อการจัดการความรู้ของศูนย์ศรีพัฒน์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Perception of Nurses Regarding Knowledge Management of Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

ผกาพันธ์ มลิวัลย์ *

Pakapan

Maliwan *

อรอนงค์ วิชัยคำ **

Orn-Anong

Wichaikhum **

กุลวดี อภิชาติบุตร **

Kulwadee

Abhicharttibutra **

บทคัดย่อ

การจัดการความรู้มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลการศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อการจัดการความรู้ของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลปฏิบัติการ จำนวน 126 คน ปฏิบัติงานในการให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือเครื่องมือประเมินการจัดการความรู้ของลอว์สันฉบับภาษาไทย (Lawson, 2003) และแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่าการจัดการความรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 1.15$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านการเผยแพร่ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 3.74$, $SD = .84$) และด้านการจัดเก็บความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด ($\bar{X} = 3.56$, $SD = .88$) จากผลการศึกษา ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถใช้ผลจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการความรู้ พยาบาล ศูนย์ศรีพัฒน์

Abstract

Knowledge management is important to the success of nursing organizations in hospital quality development. This descriptive study examined nurses' perceptions regarding knowledge management at Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. The sample included 126 nurses performing services directly to patients. The research instrument was a Thai

* พยาบาล ตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย 13 c ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Nurse, Ward 13 c assistant head position, Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, pakapanm99@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 10 พฤษภาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 9 กันยายน 2562

version of Lawson's Knowledge Management Assessment Instrument (2003), which was translated from English to Thai by the researcher. Cronbach's alpha coefficient was .84. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results were as follows : knowledge management as perceived by nurses in Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University was at a high level ($\bar{X}$ = 3.65, SD = 1.15). All individual items ($\bar{X}$ = 3.74, SD = .84), and the lowest mean score was knowledge storage ($\bar{X}$ = 3.56, SD = .88) Results suggest that hospital and nurse administrators can use the results of this study as a basis for the improvement and promotion of efficient and effective knowledge management in hospitals.

Keywords: Knowledge Management, Nurses, Sriphat Medical Center

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรงพยาบาลเป็นองค์กรในระบบบริการสุขภาพ ที่มีบุคลากรพยาบาลปฏิบัติงานในสัดส่วนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรวิชาชีพอื่น รวมทั้งวิชาชีพพยาบาลมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องในกระบวนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ (Srisuphan, 2007) จึงจำเป็นต้องมีการวางระบบให้บุคลากรพยาบาลสามารถทบทวนตนเองอย่างสร้างสรรค์ในสภาพแวดล้อมที่เร่งรัดให้ต้องมีทักษะในการคิดต่อยอดจากการสั่งสมความรู้เพื่อเพิ่มผลผลิตทางปัญญา และพร้อมที่จะพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นเฉพาะทางในการให้บริการพยาบาลแบบมืออาชีพ ในสังคมยุคสังคมฐานความรู้ (Bureau of Nursing, Department of Medical Services, 2007) ดังนั้น ความรู้ จึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นทรัพยากรหลักที่มีค่ายิ่ง เนื่องจากความรู้เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงและสร้างขึ้นใหม่ได้ตลอดเวลา ความรู้จึงได้กลายเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเติบโตและสร้างงานในทุกรูปแบบ ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรนั้นช่วยเพิ่มศักยภาพรวมทั้งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรให้องค์กรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตลอดไป วิธีดำเนินการที่ช่วยให้ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรไม่สูญหายไปตามกาลเวลาหรือสูญหายไปจากบุคลากรที่เกษียณอายุ ลาออก หรือเสียชีวิต นั่นคือ การจัดการความรู้ (Wichianpanya, 2004)

การจัดการความรู้ คือ กระบวนการที่ช่วยให้องค์กรสามารถค้นหา เลือก จัดระเบียบ เผยแพร่และถ่ายทอดข้อมูลสำคัญและความเชี่ยวชาญที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแก้ปัญหา การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการตัดสินใจ (Lawson, 2003) การจัดการความรู้ตามแนวคิดของลอว์สันนั้น เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและกลายเป็นกระบวนการความรู้ที่เพิ่มขึ้น เรียกว่า วงจรแห่งการจัดการความรู้ (knowledge management cycle) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) การสร้างความรู้ (knowledge creation) 2) การดักจับความรู้ (knowledge capture) 3) การจัดความรู้ให้เป็นระบบ (knowledge organization) 4) การจัดเก็บความรู้ (knowledge storage) 5) การเผยแพร่ความรู้ (knowledge dissemination) และ 6) การประยุกต์ใช้ความรู้ (knowledge application) (Lawson, 2003)

แนวคิดเรื่องการจัดการความรู้ได้ถูกนำมาใช้ในองค์กรระบบบริการสุขภาพแทบทุกแห่ง เพื่อให้สามารถพัฒนา แข่งขันและดำรงองค์กรให้อยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลายหลายหน่วยงานในองค์กรระบบบริการสุขภาพจึงมีแผนงานที่หลายหลายด้านการจัดการความรู้ ทั้งการฝึกอบรมแก่บุคลากรเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและตระหนักในความสำคัญของการจัดการความรู้ การพัฒนาเครื่องมือเพื่อให้เกิดการจัดเก็บความรู้

รู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร การจัดการความรู้ในโรงพยาบาลของประเทศไทยมีหลากหลายองค์กรที่มีการศึกษาการจัดการความรู้และประสบผลสำเร็จ (National Institute of Productivity, 2006)

ศูนย์ศรัพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นองค์กรในกำกับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายใต้การบริหารจัดการของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นองค์กรสุขภาพชั้นนำในภาคเหนือที่บริหารงานในรูปแบบเอกชนโดยมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อนำองค์กรมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการรักษาพยาบาลและบริการโดยมุ่งเน้นลูกค้าเป็นศูนย์กลางและส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ในองค์กรอย่างต่อเนื่องให้บริการทางการแพทย์โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและบุคลากรผู้ชำนาญการ ถึงแม้ว่าศูนย์ศรัพัฒน์ฯ จะมีการริเริ่มดำเนินการด้านการจัดการความรู้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 แต่ก็ยังพบว่าในการดำเนินการจัดการความรู้ภายในองค์กรยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ดังเช่นการศึกษาของ Lertwattanawilas (2014) ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรต่อกระบวนการจัดการความรู้ของศูนย์ศรัพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าบุคลากรมีความคิดเห็นต่อกระบวนการจัดการความรู้ในระดับปานกลาง ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาคำความรู้ ด้านการสร้างและแสวงหาคำความรู้ ด้านการจัดความรู้ให้เป็นระบบ ด้านการประมวลและกลั่นกรองความรู้ ด้านการเข้าถึงความรู้ ด้านการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และด้านการเรียนรู้ โดยในการศึกษายังพบว่าการดำเนินงานด้านกระบวนการจัดการความรู้ของศูนย์ศรัพัฒน์ฯ อยู่ในระยะเริ่มต้นและยังมีการดำเนินงานน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในบริบทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกันทั้งในโรงพยาบาลของรัฐ รวมไปถึงโรงพยาบาลเอกชน โดยผลการศึกษาพบว่าระดับของการจัดการความรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย

โดยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับ ปานกลาง และได้ทำการศึกษาไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2557 ซึ่งผ่านมาเป็นเวลามากกว่า 10 ปี แต่ในปัจจุบันที่สภาพแวดล้อมภายใต้กระแสการขับเคลื่อนองค์กรที่มีการใช้นวัตกรรมในการขับเคลื่อนองค์กรมากขึ้น รวมไปถึงนโยบายปัจจุบันของประเทศภายใต้โมเดล Thailand 4.0 (Mesinree, 2015) ที่เน้นนวัตกรรมในการขับเคลื่อนประเทศและนโยบายของโรงพยาบาลที่เน้นการพัฒนาวัตกรรมการตามกรอบแนวทางของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอาสจส่งผลต่อการรับรู้ต่อการจัดการความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำงานวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงการรับรู้ของพยาบาลต่อการจัดการความรู้ของศรัพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และสามารถนำไปพัฒนาองค์กรเพื่อให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและยั่งยืนตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อการจัดการความรู้ของศูนย์ศรัพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

การรับรู้ของพยาบาลต่อการจัดการความรู้ของศูนย์ศรัพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่อยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินตามแนวคิดของ Lawson (2003) โดยการจัดการความรู้ หมายถึงกระบวนการที่ช่วยให้หน่วยงานสามารถค้นหา เลือก จัดระเบียบ เผยแพร่และถ่ายทอดข้อมูลสำคัญและความเชี่ยวชาญที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแก้ปัญหา การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการตัดสินใจ ซึ่งการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ Lawson (2003) นั้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและกลายเป็น

กระบวนการความรู้ที่เพิ่มขึ้น เรียกว่า วงจรแห่งการจัดการความรู้ (Knowledge Management Cycle) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) การสร้างความรู้ (knowledge creation) 2) การดักจับความรู้ (knowledge capture) 3) การจัดความรู้ให้เป็นระบบ (knowledge organization) 4) การจัดเก็บความรู้ (knowledge storage) 5) การเผยแพร่ความรู้ (knowledge dissemination) 6) การประยุกต์ใช้ความรู้ (knowledge application)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในการให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยทั้งแผนกคลินิกบริการผู้ป่วยนอก แผนกหอผู้ป่วยใน และหน่วยบริการผู้ป่วยเฉพาะทาง รวมทั้งหมด 15 หน่วยงาน ของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 149 คน และมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือน โดยการคำนวณตามสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973 อ้างถึงใน Srisathitnarukul, 2007) ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ .95 กำหนดความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 109 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีโอกาสได้แบบสอบถามกลับคืนไม่ครบ ดังนั้นจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยทั้งสิ้น 131 คน สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละหน่วยงานทั้งหมด 15 หน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้ และการมีส่วนร่วมใน

กิจกรรมการจัดการความรู้ในโรงพยาบาล ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดการจัดการความรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยแปลจากแบบสอบถามการจัดการความรู้ของ Lawson (2003) ลักษณะของคำถามมีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการสร้างความรู้ (creating knowledge) มีจำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการดักจับความรู้ (capturing knowledge) มีจำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการจัดความรู้ให้เป็นระบบ (organizing knowledge) มีจำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการจัดเก็บความรู้ (storing knowledge) มีจำนวน 4 ข้อ 5) ด้านการเผยแพร่ความรู้ (disseminating knowledge) มีจำนวน 4 ข้อ และ 6) ด้านการประยุกต์ใช้ความรู้ (applying knowledge) มีจำนวน 4 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คือ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึง ระดับมาก และ 4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของบุคลากรที่มีต่อการจัดการความรู้ ภายในศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 1 ข้อ โดยแบบสอบถามมีลักษณะแบบคำถามปลายเปิด

ในส่วนของการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity test) แบบสอบถามการจัดการความรู้ Knowledge Management Assessment Instrument (KMAI) ซึ่งผู้วิจัยแปลจากเครื่องมือ KMAI ของ Lawson (2003) และนำไปหาความตรงเชิงภาษาโดยวิธีการแปลย้อนกลับ (back-translation) เครื่องมือ KMAI เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดย Lawson (2003) และลอว์สันได้ทำการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าอยู่ในระดับสูงและมีคุณภาพของเครื่องมือที่เชื่อถือได้ ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยโดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่

ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือซ้ำ และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจัดการความรู้ขององค์กร (KMAI) ไปทดลองใช้กับพยาบาลศูนย์ศรัทธา ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 18 คน โดยใช้กับพยาบาลระดับปฏิบัติการของแผนกหอผู้ป่วยพิเศษ ของศูนย์ศรัทธา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) โดยคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการสร้างความรู้เท่ากับ .87 ด้านการดึงจับความรู้เท่ากับ .84 ด้านการจัดความรู้ให้เป็นระบบเท่ากับ .80 ด้านการจัดเก็บความรู้เท่ากับ .82 ด้านการเผยแพร่ความรู้เท่ากับ .84 และด้านการประยุกต์ใช้ความรู้เท่ากับ .85 โดยค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .84 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .80 (Srisathitnarukul, 2007)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการค้นคว้าแบบอิสระต่อคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จากนั้นผู้วิจัยติดต่อกับผู้ประสานงานของแต่ละหน่วยงานเพื่อแนะนำรายละเอียดเกี่ยวกับเอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครโครงการศึกษาวิจัยให้กับผู้ประสานงานของแต่ละหน่วยงาน โดยผู้วิจัยมาเก็บแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเองและขอให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละหน่วยงาน ภายใน 2 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 127 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.95 ได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 126 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.18

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับของการจัดการความรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลโดยสถิติที่ใช้คือการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบสอบถามการจัดการความรู้ขององค์กร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.41 มีอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 55.55 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 59.53 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 93.65 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.19 โดยปฏิบัติงานในส่วนของแผนกห้องผ่าตัดมากที่สุดร้อยละ 11.91 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ร้อยละ 80.95 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการความรู้ในโรงพยาบาล ร้อยละ 83.33

2. การรับรู้ของพยาบาลต่อการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ศรัทธา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้โดยรวม และรายด้าน ของพยาบาลศูนย์ศรัทธา คณแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (n = 126)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การรับรู้ต่อการจัดการความรู้ โดยรวม	3.65	1.15	มาก
2. การรับรู้ต่อการจัดการความรู้ รายด้าน			
2.1 ด้านการสร้างความรู้	3.62	.708	มาก
2.2 ด้านการดักจับความรู้	3.61	.727	มาก
2.3 ด้านการจัดความรู้ให้เป็นระบบ	3.70	.687	มาก
2.4 ด้านการจัดเก็บความรู้	3.56	.881	มาก
2.5 ด้านการเผยแพร่ความรู้	3.74	.843	มาก
2.6 ด้านการประยุกต์ใช้ความรู้	3.69	.772	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าการรับรู้ของพยาบาลต่อการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ศรัทธา คณแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.65, SD = 1.15) ระดับของการรับรู้ต่อการจัดการความรู้ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลศูนย์ศรัทธา คณแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านการเผยแพร่ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด (Mean= 3.74, SD = .84) และด้านการจัดเก็บความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด (Mean= 3.56, SD = .88)

การอภิปรายผล

1. การศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อการจัดการความรู้ของศูนย์ศรัทธา คณแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ในการวิจัยนี้พบว่าการจัดการความรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลศูนย์ ศรัทธา คณแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.65, SD = 1.15) ทั้งนี้เนื่องมาจาก ในปัจจุบันเป็นยุคที่ระบบบริการสุขภาพมีความจำเป็นต้องมีการแข่งขันกันอย่างสูงเพื่อให้ได้มาซึ่งการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล รวมทั้งได้รับการยอมรับและศรัทธาจากผู้รับ

บริการ ซึ่งศูนย์ศรัทธา คณแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในเขตภาคเหนือที่อยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลของคณแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หากมองในมุมมองของผู้รับบริการแล้ว ศูนย์ศรัทธาฯ ให้การดูแลผู้ป่วยในโรคที่ซับซ้อนโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้รับบริการจึงมีความคาดหวังสูงในการที่จะได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถมีทักษะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลของศูนย์ศรัทธาฯ จึงมีความพยายามที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของตนเอง ด้วยการนำเอาหลักการจัดการความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับ

(Chidambaranathan & Rani, 2015) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการจัดการความรู้เพื่อทำนายประสิทธิผลขององค์กร ผลจากการศึกษาพบว่าการจัดการความรู้จะประสบความสำเร็จในองค์กรของมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของระบบเอกชนมากกว่าองค์กรของมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐบาล ปัจจุบันฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ศรัทธาฯ มีเป้าหมายในการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้รับบริการพร้อมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้รับบริการ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลด้วยความปลอดภัย ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ เกิดความประทับใจในการบริการ ดัง

นั้นบุคลากรพยาบาลของศูนย์ศรัทธาฯ จึงเห็นความสำคัญต่อกระบวนการจัดการความรู้ในฝ่ายการพยาบาลว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในการนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของงานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

2. ผลจากการวิเคราะห์ระดับของการจัดการความรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลศูนย์ศรัทธาฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการรับรู้ต่อการจัดการความรู้ในด้านการเผยแพร่ความรู้ อยู่ในระดับมากที่สุด

โดยระดับของการรับรู้ของพยาบาลต่อการจัดการความรู้ในด้าน การเผยแพร่ความรู้ มีค่าเฉลี่ย (Mean = 3.74, SD = .84) ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากทางฝ่ายการพยาบาลศูนย์ศรัทธาฯ เริ่มมีการสนับสนุนให้พยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันในหน่วยงานมากขึ้น เริ่มมีกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) เช่น กลุ่ม CoP เคมีบำบัด กลุ่ม CoP นมแม่ และกลุ่ม IV Care team เป็นต้น ในทำนองเดียวกันสอดคล้องผลการศึกษาของ Koonsombut, Akkadechanut, & Keitlertnapha (2014) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ผลจากการศึกษาพบว่าองค์กรพยาบาลที่มีวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนความรู้ที่มีมากและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนในการเข้าถึงความรู้จะส่งผลให้เกิดการสร้างแรงจูงใจในกลุ่มสมาชิกในชุมชนนักปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาองค์กรพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้อย่างยั่งยืนและเกิดผลลัพธ์ในด้านคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Tamdee, Suwanaprapisa, & Senaratra (2013) ได้ศึกษาเรื่องการจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้การจัดการสุขภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ผลจากการศึกษาพบว่า กระบวนการจัดการความรู้ที่ผ่านการลงมือปฏิบัติจริงของชุมชน ในด้านการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเผยแพร่ความรู้ต่อกันเกี่ยวกับการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้การ

จัดการสุขภาวะชุมชน ช่วยให้พัฒนาสมรรถนะในการขับเคลื่อนงานสุขภาวะชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุน ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้บุคลากรในโรงพยาบาล ที่มีแนวความคิดและความรู้ที่แปลกใหม่ ได้นำเสนอผลงานหรือนวัตกรรมของตนเอง เพื่อช่วยในการพัฒนาคุณภาพในงาน พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณในการให้รางวัลตอบแทนแก่พนักงานเหล่านั้น เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรเหล่านั้นมีแรงจูงใจในการทำงานอยู่กับองค์กร และความรู้ภายในองค์กรนั้นคงอยู่ไม่สูญหายตลอดไป

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนในระบบสารสนเทศให้เพียงพอ ได้แก่ การพิจารณาสนับสนุนเทคโนโลยี ช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัย เพิ่มการนำเครือข่ายระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการสืบค้นความรู้ ขยายสัญญาณ wireless ให้ทั่วถึงและเพียงพอต่อการเรียนรู้ให้กับหน่วยงาน รวมทั้งจัดให้มีคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่เพียงพอ เช่น แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ระบบสัมผัส ที่สามารถพกพาได้ง่ายและสะดวก เพื่อใช้ในการสืบค้นความรู้จากฐานข้อมูลที่ทันสมัยและสะดวกรวดเร็ว เพื่อช่วยให้มีการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลความรู้ที่ได้จากแหล่งต่างๆให้เป็นรูปธรรมพร้อมเผยแพร่ และช่วยในการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ในระบบคอมพิวเตอร์ส่งผลให้อ่านอำนวยความสะดวกต่อบุคลากรในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น

3. ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุน ส่งเสริมในการทบทวนความรู้ในงานเป็นประจำ โดยเฉพาะบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนหน้างานเพื่อพัฒนาความรู้ของบุคลากรให้ทันสมัยและสามารถนำกลับมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มีการถ่ายทอดความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ กับพยาบาลระดับปฏิบัติการ อย่างสม่ำเสมอ และมีการ

ติดตามและประเมินผลการจัดการความรู้ภายในฝ่ายการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4. ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุน ส่งเสริมการจัดการความรู้ในด้านการจัดเก็บความรู้โดยพิจารณาเพิ่มตำแหน่งพยาบาลผู้ที่รับผิดชอบงานทางด้านสารสนเทศทางการพยาบาล ประจำฝ่ายการพยาบาล เพื่อนำความรู้ทางเทคโนโลยี คอมพิวเตอร์สารสนเทศศาสตร์ และศาสตร์ทางการพยาบาล มาใช้ในการรวบรวม จัดเก็บ วิเคราะห์ จัดการ และเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศ

เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในวิชาชีพพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความรู้ในโรงพยาบาล เช่น ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านเทคโนโลยี เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมการจัดการความรู้ในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Nursing, Department of Medical Services.(2007). Hospital Nursing Standards 2nd Revised Edition, Nontaburi: Veterans Welfare Organization. (In Thai)
- Chidambaranathan, K., & Rani, S. B. (2015). Knowledge management and organizational culture in higher educational libraries in Qatar: An empirical study. *Library & Information Science Research*, 37(4), 363-369
- Koonsombut J., Akkadechanut T., Keitlertnapha P. (2014). Development of a Model for Promotion of Knowledge Management Among Community of Practices in a General Hospital. *Nursing Journal*, 41, 24-34. (In Thai)
- Lawson, S. (2003). *Examining the relationship between organizational culture and knowledge management*. Nova Southeastern University.
- Lertwattanawilas, S. (2014). *Personnel Opinions on Knowledge Management Process of Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine Chiang Mai University*. Master of Business Administration). Faculty of Business Administration, Chiang Mai University. (In Thai)
- Mesinree, S. (2015). The concept of Thailand 4.0. Retrieved from https://www.khonkaen.go.th/auditor/admin/known_file/145917_755.pdf (In Thai)
- National Institute of Productivity. (2006). A guide to knowledge management: from theory to practice. Retrieved from https://www.opsmoac.go.th/km-km_org_center-files-391991791973 (In Thai)
- Srisathitnarukul B.(2007). Research methodology in Nursing. Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Srisuphan W. (2007). *A Study of Needs for Manpower in Nursing Between 1995-2015*. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University. (In Thai)
- Tamdee D., Suwanaprapisa T., Senaratra W. (2013). Knowledge Management and Knowledge Creation for healthy community in Lower-Northern Thailand. *Nursing Journal*, 40(4), 100-113.(In Thai)
- Wichianpanya P. (2004). Basic Knowledge Management and Application. Bangkok: Thammakon Printing. (In Thai)



**การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กรณีศึกษา
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก**
**Development of a Competency Framework for Registered Nurses in Social
Medicine Department: A Case Study of Somdejphrajaotaksin Maharaj
Hospital, Tak Province**

สุพัตรา	แจ่มตระกูล *	Supattra	Chaemtrakul *
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล **	Petsunee	Thungjaroenkul **
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **

บทคัดย่อ

สมรรถนะในการให้บริการสุขภาพในชุมชนมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม การศึกษาเชิงพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก โดยประยุกต์ ใช้แนวคิดการพัฒนากรอบสมรรถนะของ Marrelli, Tondora, & Hoge (2005) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม จำนวน 11 คนที่สุ่มเลือกแบบเจาะจงและผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามที่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) การสัมภาษณ์พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม 3) การพัฒนากรอบสมรรถนะฉบับร่าง และ 4) การหาความตรงตามเนื้อหาของกรอบสมรรถนะฉบับร่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ประกอบด้วย 57 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) การจัดการบริการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 17 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 2) การให้บริการทางการพยาบาลและการรักษาโรคเบื้องต้นในสถานพยาบาล ประกอบด้วย 13 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 3) การให้บริการผดุงครรภ์ในสถานพยาบาล ประกอบด้วย 8 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 4) การจัดการบริการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 7 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 5) การควบคุมกำกับกับการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ประกอบด้วย 6 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถและ 6) การพัฒนาและการประกันคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย 6 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ

ผู้บริหารของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตากสามารถนำกรอบสมรรถนะนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการปฏิบัติงานและอบรมพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้กรอบสมรรถนะนี้ในการพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับการปฏิบัติหน้าที่ต่อไป

คำสำคัญ: กรอบสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช
* Professional Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, moonless4545@gmail.com
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 5 มกราคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 9 เมษายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 6 สิงหาคม 2561

Abstract

Competency in providing community health service is crucial for registered nurses in the social medicine department. The purpose of this development study was to develop a competency framework for the registered nurses of the Social Medicine Department, Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital based on the competency framework development model of Marrelli, Tondora, & Hoge (2005). The samples included eleven registered nurses in the Social Medicine Department chosen by purposive sampling and three experts in the nursing field. The instrument was an interview guideline validated by three experts. The development process included: 1) reviewing the relevant literature, 2) interviewing nurses in the Social Medicine Department, 3) developing a draft of the competency framework, and 4) content validating the draft of the competency framework.

The result of the study revealed that the competency framework of the registered nurses consisted of 57 behavioral indicators which could be divided into the following six dimensions: 1) health service in the community comprising of seventeen behavioral indicators, 2) nursing services and primary medical care in a hospital comprising of thirteen behavioral indicators, 3) obstetric services comprising of eight behavioral indicators, 4) home visits comprising of seven behavioral indicators, 5) infection control in the community comprising of six behavioral indicators, 6) quality development and assurance comprising of six behavioral indicators.

Nurse administrators of the Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital can use this competency framework as a guideline for developing performance appraisal and training the registered nurses in the hospital. In addition, the registered nurses can use this framework for self-development to meet their required job functions and qualifications.

Keywords: *Competency Framework, Registered Nurse, Social Medicine Department*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นบริการด้านหน้าที่มีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน หัวใจสำคัญของการจัดบริการปฐมภูมิ คือการดูแลประชาชนโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายให้ประชาชนดูแลตนเองได้ (Self-Care) ครอบครัวเข้มแข็ง (Healthy Family) และชุมชนเข้มแข็ง (Community Care) เพื่อให้เกิดบริการสร้างนำซ่อมหรือมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสำคัญ การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องอาศัยการออกแบบบริการ

ที่เอื้อต่อการเข้าถึงของประชาชน ซึ่งไม่เพียงแต่เข้าถึงบริการสุขภาพในมิติรักษาพยาบาล แต่ต้องเข้าถึงชีวิตและจิตใจ ระบบต้องมีพื้นที่ให้ประชาชนสามารถเรียนรู้วิธีการที่จะมีสุขภาพดี เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองยามเจ็บป่วยตั้งแต่ขั้นต้นไปจนถึงสิ้นสุดศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ จะเห็นได้ว่าบริการปฐมภูมิจึงมีความสัมพันธ์กับประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มป่วย หรือกลุ่มปกติ ทุกเพศ ทุกวัย (Mekton, 2016) ดังนั้นพยาบาลที่อยู่ในระบบปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ในการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีความเข้าใจในความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการ

มีสุขภาพที่ดี

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ต้องการให้มีเพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาลบรรลุ พันธกิจขององค์กร โดยสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแบ่งออกได้ 3 ประเภท ได้แก่ 1) สมรรถนะหลัก (core competency) 2) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (professional competency) และ 3) สมรรถนะเชิงเทคนิค (technical competency) (Bureau of Nursing, 2005) พยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจะต้องมีสมรรถนะทั้ง 3 ประเภทในระดับสูง จึงจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสำนักงานข้าราชการพลเรือนกำหนดให้พยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีสมรรถนะหลักตามที่สำนักงานข้าราชการพลเรือนกำหนด (Office of the Civil Service Commission, 2005) และ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2009) กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ ส่วนสมรรถนะเชิงเทคนิคขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะเชิงเทคนิคในแต่ละโรงพยาบาลจะเริ่มจากการสร้างกรอบสมรรถนะขึ้นมา ก่อน ซึ่ง Marrelli, Tondora, & Hoge (2005) ได้ให้แนวทางในการพัฒนารอบสมรรถนะไว้ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ กรอบเวลาในการพัฒนา และแนวทางในการนำสมรรถนะที่ได้ไปใช้ประโยชน์ 2) แสวงหาผู้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมเรื่อง การให้ข้อมูลโดยตรงเพื่อช่วยให้งานลุล่วงไปด้วยดี 3) พัฒนาแผนการสื่อสาร การให้ความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การพัฒนารอบสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 4) วางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล การกำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการได้มาของข้อมูล 5) ระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ

6) นำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน และ 7) ประเมินผลและปรับปรุงให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน ใน 5 ขั้นตอนแรกจะทำให้ได้องค์ประกอบของสมรรถนะเชิงเทคนิคที่ต้องการและตัวบ่งชี้พฤติกรรมของสมรรถนะในแต่ละด้าน ซึ่งทั้ง 5 ขั้นตอนของมาเรียลลี ทอนโดรา และฮอลจ์ นี้ได้รับความนิยมและนำมาใช้ในงานวิจัย ที่ทำการพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะเชิงเทคนิคของพยาบาลวิชาชีพ (Uangnakhon, 2015)

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข มีหน้าที่และความรับผิดชอบ จัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนในพื้นที่ชุมชนในเขตเมืองและนอกเขตเมืองครอบคลุมทั้งอำเภอเมืองตาก ทิมาบุคลการประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรสายสนับสนุน มีพยาบาลวิชาชีพจำนวนทั้งสิ้น 14 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานชุมชนไม่น้อยกว่า 5 ปี มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบแบ่งตามภารกิจดังนี้ ภารกิจที่ 1 จัดบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในชุมชน (Community Nursing Service) ภารกิจที่ 2 ให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นและการรักษาต่อเนื่อง ภารกิจที่ 3 จัดบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานบริการ ภารกิจที่ 4 จัดบริการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ภารกิจที่ 5 จัดการและควบคุมกำกับกับการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยที่สัมผัสโรค/กลุ่มเสี่ยงในสถานบริการและในชุมชน ภารกิจที่ 6 ป้องกันภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ภารกิจที่ 7 ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพ และภารกิจที่ 8 พัฒนาและประกันคุณภาพการพยาบาล (Social Medicine Department Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital, 2016) ตามนโยบายของโรงพยาบาลจะต้องมีการประเมินสมรรถนะเชิงเทคนิคของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ปีละ 2 ครั้ง แต่พบปัญหาว่างยังไม่ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะเชิงเทคนิคที่ครอบคลุม

ภารกิจของกลุ่มงานเวชกรรมของโรงพยาบาล จึงได้ใช้แบบประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพของกลุ่มการพยาบาล ซึ่งมีการประเมินความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มเวชกรรมสังคมที่ไม่ตรงกับงานที่ทำจึงทำให้ผลที่ได้จากการประเมินไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาบุคลากรได้อย่างเหมาะสม

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เพื่อจะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ใช้กรอบการพัฒนาสมรรถนะของ Marrelli, Tondora, & Hoge, (2005) 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การแสวงหาผู้ให้การสนับสนุน 3) การพัฒนาแนวทางในการสื่อสารและการให้ความรู้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 4) การวางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล 5) การระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ เพื่อสร้างกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคมขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ให้ครอบคลุมกับบริบทและลักษณะการให้บริการของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิระดับปริญญาตรีขึ้นไปและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานกลุ่มงานเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 11 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพงานรักษาพยาบาลชุมชน 1 คน งานศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 6 คน และงานบริการสุขภาพชุมชน จำนวน 4 คน 2) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาลในชุมชนไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลประจำภาควิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกจำนวน 1 คน หัวหน้างานรักษาพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 1 คน และหัวหน้างานบริการสุขภาพชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 1 คน และ 3) กลุ่มเอกสาร บทความงานวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะทางการพยาบาลงานเวชกรรมสังคม การพยาบาลในชุมชนและพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการสัมภาษณ์และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 2) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 3) แบบประเมินกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม(ฉบับร่าง) และ 4) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิเครื่องมือในการศึกษาได้รับการตรวจสอบ ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถาม (sequence the question) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จำนวน 1 คนและอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาล
สาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
จำนวน 1 คน พยาบาลผู้มีส่วนประสมการในการทำการ
ประเมินสมรรถนะ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าตากสินมหาราช จำนวน 1 คน ซึ่งผู้วิจัยแก้ไข
แนวคำถามตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน
ก่อนนำเครื่องมือไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล
สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช รวมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิ
กลุ่มประชากรโดยผู้วิจัยขออนุญาตและขอให้ผู้เข้าร่วม
การศึกษาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำโดยการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและนำ
ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการประชุม
กลุ่มมากำหนดเป็นกรอบสมรรถนะ (ฉบับร่าง) ของ
พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จากนั้นนำไป
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ทำการประเมินความตรง
ของเนื้อหาในแต่ละข้อของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ
และนำผลมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงรายข้อ(I-CVI)
กำหนดระดับที่ยอมรับได้เท่ากับ 1.00 (Polit & Beck,
2006) โดยวิเคราะห์หาค่า I-CVI พบว่าพฤติกรรมบ่งชี้
ความสามารถทุกข้อได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ซึ่งเป็นค่า
ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ จึงนำผลที่ได้มา
สรุปเป็นสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรม
สังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
จังหวัดตากต่อไป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กรอบสมรรถนะของพยาบาล
วิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ประกอบด้วย 6

ด้าน จำนวน 57 ตัวชี้วัด เมื่อนำมาประเมินความตรงของ
เนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถทั้ง 57 ตัวชี้วัด
พบว่าทุกตัวชี้วัดมีค่า I-CVI เท่ากับ 1 แสดงว่าทุกตัวชี้วัด
สามารถนำมาใช้ในการประเมินสมรรถนะของพยาบาล
วิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตากได้

โดยสรุปในงานวิจัยนี้ พบว่าสมรรถนะที่จำเป็น
สำหรับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรง
พยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก
ได้แก่

- 1) สมรรถนะด้านการจัดการบริการสุขภาพในชุมชน
หมายถึงความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการ
ประเมินความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนใน
ชุมชนเพื่อนำไป ออกแบบและดำเนินโครงการให้บริการ
สุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพ
ของชุมชน รวมทั้งมีความสามารถในการเสริมสร้างพลัง
อำนาจ มีภาวะผู้นำและบริหารจัดการงานด้านชุมชนได้
ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 17 ข้อ
- 2) สมรรถนะด้านการให้บริการทางการพยาบาล
และการรักษาโรคเบื้องต้นในสถานพยาบาล หมายถึง
ความรู้ความสามารถ ในด้านการคัดกรอง วินิจฉัยความ
ผิดปกติให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และ
ด้านการรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการในสถาน
พยาบาล ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ
จำนวน 13 ข้อ
- 3) สมรรถนะด้านการให้บริการผดุงครรภ์ในสถาน
พยาบาล หมายถึงความรู้ความสามารถ ในด้านการดูแล
หญิงตั้งครรภ์และสามี และการให้บริการเรื่องเพศศึกษา
ในวัยรุ่น ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ
จำนวน 8 ข้อ
- 4) สมรรถนะด้านการจัดการบริการเยี่ยมบ้าน หมายถึง
ความรู้ความสามารถ ในการจัดการบริการทางด้าน
สุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเรื้อรัง มารดา
และทารกแรกเกิดที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วย
พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ
- 5) สมรรถนะด้านการควบคุมกำกับกับการแพร่

กระจายเชื้อในชุมชน หมายถึง ความรู้ความสามารถในด้านการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคในชุมชน และการให้ความรู้แก่ทีมบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับวิธีการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 6 ข้อ และ

6) สมรรถนะด้านการพัฒนาและการประกันคุณภาพการพยาบาล หมายถึง ความรู้ความสามารถในการระบุผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล มีทักษะในการวางแผนโครงการพัฒนาโดยใช้แหล่งหลักฐานเชิงประจักษ์ และผลวิจัยมาใช้ในการพัฒนาการคุณภาพบริการในระดับปฐม ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 6 ข้อ

การอภิปรายผล

สมรรถนะทางเทคนิคที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ สมรรถนะด้านการจัดบริการสุขภาพในชุมชน สมรรถนะด้านการให้บริการทางการแพทย์และการรักษาโรคเบื้องต้นในสถานพยาบาล สมรรถนะด้านการให้บริการผดุงครรภ์ในสถานพยาบาล สมรรถนะด้านการจัดบริการเยี่ยมบ้าน สมรรถนะด้านการควบคุมกำกับการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และสมรรถนะด้านการพัฒนาและการประกันคุณภาพการพยาบาล ซึ่งทั้ง 6 ด้านครอบคลุมงานในมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนของสำนักการพยาบาล (2559) และภารกิจทุกด้านของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เมื่อพิจารณารายละเอียดของสมรรถนะในแต่ละด้าน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
สมรรถนะด้านนี้มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเนื่องด้วยภารกิจการจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชนจัดเป็นงานสำคัญของการพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคมตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน หมวดที่ 1 ที่ว่าด้วยการจัดบริการในชุมชน ของ Bureau of Nursing (2016) ในงานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการที่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวช

กรรมสังคมจะต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน การเสริมสร้างอำนาจแก่ประชาชน ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการงานด้านชุมชน อธิบายได้ว่าการคัดกรองหรือประเมินสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย เป็นการค้นหาความเสี่ยงหรือโรคในประชากรสุขภาพดี เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน การจัดบริการและจัดบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน (Krainuwat, 2008) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมจำเป็นต้องมีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วยการทำหน้าที่เป็นผู้ปรึกษา ให้ความรู้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ ให้ความช่วยเหลือเป็นพี่เลี้ยง แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จะส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชน (Ucharattana, Pansakd, & Posre, 2014) และทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย (Krainuwat, 2008)

2. สมรรถนะด้านการให้บริการทางการแพทย์และการรักษาโรคเบื้องต้นในสถานพยาบาล
สมรรถนะด้านนี้มีความจำเป็นต่อพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โดยเฉพาะความสามารถในการคัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรืออยู่ในภาวะฉุกเฉิน ออกจากผู้ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง ซึ่งตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชนได้กำหนดให้พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคมต้องสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะStroke ผู้ป่วยภาวะSTEMI หรือมีอาการของหัวใจขาดเลือดได้ (Bureau of Nursing, 2016) ดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดพฤติกรรมบ่งชี้เป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมของโรงพยาบาล รวมทั้งสามารถทำการรักษาโรคเบื้องต้นได้เนื่องจากได้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเวชปฏิบัติ ซึ่งตามมาตรฐานการบริการตรวจรักษาเบื้องต้นของ Thailand Nursing and Midwifery Council (2008) ระบุว่าพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเวชปฏิบัติสามารถทำการรักษาโรค ด้วยเหตุนี้พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมจึงต้องมีความสามารถในการตรวจร่างกายและวินิจฉัยโรคที่ไม่ซับซ้อนได้ เช่น

ไขหัวดี ท้องเสีย สามารถทำการส่งยาและทำหัตถการตามกรอบมาตรฐานการรักษาเบื้องต้นของสภาการพยาบาล รวมทั้งบันทึกอาการและการรักษาได้อย่างถูกต้อง

3. สมรรถนะด้านการให้บริการผดุงครรภ์ในสถานพยาบาล สมรรถนะด้านนี้มีความจำเป็นต่อพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพราะว่ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมมีภารกิจในการบริการแก่หญิงตั้งครรภ์และให้คำปรึกษาวิทยุร่นเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยให้บริการจึงต้องมีสมรรถนะด้านการให้บริการผดุงครรภ์ในสถานพยาบาล ซึ่งตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนของ Bureau of Nursing (2005) หมวดที่ 1 การจัดการบริการพยาบาลในชุมชน ข้อ 1 มาตรฐานการบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และมาตรฐานของสภาพยาบาล (2551) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติในการกิจจัดการบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานบริการ เช่นเดียวกับ Thailand Nursing and Midwifery Council (2013) ที่ได้กำหนดสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิต้องมีความรู้ ความสามารถด้านการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ โดยสามารถสอนแนะนำ ให้คำปรึกษา เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเตรียมความพร้อมในการมีครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaosuan-sreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Dumtip (2016) ที่ได้ศึกษาสมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพควรมีสมรรถนะการจัดการบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ในสถานบริการ สามารถแนะนำและให้คำปรึกษา เรื่องการเตรียมตัวเป็นบิดามารดาและสามารถแนะนำและให้คำปรึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้

4. สมรรถนะด้านการจัดการบริการเยี่ยมบ้าน สมรรถนะด้านนี้มีความจำเป็นต่อพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพราะว่าโรงพยาบาลทุกแห่ง

รวมทั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีภารกิจในการบริการเยี่ยมบ้านประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งจากสถิติการให้บริการของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชที่ผ่านมา พบว่ามีบริการเยี่ยมบ้าน จำนวน 246 ครั้งต่อเดือน แบ่งเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 19 ครั้ง/เดือน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 199 ครั้งต่อเดือน มารดาและทารกแรกเกิด 28 ครั้งต่อเดือน (Office of the Civil Service Commission, 2005) ดังนั้นพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมจะต้องสามารถประเมินและวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลตามเครื่องมือที่โรงพยาบาลกำหนด นอกจากนี้ต้องสามารถทำการสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้จักการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ไม่ซับซ้อน เช่น การเปิด-ปิดถังออกซิเจน การให้อาหารทางสายยาง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สอดคล้องกับ กรรณิการ์ ชาวสวนศรีเจริญและคณะ (2559) ที่กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนจะต้องมีสมรรถนะการจัดการบริการพยาบาลที่บ้าน โดยสามารถให้บริการพยาบาลที่บ้านได้ถูกต้องตามมาตรฐานและสามารถจัดระบบการดูแลความเจ็บป่วยในผู้ใช้บริการเฉพาะกลุ่ม เฉพาะโรคในชุมชน โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้ รวมทั้งต้องมีสมรรถนะในการประเมินความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายของชีวิต และการให้บริการเยี่ยมบ้านของมารดาและทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องสำหรับมารดาหลังคลอดในชุมชน ซึ่งเป็นการกิจหนึ่งของพยาบาลชุมชนตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaosuan-sreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Dumtip (2016) ที่กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนจะต้องมีสมรรถนะในการประเมินพัฒนาการของทารกได้

5. สมรรถนะด้านการควบคุมกำกับและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน สมรรถนะด้านนี้มีความจำเป็นต่อพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เนื่องจาก

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในชุมชนเป็นผู้ใกล้ชิดแหล่งข้อมูล จึงสามารถสนับสนุนข้อมูลที่จะไปใช้ในการควบคุม กำกับ การแพร่กระจายเชื้อให้กับทีมสุขภาพ โดยเฉพาะนักวิชาการควบคุมโรคและระบาดวิทยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaosuansreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Dumtip (2016) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรมีสมรรถนะการจัดการ และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยที่สัมผัสโรค/กลุ่มเสี่ยงในสถานบริการและในชุมชน โดยสนับสนุนให้บุคลากรปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

สมรรถนะที่ 6 ด้านการพัฒนาและประกันคุณภาพการพยาบาล สมรรถนะด้านนี้ มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เนื่องด้วยบทบาท ภาระหน้าที่ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมที่ต้องมีการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับในชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบ ประสานงาน ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาคีรัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ดังนั้นโรงพยาบาลทุกแห่งรวมทั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชมีการพัฒนาและประกันคุณภาพการบริการและได้กำหนดภารกิจของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในภารกิจที่ 8 เรื่อง การพัฒนาและประกันคุณภาพการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตั้งแต่ นำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ของประเทศสู่การพัฒนาระบบและคุณภาพบริการพยาบาล พัฒนามาตรฐานการพยาบาลและเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ใช้กระบวนการพยาบาลและองค์ความรู้ทางการพยาบาลในปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งดำเนินการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) การพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองรพ.สต. และในชุมชนตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพ เพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าว โดยเน้นให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล

ตามแนวทางและนโยบายที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพได้ตามมาตรฐาน และนำงานวิจัยและ R2R มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจึงจะต้องมีความสามารถในการระบุผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล มีทักษะในการวางแผนโครงการพัฒนาโดยใช้แหล่งหลักฐานเชิงประจักษ์ และผลวิจัยมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการประกันคุณภาพการพยาบาลในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และเพื่อให้ผู้รับบริการในชุมชนได้รับบริการที่มีคุณภาพตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพ นอกจากนี้ยังทำให้สามารถตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Silsawat (2010) ที่ระบุว่าสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปจะต้องสามารถสร้างนวัตกรรม คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการ ในครอบครัว และชุมชน รวมทั้งสามารถกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารกลุ่มงานเวชกรรมสังคมควรนำกรอบสมรรถนะกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของพยาบาลวิชาชีพที่ได้จากการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก
2. พยาบาลวิชาชีพควรนำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ที่ได้จากการศึกษานี้ไปใช้ประเมินและพัฒนาสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้รับบริการในชุมชนข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและศึกษาคุณภาพของแบบประเมินต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Nursing. (2005). *Main functional and Competency of Registered Nurse (Draft)*. Nonthaburi: Bureau of Nursing Bureau of Nursing Ministry of Public Health. (in Thai)
- Bureau of Nursing. (2016). *Nursing care standards in Community*. Office of the Permanent Secretary of MOPH Ministry of Public Health. Pathumthani: Suetawan. (in Thai)
- Chaosuansreecharoen, K., Chaosuansreecharoen, P., & Dumtip, P. (2016). Community Nursing Competency among Registered Nurse Working at Tambon Health Promoting Hospital in Three Southern Bordered Provinces. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(3), 52-64. (in Thai)
- Krainuwat, K. (2008) .Concepts of Community Nursing Practice. *Thai Journal of Nursing Council*, 23(1), 10-21. (in Thai)
- Mekton, S. (2016). *Operational guidelines of Primary Care Cluster for Public Health Service*. Bangkok: Agricultural Cooperatives of Thailand. (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.
- Office of the Civil Service Commission. (2005). *Manual of Thai Civil Service Commission*. Retrieved (JAN 25,2018) from <http://www.ocsc.go.th>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index : Are you sure you know what's being report? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Silsawat, W. (2010). *Competency of nurse practitioner* (Master of Nursing Science Thesis in Nursing Administration) Graduate School, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Social Medicine Department Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. (2016). *Annual report 2559*. Tak: Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. (in Thai)
- Social Medicine Department Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. (2017). *Annual report 2560*. Tak: Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2008). *Basic treatment requirements and Immunization for First Class Nursing Practitioner Nursing Professional and First class nurses midwives* (Revised edition) (4th ed).Bangkok: P. A. Living. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2009). *National Plan for Nursing and Midwifery Development (2nd ed)* 2007-2014. Bangkok: Siriyodkanpim. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2013). *Manual of Registered Nurse Working at Tambon Health Promoting Hospital*. Bangkok: Chutthong. (in Thai)
- Ucharattana, P., Pansakd, W., & Posre, C. (2014). The Effectiveness of the Empowerment Program on Development of Self-care Competency in Community Dwelling Elders. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*,15(2), 216-223. (in Thai)

Uangnakhon, M. (2015). *Development of a Competency Framework for Registered Nurses, Surgical Intensive Care Unit, Chiang Rai Prachanukroh Hospital* (Master of Nursing Science Independent study in Nursing Administration) Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)



การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Development of a Registered Nurse Competency Framework, Cardiothoracic Intensive Care Unit, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

สุพัตรา	พุลนุช *	Supattar	Pullnuch *
บุญพิชชา	จิตต์ภักดิ์ **	Bunpitcha	Chitpakdee **
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **

บทคัดย่อ

สมรรถนะของพยาบาลมีผลต่อคุณภาพการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้รับบริการและการพัฒนาองค์กรในระบบบริการสุขภาพ การศึกษาเชิงพัฒนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยประยุกต์ใช้กลยุทธ์การพัฒนารอบสมรรถนะของ Marrelli et al.(2005) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 คน และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนโดยสุ่มเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกรายการสมรรถนะ 2) แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ และ 3) แบบประเมินกรอบสมรรถนะ การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีจำนวน 6 ด้าน และประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 24 ข้อ ซึ่งจำแนกได้ดังนี้ 1) ความรู้ด้านศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก จำนวน 6 ข้อ 2) การประเมินผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก จำนวน 4 ข้อ 3) การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก จำนวน 2 ข้อ 4) การบริหารยาในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก จำนวน 3 ข้อ 5) การช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ และ ทรวงอก จำนวน 5 ข้อ 6) การช่วยคัดกรองการทางการแพทย์ การพยาบาลและการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก จำนวน 4 ข้อ

ข้อเสนอแนะผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำกรอบสมรรถนะที่ได้ประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตลอดจนสามารถเป็นแนวทางให้กับพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองต่อไป

คำสำคัญ: รอบสมรรถนะ, พยาบาลวิชาชีพ, หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช

* Professional Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, supattarpull@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 27 ธันวาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 16 กุมภาพันธ์ 2561 วันที่ตอบรับบทความ 4 มิถุนายน 2561

Abstract

Nurse competency plays a critical role in determining the quality of nursing service, client safety and service development in health organizations. The purpose of this developmental study was to develop a competency framework for registered nurses in the Cardiothoracic Intensive Care Unit at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital by applying the strategies for developing competency frameworks of Marrelli, Tondora, & Hoge (2005). The instruments used for this study was 1) a competency list record form, 2) interview guidelines, and 3) a competency framework evaluation form. The samples consisted of six nurse specialists and five experts by using purposive sampling methods. The data collection process included reviewing relevant literature and interviewing the nurse specialists. The data analysis consisted of content analysis and calculation of content validity index.

The results of the study revealed that the competency framework for registered nurses in the Cardiothoracic Intensive Care Unit at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital included six themes and 24 behavioral indicators which can be classified as: 1) knowledge of cardiac and thoracic surgery (6 indicators), 2) evaluation of cardiac and thoracic surgery clients (4 indicators), 3) nursing services for cardiac and thoracic surgery clients (2 indicators), 4) medical administration with cardiac and thoracic surgery clients (3 indicators), 5) cardiopulmonary resuscitation with cardiac and thoracic surgery clients (5 indicators) and 6) assistant procedure medical nursing and maintenance for special equipment in cardiac and thoracic clients (4 indicators)

Counsel for nurse administrators can apply this competency framework to develop a competency assessment form for measuring the competency of professional nurses in the Cardiothoracic Intensive Care Unit at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Professional nurses in turn can use this competency framework as a guideline for self-development.

Keywords: *Competency Framework, Registered Nurses, Cardiothoracic Intensive Care Unit*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่าสาเหตุของการเสียชีวิตของโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 17.7 ล้านคนต่อปีตามมาด้วยโรคมะเร็ง ประมาณ 8.8 ล้านคน โรคทางเดินหายใจ ประมาณ 3.9 ล้านคน และโรคเบาหวาน ประมาณ 1.6 ล้านคน และได้มีแผนปฏิบัติการระดับทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกเพื่อลดการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงอย่างน้อย 1 ใน 4 ภายในปีพุทธศักราช 2568 โดยเน้นที่การป้องกัน การวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องและ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เป็นเครื่องมือสำคัญในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ และจะเป็นวิธีการที่จะช่วยป้องกันอาการหัวใจวาย อาการไตวาย ตลอดจนการสูญเสียสายตาทันทีอย่างถาวรกับอวัยวะแขนขาจากโรคเบาหวาน (World Health Organization [WHO], 2017) สถานบริการด้านสุขภาพจึงต้องมีการปรับปรุงคุณภาพการบริการเพื่อให้สอดคล้องกับแนวโน้มในการป้องกันโรค โดยการส่งเสริมให้พยาบาลมีการพัฒนาความสามารถ และขีดความสามารถให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อเตรียมพร้อมในการรับสภาวะโรคที่เกิดขึ้น

(Nursing Division Ministry of Public Health, 2005)

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่มีอัตราการตายเป็นอันดับต้น ๆ (Sanprasarn, 2009) และจากสถิติการผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556-2558 มีจำนวนการผ่าตัดหัวใจ 13,968 ,14,834 และ 14,927 คนตามลำดับ และมีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 11,248, 11,941 และ 11,983 ราย ตามลำดับ (Society of Thoracic Surgeons of Thailand, 2015) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกรายมีความจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนักจากผู้ที่มีความชำนาญและมีทักษะ ความรู้ ความสามารถ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ เช่น ภาวะหัวใจถูกกด (cardiac tamponade) และภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure: CHF) เป็นต้น (Central Chest Institute Of Thailand, 2012) ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก จึงต้องมีทักษะในการประเมินภาวะแทรกซ้อนนี้และให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว รวมทั้งจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ สามารถทำหัตถการเร่งด่วนในการเปิดทรวงอกในหอผู้ป่วย (open chest) การนวดหัวใจภายในทรวงอก (internal cardiac massage) รวมทั้งต้องมีทักษะในการช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการในหอผู้ป่วยหนัก

สมรรถนะ หมายถึง ความความสามารถที่สามารถวัดและประเมินผลได้ของบุคคลซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล (Marrelli, Tondora, & Hoge, 2005) โดยประเภทของสมรรถนะ Fay & Miltner (2000) ได้จำแนกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) สมรรถนะหลัก (core competency) หมายถึง ความรู้ และทักษะในการประเมิน การวางแผน การดูแลรักษา และการประเมินผลการให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ 2) สมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง (specialty competency) หมายถึง การใช้ทักษะและความรู้เฉพาะทางในหน่วยงานและผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ ที่แตกต่างกันในแต่ละหน่วย

งาน และ 3) สมรรถนะในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย (patient care management) หมายถึง ความสามารถของพยาบาลที่จะบูรณาการสมรรถนะทั่วไป และสมรรถนะเฉพาะทางสู่การเข้าด้วยกันและนำไปให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย ซึ่งการกำหนดสมรรถนะเฉพาะทางในหน่วยงานต่างๆต้องกำหนดขึ้นมาเองเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการทำงานของแต่ละหน่วยงานของแต่ละโรงพยาบาลนั้น ๆ (Sri-sathitnarakun, 2007) การกำหนดกรอบของสมรรถนะ (competency framework) และพฤติกรรมบ่งชี้ที่ชัดเจน เป็นเครื่องมือสำคัญในการระบุคุณสมบัติของพยาบาลที่จำเป็นต้องมีในการปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น ๆ

กรอบสมรรถนะ หมายถึง รายการความสามารถที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ตามลักษณะงานที่มีความเฉพาะในองค์กร (Marrelli et al., 2005) เป็นความสามารถที่จำเป็นต่อการทำงานประเภทใดประเภทหนึ่ง หรือตำแหน่งงานหนึ่ง ๆ ให้ได้ผลสำเร็จ ซึ่งรายการของความสามารถดังกล่าวต้องระบุพฤติกรรมบ่งชี้ (behavioral indicator) ของแต่ละความสามารถไว้ด้วย (Thipprecha, 2005) การกำหนดกรอบของสมรรถนะเฉพาะทาง (specific competency framework) ที่จำเป็นในหน่วยงานนั้นมีประโยชน์ เพื่อเป็นเครื่องมือในการที่จะคัดสรร สรรหา พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมตามความต้องการของหน่วยงานตามคุณสมบัติและสมรรถนะของตำแหน่งที่ต้องการ และยังมีประโยชน์ในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ถูกต้องตรงทิศทาง และการกำหนดกรอบสมรรถนะที่ชัดเจนจะช่วยให้สามารถกำหนดพฤติกรรมบ่งชี้ของพยาบาลวิชาชีพได้ชัดเจนมาก และนำไปใช้ประโยชน์มากขึ้น

การพัฒนารอบสมรรถนะที่นิยมใช้ คือ การพัฒนารอบสมรรถนะของ Marrelli, Tondora, & Hoge (2005) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การแสวงหาผู้ให้การสนับสนุน 3) การพัฒนาและดำเนินการเกี่ยวกับแผนการสื่อสาร และการให้ความรู้ 4) การวางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล

5) การระบุสมรรถนะและการสร้างกรอบสมรรถนะ 6) การนำกรอบสมรรถนะที่ได้มาปรับใช้ประโยชน์ในหน่วยงาน และ 7) การประเมินผลและปรับปรุงกรอบสมรรถนะให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน ซึ่งมีผู้นำมาใช้ในการพัฒนากรอบสมรรถนะในประเทศไทยอย่างแพร่หลาย เนื่องจากขั้นตอนในการพัฒนาไม่ซับซ้อน การเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้สนับสนุนการศึกษา ทำให้การศึกษาเป็นที่ยอมรับ อีกทั้งข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลที่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงานนั้น ๆ ทำให้หน่วยงานนั้นสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ได้จริง ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ได้นำขั้นตอนการพัฒนากรอบสมรรถนะของ Marrelli et al. (2005) มาใช้เพียง 5 ขั้นตอนเนื่องจากวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรายการกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เท่านั้น ในส่วนของขั้นตอนการนำกรอบสมรรถนะที่ได้มาปรับใช้ประโยชน์ในหน่วยงาน และการประเมินผลและปรับปรุงกรอบสมรรถนะให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงานนั้น จะทำการศึกษาเพื่อประเมินกรอบสมรรถนะที่ได้นี้ ในโอกาสต่อไป

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ได้จัดตั้งศูนย์โรคหัวใจขึ้นเพื่อบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และได้รับการรับรองให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เมื่อปี พ.ศ. 2548 และพัฒนาเป็นศูนย์ความเป็นเลิศโรคหัวใจ (Cardiac Excellence Center) มีสถิติผู้เข้ารับบริการผ่าตัดหัวใจทั้งหมด จำนวน 594, 674 และ 597 คน ในปี พ.ศ. 2556, 2557 และ 2558 และแยกออกเป็นผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart) จำนวน 232 คน, 398 คน และ 389 คน ตามลำดับ (Buddhachinaraj Hospital, 2016) ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช มีการกำหนดกรอบสมรรถนะไว้ 3 ประเภท ได้แก่ 1) สมรรถนะหลัก (core competency) ซึ่งระบุสมรรถนะไว้ 2 ด้านคือ 1.1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และ 1.2 การดูแลแบบเอื้ออาทร และ 2) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (functional competency) สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่ง

ประกอบด้วย การพยาบาลและการบริหาร 7 ด้าน ได้แก่ 1.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต 1.2 การพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการinvasive 1.5 การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยวิกฤต 1.6 การใช้และการบำรุงรักษาเครื่องมือพิเศษในห้องผู้ป่วย และ 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ 3) สมรรถนะเชิงวิชาชีพเฉพาะทาง (specific competency) ซึ่งเป็นสมรรถนะเฉพาะทางที่แต่ละหน่วยงานจะเป็นผู้กำหนดขึ้นเองตามบริบทและความต้องการที่เหมาะสม

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้ใช้กรอบสมรรถนะหลัก (core competency) และสมรรถนะเชิงวิชาชีพ (functional competency) ตามที่ฝ่ายการพยาบาลได้กำหนดไว้เพื่อประเมินพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล แต่ในส่วนของกรอบสมรรถนะเฉพาะทาง (specific competency) ดังกล่าวนั้นหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ได้มีการกำหนดไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ปี 2553 และใช้มาจนถึงปี พ.ศ. 2558 ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เพียงข้อเดียว โดยไม่มีการระบุพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถรายข้อทำให้ขาดรายละเอียดที่ชัดเจนสำหรับใช้ในการวัดประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน และเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้เลือกใช้แนวคิดการพัฒนากรอบสมรรถนะของ Marrelli et al. (2005) เป็นแนวทางในการพัฒนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

คำถามการวิจัย

กรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วยอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนารอบสมรรถนะของ Marrelli et al. (2005) 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) แสวงหาผู้ให้การสนับสนุน 3) สื่อสารแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 4) รวบรวมข้อมูล และ 5) ระบุสมรรถนะ และการสร้างกรอบสมรรถนะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกรายการสมรรถนะ และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถที่ได้จากการทบทวนเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี ข้อบัญญัติขององค์กรต่าง ๆ และวารสารทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้ศึกษา

สร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ 3) เครื่องบันทึกเสียง 4) แบบประเมินกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (ฉบับร่าง) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องความตรงเชิงปรนัยของแนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก นั้นได้รับความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ครอบคลุมทั้งด้านความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และ ความเหมาะสม ของการจัดลำดับคำถาม (sequence the question)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยขออนุญาตและความร่วมมือด้วยความสมัครใจ มีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งสามารถยุติการเข้าร่วมได้ทุกช่วงเวลา ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นความลับ และการนำเสนอผลของการศึกษาในรายงานการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม แล้วให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ศึกษาทำหนังสือเสนอโครงร่างการค้นคว้าแบบอิสระต่อคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 2) เมื่อได้รับอนุญาตผู้ศึกษาได้ดำเนินการพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช

พิษณุโลก โดยประยุกต์กลยุทธ์การพัฒนารอบสมรรถนะของ Marrelli et al. (2005) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) แสวงหาผู้ให้การสนับสนุนโดยทำหนังสือถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการศึกษาในครั้งนี้ 3) พัฒนาและดำเนินการสื่อสาร โดยแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการ แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 4) รวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้คือ ขั้นตอนที่ 1 คือการกำหนดกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา โดยสุ่มเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติกำหนดเป็นจำนวน 6 คน และ ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก ศึกษาค้นคว้า จากตำรา วารสารทางวิชาการ ผลงานวิจัย วิทยานิพนธ์ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ และสรุปเป็นรายการสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก จากนั้นสร้างแนวคำถามเพื่อใช้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก แล้วนำแนวคำถามที่ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ให้ความเห็นชอบ เมื่อแนวคำถามผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแนวคำถามมาสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ทั้ง 6 คน พร้อมทั้งทำการบันทึกเสียง และจดบันทึก หากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการได้ ทั้งนี้การบันทึกเสียงและการจดบันทึกข้อมูลทุกอย่างที่เก็บรวบรวมได้จะถูกเก็บเป็นความลับโดยการใส่รหัสแทนชื่อ การนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทันทีภายหลังจากสิ้นสุดการศึกษา โดยในการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 45 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์จะมีการทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญเพื่อ

ตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ให้สัมภาษณ์ และถอดเทป รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ และประมวลผล สรุปเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 5) ระบุกรอบสมรรถนะ และกำหนดกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (ฉบับร่าง) ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบและให้ความคิดเห็น ต่อพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อ และนำผลที่ได้จากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถรายข้อ (I-CVI) โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2006) หากต่ำกว่า 1.00 จะนำข้อมูลนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าจะคงรายการสมรรถนะข้อนั้นไว้หรือไม่ หากผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันร้อยละ 100 ว่าเป็นสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานจะคงพฤติกรรมบ่งชี้ข้อนั้นไว้ และสรุปเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จะนำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่เป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในแต่ละด้านที่มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อ โดยข้อมูลที่มีเนื้อหาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันรวบรวมเป็นข้อเดียวกัน ข้อมูลที่แตกต่างกันแยกเป็นรายข้อ สรุปเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (ฉบับร่าง) แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ความคิดเห็น และนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถรายข้อ (I-CVI) เกณฑ์การยอมรับค่า I-CVI

เท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2006) หากต่ำกว่า 1.00 จะนำข้อมูลนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าจะคงรายการสมรรถนะข้อนั้นไว้หรือไม่ หากผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันร้อยละ 100 ก็จะคงพฤติกรรมบ่งชี้ข้อนั้นไว้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 13 คน และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำหน้าที่ตรวจสอบกรอบสมรรถนะฉบับร่างที่พัฒนาขึ้นจำนวน 9 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ขึ้นไป ประสบการณ์ปฏิบัติงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และสำเร็จการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก หรือ การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมาแล้ว 3 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน และ 2) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ด้านสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรคหัวใจและทรวงอกโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ทำหน้าที่ในการตรวจ และประเมินกรอบสมรรถนะฉบับร่าง จำนวน 5 คน ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรคหัวใจและทรวงอก 2 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกจำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 2 คน

ผลการวิจัย

กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช

พิษณุโลก ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 24 ข้อ ดังนี้

1. สมรรถนะความรู้ด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพแสดงถึงความรู้ที่จำเป็นในด้านกายวิภาคศาสตร์ และพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจ และทรวงอก ทั้งปกติ และผิดปกติ ความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และที่เกิดขึ้นภายหลัง แนวทางการรักษาผู้ป่วยหลังศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) มีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์ และพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจและทรวงอก ทั้งปกติ และผิดปกติ 2) มีความรู้เรื่องโรค กระบวนการเกิดโรคพยาธิสภาพของโรคหัวใจและทรวงอก ทั้งชนิดแต่กำเนิด และชนิดที่เกิดขึ้นภายหลัง 3) มีความรู้เรื่อง อาการ อาการผิดปกติ และแนวทางการรักษาโรคเฉพาะกลุ่ม 5 อันดับแรกของหน่วยงาน ได้แก่ Coronary Artery Disease, Valvular Heart Disease, Aortic Dissection, Congenital Heart Diseases, Empyema Thoracic 4) มีความรู้เรื่องคลื่นหัวใจทั้งปกติ และผิดปกติ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง เบื้องต้น และ การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ 5) มีความรู้ เรื่องแนวทางการรักษาโรคหัวใจ และหลอดเลือดด้วยการผ่าตัดหัวใจ 6) มีความรู้เรื่องโรคร่วม และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค

2. สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพแสดงออกถึงความรู้ ทักษะและความสามารถในการรวบรวมข้อมูลจากประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการรวมถึงผลการตรวจพิเศษต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ ค้นหาข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยโรคหัวใจ และ ทรวงอกได้ 2) สามารถประเมินสภาพร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัดหัวใจ และทรวงอก ในระบบต่างๆ ได้ 3) สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ

ของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก และแปลผลทางห้องปฏิบัติการได้ 4) สามารถประเมิน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจ และแก้ไขปัญหาล่วงหน้าได้

3. สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพแสดงออกถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ก่อนและหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องครบถ้วน เพื่อช่วยในการดูแลรักษา วินิจฉัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการดูแลสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติตัวของญาติขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ได้ 2) สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ได้ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และทรวงอก

4. สมรรถนะด้านการบริหารยาในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพแสดงออกถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถในการบริหารยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ คำนวณขนาดยาและอัตราตั้งแต่กระบวนการเตรียมยา การระบุขนาดยา การคำนวณขนาดยาและอัตราการให้ยา การเฝ้าระวังปฏิกิริยาระหว่างยาต่างชนิด และอาการไม่พึงประสงค์ของยาในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก ได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) มีความรู้ในการบริหารยาที่มีผลต่อหัวใจผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจได้อย่างถูกต้องปลอดภัย

2) สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจได้ถูกต้องทั้ง ก่อน ขณะ และหลังได้รับยา 3) สามารถคำนวณ และปรับขนาดยาให้เหมาะสม

กับอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ตามแนวทางการรักษาของแพทย์

5. สมรรถนะช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพแสดงออกถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในการประเมินภาวะวิกฤต ภาวะหายใจวาย และภาวะหัวใจหยุดเต้น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และขั้นสูงได้ สามารถเตรียมความพร้อมทั้งทีมช่วยฟื้นคืนชีพ และอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) มีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และขั้นสูง รวมทั้งการพยาบาลหลังการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ และทรวงอก ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 2) สามารถประเมินภาวะวิกฤต อาการและอาการแสดงที่นำสู่การช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจขั้นสูงได้ 3) สามารถบริหารยาที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจได้ 4) สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อทำการเปิดทรวงอก และเข้าช่วยแพทย์ในการเปิดทรวงอกและนวดหัวใจภายในทรวงอกได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 5) สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และขั้นสูงได้

6. สมรรถนะด้านการช่วยหัตถการทางการแพทย์ การพยาบาลและการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพแสดงออกถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในการเตรียมผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการทำหัตถการและช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก สามารถให้การพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้ง ก่อน ขณะ และหลังทำการหัตถการได้อย่างถูกต้องและสามารถบำรุงดูแลรักษาอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษได้อย่างถูกต้อง เพื่อพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถให้การพยาบาล และช่วย

เหลือแพทย์ในการทำหัตถการ และประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ 2) สามารถใช้เครื่องมือพิเศษและอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ รวมทั้งการเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยแพทย์ทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง 3) สามารถดูแลเครื่องมือพิเศษและอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ ได้ และสามารถบำรุงรักษาและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ 4) สามารถให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อประกอบการตัดสินใจในการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านการฟ้องร้อง

การอภิปรายผล

การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อภิปรายได้ดังนี้

1. สมรรถนะความรู้ด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก สามารถอภิปรายพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถได้โดยจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์และพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจและทรวงอกทั้งปกติ และผิดปกติ อาการและอาการแสดงของโรค รวมถึงโรคร่วมของผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกลไกการทำงานของหัวใจ หรือเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจ การรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ เป็นการแก้ไขพยาธิสภาพของหัวใจ (Srikaew, 2000) หากพยาบาลไม่มีความรู้ในกายวิภาคศาสตร์และพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจและทรวงอก อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ความรู้ด้านการตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค เช่น EKG, Echocardiogram, Coronary angiography, เอกซเรย์ทรวงอก ซึ่งจะทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และช่วยในการวินิจฉัยภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับความรุนแรงได้ถูกต้องแม่นยำ และการติดตามการทำงานของหัวใจด้วยอุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

เพื่อให้การดูแลรักษาได้ทันทั่วถึง จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Duangnakhon, 2015) และสอดคล้องกับ Kusoom & Krethong (2008) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยวิกฤต/กึ่งวิกฤต มักต้องใช้อุปกรณ์ เพื่อบันทึกสัญญาณชีพ และต่อกับมอนิเตอร์ เพื่อเฝ้าดูอาการตลอดเวลาเพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ กลุ่มที่ 3 ได้แก่ ความรู้ในแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัด เป็นสมรรถนะที่จำเป็น เนื่องจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความเสี่ยงสูง และมีความซับซ้อน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น เลือดออกมากหลังผ่าตัด ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจถูกกด และภาวะหัวใจวาย (Leewattana, 2004)

2. สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เป็นสมรรถนะที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ซึ่งสามารถอภิปรายพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิต และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้วนั้น จะมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ มากมาย เช่น ท่อช่วยหายใจ สายให้ยาทางหลอดเลือดดำ สายระบายเลือดบริเวณหน้าอก สายวัดความดันในหลอดเลือดแดงโดยตรงและอื่น ๆ ซึ่งหากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาได้ และอาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยเอง การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้หายเร็วขึ้น (Permpetch, 2016)

ระยะที่ 2 ระยะหลังได้รับการผ่าตัด การประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจาก การประเมินที่ถูกต้องรวดเร็วจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดได้ โดยเฉพาะใน

ระยะ 24 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด และเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักนั้นเป็นระยะที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายแก่ชีวิตได้ (Sonpilom, 2016) การประเมินที่ถูกต้องจะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกอย่างเป็นระบบและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติ รักษาให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการผ่าตัดหัวใจโดยเฉพาะชนิดแบบเปิด จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือจำเป็นอย่างอื่น ๆ และมีความซับซ้อนในการผ่าตัด (Sonpilom, 2016) มีผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วยโดยตรง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ ซึ่งการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยในระบบต่าง ๆ การติดตามและแปลผลสัญญาณชีพ การติดตาม ECG monitoring การวัดความดันทางหลอดเลือดแดง (arterial line) การประเมินค่าออกซิเจนในร่างกาย (pulse oximetry) การติดตามค่าความดันในหลอดเลือดดำ (Central Venous Blood Pressure) การวัดอุณหภูมิร่างกาย และการตรวจปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง การติดตามและแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ และทรวงอกที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก และผู้ป่วยที่มีบาดแผลหลังผ่าตัดบริเวณหน้าอกและแผลเลาะหลอดเลือด เป็นต้น (Central Chest Institute Of Thailand, 2012) รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์พิเศษเพื่อประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว

4. สมรรถนะด้านการบริหารยาในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นยาที่อันตราย และมีความเสี่ยงสูง (Buddhachinaraj Hospital, 2015) เนื่องจากมีผลต่อหัวใจโดยตรง และปริมาณที่ให้ความเข้มข้นมากกว่าการให้ในผู้ป่วยทั่วไป การให้

ยาในแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันในแต่ละคน และมีความแตกต่างกันในการบริหารยาในแต่ละชนิด พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะการคำนวณส่วนผสม คำนวณอัตรา การให้ยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสม ไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย จนมีผลให้สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อาการแพ้ยาอย่างรุนแรงจนอาจเกิดภาวะช็อคได้ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เนื่องจากพยาบาลเป็นด่านสุดท้ายที่นำยามาถึงตัวผู้ป่วย หากพยาบาลไม่มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบริหารยาอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ (Tirattatathumrong, 2009) โดยยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Dobutamine, adrenaline nitroglycerine, levophed เป็นต้น อีกทั้งต้องมีความรู้ ทักษะในการปรับขนาดยา ได้อย่างเหมาะสม ภายใต้แนวปฏิบัติการให้ยาของแพทย์ (Cardiothoracic Intensive Care Unit, 2010)

5. สมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เป็นพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถที่มีความจำเป็น เนื่องจากภาวะหัวใจหยุดเต้นมักเกิดในหอผู้ป่วยหนักโดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ เนื่องจากการผ่าตัดที่หัวใจโดยตรง การทำงานของหัวใจยังไม่สามารถกลับเป็นปกติ (Thongcharoen, 2016) จึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้สูง และอาจจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่น ๆ ได้ ที่สำคัญคือ เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ, ไตสูญเสียหน้าที่ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคหัวใจ หลอดเลือด และทรวงอก จำเป็นต้องมีทักษะ ความสามารถในการประเมินภาวะหัวใจหยุดเต้น และสามารถทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และขั้นสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sanprasarn, 2009) สามารถช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกได้ตามแนวปฏิบัติการฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังผ่าตัดหัวใจ (Thongcharoen, 2016) รวมทั้งสามารถจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อทำการเปิดทรวงอก และเข้าช่วยแพทย์ในการเปิดทรวงอกและนวดหัวใจภายในทรวงอก

ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

6. สมรรถนะด้านการช่วยหัตถการทางการแพทย์ การพยาบาล และการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เป็นสมรรถนะที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจาก ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการใช้หัตถการในการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Sanprasarn, 2009) พยาบาลวิชาชีพที่ช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการทำหัตถการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากการช่วยแพทย์ทำหัตถการ และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการแล้วนั้น การบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยหนักให้พร้อมใช้อยู่เสมอเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้การใช้เครื่องมือในการทำหัตถการต่าง ๆ นั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดย Medical Engineering Division Department of Health Service Support (2014) ได้กล่าวว่า ระบบการบำรุงรักษาเครื่องมือที่ดี เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรักษา การพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นการดูแลบำรุงรักษาไม่ใช่เป็นแค่หน้าที่ของช่างประจำโรงพยาบาล และช่างภายนอกโรงพยาบาลเท่านั้น แต่เป็นสมรรถนะสำคัญอีกด้านหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตที่พึงมี ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพ และคุณภาพของการรักษาและการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สามารถนำกรอบสมรรถนะที่ได้นี้ไปสร้างแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้ต่อไป

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาที่ได้นี้ไปใช้เป็นแนวทางคัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่จะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้ และเป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

3. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก สามารถนำกรอบสมรรถนะที่ศึกษาได้นี้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของตนเอง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดการศึกษาครั้งนี้อีก 2 ขั้นตอนให้ครอบคลุมทั้ง 7 ขั้นตอนของ Marrelli et al. (2005)

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะจากกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

3. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Buddhachinaraj Hospital. (2015). *Drug administration*. Phitsanulok: Buddhachinaraj Hospital.
- Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. (2016). *Department level report for Intensive Care Unit in Cardiac and Thoracic Surgery*. Buddhachinaraj Hospital Phitsanulok: Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok.

- Central Chest Institute Of Thailand. (2012). *Standard of nursing for cardiothoracic and chest Central Chest Institute Of Thailand*. Retrieved April 15, 2017, from www.ccit.go.th/document_upload/km/55-1.pdf
- Duangnakhon, M. (2015). *Development of Competency Framework for Registered Nurses, Surgical Intensive Care Unit, Chang Rai Prachanukroh Hospital*. (Master of Nursing Independent Study in Nursing Administration) Graduate School, Chiang Mai University.
- Fey, M. K., & Miltner, R. S. (2000). A competency-based orientation program for new graduate nurses. *Journal of Nursing Administration*, 30(3), 126-132. doi:10.1097/00005110-200003000-00004
- Kusoom, W., & Krethong, P. (Ed.). (2008). *Critical care nursing: A holistic approach* (pp. 189-238). Bangkok: Saha-pracha-panich.
- Leewattana, T. (2004). *Basic conditioning factors, self-care agency, and quality of life of patients following open heart surgery* (Master Thesis, Prince of Songkla University).
- Marrelli, A. F., Tondora, J., & Hoge, M. A. (2005). Strategies for developing competency models. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 32(5-6), 533-561.
- Medical Engineering Division Department of Health Service Support. (2014). *Integrated medical device management in hospitals*. Nakhon Ratchasima: Medical Engineering Center 4.
- Nursing Division Ministry of Pubic Health. (2005). *Guidelines for use of professional nursing competency assessment*. Nonthaburi: Nursing Institute Department of Medicine Ministry of Public Health.
- Permpech, R. (2016). The role of perioperative nurse: Health education for pre and postoperative visiting. *Ramathibodi Nursing Journal*, 22(1), 9-19.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Sanprasarn, P. (2009). Concepts and principles of competency utilization of nurses. In Penchun Sanprasarn, Duangkamol Wattradul, Bulpawan Srilum (Eds.), *Nursing for safety: Competency CVT nurse* (3rd ed., pp. 87-108). Bangkok: Sukhumvit Printing.
- Sonpilom, S. (2016). *Nursing care for critically ill patients after cardiovascular surgery*. 32th Annual Conference 2016.
- Society of Thoracic Surgeons of Thailand. (2015). *Statistic Heart Surgery of Thailand*. Retrieved April 15, 2017, from http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212.
- Srikaew, U. (2000). *Cardiovascular nursing: Continuous caring*. Songkhla: Lim-brothers printing.
- Srisathitnarakun, B. (2007). *Leadership and management strategies for nursing organizations in the 21st century*. Bangkok: Chulalongkorn University.

- Thipprecha, D. (2005). *Potential for human resources management in nursing*. Bangkok: P.A. Living.
- Thongcharoen, P. (2016). *Guideline of resuscitation in postoperative cardiac surgery*. Retrieved June 17, 2017, from http://thaists.org/pdf/Heart_surgery%20_2016.pdf
- Trirattanathumrong, J. (2009). *Development of competency framework of professional nurses in the sub coronary care unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital* (Master of Nursing Independent Study in Nursing Administration) Graduate School, Chiang Mai University.
- World Health Organization. (2017). *Non communicable diseases*. Retrieved May 23, 2018, from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Psychological Contract of Nurses in the University Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China พันธะด้านจิตใจของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัดยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน

คุยลาน	ฮู *	Qiulan	Hu *
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์ **	Apiradee	Nantsupawat **
เพชรสุณีย์	ทังเจริญกุล ***	Petsunee	Thungjaroenkul ***

บทคัดย่อ

พันธะด้านจิตใจของพยาบาลมีความสำคัญต่อการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถูกจ้างและผู้จ้างที่จะทำให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร วัตถุประสงค์ของการวิจัยการเปรียบเทียบเชิงแบบการบรรยาย เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพันธะด้านจิตใจของพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวและพยาบาลประจำกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 402 ราย จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่งในจังหวัดยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการจัดการพันธะด้านจิตใจ (the Psychological Contract Inventory: PCI) ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคของอัลฟาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติ t-test

ผลการศึกษาพบว่า

1. จากรูปแบบของพันธะด้านจิตใจพบว่าพันธะสัญญาเชิงความสัมพันธ์และพันธะสัญญาเชิงสมมูลของลูกจ้างมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพันธะสัญญาเชิงความสัมพันธ์และพันธะสัญญาเชิงสมมูลของนายจ้างแต่ว่าพันธะสัญญาเชิงผลประโยชน์ของลูกจ้างมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าพันธะสัญญาเชิงผลประโยชน์ของนายจ้างและพบว่ารูปแบบพันธะสัญญาเชิงการเปลี่ยนแปลงมีคะแนนต่ำที่สุดในทุกรูปแบบ สำหรับสถานภาพพันธะด้านจิตใจ การบรรลุเป้าหมายพันธะด้านจิตใจของลูกจ้างมีคะแนนสูงกว่านายจ้าง
2. มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวและพยาบาลประจำในรูปแบบพันธะสัญญาเชิงความสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวและพยาบาลประจำของรูปแบบอื่น ๆ
3. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวและพยาบาลประจำในการบรรลุเป้าหมายพันธะด้านจิตใจของนายจ้าง อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันระหว่างพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวและพยาบาลประจำในการบรรลุเป้าหมายพันธะด้านจิตใจของลูกจ้าง

* พยาบาล โรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิงที่หนึ่งสาธารณรัฐประชาชนจีน
* Staff nurse, the First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, the People's Republic of China, 283711640@qq.com
** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 1 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 20 พฤษภาคม 2562 วันตอบรับบทความ 2 สิงหาคม 2562

ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจะให้โอกาสในการเรียนรู้และโอกาสในการมีส่วนร่วมในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจะให้ความสนใจทั้งความมั่นคงของค่าจ้าง และความเป็นอยู่ดีของพยาบาล

คำสำคัญ: พันธะด้านจิตใจ , พยาบาล, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัดยูนนาน, สาธารณรัฐประชาชนจีน

Abstract

Psychological contract of nurses are important constructs for keeping a long-term relationship between employee and employer to achieve organizational goals. The purposes of this descriptive comparative research were to examine psychological contract of temporary nurses and permanent nurses and compare the psychological contract between them. Samples were selected by using multistage random sampling, including 402 nurses from three university hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China. Research instruments included Demographic Data Form and the Psychological Contract Inventory (PCI). The Cronbach's alpha coefficient was acceptable. Descriptive statistics and independent t-test were used for data analysis.

The results revealed that:

1. For the forms of psychological contract, employee relational contract and employee balanced contract had a higher mean score than employer relational contract and employer balanced contract. But employee transactional contract had a lower mean score than employer transactional contract. Transitional contract had a very low score among all forms of psychological contract. Regarding the status of psychological contract, employee psychological contract fulfillment was higher than employer psychological contract fulfillment.
2. There was a significant difference between temporary nurses and permanent nurses in relational contract of employer obligations. However, there was no significant differences between temporary nurses and permanent nurses in forms of employee obligations.
3. There was a significant difference between temporary nurses and permanent nurses in employer psychological contract fulfillment. However, no significant difference was found between temporary nurses and permanent nurses in employee psychological contract fulfillment.

Results suggested that nursing administrators should provide nurses more learning opportunities and chances to be involved in the hospital. In addition, nurse administrators should not only be concerned about nurses earning stable wages, but also good environment for further develop.

Keywords: *Psychological Contract, Nurse, University Hospital, China, Yunnan Province*

Background and Significance

Nowadays, nursing shortage is an unsolved global problem (Shortell & Casalino, 2008). The ratio of nurses to physicians in China was 1.0:1 less than the average ratio (2.8:1) reported by the WHO (2014). Besides the shortage of workforce, healthcare organizations in China also face the challenges of insufficient resources, and poor quality of service. China has unveiled a new healthcare reform plan, which aim to improve the quality of care and encourage the delivery of more cost-effective care (GOSCC, 2015). Healthcare organizations were forced to operate with fewer nurses but still provide the necessary high quality of services (Liou, 2008). Under these challenging circumstances, it is necessary for nurses to have a belief that the obligations they have made to their hospital, will be in exchanged for obligations that their hospital will offer to them. This belief of reciprocal obligation called psychological contract.

Psychological contract (PC) is defined as individual beliefs, shaped by the organization, regarding the terms of an exchange agreement between the individual and their organization (Rousseau, 1995). PC consists of two elements: forms (i.e. balanced, transactional, relational, transitional), and status (i.e. PC fulfillment) (Rousseau, 2000). Regarding PC forms, a balanced contract refers to dynamic and open-ended employment arrangements conditioned on employment opportunities to develop career advantages. A transactional contract refers to employment arrangements with short-term employment, primarily focused on economic exchange with specific, narrow duties and

limited worker involvement in the organization. A relational contract refers to long-term or open-ended employment arrangements based upon mutual trust and loyalty. A transitional contract refers to “a cognitive stated reflecting the consequences of organizational change and transitions that are at odds with a previously established employment arrangement” (Rousseau, 2000). Regarding PC status, it refers to PC fulfillment which occurs when an employee perceived that both the organization and themselves fulfill obligations in composing their PC (Hamilton & von Treuer, 2012). Study both PC forms and status was a way to comprehensively understand PC, so that lead nurse administrators to develop positive PC form and increase PC fulfillment.

Good management of PC develops positive PC forms (i.e. balanced and relational contract), and increases PC fulfillment. Thereby, bringing about positive outcomes, such as reducing turnover (Purvis & Cropley, 2003), and increasing the following work-related factors: satisfaction (Rodwell & Ellershaw, 2016), organizational commitment (McCabe & Sambrook, 2013), job performance, organizational citizen behavior (OCB) (Conway & Briner, 2005), engagement (Bal, Kooij & De Jong, 2013), as well as career development (Hamilton & von Treuer, 2012). Consequently, this benefits the hospital, patients, and nurses.

In China, general government health expenditure accounts for 10.43% of the total government expenditure, which is less than the average percentage of 11.69% of 112 among 192 countries (WHO, 2012). To reduce the bud-

get of healthcare organization, the main transition to nursing employment is decreasing permanent work contracts and the increasing temporary work contracts (Shang et al., 2014). Temporary nurses were significantly younger, less likely to be married and had children, had fewer years of working experience, and worked for their current hospital for a shorter period of time (Shang et al., 2014). Although, both types of nurses have the same responsibilities, normally temporary nurses with a lower salary and have fewer chances to get improvements. The transition of employment can decrease costs in hospitals (Zhang, Zhang & Zhao, et al., 2011), meanwhile, it may influence the PC of Chinese nurse. One study in Hangzhou City, China indicates that 52.45% of nurses have perceived their hospital fail to fulfill what they promised (Pan & Ge, 2015).

Yunnan Province has a more serious shortage compared to other provinces in China. There are only 1.97 nurses for per 1000 population number, which is less than the national level of 2.05 (GOSCC, 2015). For most university hospitals, they take responsibility for clinical teaching and teaching practice, to support the primary hospitals, emergency rescue, medical scientific research tasks. Thus, university hospitals facing more challenges than other hospitals. Most studies on PC only focus on either PC form or PC status but rarely does a study look at both PC forms and status. Also, there have been limited studies conducted comparing the PC of both temporary and permanent nurses in China. A study on the PC of nurses in university hospitals may help nursing administrators have

a better understanding of how nurses perceived their PC and what obligations or promises between hospital and nurses should be fulfilled, so that nurses want to remain and motivate nurses to work harder for the hospital.

Objectives

This study aims to examine the psychological contract of nurses, then to compare psychological contract between temporary nurses and permanent nurses in university hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

This study was based on the Cognitive Perceptual Model of Psychological Contract developed by Rousseau (2000). The PC includes PC forms and PC status. There are four dimensions to PC form: transactional, relational, balanced and transitional contract. PC status refers to PC fulfillment. The comparison of the PC forms and status between temporary nurse and permanent nurse was conducted in this study.

Hypothesis

Temporary nurses had a higher mean scores in transactional contract and transitional contract than permanent nurses. Permanent nurses had higher mean scores in relational contract, balanced contract and PC fulfillment than temporary nurses.

Methodology

This study was a descriptive comparative study which examined the PC of between

permanent nurses and temporary nurses in university hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China.

Population and sampling

The samples included registered nurses currently practicing in university hospitals in Yunnan Province with at least one year of nursing experience. The sample size of 378 was calculated based on the Yamane (1967) formula. Taking into consideration the possible loss of nurses, 10% of the sample was added (Burns & Grove, 2005). Therefore, the total sample size was 445 nurses who were selected using multistage random sampling. 1) simple random sampling was used to determine three hospitals from total five university hospitals, 2) stratified random sampling was used to determine permanent nurses and temporary nurses from each hospital and each department, and 3) simple random sampling was used to select permanent nurses and temporary nurses from the list of nurses in each department of university hospital.

Data collection

Data collection was carried out over two months from February to April 2018. The assigned coordinator distributed the data collection package that contained an information sheet, consent form and the questionnaire, with an envelope to the sampled nurses in each hospital. The participants sealed the questionnaires in the given envelope and returned them to the box allocated in each hospital within two weeks. A total of 415 nurses returned the questionnaires with a return rate of 93.05%. After screening, 13 incomplete questionnaires were excluded so there were 402 valid questionnaires

with a valid return rate of 90.34%.

Research Instruments

The research instrument was a questionnaire consisting of two parts: 1) Demographic data form, which was developed by the researcher and comprised age, gender, marital status, education level, employment status, years of work experience, work department, the purpose of employment, and salary, and 2) the PCI developed by Rousseau (2000), which consists of four subscales. Subscale I: organization obligations to the employee, it contains three dimensions (i.e. balanced, relational, transactional contract). Subscale II: employee obligation to the organization, it contains three dimensions (i.e. balanced, relational, transactional contract). Subscale III: PC transition. Subscale IV: PC fulfillment, it contains two dimensions (i.e. employee PC fulfillment and employer PC fulfillment). All 72 items used a 5-point Likert-type scale response format ranging from 1 (not at all) to 5 (to a great extent). The author received the PCI permission letter of Rousseau by email. Since the English is not the mother tongue of Chinese, PCI was translated from English to Chinese without modification by the researcher by using the Back-Translation method. The questionnaire was previously used with a reported acceptable validity value (Rousseau, 2000). So, the validity of the instrument was not tested in this study. The internal consistency was tested with ten nurses in one of the university hospitals. Cronbach's alpha coefficient of subscale I, II, III, and IV was .94, .92, .96 and .83, respectively.

Ethical Considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee, Faculty of Nursing, and Chiang Mai University, Thailand (2018-EXP017). The study was harm to the participants. The researcher met the director of the nursing department of each of the three university hospitals to explain the purpose and the benefits of the study then received permission to collect data. Voluntary participation was assured through a consent form, and participants were required to return the sealed questionnaires in the designated box. Anonymity and confidentiality of all the information was maintained by using numerical codes in the questionnaires instead of using the real names of the participants.

Data Analysis

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 13.0) was used for data analysis. Both descriptive and inferential statistics were used, alpha significance was set at a level of 0.05. Demographic data were analyzed by using frequency, percentage, the mean, and standard deviation. Scores of each dimension of PC of nurses were analyzed by using the mean and standard deviation. The Kolmogorov Smirnov test was used for normality distribution. PC forms were in normal distribution, the independent t-test was used to compare the differences between temporary nurses and permanent nurses in PC forms. The PC status were in non-normal distribution, the Mann Whitney U-test was used to compare difference between temporary nurses and permanent nurses in PC status.

Results

1. Demographic characteristics of the samples

Among the 402 samples, the average age was 31.75 years old ($SD = 6.91$), the majority of them (95.00%) were female and hold a bachelor degree (86.30%). Most of the samples (62.4%) were married, and with temporary employment contract (63.2%). The average length of experience was 9.97 years ($SD = 8.21$) with more than half of them (61.44%) having worked less than ten years. Most of the nurses have been working in the medical and surgical department (37.10% and 33.83%). The main purpose of employment was to cover living needs (71.6%). The main range of monthly income was 4001-6000 yuan/ month (40.8%). Compared with permanent nurses, the temporary nurses are younger with fewer years of work experience and earn less salary, and are most like to be not married. But two types of nurses with very similar demographic characteristics in other aspects (Table 1).

Table 1 Frequency, and Percentage of Demographic Characteristics of the Samples (n=402)

Characteristics	Permanent nurses (n = 148)		Temporary nurses (n = 254)		Total (n = 402)	
	n	%	n	%	n	%
Age (years old) ($\bar{X}$ = 31.75, SD = 6.91, Range = 22-55)						
22-30	23	15.54	188	74.02	211	52.49
31-40	75	50.68	64	25.20	139	34.58
41-50	47	31.76	2	.78	49	12.18
51-55	3	2.02	0	.00	3	.75
Gender						
Female	142	95.95	240	94.49	382	95.02
Male	6	4.05	14	5.51	20	4.98
Marital status						
Single	18	12.16	124	48.82	142	35.32
Married	123	83.11	128	50.39	251	62.44
Divorced	7	4.73	2	.79	9	2.24
Education						
Diploma	1	.68	1	.39	2	.50
Associate degree	20	13.51	32	12.60	52	12.93
Bachelor degree	127	85.81	220	86.62	347	86.32
Master degree	0	.00	1	.39	1	.25
Years of experience ($\bar{X}$ = 9.97, SD = 8.21, Range = 2-35)						
2-10 years	34	22.97	213	83.86	247	61.44
11-20 years	60	40.54	39	15.35	99	24.62
21-30 years	48	32.43	2	.79	50	13.93
>30 years	6	4.06	0	.00	6	.01
Department						
Medical	51	34.46	98	38.58	149	37.06
Surgical	52	35.14	84	33.08	136	33.83
Pediatric	8	5.41	16	6.30	24	5.97
OB & GYN	3	2.03	4	1.57	7	1.75
OR	7	4.73	9	3.54	16	3.98
ER	4	2.70	12	4.72	16	3.98

Characteristics	Permanent nurses (n = 148)		Temporary nurses (n = 254)		Total (n = 402)	
	n	%	n	%	n	%
ICU	10	6.75	13	5.12	23	5.72
OPD	3	2.03	5	1.97	8	1.99
Others	10	6.75	13	5.12	23	5.72
Purpose of employment*						
Passion for nursing	52	35.13	86	33.86	138	34.33
Satisfy desire of parents	9	6.08	20	7.87	29	7.21
Living needs	105	70.95	187	73.62	288	71.64
Others	8	5.41	3	1.18	7	1.74
Monthly income (yuan)						
≤2,000	0	.00	6	2.36	6	1.49
2,001-4,000	6	4.05	56	22.05	62	15.42
4,001-6,000	55	37.16	109	42.91	164	40.79
6,001-8,000	63	42.57	67	26.38	130	32.35
> 8,001	24	16.22	16	6.30	40	9.95

Note: *Samples can answer more than one choice for the purpose of employment.

2. PC of nurses in the university hospitals
For the PC forms, employee relational contract ($\bar{X}$ = 3.59, SD = .91) and balanced contract ($\bar{X}$ = 3.36, SD = .76) had a higher mean score than employer relational contract ($\bar{X}$ = 2.83, SD = .93) and balanced contract ($\bar{X}$ = 2.96, SD = .86). But employee transactional contract

($\bar{X}$ = 2.41, SD = .95) had a lower mean score than employer transactional contract ($\bar{X}$ = 2.86, SD = .72). Transitional contract had a very low score ($\bar{X}$ = 2.58, SD = .94). For the PC status, employee PC fulfillment ($\bar{X}$ = 3.71, SD = .80) higher than employer PC fulfillment ($\bar{X}$ = 3.35, SD = .81) (Table 1).

Table 1 Mean, Standard Deviation of PC of the samples (n = 402)

Psychological contract	Employer		Employee	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
PC forms				
Relational contract	2.83	.93	3.59	.91
Balanced contract	2.98	.86	3.36	.76
Transactional contract	2.86	.72	2.41	.95

Psychological contract	Employer		Employee	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
Transitional contract	2.58	.94	2.58	.94
PC status				
PC Fulfilment	3.35	.81	3.71	.80

Note: The Transitional contract is a cognitive state that reflects the consequences of organization change and transitions, it can't be categorized clearly as employee and employer obligation.

3. Comparison of PC between temporary nurses and permanent nurses

There was a significant difference between temporary nurses and permanent nurses in employer relational contract ($t = -2.41, p = .02$)

and employer PC fulfillment ($z = -2.56, p = .01$).

However, there were no significant differences between temporary nurses and permanent nurses in other dimensions (Table 2).

Table 2 Comparison of Psychological Contract Between Temporary Nurses and Permanent Nurses

PC (range = 1-5)	Temporary nurses (n = 254)		Permanent nurses (n = 148)		t/u	p
	M/Mdn	SD/QD	M/Mdn	SD/QD		
Employer obligation						
Balanced*	2.94	.86	3.05	.87	-1.19	.24
Transactional *	2.90	.73	2.78	.70	1.65	.10
Relational *	2.74	.94	3.00	.89	-2.41	.02
Employee obligation						
Balanced*	3.34	.75	3.40	.79	-.75	.45
Transactional *	2.40	.94	2.45	.98	-.60	.55
Relational *	3.55	.90	3.66	.91	-1.17	.24
Transitional contract*	2.63	.92	2.51	.97	1.27	.21
Employee PC fulfillment**	4.00	.50	4.00	.50	-1.27	.21
Employer PC fulfillment**	3.00	.50	3.50	.50	-2.56	.01

Note: *independent t-test, **Mann Whitney U-text

Discussion

1. Comparison of Mean Score of PC Forms and PC Status Between Employee and Employer
Regarding PC forms, the results showed

that a higher employee mean score than employer mean score in the positive contract (i.e. balanced contract and relational contract), but a lower mean score than employer mean score

in the negative contract (i.e. transactional contract). Transitional contract had a very low score among PC forms. This finding was consistent with previous studies, like studies by Rousseau (2000) in the US and Singapore, by Scheepers and Shuping (2011) in South Africa, as well as by Corcoran (2012) in Ireland.

The higher score of employee balanced contract than employer balanced contract may due to the nurses had high expectations and high contributions to the hospital but had limited opportunities provided by the hospital. The samples of this study are young with more than half of them (52.49%) less than 30 years old. Bal (2017) indicated that young nurses may have a high expectation of learning or training opportunities to develop their career. With the improvement of high-quality health care desire of patients, nurses were pushed to improve themselves to meet the improved needs of patients, the demands of the hospital and. But, the hospital provides nurses with limited continuous learning chance and limited promote opportunities (Zhang, et al., 2011), only 2.6% of nurses were promoted to a high professional title in 2015 (MOHC, 2016).

Employee relational contract mean score higher than employer relational contract may because of nurses being very supportive, and loyal to the hospital but are rewarded with low stable wages and low well-being. Chinese culture has broadly been influenced by Confucianism, loyalty is regarded as a virtue. Thus, nurses believe loyalty to their hospital is one of their virtues. Most of the permanent nurses and temporary nurses (86.0%, 86.3%) ranked

moderate to high scores (3 = somewhat, 4 = moderately, 5 = to a great extent) on the items “Commit myself personally to this hospital”, “Remain with this hospital indefinitely”. However, the wage distribution favors to the physician, while nurses have a much less salary compared with the physician (MOHC, 2010). Also, the hospital focuses on the patients’ needs, and sometimes may ignore nurses’ needs. The decisions the hospital made was determined by the need of the hospital, rather than the interests of the nurses. In this study around half of permanent nurses and temporary nurses (53.3%, 49.8%) ranked low scores (1 = not at all, 2 = slightly) on the following items “Make decisions with my interests in mind”, “Concern for my long-term well-being”.

Employer transactional contract was higher than employee transactional contract may be because nurses did more than what they were paid to do but nurses were only allowed limited involvement in their hospital. The number of the patients who visited healthcare services increased by 1.85 billion from 2010 to 2015 (MOHC, 2016), but the number of nurses increased slowly. Over-work commonly happens to nurses in Chinese hospital. Duan (2016) reported that most of the nurses (67.70%) worked 40-50 hours per week which was more than the national standard of 40 hours per week. The salary does not increase as fast as the workload increases so nurses were not satisfied with their income and they complained that their salary didn’t match what they did (Zhang, et al. 2011). The item “Do only what I am paid to do” had a very low mean score ($\bar{X}$ = 2.34, SD = 1.19).

Furthermore, nurses had less chance of involvement in hospital decision. Almost all the leaders of the hospital are physicians, who want nurses to do nursing duties rather than to make hospital development decisions. The majority of nurses (81.3%) responded “somewhat” to “to a great extent” on hospital obligation item of “A job limited to specific, well-defined responsibilities”.

The mean score of transitional contract ($\bar{X}$ = 2.58, SD = .91) of nurses in this research was very low among forms of PC. It indicated that there were no obvious changes and transitions with the nurses of the hospital. Meanwhile, if the changes and transitions happen, nurses trust their hospital would share information with them. The possible explanation for this finding may due to the small possibility of a bad transition, and the greater possibility of sharing information. The university hospitals in this study are the top hospital in Yunnan province. Only those employees with good qualifications can be recruited into university hospitals because of this there is a small possibility of a negative transition. What's more with the stable development of technique and information in the healthcare profession, the changes to the healthcare organizations have a positive trend. Therefore, the leaders of the hospital would like to share the information with the employees. The results showed that only a small number of nurses (9.4%, 9.5%) ranked high scores (4 = moderately, 5 = to a great extent) on the items “Introduces changes without involving employees” and “Doesn't share important information with its workers”.

Regarding PC status, the results showed that employee PC fulfillment ($\bar{X}$ = 3.71, MD = .80) was higher than employer PC fulfillment ($\bar{X}$ = 3.35, MD = .81). It means nurses perceived that generally and overall, they fulfill their obligations to the hospital more so than the hospital fulfilled obligations to them. This finding was consistent with previous studies (Rousseau, 2000; Hamilton & von Treuer, 2012; Corcoran, 2012). The possible reason for this finding may be explained by several reasons.

Firstly, the nature of nursing may lead to high employee PC fulfillment. Nursing regards saving lives as its principal mission. It is difficult for nurses to go against obligations or refuse taking care of patients. Secondly, a high level of education may lead to high employee PC fulfillment. In 2015, 16.9% of nurses hold a bachelor's degree or above was reported (MOHC, 2016). But in this study, totally 86.57% of the nurses hold a bachelor's degree or above. The higher the educational level, the more knowledge nurses master, the more obligations they may fulfill leading to higher employee PC fulfillment they may perceive (Guo, 2012). Thirdly, nurses self-evaluation may bring bias to this result. People may respond in a manner that is congruent with the self-image they want to publically convey (Hamilton & von Treuer, 2012). For example, nurses may regard employee fulfillment as positive.

2. Comparison of PC Forms and Status Between Temporary Nurses and Permanent Nurses

The permanent nurse had a significantly higher mean score than temporary nurse in

employer relational contract ($P=0.02$). It indicated that permanent nurses perceived that the hospital provides long-term and stable employment more so than temporary nurses. This result was consistent with the study of Chambel, Castanheira and Sobral (2016) which indicated permanent employees are more likely to have a strong relational PC. This finding can be explained by the different contracts they sign. Temporary nurses sign a 3 to 5-year contract with the hospital, but permanent nurses sign a life long-term contract with the government, thus it is easy for permanent nurses to perceive long-term employment. Moreover, permanent nurse positions are usually reserved for those with better qualifications, therefore permanent nurses usually have higher performance and higher income than temporary nurses, consequently this may bring the perception of stability to permanent nurses. Another explanation may be that age may influence the perception of obligation. The mean age of permanent nurses is 39 years old, the mean age of temporary nurses is 31 years old. Vantilborgh and colleagues (2013) found that older workers more easily find stability, and they may fulfill their emotional goals through work-life balance, and a social atmosphere.

Permanent nurses with a significantly higher median than temporary nurses in employer PC fulfillment ($P=0.01$). It illustrated that generally overall the feeling of PC, more permanent nurses than temporary nurses perceived their hospital has fulfilled their promise to them. This finding may be explained by permanent nurses have more experiences and a higher income

than temporary nurses. Permanent nurses usually have longer years of working experience in China, thus they may have higher performance, and receive more attention than temporary nurses. Meanwhile, the permanent nurse may have a higher income due to their long years of work experience. In this study, the average years of work experience of permanent nurses was 17.39 ($SD=8.25$), and most of them had an income of around 6,001-8,000 yuan per month. However, the average years of working experience of temporary nurses was only 5.64 years ($SD=4.03$), and the most of the temporary nurses only had an income of around 4,001-6,000 yuan per month. The previous studies indicated that salary and work experience were positively related to employer PC fulfillment (Guo, 2012).

There were no significant differences found in other dimensions which may be due to several reasons. Firstly, there are similar characteristics between permanent nurses and temporary nurses. In this study, the two types of nurses had a similar educational background, 85.82% of permanent nurses held a bachelor's degree, and 86.61% of temporary nurses held a bachelor's degree. Thus, they may have the similar ability to deal with routine nursing duties. Therefore, there were no clear boundaries between permanent nurses and temporary nurses in terms of job responsibilities (Shang et al., 2014). In addition, the two types of nurses have similar purpose of employment, the most of permanent nurses (70.95%) and temporary nurses (73.62%) mentioned that the main purpose of employment was living needs, thus

they may wish to have a long-term employment relationship with their hospital.

Secondly, the new policy has been published to narrow the differences between temporary nurses and permanent nurses, such as “same position, same salary, work more, benefit more”. The policy of “performance evaluation based on fair, justice and open principle” requires both temporary nurses and permanent nurses with equal chance to participate in a training program, to make improvements and to be promoted (NHFPC, 2012). In China there will be more and more temporary nurses in the future, and the limited permanent position would belong to very excellent nurses. To take the most advantage of healthcare organization function, and to motivate healthcare workers, the Personnel Department of China (2017) would change the personnel mechanism so that the fixed permanent work contract may be abolished in a few years. Only the workers who perform well deserve better treatment. The Ministry of Human Resources and Social Security of the People's Republic of China declared that the hospital may be transformed into an enterprise (Ou, 2012). Thus, there would be fierce competition inside and outside of the hospital, every nurse has to take every advantage to develop their career, and put in effort for the hospital development.

Thirdly, both permanent nurses and temporary nurses face same circumstances. Because of the nursing shortage, Chinese hospitals try to keep a long-term employment relationship with both permanent nurses and temporary nurses. The government increased the salary of

healthcare providers, including both temporary employee and permanent employee (PDC, 2017). This may encourage both types of nurses to be loyal to the hospital and keep a long-term employment relationship with the hospital. Temporary nurse and permanent nurse have the same channel of information about the hospital change and transitions. Thus, the nurses may have similar cognition when the hospital change or transitions. Meanwhile, both temporary nurses and permanent nurses still have been allowed a limited involvement in hospital, since nurses were regarded as followers of physicians, so no need to be involved in the decision making process. Nurse administrators should concern PC of nurses and develop positive PC form and increase PC fulfillment.

Conclusions

The results provide basic information for nurse administrators that since the new policy related to employment status was published, the differences between permanent nurses and temporary nurses have narrowed dramatically. It worth noting that nurses perceived they were over obligation, however, the hospital was under obligation. It is suggested that nursing administrators provide more learning opportunities and chances to be involved in the hospital. In addition, nurse administrators should not only be concerned about nurses earning stable wages, but also good environment for further develop. Further study on factors related to PC is suggested to provide evidence to increase balanced contract, relational contract, and PC fulfillment.

Recommendations

This study should be replicated in other types of hospitals or in other regions of China

and factors related to PC are suggested to provide evidence to increase balanced contract, relational contract, and PC fulfillment.

References

- Bal, P. M. (2017). Age and the psychological contract. *Encyclopedia of geropsychology*, 57-65.
- Bal, P. M., Kooij, D. T. A. M., & De Jong, S. B. (2013). How Do Developmental and Accommodative HRM Enhance Employee Engagement and Commitment? The Role of Psychological Contract and SOC Strategies: HRM, SOC, and Psychological Contract. *Journal of Management Studies*, 50(4), 545-572.
- Burns, N., Grove, S. K., & Gray, J. (2007). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. St. Louis, MO: Saunders.
- Chambel, M. J., Castanheira, F., & Sobral, F. (2016). Temporary agency versus permanent workers: A multigroup analysis of human resource management, work engagement and organizational commitment. *Economic and Industrial Democracy*, 37(4), 665-689.
- Conway, N., & Briner, R. B. (2005). *Understanding psychological contracts at work: a critical evaluation of theory and research*. Oxford; New York: Oxford University Press Inc.
- Corcoran, A. (2012.). *Psychological Contract in the Voluntary Sector in Ireland*, (Dissertation) National College of Ireland.
- Duan, J. M. (2016). *Job satisfaction, leader empowering behaviors and work engagement among nurses in the tertiary hospital, Kunming, the People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- General Office of the State Council of China (GOSCC). (2015). *The National Planning Guideline for the Healthcare Service System (2015–2020)*. General Office of the State Council of China.
- Guo, X. (2012). *Influence of psychological contract breach and contract nurse turnover intention in the 3A-level general hospital* (master's degree) [in Chinese]. Ji Lin University.
- Hamilton, S. M., & von Treuer, K. (2012). An examination of psychological contracts, careerism and ITL. *Career Development International*, 17(5), 475–494.
- Liou, S. R. (2008). An analysis of the concept of organizational commitment. *Nursing Forum*, 43(3), 116-125.
- McCabe, T. J., & Sambrook, S. (2013). Psychological contracts and commitment amongst nurses and nurse managers: A discourse analysis. *International journal of nursing studies*, 50(7), 954-967.
- Ministry of Health of China (MOHC) (2010). *Chinese health statistical digest 2010* [in Chinese]. Retrieved June 16, 2018, from <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/digest2010/index.html>

- Ministry of Health of China (MOHC) (2016). *Chinese health statistics yearbook* [in Chinese].
- National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China (NHFPC) (2012), *The guidance of hospital nurse management implementation from the ministry of health*. Retrieved from <http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/wsbyjsj/201205/54600.shtml>
- Ou H. W. (2012.10.30): *The situation and strategy for national public service financial security mechanism*. Retrieved May 13, 2018, from http://zhs.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/gongzuodongtai/201210/t20121030_690689.html
- Pan, Y., & Ge, X. (2015). Impact of psychological contract breach on exit, voice, loyalty, and neglect in nurses [in Chinese]. *Journal of Nursing Science*, 30(22), 78–80.
- Personnel Department of China (PDC) (2017). “Thirteenth Five” the national talent of health and family planning development planning. Retrieved May 12, 2018, from <http://www.nhfpc.gov.cn/renshi/s3573/201701/0f72e6ee8af444d5b42a431e9fe03ecb.shtml?from=timeline&isappinstalled=0>
- Rodwell, J., & Ellershaw, J. (2016). Fulfill Promises and Avoid Breaches to Retain Satisfied, Committed Nurses: Retain Satisfied, Committed Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 406-413.
- Rousseau, D. M. (1995). *Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreements*. SAGE Publications.
- Rousseau, D. M. (2000). *Psychological contract inventory technical report*. Pittsburgh, USA: Carnegie Mellon University. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Denise_Rousseau/publication/228910231_Psychological_Contract_Inventory_Technical_Report/links/5424ba980cf26120b7ac43c6.pdf.
- Purvis, L. J., & Cropley, M. (2003). The psychological an resource practices on psychological contracts at an iron ore mining company in South Afrcontracts of National Health Service nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(2), 107–120.
- Scheepers, C. B., & Shuping, J. G. (2011). The effect of humica. *SA Journal of Human Resource Management*, 9(1), 1-19.
- Shang, J., You, L., Ma, C., Altares, D., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2014). Nurse employment contracts in Chinese hospitals: impact of inequitable benefit structures on nurse and patient satisfaction. *Human resources for health*, 12(1), 1.
- Shortell, S. M., & Casalino, L. P. (2008). Health care reform requires accountable care systems. *Jama*, 300(1), 95–97.
- World Health Organization. (2012). *General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure (measured in US \$)*. Retrieved May 5, 2018, from http://apps.who.int/gho/data/node.imr.WHS7_113?lang=en

- World Health Organization. (2014). A universal truth: No health without a workforce. Geneva: WHO.
- Vantilborgh, T., Bidee, J., Pepermans, R., Willems, J., Huybrechts, G., & Jegers, M. (2013). From “getting” to “giving”: Exploring age-related differences in perceptions of and reactions to psychological contract balance. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(3), 293-305.
- Yamane, T., & Yamane, T. (1973). *Statistics; an introductory analysis* (No. 04; HA29, Y3 1973).
- Zhang, J. W., Zhang, J. H., Zhao, X. Q., & Chen, L. M. (2011). *A study of satisfaction about hospital management among nurses* [in Chinese]. Retrieved March 20, 2012, from <http://www.biyelunwen.cn/2011/19559.html>.

Burnout and Empathy of Nurses in Afiliated Hospitals of Kunming Medical University, the People's Republic of China

ความเหนื่อยหน่ายและความเห็นใจผู้อื่นของพยาบาลในโรงพยาบาล เครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน

ตุ๋น	เซว่เลย์ *	Du	Xuelel *
ฐิติณัฐ	อักคะเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **

บทคัดย่อ

ความเห็นใจผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วย จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความเหนื่อยหน่ายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเห็นใจผู้อื่น การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่าย ความเห็นใจผู้อื่น และความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและความเห็นใจผู้อื่นของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 368 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 4 โรงพยาบาล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความเห็นใจผู้อื่นของบุคลากรด้านสุขภาพของเจฟเฟอสัน (Jefferson Scale of Empathy-Health Profession: JSE-HP) ฉบับภาษาจีน 3) แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของแมสแลช-สำรวจผู้ให้บริการแก่สังคม (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey: MBI-HSS) ฉบับภาษาจีน โดยเครื่องมือ JSE-HP และ MBI-HSS ได้รับการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคของ JSE-HP เท่ากับ .97 และ แต่ละด้านของ MBI-HSS เท่ากับ .84, .77 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความเห็นใจผู้อื่นตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
2. คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล 3 ด้านได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การลดค่าความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง
3. การลดค่าความเป็นบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับความเห็นใจผู้อื่นความสำเร็จส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกในระดับปานกลางกับความเห็นใจผู้อื่น และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าทางอารมณ์กับความเห็นใจผู้อื่น

ผลของการวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล ในการกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาความเห็นใจผู้อื่นของพยาบาล โดยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จส่วนบุคคล และป้องกัน

* พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิงแห่งแรก สาธารณรัฐประชาชนจีน

* Staff nurse, The First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, the people's republic of China, nudang_zq@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 1 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 20 พฤษภาคม 2562 วันตอบรับบทความ 20 สิงหาคม 2562

การลดค่าความเป็นบุคคลของพยาบาล

คำสำคัญ: ความเหนื่อยหน่าย ความเห็นใจผู้อื่น พยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ

Abstract

Empathy is an essential element in providing good nursing care for patients. Based upon the previous research result, burnout is one of the factors that related to the empathy. The purposes of this descriptive correlational study were to examine burnout and empathy, as well as to identify the relationships between burnout and empathy of nurses. The sample consisted of 368 nurses who worked in four Affiliated Hospitals of Kunming Medical University. Research instruments included: 1) a demographic data form, 2) the Chinese version of the Jefferson Scale of Empathy-Health Profession (JSE-HP), and 3) the Chinese version of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). The JSE-HP and MBI-HSS were confirmed for validity by the developers. The Cronbach's alpha coefficients were confirmed by the researcher as .97 for the JSE-HP and as .84, .77, and .85 for the three subscales of MBI-HSS. Descriptive statistics and Spearman's correlation were used for data analysis.

The results revealed that:

1. The mean score of empathy as perceived by nurses was at a moderate level.
2. The mean scores in the three subscales of burnout including emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment were at moderate levels.
3. There was a moderate negative relationship between depersonalization and empathy, a moderate positive relationship between personal accomplishment and empathy, and no relationship between emotional exhaustion and empathy.

The results of this research could be used as basic data by hospital administrators and nursing administrators in forming strategies appropriate for development of empathy among nurses through support for personal success and prevention of depersonalization

Keywords: *Burnout, Empathy, Nurses, Tertiary Hospitals*

Background and significance

One of the most important indicators to measure the quality of hospital services is the quality of care. The social and economic efficiency of a hospital is affected by the quality of care, and also relates to the work of the hospital (Zhou, 2002). Nurses play an important role in

monitoring and evaluating patients, and in order to reduce risk or prevent disease complications, nurses need to make appropriate interventions. As a result, nurses play a vital role in improving the quality of a hospital, while providing holistic, patient-centered care (Draper, Felland, Liebhaber, & Melichar, 2008). Patient-centered care (PCC)

is being highlighted increasingly as an important conceptual model to improve quality of health care, as it improves patient satisfaction, leads to better health outcomes, and provides cost-effective care. Empathy is seen as an important cornerstone to effective PCC (Bauchat, Seropian, & Jeffries, 2016) Hojat et al. (2002) defined empathy as a predominantly cognitive (rather than emotional) attribute that involves an understanding (rather than feeling) of experiences, concerns and perspectives of the patient, combined with a capacity to communicate this understanding. Based on literature review, there were three factors of empathy: Perspective taking; Compassionate care; Standing in the patient's shoes.

Several studies of empathy in nursing presented many factors that are related to empathy; these include age, gender, marital status, number of years working, and educational qualifications (Yang, Wang, Pan, & Hong, 2013; Zhang & Liu, 2012; Zhong & Liu, 2012). Empathy was also found to be related to emotional exhaustion (Figley, 2002; Rothschild, 2006). Research found that, as scores of personal accomplishment increase, so do levels of empathy (Ferri, Guerra, Marcheselli, Cunico, & Di Lorenzo, 2015; Omdahl & Donnell, 1999). In addition, evidence in literature showed that the depersonalization of burnout had serious impacts on empathy (Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010) and staff turnover (Maslach, 2003; Madhu, 2013). Since emotional exhaustion, personal accomplishment and depersonalization are three dimensions of burnout, it is not surprising that burnout is

closely related to empathizer (Poghosyan et al., 2010).

Maslach, Jackson, & Leiter (1996) defined burnout as a psychological syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. Emotional exhaustion refers to feelings of being emotionally overextended and exhausted by one's work. Depersonalization is unfeeling and impersonal response toward recipients of one's service, care, treatment, or instruction. Reduced personal accomplishment means reduced productivity or capability, low morale, withdrawal, and an inability to cope.

Williams (1989) found that empathy was significantly positively correlated with both emotional exhaustion ($r = 0.23, p < .001$) and personal accomplishment ($r = 0.25, p < .001$). Astrom, Nilsson, Norberg, & Winbald (1990) conducted a study with 557 nurses in a geriatric care facility in Sweden. They found a negative correlation ($r = -0.19, p < .05$) between empathy and burnout. In Korea, Lee, Song, Cho, Lee, & Daly (2003) found that empathy was the most important predictor of depersonalization ($\beta = -0.24$). There was negative correlation between cognitive empathy and emotional exhaustion ($r = -0.25, p < .001$), a positive correlation between cognitive empathy and personal accomplishment ($r = 0.47, p < .001$) and a negative correlation between cognitive empathy and depersonalization ($r = -0.36, p < .001$). Recently, Ferri et al. (2015) studied the correlation between empathy and burnout among nursing students and nurses, in 17 medical and surgical hospital wards at a general hospital in Italy. The results

showed that personal accomplishment possessed a positive correlation with empathy among the nurses ($r = 0.266$, $p < 0.001$). These findings indicated that the relationship between burnout and empathy were inconsistent.

Aside from previous research of burnout and empathy in China, a study exploring the relationship between the two has not been conducted in the affiliated hospitals of KMU, or anywhere in Yunnan province. Moreover, the descriptive research findings of burnout and empathy from other countries and other areas may not be applicable in the context of China. Therefore, it is necessary to conduct a study examining burnout and empathy among nurses, as well as the relationship between each dimension of burnout and empathy among nurses, in affiliated hospitals of KMU, the People's Republic of China.

Objectives

The purposes of this study were to examine burnout and empathy, as well as to identify the relationships between burnout and empathy of nurses in Affiliated Hospitals of Kunming Medical University, the P. R. China.

Conceptual Framework

The concept of empathy is based on Hojat et al. (2002), who defined empathy as “a predominantly cognitive (rather than emotional) attribute that involves an understanding (rather than feeling) of experiences, concerns and perspectives of the patient, combined with a capacity to communicate this understanding” It is composed of three components: perspec-

tive taking (PT), compassionate care (CC), and “standing in the patient's shoes (SPS).” Based on literature review, high burnout was found related to low empathy. Burnout based on Maslach and Jackson's (1981, 1986, & 1996) was defined as “a psychological syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who work with other people in some capacity.” It includes three dimensions: emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP), and reduced personal accomplishment (PA). There is no relationship between EE and empathy, a moderately negative relationship between DP and empathy, and there was a moderately positive correlation between PA and empathy of Nurses in Affiliated Hospitals, Kunming Medical University, the P. R. China.

Methodology

The sample size for this descriptive correlational study was 365 nurses, calculated according to the formula of Yamane (1973) and add 20% of attrition rate. Total of 438 questionnaires were distributed to the subject worked in four Affiliated Hospitals of Kunming Medical University using stratified proportional sampling method. Only 368 of completed questionnaires were returned for analysis. The inclusion criteria of the subjects included: 1) nurses who work in seven clinical departments: Medical Department, Surgical Department, Obstetrics and Gynecology Department, Pediatric Department, Intensive Care Unit, Emergency Department, and Outpatient Department; 2) nurses having at least one year of working experience in her

/his hospital; 3) nurses providing direct nursing care to patients. The exclusion criteria of the subjects included: 1) nurses who are nurse administrators, 2) nurses on maternity leave, sick leave, or in continuing education.

Research Instruments

Research instruments included: 1) demographic data form developed by the researcher, 2) the Chinese version of the Jefferson Scale of Empathy-Health Profession (JSE-HP) was translated by An, Yang, Jian, Song, & Qiu (2008), original JSE-HP was developed by Hojat et al., (2002). It included three factors with 20 items, it was measured on a 7-point rating scale. Items from 11 to 20 were reverse scored (Strongly agree = 7, Strongly disagree = 1); Items from 1 to 10 were scored directly (Strongly agree = 1, Strongly disagree = 7). Three factors include: Perspective Taking (2 items), Compassionate Care (8 items), Standing in the Patient's Shoes (10 items). A total score is the sum of all items scores. The scale's scores can range from a minimum of 20 to a maximum of 140, higher scores indicated a greater degree of empathy, based on Best and Kahn (2003), it was classified into three levels: low(20.00-60.00), moderate(60.01-100.00), and high(100.01-140.00). 3) The Chinese version of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) developed by Maslach et al. in 1996. It consisted of three subscales: Emotional exhaustion (EE) (9 items), Depersonalization (DP) (5 items), and Personal accomplishment (PA) (8 items). A total of 22 items with 7-point rating scale to measure the frequency of feelings and anchored from 0 (never) to 6 (every day). The scores for

each subscale are evaluated separately instead of adding them up. The mean score of burnout in each subscale was categorized into three levels: EE: low(≤ 16), moderate(17-26), and high(≥ 27); DP: low(≤ 6), moderate(7-12), and high(≥ 13); PA: low(≥ 39), moderate(32-38), and high(≤ 31). The internal consistency and reliability of the instruments were pretested with 30 nurses within one of the affiliated hospitals used in the study with the same criteria as the subjects at the study settings. The Cronbach's alpha coefficient of JSE-HP was .97, the Cronbach's alpha coefficient of MBI-HSS was .84 for EE, .77 for DP, and .85 for PA.

Ethical consideration

The study was approved by the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Permission to collect data was obtained from the directors of each tertiary hospital. All subjects were informed about the objectives and methods of this study and notified about the right to refuse or withdraw this study at any time without being penalized or losing any benefits. The package of questionnaires included an information sheet, a research consent form, the questionnaires and two envelopes were distributed to the subjects. Confidentiality and anonymity of each subject was guaranteed.

Data Analysis

The level of burnout and empathy were used descriptive statistics by the frequency, percentage, mean and standard deviation. Data on empathy and burnout were tested for normality distribution, and results showed non-normal distribution. Thus, Spearman's Rank order

coefficient was analyzed to examine the relationship between each dimension of burnout and empathy.

Results

1. Almost all of the subjects (94.29%) were female, and average age of the subjects was 32.31 years old (SD=7.22) with a range of 21-57 years. Nearly half of the subjects (54.89%) were aged between 21-30 years old and approximately 68.75% were married. Most of the subjects holding a bachelor degree (83.96%). Years of experience of the subjects ranged from 1-36

the average year of experience of the subject was 10.40 years (SD=8.29) and 66.58% worked less than 10 years. The largest group of the subjects (66.30%) worked on rotating shifts. About 38.04% of the subjects worked in surgical department.

2. As shown in Table 1, the subjects perceived three dimensions of burnout include emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment at moderate level ($\bar{X}$ = 25.92, SD = 11.16, and ($\bar{X}$ = 32.52, SD = 8.01 respectively)

Table 1 Mean, Standard Deviation, and Level of Burnout in Each Dimension as Perceived by the Subjects (n = 368)

Subscale of burnout	Mean	SD	Level
Emotional Exhaustion	25.92	11.16	Moderate
Depersonalization	8.58	6.56	Moderate
Personal Accomplishment	32.52	8.01	Moderate

3. As shown in Table 2, the subjects perceived empathy at a moderate level ($\bar{X}$ 99.60,

SD = 18.85).

Table 2 Mean, Standard Deviation, and Range of Empathy as Perceived by the Subjects (n = 368)

Empathy	Mean	SD	Minimum	Maximum	Level
Overall	99.60	18.85	32	130	Moderate

4. As illustrated in Table 3, there is no relationship between EE and empathy (r = -.09, p > 0.05), a moderately negative relationship

between DP and empathy (r = -.32, p < .01), and there was a moderately positive correlation between PA and empathy (r = 0.36, p < .01).

Table 3 Relationship between each Dimension of Burnout and Empathy as Perceived by the Subjects (n = 368)

Burnout	Empathy
Emotional Exhaustion	-.09
Depersonalization	-.32**
Personal Accomplishment	.36**

Note: **p < 0.01

Discussion

1. The burnout of nurses in Affiliated Hospitals, Kunming Medical University, the People's Republic of China.

The result of this study showed that nurses experienced EE at a moderate level ($\bar{X}$ = 25.92, SD = 11.16) (Table 1). It was consistent with the results of two previous studies in China conducted by Luo (2011) and Wang (2009), also similar to a study in Vietnam by Dinh (2013). This may due to the evolution of China's health care system, the role of nurses was multiplied (Jiang, 2009). Moreover, the needs for better-quality health care is also increasing in China (Wang, Rao, Wu, & Liu, 2013). Thus, nurses are required to provide high-quality care to meet the needs of patients, thus further increasing the workload of nurses (Maxime, Xue, & Emmanuel, 2009). Nurses who working affiliated hospitals of KMU not only take on clinical care, but also do research and teaching. As a result, nurses spend less time directly caring for patients, increase the workload of nurses, and exhaust their emotional and physical strength. However, the result of this study was inconsistent with the results of study conducted by Li

(1996) in Xi'an, which reported that nurses experience high level of EE may be because of different hospitals, welfare treatment and their personal workloads. However, nearly half of the nurses in Li's study were from military hospitals (Li, 1996), and nurses working in military hospitals have more pressures that lead to higher emotional exhaustion. Additionally, objective factors from the development and enlargement of the healthcare system recently, such as the technologically advanced equipment and the increasing of nursing staff, reduce the workload of nurses, fortunately, the hospital recently has issued several new policies that empower nurses. This regulation would lead them feel more interested and satisfied with their profession. Consequently, nurses in this study had moderate level of EE.

The result of this study showed a moderate level of DP among the nurses ($\bar{X}$ = 8.58, SD = 6.56) (Table 1). It was consistent with the results of previous studies conducted by Li (1996), Luo (2011), and Dinh (2013). However, it was higher than results found by Wang (2009). This may be because of different settings and different subjects. As the largest tertiary hospital in

Yunnan, the affiliated hospitals of KMU, there are many patients with more complex and critical condition, a lot of heavy work tasks and work pressure for nurses. Moreover, 66.30% of the subjects worked on rotating shift, Liu, Zhao, Li, & Liu (2014) showed that the level of DP of nurses who often work night shifts is higher than that of nurses who often work in the day shift. On the other hand, nurses in affiliated hospitals of KMU get benefits from hospitals' policy. Demir, Ulusoy, & Ulusoy, (2003) indicated that the level of DP will be decrease when the nurses get more benefits. That is, all nurses working in hospitals are covered by Urban Employee Basic Medical Insurance Scheme, Child-bearing female nurses enjoy a five-month paid maternity leave. Meanwhile, hospitals also offer a free physical examination service to nurses every year. In addition, the worker committee often organized many kinds of activities to enhance staff's living. Above activities can enhance nurses' enthusiasm toward working.

The result of this study showed that nurses had a moderate level of burnout in PA dimension ($\bar{X} = 32.52$, $SD = 8.01$) (Table 1). It was consistent with the result of the study conducted by Wang (2009) and Dinh (2013). One possible explanation was that influenced by Chinese history and culture, nurses in the affiliated hospitals of KMU are considered as assistants and followers of doctors (Pu, 2010). Nursing is still seen as a simple, repetitive and practical operation rather than a profession (Chan & Wong, 1999). Lack of professional recognition has a great impact on PA (Lee & Akhtar, 2007). However, it was higher than findings found by Luo (2011). According to

the hospital policies, the hospital managers praised and encouraged nurses who had innovation of the job at the end of each year. This kind of praise and encouragement can be used to promote the PA of the nurse (Wang, 2009).

2. The empathy of nurses in Affiliated Hospitals, Kunming Medical University, the People's Republic of China.

The results of this study showed that nurses perceived empathy was at moderate level ($\bar{X} = 99.60$, $SD = 18.85$) (Table 2), the finding was inconsistent with the result of the study by Zhong & Liu (2012) in China. Additionally, Mckenna et al (2012), Kesbakhi, Rohani, Mohtashami, & Nasiri, (2017), and Fields et al. (2004) found that empathy among undergraduate nursing students and nurses were at high level. However, the results of this study was consistent with the result of the study of Zhou, Wang, & Yang (2011) in China. There are some problems with nurses' ideas, focus on technical operation, while neglecting psychological care to patients (Qi, Hou, Gu, & Chang, 2011). Most nurses have no formal nursing empathy training, plus heavy work and family chores, which leads to that the patient's emotions are ignored and nurses could not fully think about the problem from the perspective of patients (Yang & Shi, 2012). In addition, Yunnan is a highly diverse terrestrial region, with rich ethnic customs and different nationalities, it might be a weakness for nurses to be more flexible to deal with the various people from the different social and cultural background with various kinds of emotions or status (Liu & Lu, 2013). Another reason might be that nurses' demographic

factors, such as educational level and gender. An et al. (2008) showed a positive relationship between educational level and empathy. In this study, 83.96% of nurses hold bachelor degree far exceeds than who hold diploma (0.82%) or associated degree (14.13%). In addition, 94.29% of nurses in this study were female. According to foreign research results, female nurses are more empathic than male nurses (Hojat et al., 2002). Therefore, the results of this study showed that nurses perceived empathy was at moderate level.

3. The relationship between burnout and empathy of nurses in Affiliated Hospitals, Kunming Medical University, the People's Republic of China.

The study found DP had moderately negative relationship with empathy ($r = -.32, p < 0.01$) (Table 3). This means nurses with high level of DP will demonstrate a low level of empathy. According to Ferri et al. (2015), suggesting that a high level of DP could represent a defense mechanism to avoid emotional contact with patients and, subconsciously attempting to protect themselves by lacking empathy for the patient, ultimately, nurses' reduced empathy. The PA was positively correlated to empathy at a moderate level ($r = .36, p < .01$) (Table 3). This result implies if nurses have a high level of PA then the level of empathy could be high. The result of this study was consistent with previous study of Yuguero et al. (2017). When nurses took good care of patients by themselves, the patients were recovered and they felt more achievement, the perception of their sense of accomplishment will be higher.

It urges nurses to learn to pay attention to others, thinking from the perspective of others, understanding the problem, can distinguish between self-view and other people's views, to view things rationally and objectively, and to virtually increase self-satisfaction and self-worth (Wang et al., 2015). However, this study found that there was no significant correlation between EE and empathy perceived as perceived by nurses ($r = -.09, p > 0.05$) (Table 3). It was different from the study of Ferri et al. (2015). The results showed that the moderate level of empathy among nurses was not directly related to the increase or decrease of EE, but it indicated that the influence of nurses' empathy level came from other factors too not just EE. On the other hand, it may be related to the "Quality Care Service Demonstration Project" carried out by the hospitals in recent years, which enables nurses to care patients with enthusiasm and empathy even though they are feeling exhausted.

Conclusions and Implications

The results of this study indicated that subjects perceived empathy at a moderate level, and each subscale of burnout at a moderate level. The study found DP had moderately negative relationship with empathy, the PA was positively correlated to empathy at a moderate level, however, there was no significant correlation between EE and empathy perceived as perceived by nurses.

The results of this study could provide valuable information to hospital and nurse managers to develop a strategy to reduce emotional exhaustion and depersonalization,

which will lead to better empathy among nurses in their organizations to improve the level of empathy and take the necessary steps to reduce emotional exhaustion and depersonalization of nurses in Affiliated Hospitals of KMU.

Recommendations

Further research needs to replicate this study in different level of hospitals or in different area. The intervention that improves personal accomplishment in future research, such as the

ratio of nurse and patient, reduce workload, and set up nursing knowledge training program. In addition, it is recommended that interventions to reduce burnout be reviewed and that results be measured and evaluated.

Acknowledgement

Sincere appreciations are express to the Director and head nurses of the affiliated hospitals, and to all subjects in this study.

Reference

- An, X. Q., Yang, H., Jian, P. X., Song, L. P., & Qiu, C. (2008) Compilation and evaluation of Jefferson empathy scale. *Nursing Research*, 22, 8A.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., & Winbald, B. (1990). Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1236-1244.
- Bauchat, J. R., Seropian, M., & Jeffries, P. R. (2016). Communication and empathy in the patient-centered care model-Why simulation-based training is not optional. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(8), 356-359.
- Best, N., & Kahn, J. V. (2003). *Research in education* (9th ed.). Boston: Pearson Education.
- Chan, S., & Wong, F. (1999). Development of basic nursing education in China and Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1300-1307.
- Demir, A., Ulusoy, M., & Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- Dinh, T. Q., Orn-Anong, W., & Raymoul, N. (2013). Nursing practice environment and burnout among nurses in central general hospitals, The Socialist Republic of Vietnam. *Nursing Journal*, 40(4), 150-161.
- Draper, D. A., Felland, L. E., Liebhaber, A., & Melichar, L. (2008). The role of nurses in hospital quality improvement. *Research Brief*, 3, 1-8.
- Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L., & Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: An analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Bio-Medica De L'ateneo Parmense*, 86(Supple. 2), 104-115.

- Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation & the Health Professions*, 27(1), 80-94.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441. doi:10.1002/jclp.10090
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Jiang, A. L. (2009). *Nursing theories* [in Chinese]. Beijing: People's Medical Publishing House.
- Kesbakhi, M. S., Rohani, C., Mohtashami, J., & Nasiri, M. (2017). Empathy from the perspective of oncology nurses. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 7.
- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z., & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 534-545.
- Lee, J. S. Y., & Akhtar, S. (2007). Job burnout among nurses in Hong Kong: Implications for human resource practices and interventions. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 45(1), 63-84
- Li, X. M. (1996). *Job stressors and burnout among staff nurses in four urban Chinese teaching hospitals* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Liu, W., Zhao, J., Li, F. Y., & Liu, J. W. (2014). A survey on nurses job burnout in a 3A-level comprehensive hospital. *Journal of Xinjiang Medical University*, 37(6), 802-805.
- Liu, Y., & Lu, Y. M. (2013). Investigation and analysis of stressors of clinical nurses under new situation [in Chinese]. *Medical Information*, 26(6).
- Luo, Y. F. (2011). *Conflict management and burnout among nurses in university hospitals, the People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Madhu, K.C., Ratanawadee, C., & Thitinut, A. (2013). Organizational Culture and Turnover Intention among Nurses in University Hospitals, Kathmandu, Nepal. *Nursing Journal*, 40(2), 1-12.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring* (2nd ed.). Cambridge, MA: Malor Books.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maxime, M., Xue, X., & Emmanuel, F. (2009). China's health system reform and medical education. *The Journal of American Medical Association*, 302(12), 1270-1271.

- McKenna, L., Boyle, M., Brown, T., Williams, B., Molloy, A., Lewis, B., & Molloy, L. (2012). Levels of empathy in undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 18(3), 246-251.
- Omdahl, B., & Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1351-1359.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing and Health*, 33(4), 288-298. doi:10.1002/nur.20383
- Pu, Y. X. (2010). *Job characteristics and job performance among professional nurses in the university hospitals of Yunnan Province, People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Qi, X. H., Hou, D. Y., Gu, X. L., & Chang, X. D. (2011). Associations between job burnout and capacity for empathy of operating room nurses [in Chinese]. *Journal of Nursing Science*, 26(4), 56-58.
- Rothschild, B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York, NY: Norton Professional Books.
- Wang, C., Rao, K. Q., Wu, S. N., & Liu, Q. (2013). Health care in China: Improvement, challenges, and reform. *Chest*, 143(2), 524-531.
- Wang, T., Wang, W., Hong, J., Luan, B., Zhu, Y., & Wang, J. (2015). Subjective well-being and job burnout of clinical nurses: the role of empathy. *Chinese Nursing Management*, 3, 12.
- Wang, X. (2009). *Work empowerment and burnout among registered nurses in tertiary general hospital in Harbin, the People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Williams, C. A. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing & Health*, 12(3), 169-178.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introduction analysis*. New York: Harper & Row.
- Yang, X., & Shi, R. F. (2012). Research status and prospect of empathy in nurses [in Chinese]. *Journal of Nursing Science*, 27(16), 86-89.
- Yang, Y., Wang, W. L., Pan, Q., & Hong, J. F. (2013). Empathy of clinical nurses and its influencing factors [in Chinese]. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 29(25), 16-18.
- Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J., & Viñas, J. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine*, 96(37), e8030. doi:10.1097/MD.00000000000008030
- Zhang, N. L., & Liu, M. L. (2012). Analysis of empathy ability of male nurses and female nurses [in Chinese]. *Chinese General Practice Nursing*, 10(12), 3446-3447.

- Zhong, L. M., & Liu, Y. S. (2012). Investigation of the empathy ability and its influencing factors of nurses in a Third Grade Class A Hospital [in Chinese]. *National Medical Frontiers of China*, 7(22), 95-96.
- Zhou, F. (2002). The development trend of nursing quality management in China. *Modern Nursing*, 10, 798-799.
- Zhou, Q. H., Wang, C. P., & Yang, Y. M. (2011). Investigation of empathic ability of nurses and its influencing factors. *Journal of Modern Nursing*, 17(15), 1762-1763.



การพยาบาลเด็กที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง Nursing Care in Children with Pulmonary Hypertension

อุษณีย์	จินตะเวช *	Usanee	Jintrawet *
พิมพาภรณ์	กลั่นกลิ่น **	Pimpaporn	Klunklin **
อัจฉราพร	ศรีภูษณาพรรณ *	Achraporn	Sripusanapan **

บทคัดย่อ

ความดันหลอดเลือดปอดสูงพบได้จากหลายสาเหตุ ในเด็กพบว่าจะเกิดร่วมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว หากเด็กเกิดอาการดังกล่าวจะส่งผลต่อการทำงานของหัวใจและภาวะออกซิเจนของร่างกาย บทความนี้กล่าวถึงความดันหลอดเลือดปอดสูง ประกอบด้วย นิยาม พยาธิสรีรวิทยา การตรวจวินิจฉัย การรักษา และบทบาทพยาบาลในการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

คำสำคัญ: สัมพันธภาพในครอบครัว ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้รับบริการ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

Abstract

Pulmonary hypertension is found in various causes. In children, Its occurrence is associated with acyanotic congenital heart disease. The condition leads to the function of heart and oxygenation of body. Content of pulmonary hypertension in this article is focused on definition, pathophysiology, diagnosis method, treatment, and nursing care using nursing process.

Keywords: Nursing care, Children, Pulmonary hypertension

บทนำ

ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง(pulmonary hypertension {PHT} ในเด็กพบร่วมกับความผิดปกติของหัวใจ ปอด และโรกระบบอื่นของร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยและถึงแก่ชีวิตได้ บทความนี้เน้นการเกิดภาวะนี้จากจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (acyanotic type) เช่น ความผิดปกติรูรั่วผนังหัวใจห้องบน (atrial septal defect [ASD]) ความผิดปกติรูรั่ว

ผนังหัวใจห้องล่าง (ventricular septal defect [VSD]) และการยังมีรูเปิดอยู่ระหว่างหลอดเลือดหลอดเลือดเออตา (aorta) และหลอดเลือดแดงปอด (pulmonary artery) (patent ductus arteriosus [PDA]) ความผิดปกติรูรั่วผนังหัวใจห้องบนและห้องล่าง (atrio-ventricular defect [AVSD] เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษา (Hansmann,

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor Faculty of Nursing, Chiang Mai University, usanee.jin@cmu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 19 พฤศจิกายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 15 มกราคม 2562 วันตอบรับบทความ 21 มีนาคม 2562

2017) ความดันหลอดเลือดปอดสูง ที่พบคือ ความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (pulmonary arterial hypertension [PAH]) และความดันหลอดเลือดดำปอดสูง (pulmonary vein hypertension [PVH]) การแบ่งประเภทตามการประชุม Pediatric Task Force of the 5th World Symposium on Pulmonary Hypertension [WSPH] ณ เมือง Nice ประเทศฝรั่งเศส (Ivy et al., 2013) ซึ่งจัดความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงจากสาเหตุโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ในกลุ่ม 1 กลุ่มย่อยข้อ 1.4.1 และข้อย่อย 1.4.4 มีความเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.)

ความดันหลอดเลือดปอดสูง หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความดันหลอดเลือดแดงปอด > 25 มม.ปรอทโดยไม่มีภาวะความดันสูงของห้องหัวใจบนซ้าย (น้อยกว่า 15 มม. ปรอท) และความต้านทานของหลอดเลือดปอด (pulmonary vascular resistance) มากกว่า 3 wUm² (Woods unit) ที่ระดับน้ำทะเล ในเด็กตั้งแต่อายุ 3 เดือนขึ้นไปจากการทำการสวนหัวใจตามข้อแนะนำของ European Society of Cardiology European Respiratory Society (Gibbs, 2001) โดยกุมารแพทย์ใช้ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงเมื่อพบว่า ค่าความดันซิสโตลิกของหลอดเลือดแดงปอดมากกว่าร้อยละ 50 ของความดันเลือดในร่างกาย (Gibbs, J. (2001) เด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี และเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตบกพร่อง (Moledina, Hislop, Foster, Schulze-Neick, & Haworth, 2010) ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 25 ถึง 60 ถึงแก่ชีวิตภายใน 5 ปีตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย (Hansmann, 2017)

ระบบไหลเวียนทารกในครรภ์และการเปลี่ยนแปลงหลังเกิด

ระบบไหลเวียนทารกในครรภ์ช่วยให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนโดยผ่านทางหลอดเลือด

ดำสายสะดือ (umbilical vein) ที่มาจากรกไปยังตับ และแตกแขนงเป็น portal sinus และ ductus venosus ซึ่ง portal sinus เข้าสู่หลอดเลือดดำตับ (hepatic vein) บริเวณกึ่งซ้ายของตับ แขนงใหญ่ของ umbilical vein คือ ductus venosus จะนำเลือดผ่านตับเข้าสู่ inferior vena cava [IVC] โดยตรง และเข้าสู่หัวใจทารกทางหัวใจห้องบน (atrium) ขวา ผ่านรูเปิด foramen ovale เข้าสู่หัวใจห้องบนซ้าย สำหรับเลือดจาก superior vena cava [SVC] ส่วนใหญ่จะไหลเข้าสู่หัวใจห้องล่าง (ventricle) ขวา การที่เลือดจาก IVC ไหลผ่าน foramen ovale เข้าสู่หัวใจห้องบนซ้าย โดยไม่ผ่านหัวใจห้องล่าง (ventricle) ขวา และระบบไหลเวียนปอด (pulmonary circulation) ดังเช่นระยะหลังคลอดทำให้สามารถส่งเลือดที่มีออกซิเจนสูงเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้าย ส่งไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญคือหัวใจและสมอง ส่วนเลือดจาก SVC ที่เป็นเลือดดำไหลลงสู่ห้องหัวใจล่างขวาไปยังหลอดเลือดปอด (pulmonary trunk) โดยผ่าน ductus arteriosus เข้าสู่ descending aorta มีปริมาณน้อยกว่าหนึ่งในสามหรือประมาณร้อยละ 10 ของเลือดทั้งหมดที่ผ่านปอด เนื่องจากทารกในครรภ์ปอดยังไม่ขยายตัว ความต้านทานในหลอดเลือดปอดจึงสูงกว่าความต้านทานที่ ductus arteriosus และ หลอดเลือดอื่น ๆ ของร่างกาย ทารกในครรภ์มีความต้านของหลอดเลือดปอดสูงมาก (Qureshi & Tulloh, 2016) เนื่องจากปอดมีความหนาแน่นและไม่มีอากาศในเนื้อปอด หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงปอดเพื่อการเจริญเติบโตของปอดแต่ไม่ใช่เพื่อสำหรับการแลกเปลี่ยนก๊าซ ดังนั้นความต้านของหลอดเลือดปอดทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียน และในระยะนี้ปอดได้รับปริมาตรส่งออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) เพียงร้อยละ 10 ทารกได้รับออกซิเจนโดยเลือดที่มีออกซิเจนจากรก คือ umbilical vein ไหลผ่านรูรั่วของผนังห้องหัวใจห้องบน (foramen ovale) จึงทำให้เลือดไหลไปมาระหว่างห้องบนทั้ง 2 ซีกได้ หัวใจห้องล่างขวาจะบีบตัวส่งเลือดออกไปทางฟัลโมนารี อาร์เทอร์รี่ไปยังปอดซึ่งหดตัวและยังไม่ทำงาน ส่วนหนึ่งของเลือดอาจผ่านไปตามดักคัส อาร์เทอร์รี่โอซัส

(ductus arteriosus) ที่เป็นส่วนที่เชื่อมระหว่าง พัลโมนารี อาร์เทอรีกับเอออร์ตาและเข้าสู่วงจรไหลเวียนทั่วร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนหลังทารกแรกเกิด เป็นผลจากการที่หลอดเลือดสายสะดือหดตัวจากการเปลี่ยนแปลงระดับออกซิเจนขณะมารดาคลอด (Sharma, Ford, & Calvert, 2008) และจากการที่รกถูกตัดทำให้ระบบไหลเวียนในร่างกายมีความดันเพิ่มขึ้น เลือดไหลผ่าน ductus venosus ลดลงทำให้ ductus venosus ปิดในระยะ 3-7 วันหลังทารกเกิด และเลือดไป IVC ลดลงทันที มี นอกจากนี้การหายใจครั้งแรกของทารกแรกเกิดเป็นการนำอากาศเข้าสู่ปอด ส่งผลให้ความต้านทานภายในปอดลดลงลดลงร้อยละ 50 ทันทีและลดลงอย่างต่อเนื่องใน 2-3 เดือนหลังเกิด จึงจะทำให้ความดันปอดอยู่ในค่าปกติ (Tulloh, 2005) ดังนั้นกระบวนการใด ๆ ก็ตามที่ขัดขวางการขยายตัวของปอดจากการทำงานหลังทารกเกิด หรือความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยปอดส่วนปลาย (pulmonary capillary bed) vaso-reactivity ของหลอดเลือดขนาดเล็ก หรือแรงต้านจากห้องหัวใจด้านซ้าย จะทำให้เกิดความดันหลอดเลือดปอดสูง เด็กที่มีภาวะ VSD ขนาดใหญ่จะมีความดันของระบบหลอดเลือดปอดสูงตั้งแต่แรกเกิดเนื่องจากความดันในห้องหัวใจล่างขวาและซ้ายเท่ากัน จึงไม่พบภาวะการเกิดการไหลลัดของเลือดไหลลัดของเลือดจากห้องหัวใจล่างซ้ายไปขวา (left to right shunt) จนกระทั่งความต้านทานของระบบเลือดปอดลดลงในระยะสองสามวันแรกของชีวิตทารก ดังนั้น ทารกที่มีอายุ 1 วัน จะฟังไม่ได้ยินเสียง murmur และไม่พบภาวะหัวใจล้มเหลวจนกว่าจะมีอายุ 1 สัปดาห์ (Adatia, Kothari, & Feinstein, 2010)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันหลอดเลือดปอดสูง

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มที่มีภาวะ systemic-to-pulmonary shunt 2) Eisenmenger syndrome 3) ภายหลังการผ่าตัดหัวใจชนิด corrective

cardiac surgery และ 4) มีรอยโรคขนาดเล็ก (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.) ปัจจัยที่พบจากทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้แก่ การไหลลัดของเลือดจากห้องหัวใจซ้ายไปขวา ความผิดปกติที่ aorta ออกจาก ventricle ขวา และ pulmonary artery ออกจาก ventricle ซ้าย (transposition of the great arteries) และความดันหลอดเลือดดำปอดสูง สำหรับปัจจัยจากการไหลลัดของเลือดจากห้องหัวใจซ้ายไปขวาคือ ขนาดของรูรั่วและความดันเลือดในหลอดเลือดแดงปอดมีผ่านหลอดเลือดแดงปอดไปปอดเพิ่มขึ้น ในกรณีที่ความผิดปกติเกิดจากการมีความสำคัญ หากรูรั่วมีขนาดใหญ่ของห้องหัวใจจะส่งผลให้หลอดเลือดแดงปอดมีการยืดตัวมากและเป็นอันตรายต่อเยื่อภายใน (endothelia) และเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ร้อยละ 50 ของเด็กที่มีรูรั่วระหว่างห้องหัวใจซ้ายขนาดใหญ่เกิดโรคของหลอดเลือดปอดภายในอายุ 2 ปี (Kulik et al., 2009)

พยาธิสรีรวิทยาของความดันหลอดเลือดปอดสูงที่มีสาเหตุจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ทำให้เกิดการไหลลัดของเลือดจากห้องหัวใจซ้ายมายังห้องหัวใจขวา (เช่น ASD VSD และ PDA หรือ transposition of the great arteries ร่วมกับ VSD) เมื่อมีปริมาณเลือดจำนวนมากไหลไปยังปอด ทำให้กล้ามเนื้อเรียบ (smooth muscles) ของผนังหลอดเลือดแดงปอดมีการยืดตัวซึ่งมีกลไกที่เกี่ยวข้องหลายประการต่อการตอบสนองต่อกระบวนการนี้ เริ่มจากส่วนกลางของเส้นเลือดแดงฝอย (arterioles) มีการเพิ่มจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ หากภาวะความดันหลอดเลือดปอดยังสูงอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดจะลุกลามไปยังส่วนปลายของหลอดเลือด ร่วมกับการเกิดการเพิ่มจำนวนของเยื่อบุผิว (epithelium) หลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะ pulmonary vaso-reactivity เพิ่มขึ้น pulmonary vasoconstriction และ pulmonary vascular remodeling ตามลำดับ

เยื่อปิวหลอดเลือดปอดที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้การทำหน้าที่ผิดปกติเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้เกิด pulmonary vasoconstriction นอกจากนี้เชื่อว่า endogenous pulmonary vasodilators ถูกทำให้ลดลงทำให้เกิด pulmonary vasoconstrictors เพิ่มขึ้น vasodilators ที่สร้างมาจากเยื่อปิวหลอดเลือดปอด ได้แก่ nitric oxide และ prostacyclin และยังสร้างส่วนที่เป็น vasoconstrictors activity ได้แก่ endothelin-1 และ serotonin

ความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง ที่เกิดจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าเกิดจากรอยโรค pre-และ/หรือ post tricuspid shunt โดยอาจมีโรคหลอดเลือดปอด (pulmonary vascular disease [PVD]) หรือไม่มีก็ได้และมี ห้องหัวใจล่างขวาขนาดใหญ่ (right ventricular hypertrophy) ความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง มีลักษณะหลอดเลือดแดงขนาดเล็กจะมีการอักเสบอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความต้านทานหลอดเลือดปอดเพิ่ม หัวใจวายด้านขวา (right heart failure) pre-tricuspid shunts หมายถึง การไหลลัดของเลือดจากห้องหัวใจซ้ายไปยังห้องหัวใจขวา (left to right shunt หรือ bidirectional shunt) ที่มีระดับความดันต่ำ (เช่น ASD ขนาดใหญ่) post-tricuspid shunts หมายถึง การไหลลัดของเลือดจากห้องหัวใจซ้ายไปยังห้องหัวใจขวา ที่มีระดับความดันสูง (เช่น VSD ขนาดใหญ่) ทำให้ปริมาณเลือดเกินในห้องหัวใจล่างซ้ายและปริมาณเลือดรวมถึงความดันเกินในระบบไหลเวียนปอด หากความผิดปกติของ post tricuspid มีมาก จะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงปอดสูง เพิ่มจนถึงในระบบไหลเวียนเลือดของร่างกาย ซึ่ง ภาวะหลอดเลือดแดงปอดสูงหรือโรคหลอดเลือดปอด จะเกิดขึ้นในช่วงปีแรกของชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่จะเกิดภาวะ suprasystemic PVR ร่วมกับ การเกิด right-to-left shunt (Hansmann, 2017) การไหลลัดของเลือดจากห้องหัวใจซ้ายไปขวา ทำให้ห้องหัวใจล่างขวาทำงานเพิ่มมากขึ้น หากความผิดปกติเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้ห้องหัวใจบนขวาโต (right atrial enlargement) และการ

คั่งของเลือดดำในระบบไหลเวียนเลือดของร่างกาย

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงพบได้ตั้งแต่ทารกในครรภ์ คือ ภาวะ hydrops fetalis pericardial effusion หรือ fetal death ในวัยทารก อาจพบ ภาวะเขียว หายใจลำบาก การเจริญเติบโตบกพร่อง อ่อนแรง เหงื่อออกมา หงุดหงิด พักไม่ได้ หัวใจเต้นผิดปกติ และตับโต และในเด็กโตอาจพบ อาการเหนื่อยง่าย หายใจถี่ขึ้น อ่อนเพลีย ชัก เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด เป็นลม เลือดกำเดาไหล และอาการที่สัมพันธ์กับโรคระบบ นอกจากนี้ เด็กที่อาจมีอาการเขียว ความเข้มข้นของออกซิเจนต่ำ ซีด นิ้วปวม ท้องมาน้ำ และบวม (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.)

การวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงทำได้ จาก อาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.) ดังนี้

อาการและอาการแสดง พบได้ตั้งแต่ทารกในครรภ์ คือ ภาวะ hydrops fetalis pericardial effusion หรือ fetal death ในวัยทารก อาจพบ ภาวะเขียว หายใจลำบาก การเจริญเติบโตบกพร่อง อ่อนแรง เหงื่อออกมา หงุดหงิด พักไม่ได้ และหัวใจเต้นผิดปกติ และตับโต และในเด็กโตอาจพบ อาการเหนื่อยง่าย หายใจถี่ขึ้น อ่อนเพลีย ชัก เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด เป็นลม เลือดกำเดาไหล และอาการที่สัมพันธ์กับโรคระบบ นอกจากนี้ เด็กที่อาจมีอาการเขียว ความเข้มข้นของออกซิเจนต่ำ ซีด นิ้วปวม ท้องมาน้ำ และบวม

การตรวจร่างกาย ในเด็กที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงพบลักษณะหลากหลาย ได้แก่ ตำแหน่งของยอดหัวใจเปลี่ยนไป คลำพบ left parasternal heave และฟังได้เสียง second heart sound ดัง ซึ่งเป็นลักษณะของรูรั่วระหว่างห้องหัวใจขนาดใหญ่ โดยเฉพาะเด็กโรคดาวน์ ซินโดรม (Down's syndrome) ที่มี AVSD

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย การตรวจเบื้องต้น ประกอบด้วย การถ่ายภาพรังสีปอด การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนเสียง (echocardiography และ transthoracic echocardiography) angiography หรือ magnetic resonance imaging (MRI) หรือ cardiac magnetic resonance และ CT รวมถึงการตรวจเลือด ดังนี้

การถ่ายภาพรังสีปอด ลักษณะเฉพาะที่พบบ่อย right ventricular dilation, prominent pulmonary artery shadow, pruning of peripheral pulmonary vasculature และ oligoemia (โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง) และอาจพบ pulmonary occlusive disease, pulmonary capillary haemangiomatosis อาจพบเลือดในปอดน้อย (pulmonary oligoemia)

การตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนเสียง ลักษณะเฉพาะที่พบบ่อย ได้แก่ right atrial enlargement โดยเฉพาะอย่างยิ่งห้องหัวใจบนขวาโตมากกว่าห้องหัวใจบนซ้าย การตรวจความดันปอดโดยการวัด tricuspid regurgitation jet และ pulmonary regurgitation jet นอกจากนี้สามารถประเมินโครงสร้างและปริมาตรรวมถึงคุณภาพการทำหน้าที่ของหัวใจ พิจารณารูปปร่างของห้องหัวใจล่างซ้ายเพื่อบ่งชี้ถึงความดันในห้องหัวใจด้านขวา

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจพบห้องหัวใจล่างขวาโต การตรวจความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง (arterial blood gas [ABG]) อาจพบค่า PaO₂ ต่ำ

การสวนหัวใจ ร่วมกับการทำ acute pulmonary vasoreactivity test (AVT) เป็นหัตถการที่ช่วยในการวินิจฉัยได้ดีที่สุดคือ มักทำในเด็กทุกรายก่อนการรักษาเบื้องต้น ยกเว้นในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเสี่ยงสูง หรือน้ำหนักตัวน้อย และในเด็กที่มีภาวะ systemic vasculopathies หรือ ระบบการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ เพราะช่วยในการประเมินภาวะความดันโลหิตแดงปอดสูง นอกจากนี้การสวนหัวใจ (cardiac catheterization) ข้ำ มีข้อบ่งชี้ในการทำ ได้แก่ อาการทางคลินิกทรุดลง การประเมินผลการรักษา การติดตาม

การดำเนินโรคระยะแรก เตรียมสำหรับการปลูกทดแทนปอด (lung transplantation) หรือการทำนายการพยากรณ์โรค

การทำ angiography หรือ magnetic resonance imaging (MRI) หรือ cardiac magnetic resonance และ CT เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของห้องหัวใจขวา การไหลของเลือด และการกำซาบของปอด (pulmonary perfusion) และลักษณะเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อหัวใจ การทำ CT โดยหลักเพื่อหาความผิดปกติของ parenchyma ของปอด เช่น pulmonary vein stenosis

การตรวจเลือด ได้แก่

1. การตรวจ full blood count (CBC) coagulation studies เป็น ข้อมูลพื้นฐาน อาจรวมถึงการคัดกรองภาวะ procoagulant disorders เช่น thrombotic และ การตรวจการทำงานของตับ microbiology immunology respiratory cardiology และ biomarkers การทำ biomarkers เนื่องจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (cardiomyocytes) จะหลั่ง B-type natriuretic peptide (BNP) และ N-terminal cleavage product (NT-proBNP) เข้ามาในกระแสเลือด หากผนังห้องหัวใจห้องบน/ห้องล่างถูกกดจากการมีปริมาตรเลือด/ความดันเกิน ถึงแม้ว่าปริมาณการหลั่งขึ้นกับอายุ แต่ NT-proBNP จะมีอายุครึ่งชีวิต (half life) นานกว่า BNP (118 นาที ต่อ 18 นาที) และพบว่า troponin T (TnT) เป็นเครื่องหมาย/ตัวบ่งชี้ (marker) ว่าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ในเด็กต้องมีการติดตาม NT-proBNP ค่าเฉลี่ยของความดันห้องหัวใจบนขวา cardiac index และ acute vasodilator response เป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์ความดันโลหิตแดงปอดสูงในเด็ก การประเมิน biomarkers นี้จะมีความต่อเนื่อง เพราะการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของ biomarkers เหล่านี้มักจะบ่งชี้ความรุนแรงและการดำเนินโรคของความดันโลหิตแดงปอดสูง

2. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัส เช่น hepatitis virus และ HIV รวมถึงการทำ MRSA nose swab

3. Immunology ภาวะนี้อาจเกิดจาก autoimmune disease หรือ connective tissue diseases และตรวจ rheumatologic diseases

นอกจากนี้ในเด็กที่อายุมากกว่า 5 ปี แพทย์อาจทำการตรวจสมรรถนะการทำงานของปอด ประเมินการทำงานของระบบหายใจ เพื่อคัดกรองโรคปอดที่อาจเกิดร่วม เช่น obstructive, restrictive หรือทั้งสองชนิด การตรวจการนอนหลับ การทำ perfusion scan และการตรวจหัวใจอื่น ๆ การตรวจความต้านทานหลอดเลือดปอดอาจประเมินได้โดยตรง การทำ cardio pulmonary exercise test (CPET) เป็นการประเมินทางอ้อมของหัวใจและปอดที่ตอบสนองต่อการออกกำลังกาย ได้แก่ A 6 minute walk test (6 MWT) ใช้ในการทดสอบประเมินความสามารถในการออกกำลังกาย

พยาบาลมีบทบาทในการตรวจวินิจฉัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ก่อนการตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ ก่อนการตรวจ พยาบาลต้องมีการเตรียมเด็กก่อนการตรวจ โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองหรือเด็กในรายที่สามารถสื่อสารได้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจ และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองหรือเด็กซักถาม และการจัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการตรวจและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขณะตรวจพยาบาลสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น หายใจไม่ปกติ เป็นต้น หลังตรวจพยาบาลติดตามสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันหลอดเลือดปอดสูง

ปัจจัยที่พบจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่ การไหลลัดของเลือดจากห้องหัวใจซ้ายไปขวา ความผิดปกติที่ aorta ออกจาก ventricle ขวา และ pulmonary artery ออกจาก ventricle ซ้าย (transposition of the great arteries) และความดันหลอดเลือดดำปอดสูง สำหรับปัจจัยจากการไหลลัดของเลือดจากห้องหัวใจซ้ายไปขวาคือพบว่า ขนาดของรูรั่วและความดันเลือดในหลอดเลือดแดงปอดมีความสำคัญ หากรูรั่วมีขนาดใหญ่จะส่งผลให้หลอดเลือดแดงปอดมีการยืดตัวมากและเป็นอันตรายต่อเยื่อบุภายใน (endothelia)

และเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ร้อยละ 50 ของเด็กที่มีรูรั่วระหว่างห้องหัวใจซ้ายขนาดใหญ่ เกิดโรคของหลอดเลือดปอดภายในอายุ 2 ปี

การรักษาภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง

การรักษาการรักษารักษาประกอบด้วย 1) การรักษาทั่วไป 2) การรักษาด้วยยา ยาที่ให้ตามลักษณะพยาธิสภาพของโรค โดยมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อ ทำให้หลอดเลือดแดงปอดที่ขยายตัวกลับสู่สภาพเดิม ลดความดันและช่วยการทำงานของห้องหัวใจล่างขวา เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะ coronary ischemia และ heart failure และ เพื่อให้อาการดีขึ้น (เช่น ทนต่อการออกกำลังกายได้ดีขึ้น) การรักษา ประกอบด้วย ยาที่ให้ตามลักษณะพยาธิสภาพของโรค การค้นหาและกำจัดสาเหตุ และ 3) การผ่าตัด ทั้งนี้แพทย์เป็นผู้พิจารณาให้การรักษาดตามลักษณะกลุ่มเด็กที่มีภาวะความดันโรคหลอดเลือดปอดสูง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; Gibbs, 2011) ดังนี้

1. การรักษาทั่วไป ได้แก่ การให้ยาขับปัสสาวะเพื่อลดการคั่งของน้ำในร่างกาย การให้ออกซิเจนในท่านั่งและทำให้กลไกทางเดินหายใจทำหน้าที่มากที่สุด ออกซิเจนเป็นสิ่งที่ขยายปอดได้มากที่สุด และการทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะออกซิเจนดีเป็นการรักษาหลัก การให้กลุ่ม digitalis ได้แก่ digoxin การออกกำลังกาย การเดินทางโดยเครื่องบิน และการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้กลไกทางเดินหายใจทำหน้าที่มากที่สุดโดยให้มีการระบายอากาศดีเพื่อทำให้ความดันหลอดเลือดแดงปอดต่ำ โดยให้ค่า pH ของเลือดอยู่ในระดับสูงสุดของค่าปกติ และให้ค่า pCO_2 ต่ำ รวมถึงการทำกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อลดการคั่งค้างของสิ่งคัดหลั่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี และกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อที่ปอด (ถ้ามี) เช่น การให้ยาปฏิชีวนะ

2. ค้นหาสาเหตุและรักษาสาเหตุของการเกิด การรักษาด้วยยา กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาแบ่งออกเป็น

3. Endothelin pathway Endothelin-1 มีคุณสมบัติเป็น vasoconstrictor peptide ที่สำคัญและ

สามารถเพิ่มจำนวน (proliferative properties) การสกัดเส้นท่อนี้ทำให้เกิด vasodilation และงดจำนวนการสร้างเพิ่ม เช่น การให้ยา bosentan, ambrisentan และ macitentan จะทำให้ความต้านทานหลอดเลือดปอดลดลง

4. Nitric oxide (NO) pathway NO มีคุณสมบัติเป็น vasodilator และด้านการเพิ่มจำนวน NO กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบ guanylate cyclase converting GTP ให้เป็น cGMP ซึ่งมีคุณสมบัติเป็น vasodilator และทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว cGMP ถูกสลายตัวโดย phosphodiesterase 5 ให้เป็น GMP ยาที่ออกฤทธิ์ลักษณะนี้คือ sildenafil

sildenafil ใช้รักษาในเด็กที่มีน้ำหนัก > 8 กิโลกรัม และอายุ > 1 ปี การศึกษาพบว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 7 คน ที่ได้รับยาเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยของความต้านทานหลอดเลือดปอด และความดันหลอดเลือดปอดลดลง เด็กอาการดีขึ้น

5. Prostacyclin (PGI₂) การศึกษาพบว่าหลังได้รับยาทางหลอดเลือดดำช่วยลดความต้านทานหลอดเลือดปอดจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในรายที่ยังไม่ได้ผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ทำให้การนำส่งออกซิเจนดีขึ้น และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

6. Bosentan ใช้รักษาในเด็กที่มีอายุ > 1 ปี การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่ได้รับประทานยานาน 16 สัปดาห์ สามารถออกกำลังกายได้นานขึ้น การได้รับยานี้ต้องติดตามของตับทุกเดือน ค่า hematocrit และ hemoglobin ทุก 4 เดือน

7. Sildenafil ใช้รักษาเด็กที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง ช่วยทำให้เดินได้นานขึ้น

8. Epoprostenol (intravenous infusion) และอาจใช้ร่วมกับ bosentan และ sildenafil ทำให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น

9. Combination therapy ยาที่กล่าวข้างต้น อาจใช้ร่วมกันเพื่อเสริมฤทธิ์ (2,3)

10. Calcium channel antagonist ออกฤทธิ์ต่อเซลล์กล้ามเนื้อเรียบทำให้คลายตัว เกิด vasodilator

เช่น Nifedipine, amlodipine และ diltiazem

เนื่องจากใช้ในการรักษามีหลายชนิด ผู้สนใจสามารถศึกษาการออกฤทธิ์ของยาที่ส่งผลต่อการลดความดันหลอดเลือดเพิ่มเติมจากตำราเภสัชศาสตร์

11. การผ่าตัด การผ่าตัด เช่น การทำ septostomy และ Potts shunt การทำ เช่น ASD closure VSD closure เป็นต้น

บทบาทพยาบาล

การพยาบาลเด็กที่มีความดันหลอดเลือดปอดสูง ต้องได้รับความร่วมมือจากเด็กและผู้ดูแลเนื่องจากเด็กต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Brown & Austin, 2016) การดูแลขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลควรโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล (PCT pediatric, 2005) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลการให้การพยาบาล

การประเมินในขั้นตอนแรกที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินข้อมูลอัตนัยและข้อมูลปรนัย จาก การซักประวัติ อาการ และ อาการแสดง และผลการตรวจต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนสำหรับการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในขั้นตอนต่อไป รวมถึงสามารถประเมินความเสี่ยงของการเกิดหรือเฝ้าระวังการเกิดภาวะนี้ หรือในกรณีที่เด็กได้รับการวินิจฉัยโรคและได้รับการรักษา ขั้นตอนนี้จะเป็นประเมินการตอบสนองต่อการรักษา เช่น ประเมินอาการของความดันหลอดเลือดปอดสูง ประเมินอาการข้างเคียงของการได้รับยา รวมถึงการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความดันหลอดเลือดปอดสูง เช่น เสี่ยงต่อจำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากความดันหลอดเลือดปอดสูง เสี่ยงต่อเซลล์และเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน หรือ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากจำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เป็นต้น โดยนำข้อมูลที่

ได้จากการประเมินเป็นข้อมูลสนับสนุน

การวางแผนการพยาบาล ขึ้นอยู่กับข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการพยาบาล ให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล

การให้การพยาบาล เพื่อให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยการให้การพยาบาลใน db0dii, แต่ละข้อต้องให้เหตุผลประกอบการพยาบาลนั้น ๆ

การประเมินผลการพยาบาล ตามที่กำหนดในเกณฑ์การประเมินผลว่าสามารถทำได้หรือไม่ และเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการหรือไม่

ตัวอย่างแผนการให้การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อจำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากความดันหลอดเลือดปอดสูง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย

1. จำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีมีประสิทธิภาพ ประเมินได้จาก ความดันโลหิตและอัตราชีพจรสม่ำเสมอและอยู่ในเกณฑ์ตามอายุ และสามารถทำกิจกรรมโดยไม่เกิดอาการหอบเหนื่อย เป็นลม หรือเจ็บหน้าอก

2. ไม่เกิดอาการจากอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับการรักษา

การให้การพยาบาล

1. ประเมินติดตามอาการจำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทุก 4 ชั่วโมง ได้แก่ ชีพจรส่วนปลายเบาเร็ว ผิวหนังและส่วนปลายของร่างกายเย็น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เพื่อคัดกรองอาการความดันหลอดเลือดปอดสูงในระยะแรกเริ่ม

2. ประเมินการฟังหัวใจเพื่อเน้นจังหวะและอัตรา การเต้นของหัวใจ และฟังเสียงปอดว่ามีเสียงผิดปกติหรือไม่ เพื่อประเมินอาการสารเหลวคั่งในปอด

3. ดูแลการให้ยาและ/หรือออกซิเจน (ถ้ามี) ติดตามการให้ยาและประเมินอาการข้างเคียง เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมทันเวลาที่

4. ประเมินสารน้ำเข้า-ออกร่างกายทุก 8 ชั่วโมง และติดตามผลการชั่งน้ำหนักตัวเป็นระยะเพื่อประเมินอาการบวม น้ำคั่งในร่างกาย

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษา

6. ประเมินภาวะจิตสังคมของเด็กและผู้ดูแล เพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

7. การวางแผนการพยาบาลสำหรับข้อวินิจฉัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความดันหลอดเลือดปอดสูงในเด็กสามารถศึกษาได้จากตำราการพยาบาลเด็กได้

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

เด็กที่มีความดันหลอดเลือดปอดสูงจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบได้บ่อยจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ซึ่งอาจพบได้ทั้งหลอดเลือดแดงปอดและหลอดเลือดดำปอด แพทย์ตรวจวินิจฉัยโรค จากอาการและอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้การรักษาด้วยการให้ออกซิเจนและยา พยาบาลที่ให้การดูแลเด็กใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินการเกิดภาวะนี้จากการประเมินติดตามอาการและอาการแสดง และข้อมูลอื่น ๆ ของเด็ก เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- Adatia, I., Kothari, S.S., & Feinstein, J.A. (2010). Pulmonary hypertension associated with congenital heart disease: Pulmonary vascular disease: The global perspective. *Chest*, 137(6), 525-615.
- Brown, A.M., & Austin, E.D. (2016). General approach to the care of the child with pulmonary hypertension. *Advances in Pulmonary Hypertension*, 15(2), 72-75.

- Gibbs, J. (2001). Recommendations on the management of pulmonary hypertension in clinical practice, *Heart*, 86 (supplement 1), 1-13.
- Hansmann, G. (2017). Pulmonary hypertension in infants, children, and young adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(20), 2551-2569.
- Ivy, D.D., Abman, S.H., Barst, R.J., Berger, M.F., Bonnet, D., Fleming, T.R...Beghetti, M. (2013). Pediatric pulmonary hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, 62(15 suppl D), D117-D126.
- Kulik, T., Mullen, M., & Adatia, I. (2009). Pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology*, 27, 25-33.
- Moledina, S., Hislop, A.A., Foster, H., Schulze-Neick, I., & Haworth, S.G. (2010). Childhood idiopathic pulmonary arterial hypertension: A national cohort study. *Heart*, 96, 1401-1406.
- PCT pediatric. (2005). Nursing diagnosis handbooks: A guide to planning care Book I from A to I. Operations Research Center.
- Pulmonary hypertension in congenital heart disease “Recent advance from 4th world symposium on pulmonary artery hypertension 2008 (Dana Point, U.S.A.).” Retrieved from http://thaists.org/meeting_detail.php?news_id=240 (In Thai)
- Qureshi, A.Z., & Tulloh, R.M.R. (2016). Paediatric pulmonary hypertension: A etiology, pathophysiology and treatment. *Paediatrics and Child Health*, 72(2), 50-57.
- Sharma, A., Ford, S., & Calvert, J. (2010). Adaptation for life: A review of neonatal physiology. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 12(3), 85-90.
- Tulloh, R.M.R. (2005). Congenital heart disease in relation to pulmonary hypertension in paediatric practice. *Paediatric Respiratory Reviews*, 6, 174-180.

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ Nursing Intervention for Improving Nutritional Status in Older Persons

ฐิตินันท์	ดวงจินา *	Thitinan	Duangjina *
ศิริรัตน์	ปานอุทัย **	Sirirat	Panuthai **

บทคัดย่อ

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีโดยการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ประการแรกพยาบาลควรคัดกรองปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการโดยประเมินอัตราการเผาผลาญสารอาหารของผู้สูงอายุ และปริมาณและชนิดของอาหารที่บริโภค ประการที่สองพยาบาลควรประเมินภาวะโภชนาการโดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ และใช้วิธีประเมินภาวะโภชนาการที่หลากหลาย ได้แก่ การประเมินทางชีวเคมี การประเมินทางคลินิก การประเมินจากอาหารที่บริโภค การวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและดัชนีมวลกาย และการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบสอบถาม ประการสุดท้ายการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ พยาบาลควรใช้กลยุทธ์ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสาเหตุที่เป็นไปได้ของภาวะทุพโภชนาการเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การพยาบาล, การส่งเสริมภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุ

Abstract

Malnutrition is a problem found in older persons. Nurses play a crucial role in promoting the older persons to obtain a good nutritional status by screening risk factors or factors related to nutritional status, nutritional assessment and improvement of nutritional status among older persons. Firstly, nurses should screen risk factors or factors related to nutritional status by assessing factor related to the metabolic rate of the older persons and factors related to quantity and type of food consumed. Secondly, nurse should assess nutritional status by concerning with change of aging process and use various methods in nutritional assessment including biochemical assessment, clinical assessment, dietary assessment, anthropometric assessment and body mass index as well as nutritional assessment questionnaire. Finally, with improvement of nutritional status, nurses should apply distinguishing strategies, which depend on potential cause of malnutrition, in order to promote older persons to obtain an appropriate food consumption behavior.

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, hip_nim@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 1 พฤศจิกายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 4 กุมภาพันธ์ 2562 วันตอบรับบทความ 29 พฤษภาคม 2562

Keywords: Nursing, Improvement of Nutritional Status, Older Persons

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2548 คือมีประชากรผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 ปี 2559 มีร้อยละ 16 และคาดการณ์ว่าในปี 2564 จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (National Committee for the Elderly, 2016) ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ ในทุกระบบของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จึงเสี่ยงต่อการได้รับอาหารไม่สมดุล กับการต้องการของร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาจทำให้มีข้อจำกัดในการบริโภคอาหารหรือทำให้การเผาผลาญสารอาหารเปลี่ยนแปลง จึงอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการบริโภคที่ไม่สมดุลกับความต้องการของร่างกาย หรือใช้ประโยชน์จากสารอาหารบกพร่อง (Bender, 2016) แบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ภาวะพร่องโภชนาการ และภาวะโภชนาการเกิน ภาวะพร่องโภชนาการเกิดจากการบริโภคอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายหรือเผาผลาญสารอาหารมากเกินไป ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากเม็ดเลือดขาวทำงานลดลง การหายของแผลช้าลงจากการที่ร่างกายขาดโปรตีน ส่วนภาวะโภชนาการเกินเกิดจากการบริโภคอาหารมากเกินไปความต้องการของร่างกายหรือเผาผลาญสารอาหารน้อยเกินไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง (Bernstein & Munoz, 2019) การดูแลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีจึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาลผู้ให้การดูแล บทความทางวิชาการนี้ได้นำเสนอ เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การประเมินภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ตามรายละเอียดดังนี้

การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ

การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการมีความสำคัญในผู้สูงอายุเนื่องจากช่วยป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุได้ โดยเมื่อพยาบาลทราบปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการแล้วก็จะสามารถให้การดูแลที่จำเพาะและทันทั่วถึง ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ทั้งภาวะโภชนาการเกินและภาวะพร่องโภชนาการ โดยปัจจัยเสี่ยงที่พยาบาลต้องคัดกรองที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. อัตราการเผาผลาญ หมายถึง การเผาผลาญ

สารอาหารของร่างกายจนเกิดเป็นพลังงานแสดงถึงว่าร่างกายได้ใช้ประโยชน์จากสารอาหารที่รับประทานเข้าไปในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ และการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ หรือเก็บสะสมเป็นมวลของร่างกาย ซึ่งหากการเผาผลาญสารอาหารไม่สมดุลกับพลังงานที่ได้รับจากอาหารที่บริโภคก็จะทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ อัตราการเผาผลาญจึงเป็นตัวบ่งชี้ภาวะโภชนาการซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย อัตราการเผาผลาญเปลี่ยนแปลงจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ โดยเพศชายมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) มากทำให้การเผาผลาญไขมันมากขึ้น ส่วนการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ในเพศหญิงส่งผลให้การเผาผลาญไขมันน้อยไขมันจึงสะสมในร่างกายได้มาก (Mauvais-Jarvis, 2015) ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินได้มากกว่าเพศชาย ส่วนระดับของกิจกรรมทางกายก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราการเผาผลาญเช่นกัน กิจกรรมทางกาย หมายถึง การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลาย และทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติขณะพัก ประเมินด้วยหน่วยพลังงาน “Metabolic Equivalent” หรือ “MET” ซึ่งเป็นหน่วยพลังงานที่บอกจำนวนเท่า

ของการใช้พลังงานในกิจกรรมใด ๆ เมื่อเทียบกับขณะพัก แบ่งได้หลายระดับ ได้แก่ กิจกรรมทางกายระดับหนัก ระดับปานกลาง การเดิน และพฤติกรรมการนั่งในส่วนกิจกรรมทางกายระดับหนักนั้นเป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงาน MET มากกว่าขณะพัก 8 เท่า เช่น การยกของหนัก เดินแอโรบิก หรือการขี่จักรยานอย่างรวดเร็ว เป็นต้น ส่วนกิจกรรมทางกายระดับปานกลางเป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงาน MET มากกว่าขณะพัก 4 เท่า เช่น การยกของเบา ขี่จักรยานด้วยความเร็วปกติหรือตีเทนนิสคู่ เป็นต้น ส่วนการเดินเป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงาน MET มากกว่าขณะพัก 3.3 เท่า เช่น การเดินสำหรับพักผ่อนหย่อนใจ หรือเดินออกกำลังกาย ส่วนพฤติกรรมการนั่งเป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงาน MET เท่ากับภาวะปกติขณะพัก เช่น การนั่งอ่านหนังสือหรือการนั่งหรือนอนดูโทรทัศน์ (Piercy et al., 2018) ยิ่งระดับกิจกรรมทางกายหนักมากเท่าใดหรือมีจำนวน MET มากเท่าใด ร่างกายก็จะมีการเผาผลาญพลังงานมากเท่านั้น ในผู้สูงอายุมักมีกิจกรรมทางกายลดลงทั้งจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวอาจเกิดจากการปวด ข้อติด หรือมีภาวะพึ่งพิงทำให้กิจกรรมทางกายส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบการเดิน และพฤติกรรมการนั่งเท่านั้น จึงอาจทำให้การเผาผลาญพลังงานลดลงจึงเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ

นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็ทำให้อัตราการเผาผลาญเปลี่ยนแปลงได้ ผู้สูงอายุหนึ่งคนมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (multimorbidity) ซึ่งมีความซับซ้อนของโรคและมีอิทธิพลกับสมดุลระหว่างความต้องการพลังงานและการใช้พลังงาน (Cesari, Pérez-Zepeda, & Marzetti, 2017) โดยผู้สูงอายุอาจมีโรคประจำตัวเดิมอยู่แล้วแต่หากเจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้อัตราการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้นอีก เช่น โรคกระเพาะและโรคติดเชื้อ ก็อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะพร่องโภชนาการได้ นำไปสู่การใช้ยาหลายชนิดหรือเพิ่มปริมาณยามากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงการดูดซึมยา การเผาผลาญยา การกำจัดยา และความไวต่อการตอบสนองต่อยาจึงทำให้ต้องการใช้ยาในปริมาณที่มากกว่าวัยผู้ใหญ่ และอาจส่งผลทำให้มีผลข้าง

เคียงจากยามากขึ้น เช่น ยากลุ่มสเตียรอยด์ ทำให้ออร์โมนคอร์ติซอลสูงขึ้น ร่างกายจึงเผาผลาญพลังงานลดลงจึงอาจเกิดภาวะโภชนาการเกินได้ หรือผู้สูงอายุที่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ยับยั้งการดูดกลับของ catecholamine ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงทำให้มี catecholamine ในเลือดสูง ทำให้การเผาผลาญพลังงานเพิ่มมากขึ้น จึงอาจทำให้เกิดภาวะพร่องโภชนาการได้ (Taylor, 2018)

ดังนั้นในการคัดกรองอัตราการเผาผลาญในผู้สูงอายุ พยาบาลจึงต้องประเมินปัจจัยที่อาจทำให้อัตราการเผาผลาญของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ เพศโดยเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินได้มากกว่าเพศชาย กิจกรรมทางกายโดยผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายในระดับการเดินหรือพฤติกรรมการนั่งมักมีโอกาสดังกล่าวเกิดภาวะโภชนาการเกินได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ทำให้อัตราการเผาผลาญเพิ่มสูงขึ้นก็อาจทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะพร่องโภชนาการ รวมถึงชนิดยาและปริมาณยาที่ผู้สูงอายุได้รับโดยเฉพาะยาที่มีผลกับอัตราการเผาผลาญก็อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ในผู้สูงอายุ

2. ปริมาณและชนิดของอาหาร ปริมาณของอาหารที่บริโภคมีความสำคัญและเป็นตัวบ่งบอกภาวะโภชนาการเนื่องจากร่างกายเมื่อได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอจะเผาผลาญเป็นพลังงานให้ร่างกายได้ใช้ในการดำรงชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุเพศชายอายุไม่เกิน 69 ปีต้องได้รับพลังงานวันละ 2,100 กิโลแคลอรี เพศหญิงต้องได้รับพลังงาน 1,750 กิโลแคลอรี ผู้สูงอายุเพศชายอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ต้องได้รับพลังงานวันละ 1,750 กิโลแคลอรี และเพศหญิงต้องได้รับพลังงาน 1,550 กิโลแคลอรี นอกจากนี้ได้รับพลังงานจากอาหารที่เพียงพอแล้วต้องได้รับจากชนิดอาหารที่ครบ 5 ประเภท ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตได้จากอาหารจำพวกแป้ง โปรตีนได้จากอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไขมันได้จากอาหารจำพวกมันสัตว์หรือน้ำมันจากพืช วิตามินเกลือแร่ได้จากผักผลไม้หรือเนื้อสัตว์บางชนิด รวมถึงน้ำที่ผู้สูงอายุต้องได้รับให้เพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน อย่างไรก็ตามผู้สูง

อายุมีโอกาสได้รับปริมาณอาหารและชนิดของอาหารที่ไม่สมดุลกับความต้องการพลังงานของร่างกายขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดได้ทั้งภาวะโภชนาการเกินและภาวะพร่องโภชนาการ (Bureau of Nutrition, Ministry of Public Health, 2003)

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินได้จากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ คือจำนวนฟันและคุณภาพฟันที่เขี้ยวเคี้ยวอาหารลดลง ผู้สูงอายุบางรายจึงเลือกรับประทานอาหารประเภทแป้งมากขึ้นเพราะเคี้ยวและกลืนง่าย แต่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทผักเนื่องจากเคี้ยวยาก จึงทำให้ได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปจนความต้องการของร่างกายส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกินได้ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุก็มีโอกาสเกิดภาวะพร่องโภชนาการได้จากปัจจัยการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุจากการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนลดลง ทำให้อาหารอยู่ในหลอดค่อนานขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายมีภาวะกลืนลำบากจึงเสี่ยงต่อการรับประทานอาหารในปริมาณที่ลดลงนอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการหลั่งฮอร์โมนโคเลซิสโตไคนิน (cholecystokinin [CCK]) ฮอร์โมนกลูคา곤ไลค์เปปไทด์ (glucagon like peptide-1 [GLP-1]) จากลำไส้เล็กลดลง ทำให้ระยะเวลาที่อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น กระเพาะอาหารยืดขยายได้น้อย ผู้สูงอายุจึงรู้สึกอิ่มเร็ว ประกอบกับมีการหลั่งฮอร์โมนจากกระเพาะอาหารคือฮอร์โมนเกรลิน (ghrelin) ที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากรับประทานอาหาร จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องโภชนาการ ผู้สูงอายุยังเสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ (dehydration) เนื่องจากการทำงานของศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำ (thirst center) ในต่อมใต้สมองลดลงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละคายคิมน้ำ (Nigam, Knight, Nigam, & Knight, 2016)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงเกิดภาวะพร่องโภชนาการจากการบริโภคอาหารลดลงเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้สูงอายุบางรายเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ซึ่งเป็นโรคทาง

ระบบประสาทที่มีอาการสั่น เคลื่อนไหวลำบากและช้า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารได้จึงอาจทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง หรือผู้สูงอายุบางรายเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทที่ทำให้มีความบกพร่องด้านการคิดและการใช้ชีวิตได้ด้วยตนเอง ทำให้มีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร เช่น การรับปากไว้มื่อยอมรับประทาน การบ้วนอาหารทิ้ง ความยากในการกลืนและการปฏิเสธอาหารขณะที่ป้อนส่งผลให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Izaola, Muñoz-Calero, & Franco-Lopez, 2015) หรือผู้สูงอายุบางรายมีความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือไม่สามารถออกไปซื้ออาหารได้ด้วยตนเองส่งผลให้ไม่ได้รับประทานอาหารที่ตนเองต้องการและไม่สามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ ไม่สามารถเตรียมหรือปรุงอาหารเองได้ จึงอาจทำให้ความอยากอาหารลดลงและได้รับปริมาณและชนิดอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จึงอาจเกิดภาวะพร่องโภชนาการได้ (Duangjina, Panuthai, & Suwankruhasn, 2017)

ดังนั้นในการคัดกรองปริมาณและชนิดอาหารที่บริโภค พยาบาลจึงต้องประเมินปัจจัยที่อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับปริมาณและชนิดอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการพลังงานของร่างกายผู้สูงอายุด้วย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นอุปสรรคในการบริโภคอาหาร

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะโภชนาการเป็นขั้นตอนการดูแลทางโภชนาการหลังจากผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาทางโภชนาการ ผู้ประเมินจะเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์แปลผล และสรุปปัญหาทางโภชนาการเพื่อนำไปสู่การให้การดูแลทางโภชนาการอย่างถูกต้อง การประเมินภาวะโภชนาการใน

ผู้สูงอายุมีหลายวิธี ซึ่งไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุดจำเป็นต้องใช้หลายตัวชี้วัดร่วมกัน โดยทั่วไปนิยมใช้ 5 วิธีได้แก่ การประเมินทางชีวเคมี (biochemical assessment) การประเมินทางคลินิก (clinical assessment) การประเมินจากอาหารที่บริโภค (dietary assessment) การวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกายและดัชนีมวลกาย (anthropometric assessment and body mass index) และการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบสอบถาม (nutritional assessment questionnaire) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินทางชีวเคมี เป็นการประเมินโดยใช้การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือทดสอบทางชีวภาพ ชีวเคมีของสารที่อยู่ในเลือด ปัสสาวะ และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ซึ่งบอกถึงภาวะโภชนาการได้โดยตรง สามารถประเมินได้ตั้งแต่เริ่มแรกก่อนที่จะมีอาการและอาการแสดง โดยในผู้สูงอายุจะมีการประเมินทางชีวเคมีได้แก่ ซีรัมอัลบูมิน (serum albumin) และซีรัมโปรตีน (serum protein) บ่งชี้ถึงภาวะขาดโปรตีน ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต และซีรัมไอรอน (serum iron) บ่งชี้ถึงภาวะโลหิตจางและการขาดธาตุเหล็ก (Sauberlich, 2018) การประเมินวิธีนี้ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและต้องใช้อุปกรณ์ จึงเหมาะสำหรับวินิจฉัยภาวะโภชนาการในโรงพยาบาล

2. การประเมินทางคลินิก เป็นการประเมินภาวะโภชนาการโดยการตรวจร่างกายต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ความชำนาญในการประเมิน โดยอาการและอาการแสดงจากภาวะพร่องโภชนาการ เช่น การตรวจพบผมหงอก กระด้าง บางและผผกระจายตัวเป็นหย่อมๆ เส้นผมบางเล็ก ร่วงง่าย กล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง มีแผลกดทับ แผลหายช้า เป็นอาการและอาการแสดงของการขาดโปรตีน อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เยื่อบุตาและเล็บซีด บวมตามข้อเท้า และมีข้อขา บ่งบอกถึงภาวะซีดหรือขาดธาตุเหล็ก บางรายที่ขาดธาตุเหล็กรุนแรงจะมีอาการลิ้นลิ้น แสบปาก แสบลิ้น และมุมปากเปื่อยได้ ซึ่งภาวะขาดโปรตีนและภาวะโลหิตจางหรือขาดธาตุเหล็กนี้มักเป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ (Mahan,

& Raymond, 2016)

3. การประเมินจากอาหารที่บริโภค เป็นการสำรวจอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน ซึ่งประกอบไปด้วย (1) การประเมินอาหารที่บริโภคอยู่ในปัจจุบันซึ่งได้แก่ วิธีการชั่งน้ำหนักอาหารที่รับประทานโดยละเอียด การบันทึกน้ำหนักอาหารที่รับประทาน และการบันทึกประจำวันรายการอาหารที่รับประทาน (2) การประเมินอาหารที่บริโภคในอดีตได้แก่ การบันทึกย้อนหลังอาหารที่รับประทานในหนึ่งวันก่อนที่จะทำการประเมิน การบันทึกย้อนหลังถึงรูปแบบอาหารที่ได้รับประทานในอดีตที่ผ่านมาในระยะยาวซึ่งนิยมบันทึก 3-7 วัน (Mahan, & Raymond, 2016) อย่างไรก็ตามวิธีนี้อาจไม่เหมาะกับผู้สูงอายุเนื่องจากบางรายอาจมีปัญหาด้านความจำที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลย้อนหลังซึ่งข้อมูลที่ได้อาจคลาดเคลื่อน

4. การวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกายและดัชนีมวลกาย เป็นการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่อาศัยหลักการของการเปลี่ยนแปลงขนาดและสัดส่วนของร่างกายบุคคล ได้แก่ น้ำหนัก และส่วนสูงที่เป็นไปตามภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นผลมาจากอาหารที่บริโภคและการใช้ประโยชน์จากสารอาหารเหล่านั้น เช่น น้ำหนักที่ลดลงในผู้สูงอายุอาจเกิดจากมวลกล้ามเนื้อลดลงจากการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนน้อย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงขนาดและสัดส่วนของร่างกายผู้สูงอายุก็ยังได้รับอิทธิพลมาจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุด้วย คือส่วนสูงในผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับในวัยผู้ใหญ่เนื่องจากฮอร์โมนกระดูกยุบตัวและกระดูกสันหลังสั้นลงจากการลดลงของเซลล์สร้างกระดูก (osteoblast) และการเพิ่มขึ้นของเซลล์สลายกระดูก (osteoclast) น้ำหนักในผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากมวลกระดูกของผู้สูงอายุลดลงจากการเสียสมดุลของการสร้างและสลายกระดูก หรือเนื่องจากมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุลดลงจากการหลั่งโกรทฮอร์โมน (growth hormone) ที่ลดลงและการฝ่อและตายของเซลล์ประสาทสั่งการ (Nigam, Knight, Nigam, & Knight, 2016) ดังนั้นการประเมินโภชนาการจากน้ำหนักและ

ส่วนสูงจึงควรนำประเด็นการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุมานิยามด้วย

นอกจากนี้ยังมีประเด็นเกี่ยวกับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการประเมินคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถยืนเหยียดลำตัวตรงเพื่อวัดส่วนสูงได้หรือไม่สามารถยืนบนเครื่องชั่งน้ำหนักได้ จำเป็นต้องนั่งบนรถเข็นและชั่งด้วย wheel chair scale หรือหากผู้สูงอายุนอนติดเตียงจำเป็นต้องชั่งน้ำหนักทั้งเตียงนอนโดยใช้เครื่องชั่งพิเศษ ซึ่งทั้งสองวิธีมีความยุ่งยาก ต้องใช้คนและอุปกรณ์มาก ดังนั้นส่วนใหญ่จึงนิยมวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย แล้วนำมาเข้าสมการคำนวณส่วนสูงและน้ำหนัก เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สะดวก ใช้อุปกรณ์ราคาไม่แพงมาก อย่างไรก็ตามการวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกายอาจไม่ตรงจำเป็นต้องใช้การวัดหลายครั้งเพื่อคำนวณค่าเฉลี่ยให้ได้ค่าใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด (Mahan, & Raymond, 2016) แล้วจึงนำมาเข้าสมการ โดยสมการคำนวณหาส่วนสูงและน้ำหนักมีหลายสมการแต่ที่นิยมใช้มีต่อไปนี้

4.1 สมการคำนวณส่วนสูง: ส่วนสูงเป็นตัวบ่งชี้ขนาดโครงร่างของร่างกาย เป็นความยาวรวมของความยาวกะโหลกศีรษะ ลำตัว สะโพก และขาซึ่งในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเหยียดลำตัวตรงหรือยืนได้ควรเลือกใช้การวัดสัดส่วนอื่นๆ ของร่างกายแทนเพื่อนำมาเข้าสมการประมาณส่วนสูง ที่นิยมใช้มี 3 สมการ ดังนี้

4.1.1 สมการที่ใช้ความยาวแขน (arm length) และอายุ (age) เพื่อคำนวณหาส่วนสูง (Jawasit, Jitjang, & Bunjong, 2012): ความยาวแขนวัดโดยให้ผู้สูงอายุกางแขนเหยียดตรงตั้งฉากกับลำตัวทั้งสองข้าง วัดความยาวตั้งแต่ปลายนิ้วกลางถึงปลายนิ้วกลางอีกข้างหนึ่ง หลังจากวัดความยาวแขนแล้วจึงนำมาเข้าสมการเพื่อคำนวณหาส่วนสูง ดังนี้

ส่วนสูง (เพศชาย) = $38.84 - 0.04 \text{ age (years)} + 0.74 \text{ arm span (cm.)}$

ส่วนสูง (เพศหญิง) = $53.62 - 0.08 \text{ age (years)} + 0.66 \text{ arm span (cm.)}$

สมการที่ใช้ความยาวแขนและอายุเพื่อคำนวณหาส่วนสูง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำโดยทดสอบสมการกับค่าส่วนสูงจริงทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาสมการ (validate) อายุ 60-80 ปี เพศชาย 162 คน เพศหญิง 178 คน และกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มที่ลักษณะเหมือนกัน (cross-validate) เพศชาย 67 คน เพศหญิง 74 คน พบว่าส่วนสูงที่ได้จากสมการมีความสัมพันธ์กับค่าส่วนสูงจริงในระดับสูง (Jawasit et al., 2012)

4.1.2 สมการที่ใช้ความยาวครึ่งแขน (demi span) และอายุเพื่อคำนวณหาส่วนสูง (Jawasit et al., 2012): ความยาวครึ่งแขนวัดโดยให้ผู้สูงอายุกางแขนเหยียดตรงตั้งฉากกับลำตัว วัดความยาวตั้งแต่ปลายนิ้วกลางถึงกึ่งกลางของกระดูก suprasternal notch หลังจากวัดความยาวครึ่งแขนแล้วจึงนำมาเข้าสมการเพื่อคำนวณหาส่วนสูง ดังนี้

ส่วนสูง (เพศชาย) = $50.81 - 0.03 \text{ age (years)} + 1.34 \text{ demi span (cm.)}$

ส่วนสูง (เพศหญิง) = $58.06 - 0.07 \text{ age (years)} + 1.25 \text{ demi span (cm.)}$

สมการที่ใช้ความยาวครึ่งแขนและอายุเพื่อคำนวณหาส่วนสูง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำโดยทดสอบสมการกับค่าส่วนสูงจริงทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาสมการ (validate) อายุ 60-80 ปี เพศชาย 162 คน เพศหญิง 178 คน และกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มที่ลักษณะเหมือนกัน (cross-validate) เพศชาย 67 คน เพศหญิง 74 คน พบว่าส่วนสูงที่ได้จากสมการมีความสัมพันธ์กับค่าส่วนสูงจริงในระดับสูง (Jawasit et al., 2012)

4.1.3 สมการที่ใช้ส่วนสูงของเข่า (knee height) และอายุเพื่อคำนวณหาส่วนสูง: ส่วนสูงของเข่าวัดโดยให้ผู้สูงอายุชันเข่าทำมุม 90 องศา วัดความสูงของเข่าซ้ายตั้งแต่สันเท้าจนถึงกระดูก head of fibular (Santos et al., 2004) หลังจากวัดส่วนสูงของเข่าแล้วจึงนำมาเข้าสมการเพื่อคำนวณหาส่วนสูง ซึ่งที่นิยมใช้คือสมการของ Chumlea, Roche, & Steinbaugh (1985)

ดังนี้

ส่วนสูง (เพศชาย) = $2.02 \text{ knee height (cm.)} - 0.04 \text{ age (years)} + 64.19$

ส่วนสูง (เพศหญิง) = $1.83 \text{ knee height (cm.)} - 0.24 \text{ age (years)} + 84.88$

สมการที่ใช้ส่วนสูงของเข่าและอายุเพื่อคำนวณหาส่วนสูงได้รับการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำ ในผู้สูงอายุ 236 คนพบว่าส่วนสูงจากสมการมีความสัมพันธ์กับส่วนสูงจริง และมีความแตกต่างระหว่างส่วนสูงที่ได้จากสมการและส่วนสูงจริง 6 เซนติเมตร (Chumlea et al., 1985)

4.2 สมการคำนวณน้ำหนัก: น้ำหนักตัวเป็นส่วนประกอบของร่างกายได้แก่ ส่วนที่เป็นไขมันและส่วนที่ไม่ใช่ไขมันคือ กระดูก กล้ามเนื้อ อวัยวะภายใน เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และของเหลว สามารถประเมินและนำมาพิจารณาถึงการสะสมพลังงานในร่างกายอย่างหยาบ ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยืนชั่งน้ำหนักได้ นิยมคาดคะเนน้ำหนักด้วยสมการที่ได้จากการวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งนิยมใช้ 3 สมการดังนี้

4.2.1 สมการที่ใช้เส้นรอบเอว (waist circumference [WC]) เส้นรอบสะโพก (hip circumference) เส้นรอบน่อง (calf circumference) เส้นรอบวงกึ่งกลางแขนส่วนบน (mid upper arm circumference [MUAC]) ความยาวแขน และอายุเพื่อคำนวณหาน้ำหนัก: เส้นรอบเอววัดบริเวณรอบเอวส่วนกึ่งกลางชายโครงซี่สุดท้ายและกระดูก iliac crest เส้นรอบสะโพกวัดรอบส่วนกว้างที่ยื่นออกกว้างที่สุด เส้นรอบน่องวัดโดยให้ผู้สูงอายุนอนหงายชันเข่าทำมุม 90 องศา ใช้เทปวัดรอบน่องซ้ายตรงจุดที่ใหญ่ที่สุด โดยวางเทปไม่หลวมหรือแน่นจนเกินไป และเส้นรอบวงกึ่งกลางแขนส่วนบนส่วนใหญ่วัดแขนซ้ายโดยวัดจากจุดกึ่งกลางระหว่างเส้นตรงที่ลากจาก acromion process มาถึง olecranon process (Mahan, & Raymond, 2016) หลังจากวัดเส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก เส้นรอบน่อง เส้นรอบวงกึ่งกลางแขนส่วนบน และความยาวแขนแล้วจึงนำมาเข้าสมการเพื่อคำนวณหาน้ำหนัก ดังนี้

น้ำหนัก (เพศชาย) = $-90.05 - 0.06 \text{ age (years)} + 0.27 \text{ WC (cm.)} + 0.55 \text{ hip circumference (cm.)} + 0.51 \text{ calf circumference (cm.)} + 0.77 \text{ MUAC (cm.)} + 0.26 \text{ arm span (cm.)}$

น้ำหนัก (เพศหญิง) = $-79.40 - 0.06 \text{ age (years)} + 0.25 \text{ WC (cm.)} + 0.42 \text{ hip circumference (cm.)} + 0.63 \text{ calf circumference (cm.)} + 0.59 \text{ MUAC (cm.)} + 0.26 \text{ arm span (cm.)}$

น้ำหนัก (เพศชาย) = $-85.79 - 0.06 \text{ age (years)} + 0.27 \text{ WC (cm.)} + 0.57 \text{ hip circumference (cm.)} + 0.52 \text{ calf circumference (cm.)} + 0.73 \text{ MUAC (cm.)} + 0.44 \text{ demi span (cm.)}$

น้ำหนัก (เพศหญิง) = $-78.10 - 0.06 \text{ age (years)} + 0.25 \text{ WC (cm.)} + 0.43 \text{ hip circumference (cm.)} + 0.63 \text{ calf circumference (cm.)} + 0.59 \text{ MUAC (cm.)} + 0.50 \text{ demi span (cm.)}$

สมการทั้ง 4 สมการนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำโดยถูกนำไปทดสอบกับค่าน้ำหนักจริงทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาสมการ (validate) อายุ 60-80 ปี เพศชาย 162 คน เพศหญิง 178 คน และกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มที่ลักษณะเหมือนกัน (cross-validate) เพศชาย 67 คน เพศหญิง 74 คน พบว่าน้ำหนักที่ได้จากสมการทั้ง 4 สมการนี้มีความสัมพันธ์กับค่าน้ำหนักจริงในระดับสูง (Jawasit et al., 2012)

4.2.2 สมการที่ใช้เส้นรอบน่อง ส่วนสูงของเข่า เส้นรอบวงกึ่งกลางแขนส่วนบน และไขมันใต้ผิวหนังใต้กระดูกสะบัก (subscapular skinfolds) เพื่อคำนวณหาน้ำหนัก: ไขมันใต้ผิวหนังมีปริมาณครึ่งหนึ่งของไขมันในร่างกายวัดโดยใช้ skinfold caliper นิยมวัดทางซีกขวาของร่างกายใช้หัวนิ้วมือและนิ้วชี้ข้างซ้ายยกแผ่นไขมันตรงตำแหน่งใต้กระดูกสะบักให้รอยพับของไขมันทำมุม 45 องศากับกระดูกสันหลังมือขวาจับ skinfold caliper หนีบขณะที่มือซ้ายยังหนีบแผ่นไขมันอยู่ หลังจากวัดไขมันใต้ผิวหนังใต้กระดูกสะบัก เส้นรอบน่อง ส่วนสูงของเข่า และเส้นรอบวงกึ่งกลางแขนส่วนบนแล้วจึงนำมาเข้าสู่สูตรคำนวณหาน้ำหนักซึ่งส่วนใหญ่นิยมใช้

สมการของ Chumlea, Guo, Roche, & Steinbaugh (1988) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{น้ำหนัก (เพศชาย)} &= 0.98 \text{ calf circumference (cm.)} + 1.16 \text{ knee height (cm.)} + 1.73 \text{ MUAC (cm.)} + 0.37 \text{ subscapular skinfolds (mm.)} - 81.69 \\ \text{น้ำหนัก (เพศหญิง)} &= 1.27 \text{ calf circumference (cm.)} + 0.87 \text{ knee height (cm.)} + 0.98 \text{ MUAC (cm.)} + 0.4 \text{ subscapular skinfolds (mm.)} - 62.35 \end{aligned}$$

สมการนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำ ในผู้สูงอายุ 228 คน พบว่าน้ำหนักจากสมการมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักจริง และมีความแตกต่างระหว่างน้ำหนักที่ได้จากสมการทำนายและน้ำหนักจริง

0.1-1.8 กิโลกรัม (Chumlea et al., 1988)

ดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) เป็นขนาดมวลกายต่อพื้นที่ 1 ตารางเมตร ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้มาตรฐานในการประเมินสภาวะของร่างกายว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ โดยคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง จากนั้นนำดัชนีมวลกายมาแปลความหมายตามเกณฑ์ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (Institute of Geriatric Medicine, 2004) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Thai Health Promotion Foundation, 2012) ดังนี้

ภาวะโภชนาการ	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)
ภาวะผอมระดับ 3	< 16.0
ภาวะผอมระดับ 2	16.0-16.9
ภาวะผอมระดับ 1	17.0-18.4
ค่าปกติ	18.5-22.9
ภาวะน้ำหนักตัวเกิน (ทั่วไป)	23.0-24.9
ภาวะอ้วน	25.0-29.9
ภาวะอ้วนที่มีพยาธิสภาพ	≥ 30

5. การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบบประเมินที่นำเสนอในบทความนี้ คือ mini nutritional assessment (MNA) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้สำหรับผู้สูงอายุมากที่สุดพัฒนาโดย (Guigoz, Vellas, & Garry, 1994) จากศูนย์วิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เป็นการถามคำถาม ร่วมกับการวัดเส้นรอบวงแขนและวงขา คำนวณดัชนีมวลกาย เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 67 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 และ test-retest reliability ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (intraclass correlation coefficient [ICC]) เท่ากับ

0.89 (Bleda, Bolibar, Pares, & Salva, 2002) และหาความตรงโดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 127 คน ได้ค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 73 และ 31 ตามลำดับ (Wikby, Ek, & Christensson, 2006) แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นการคัดกรองการมีโอกาสดังกล่าวพร้อมโภชนาการ มีข้อคำถาม 6 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 14 คะแนน หากประเมินได้คะแนนตั้งแต่ 11 คะแนน ขึ้นไป จัดอยู่ในกลุ่มมีโอกาสดังกล่าวพร้อมโภชนาการ ให้ทำแบบสอบถามตอนที่ 2 ต่อ ซึ่งตอนที่ 2 จะใช้บอกระดับของภาวะพร้อมโภชนาการมี 12 ข้อ ภายหลังประเมินคะแนนทั้งสองตอนแล้วจะนำคะแนนตอนที่ 1 และ 2 รวมกันหากได้

คะแนน 17-23.5 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการ หากคะแนนน้อยกว่า 17 จัดอยู่ในกลุ่มมีภาวะพร่องโภชนาการ (Mahan, & Raymond, 2016) อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้ ไม่สามารถประเมินในผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินได้

การส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ร่วมกับการใช้กลยุทธ์การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุควรได้รับปริมาณอาหารที่สมดุลกับความต้องการพลังงานของร่างกาย ทั้งนี้อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรีต่อกรัม ผู้สูงอายุควรได้รับ ร้อยละ 50-60 ของปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการในหนึ่งวัน โดยควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือ และธัญพืชต่าง ๆ น้ำตาลควรมาจากน้ำตาลธรรมชาติ เช่น ผลไม้ เป็นต้น อาหารประเภทโปรตีน ซึ่งให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรีต่อกรัม ผู้สูงอายุควรรับประทานโปรตีนอย่างน้อยวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือควรได้รับพลังงานจากโปรตีนร้อยละ 10-15 ของปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการในหนึ่งวัน ทั้งนี้ควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสมบูรณ์และย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา ไข่ นมที่มีไขมันน้อย หรือนมพร่องมันเนย เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และโปรตีนจากพืช ได้แก่ เต้าหู้ และผลิตภัณฑ์ถั่วเหลือง เป็นต้น อาหารประเภทไขมัน ซึ่งให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรีต่อกรัม ผู้สูงอายุควรได้รับไม่เกินร้อยละ 30 ของปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการในหนึ่งวัน ซึ่งเป็นไขมันอิ่มตัวต้องไม่เกินร้อยละ 10 และกรดไขมันไม่อิ่มตัวร้อยละ 10-20 ของปริมาณไขมันที่บริโภค กรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว และน้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น อาหารประเภทวิตามินและเกลือแร่ส่วนใหญ่อยู่ในผักและผลไม้ โดยควรรับประทานผัก 4-6 ส่วน (1 ส่วน = ผักต้มสุก 1 ถ้วย หรือ

ผักดิบ 2 ถ้วย) ส่วนผลไม้ควรรับประทาน 3-4 ส่วน และควรเป็นผลไม้ที่ผู้สูงอายุเคี้ยวและกลืนได้ง่าย ไม่ควรเป็นผลไม้รสหวานจัด (ตัวอย่างเช่น แดงโม ควรรับประทาน 8 ชิ้น ขนาดพอดีคำ, และกล้วยน้ำว้าวันละ 1 ลูก เป็นต้น) ส่วนอาหารที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับแคลเซียมได้มากขึ้น ได้แก่ ปลา นม ที่ควรเป็นนมไขมันต่ำ นมพร่องมันเนย หรือนมถั่วเหลือง อาหารประเภทปลาตัวเล็ก ๆ เต้าหู้ และงา (Mahan, & Raymond, 2016)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ (dehydration) พยาบาลจึงควรประเมินภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุทุกรายโดยอาจใช้แบบประเมินที่มีข้อคำถาม เช่น ปริมาณน้ำที่ผู้สูงอายุดื่มโดยเฉลี่ยต่อวัน และสีของปัสสาวะ เป็นต้น และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัด อย่างน้อย 30 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน หรือในผู้สูงอายุหญิงอย่างน้อย 1.6 ลิตรต่อวัน ผู้สูงอายุชายอย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน ด้วยการให้ทางเลือกเครื่องดื่มที่หลากหลายกับผู้สูงอายุโดยต้องไม่เป็นเครื่องดื่มที่หวานจนเกินไป ดูแลหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำบ่อยๆ เท่าที่เป็นไปได้ เช่น หลังมื้ออาหาร ทุกมื้ออย่างน้อย 1 แก้ว หลังรับประทานยาอย่างน้อย 1 แก้ว หรือทุกครั้งเมื่อเข้าไปให้การพยาบาล อีกทั้งพยาบาลยังต้องเต็มใจในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการขับถ่ายปัสสาวะ หรือเข้าห้องน้ำ ตามที่ผู้สูงอายุต้องการอีกด้วย (Volkert et al., 2019)

2. การใช้กลยุทธ์การส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุ พยาบาลควรใช้กลยุทธ์การส่งเสริมโภชนาการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสาเหตุของปัญหา และข้อจำกัดในการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล (Steele, Hanson, Lam, & Cichero, 2019; Volkert et al., 2019) ดังนี้

- 2.1 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคี้ยว (chewing problems) ควรได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบทันตแพทย์สม่ำเสมอเพื่อรับการตรวจรักษาฟัน รวมถึงรับประทานอาหารที่ได้รับการดัดแปลงเนื้อสัมผัสให้มีความนิ่ม และเคี้ยวง่าย (texture modified diet) เช่น

เนื้อสัตว์ควรได้รับการปรุงด้วยวิธีต้ม ตุ่น นึ่ง โดยใช้เวลานานกว่าปกติ ผักก็ควรได้รับการปรุงให้นานขึ้น เช่นกัน

2.2 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลืน (swallowing problems or dysphagia) ควรได้รับการประเมินการกลืน และฝึกการกลืนจากผู้เชี่ยวชาญ โดยการบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน รวมถึงรับประทานอาหารที่ได้รับการดัดแปลงเนื้อสัมผัส (texture modified diet) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

(1) ระดับที่ 1 อาหารข้น (pureed diet) คือ คืออาหารที่มีลักษณะปั่นเป็นเนื้อเดียวกัน ลักษณะคล้ายพุดดิ้ง ไม่มีก้อนแข็งหรือหยาบ ไม่เหนียวหนืด ไม่จำเป็นต้องเคี้ยวก่อนกลืน สามารถกรูปร่างบนช้อนหรือภาชนะได้แต่ต้องไม่เหลวจนใช้หลอดดูดดูดได้ เหมาะสำหรับผู้ที่มีอาการกลืนผิดปกติที่ยังสามารถกลืนได้แต่ไม่สามารถเคี้ยวได้ มีอาการเจ็บขณะกลืน และมีการควบคุมลิ้นลดลงอย่างมาก

(2) ระดับที่ 2 อาหารสับละเอียดและชุ่มชื้น (minced and moist diet) คือ อาหารเนื้อสัมผัสนุ่มและสับละเอียดให้เหลือขนาดเล็กความกว้างของชิ้นอาหารต้องไม่เกิน 4 มิลลิเมตร ความยาวต้องไม่เกิน 15 มิลลิเมตร โดยชิ้นอาหารต้องสามารถรับประทานด้วยส้อมได้ และอาหารต้องมีความชุ่มชื้น เหมาะสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากที่เคี้ยวได้เล็กน้อยคือมีอาการเจ็บขณะเคี้ยวหรือกลืนเนื้อที่ช่วยในการเคี้ยวอ่อนแรง และลิ้นยังพอมีแรงในการทำให้อาหารเป็นก้อน

(3) ระดับที่ 3 อาหารอ่อนและพอดีคำ (soft and bite-sized diet) คือ อาหารเนื้อสัมผัสนิ่มและสับเป็นชิ้นพอดีคำ ขนาดความกว้างและความยาวของชิ้นอาหารต้องไม่เกิน 15 มิลลิเมตร โดยชิ้นอาหารต้องสามารถใช้ตะเกียบคีบได้ และอาหารต้องมีความชุ่มชื้น เหมาะสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากที่เคี้ยวได้แต่มีอาการเจ็บขณะเคี้ยวหรือกลืนเนื้อที่ช่วยในการเคี้ยวอ่อนแรง ผู้ที่ลิ้นมีแรงและสามารถควบคุมลิ้นเพื่อคลุกเคล้าอาหารในปาก ทำให้อาหารเป็นก้อนและช่วยให้อาหารกลืนลงคอได้

(4) ระดับที่ 4 อาหารเคี้ยวง่าย (easy to

chew diet) คือ คล้ายอาหารทั่วไป แต่จะต้องมีความนุ่มเคี้ยวง่าย ทดสอบโดยใช้ส้อมหรือช้อนโลหะตัดแบ่งได้อย่างง่ายดาย ใช้ส้อมหรือช้อนโลหะกดลงบนอาหาร โดยออกแรงกดปานกลางอาหารต้องแตกออกจากกัน และไม่คืนสู่รูปทรงเดิม และอาหารต้องมีความชุ่มชื้นเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป

2.3 ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการช่วยเหลือในการรับประทานอาหารตามความเหมาะสม เช่น การตัดอาหารให้ การป้อนอาหาร การตัดอาหารให้เป็นชิ้นพอดีคำแล้วให้ผู้สูงอายุหยิบเข้าปากเอง (finger foods) การจัดอาหารว่างระหว่างมื้อ การจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการรับประทานอาหาร รวมถึงการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการซื้ออาหารและประกอบอาหาร (shopping or cooking aid)

2.4 ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive impairment) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมี ความบกพร่องในความจำ อาจหลงลืมมื้ออาหาร จึงควรกระตุ้นเตือนด้วยวาจา (verbal prompting) ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการซื้ออาหาร ประกอบอาหาร และรับประทานอาหาร รวมถึงการให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารพร้อมหน้ากับครอบครัว หากเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราหรือเป็นผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พยาบาลหรือผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมบรรยากาศ เพอร์นิเจอร์ ขนาดมื้ออาหาร และจัดจานให้เหมือนกับรับประทานที่บ้านมากที่สุด (family style meals)

2.5 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (depression) โดดเดี่ยว (loneliness) หรือแยกจากสังคม (social isolation) ควรดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นขณะรับประทานอาหาร รวมถึงจัดสภาพแวดล้อม เช่น สถานที่ แสง เสียง และอุณหภูมิ ให้เอื้อกับการรับประทานอาหาร

สรุป

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อาจเกิดจากอัตราการเผาผลาญที่ไม่สมดุลทั้งจากฮอร์โมนเพศ กิจกรรมทางกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ชนิดยาและ ปริมาณยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดจากปริมาณและชนิดของ อาหารที่บริโภคไม่สมดุลกับความต้องการของร่างกาย อันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พยาบาลจึงควรให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะ

โภชนาการทั้งการคัดกรองปัจจัยสาเหตุ การประเมิน ภาวะโภชนาการ และการใช้กลยุทธ์ส่งเสริมภาวะ โภชนาการของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับลักษณะที่แตก ต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละราย ให้ถูกต้อง เหมาะสม และ รวดเร็ว จึงจะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Bender, A. E. (2016). *Dictionary of nutrition and food technology*. London: Elsevier
- Bernstein, M., & Munoz, N. (2019). *Nutrition for the older adult*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Bleda, M. J., Bolibar, I., Pares, R., & Salva, A. (2002). Reliability of the mini nutritional assessment (MNA) in institutionalized elderly people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 6(2), 134-137.
- Bureau of Nutrition, Ministry of Public Health. (2003). *Dietary reference intake for Thais 2003*. Retrieved from <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=2&id=132> (In Thai)
- Cesari, M., Pérez-Zepeda, M. U., & Marzetti, E. (2017). Frailty and multimorbidity: Different ways of thinking about geriatrics. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(4), 361-364.
- Chumlea, W. C., Guo, S., Roche, A. F., & Steinbaugh, M. L. (1988). Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *Journal of the American Dietetic Association*, 88(5), 564-568.
- Chumlea, W. C., Roche, A. F., & Steinbaugh, M. L. (1985). Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(2), 116-120. doi:10.1111/j.1532-5415.1985.tb02276.x
- Duangjina, T., Panuthai, P., & Suwankruhasn, N. (2017). Food consumption behaviors and nutritional status in dependent older persons. *Nursing Journal*, 47(1), 231-241. (In Thai)
- Guigoz, Y., Vellas, B. J., & Garry, P. J. (1994). Mini nutritional assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, 4(1), 15-59.
- Institute of Geriatric Medicine. (2004). *Nutrition assessment guide for elderly*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. (In Thai)
- Izaola, O., Muñoz-Calero, P., & Franco-Lopez, A. (2015). Neurodegenerative diseases; Nutritional aspects. *Nutricion Hospitalaria*, 32(2), 946-951.
- Jawasit, W., Jitjang, O., & Bunjong, O. (2012). *Development of food consumption guidelines for the*

- good nutritional status among elderly* (research report). Nakornpathom: Institute of Nutrition, Mahidol University. (In Thai)
- National Committee for the Elderly. (2016). *Situation of the Thai elderly 2016*. Bangkok: Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (In Thai)
- Nigam, Y., Knight, J., Nigam, Y., & Knight, J. (2016). The anatomy and physiology of ageing 3-the digestive system. *Nursing*, 10(1), 25-32.
- Mahan, L. K., & Raymond, J. L. (2016). *Krause's food & the nutrition care process-e-book*. Amman: Elsevier Health Sciences.
- Mauvais-Jarvis, F. (2015). Sex differences in metabolic homeostasis, diabetes, and obesity. *Biology of Sex Differences*, 6(1), 14-22.
- Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M., Carlson, S. A., Fulton, J. E., Galuska, D. A., ... & Olson, R. D. (2018). The physical activity guidelines for Americans. *Jama*, 320(19), 2020-2028.
- Sauberlich, H. E. (2018). *Laboratory tests for the assessment of nutritional status*. Boca raton: Routledge.
- Steele, C. M., Hanson, B., Lam, P., & Cichero, J. A. (2019). *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative: Categorization Framework, Labels and Terminology* Retrieved from https://ftp.iddsi.org/Documents/Complete_IDDSI_Framework_Final_31July2019.pdf
- Thai Health Promotion Foundation. (2012). *Overweight and obesity*. Retrieved from <http://www.thaihealth.or.th /Content/20399-overweight and obesity.html>
- Taylor, C. (2018). Malnutrition: Causes, consequences and solutions. *Journal of Community Nursing*, 32(6), 52-60.
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., ... & Sobotka, L. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10-47.
- Wikby, K., Ek, A. C., & Christensson, L. (2006). Nutritional status in elderly people admitted to community residential homes: Comparisons between two cohorts. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(3), 232-238.