



พยาบาลสาร : Nursing Journal

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



วารสารพยาบาล Nursing Journal

ปีที่ 47 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563 • Nursing Journal volume 47 No.4 October-December 2020

ISSN 0125-5118

ที่ปรึกษา (Consultant)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี แก้วธรรมนุกุล

Thanee Kaewthummanukul, PhD, RN

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 Hanucharurnkul, PhD, RN

อดีตนายกสภาการพยาบาล

Professor

ศาสตราจารย์

Professor

ศาสตราจารย์

Professo

บรรณาธิการ (Editor)

ศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ 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.อรัญญา เชาวลิต

Aranya Chaowalit, PhD, RN

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

Phechnoi Singchugcha, PhD, RN

ศาสตราจารย์ ดร.ดราวรรณ ต๊ะปันตา

Darawan Thapinta, PhD, RN

รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร

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 บุญยะสิทธิ์พรหม
Suwanna Boonyaleepun, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา
Kannika Kantaruksa, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร. นัทธมน วุฒานนท์
Nuttamon Vuttanon, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช ชูโต
Piyanut Xuto, PhD, RN, APN
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น
Pimpaporn Klunklin, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ
Wanchai Lertwatthanawilat, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี วรกิจพูนผล
Patcharee Woragidpoonpol, PhD, RN
รองศาสตราจารย์ ดร.อภิรดี นันทิ์ศุภวัฒน์
Apiradee Nantsupawat, PhD, RN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธาภรณ์
Weeraporn Suthakorn, PhD, RN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย
Kwaunpanomporn Thummathai, MSC, RN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณุช กิตสัมบันท์
Varanut Kitsumban, PhD, RN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐยาน์ สุวรรณคฤหาสน์
Nattaya Suwankruhasn Ph.D, RN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ สุขสฤติย์
Benjamas Suksatit, PhD, RN, APN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล
Waruntorn Jongrungsakul, PhD, RN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา มีขำนาญ
Chutima Meechamnan, PhD, RN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี
Piyaporn Prasitwattanaseree, MP.H., RN
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รตอ.หญิง อมรรักษ์ งามสวย
Amornrat Ngamsuoy
Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA
Tonda Hughes, Ph.D, RN, FAAN
Shake Ketefian, EdD, RN, FAAN
Mari Kondo, Ph.D

Faculty of Nursing, Khon kaen University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khon kaen University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
The University of Alabama at Birmingham,School of Nursing, U
University of Washington, Seattle, USA
National Taiwan University Department of Nursing, College of
Medicine National Taiwan University Hospital, Taiwan
University of Illinois at Chicago (UIC), Collegeof Nursing, USA
Department of Health Systems Science
WMU Bronson School of Nursing, USA
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 ธาณะ	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
นางอนุสรณ์ 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 และผู้สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการวารสารพยาบาลสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไปโดยพยาบาลสารเปิดรับ บทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง ที่กองบรรณาธิการมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะตีพิมพ์ในพยาบาลสาร

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 4 ฉบับ

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

การพิจารณาบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณา และตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 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 และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่น ทราบเช่นกัน

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินผลคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วกองบรรณาธิการจะดำเนินการดังนี้

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

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

5.3 กรณีมีความเห็นให้ ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) กองบรรณาธิการ จะส่งจดหมายแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธ

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

การจัดเตรียมต้นฉบับ

ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในพยาบาลสารนี้จะต้องเป็นสมาชิกของพยาบาลสารจึงจะได้รับการตีพิมพ์ และกองบรรณาธิการ ใครขอความร่วมมือท่านผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

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

2. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน คำสะกดและคำแปลความหมายใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การใช้ อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนในครั้งแรกก่อน และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐานยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยให้เขียนทับศัพท์โดยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกขอบทความสำหรับวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร

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

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

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำสำคัญในแต่ละภาษาให้ใช้คำที่สื่อความหมายกับเนื้อหาของงานวิจัย จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามตัวอักษร

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

การอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ส่วนที่ 3 ส่วนเนื้อหาของบทความวิชาการ

บทนำ (Introduction)

เนื้อหา

บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Cite and References)

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA6) โดยมีหลักเกณฑ์การลงรายการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในรายชื่อเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม

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

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์วารสารฯ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียน ใน ThaiJo ได้บนหน้าเว็บไซต์ของวารสาร
2. 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 ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

เบอร์ติดต่อ 053-949100

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว Factors Influencing Readiness for Hospital Discharge Among Mothers of Infants with Acyanotic Congenital Heart Disease กาญจณีย์ สุมชยา Kanjanee Sumatchaya จุฑามาศ โชติบาง Jutamas Chotibang ศรีมนา นิยมคำ Srimana Niyomkar	1
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล Factors Related to Motivation of Caregivers in Bringing Children with Acute Illness to the Hospital นิภาวัลย์ จันทร์หอม Nipawan Janhorm สุธิศา ลำมช้าง Suthisa Lamchang จุฑารัตน์ มีสุขโข Jutarat Mesukko	15
ปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด Factors Predicting Family Management among Caregivers of Children with Asthma สิริกานต์ สุทธิสมพร Sirikran Sutthisompohn สุธิศา ลำมช้าง Suthisa Lamchang อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet	27
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก Factors Related to Preschool Children Emotional Quotient Promoting Practices Among Primary Caregivers ชนิชา ไชยตันเทือก Chanicha Chaitonthueg พิมพากรณ์ กลั่นกลิ่น Pimpaporn klunklin มาลี เอื้ออำนวย Malee Urharmnuay	39
อาการอ่อนเพลียและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด Fatigue and Health-related Quality of Life in School-age Children with Cancer Receiving Chemotherapy รุจสร่า แก้วตา Rujsara Kaewta ศรีมนา นิยมคำ Srimana Niyomkar สุธิศา ลำมช้าง Suthisa Lamchang	53

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา Predicting factor of remission in persons with schizophrenia, Srithaya Hospital รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ Rattiyaporn Benjehma รัชนิกร อุปเสน Ratchaneekorn Upasen	66
ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท: การทบทวนอย่างเป็นระบบ Effectiveness of Psychosocial Intervention for Persons in Prodromal State of Schizophrenia: A Systematic Review วัชรภรณ์ ศรีเรือน Watcharaporn Sriruan ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ Patraporn Tungpunko วรณัฐ กิตติสัมพันธ์ Voranut Kitsumban	76
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองกับภาวะโภชนาการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น พื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก Association between Family factors and parenting style and nutritional status among students grade 4-6 in schools under the office of the basic education commission in Muang District Phitsanulok สุชาดา พิชัยธรรม Suchada Pichaitum ยุวรงค์ จันทรวิจิตร Yuwayong Juntarawijit อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร Umaporn Hanrungcharotorn	88
การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว: ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการทำงาน Situation Analysis of Occupational and Environmental Health Among Rice Farmers: Health Status and Work Behavior ธานี แก้วธรรมานุกุล Thanee Kaewthummukul วีระพร ศุทธากรณ์ Weeraporn Suthakorn กัลยาณี ตันตรานนท์ Kunlayanee Tantranont	100

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดท่าผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 114

Effect of Empowerment Program on Positioning Practice for Bedridden Elders
Among Village Health Volunteers

ธาราทิพย์ ไชยวุธ	Tharathip	Chaiyavuth
ศิวพร อึ้งวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana
เดชา ทำดี	Decha	Tamdee

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการ
ทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 128

Effect of the Empowerment Program on Muscle Exercise Practicing for Physical
Disability Person Among the Village Health Volunteers

พนิดา ศรีใจ	Panida	Srijai
รังสิยา นารินทร์	Rangsiya	Narin
ศิวพร อึ้งวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
Factors Related to Self - Management Behaviors of Highlanders with Chronic
Obstructive Pulmonary Disease 142

พวงเพชร ใจคำ	Poungpech	Jaikum
เดชา ทำดี	Decha	Tamdee
ศิวพร อึ้งวัฒนา	Sivaporn	Aungwattana

บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ 154

The Socio-Cultural Context Affecting the Antenatal Care Among Pregnant Hilltribe
Women, Chai Prakan District, Chiang Mai Province

วิไลวรรณ เจนการ	Wilaiwan	Jenkarn
เดชา ทำดี	Decha	Tamdee
วรภรณ์ บุญเชียง	Waraporn	Boonchieng

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ Situational Analysis on Prevention and Control of Respiratory Infectious Diseases in Rajaprachanukroh 31 School, Mae Chaem District, Chiang Mai Province	167
ศิริพร กันทจันทร์ Siriporn Kuntajan วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์ Wilawan Tuanrat ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana	
ผลของโยคะอาสนะต่ออาการปวดหลังในมารดาหลังคลอด Effect of Asana yoga on back pain in postpartum mothers	180
ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง Chadchadaporn Nuntakwang เยาวเรศ สมทรัพย์ Yaowares somsap บุปผา อินตะแก้ว Buppha Intakaew	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครั้งแรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด Factors Related to Perceived Insufficient Milk Supply Among First-time Mothers with Cesarean Section	192
พิมลพรรณ อันสุข Pimonpan Ansook กรรณิการ์ กันธะรักษา Kannika Kantaruksa นงลักษณ์ เฉลิมสุข Nonglak Chaloumsuk	
ประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์: การทบทวนอย่างเป็นระบบ Effectiveness of Childbirth Self-efficacy Promotion Among Pregnant Women: A Systematic Review	203
เพ็ญญา ดำมินเศก Pennapa Dumminsek กรรณิการ์ กันธะรักษา Kannika Kantaruksa นงลักษณ์ เฉลิมสุข Nonglak Chaloumsuk	
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for Sleep Promotion Among Critically Ill Patients	216
กวีวรรณ ใจกล้า Kaweewan Jaikla จินดารัตน์ ชัยอาจ Jindarat Chaiard มยุลี สำราญญาติ Mayulee Somrarnyart	

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	229

Effects of Empowerment Program on Health Behaviors, Body Mass Index and Blood Pressure Levels in Patients with Uncontrolled Hypertension

วรดา	ทองสุก	Worada	Thongsuk
วรวรรณ	ทิพย์วาริรมย์	Worawan	Tipwareerom
ปิ่นหทัย	สุเมธพร	Pinhatai	Supametaporn

ทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคและข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย	242

The Attitudes towards Barriers of Condom Use and Errors among High School Boy Students

วรวรรณ	ทิพย์วาริรมย์	Worawan	Tipwareerom
อุมพร	ห่านรุ่งชโรทร	Umaporn	Hanrungcharotorn
อัญชลี	ทองเสน	Anchalee	Tongsen

การวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	252

Situation Analysis of Nursing Supervision Among Unofficial-Time Nurse Supervisors, Operating Room, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

ชญาณูช	ตรงต่อกิจ	Chayanuch	Trongtokit
อรอนงค์	วิชัยคำ	Orn-anong	Wichaikhum
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	266

Activity-Based Costing of Services in General Ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

ชื่นมนัส	จาดยางโตน	Cheunmanus	Jadyangtone
จิตตินันท์	อัคเคเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง The Study of Time Spent on Nursing Activities in Operating Room, Lampang Hospital	279
เกศราภรณ์ อุดกันทา อภิรดี นันทศุภวัฒน์ เพชรสุรีย์ ทังเจริญกุล Kedsaraporn Udkunta Apiradee Nantsupawat Petsunee Thungjaroenkul	
สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ Nursing Practice Environment of Nurses, Fang Hospital, Chiang Mai Province	291
ปิยะนันต์ ทองแดง อรอนงค์ วิชัยคำ อภิรดี นันทศุภวัฒน์ Piyanan Tongdang Orn-Anong Wichaikhum Apiradee Nantsupawat	
การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็งหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก Development of an Information Provision Model for Cancer Patients' Relatives, Male Medical Ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital	302
ภัทรพร นาคะไพฑูรย์ กุลวดี อภิชาติบุตร เพชรสุรีย์ ทังเจริญกุล Phattraraphon Nakaphitoon Kulwadee Abhichattibutra Petsunee Thungjaroenkul	
ทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ Psychological Capital and Work Engagement of Nurses, Regional Hospitals	314
มินตรา อุทัยรังษี บุญพิชชา จิตต์ภักดี ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์ Mintra Uthairangsee Bunpitcha Chitpakdee Thitinut Akkadechanunt	
การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก Development of a Registered Nurse Competency Framework, Labour Room, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital	325
เยาวรัตน์ ดุสิตกุล บุญพิชชา จิตต์ภักดี ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์ Yaowarat Dusitkul Bunpitcha Chitpakdee Thitinut Akkadechanunt	

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวและความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน	336

Work-Family Enrichment and Intention to Stay at Work of Nurses in Private Hospitals

ศิชล	สุกสี	Sichol	Sooksee
เพชรสุณีย์	ทังเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra

การศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลแพร่	347

The Study of Time Spent on Nursing Activities in Anesthesia Unit, Phrae Hospital

ศุภางค์	ดำเกิงธรรม	Supang	Dumkoengtham
อภิรติ	นันท์ศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat
เพชรสุณีย์	ทังเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	360

Activity-Based Costing of Services in Male Medical Ward 2, Utta radit Hospital

สนอง	ล้วนรัตนกร	Sanong	Luanratanakorn
จิตติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee

การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์	372

Situational Analysis of Risk Management for Postpartum Hemorrhage, Chiangrai Prachanukroh Hospital

สุภิชา	ปิ่นแก้ว	Supihcha	Punkaew
อภิรติ	นันท์ศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat
เพชรสุณีย์	ทังเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul

การพัฒนาความรู้ของพยาบาลด้วยการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด	384

Developing Knowledge of Nurses by Using the Neonatal Resuscitation Electronic Book

แสงอาทิตย์วิชัยยา	Saengatid	Vichaiya
เพชรสุณีย์	ทังเจริญกุล	Thungjaroenkul
อภิรติ	นันท์ศุภวัฒน์	Nantsupawat

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน	396

Activity-Based Costing of Home Visit Among Terminally Ill Patients, Tambon Makhueajae Health Promoting Hospital, Lamphun Province.

นฤศธร	ชั้นแก้วผาบ	Naridsatorn	Khankeawpab
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee

ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง	408

Work - Family Conflict of Nurses in Thoen Hospital, Lampang Province.

พัชรินทร์	เขตประทุม	Patcharin	Ketpratum
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee

การบริหารจัดการแผนงานการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ	419

Administrative Plan for Thailand to be A Quality Wellness Tourism Destination Project

วิภาดา	คุณาวิกตีกุล	Wipada	Kunaviktikul
เพชรสุรีย์	ทังเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul
อรอนงค์	วิชัยคำ	Orn-Anong	Wichaikhum
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat
สิริลักษณ์	วรรณะพงษ์	Siriluck	Vadtanapong
วิไลพรรณ	ใจวิไล	Wilaipan	Jaiwilai

ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่	431

Activity-Based Costing of Nursing Activities for Emergency and Critical Patients in Intensive Care Unit, McCormick Hospital, Chiang Mai Province

สุทธิพร	ใจแล	Suttiorn	Jailae
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียน **444**

Competencies of Professional Nurses in ASEAN Economic

โสรัตน์	วงศ์สุทธิตธรรม	Sorut	Wongsuttitham
สุวรรณี	มหากายนันท์	Suwannee	Mahakayanun
ดาร์สนี	โพธารส	Darussanee	Potaros
นารีรัตน์	บุญเนตร	Nareerat	Boonnate
ดวงใจ	วัฒนสินธุ์	Duangjai	Vatanasin
สาวิตรี	วงศ์อินจันทร์	Sawitree	Wonginjun

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย **458**

Non-technical Skills of Perioperative Nurses for Patient Safety in Tertiary Hospital,
Thailand

จิรัชยา	ศิวารุช	Jiratchaya	Siwawut
ปรัชญนันท์	เที่ยงจรรยา	Pratyanan	Thiangchanya
ปราโมทย์	ทองสุข	Pramot	Thongsuk

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง **470**

Predicting Factors of Self-Management Among Persons with Chronic Back Pain

รุจาธร	อินทรตุล	Rujadhorn	Indratula
วันชัย	เลิศวัฒนวิลาศ	Wanchai	Lertwatthanawilat
เบญญาภา	พรมพุก	Benyapa	Promphuk
อภิชาติ	ภาคโอสธ	Apichat	Kardosod
วิไลลักษณ์	วงศ์เจริญ	Wilailak	Wongcharoen

Self-Leadership of Nurses in Tertiary Hospitals, Yunnan Province, the People's
Republic of China **483**

ภาวะผู้นำในตนเองของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมณฑลยูนนานสาธารณรัฐประชาชนจีน

จिनยัน	นางหลิว	Jinyan	Liu
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt

บทบรรณาธิการ

พยาบาลสารฉบับนี้เป็นฉบับที่ 4 ของปีที่ 47 วารสารฉบับนี้ ได้นำเสนอเนื้อหาผลงานวิจัยที่หลากหลาย ประเด็นมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อาการอ่อนเพลียและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน โรคเมเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว: ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการทำงาน ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุ ติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดา ครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียนและบทความวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษได้แก่ Self-Leadership of Nurses in Tertiary Hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความวิจัยและบทความวิชาการจะเป็นประโยชน์สำหรับทุกท่าน ขอขอบคุณทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาตีพิมพ์กับพยาบาลสารของเราและทางกองบรรณาธิการจะยังคงมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้ได้มาตรฐานสู่ระดับสากลต่อไป



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดา ที่มีการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

Factors Influencing Readiness for Hospital Discharge Among Mothers of Infants with Acyanotic Congenital Heart Disease

กาญจณี	สุ่มชยา *	Kanjane	Sumatchaya *
จุฑามาศ	โชติบาง **	Jutamas	Chotibang **
ศรีมณา	นิยมคำ ***	Srimana	Niyomkar ***

บทคัดย่อ

ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีความสำคัญต่อการดูแลทารกภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในระยะก่อนผ่าตัด ก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 6 แห่งในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าทดสอบและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 77 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแบบสอบถามฉบับบิดา/มารดา ทั้ง 3 ฉบับได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92, .95 และ .98 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอน สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

มารดาที่มีการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวส่วนใหญ่ มีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยของความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล สามารถทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ร้อยละ 16.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .164$, $p < .001$) เมื่อวิเคราะห์คุณภาพ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, oopee-maioo@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 26 กันยายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 10 เมษายน 2560 วันที่รับบทความ 7 กันยายน 2560

การสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะการสอนของพยาบาล สามารถทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .130$, $p < .01$) อย่างไรก็ตามลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ไม่สามารถทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($p > .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในระยะก่อนผ่าตัด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบและแนวทางในการเตรียมความพร้อมของมารดาในการดูแลทารกที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว, การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล, ทารก, คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล, ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Abstract

Readiness for Hospital discharge among mothers of infants with acyanotic congenital heart disease (CHD) is crucial for infants caring in the postdischarge period. The aims of the study were to describe readiness for hospital discharge among mothers of infants with acyanotic CHD and to investigate the predictive relationships between family characteristic, quality of teaching, and care coordination and readiness for hospital discharge among these mothers. Weiss 's Readiness for Hospital Discharge concept were used as conceptual framework of the study. The sample consisted of the mothers of infants who were received preoperative care and planned for discharge from six tertiary hospitals to homes in northern and northeast region of Thailand. The study was conducted from July 2016 to May 2017. A power analysis was estimated the sample of 77 that would be selected a purposive sampling. The research instruments included demographic data form, Readiness for Hospital Discharge Scale [RHDS], Quality of Discharge Teaching Scale [QDTS], and Care Coordination Scale [CCS]. The 3 scales were a parent form and tested for reliability with 10 samples and Cronbach's alpha reliability coefficient were .92, .95, and .98, respectively. The data was analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression analysis. The results were as follows: Most of the mothers reported being ready to go home. The mean scores of readiness for hospital discharge, quality of discharge teaching, and care coordination were high level. The quality of discharge teaching total scale score was statistically significant and predictor of readiness for hospital discharge scale among mothers of infants with acyanotic CHD at 16.4% ($R^2 = .164$, $p < .001$). When analyze the subscale scores of the quality of discharge teaching scale, the teaching skill subscale score was also significant and predictor of readiness for hospital discharge scale among mothers of infants with acyanotic CHD at 13% ($R^2 = .130$, $p < .01$). However, family characteristic and care coordination scale were not statistically significant predictor of readiness

for hospital discharge scale among mothers of infants with acyanotic CHD ($p > .05$).

The results provide knowledge and understanding of the readiness for hospital discharge among the mothers of infants with acyanotic CHD during pre-operation and the factors influencing their readiness. The results can be used to improve both pattern and guideline of preparation for hospital discharge in the mothers of infants with acyanotic CHD systematically and effectively.

Keywords: *Acyanotic Congenital Heart Disease, Care coordination, Infants, Quality of discharge teaching, Readiness for Hospital Discharge*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติของลักษณะทางกายวิภาคของหัวใจหรือหลอดเลือดขนาดใหญ่ภายในทรวงอก (Mitchell, Korones, & Berendes, 1971) จัดเป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยมากเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของทารกแรกเกิด โดยในทวีปเอเชียพบมากเป็นอันดับ 1 ของโลก ประมาณ 9.3 คนต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 คน เมื่อจำแนกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็น 2 ชนิด คือ เชื้อและไม่เชื้อ พบว่าชนิดที่พบบ่อยมาก 3 อันดับแรกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชื้อ ได้แก่ โรคผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (ventricular septal defect [VSD]) โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (atrial septal defect [ASD]) และโรคหลอดเลือดหัวใจเกิน (Patent ductus arteriosus [PDA]) (Linde et al., 2011)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชื้อเป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจที่มีการไหลลัดของเลือดจากซ้ายไปขวา หรือมีเลือดไปปอดมาก ซึ่งในการรักษาประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การสวนหัวใจ และการผ่าตัดหัวใจ ในกรณีที่รักษาด้วยยาและสวนหัวใจไม่ได้ผลและ/หรือร่วมกับทารกมีภาวะหัวใจล้มเหลว แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ (Allen, Driscoll, Shaddy, & Feltes, 2013) ทั้งนี้ก่อนการผ่าตัดทารกจะต้องมีน้ำหนักและอายุที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้โครงสร้างของหัวใจ และหลอดเลือดเกิดความเสียหาย (Bhat & Das, 2015; Rao, 2013; Weber, Weiss, Buhrer, Hansmann, Koehne, & Sallmon, 2015)

โดยระหว่างรอการผ่าตัด ทารกอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะความดันของหลอดเลือดในปอดสูง กลุ่มอาการไอเซนแมนเกอร์ และภาวะหัวใจล้มเหลว (Allen et al., 2013) ทารกกุ่มนี้จึงต้องการการดูแลเป็นพิเศษในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจอย่างเหมาะสม

การดูแลทารกที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชื้อที่อยู่ในช่วงระหว่างรอการก่อนผ่าตัดนั้น ทารกควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการดูแลให้ได้รับยาอย่างถูกต้อง (Woodward, 2011) ทั้งนี้พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาในการดูแลทารกตั้งแต่วัยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งเตรียมกลับบ้าน เพื่อให้มารดามีความพร้อมสำหรับการดูแลทารกหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว (Weiss & Lokken, 2009) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ดูแลทารกที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชื้อ ยังพร่องความรู้ในการดูแลทารก อีกทั้งยังพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอกับความต้องการของมารดา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการเตรียมความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Phromreungrit, Jintrawet, & Chotibang, 2015; Cheuk, Wong, Choi, Chau, & Cheung, 2004) จากสถานการณ์ดังกล่าว อาจทำให้มารดาเกิดความไม่พร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และอาจส่งผลกระทบต่อทารกที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชื้อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้

ความไม่พร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดา ส่งผลทำให้มารดาดูแลทารกไม่เหมาะสมและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกได้ ดังการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมของมารดาสำหรับการจำหน่ายทารกออกจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่า มารดาที่ไม่พร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทารกจะมีปัญหาด้านโภชนาการ เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้นมขณะอยู่ที่บ้าน (Smith, Dukhovny, Zupancic, Gates, & Persley, 2012) อีกทั้งยังพบว่าทารกกลุ่มนี้จะมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ โดยมีสาเหตุจากการรับนมไม่ดี (Ratanachu-Ek & Pongdara, 2011) นอกจากนี้ยังเกิดภาวะติดเชื้อแบคทีเรียที่เยื่อปอดหัวใจ (Rao, 2013) อันเนื่องมาจากการ ดูแลสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการทำ ความสะอาดช่องปากและฟันทารกที่มีฟันผุ เหงือกอักเสบ อาจมีอาการรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Baltimore et al., 2015) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า มารดาที่มีความไม่พร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก โรงพยาบาลอาจส่งผลทำให้ทารกไม่ได้รับการผ่าตัดหัวใจตามแผนที่แพทย์กำหนดไว้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความสำคัญของความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับสถานะส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ความสามารถในการเผชิญกับปัญหาพร้อมกับความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน และความคาดหวังต่อการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้มารดาสามารถจัดการและตอบสนองความต้องการของทารกขณะอยู่ที่บ้านได้ (Weiss, Johnson, Malin, Jerofke, Lang, & Sherburne, 2008) นอกจากนี้ Weiss & Lokken (2009) ได้มีการอธิบายเกี่ยวกับปัจจัย

ที่มีผลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 1) ลักษณะของการดูแลรักษาในโรงพยาบาลของทารก 2) ลักษณะของมารดาและทารก และ 3) คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยอาจส่งผลกระทบต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่อาจมีผลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะของการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านลักษณะของมารดาและทารก ปัจจัยด้านคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และปัจจัยด้านการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของ Weiss et al. (2007, 2008, 2009, 2017) พบว่า มีการศึกษาในประชากรหลากหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมารดาหลังคลอดที่มีทารกสุขภาพดี โดยพบความสัมพันธ์ที่คล้ายคลึงกันในทุกกลุ่มประชากร คือ ลักษณะการอยู่อาศัยแบบอยู่ตามลำพังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($R^2=.16$, $p<.01$) และพบว่าคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($R^2=.33$, $p<.01$; $R^2=.13$, $p<.01$; $R^2=.32$, $p<.01$; $B=.54$, $p<.001$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Lerret, 2010; Lerret et al., 2015) ซึ่งเป็นการศึกษาความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของบิดามารดาที่มีบุตรมีภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง พบว่า การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r=.34$, $p=.02$; $r=.42$, $p=.02$ ตามลำดับ) และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r=.48$, $p<.01$) มีความสัมพันธ์

กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของบิดามารดา โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของบิดามารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะในช่องท้องในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Lerret, 2010) พบว่า การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($R^2=.13$, $p=.02$) อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล อาจจะมีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของลักษณะของมารดาที่เอื้อหรือขัดขวางต่อการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านของมารดาและทารกให้ประสบผลสำเร็จจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว สามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ มารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับสามี หรือมารดาที่อาศัยอยู่กับสามี และครอบครัวขยาย ได้แก่ มารดาที่อาศัยอยู่กับสามีและญาติ ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจมีผลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก โรงพยาบาล ดังการศึกษาในมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ กับ สามี จะไม่ พร้อม สำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004) อาจเนื่องมาจากขาดการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อระบบการสนับสนุนทางสังคม ทั้งการช่วยเหลือสนับสนุน การประสานงาน และความไว้วางใจของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ปัญหาที่

อาจจะเกิดขึ้นได้ (Varda & Talmi, 2018) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าลักษณะการอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยายอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ดี ซึ่งอาจมีผลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นกระบวนการหนึ่งในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้และข้อมูลแก่มารดาในการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลทารกเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้มารดามีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (Griffin & Abraham, 2006) ทั้งนี้ (Weiss et al., 2008; Weiss & Lokken, 2009) กล่าวว่า การสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพจะทำให้มารดามีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และสามารถเผชิญปัญหาในช่วงหลังจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการประเมินคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประเมินได้จากการรับรู้ของมารดา ประกอบด้วย เนื้อหาที่มารดาต้องการ เนื้อหาที่มารดาได้รับ และทักษะการสอนของพยาบาล (Weiss et al., 2008)

การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการผสมผสานการดูแลทารกที่เน้นการวางแผนการส่งต่อและการจัดการการดูแลทารกตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์จะติดต่อสื่อสารด้วยแบบบันทึกทางการแพทย์ จัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้แก่มารดาและทารก และส่งต่อข้อมูล สรุปผลการรักษาและการดูแลที่ทารกควรได้รับอย่างต่อเนื่องแก่หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Holland & Harris, 2007; Weiss et al., 2007) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบสำคัญของการรับรู้ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Lerret, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ที่มีประสิทธิภาพจะทำให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ลดลง (Carroll & Dowling, 2007; Lattimer, 2009)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ลักษณะการอยู่
อาศัยในครอบครัว คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายจาก
โรงพยาบาล และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจาก
โรงพยาบาล เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มารดาเกิดความ
พร้อมสำหรับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้
ทารกมีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดใน
ช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้วิจัยจึงมี
ความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อม
สำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารก
เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวก่อนจำหน่าย
จากโรงพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามา
พัฒนารูปแบบในการเตรียมความพร้อมมารดาในการ
ดูแลทารกที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวก่อน
จำหน่ายจากโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่
กำเนิดชนิดไม่เขียว
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างลักษณะ
การอยู่อาศัยในครอบครัว คุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย
จากโรงพยาบาล และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย
จากโรงพยาบาล กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่
กำเนิดชนิดไม่เขียว

คำถามการวิจัย

1. ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
ของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่
เขียวเป็นอย่างไร
2. ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว คุณภาพการ
นอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการประสานการ
ดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล สามารถทำนายความ

พร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่
มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้มาก
น้อยเพียงใด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อม
สำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารก
เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวครั้งนี้ ผู้วิจัยได้
ใช้แนวคิดความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาล (Readiness for Hospital discharge) ของ
Weiss et al. (2008) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย
ซึ่งอธิบายว่า ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาล เป็นการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับสถานะส่วน
บุคคลของมารดา ความรู้ในการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่
ที่บ้าน ความสามารถในการเผชิญกับปัญหาร่วมกับความ
ต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน
และความคาดหวังต่อการได้รับการช่วยเหลือและ
สนับสนุนในระยะเวลาที่เริ่มการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล
ไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับ
การจำหน่ายจากโรงพยาบาล คือ 1) ลักษณะการอยู่
อาศัยในครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัวเดี่ยว
และลักษณะครอบครัวขยาย 2) คุณภาพการนอนก่อน
จำหน่ายจากโรงพยาบาล และ 3) การประสานการดูแล
ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนั้น ปัจจัยดังกล่าวอาจ
มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่
กำเนิดชนิดไม่เขียว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์
เชิงทำนาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม
สำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และศึกษาปัจจัยที่
มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่
กำเนิดชนิดไม่เขียวในระยะก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ
มารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่

เขียนในระยะก่อนผ่าตัด ก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 6 แห่งในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่าทดสอบ (power analysis) ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) เท่ากับ .80 โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) คือ 0.13 และมีจำนวนตัวแปรที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย 3 ตัวแปร ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 77 ราย (Polit & Beck, 2012) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 37 คน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 4 คน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 8 คน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร 9 คน โรงพยาบาลลำปาง 16 คน และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 3 คน โดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ฉบับบิดา/มารดา (Readiness for Hospital Discharge Scale [RHDS]-Parent Form) ของ Weiss & Piacentine (2006) ที่แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดยศิริรัตน์ ปานอุทัย (ติดต่อเป็นการส่วนตัว, 18 สิงหาคม 2559) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ฉบับบิดา/มารดา (Quality of Discharge Teaching Scale [QDTS]-parent form) ของ Weiss et al. (2008) ที่แปลเป็นภาษาไทย และส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ฉบับบิดา/มารดา (The Care Coordination Scale [CCS]) ของ (Hadjistavropoulos, Biem,

Sharpe, Bourgault-Fagnou, & Janzen, 2008) ที่แปลเป็นภาษาไทย

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92, .95 และ .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยงานวิจัยได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 6 แห่ง ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวโดยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ โดยจะไม่มีการระบุชื่อของมารดาและทารก ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยได้เก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล รวมทั้งได้แจ้งสิทธิของการถอนตัวหรือยกเลิกในการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการ และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยมารดาสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อมารดาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้มารดาลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ฝึกอบรมการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และให้มารดาเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ต่อจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้มารดาตอบแบบสอบถาม เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วเสร็จ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้อ่านวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ

แบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในระยะก่อนผ่าตัดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจำนวน 77 ราย พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีอายุ 20 ถึง 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.90 และมีอายุเฉลี่ย 29.68 ปี (พิสัย 16-47 ปี) มารดาส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 75.30 มารดาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับสามี คิดเป็นร้อยละ 70.10 และอาศัยอยู่ร่วมกับสามีและญาติ ร้อยละ 29.90 โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน (พิสัย 3-9 คน) ทั้งนี้มารดาส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ของการมีทารกที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คิดเป็นร้อยละ 94.80

เมื่อวิเคราะห์ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 77 ราย พบว่า มารดามีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร้อยละ 92.2 และมีความไม่พร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร้อยละ 7.8

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยรายข้อของความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยพิจารณาตามคุณลักษณะของความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 ด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อของคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 7.28 คะแนน (S.D. = .62) ซึ่งมีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อมากที่สุด คือ ด้านลักษณะส่วนบุคคลของมารดา โดยมีคะแนนลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพร้อมทางด้านร่างกาย ความพร้อมทางด้านอารมณ์และความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุดเป็น 3 อันดับแรก ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อต่ำที่สุด คือ ด้านความรู้ของมารดาในการดูแลทารก โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบริการและข้อมูลในชุมชนของมารดาและทารกหลังกลับบ้าน

การดูแลทารกหลังกลับบ้าน และสิ่งที่ทารกได้รับอนุญาตหรือไม่ได้รับอนุญาตให้ทำหลังกลับบ้านต่ำที่สุดเป็น 3 อันดับแรก ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 221.05 คะแนน (S.D. = 33.30, พิสัย 120-271) โดยมีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.90 และเมื่อพิจารณาตามคุณลักษณะของความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 ด้าน พบว่า แต่ละด้านมีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่อความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล สามารถทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ ร้อยละ 16.4 ($R^2 = .164$, $p < .001$) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นรายด้าน ยังพบว่า ด้านทักษะการสอนของพยาบาล สามารถทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ร้อยละ 13.0 ($R^2 = .130$, $p < .01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ตัวทำนาย	ค่าทางสถิติ					
	b	SE _{est}	Std. Coefficients Beta	t	R ²	p
- คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	.880	21.170	.405	3.677	.164	.000*
- ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว	-	-	-	.726	-	.470
- การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	-	-	-	-.037	-	.971
constant = 87.141, F = 13.52, R = .405, adjusted R ² = .152						

* p < .001

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคั้งนี้เป็นตัวแทนที่มาจากมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในระยะก่อนผ่าตัดที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว พบว่า มารดาส่วนใหญ่มีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายทารกจากโรงพยาบาล โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของไวส์และคณะ ในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (Weiss et al., 2008) และกลุ่มมารดาหลังคลอด (Weiss et al., 2009) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน อาจเนื่องมาจากมารดาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีวุฒิภาวะทางด้านจิตสังคม มีความพร้อมในด้านสถานภาพทางสังคม ประสบการณ์ และมีการศึกษามากขึ้น (Jeenmuang, Phahuwatana-korn, & Yusamran, 2016) รวมทั้งมารดาส่วนใหญ่มี

รายได้พอใช้ ซึ่งบ่งชี้ว่าครอบครัวมีรายได้เพียงพอจะช่วยให้ครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุข (Suparp, 2009) ดังการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสังคมวิทยากับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาหลัง คลอด พบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่า 17 ปี และมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี จะมีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Weiss et al., 2004) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้มารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดไม่เขียวมีการรับรู้ว่า มีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 ด้าน พบว่าทั้ง 4 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านลักษณะส่วนบุคคลของมารดามีคะแนนเฉลี่ยรายข้อมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า มารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจที่จะสามารถดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อต่ำที่สุด คือ ด้านความรู้ของมารดาในการดูแลทารก ซึ่งบ่งชี้ว่ามารดาพร้อมความรู้ในการดูแลทารก โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับบริการและข้อมูลในชุมชนของมารดาและทารกหลัง

กลับบ้าน การดูแลทารกหลังกลับบ้าน และสิ่งที่ทารกได้
รับอนุญาตหรือไม่ได้รับอนุญาตให้ทำหลังกลับบ้าน
เนื่องจากมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านต่ำที่สุด (อยู่ในระดับ
ปานกลาง) สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ยัง
ให้ความรู้ในประเด็นดังกล่าวไม่เพียงพอ ควรเน้นการให้
ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลให้แก่มารดาในประเด็นดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น
ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Cheuk et al. (2004) ที่
ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของมารดาในการดูแลทารกที่เป็น
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งให้ข้อเสนอแนะว่าบุคลากร
ทางการแพทย์ควรมีการเน้นย้ำถึงการให้ความรู้แบบซ้ำ ๆ
และแนะนำให้ใช้ภาพประกอบสำหรับการสอนแก่มารดา
นอกจากนี้จากผลการศึกษาค้างนี้ยังสอดคล้อง
กับการศึกษาของ Schuh et al. (2016) ที่ศึกษาเกี่ยว
กับความพร้อมสำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาลของบิดา
มารดาที่มีเด็กป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งเสนอ
แนะว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรเพิ่มการเน้นย้ำใน
เรื่องการบริหารยาและสร้างความตระหนักในการเข้าถึง
การบริการที่มีอยู่ในชุมชนของมารดา จะเห็นได้ว่า ถึง
แม้ว่ามารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมี
ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล แต่
มารดายังได้รับความรู้ที่จะนำไปใช้ในการดูแลทารกไม่
เพียงพอ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการปรับปรุง
วิธีการให้ความรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลจากการศึกษาค้างนี้ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพการ
สอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อความ
พร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่
มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในระยะ
ก่อนผ่าตัด โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 16.4 ($R^2 =$
.164, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการสอนของพยาบาล
ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาก จนทำให้
มารดาทราบว่าตนเองมีความพร้อมในการดูแลทารกเมื่อ
กลับไปอยู่ที่บ้านมาก อาจเนื่องมาจากพยาบาลในโรง
พยาบาลระดับตติยภูมิมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้
ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกเป็นโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในระยะก่อนผ่าตัด สอดคล้อง

กับการศึกษาหลากหลายการศึกษาที่ผ่านมา ดังการ
ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมสำหรับการ
จำหน่ายจากโรงพยาบาลในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเข้า
รับการรักษาในโรงพยาบาล (Weiss et al., 2008; Weiss
et al., 2017) กลุ่มมารดาหลังคลอด (Malagon-
Maldonado, Hiner, & Lanciers, 2015; Weiss et
al., 2009) และกลุ่มมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด
ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต
(Chen, Zhang, & Bai, 2016) พบว่าคุณภาพการสอน
ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อความ
พร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเช่นกัน

เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของคุณภาพการ
สอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ด้านทักษะ
การสอนของพยาบาล สามารถทำนายความพร้อม
สำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารก
เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ ($R^2 =$.130,
 $p < .01$) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่มีทักษะการสอนที่ดี
จนทำให้มารดาทราบว่าตนเองมีความพร้อมในการดูแล
ทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมาก อาจเนื่องมาจากพยาบาล
มีประสบการณ์ในการถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวใน
ระยะก่อนผ่าตัดแก่มารดาเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการ
ศึกษาที่ผ่านมา ดังการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความ
พร้อมสำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาลในกลุ่มบิดา
มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Weiss
et al., 2016) และกลุ่มบิดามารดาที่บุตรป่วยเป็นโรค
เรื้อรังที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (Lerret et al., 2015)
ซึ่งพบว่า ทักษะการสอนของพยาบาล สามารถทำนาย
ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้
เช่นกัน สะท้อนให้เห็นว่าถ้าหากพยาบาลมีทักษะการสอน
ก่อนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้มารดาที่มีทารก
เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีความพร้อม
สำหรับการจำหน่ายทารกจากโรงพยาบาลมากขึ้น

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยด้าน
ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ไม่สามารถทำนาย
ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของ

มารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ ($p > .05$) อาจเนื่องมาจากลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวทั้งแบบครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายไม่มีความแตกต่างกัน แต่อาจมีความแตกต่างกันในเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว และการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ดังการสำรวจสถานการณ์ความเข้มแข็งของครอบครัวไทย พบว่าค่าเกณฑ์มาตรฐานในด้านสัมพันธภาพและด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างครอบครัวและพฤติกรรมชีวิต ทำให้ครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างครบถ้วน และสัมพันธภาพในครอบครัวแย่งลง สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์ดังกล่าว อาจทำให้การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลทางด้านจิตใจลดลง ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวของมารดาไม่มีผลต่อความพร้อมสำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาล แต่อาจจะเป็นปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุน ทางสังคมที่มีผลต่อความพร้อมสำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาล

นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่า ไม่สามารถทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ($p > .05$) อาจเนื่องมาจากการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมของพยาบาลที่ช่วยให้การส่งต่อทารกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างราบรื่น และลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นของทารกหลังจำหน่าย ผ่านการเตรียมความพร้อม การส่งต่อ และ/หรือการสื่อสารกับหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ และระบบที่ดูแลทารกเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Lattimer, 2009; Popejoy et al., 2015) แต่ในบริบทของประเทศไทย หน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลทารกที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะเป็น

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีกุมารแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลเด็กโรคหัวใจ ซึ่งในประเทศไทยมีโรงพยาบาลรัฐบาลที่จัดเป็นศูนย์โรคหัวใจประมาณ 20 แห่งทั่วประเทศ จึงไม่ได้มีการส่งต่อทารกไปยังโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิที่อยู่ใกล้บ้าน นอกจากนี้การตรวจตามนัดของทารกที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จะมาตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์โรคหัวใจเท่านั้น เนื่องจากการมาตรวจแต่ละครั้ง จะทำการตรวจโดยกุมารแพทย์ที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจ และอาจมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจพิเศษอื่น ๆ (American Heart Association, 2015) ดังนั้น ปัจจัยด้านการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาลจึงไม่สามารถทำนายความพร้อมสำหรับการ จำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล สามารถทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรู้ในเรื่องการบริการ และข้อมูลในชุมชนของมารดาและทารกหลังกลับบ้าน การดูแลทารกหลังกลับบ้าน และสิ่งที่ทารกได้รับอนุญาตหรือไม่ได้รับอนุญาตให้ทำหลังกลับบ้าน มีคะแนนต่ำที่สุด รวมทั้งเนื้อหาที่มารดาได้รับจากพยาบาลยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของมารดาที่จะนำไปใช้ในการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะเนื้อหาที่พยาบาลสอนให้แก่มารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวให้ครอบคลุมในประเด็นดังกล่าว และเพียงพอต่อความต้องการของมารดา รวมทั้งควรมีการเน้นย้ำถึงการให้ความรู้แบบซ้ำ ๆ และใช้ภาพประกอบสำหรับการสอนแก่มารดา

2. ด้านการวิจัย คือ สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการ

การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อม
สำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารก
เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในระยะก่อน
ผ่าตัดให้มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเป็นโรคหัวใจพิการ
หัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

แต่กำเนิดชนิดไม่เขียวตามการรับรู้ของพยาบาล

2. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความพร้อม
สำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารก
เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ ปัจจัย
ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของมารดา และการ
สนับสนุนทางสังคมทางครอบครัว

3. ศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมความพร้อม
สำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่อทารกเป็นโรค

เอกสารอ้างอิง

- Allen, H. D., Driscoll, D. J., Shaddy, R. E., & Feltes, T. F. (2013). *Moss & Adams' heart disease in infants, children, and adolescents: Including the fetus and young adult*. United States: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Heart Association. (2015). *Preparing children for heart surgery*. Retrieved from [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/CongenitalHeartDefects /CareTreatment-forCon-genitalHeartDefects/PreparingChildrenforSurgery_UCM_307732_Article.jsp#.WUmv8x-OGPox](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/CongenitalHeartDefects/CareTreatment-forCongenitalHeartDefects/PreparingChildrenforSurgery_UCM_307732_Article.jsp#.WUmv8x-OGPox)
- Baltimore, R. S., Gewitz, M., Baddour, L. M., Beerman, L. B., Jackson, M. A., Lockhart, P. B., ... Willoughby, R. (2015). Infective endocarditis in childhood: 2015 update a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 132(15), 1487-1515.
- Bhat, R., & Das, U. G. (2015). Management of patent ductus arteriosus in premature infants. *The Indian Journal of Pediatrics*, 82(1), 53-60.
- Carroll, Á., & Dowling, M. (2007). Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, 16(14), 882-886.
- Chen, Y., Zhang, J., & Bai, J. (2016). Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 135-146.
- Cheuk, D. K. L., Wong, S. M. Y., Choi, Y. P., Chau, A. K. T., & Cheung, Y. F. (2004). Parents' understanding of their child's congenital heart disease. *Heart*, 90(4), 435-439.
- Griffin, T., & Abraham, M. (2006). Transition to home from the newborn intensive care unit: Applying the principles of family-centered care to the discharge process. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 243-249.
- Hadjistavropoulos, H., Biem, H., Sharpe, D., Bourgault-Fagnou, M., & Janzen, J. (2008). Patient perceptions of hospital discharge: Reliability and validity of a patient continuity of care questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 314-323.

- Holland, D. E., & Harris, M. R. (2007). Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: Clarifying concepts and terms from the hospital perspective. *Home Health Care Services Quarterly*, 26(4), 3-19.
- Jeenmuang, N., Phahuwatanakorn, W., & Yusamran, C. (2016). Maternal, infant, and environmental factors in predicting maternal role attainment among postpartum mothers of preterm babies. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 8(2), 44-53. (In Thai)
- Lattimer, C. (2009). Better coordination of care reduces readmissions. *Frontiers of Health Services Management*, 25(3), 43.
- Lerret, S. M. (2009). Discharge readiness: An integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(4), 245-255.
- Lerret, S. M. (2010). *The transition from hospital to home in parents of pediatric solid organ transplant recipients* (Doctoral dissertations), Marquette University.
- Lerret, S. M., & Weiss, M. E. (2011). How ready are they? Parents of pediatric solid organ transplant recipients and the transition from hospital to home following transplant. *Pediatric Transplantation*, 15(6), 606-616.
- Lerret, S. M., Weiss, M. E., Stendahl, G. L., Chapman, S., Menendez, J., Williams, L., ... Nugent, M. (2015). Pediatric solid organ transplant recipients: Transition to home and chronic illness care. *Pediatric Transplantation*, 19(1), 118-129.
- Malagon-Maldonado, G., Hiner, J. B., & Lanciers, M. (2015). Broadening the horizons on predictors of discharge teaching, discharge readiness, and postdischarge outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(s1), S58-S58.
- Mitchell, S. C., Korones, S. B., & Berendes, H. W. (1971). Congenital heart disease in 56,109 births incidence and natural history. *Circulation*, 43(3), 323-332.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Resource manual for nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. London: Wolters Kluwer.
- Phomreungrit, K., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2015). Caregiving and related factors among caregivers of children with congenital heart disease. *Nursing Journal*, 42, 35-45. (In Thai)
- Popejoy, L. L., Khalilia, M. A., Popescu, M., Galambos, C., Lyons, V., Rantz, M., ... Stetzer, F. (2015). Quantifying care coordination using natural language processing and domain-specific ontology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(e1), e93-e103.
- Rao, P. S. (2013). Consensus on timing of intervention for common congenital heart diseases: Part I-acyanotic heart defects. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(1), 32-38.
- Ratanachu-ek, S., & Pongdara, A. (2011). Nutritional status of pediatric patients with congenital heart disease: Pre-and post cardiac surgery. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(8), 133.

- Schuh, M., Schendel, S., Islam, S., Klassen, K., Morrison, L., Rankin, K. N., ... Mackie, A. S. (2016). Parent readiness for discharge from a tertiary care pediatric cardiology unit. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 21*(3), 139-146.
- Smith, V. C., Dukhovny, D., Zupancic, J. A., Gates, H. B., & Pursley, D. M. (2012). Neonatal intensive care unit discharge preparedness primary care implications. *Clinical Pediatrics, 51*(5), 454-461.
- Suparp, J. (2009). *Thai family: From diversity to harmony happiness and healthy*. Bangkok: Department of family health, Faculty of public health, Mahidol University. (In Thai)
- Varda, D. M., & Talmi, A. (2018). Social connectedness in family social support networks: Strengthening systems of care for children with special health care needs. *EGEMs, 6*(1), 1-9.
- Weber, S. C., Weiss, K., Bühner, C., Hansmann, G., Koehne, P., & Sallmon, H. (2015). Natural history of patent ductus arteriosus in very low birth weight infants after discharge. *The Journal of Pediatrics, 167*(5), 1149-1151.
- Weiss, M. E., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcome of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurse, 38*(4), 406-417.
- 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., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge for parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing, 23*(4), 282-295.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth, 31*(2), 93-101.
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., ... Schiffman, R. (2017). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing, 34*, 58-64.
- Woodward, C. S. (2011). Keeping children with congenital heart disease healthy. *Journal of Pediatric Health Care, 25*(6), 373-378.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล

Factors Related to Motivation of Caregivers in Bringing Children with Acute Illness to the Hospital

นิภาวัลย์	จันทร์หอม *	Nipawan	Janhorm *
สุธิศา	ลำมช้าง **	Suthisa	Lamchang **
จุฑารัตน์	มีสุขโข ***	Jutarat	Mesukko ***

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กป่วยต้องนำเด็กป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลและรับรู้ถึงอาการผิดปกติ ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจในการนำเด็กมาโรงพยาบาล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี จำนวน 85 ราย ที่เข้ารับการตรวจในห้องตรวจเด็กนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยและแบบสอบถามแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 470.67, S.D. = 77.73$) โดยแรงจูงใจในการนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ความต้องการให้เด็กในความดูแลได้รับประโยชน์จากการรักษาที่ดีที่สุดและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ 9.47 และ 9.38 คะแนนตามลำดับ และแรงจูงใจในการนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาลน้อยที่สุด คือ ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานและความผิดพลาดในการสั่งยาของแพทย์ที่ดูแลประจำ มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ 2.28 และ 3.02 คะแนนตามลำดับ
2. ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.324, p < .01$) และการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 4 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 19 สิงหาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 3 ธันวาคม 2562

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .443, p < .01$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถนำไปสู่การวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ และคำแนะนำ แก่ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพเด็กป่วยต่อไป

คำสำคัญ: แรงจูงใจ ผู้ดูแล เด็ก การเจ็บป่วยเฉียบพลัน ประสบการณ์

Abstract

Acute illness is the major cause of hospitalization for children under 5 years of age. Caregivers play an important role in providing care and perceiving any abnormal symptoms which motivate bringing the child to a hospital. This descriptive correlational research aimed to study the motivations of caregivers in bringing a sick child to a hospital and the relationship between experience in caring for a sick child, perception of the severity of illness among caregivers, and motivations in bringing a sick child to a hospital. The study participants, selected by purposive sampling, included 85 caregivers of children with acute illness, aged from newborn to 5 years who visited the after-hour pediatric clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital from August to September 2019. The research instruments included the Severity of Illness Perception and the Motivation of Caregiver questionnaire. The reliability of the instrument was tested using Cronbach's alpha coefficient and had a value of .91. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The total mean scores of motivation among caregivers in bringing a child with acute illness to a hospital had a high level ($\bar{X} = 470.67, S.D. = 77.73$). The biggest motivation in bringing a child to a hospital was the desire to benefit from the best treatment and to get treatment for a child quickly; the average scores were 9.47 and 9.38, respectively. Mistakes made by family physicians and prescription errors were the least motivating reasons to bring a sick child to a hospital; the average scores were 2.28 and 3.02, respectively.

2. Experience in caring for a sick child showed a statistically significant negative relationship with the motivation of caregivers at a moderate level ($r_s = -.324, p < .01$). Perception of the severity of illness showed a statistically significant positive relationship with the motivation of caregivers at a moderate level ($r_s = .443, p < .01$).

The results of this study provided basic information about the motivations of caregivers in bringing a child with acute illness to a hospital and related factors. These can be used as a guide to planning for nursing interventions in order to provide further knowledge and suggestion for caring for an ill child.

Keywords: Motivation, Caregiver, Child, Acute illness, Experience

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างทันที (Neff & Spray, 1996) และมักเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคติดเชื้อ (Nurmio & Noterman, 2016) กลุ่มอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่พบได้บ่อย คือ อาการไข้ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาเจียน อุจจาระร่วง (Carlson, 2008) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล (World Health Organization [WHO], 2017) ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด มีความผูกพันและเลี้ยงดูเด็กจะสามารถให้การช่วยเหลือ ตอบสนองต่อความต้องการและรับรู้ได้ถึงอาการผิดปกติที่ควรนำเด็กในความดูแลเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ปรับเพิ่มบริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ต่อเนื่อง จากจำนวนเด็กป่วยที่เข้ารับบริการนอกเวลาราชการเพิ่มขึ้นกลับพบว่าเด็กป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษานั้นจัดอยู่ในกลุ่มการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่สามารถรักษาได้ด้วยยาพื้นฐานและให้การดูแลที่บ้านได้ (Butun & Hemingway, 2018) การนำเด็กมาโรงพยาบาลในกรณีการเจ็บป่วยยังไม่มี ความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาทำให้เด็กป่วยเกิดประสบการณ์ด้านลบจากการที่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีบุคลากรทางการแพทย์ (Pelander & Leino-Kilpi, 2010) การทำหัตถการที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความกลัว (Phaktoop & Teeintong, 2017) ความไม่ไว้วางใจเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล (Kasonbua, Nabkasorn, & Hengudomsab, 2016) ซึ่งนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การปฏิเสธการดูแลรักษา (Khamenkan, 2011; Chivanon & Phaktoop, 2013) และทำให้ค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น (Wong, Claudet, Sorum, & Mullet, 2015)

การนำเด็กเข้ารับการตรวจรักษาของผู้ดูแล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากแรงจูงใจ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าและผลักดันให้เกิดพฤติกรรมเพื่อทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Apter, 2005) ดังนั้น

การเจ็บป่วยเฉียบพลันของเด็กที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจและนำเด็กเข้ารับการตรวจรักษาได้ จากการทบทวนวรรณกรรม (Mullet, Kpanake, Zounon, Guedj, & Muñoz Sastre, 2014; Wong et al., 2015) เกี่ยวกับการศึกษาแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กมาโรงพยาบาล โดยใช้เมตาโมติเวชัน (meta-motivation concept) เป็นแนวคิดหลัก อธิบายถึงการรับรู้ แรงจูงใจและการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ ภายใต้กระบวนการทางจิตที่มีหลายรูปแบบ ส่งผลให้แต่ละบุคคลให้ความหมายที่แตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์ (Apter, 2005) จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลนำเด็กเข้ารับการตรวจรักษา คือ ความต้องการให้เด็กได้รับการรักษาที่รวดเร็วและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น (Fieldston, Alpern, Nadel, Shea, & Alessandrini, 2012; Gindi, 2012) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็ก (Salami, Salvador, & Vega, 2012; Ogilvie, Hopgood, Higginson, Ives, & Smith, 2016) รวมไปถึงความไม่พึงพอใจของผู้ดูแลกับการบริการในการรักษาที่ผ่านมา

ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการนำเด็กเข้ารับการตรวจรักษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งด้านเด็กป่วยและผู้ดูแล โดยปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่ เพศ อายุเด็ก จำนวนบุตรของครอบครัว ลำดับที่เกิดของเด็ก การชนิดของอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา เป็นต้น

ประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วย คือ สิ่งที่คุณเคยได้เห็น หรือการกระทำที่คุณเคยให้การดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยมาก่อน ซึ่งส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ และเป็นผลต่อแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมตามประสบการณ์ที่ผ่านมา การเจ็บป่วยเฉียบพลันถือได้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก (Lamchang, Suklertrakul, Junpunyaskool, & Lamchang, 2018) ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยจะมีทักษะการดูแลและความคุ้นเคยเกี่ยวกับลักษณะอาการเจ็บป่วย แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ดูแลที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยจะทำให้การตัดสินใจนำเด็กมา

โรงพยาบาลในครั้งแรกเพิ่มขึ้น (Butun & Hemingway, 2018)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจต่อภาวะความเจ็บป่วยตามความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงต่อภาวะสุขภาพ (Becker & Maiman, 1975) โดยผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรง เนื่องจากความกลัวและกังวลในด้านภาวะสุขภาพและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วย (Butun & Hemingway, 2018) เช่น การดูดนมหรือรับประทานอาหารได้ลดลงในผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Lamchang, Niyomkar, Junpunyaskool, Lamchang, & Chontawan, 2015) โดยในผู้ดูแลที่มีความกังวลสูงจะรู้ว่าเด็กมีการเจ็บป่วยในระดับที่รุนแรงมากกว่าความเป็นจริง (Holden, Egan, Snijders, & Service, 2017) และกำหนดเป้าหมายว่าการได้รับการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่เด็กป่วยต้องได้รับ จากการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการนำเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในต่างประเทศ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุในเด็กที่มีช่วงอายุต่ำกว่า 16 ปี ผลการศึกษาอาจยังไม่สามารถอธิบายลักษณะของแรงจูงใจในการนำเด็กเข้ารับการรักษาในบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทำให้ทราบถึงแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลนำเด็กเข้ารับการรักษา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางเพื่อวางแผนให้การพยาบาล และเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย กับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. แรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

2. ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

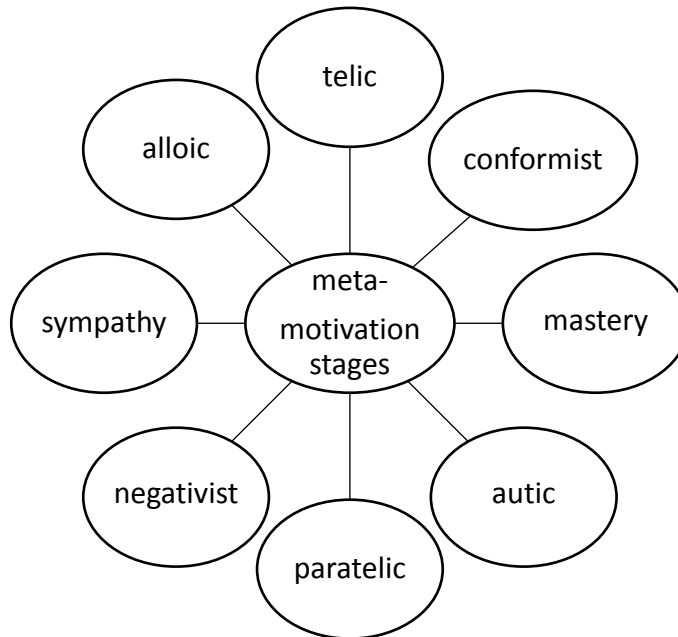
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดเมตาโมติเวชัน (metamotivation concept) ในทฤษฎีพลิกกลับ (reversal theory) ของ Apter (2005) ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพแรงจูงใจ และอารมณ์ของมนุษย์ในด้านจิตวิทยา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา แสดงให้เห็นถึงสภาวะทางจิตที่มีการจัดโครงสร้างอย่างเป็นระบบ 4 คู่ โดยแต่ละคู่แสดงถึงสภาวะทางจิตที่ตรงกันข้าม คือ 1) มุ่งเน้นเป้าหมาย-สถานการณ์ (telic-paratelic) 2) มุ่งเน้นการคล้อยตาม-ปฏิบัติตรงข้ามกับความคาดหวังทางสังคม (conformist-negativist) 3) มุ่งเน้นควบคุมสถานการณ์-ปฏิบัติจากความรู้สึกร่วม (mastery-sympathy) และ 4) มุ่งเน้นความต้องการของตนเอง-ความต้องการของผู้อื่น (autic-alloic) ซึ่งการนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาลของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับรูปแบบของสภาวะทางจิต การให้ความหมายกับสถานการณ์ ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยอาจมีปัจจัยที่มีความสำคัญและส่งผลต่อการนำเด็กมาโรงพยาบาล คือ ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย โดยหากผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยน้อย อาจทำให้ผู้ดูแลเกิด

ความกังวลได้มากและทำให้เกิดแรงจูงใจในการนำเด็ก
ป่วยมาโรงพยาบาลได้มากขึ้น และการรับรู้ความรุนแรง
ของอาการเจ็บป่วย หากผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นเด็กป่วย

มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากอาจทำให้เกิดแรงจูงใจ
ในการนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาลมากขึ้นได้

แผนภาพที่ 1 สภาวะทางจิตใจ (metamotivation stages)



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหา
ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)
กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา หรือ ยาย ของเด็ก
อายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาใน
ห้องตรวจเด็กนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาราชน
นครเชียงใหม่ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ
เจาะจง (purposive sampling) กำหนดขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์
ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น
ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (pow
er) ที่ .80 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร
(effect size) ที่ .30 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย
(Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น
3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
และเด็กป่วยเฉียบพลัน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้
ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ใช้ แบบสอบถามความ
รุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็กตามการรับรู้ของบิดา
มารดาของ Kapan, Kantawang, and Jintrawet (2010)
มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่าด้วยสายตา (Visual
Analogue Scale [VAS]) 5 ระดับ และส่วนที่ 3
แบบสอบถามแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วย
เฉียบพลันมาโรงพยาบาล จากแบบสอบถามของ Wong
et al. (2015) ซึ่งผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการ
แปลย้อนกลับ จำนวน 67 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 10 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นผู้แปลย้อนกลับ และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ เป็นผู้ตรวจสอบความตรงกันของแบบสอบถามที่แปลย้อนกลับและแบบสอบถามต้นฉบับ ด้านความถูกต้องตามหลักการใช้ภาษา ความเหมาะสมของภาษา เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามแรงจูงใจของผู้ดูแล ในการนำเด็กป่วยเย็บแผลมาโรงพยาบาลไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษา โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient [α]) ได้ค่าเท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเสนอโครงการทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ และได้รับการรับรองจริยธรรมตามเอกสารเลข ที่ 2562-EXP056 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2562 และเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้รับการรับรองจริยธรรมตามเอกสารเลขที่ NONE-2562-06414 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2562 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดย เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการ เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ได้รับผลกระทบต่อการรักษาหรือการพยาบาลที่เด็กป่วยจะได้รับ ซึ่งข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์และคณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการชี้แจงขั้นตอนรายละเอียดผ่านเอกสารการเก็บข้อมูลและทดลองเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบความเข้าใจให้ตรงกัน จากนั้นจึงเข้ารวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจเด็กนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยสำรวจรายชื่อเด็กป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นเข้าพบผู้ดูแลของเด็กป่วย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล วิธีการตอบแบบสอบถาม การขอความร่วมมือและความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้ารวบรวมข้อมูลเฉพาะวันที่ไม่ได้อยู่ในช่วงเวลาปฏิบัติงานประจำและไม่แต่งกายชุดพยาบาลขณะให้ข้อมูลและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การดูแลเด็กป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเย็บแผลมาโรงพยาบาล ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติโคโมโกรอฟ-ชามินอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงเลือกใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล จำนวน 85 ราย ส่วนใหญ่พบว่า เป็นมารดา ร้อยละ 74.1 อายุ 26-35 ปี ร้อยละ 67.1 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.9 และ เคยมีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยมาก่อน ร้อยละ 81.2 และผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของบุตรมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.4

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยเย็บแผลส่วนใหญ่พบว่า มีอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 48.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.5 เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 67.1 ใช้สิทธิการรักษา

ชำระเงิน ร้อยละ 44.7 มีการคัดกรองในระดับ less-urgency ร้อยละ 51.7 ได้รับการวินิจฉัยเป็น common cold ร้อยละ 31.8 และ ได้รับการเช็ดตัวลดไข้ ร้อยละ 73.7 และได้รับประทานยาลดไข้ ร้อยละ 65.8

3. ข้อมูลแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วย

เฉียบพลันมาโรงพยาบาลโดยภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.4 มีคะแนนแรงจูงใจในการนำเด็กมาโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงจูงใจโดยภาพรวมของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล (n=85)

ข้อมูล	ระดับคะแนน			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การ แปลผล
	น้อย	ปานกลาง	ข้อมูล			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
คะแนนแรงจูงใจ โดยรวมของผู้ดูแล (range 67-670)	1 (1.2)	31 (36.5)	53 (62.4)	470.67	77.73	ระดับมาก

4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล พบว่า ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.324, p < .01$) และการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .443, p < .01$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs)	p-value
ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย ^a	-.324	0.003**
การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ^a	.443	0.000**

หมายเหตุ ** $p < .01$

a = วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กป่วย

เฉียบพลัน จำนวน 85 ราย มีคะแนนแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 470.67, S.D. = 77.73$) สามารถอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยเฉียบพลันของเด็กป่วยร้อยละ 48.2 มีอายุระหว่าง 1-3 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ระบบภูมิคุ้มกัน

ของร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อได้ง่าย (Nurmio & Noterman, 2016) อีกทั้งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีน้อย ทำให้เด็กเล็กต้องได้รับการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่น และผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 เป็นมารดา ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผูกพันกับเด็กป่วยทางสายเลือดและเป็นเพศที่เปราะบางและวิตกกังวลง่าย (Rungreangkulkij, 2010) ดังนั้นการเจ็บป่วยเย็บแผลที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันรวดเร็วและเกิดขึ้นได้กับทุกระบบของร่างกาย (Marcano-Reik, 2013) จึงเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามผู้ดูแล (Lamchang et al., 2018) และกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาลได้ อีกทั้งผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกเข้ารับการรักษาโดยไม่ใช้สิทธิการรักษาหลัก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในศักยภาพของโรงพยาบาลในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลแรงจูงใจรายข้อที่พบว่าผู้ดูแลนำเด็กมาโรงพยาบาลเพราะเห็นว่าโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ครบถ้วนและผู้ให้บริการบริการมีความเชี่ยวชาญ โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ 9.21 และ 8.58 คะแนนตามลำดับ

แรงจูงใจในการนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาลมากที่สุดคือ ความต้องการให้เด็กในความดูแลได้รับประโยชน์จากการรักษาที่ดีที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ 9.47 คะแนน ซึ่งการกระทำของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากเหตุผลข้อนี้เป็นการกระทำที่เกิดจากสภาวะทางจิตในด้าน Alloic states ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติที่มุ่งทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น ซึ่งพบได้บ่อยในการดูแลบุตรของผู้ปกครอง (Apter, 2005) ที่มักจะมีความต้องการให้บุตรได้รับสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อชีวิตมากที่สุด และเหตุผลรองลงมาคือ ความต้องการให้เด็กในความดูแลได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ 9.38 คะแนน ซึ่งการกระทำของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากเหตุผลข้อนี้เป็นการกระทำที่เกิดจากสภาวะทางจิตในด้าน Telic states ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการบรรลุเป้าหมาย และคาดหวังให้เกิดความสำเร็จ (Apter,

2005) กล่าวคือเมื่อเด็กในความดูแลเกิดการเจ็บป่วย ผู้ดูแลจึงมีความต้องการในการแก้ปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การเจ็บป่วยของบุตรนั้นได้รับการรักษาและช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย

แรงจูงใจในการนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาลน้อยที่สุดคือ ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานและความผิดพลาดในการสั่งยาของแพทย์ที่ดูแลประจำโดยมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ 2.28 และ 3.02 คะแนนตามลำดับ ซึ่งการกระทำของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากเหตุผลข้อนี้เป็น การกระทำที่เกิดจากสภาวะทางจิตในด้าน Negativist states ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติที่แสดงถึงการไม่ยอมรับ กล่าวคือการนำเด็กมาโรงพยาบาลในครั้งนี้คือการที่ผู้ดูแลพิจารณาว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้านั้น แพทย์ประจำตัวให้การวินิจฉัยที่ผิดหรือยังมีความไม่พึงพอใจในการรักษาที่ผ่านมา จึงทำให้ต้องการเข้ารับการรักษาซ้ำอีกครั้ง เป็นต้น (Apter, 2005)

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเย็บแผลมาโรงพยาบาล

ผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเย็บแผลมาโรงพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเย็บแผลมาโรงพยาบาล ($r_s = -.324, p < .01$) ดังตารางที่ 2 เนื่องจากการมีประสบการณ์ในการจัดการอาการผิดปกติที่น้อยทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดความกังวลและความห่วงใยในความเจ็บป่วยของเด็กได้มากกว่า (Butun & Hemingway, 2018; Wong et al., 2015) ประกอบกับผลการศึกษพบว่า ข้อมูลเด็กป่วยที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 1-3 ปีและเป็นบุตรคนแรกของครอบครัว ดังนั้นการเจ็บป่วยเย็บแผลที่เกิดขึ้นจึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลกับสถานการณ์หรือเกิดความไม่แน่ใจกับการเจ็บป่วยที่ยังไม่คุ้นเคย จึงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาล

ซึ่งการกระทำดังกล่าวเกิดจากสภาวะจิตใจในด้าน Telic states ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติที่มุ่งเน้นถึงผลลัพธ์ และการคาดหวังให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวัง (Apter, 2005) ดังข้อมูลเหตุผลหลักที่ผู้ดูแลนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล คือ ความต้องการให้เด็กในความดูแลได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ 9.38 คะแนน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong et al. (2015) พบว่าครอบครัวที่มีบุตรคนแรกมักจะมีประสบการณ์ในการจัดการอาการเจ็บป่วยที่น้อย จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลเพิ่มขึ้นและทำให้เกิดเป็นแรงจูงใจจากภายในตัวบุคคลที่ทำให้ผู้ดูแลนำเด็กเข้ารับการตรวจรักษา และการศึกษาของ Neill, Jones, Lakhanpaul, Roland, and Thompson (2016) พบว่าผู้ดูแลที่พาเด็กเข้ารับการตรวจรักษาในครั้งแรกจะขอคำแนะนำในการดูแลบุตรอย่างรวดเร็วจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เนื่องจากขาดความมั่นใจและประสบการณ์ในการจัดการด้านสุขภาพของเด็ก เป็นต้น

ผลการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาล ($r_s = .443, p < .01$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเป็นความคิดและความเชื่อของบุคคลนั้นๆ ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Becker & Maiman, 1975) และการรับรู้ความรุนแรงด้านผลกระทบทางลบจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางจิตวิทยา ได้แก่ ความกลัว หรือความวิตกกังวลที่สูงเกินไป จากผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจรายข้อในเรื่องของความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการเจ็บป่วยของบุตรนั้นมีคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ที่ 7.21 คะแนน และในด้านของความต้องการข้อมูลสภาวะสุขภาพของบุตรเนื่องมาจากการพบโรคระบาดในช่วงระยะเวลานี้ เท่ากับ 8.29 คะแนน ซึ่งจากข้อมูลชนิดของอาการเจ็บป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เข้าพบแพทย์ด้วยการเจ็บป่วยในกลุ่มอาการไข้เฉียบพลันและกลุ่มอาการทางระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 44.7 และ 41.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับการ

ศึกษาของ Kalidindi, Mahajan, Thomas, and Sethuraman (2010) เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลที่นำเด็กเข้ารับการตรวจในแผนกฉุกเฉินกุมารเวชกรรมพบว่า ร้อยละ 70 ผู้ดูแลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของเด็กที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่เร่งด่วน และต้องได้รับการดูแลภายใน 24 ชั่วโมง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจในแรงจูงใจของผู้ดูแลในการตัดสินใจนำเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นำไปสู่การวางแผนให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพเด็กป่วยที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล โดยการใช้สื่อหรือการสาธิตย้อนกลับเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ ลดความวิตกกังวล และสามารถให้การดูแลเด็กป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ดูแลในการตัดสินใจนำเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้านโดยคำนึงถึงประสบการณ์ การรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย เพื่อให้ข้อมูลได้ตรงตามความต้องการเพื่อนำกลับไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัย ควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแรงจูงใจของผู้ดูแลในการนำเด็กป่วยเฉียบพลันมาโรงพยาบาลในบริบทของไทยให้เป็นมาตรฐาน และการศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาล ในด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล ความเชื่อ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น
2. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้

ดูแลสามารถดูแลเด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. การพัฒนาแอปพลิเคชันในการให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพเด็กป่วยเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

- Apter, M. J. (2005). *Personality dynamic*. Retrieved from http://michaelapter.net/wp-content/uploads/2016/04/Personality_Dynamics.pdf.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The health belief model: origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monography*, 2(4), 336-385.
- Butun, A., & Hemingway, P. (2018). A qualitative systematic review of the reasons for parental attendance at the emergency department with children presenting with minor illness. *International Emergency Nursing*, 36(1), 56-62.
- Carlson, G. (2008). *What's the difference between a chronic illness and an acute illness*. Retrieved from <http://missourifamilies.org/quick/healthqa/healthqa15.htm>
- Chivanon, N., & Phaktoop, M. (2013). Factors influencing separation anxiety of pre-school children as perceived by mothers in child care center, Chon Buri Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(1), 161-175. (In Thai)
- Fieldston, E. S., Alpern, E. R., Nadel, F. M., Shea J. A., & Alessandrini, E. A. (2012). A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department: Parent and health professional opinions. *Pediatric Emergency Care*, 28(3), 220-225. doi.org/10.1097/PEC.0b013e318248b431
- Gindi, R. M. (2012). Monitoring pediatric emergency room use with the national health interview survey. In *Proceedings of the national conference on health statistics*. Washington, DC: Nation center for health statistics.
- Holden, B., Egan, M., Snijders, V., & Service S. (2017). *Why do parents bring children with minor illness to emergency and urgent care departments*. *Connecting care for children*. Retrieved from <http://38r8om2xjhhl25mw24492dir-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2017/12/Why-do-parents-bring-children-with-minor-illness-to-emergency-and-urgentcare-Departments-FINAL-BIT.pdf>
- Kalidindi, S., Mahajan, P., Thomas, R., & Sethuraman, U. (2010). Parental perception of urgency of illness. *Pediatric Emergency Care*. 26(8), 549-553. doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181ea71b3
- Kapan, K., Kantawang, S., & Jintrawet, U. (2010). Parent participation in caring for critically ill children in pediatric intensive care unit and related factors. *Nursing Journal*, 37(3), 62-75. (In Thai)
- Kasonbua, P., Nabkasorn, C., & Hengudomsub, P. (2016). Effect of humor media program on fear of school-age children receiving intravenous infusion. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(2), 61-71. (In Thai)

- Khamenkan, K. (2011). Children's thoughts and feelings during hospitalization: Nursing management. *Journal of Nursing Science & Health*, 34(3), 75-87. (In Thai)
- Lamchang, S., Niyomkar, S., Junpunyaskool, O., Lamchang, P., & Chontawan, R. (2015). Factors related to perceived severity of illness among caregivers of children with respiratory infection. *Nursing Journal*, 42(3), 13-23. (In Thai)
- Lamchang, S., Suklertrakul, T., Junpunyaskool, O., & Lamchang, P. (2018). Perception of illness among caregivers of children with acute illness and related factors. *Nursing Journal*, 45(1), 75-86. (In Thai)
- Marcano-Reik, A. J. (2013). Acute disease. In Gellman, M. D., & Turner, J. R. (Eds.). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer.
- Mullet, E., Kpanake, L., Zounon, O., Guedj, M., & Muñoz Sastre, M. T. (2014). Putting reversal theory's model of four domains of experience in the hot seat. *Journal of Motivation, Emotion, and Personality*, 2(1), 1-9. doi.org/10.12689/jmep.2014.201
- Neff, M. C., & Spray, M. (1996). *Introduction to maternal and child health nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Neill, S. J., Jones, C. H., Lakhanpaul, M., Roland, D. T., & Thompson, M. J. (2016). Parents' helpseeking behaviors during acute childhood illness at home: A contribution to explanatory theory. *Journal of Child Health Care*, 20(1), 77-86. doi.org/10.1177/1367493514551309
- Nurmio, A., & Noterman, H. (2016). *Common infectious diseases in children aged 0-5 years, and treatment at Home: A guidebook for parents and health care professionals*. Finland: Lahti University.
- Ogilvie, S., Hopgood, K., Higginson, I., Ives, A., & Smith, J. E. (2016). Why do parents use the emergency department for minor injury and illness: A cross sectional questionnaire. *Journal of the Royal Society of Medicine Open*, 7(3), 1-10. doi.org/10.1177/2054270415623695
- Pelander, T., & Leino-Kilpi, H. (2010). Children's best and worst experiences during hospitalization. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 726-733. doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x
- Phaktoop, M., & Teeintong, K. (2017). Separation anxiety in young children admitted to the hospital. *Eastern Asia University Heritage Journal*, 11(2), 40-48. (In Thai)
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Rungreangkulkij, S. (2010). Gender and mental health. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 55(1), 109-118. (In Thai)
- Salami, O., Salvador, J., & Vega, R. (2012). Reasons for nonurgent pediatric emergency department visits. *Pediatric Emergency Care*, 28(1), 43-46. doi.org/10.1097/PEC.0b013e31823f2412.
- Wong, A., Claudet, I., Sorum, P., & Mullet, E. (2015). Why do parents bring their children to the emergency department: A systematic inventory of motives. *International Journal of Family Medicine*, 2015, 1-10.

World Health Organization [WHO]. (2017). *Levels and trends in child mortality report 2017*. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2017/en/

ปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

Factors Predicting Family Management among Caregivers of Children with Asthma

สิริกานต์	สุทธิสมพร *	Sirikran	Sutthisompohn *
สุธิศา	ลำมช้าง **	Suthisa	Lamchang **
อุษณีย์	จินตะเวช ***	Usanee	Jintrawet ***

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นปัญหาสุขภาพโรคหนึ่งในเด็กที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและผู้ดูแล วัตถุประสงค์ของการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวและปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่เดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2562 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 119 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด แบบสอบถามความรุนแรงของโรคหืด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า

1. การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 134.06$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการครอบครัวด้านง่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 62.89$) และค่าเฉลี่ยคะแนนจัดการครอบครัวด้านยากอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 71.16$) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กโรคหืดสามารถจัดการครอบครัวได้ง่าย
2. ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด คือ ความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .268, p < .05$) และทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ร้อยละ 7.20 ($R^2 = .072$)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการประเมินความรุนแรงของโรคหืดและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อลดความรุนแรงของโรคหืดและส่งเสริมการจัดการครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว ผู้ดูแล เด็กโรคหืด

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 15 ตุลาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 22 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 14 สิงหาคม 2562

Abstract

Asthma is one of the health problems affecting children and their caregivers. This predictive correlational research studied family management and predictive factors of family management among caregivers of children with asthma. The sample, selected using purposive sampling, comprised 119 caregivers of children with asthma aged from 1 month to 5 years visiting the pediatric out-patient departments at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital and Hatyai Hospital from April to June 2019. The instruments for data collection included the Asthma Knowledge Questionnaire, the Asthma Severity Questionnaire, the Social Support Questionnaire, and the Family Management Measure. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that:

1. The overall mean scores of family management factors among caregivers of children with asthma were at a moderate level ($\bar{X} = 134.06$). The mean scores of easy dimensions were at a high level ($\bar{X} = 62.89$), and the mean scores of the difficult dimensions of family management were at a low level ($\bar{X} = 71.16$). It was shown that the caregivers could easily perform family management.

2. The predictive factor of family management among caregivers of children with asthma was asthma severity. Asthma severity showed a statistically significant positive correlation with family management ($r=.268, p<.05$), and it was able to predict family management 7.20 ($R^2 = .072$).

This study could be served as preliminary information in developing asthma severity assessment guidelines and nursing practice guidelines to decrease asthma severity and promote more effective family management.

Keywords: *Family management, Caregiver, Asthma Children*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2560 พบเด็กไทยโรคหืดมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนเด็กไทยทั้งหมด มีอาการรุนแรงร้อยละ 2 ของจำนวนเด็กโรคหืดทั้งหมด อัตราการเสียชีวิตอยู่ในช่วง 3-5 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 10 อันดับแรกของประเทศไทย (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2017) การรักษาเด็กโรคหืดอายุ 5 ขวบปีแรกมีเป้าหมายหลักเพื่อควบคุมอาการของโรคและลดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute asthmatic attack) (Global Initiative for Asthma, 2018) ซึ่งเด็ก 5 ขวบปีแรกเป็นวัยที่ยังไม่มีศักยภาพและ

ความสามารถในการดูแลตนเอง ครอบครัวจึงต้องมีการจัดการเพื่อให้ดูแลเด็กโรคหืดให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ตามแนวคิดของ Grey, Knafel, and McCorkle (2006) การจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง (family management) หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างเป็นระบบของสมาชิกในครอบครัวต่อเด็กโรคเรื้อรัง การจัดการจะง่ายหรือยากขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย เช่น อาการของโรค ความรุนแรงหรือแผนการรักษา 2) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล เป็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ ลักษณะ

บุคลิกและอุปนิสัย เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านลักษณะของครอบครัว เช่น ลักษณะเศรษฐกิจ โครงสร้างของครอบครัว บทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว และบทบาททางสังคม 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ชุมชน และระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการจัดการครอบครัว (Grey et al., 2006) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้านี้ศึกษาเฉพาะการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก (child's daily life) 2) ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย (condition management ability) 3) ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย (condition management effort) 4) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว (family life difficulty) และ 5) ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย (view of condition impact) ส่วนด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง (parental mutuality) ไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากผู้ที่มีเด็กโรคหืดมารักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์และโรงพยาบาลหาดใหญ่ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัว ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้านสัมพันธภาพได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด ดังการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยหอบหืดตามแนวคิดของ Grey et al. (2006) พบว่าครอบครัวมีการจัดการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ทำนายการจัดการของครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Samruern, Wacharasin, & Pongjaturawith, 2007) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว 3 ด้าน คือ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Watthanachai, Aree, & Lamchang, 2016; Chawsarn, Jintrawet, & Lamchang, 2018) และการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ

การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่า ผลลัพธ์การจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Maharsaro, Suwonnaroop, & Watthayu, 2017) จากการศึกษาดังกล่าวที่พบว่า ครอบครัวเด็กโรคหืดมีการจัดการตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก แปลผลได้ว่าผู้ดูแลในบางครอบครัวยังไม่สามารถจัดการความเจ็บป่วยของเด็กโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากเท่าที่ควร

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลของเด็กโรคหืด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเป็นปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลอันจะนำไปสู่การคิดและการตัดสินใจเพื่อจัดการดูแลเด็กโรคหืด โดยเมื่อให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติ บิดา มารดาจะมีการปฏิบัติและดูแลเด็กได้ดีขึ้น (Suksawat, Lamchang, & Jintrawet, 2012) ดังนั้น หากผู้ดูแลมีความรู้จะมีพฤติกรรมการดูแลและการจัดการเด็กโรคหืดที่ดี (Lamchang, Niyomkar, Junpunyaskool, Lamchang, & Chontawan, 2015; Chawsarn et al., 2018) สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ร้อยละ 70 และหากผู้ดูแลมีความรู้ในระดับต่ำ จะเพิ่มความรุนแรงของโรคได้ร้อยละ 90.60 (Kuti & Omole, 2016)

ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กโรคหืดเป็นปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งหากเด็กโรคหืดมีความรุนแรงของโรคน้อยผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวโดยรวมได้ดีกว่าในเด็กโรคหืดที่มีความรุนแรงมาก (Watthanachai et al., 2016) เนื่องจากเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรงมากจะมีการดูแลที่ซับซ้อนและยุ่งยาก นอกจากนี้พบว่าความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการของครอบครัว 6 ด้าน แต่ไม่ทำนายการจัดการของครอบครัวได้ (Samruern et al., 2007)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านลักษณะสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ดูแลที่มีการจัดการครอบครัวดีเกิดจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก (Samruern et al., 2007) เช่นเดียวกับครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดที่ดี (Chawsarn et al., 2018) และ

สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ (Maharsaro et al., 2017)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการจัดการได้ดีหากเด็กโรคหืดมีความรุนแรงของโรคน้อย และหากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดที่ตีตร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม เหมาะสมตามความต้องการของครอบครัวจะนำไปสู่การคิดและการตัดสินใจเพื่อจัดการดูแลเด็กโรคหืดที่มีประสิทธิภาพ ครอบครัวมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและมีการจัดการต่อเด็กโรคหืดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลของเด็กโรคหืดอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี โดยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวเด็กโรคหืดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ($r > .3$) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืด และการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน โดยกำหนดนิยามตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร กับการจัดการครอบครัว 5 ด้าน ตามกรอบแนวคิดการจัดการของครอบครัวที่มีเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Grey et al., 2006) คือ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการร่วมกันวางแผนส่งเสริมสุขภาพให้ครอบครัวสามารถจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด และศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกศึกษากรอบแนวคิดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังของ Grey et al. (2006) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของครอบครัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะความเจ็บป่วย ด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านลักษณะของครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม 2) การจัดการครอบครัวในเด็กโรคเรื้อรังมี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย และด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง และ 3) ผลการจัดการครอบครัว เป็นการจัดการด้านง่าย (easy aspect of family management) และด้านยาก (difficulty aspect of family management) (Knaf, Deatrick, & Havill, 2012)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Grey et al. (2006) โดยผลการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดจะด้านง่ายหรือยากขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคหืด และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เด็กโรคหืดได้รับการจัดการและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคหืด และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม อาจร่วมทำนายการจัดการ

ครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของเด็กโรคหืดอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์และโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติ คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลของเด็กโรคหืดอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี มีหน้าที่จัดการ ตัดสินใจการรักษา และอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับเด็กโรคหืดนานกว่า 1 เดือน 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูดภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ที่ .95 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ใช้ค่า effect size ขนาดกลาง มีค่า $R^2 = .13$ และหาค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนายแทนค่าในสูตร (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 119 ราย คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (pro- portional sampling) จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์จำนวน 35 รายและโรงพยาบาลหาดใหญ่จำนวน 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และของเด็กโรคหืด 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืด จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหืด สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืดและการจัดการ การรักษาและการใช้ยา และอาการกำเริบของโรคหืด โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นเลือกตอบถูกผิด (Sattabud, 2017) 3) แบบสอบถามความรุนแรงของโรคหืดในเด็กโรคหืด จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการเกิดอาการหืด อาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอกในตอนกลางคืน อาการไอหายใจมีเสียงหวีด ระหว่างที่ไม่มีอาการหืด ความทนในการออกกำลังกาย

การใช้ยาขยายหลอดลม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเข้ารับการรักษาในหอดูแลหรือคลินิก โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ (Prombuasri, 1994) 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) จำนวน 34 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร แต่ละด้านมีข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้รับ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับภาษาจากชื่อโรคหืดใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคหืด โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (Wattana et al., 2018) และ 5) แบบสอบถามการจัดการครอบครัวตามแนวคิดของ Grey et al. (2006) ที่มีการแปลย้อนกลับ จาก Family Management Measure (FaMM) (Knafl et al., 2012) 5 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (Wattana et al., 2018)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขเนื้อหาจึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เนื่องจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืด แบบสอบถามความรุนแรงของโรคหืดในเด็กโรคหืด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

และแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .96 .98 และ .97 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการจัดการครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย แปรผกผันจากต้นฉบับมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .15 - .64 (Knafl et al., 2009)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลเด็กโรคหัดมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .89 แบบสอบถามความรุนแรงของโรคหัดในเด็กโรคหัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมจากการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84 และ .87 ตามลำดับ และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว 5 ด้าน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นเป็นรายด้านได้เท่ากับ .88 .85 .87 .86 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลของเด็กโรคหัดอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี จำนวน 119 ราย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกพิเศษกุมารเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามคืนทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 049/2019 วันที่ 4 มีนาคม 2562 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเอกสารรับรองเลขที่ 17/2562 วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2562 และโรงพยาบาลหาดใหญ่เอกสารรับรองเลขที่ 39/2562 วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นดำเนินการขอความยินยอมสมัครใจการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่มีการบังคับ แล้วจึงดำเนินการขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติจากการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และการแสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัดและเด็กโรคหัด ความรู้เกี่ยวกับโรคหัด ความรุนแรงของโรคหัด การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดโดยรวมและรายด้าน และวิเคราะห์ข้อมูลอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหัด ความรุนแรงของโรคหัด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดทั้ง 5 ด้าน โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (step-wise multiple regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคหัด พบว่า ร้อยละ 81.50 เป็นมารดา ร้อยละ 76.50 มีอายุระหว่าง 21 ถึง 40 ปี ร้อยละ 85.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 48.70 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 42.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.70 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.50

มีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท และร้อยละ 75.60 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืดรายอื่น ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืด พบว่า ร้อยละ 63.00 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 3 ปี ถึง 5 ปี ร้อยละ 69.70 เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.30 เริ่มมีอาการหืดเมื่ออายุ 1 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 70.60 ไม่มีอาการหืดกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 40.30 เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการหืดกำเริบมากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 78.20 รับประทานยาหยดตลอด และสิ่งที่เด็กสัมผัสแล้วทำให้เกิดอาการหืด 3 อันดับแรก ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ และควันบุหรี่ ควันไฟ ควันท่อไอเสียรถยนต์ คิดเป็นร้อยละ 84.90 48.70 และ 46.20 ตามลำดับ

2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืด การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

2.1 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่า ร้อยละ 52.10 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความรู้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 47.90 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความรู้ในระดับมาก

2.2 ข้อมูลความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืด พบว่า ร้อยละ 64.70 ของเด็กมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 31.90 มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง และร้อยละ 3.40 มีความรุนแรงของโรคในระดับมาก

2.3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและระดับมากใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 52.90 และ 47.10 ตามลำดับ ($\bar{X} = 124.06$) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 34.86$ และ 26.58 ตามลำดับ) ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากรได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 134.06$ 34.69 และ 27.91 ตามลำดับ) ผู้ดูแลทุกราย

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 จากแหล่งต่าง ๆ เท่ากันทุกด้าน โดยแหล่งที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ จากบุคคลที่มีความใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน รองลงมาคือ จากบุคลากรสหวิชาชีพ จากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม และจากกลุ่มช่วยเหลือตนเอง คิดเป็นร้อยละ 97.50 63.00 58.80 และ 18.50 ตามลำดับ

2.4 ข้อมูลการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่า ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 134.06$) โดยการจัดการด้านง่าย คือ การจัดการด้านชีวิตประจำวันของเด็กและด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการจัดการครอบครัวด้านง่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 62.89$) แสดงว่าผู้ดูแลสามารถจัดการด้านนี้ได้ง่าย โดยมีความยากลำบากในการจัดการน้อย หรือไม่มีความยากลำบากในการจัดการ ส่วนการจัดการด้านยาก คือ การจัดการด้านความพยายามในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวและด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการจัดการครอบครัวด้านยากอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 71.16$) แสดงว่าผู้ดูแลสามารถจัดการด้านนี้ได้ง่าย โดยมีความยากลำบากในการจัดการน้อยหรือไม่มีความยากลำบากในการจัดการ เช่นเดียวกัน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดโดยรวมและรายด้าน (n=119)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าคะแนน ต่ำสุด (min)	ค่าคะแนน สูงสุด (max)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	คะแนน ระดับ การจัดการ ครอบครัว
การจัดการครอบครัวโดยรวม (range=45-225)	134.06	105.00	160.00	10.78	ปานกลาง
การจัดการครอบครัวรายด้าน					
การจัดการครอบครัวด้านง่าย (range=17-85)	62.89	48.00	84.00	8.35	สูง
การจัดการครอบครัวด้านยาก (range=38-190)	71.16	32.00	103.00	14.07	ต่ำ

3. ข้อมูลอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหัด ความรุนแรงของโรคหัด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรุนแรงของโรคหัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .268$, $p < .05$) และสามารถทำนายการจัดการ

ครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดได้ ร้อยละ 7.20 ($R^2 = .072$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคหัดและการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดได้ ($r = .002$, $p > .05$ และ $r = -.101$, $p > .05$ ตามลำดับ) ซึ่งจะไม่นำเสนอรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัด (n=119)

ตัวแปรทำนาย	b	B	t	p-value
ความรุนแรงของโรคหัด	.268	.739	3.015	.003

$$F=9.088, SE_{est} = \pm 10.433$$

$$R=.268, R^2=.072, \text{Adjusted } R^2=.064$$

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัดมีการจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณา

การจัดการครอบครัวด้านง่ายและด้านยาก พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัดสามารถจัดการครอบครัวได้ง่าย ไม่มีความยากลำบากในการจัดการหรือมีความยากลำบากในการจัดการน้อย โดยผู้ดูแลเด็กโรคหัดมีคะแนนการจัดการครอบครัวด้านง่าย คือ ด้านชีวิตประจำวันของเด็กและ

ด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Grey et al. (2006) อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของเด็กโรคหืดสำคัญที่สุดในครอบครัว ไม่เป็นอุปสรรคต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ครอบครัวยังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และการจัดการกับความเจ็บป่วยของเด็กโรคหืดไม่ได้ทำให้ชีวิตครอบครัวยากลำบากมากขึ้น (Knafl et al., 2012) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นมารดา จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาและมีอายุระหว่าง 21-40 ปี เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง สามารถคิดและตัดสินใจได้เอง จึงมีการจัดการดีกว่าผู้ดูแลอายุน้อย ร่วมกับผลการวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ในระดับปานกลางและมาก (ร้อยละ 52.10 และ 47.90 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ดูแลที่มีความรู้ในระดับน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังของ Sheng, Ma, Ding, and Zhang (2018) ที่พบว่าการศึกษาของมารดาเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวด้านง่าย ($r = .14$, $p < .05$) นอกจากนี้เด็กโรคหืดไม่มีการหืดกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 70.60) มีความรุนแรงของโรคน้อย (ร้อยละ 64.70) ทำให้ผู้ดูแลเห็นว่าเด็กโรคหืดมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่แตกต่างจากเด็กวัยเดียวกันแม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด การจัดการดูแลเด็กโรคหืดจึงเป็นเรื่องที่ง่าย โดยผู้ดูแลจะสนใจเอาใจใส่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไป ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอเหมาะสมตามวัย (Chawsarn et al., 2018) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีลักษณะการเจ็บป่วยของโรคเป็นโรคเรื้อรังเหมือนกับโรคหืด พบว่า การจัดการครอบครัวทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางและมีการจัดการที่ง่าย ไม่มีความยากลำบากหรือมีความยากลำบากในการจัดการน้อยเช่นเดียวกัน (Wattana et al., 2018)

การจัดการครอบครัวด้านยาก คือการจัดการด้านความพยายามในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย

ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวและด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย (Grey et al., 2006) พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีคะแนนการจัดการครอบครัวด้านยากอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าถึงแม้ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการจัดการได้ง่าย ไม่มีความยากลำบากหรือมีความยากลำบากในการจัดการน้อย แต่การจัดการครอบครัวโดยรวมมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า เด็กเริ่มมีอาการหืดครั้งแรกเมื่ออายุ 1 เดือนถึง 1 ปี (ร้อยละ 56.30) และสิ่งที่กระตุ้นให้เด็กโรคหืดมีอาการหืดกำเริบ ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ และควันบุหรี่ ควันไฟ ควันท่อไอเสียรถยนต์ ซึ่งเด็กจะมีหลอดลมขนาดเล็กและแคบกว่าในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ มีการตีบแคบง่าย ภูมิต้านทานของร่างกายน้อย เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (Watthanachai et al., 2016) ประกอบกับเด็กอาศัยอยู่ในภาคใต้ที่มีลักษณะภูมิอากาศแบบร้อนชื้น อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อย และสภาพอากาศในปัจจุบันที่มีมลภาวะมากขึ้น ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เด็กมีอาการหืดกำเริบโดยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้และหลีกเลี่ยงได้ยาก ทำให้การจัดการครอบครัวไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การรักษาเด็กโรคหืด เด็กยังมีอาการหืดกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล (ร้อยละ 29.40 และ ร้อยละ 69.70 ตามลำดับ) เด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว หน้าที่การดูแลเด็กจึงอยู่ที่มารดาเพียงบุคคลเดียว อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืดรายอื่นมาก่อน (ร้อยละ 75.60) ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและค้าขาย (ร้อยละ 27.70 และ 27.00 ตามลำดับ) ทำให้ไม่มีเวลาดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างเต็มที่ และอาจขาดทรัพยากรที่ส่งผลต่อความพร้อมในการจัดการดูแลเด็กโรคหืดผู้ดูแลเด็กโรคหืด เนื่องจากผู้ดูแลมีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 44.50) ซึ่งลักษณะเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัจจัยด้านลักษณะของครอบครัวที่ส่งผลต่อการจัดการ

ครอบครัว (Grey et al., 2006) โดยผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาสถานะทางการเงินและมีเวลาในการดูแลเด็กโรคหืดอย่างเต็มที่ จะมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวอยู่ในระดับสูง (Wattchanachai et al., 2016) จึงยังคงมีผู้ดูแลในบางครอบครัวที่ไม่สามารถจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้ดีเท่าที่ควร ดังผลการศึกษาที่พบว่าการจัดการครอบครัวโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น อาจเป็นไปได้ว่ายังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.268, p<.05$) และสามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ร้อยละ 7.20 ($R^2=.072$) (ตารางที่ 2) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ($r=.002, p>.05$ และ $r=-.101, p>.05$ ตามลำดับ)

เด็กโรคหืดมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 64.70) และไม่มีอาการหืดกำเริบในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 70.60) อธิบายได้ว่าความรุนแรงของโรคหืดในระดับน้อย มีอาการและอาการแสดงของโรคหืดน้อย ไม่เกิดการจับหืด จึงมีการจัดการที่ไม่ยุ่งยากและซับซ้อน ไม่ส่งผลกระทบหรือส่งผลกระทบต่อทั้งเด็กและผู้ดูแลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อาจเป็นเพราะช่วงที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นฤดูร้อนต่อเนื่องไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น มลภาวะหมอกควันจากช่วงฤดูเผาไหม้ในประเทศอินโดนีเซียที่ปกคลุมมาอย่างภาคใต้ของประเทศไทย เด็กโรคหืดยังมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกับเด็กปกติในวัยเดียวกันแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลางหรือมีการจัดการได้ง่าย สามารถดูแลให้เด็กได้รับยาพ่นขยายหลอดลมแม้ว่าจะไม่มีอาการไอ หรือ

หายใจมีเสียงหวีด เนื่องจากเด็กโรคหืดได้รับยาพ่นขยายหลอดลมและใช้ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับยารับประทานเพื่อควบคุมอาการหืดกำเริบ (ร้อยละ 78.20 และร้อยละ 16.80 ตามลำดับ) ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการจัดการด้านลักษณะการเจ็บป่วยในระดับสูงจะสามารถดูแลให้เด็กได้รับยารับประทานหรือยาพ่นขยายหลอดลมทันทีตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อเด็กโรคหืดมีอาการเตือนก่อนมีอาการหืด (Chawsarn et al., 2018) ดังนั้น เด็กโรคหืดที่มีความรุนแรงของโรคน้อย ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการจัดการดูแลอยู่ในระดับดีสามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Wattchanachai et al., 2016) และเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรงน้อยครอบครัวจะมีการจัดการที่ดีกว่าในเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรงมาก แต่ไม่สามารถทำนายการจัดการของครอบครัวได้ เนื่องจากอาจมีความแตกต่างกันของระบบบริการสุขภาพและบริบททางสังคม อีกทั้งเด็กส่วนใหญ่ยังคงมีความรุนแรงของโรคในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 85.10) (Samruern et al., 2007) ทั้งนี้การจัดการครอบครัวกับสภาพความเจ็บป่วยของโรคหืดที่ไม่ถูกต้องจะเป็นสาเหตุให้เด็กโรคหืดมีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้นได้เช่นกัน (Kuti & Omole, 2016)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคหืดที่ทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดให้มีประสิทธิภาพได้ ส่วนปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ อธิบายได้จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดอยู่ในระดับปานกลางถึงมากได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก แต่เด็กโรคหืดมีความรุนแรงของโรคน้อย ซึ่งปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและด้านการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน (House, 1981) เป็นปัจจัยป้องกัน (protective factor) และปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) (Grey et al., 2006) ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคน้อย อาจทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการ

สนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน (House, 1981) เป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการครอบครัว ทั้งนี้เป็นการศึกษาในโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน อยู่ในบริบทที่มีคลินิกเฉพาะในการรักษา มีความเฉพาะเจาะจง ได้รับการรักษา คำแนะนำ ช่วยเหลือและได้รับความรู้จากบุคลากรสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางและมากใกล้เคียงกัน อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าเด็กโรคหืดมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกับเด็กในวัยเดียวกัน การเจ็บป่วยด้วยโรคหืดไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และไม่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว จึงไม่มีผลกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด คือ ความรุนแรงของโรคหืดสามารถนำไปเป็นแนวทางการประเมินความรุนแรงของโรคหืด พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของโรคหืดและส่งเสริมการจัดการครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรง และศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหืดที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นในด้านการช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการกำเริบของโรคหืด รวมถึงมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มเด็กโรคหืดแต่ละช่วงอายุ เนื่องจากอาจมีความแตกต่างของปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้
2. ควรมีการศึกษากิจการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดให้ครบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านชีวิตประจำวันของเด็ก การจัดการด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย การจัดการด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย การจัดการด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว การจัดการด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย และการจัดการด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง
3. การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กโรคหืดมีผลต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด จึงควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง วิจัยทดลอง เป็นลำดับต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Chawsarn, O., Jintrawet, U., & Lamchang, S. (2018). *Factors related to management behaviors among caregivers of children with asthma* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Global Initiative for Asthma. (2018). *Global strategy for asthma management and prevention (2018 update)*. Retrieved from <https://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>.
- Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook*, 54(5), 278-286. doi:10.1016/j.outlook.2006.06.004.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Knafl, K., Deatrick, J. A., Gallo, A., Dixon, J., Grey, M., Knafl, G., & O'malley, J. (2009). Assessment of the psychometric properties of the family management measure. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(5), 494-505.

- 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.
- Kuti, B. P., & Omole, K. O. (2016). Factors associated with caregivers' knowledge about childhood asthma in Ilesa, Nigeria. *Annals of Nigerian Medicine*, 10(1), 30-36. doi:10.4103/0331-3131.189806.
- Lamchang, S., Niyomkar, S., Junpunyaskool, O., Lamchang, P., & Chontawan, R. (2015). Factors related to perceived severity of illness among caregivers of children with respiratory infection. *Nursing Journal*, 42(3), 13-23. (In Thai)
- Maharsaro, P., Suwonnaroop, N., & Watthayu, N. (2017). Factors predicting caring behaviors among caregivers of 1-6 years old asthmatic children. *Journal of Nursing Science*, 35(2), 64-73. (In Thai)
- Prombuasri, P. (1994). *The comparative study of health belief and compliance in mothers of children different asthmatic control* (Master's thesis), Mahidol University. (In Thai)
- Samruern, S., Wacharasin, C., & Pongjaturawith, Y. (2007). *Factors affecting family management in family with asthmatic children* (Master's thesis), Burapha University. (In Thai)
- Sattabud, M. (2017). Asthma knowledge, level of control and quality of life in asthmatic children at Lahansai Hospital. *Journal of The Department of Medical Services*, 42(3), 40-46. (In Thai)
- Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2018). Family management affecting transition readiness and quality of life of Chinese children and young people with chronic diseases. *Journal of Child Health Care*, 22(3), 470-485. doi: 10.1177/1367493517753712
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2017). *Public health statistic A.D. 2017*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Suksawat, S., Lamchang, S., & Jintrawet, U. (2012). Effect of coaching on care practices among parents of children with asthma. *Nursing Journal*, 39(4), 1-15. (In Thai)
- Watthanachai, P., Aree, P., & Lamchang, S. (2016). Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers. *Nursing Journal*, 43(2), 1-12. (In Thai)
- Wattana, S., Jintrawet, U., & Lamchang, S. (2018). *Factors related to family management in families having children with congenital heart disease* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก

Factors Related to Preschool Children Emotional Quotient Promoting Practices Among Primary Caregivers

ชนิชา	ไชยตันเทือก *	Chanicha	Chaitonthueg *
พิมพาภรณ์	กลั่นกลิ่น **	Pimpaporn	klunklin **
มาลี	เอื้ออำนวย **	Malee	Urharmnuay **

บทคัดย่อ

การปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ให้แก่เด็กวัยก่อนเรียน จะช่วยให้เด็กแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก และการสนับสนุนทางสังคม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ในจังหวัดนครพนม 4 แห่ง จำนวน 85 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ดูแลหลัก แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบไคยเรียล และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 80.00 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.35$, S.D.=0.34)
2. ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.289$, $r=463$, $p<.01$ ตามลำดับ)
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.291$, $p<.01$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการวางแผนทางส่งเสริม และให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้ปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ เด็กวัยก่อนเรียน ผู้ดูแลหลัก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

* นักศึกษามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Graduate student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, c.chaitonthueg@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 16 ตุลาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 4 มิถุนายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 26 ตุลาคม 2561

Abstract

Emotional intelligence promoting practices to preschool children could help children express emotion and interaction with others. The purposes of this descriptive correlational study were to explore preschool children's emotional quotient promoting practices among primary caregivers and related factors, personal factors of primary caregivers and social support. The samples, selected by purposive sampling, included 85 primary caregivers of preschool children aged 3-5 years who received care at the four large child development centers at Nakhon Panom Province. Data were collected from January to March 2018. The research instruments consisted of the Demographic Questionnaire of Child and Primary Caregivers, the Caregiver's Perceived Help and Social Support Questionnaire, and the Primary Caregivers' Practice on Promoting Emotional Intelligence of Children Aged 3-5 years old Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Biserial correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Eighty percent of primary caregivers had a mean score of preschool's emotional intelligence promoting practice at a high level ($\bar{X}=3.35$, S.D. = 0.34).
2. Education level and income had a statistically significant positive correlation with primary caregivers' practice in promoting preschool children's emotional intelligence ($r=.289$, $r=.463$, $p<.01$, respectively)
3. Social support had a statistically significant positive correlation with primary caregivers' practice in promoting preschool children's emotional intelligence ($r=.291$, $p <.01$)

The results of this study can be used by nurses as baseline information in planning for promotion and providing social support to primary caregivers so that they can proceed emotional intelligence promoting practices for preschool children effectively.

Keywords: *Emotional quotient promoting practices, Preschool children, Primary caregivers, Factors related*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากนโยบายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่ได้จัดทำบนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) มียุทธศาสตร์ในการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและมีสุขภาวะที่ดี โดยเริ่มวางรากฐานการพัฒนาคนตั้งแต่กลุ่มเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพกายใจที่ดี มีทักษะทางสมองในการเรียนรู้ ทักษะทางสังคม และทักษะชีวิตเพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ

การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยจึงมีความสำคัญกับการวางรากฐานของชีวิต จากการสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าเด็กมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 20.60 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมไม่เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 25.60 (National Statistical Office, 2016) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับวัย และพัฒนาเป็น

ผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

เด็กวัยก่อนเรียนจะเรียนรู้พฤติกรรมในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ เด็กจะรับรู้และเริ่มเข้าใจในอารมณ์ที่แสดงออกมา ทั้งทางสีหน้า ลักษณะท่าทาง และคำพูด (Gerber, Wilks, & Erdie-Lalena, 2010) อีกทั้งเด็กในวัยนี้จะมีความอยากรู้อยากเห็นช่างซักถาม ชอบลอง ชอบริเริ่มทำกิจกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์กับบุคคลที่บ้าน และโรงเรียน (Erikson, 1982) ทำให้พัฒนาการทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมในเด็กวัยก่อนเรียนนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน (Denham, Zinsser, & Bailey, 2011)

ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นโดยรู้จักอารมณ์ตนเอง และผู้อื่น มีความเห็นใจผู้อื่น อดทนรอคอย มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าตนเองผิดและยอมรับผิด มีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และพร้อมที่จะทำให้ตนเองมีความสุข โดยมีความพึงพอใจ อบอุ่นใจ และสนุกสนานร่าเริง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข (Department of Mental Health, 2014) องค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยให้เด็กวัยก่อนเรียนมีคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญในการเป็นบุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสม และเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต (Department of Mental Health, 2016)

เด็กวัยก่อนเรียนที่มีพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมไม่สมวัย อาจส่งผลกระทบต่อความฉลาดทางอารมณ์ และส่งผลกระทบต่อเนื่องไปจนกระทั่งเด็กอยู่ในวัยเรียนได้ จากการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-11 ปี ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า เด็กไทยมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และพบว่าเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคะแนนต่ำที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.04 คะแนน (Department of Mental Health, 2012) ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. 2559 คะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยเฉลี่ยของเด็กไทยวัยเรียนเพิ่มสูงขึ้น แต่ยังมีเด็กถึงร้อยละ 22.90

ที่ควรได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์มี 3 ด้าน คือ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ที่มีปัญหามากที่สุดคือ ด้านเก่ง (Department of Mental Health, 2016)

ความฉลาดทางอารมณ์เป็นทักษะที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ผ่านวิธีการเลี้ยงดูเด็ก โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนนั้นคือผู้ดูแลหลัก (Sriwongpanich, 2014) ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลหลักของเด็กเป็นมารดา (Nanthamongkolchai, 2015) แต่อย่างไรก็ตามบริบทของสังคมไทยในปัจจุบันบิดามารดาต้องย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างถิ่นส่งผลให้เด็กไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดาโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.20 (National Statistical Office, 2016) ทำให้บุคคลอื่นในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็ก ดังนั้น ผู้ดูแลหลักทั้งบิดามารดา ปู่ ย่า ตา ยาย จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ให้กับเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อให้มีความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสม

การปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน เป็นการกระทำที่ผู้ดูแลหลักปฏิบัติต่อเด็กวัยก่อนเรียนในการพัฒนาทักษะความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์เหมาะสมตามอายุของเด็ก การปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ ของเด็กวัยก่อนเรียนตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2014) ประกอบด้วยการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านดี คือ การปฏิบัติส่งเสริมให้เด็กรู้จักอารมณ์ตนเอง การปฏิบัติส่งเสริมให้มีน้ำใจต่อผู้อื่น และการปฏิบัติส่งเสริมให้รู้จักผิด 2) ด้านเก่ง คือ การปฏิบัติส่งเสริมให้เด็กมีความกระตือรือร้น การปฏิบัติส่งเสริมให้มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และการปฏิบัติส่งเสริมให้กล้าพูดกล้าบอก และ 3) ด้านสุข คือ การปฏิบัติส่งเสริมให้เด็กมีความสุข การปฏิบัติส่งเสริมให้มีความอบอุ่นใจ

และการปฏิบัติส่งเสริมให้มีความสนุกสนานร่าเริง (Department of Mental Health, 2016)

การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2559 (National Statistical Office, 2016) โดยการติดตามผู้ดูแลเด็กอายุ 3-5 ปี ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ในองค์ประกอบด้านดีและด้านสุข ได้แก่ กิจกรรมการอ่านหนังสือหรือดูสมุดภาพร่วมกับเด็ก การเล่านิทานให้เด็กฟัง การร้องเพลงร่วมกับเด็ก การพาเด็กออกไปนอกบ้าน การเล่นกับเด็ก และใช้เวลาร่วมกับเด็ก พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มารดามีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างน้อย 4 กิจกรรม จาก 6 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 50.80 ซึ่งมีสัดส่วนในการปฏิบัติกิจกรรมต่ำกว่าภูมิภาคอื่นๆ และการศึกษาการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน พบเฉพาะการศึกษาของ Sarakorn, Chotibang, and Urhamnuay (2020) ที่ศึกษาความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตภาคเหนือตอนบน ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีอายุ 3-5 ปี โดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีการปฏิบัติบางกิจกรรมที่ผู้ดูแลหลักส่งเสริมได้เพียงบางครั้งหรือไม่ได้ปฏิบัติเลย คิดเป็นร้อยละ 28.90 เช่น การบอกความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองให้เด็กรับรู้ การบอกให้เด็กทราบถึงอารมณ์ของเด็กที่กำลังเกิดขึ้น การสอนให้เด็กเรียกชื่ออารมณ์ตนเอง การบอกให้เด็กสงบหรือหยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักยังมีการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่ไม่ครบถ้วน อีกทั้งเป็นการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนบนเท่านั้น ซึ่งการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ดูแลหลักมีความเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับการปัจจัยหลายประการ

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทาง

อารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก (Department of Mental Health, 2016) โดยที่ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ แต่ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและรายได้ยังมีความไม่ชัดเจน กล่าวคือ มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของเด็ก เช่น การเล่านิทาน การร้องเพลง การเล่นกับเด็ก มากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Yue, Li, Shi, Kenny, & Rozelle, 2016) แต่การศึกษาของ Paladkornburi and Adsuek (2012) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการให้กับเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนด้านรายได้ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 6 ปี (Gershoff, Aber, Raver, & Lennon, 2007) แต่การศึกษาของ Paladkornburi and Adsuek (2012) พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการให้กับเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้นปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ดูแลหลักอาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีส่วนช่วยให้บุคคลได้รับความรัก ความผูกพัน ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ให้อะไรที่เป็นประโยชน์ต่อกัน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (House, 1981; Pender, 1996) การศึกษาที่ผ่านมาพบเพียงการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมพัฒนาการและการดูแลเด็ก ดังการศึกษาของ Ensor and Hughes (2010) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลเด็กของมารดาที่อายุน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31$, $p < .01$) และการศึกษาของ Trirapattharapon (2002)

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากญาติด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้าน อารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .342, r = .281, p < .01$) ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงศึกษาการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้าน ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของ ผู้ดูแลหลัก

ปัจจุบันในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการย้าย ถิ่นฐานของประชากรสูงที่สุด มารดาที่อยู่ในวัยแรงงาน มีความจำเป็นต้องทำงานในเขตเมืองใหญ่ และนำบุตร ไปให้บุคคลอื่นในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้ดูแล เลี้ยงดูเด็ก ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ ด้านต่างๆ ของเด็กได้ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัย ส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการวางแผนทาง เพื่อส่งเสริม และให้การสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแล หลักได้ปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ให้เด็กวัย ก่อนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทาง อารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้ดูแลหลัก และการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติ การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ของผู้ดูแลหลัก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติ การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้กรอบแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2014) ร่วมกับการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยความฉลาดทางอารมณ์ ในเด็กวัยก่อนเรียนเป็นความสามารถทางอารมณ์ ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้ดูแลหลักสามารถพัฒนา ทักษะความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ให้เหมาะสมกับวัยด้วยการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาด ทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบได้แก่ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์เป็นทักษะที่พัฒนา ได้จากกระบวนการเลี้ยงดู และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติส่งเสริม ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ ปัจจัย ส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย ระดับการศึกษา และรายได้ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การสนับสนุน ด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความ สัมพันธ์ (descriptive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติส่งเสริม ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล หลัก ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ และปัจจัยการสนับสนุน ทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด กับเด็กวัยก่อนเรียน ทำหน้าที่ดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้านใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็ก วัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กที่บ้าน โดยเด็กเข้ารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ ในจังหวัดนครพนม จำนวน 4 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดย 1) สุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดนครพนม ด้วยวิธีการสุ่ม อย่างง่าย จำนวน 2 อำเภอ จากทั้งหมด 12 อำเภอ 2) เลือกขนาดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แบบเฉพาะเจาะจง

คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ โดยเลือกศูนย์พัฒนา
เด็กขนาดใหญ่ทั้งหมดในอำเภอที่สุ่มได้ จำนวน 4 แห่ง
3) แบ่งสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
ขนาดใหญ่ทั้ง 4 แห่ง 4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ เป็นผู้ดูแล
หลักที่มีอายุ 18-60 ปี เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร พูด ฟัง
อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย
และมีระยะเวลาในการดูแลเด็กในขณะที่อยู่บ้านมาแล้ว
อย่างน้อย 6 เดือน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดย
ใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจ
การวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดค่า
ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่
.80 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ .30
ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ แบบสอบถาม
ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย เพศ
และอายุ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
หลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้
ระยะเวลาในการดูแลเด็ก การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ
ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ การเข้ารับการอบรม
เกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ และการได้
รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลเด็ก

2. แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการ
ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ใน 2 ด้าน ได้แก่
ด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
จากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน
16 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน
9 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบ
ของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า
4 ระดับ จาก 1 - 4 แบ่งระดับการรับรู้ของผู้ดูแลใน
การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและ
รายด้าน ออกเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น คือ
ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

3. แบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักใน
การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี
ของ Sarakorn et al. (2020) สร้างขึ้นจากแนวคิดการ
ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี
ของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health,
2016) และจาก การทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม
ทั้งหมด 41 ข้อ ประกอบด้วย การส่งเสริมความฉลาด
ทางอารมณ์ด้านดี จำนวน 17 ข้อ ด้านเก่ง จำนวน 15 ข้อ
และด้านสุข จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1 - 4 แบ่งระดับ
การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักโดยรวมและรายด้าน ออกเป็น
3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น คือ ระดับน้อย ปานกลาง
และมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity)

แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการ
ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ได้รับการ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน
ได้หาดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.94 ส่วน
แบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริม
ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี ไม่ได้ทำ
การดัดแปลงแก้ไขเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหา

การตรวจหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแล
เกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม
และแบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริม
ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี นำไปทดสอบ
กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน
10 ราย และวัดค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์
อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ 0.87 ตามลำดับ
ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำหนังสือพิทักษ์สิทธิของการรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตามเอกสารรับรองเลขที่ 186/2017 และเอกสารขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล เสนอต่อนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละแห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อประสานงานในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ในการรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยจะไม่เกิดการสูญเสียผลประโยชน์ใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการดูแลเด็ก จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่มีความสมัครใจลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม และอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืน ตรวจสอบความครบถ้วน และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ข้อมูลการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก คือ ระดับการศึกษา และรายได้กับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์

ของเด็กวัย 3-5 ปี วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial correlation coefficient) และข้อมูลความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 85 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.40 และเป็นมารดา ร้อยละ 67.10 รองลงมาคือ ยาย ย่า ปिता และตา ร้อยละ 12.90, 9.40, 8.20 และ 2.40 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลักมีอายุระหว่าง 36-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 61.20 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.03 (SD = 9.11) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 60.00 มีอาชีพรับจ้างและอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มากที่สุดเท่ากัน คือ ร้อยละ 25.90 ส่วนมากมีรายได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 25,000 บาท/เดือน ร้อยละ 76.50 และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.90 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เคยได้รับหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์และการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก ร้อยละ 96.50 โดยส่วนมากได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น ร้อยละ 76.83 ผู้ดูแลหลักส่วนมากไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก ร้อยละ 57.65 และผู้ดูแลหลักได้รับความช่วยเหลือในการดูแลเด็กจากคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 81.20

ผู้ดูแลหลักส่วนมาก ร้อยละ 60.00 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.15 (S.D.=6.61) จากคะแนนเต็ม 64 คะแนน (range = 36-64 คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.30 มีคะแนนการสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.42 (S.D.=3.75) จากคะแนนเต็ม 36 คะแนน (range = 23-36 คะแนน) และผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 57.60 มีคะแนน

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.73 (S.D.=4.36) จากคะแนนเต็ม 28 คะแนน (range = 10-28 คะแนน) ผู้ดูแลหลักมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 (S.D.=0.34) จากคะแนนเต็ม 4.00 คะแนน

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี มากทุกด้าน ได้แก่ ด้านดีมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 (S.D.=0.32) ด้านเก่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 (S.D.=0.43) และด้านสุขมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 (S.D.=0.42) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี (n=85)

ข้อมูล	การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี			ค่าเฉลี่ย (X̄)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โดยรวม	0 (0.00)	17 (20.00)	68 (80.00)	3.35	0.34
ด้านดี	0 (0.00)	6 (7.10)	79 (92.90)	3.38	0.32
ด้านเก่ง	0 (0.00)	30 (35.30)	55 (64.70)	3.22	0.43
ด้านสุข	0 (0.00)	12 (14.10)	73 (85.90)	3.51	0.42

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .289, p < .01$) ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .463, p < .01$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก กับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก (n=85)

ปัจจัย	การปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก	p-value
ระดับการศึกษา	.289	.008*
รายได้	.463	.000*

* $p < .01$

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .291, p < .01$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก

ในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .403, p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านกับการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก ($n=85$)

ตัวแปร	การปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก	p-value
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.291	.007*
การสนับสนุนด้านอารมณ์	.403	.000*
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.111	.311

* $p < .01$

การอภิปรายผล

การศึกษาการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 3-5 ปีอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 ($S.D.=0.34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลหลักมีปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขมากที่สุดเท่ากับ 3.51 ($S.D.=0.42$) ผลการศึกษาการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กก่อนเรียนของผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับสูงนั้นอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.40 โดยผู้ดูแลหลักที่เป็นเพศหญิงหรือมารดาจะปฏิบัติส่งเสริมให้เด็กรับรู้ เข้าใจ ในอารมณ์ความรู้สึกของเด็กที่กำลังเผชิญอยู่ได้มากกว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นเพศชายหรือบิดา (Fivush, Brotman, Buckner, & Goodman, 2000) และผู้ดูแลหลักเป็นมารดาของเด็กมากถึงร้อยละ 67.10 ซึ่งเด็กที่ได้รับการดูแลจากมารดามีโอกาสที่จะ

ได้รับการปฏิบัติส่งเสริมให้มีพัฒนาการด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมากกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น (Nanthamongkolchai, 2015) นอกจากนี้แล้วพบว่าผู้ดูแลหลักเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์และการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กมากถึงร้อยละ 96.50 ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ระยะยาว พ.ศ. 2550-2559 ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมบิดา มารดา และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยการจัดการบริการให้ความรู้ทักษะในการเลี้ยงดู การปลูกฝังระเบียบวินัย การให้ความรักความอบอุ่นแก่เด็ก รวมทั้งการให้สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงทำให้ผู้ดูแลหลักปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนได้สูงครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้าน

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์มากในทุกองค์ประกอบ และมีด้านเก่งน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับ

ด้านดีและด้านสุข ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Sara-korn et al. (2020) ที่พบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคเหนือตอนบน มีองค์ประกอบในด้านมิติคะแนนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านเก่งและด้านสุข มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4.00 คะแนน ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษารังนี้ ที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4.00 อาจเนื่องมาจากลักษณะการเลี้ยงดูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีวิธีการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนแบบตามใจ โดยให้เด็กเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยไม่ควบคุมหรืออธิบายด้วยเหตุผล รับฟังในสิ่งที่เด็กบอกเล่าหรือให้เด็กแสดงความคิดเห็นตามความรู้สึกของตนเองเมื่อพาไปสถานที่ต่างๆ น้อย ตอบข้อซักถามของเด็กทุกครั้งที่เด็กถามน้อย และส่วนใหญ่ไม่ได้สอนให้เด็กมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ที่ต้องรับผิดชอบ (Siripul, Sutra, Jongudomkarn, & Sakdisthanon, 2007) ดังนั้น จึงอาจทำให้การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนมีคะแนนด้านเก่งน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับด้านดี และด้านสุข

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .289, p < .01$) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลหลักมีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 40.00 ซึ่งการศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นการศึกษาที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาองค์ความรู้ขั้นสูง มุ่งเน้นพัฒนาคน เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง สังคม และประเทศ (Ma-Oon, 2016) โดยการศึกษาจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ในการดูแลเด็ก และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก และสามารถคัดสรรตัดสินใจ และตอบสนองในสิ่งที่เอื้อประโยชน์ต่อการดูแลเด็ก และพัฒนาการของเด็กได้อย่างเหมาะสม โดยผลการศึกษาข้อสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pattanapongthong and Keawkhaengkhan (2018)

พบว่า เด็กปฐมวัยที่มารดามีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าจะมีโอกาสมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กปฐมวัยที่มารดามีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และยังพบว่าบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้การชมเชย โอบกอดให้กำลังใจกับเด็ก ส่วนบิดามารดาที่มีการศึกษาต่ำจะลงโทษ และใช้ถ้อยคำที่ไม่สุภาพกับเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Theunissen, Vogels, & Reijneveld, 2015)

ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .463, p < .01$) อาจเนื่องมาจากในครอบครัวที่มีรายได้มากจะสามารถจัดสรรทรัพยากรหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการปฏิบัติส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น การให้เด็กได้เรียนในโรงเรียนที่มีคุณภาพ มีสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านที่ดี จัดหาหนังสือ ของเล่น ได้ง่ายกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย โดยผลการศึกษาข้อสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gershoff et al. (2007) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 6 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < .001$)

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .291, p < .01$) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคล ได้รับความรัก ความผูกพัน ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ให้ในสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อกัน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (House, 1981; Pender, 1996) โดยจากผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลหลักได้รับความช่วยเหลือในการดูแลเด็กจากคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 81.20 โดยการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลหลักปฏิบัติส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กในเชิงบวกได้ (Serrano-Villar, Huang, & Calzada, 2017)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sonsee, Pongjaturawit and Chaimongkol (2015) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการปฏิบัติส่งเสริมการเล่นของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .239, p < .05$) และการศึกษาของ Thawitha, Klunklin and Urharnuay (2016) ที่พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .216, p < .05$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ให้แก่เด็กได้อย่างเหมาะสม

หากพิจารณาเป็นรายด้าน การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .403, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จะปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนได้ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ในการเลี้ยงดูเด็กจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการในด้านสังคมที่ดีขึ้น (Bandy, Andrews, & Moore, 2012) โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Trirapatttharapon (2002) ที่แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากญาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .342, p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลหลักได้รับการสนับสนุนหนังสือ/คู่มือที่ใช้ในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์แก่เด็กในระดับมาก เพียงร้อยละ 30.58 และ 17.56 ตามลำดับ นอกจากนี้ยัง พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ร้อยละ 58.82 ซึ่งการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร

ดังกล่าวจะมีผลต่อผู้ดูแลเพราะจะทำให้มีความเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ให้กับเด็กเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม (Tantipalachewa, 1999)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนในผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ดูแลหลักที่มีระดับการศึกษาต่ำ และมีรายได้ในครอบครัวน้อย โดยการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก การให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเลี้ยงดูให้เด็กวัยก่อนเรียนเป็นผู้มีความฉลาดทางอารมณ์ที่ดีและเหมาะสม และเน้นให้มีการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารให้กับผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ดูแลหลักปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน รวมถึงผู้ที่มิพบทาในการส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนให้แก่ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข และครู/ผู้ดูแลเด็ก เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลของการปฏิบัติส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก เช่น ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของผู้ดูแลหลัก การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Bandy, T., Andrews, K. M., & Moore, K. A. (2012). *Disadvantaged families and child outcomes: The importance of emotional support for mothers*. Retrieved from https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2012/02/Child_Trends-2012_03_21_RB_MaternalSupport.pdf
- Denham, S. A., Zinsser, K., & Bailey, C. S. (2011). *Emotional intelligence in the first five years of life. Encyclopedia on early childhood development*. Retrieved from <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/638/emotional-intelligence-in-the-first-five-years-of-life.Pdf>
- Department of Mental Health. (2012). *Survey of intelligence quotient and emotional quotient among school children in 2011*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2014). *Manual of preschool children emotional intelligence development for parents*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2016). *Thai children surely have good IQ and outstanding EQ*. Retrieved from http://rajanukul.go.th/new/_admin/download/5-5748-1473733031.pdf. (In Thai)
- Ensor, R., & Hughes, C. (2010). With a little help from my friends: Maternal social support, via parenting, promotes willingness to share in preschoolers born to young mothers. *Infant and Child Development*, 19(2), 127-141.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton & Company.
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., & Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives. *Sex Roles*, 42(3-4), 233-253.
- Gerber, R. J., Wilks, T., & Erdie-Lalena, C. (2010). Developmental milestones: Motor development. *Pediatrics in Review*, 31(7), 267-277.
- Gershoff, E. T., Aber, J. L., Raver, C. C., & Lennon, M. C. (2007). Income is not enough: Incorporating material hardship into models of income associations with parenting and child development. *Child Development*, 78(1), 70-95.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Ma-Oon, R. (2016). Teaching for effective learning in higher education. *Journal of Southern Technology*, 9(2), 169-176. (In Thai)
- Nanthamongkolchai, S. (2015). Family child rearing and development of preschoolers in Thailand. *Public Health Journal*, 46(3), 205-219. (In Thai).
- National Statistical Office. (2016). *Thailand multiple indicator cluster survey 2015-2016*. Retrieved from [https://www.unicef.org/thailand/media/176/file/Key%20Findings%20from%20Thailand%20Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202015-2016%20\(English\).pdf](https://www.unicef.org/thailand/media/176/file/Key%20Findings%20from%20Thailand%20Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202015-2016%20(English).pdf).

- Paladkornburi, J. & Adsuek T. (2012). *The promoting behavior for preschool children development of family child carers*. Retrieved from http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1418893672.pdf. (In Thai)
- Pattanapongthon, J. & Keawkhaengkhan, W. (2018). *Factors effecting to child development in Thailand in 2017*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Polit, D. F. (2010). *Statistic and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson duration.
- Sarakorn, J., Chotibang, J., Urhamnuay, M. (2020). Knowledge and practices of primary caregivers for promoting child's emotional intelligence in child development center. *Nursing Journal*, 47(2). 12-22. (In Thai)
- Serrano-Villar, M., Huang, K. Y., & Calzada, E. J. (2017). Social support, parenting, and social emotional development in young Mexican and Dominican American children. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(4), 597-609.
- Siripul, P., Sutra, P., Jongudomkarn, D., & Sakdisthanon, S. (2007). *Childrearing in Esan families* (Research report). Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University. (In Thai)
- Sonsee, S., Pongjaturawit, Y., & Chaimongkol, N. (2015). *Maternal behavior in promoting play for their preschool children and its related factors*. Proceedings of the 15th National and International Conference of Graduate Studies in Northern Rajabhat University (p.187-198). Nakhon Sawan: Nakhon Sawan Rajabhat University. (In Thai)
- Sriwongpanich, N. (2014). *Manual of preschool children emotional intelligence development for parents*. (2nd ed.). Bangkok: The agricultural co-operating federation of Thailand printing. (In Thai)
- Tantipalachewa, K.(1999). *Child rearing for three to five year*. Bangkok: Chotisuk Printing. (In Thai).
- Thawitha, L., Klunklin, P., Urharmnuay, M. (2016). Preterm infant development promoting behaviors among primary caregivers and related factors. *Nursing Journal*, 43(4). 12-22. (In Thai)
- Theunissen, M. H., Vogels, A. G., & Reijneveld, S. A. (2015). Punishment and reward in parental discipline for children aged 5 to 6 Years: Prevalence and groups at risk. *Academic Pediatrics*, 15(1), 96-102.
- Trirapattharapon, N. (2002). *The psychological factors as the predictors of mother's behaviors in promoting emotional development of preschool children in Banpong, Ratchaburi Province*. (Master of Art Thesis), Community Psychology. Silpakorn University. (In Thai)
- Unicef & Thailand National Statistical. (2016). *Thailand survey on the situation of children and women (2515-2516)*. Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/Eng/Thailand_MICS_Full_Report_Eng.pdf

Yue, A., Li, S., Shi, M., Shi, Y., Luo, R., Kenny, K., & Rozelle, S. (2016). *Parental behavior and social-emotional development among infants in rural Shaanxi Province, China*. Retrieved from https://reap.fsi.stanford.edu/sites/default/files/parental_behavior_and_social_emotional_development_full.pdf

อาการอ่อนเพลียและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

Fatigue and Health-related Quality of Life in School-age Children with Cancer Receiving Chemotherapy

รุจสราร	แก้วตา *	Ruj Sara	Kaewta *
ศรีมณนา	นิยมคำ **	Srimana	Niyomkar **
สุธิศา	ล้ำช้าง ***	Suthisa	Lamchang ***

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของโรคมะเร็ง และผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อการดำรงชีวิตของเด็กป่วย การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนเพลียกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอร์เรนส์ และคณะร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กป่วยโรคมะเร็งอายุ 8-12 ปี ที่ได้รับเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือ 3 แห่ง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561 ถึง เมษายน 2562 จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย แบบสอบถามอาการอ่อนเพลียแบบหลายมิติ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 54.1 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=65.48$, S.D.=10.91)
2. เด็กป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียระดับต่ำจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.763$, $p<.001$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าอาการอ่อนเพลียเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้แก่เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: อาการอ่อนเพลีย, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, เด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง

* นักศึกษามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Student of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, rujsarakaewta@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 25 กันยายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 22 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 20 สิงหาคม 2562

Abstract

Health-related quality of life in school-age children with cancer receiving chemotherapy is an important aspect of demonstrating the effects of illness from cancer and chemotherapy on the lives of sick children. This descriptive correlational research studied health-related quality of life, and examined the correlation between fatigue and health-related quality of life in school-age children with cancer receiving chemotherapy. The concept of quality of life for health introduced by Ferrans and colleagues with the literature review was used as the study framework. Participants were children with cancer aged 8 to 12 years receiving chemotherapy in the outpatient department and pediatric ward at three tertiary hospitals, northern Thailand from November 2018 to April 2019. A total of 85 participants were selected. The research instruments included a demographic data form for parents, a demographic data form for sick children, the Multidimensional Fatigue Scale and a Health-related Quality of Life Questionnaire for School-age Children. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Fifty-four point one percent of school-age children with cancer receiving chemotherapy had a moderate level of health-related quality of life ($\bar{X}$ =65.48, S.D.=10.91).
2. Sick children with low levels of fatigue will have a high level of health-related quality of life with statistical significance (r =.763, p <.001).

This study demonstrated that fatigue is an important factor correlated to perceived health-related quality of life in school-aged children with cancer receiving chemotherapy. These results provide a guideline for nursing planning to promote health-related quality of life in the target group and can also be used as a basis for further research.

Keywords: *Fatigue, Health-related quality of live, school-age children with cancer*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งในเด็กเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตของเด็กป่วยเป็นอย่างมากและยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุในเด็กแรกเกิดจนถึง อายุ 15 ปี (American Cancer Society, 2018) และในประเทศไทยพบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กอายุ 1-14 ปี เป็นอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุเช่นเดียวกัน (Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary for Public Health, 2016) ซึ่งโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเด็กไทย 3

อันดับแรก คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) ร้อยละ 51 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) ร้อยละ 10 และ มะเร็งสมอง (brain tumor) และมะเร็งระบบประสาทส่วนกลาง (neoplasms of the central nervous system, CNS) ร้อยละ 9 (Imsamran, Chaiwarawatana, Wiangnon, & Pongnikorn, 2015)

การรักษาด้วยเคมีบำบัดถือเป็นวิธีหลักในการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในการทำลายและหยุดยั้งการลุกลามของเซลล์มะเร็ง ช่วยให้เด็กป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ดี (O' Leary, Krailo, Anderson, & Reaman, 2008) แต่อย่างไรก็ตามเนื่อง

จากเด็กป่วยต้องได้รับเคมีบำบัดร่วมกันหลายชนิดเป็น เวลาต่อเนื่องกว่า 3 ปี (Pan, Wu, & Wen, 2017; Panmetharit, Phuttharat, & Wattanasit, 2008) หรือ ขนาดสูงในช่วงเวลาเดียวกัน จึงมักทำให้เกิดอาการ ข้างเคียงที่รุนแรงตามมา ที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ (Salas, Gabaldon, Jose Luis, & Arce, 2004) ติดเชื้อได้ง่าย เลือดออกง่าย ผม่วง ท้องผูกหรือท้องเสีย และส่งผลต่อ ภาวะจิตใจของเด็กป่วย ที่พบบ่อย ได้แก่ วิตกกังวลและ ซึมเศร้า (Siripool, 2011) ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อ การดำเนินชีวิตและการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนที่มี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งสามารถคิดวิเคราะห์ได้อย่างมีเหตุผล มากขึ้น (Piaget, 1973) ทำให้สามารถเข้าใจและรับรู้ เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย และอาการข้างเคียงจาก การรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากขึ้นด้วย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life; HRQoL) เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต โดยเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย และการรักษาที่มีผลกระทบ ต่อการดำรงชีวิตของตนเองในมุมมองของแต่ละคน ซึ่งสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญมากต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Wilson & Cleary, 1995) การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีหลาย มุมมอง แต่โดยส่วนใหญ่ครอบคลุมมิติของสุขภาพ ประกอบด้วย สุขภาพด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Sakthong, 2011) ในเด็กวัยเรียน เด็กป่วยส่วนใหญ่มักจะต้องขาดเรียนบ่อยครั้งเพื่อมารับเคมีบำบัดและ มาตรวจตามนัด หรืออาจต้องหยุดพักการเรียนเนื่องจาก การนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ชีวิตส่วนใหญ่จึงมัก อยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลรักษาเด็ก ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดไม่ใช่เน้นเพียงแต่การ รักษาและผลการรักษาเท่านั้น แต่ยังต้องรวมไปถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีที่สุดสำหรับเด็กตลอดระยะ

เวลาที่ได้รับการรักษาอีกด้วย

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กป่วยโรคมะเร็งหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุของเด็กป่วย และอายุของผู้ดูแล ชนิดของโรคมะเร็งและระยะเวลาที่ เจ็บป่วย (Momani, Hathaway, & Mandrell, 2016) อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดก็เป็นปัจจัย ส่วนบุคคลของเด็กป่วยที่อาจมีผลต่อการรับรู้คุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพของเด็กป่วย โดยเฉพาะอาการอ่อนเพลีย (fatigue) เป็นอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดที่ มีความรุนแรงและพบบ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบเป็นอันดับหนึ่งของอาการข้าง เคียงทั้งหมดที่เกิดขึ้น (Collins et al., 2002) และพบได้ มากที่สุดถึงร้อยละ 80 ในเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอายุ 7-12 ปี ที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด (Pradjimtis, 2004) โดยอาการอ่อนเพลียเป็นอาการรุนแรงที่สามารถ เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกที่ได้รับเคมีบำบัด และมักจะมี ความรุนแรงสูงสุดในวันที่สองของการได้รับเคมีบำบัด (Kunsu, 2001) เฉลี่ยตลอดระยะเวลาของการได้รับ เคมีบำบัดเด็กป่วยมักจะมีระดับความรุนแรงของอาการ อ่อนเพลียปานกลาง และอาจมีอยู่ได้แม้การรักษาสิ้นสุดลง (Langeveld, Ubbink, & Smets, 2000)

ความไม่สบายจากอาการอ่อนเพลียในเด็กป่วย โรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อเด็กป่วย อย่างมาก ทำให้เกิดความความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ไปทั่วร่างกาย อ่อนเพลียอย่างมาก ความสามารถในการ เคลื่อนไหวร่างกายลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ ตามปกติ มีกิจกรรมกับผู้อื่นลดลง อยากนอนหรือพักผ่อน เกือบตลอดเวลา อารมณ์แปรปรวน โกรธ หงุดหงิด โมโหง่าย สับสน เศร้า ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ และ มีสมาธิลดลง ทำให้เด็กป่วยรับรู้ถึงความสามารถที่ลดลง ของตนเอง รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองเนื่องจาก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และไม่สามารถ ทำในสิ่งที่ตนเองต้องการเช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกันได้ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น เกิดความ

คับข้องใจ เกิดการเปรียบเทียบ รู้สึกมีปมด้อย เกิดภาวะ
ตึงเครียดทางอารมณ์ โกรธ หงุดหงิด โมโหง่าย กังวล
สับสน เศร้า และเกิดการแยกตัวได้ (Utatama, Kan-
thawal, & Meesook, 2016) ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต
ของเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
ดังนั้นอาการอ่อนเพลียจึงอาจสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพ
ชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
จากรายงานการศึกษาของ Zareifer, Farahmandfar,
Cohan, Modarresnia, and Haghpahan (2012) เกี่ยวกับ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนวัยรุ่นโรคมะเร็ง
เม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า
อาการอ่อนเพลียสัมพันธ์กับการทำงานของร่างกายที่
ลดลงในเด็กป่วยมะเร็งที่รอดชีวิต เด็กป่วยที่มีอาการอ่อน
เพลียมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเด็กที่ไม่มีอาการ
อ่อนเพลีย และการศึกษาของ Erickson et al. (2011)
ที่ศึกษาติดตามระยะยาวในเด็กป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้
รับเคมีบำบัด พบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
มีความรุนแรงของอาการอ่อนเพลียเพิ่มขึ้น และอาการ
อ่อนเพลียมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน
ด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($r=.51, p<.01$) แต่งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องจำ
นวนกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อยเพียง 20 คน และไม่มี
การประเมินด้านโรงเรียนเนื่องจากเด็กป่วยบางส่วนจบ
การศึกษาจากโรงเรียนแล้ว

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
และเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
ร่วมกับการผ่าตัดและรังสีรักษา พบว่าเด็กป่วยมีอาการ
อ่อนเพลียหลังการรักษา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
สัมพันธ์กับอาการอ่อนเพลียในระดับสูง โดยที่คุณภาพ
ชีวิตด้านสุขภาพสัมพันธ์กับอาการอ่อนเพลียทั่วไปของ
ร่างกาย (general fatigue) อาการอ่อนเพลียเกี่ยวกับการ
หลับหรือพักผ่อน (Sleep/rest fatigue) อาการ
อ่อนเพลียเกี่ยวกับสติปัญญาการรับรู้ (cognitive fatigue)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.70, p<.01$; $r=.55, p<.01$
และ $r=.61, p<.01$ ตามลำดับ) (Pan et al., 2017)

อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าวศึกษาในเด็กป่วยวัยเรียน
วัยรุ่นที่ได้รับการรักษาหลายวิธีได้แก่ รังสีรักษา เคมีบำบัด
และผ่าตัด หรือหลายวิธีพร้อมกัน โดยเฉพาะการผ่าตัด
ร่วมกับการรักษาอื่นๆ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพที่แตกต่างจากการได้รับเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว
จึงทำให้เด็กป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่
ต่างกัน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอาการอ่อนเพลียและคุณภาพ
ชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางใน
การวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพให้แก่เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
เพราะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดง
ถึงคุณภาพของการรักษาและการพยาบาลด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน
โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนเพลีย
กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่
ได้รับเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง
ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
2. อาการอ่อนเพลียและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์
กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ใช้ได้จากแนวคิด
เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอร์แรนส์และคณะ
(Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) ร่วมกับ
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่
มุ่งเน้นเฉพาะการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาทางด้าน

สุขภาพ โรค ความเจ็บป่วย และผลกระทบจากการรักษาต่อการดำรงชีวิตของตนเองตามการรับรู้ของแต่ละคน ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสังคม และด้านเกี่ยวกับโรงเรียน ทั้งนี้อาการอ่อนเพลียเป็นองค์ประกอบหนึ่งของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ที่พบได้มากที่สุดในเด็กโรคมะเร็งระหว่างได้รับเคมีบำบัด (Rompipat, Patoomwan, & Hanprasitkam, 2013; Hockenberry-Eaton et al., 1999; Hockenberry, Hooke, McCarthy, & Gregurich, 2011) เป็นการที่เด็กป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าไปทั่วร่างกายอ่อนเพลียอย่างมาก ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง มีกิจกรรมกับผู้อื่นลดลง อยากรอนหรือพักผ่อนเกือบตลอดเวลา อารมณ์แปรปรวน โกรธ หงุดหงิด โมโหง่าย สับสน เศร้า รู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ และมีสมาธิลดลง อาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านเกี่ยวกับโรงเรียน (Rompipat et al., 2013) และด้านจิตใจอารมณ์ (Uttama et al., 2016) อาการอ่อนเพลียจึงอาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนเพลียกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ เด็กโรคมะเร็ง อายุ 8-12 ปี ที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือ 3 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง อยู่ในระหว่างการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และเคยมีประสบการณ์การรับเคมีบำบัด 2) รู้สึกตัวดี ไม่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤติ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 4) ยินยอมเข้าร่วม

โครงการและได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมโครงการ และมีเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ (relapse) 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย 3) เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อน .05 ค่าอำนาจการทดสอบ .80 และค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 (Srisathitnarakur, 2007) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010) ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียน ส่วนที่ 1 ด้านร่างกาย อารมณ์ความรู้สึก และสังคม จาก PedsQLTM 4.0 (Varni, Seid, & Kurtin, 2001) ฉบับภาษาไทยโดย ภาสกร ศรีทิพย์สุโข (Srihithsukho, 2012) มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .90 ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด 18 ข้อ ส่วนที่ 2 ด้านเกี่ยวกับโรงเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้แทน PedsQLTM 4.0 เฉพาะด้านโรงเรียน เนื่องจากบริบทที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนมีความแตกต่างกันทำให้ไม่สามารถนำแบบสอบถามส่วนเดิมเกี่ยวกับโรงเรียนนั้นมาใช้ ประเมินเกี่ยวกับด้านโรงเรียนของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศไทยได้ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 0.94 และ 4) แบบสอบถามอาการอ่อนเพลียแบบหลายมิติ (The Multidimensional Fatigue Scale ; MFS) ของ Varni, Seid, & Kurtin (2001) แปลย้อนกลับโดยผู้วิจัย ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับเด็กป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียน เท่ากับ .92

ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด 6 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ (Likert-scale) เด็กป่วยที่มีคะแนนสูง หมายถึง เด็กป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และ 4) แบบสอบถามอาการอ่อนเพลียแบบหลายมิติ เท่ากับ .89 ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ (Likert-scale) เด็กป่วยที่ได้คะแนนสูง หมายถึง เด็กป่วยโรคมะเร็งรับรู้ว่าตนเองมีอาการอ่อนเพลียในระดับน้อย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ขอการรับรองโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลในการรักษาใดๆ ที่เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับ และข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเคยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหรือแผนกนั้นที่เก็บข้อมูล หลังจากนั้นเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยไม่แต่งชุดพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความยินยอมและความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยจากแฟ้มประวัติ และให้ผู้ดูแลบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จากนั้นให้เด็กป่วยตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับเด็กวัยรุ่น และแบบสอบถามอาการอ่อนเพลียแบบหลายมิติโดยการอ่านข้อคำถามและวงกลมตัวเลขที่ตรงกับคำตอบของตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และคะแนนอาการอ่อนเพลียของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สถิติพรรณนา

2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนเพลียและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

เด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 85 ราย ร้อยละ 34.10 มีอายุ 12 ปี อายุเฉลี่ย 10.29 ปี ร้อยละ 76.50 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์ ร้อยละ 54.10 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดน้อยกว่า 1 ปี และร้อยละ 43.50 อยู่ในระยะ maintenance phase ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 43.50 พบอาการข้างเคียง 4 อาการร่วมกัน และอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด ร้อยละ 83.53 คืออาการอ่อนเพลียและผื่นร่วน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้ดูแลของเด็กป่วย จำนวน 85 ราย ร้อยละ 63.50 เป็นมารดาของเด็กป่วย ร้อยละ 40.00 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.60 มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.60 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 67.10 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ ร้อยละ 52.90 อยู่ในครอบครัวขยาย และร้อยละ 83.50 มีสถานภาพสมรสคู่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

จากการประเมินอาการอ่อนเพลียในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนพบว่า ร้อยละ 54.10 มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 65.48 (S.D.=10.91) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ร้อยละ 51.80 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านร่างกายระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 61.91 (S.D.=16.21) ร้อยละ 63.50 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านอารมณ์ความรู้สึกระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 62.53 (S.D.=13.90) ร้อยละ 65.90 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านสังคมระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 73.47 (S.D.=14.86) และ ร้อยละ 57.60 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านโรงเรียนระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 66.04 (S.D.=11.32) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม และรายด้าน (n=85)

ข้อมูล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ			Range	ค่าเฉลี่ย (X̄)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)				
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	0 (0.00)	46 (54.10)	39 (45.90)	38.54-89.58	.48	10.91	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	4 (4.70)	44 (51.80)	37 (43.50)	0-93.75	61.91	16.21	ปานกลาง
ด้านอารมณ์ความรู้สึก	1 (1.20)	54 (63.50)	30 (35.30)	25-100	62.53	13.90	ปานกลาง
ด้านสังคม	1 (1.20)	28 (32.90)	56 (65.90)	30-100	73.47	14.86	สูง
ด้านเกี่ยวกับโรงเรียน	0 (0.00)	49 (57.60)	36 (42.40)	41.67-95.83	66.04	11.32	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลียของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

จากการประเมินอาการอ่อนเพลียในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้

แบบสอบถามอาการอ่อนเพลียแบบหลายมิติ (MFS) ฉบับแปลย้อนกลับโดยผู้วิจัย พบว่า ร้อยละ 72.90 มีอาการอ่อนเพลียระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 60.57 (S.D.=11.40) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการอ่อนเพลียในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม และรายด้าน (n=85)

ข้อมูล	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ			Range	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)				
อาการอ่อนเพลีย โดยรวม	22 (25.90)	62 (72.90)	1 (1.20)	18.06-84.72	60.57	11.40	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับ เคมีบำบัดกับอาการอ่อนเพลียของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า คะแนนอาการอ่อนเพลียสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.763$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า คะแนนอาการ

อ่อนเพลียสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเกี่ยวกับด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสังคม และด้านเกี่ยวกับโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.649$, $p<0.001$; $r=.530$, $p<0.001$; $r=.591$, $p<0.001$ และ $r=.514$, $p<0.001$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนอาการอ่อนเพลียกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

คะแนนอาการอ่อนเพลีย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	.763*
ด้านร่างกาย	.649*
ด้านอารมณ์ความรู้สึก	.530*
ด้านสังคม	.591*
ด้านเกี่ยวกับโรงเรียน	.514*

หมายเหตุ. * $p < .001$

การอภิปรายผล

เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 54.10 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.48 (S.D. = 10.91) อาจเนื่องมาจากเด็กป่วย ร้อยละ 34.10 มีอายุ 12 ปี เป็นวัยเรียนตอนปลายย่างเข้าสู่วัยรุ่นที่เข้าใจและวิเคราะห์สิ่งที่เกิด

ขึ้นได้ ทำให้เด็กป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเองมากยิ่งขึ้น สามารถแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งที่เผชิญอยู่ให้คนรอบข้างรับรู้ได้ และสนใจในการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อโรค การรักษาด้วยเคมีบำบัด การได้รับการทำหัตถการต่างๆ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้

อย่างเหมาะสม ขณะที่เด็กป่วยที่มีอายุน้อยกว่ามักจะมีความวิตกกังวลต่อการรักษาและการได้รับการทำหัตถการต่างๆ มากกว่า (Sitaresmi, Mostert, Gundy, & Veerman, 2008) ดังเช่นการศึกษาที่พบว่า อายุของเด็กป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง (Sitaresmi et al., 2008; Shankar et al., 2005) และการศึกษาที่พบว่าเด็กวัยรุ่นมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าในเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะในด้านสังคม (Sitaresmi et al., 2008) นอกจากนี้เด็กป่วยทุกคนเคยมีประสบการณ์การได้รับเคมีบำบัดมาแล้ว ร้อยละ 43.50 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะ maintenance phase ทำให้เด็กป่วยมีประสบการณ์การเผชิญกับขั้นตอนการรักษาและอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดมาก่อน ร่วมกับเด็กป่วยและผู้ดูแลอาจได้รับการสนับสนุนข้อมูล คำแนะนำ และการสอนในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการอาการเหล่านั้น จากแพทย์พยาบาล และผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน ช่วยให้สามารถนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ในการดูแลตนเอง ปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ขั้นตอนและวิธีการรักษา และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น จึงอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กป่วยด้วย ดังเช่นการศึกษาที่พบว่าเด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลานานมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเด็กป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มรักษา (Panmetharit et al., 2008)

นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กป่วย ร้อยละ 58.6 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20-40 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่บรรลุนิติภาวะอย่างสมบูรณ์ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สามารถแสดงพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ และมีความพร้อมในการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้ (Havighurst, 1972) รวมทั้งอายุยังเป็นตัวบ่งชี้สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการด้านสติปัญญา ความคิด การเรียนรู้การรับรู้ประสบการณ์และความสามารถในการพัฒนาการดูแลตนเองหรือผู้อื่น ผู้ดูแลที่บรรลุนิติภาวะแล้วและส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจึงมี

ความสามารถและสิทธิในการตัดสินใจในการแสวงหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วยรวมทั้งสามารถดูแลเด็กป่วยได้ดีมากกว่าผู้ดูแลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จึงอาจทำให้เด็กป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากเด็กป่วยร้อยละ 57.60 อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาท/เดือน โดยร้อยละ 67.10 รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ซึ่งในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาในขณะที่รายจ่ายส่วนอื่นเพิ่มขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่าอาหาร และค่าเดินทาง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของเด็กป่วยและครอบครัว ร่วมกับเด็กป่วยร้อยละ 43.5 มีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด 4 อาการร่วมกัน พบมากที่สุด คือ อ่อนเพลียและผม่ว (ร้อยละ 83.53) คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 70.57) และ เบื่ออาหาร (ร้อยละ 69.41) ซึ่งอาการอ่อนเพลียและคลื่นไส้อาเจียนเป็น 2 ใน 3 ของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่ทำให้เด็กป่วยทุกข์ทรมานทางร่างกายมากที่สุด (Khananthana, Chermkum, & Triwanich, 2005) จึงอาจทำให้เด็กป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง ดังเช่นการศึกษาที่พบว่าเด็กป่วยที่มีจำนวนอาการข้างเคียงร่วมกันมากกว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า โดยเฉพาะในด้านร่างกาย (Baggott et al., 2011) จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับปานกลาง

แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะพบว่าเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อเทียบกับรายงานผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นไทยที่มีภาวะสุขภาพปกติ ประเมินโดย PedsQLTM 4.0 ซึ่งมีคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=76.90$, $S.D.=11.30$) (Sritipsukho, 2012) แล้วพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจากการศึกษาครั้งนี้ยังค่อนข้างต่ำและห่างจากเด็กปกติพอสมควร และเมื่อเทียบเด็กป่วยโรค

เรื่องอื่นๆ ได้แก่ โรคภูมิแพ้ภูมิ โรคหอบหืด โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ และโรคสมองพิการ (Srithipsukho, 2012) พบว่า เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำสุดรองจากเด็กป่วยโรคสมองพิการแต่กำเนิด แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่อาจทำให้เด็กป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเองลดลงและทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำมากเมื่อเทียบกับเด็กปกติ และเด็กโรคเรื้อรังอื่น

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านสังคมสูงสุด ($\bar{X}=73.47$, S.D.=14.86) รองลงมา คือ ด้านเกี่ยวกับโรงเรียน ($\bar{X}=66.04$, S.D.=11.32) ด้านอารมณ์ความรู้สึก ($\bar{X}=62.53$, S.D.=13.90) และด้านร่างกาย ($\bar{X}=61.91$, S.D.=16.21) ตามลำดับ ซึ่งการที่เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านสังคมระดับสูงและสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น อาจเนื่องมาจากเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่รู้จักการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมากขึ้น การที่เด็กป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งหรือนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้มีความคุ้นเคยและเกิดการปฏิสัมพันธ์กับที่มบุคคลากร และเด็กวัยเดียวกันในโรงพยาบาลได้ รวมทั้งการใช้สมาร์ตโฟนและอินเทอร์เน็ตที่เข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบันทำให้เด็กป่วยสามารถติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวหรือเพื่อนได้ง่ายขึ้น ร่วมกับผู้ดูแลร้อยละ 63.5 เป็นมารดาของเด็กป่วยที่มีความใกล้ชิดกับเด็กป่วยทางสายเลือด จึงรักใคร่เอ็นดูเด็กป่วยมาก (Preechapongmit, Lam-chang, & Jintrawet, 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ดูแลเป็นมารดาจะมีความต้องการและเต็มใจที่จะดูแลเด็กป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรักความเข้าใจ จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านสังคมอยู่ในระดับสูงและสูงกว่าด้านอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กโรคมะเร็งอายุ 10-18 ปี ที่ได้รับเคมีบำบัด

ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านสังคมสูงสุด ($\bar{X}=81.70$, S.D.=15.70) และด้านร่างกายต่ำที่สุด ($\bar{X}=57.70$, S.D.=23.70) (Baggott et al., 2011) ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันซึ่งเป็นเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างเดียวยุติเหมือนกัน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านร่างกายของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ อาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่ทำให้เกิดอาการปวดตามร่างกายและเด็กป่วยร้อยละ 81.30 เป็นเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก ทำให้เด็กป่วยมีภาวะซีด อ่อนเพลียไม่มีแรง และติดเชื้อได้ง่าย (Pakkasama, 2016; Siripool, 2011) ร่วมกับการรักษาที่เด็กป่วยต้องได้รับเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันอย่างต่อเนื่องหรือในปริมาณสูงทำให้เด็กป่วยมักเกิดอาการข้างเคียงตามมา ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้า พบว่า เด็กป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดทุกรายอย่างน้อย 1 อาการ และร้อยละ 43.50 มีอาการข้างเคียง 4 อาการ โดยอาการที่พบมากที่สุด ร้อยละ 83.53 คือ อาการอ่อนเพลียและผื่นร่วน รองลงมา คือ คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 70.59) และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 69.41) ซึ่งอาการอ่อนเพลียและคลื่นไส้อาเจียน เป็น 2 ใน 3 ของอาการข้างเคียงที่ทำให้เด็กป่วยทุกข์ทรมานทางร่างกายมากที่สุด (Khananthana et al., 2005) และยิ่งเด็กป่วยมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดหลายอาการร่วมกันยิ่งทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำลง โดยเฉพาะด้านร่างกาย (Baggott et al., 2011) จะเห็นได้จากผลการศึกษาในครั้งนี้มีเด็กป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านร่างกายต่ำที่สุด “0” คะแนนหมายความว่าเด็กป่วยได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อร่างกายของเด็กป่วยเกือบตลอดเวลา ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุทำให้เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านร่างกายต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

ในการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการอาการอ่อนเพลียและส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้แก่เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. ด้านการศึกษา ได้แนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้แก่เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เพราะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงถึงคุณภาพของการรักษา และการพยาบาลด้วย
3. ด้านการวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กโรคมะเร็งภายหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัดแล้ว
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนข้อมูล และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
3. ควรมีการศึกษาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่พบบ่อย เช่น หมดแรง คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

- American Cancer Society. (2018). *Key statistics for childhood cancers*. Retrieved from <https://www.cancer.org/>
- Baggott, C. R., Dodd, M., Kennedy, C., Marina, N., Matthay, K. K., Cooper, B., & Miaskowski, C. (2011). An evaluation of the factors that affect the health-related quality of life of children following myelosuppressive chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 19(3), 353-361.
- Collins, J. J., Devine, T. D., Dick, G. S., Johnson, E. A., Kilham, H. A., Pinkerton, C. R., ...Portenoy, R. K. (2002). The measurement of symptoms in young children with cancer: The validation of the memorial symptom assessment scale in children aged 7-12. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(1), 10-16.
- Erickson, J. M., Beck, S. L., Christian, B. R., Dudley, W., Hollen, P. J., Albritton, K. A., ... Godder, K. (2011). Fatigue, sleep-wake disturbances, and quality of life in adolescents receiving chemotherapy. *Journal of Pediatric Hematology/oncology*, 33(1), e17-e25. doi: 10.1097/MPH.0b013e3181f46a46
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed). David McKay Publications, United States.
- Hockenberry-Eaton, M., Hinds, P., Howard, V., Gattuso, J., O'Neill, J. B., Alcoser, P., ...Euell, K. (1999). Developing a conceptual model for fatigue in children. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(1), 5-11.

- Hockenberry, M. J., Hooke, M. C., McCarthy, K., & Gregurich, (2011). Sickness behavior clustering in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28, 263-272.
- Imsamran, W., Chaiwarawattana, A., Wiangnon, S., & Pongnikorn, D. (2015). Cancer in Thailand. *National Cancer Institute*, 8, 1-88.
- Khananthana, K., Chermkum, S., & Triwanich, A. (2005). Adverse symptoms and management of children with acute leukemia during treatment with chemotherapy. *Journal of Nursing and Health Care*, 23(2), 17-27. (In Thai)
- Kraiphibun, P. (2010). *Cancer in children*. Nonthaburi: Amarin Health. (In Thai)
- Kunsu, P. (2001). *Dementia in children with leukemia during chemotherapy*. (Master of Nursing Thesis, Department of Pediatric Nursing). Graduate School, Chiang Mai University.
- Langeveld, N., Ubbink, M., & Smets, E. (2000). "I don't have any energy": the experience of fatigue in young adult survivors of childhood cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 20-28. doi: 10.1054/ejon.1999.0063
- Momani, T. E. G., Hathaway, D. K., & Mandrell, B. N. (2016). Factors affecting health-related quality of life in children undergoing curative treatment for cancer: a review of the literature. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(3), 228-240. doi: 10.1177/1043454215609585
- O'Leary, M., Krailo, M., Anderson, J. R., & Reaman, G. H. (2008). Progress in childhood cancer: 50 years of research collaboration, a report from the children's oncology group. *In Seminars in Oncology*, 35(5), 484-493. doi: 10.1053/j.seminoncol.2008.07.008
- Pakkasama, S. (2016). *Leukemia in children*. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. (In Thai)
- Pan, H. T., Wu, L. M., & Wen, S. H. (2017). Quality of life and its predictors among children and adolescents with cancer. *Cancer Nursing*, 40(5), 343-351. doi: 10.1097/NCC.0000000000 000433
- Panmetharit, B., Phuttharat, U., & Wattanasit, P. (2008). Quality of life and factors influencing the quality of life of cancer patients in the southern region. *Songklanagarind Medical Journal*, 26(5), 501-511. (In Thai)
- Piaget, J. (1973). *The child and reality*. New York: Grossman publishers.
- Polit, D. F. (2010). *Statistis and analysis for nursing research* (2nd ed.). United States of America: Pearson Education.
- Prajimtis, N. (2004). *Symptom experience and fatigue management in children with leukemia who received chemotherapy*. (Master of Nursing Thesis, Department of Pediatric Nursing). Graduate Studies, Mahidol University. (In Thai)
- Preechamongmit, K., Lamchang, S., & Jintrawet, U. (2012). Factors related to caregiving burden among caregivers of children with asthma. *Nursing Journal*, 39(4), 13-22. (In Thai)

- Rompipat, S., Patoomwan, A., & Hanprasitkam, K. (2013). Predicting factors of fatigue in children receiving chemotherapy for acute lymphoblastic leukemia. *Journal of Science and Technology*, 21(7), 595-608.
- Sakthong, P. (2011). *Health-related quality of life*. Bangkok: Chulalongkorn University's publisher. (In Thai)
- Salas, M., Gabaldón, O., José Luis ,M., & Arce, M. (2004). Evaluation control symptom of oncology pediatric. *Psicooncologia*, 1, 231-250.
- Shankar, S., Robison, L., Jenney, M. E., Rockwood, T. H., Wu, E., Feusner, J., ...Bhatia, S. (2005). Health-related quality of life in young survivors of childhood cancer using the Minneapolis-Manchester quality of life-youth form. *Pediatrics*, 115(2), 435-442. doi: 10.1542/peds. 2004-0649
- Siripool, P. (2011). *Symptom management: Nursing of pediatric patients with leukemia*. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University. (In Thai)
- Sitairesmi, M. N., Mostert, S., Gundy, C. M., & Veerman, A. J. (2008). Health-related quality of life assessment in Indonesian childhood acute lymphoblastic leukemia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 96. doi: 10.1186/1477-7525-6-96.
- Srisathitnarakur, B. (2007). Sampling. *Research methodology in nursing science* (4th ed., page 180-207). Bangkok: U&I Inter Media. (In Thai)
- Srithipsukho, P. (2012). Quality of life for health of children with chronic diseases at Thammasat University Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(1), S8-S12. (In Thai)
- Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary for Public Health. (2016). *Public health statistics 2016*. Nontaburi: Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. (In Thai)
- Uttama, J., Kanthawang, S., & Meesukkho, J. (2016). Effects of educational program on nurses' knowledge and self-efficacy in caring for leukemic children with chemotherapy induced fatigue. *Nursing Journal*, 43(3), 1-12.
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the pediatric quality of life inventory™ Version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39(8), 800-812.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59-65.
- Zareifar, S., Farahmandfar, M. R., Cohan, N., Modarresnia, F., & Haghpanah, S. (2012). Evaluation of health related quality of life in 6–18 years old patients with acute leukemia during chemotherapy. *The Indian Journal of Pediatrics*, 79(2), 177-182. doi: 10.1007/s12098-011-0483-0



ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา Predicting factor of remission in persons with schizophrenia, Srithaya Hospital

รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ *

Rattiyaporn Benjehma *

รัชนิกร อุปเสน **

Ratchaneekorn Upasen **

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาทางจิตเวชสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามการรักษาโรคจิตเภทก็มีความก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถรักษาให้อาการทางจิตสงบได้มากขึ้น การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 220 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง โดยสามารถเขียนสมการถดถอยโลจิสติกได้ ดังนี้ Predicted logit (อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท) = $-13.066 + 0.130 * (\text{การหยั่งรู้สภาพของตนเอง}) + 0.071 * (\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา}) + 0.325 * (\text{การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด})$ สามารถร่วมกันทำนายตัวแปรตามได้ ร้อยละ 46.8 ดังนั้นการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นปัจจัยที่พยาบาลควรส่งเสริมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ

คำสำคัญ: อาการสงบ ผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยทำนาย

Abstract

Schizophrenia is one of the major issue on psychiatric problems. The effect of schizophrenia is usually severe and chronic, however the current treatment has been advanced so that many symptoms can be managed easier. The purpose of this descriptive research was to determine

* วิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

* Registered Nurse Practitioner Level, Srithanya Hospital, o_numphueng_o@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** Assistant Professor Faculty of nursing, Chulalongkorn University

วันที่รับบทความ 9 เมษายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 7 มกราคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 31 พฤษภาคม 2562

predictors of remission in persons with schizophrenia. The factors predicting variables were gender, duration of untreated psychosis, duration of illness, cognitive insight, medication adherence, highly-expressed emotion in family, and cognitive function. Subjects were persons with schizophrenia treated as in-patients and out-patients in Srithanya Hospital chosen purposively. A total of 220 patients were equally divided into two groups: remission and non-remission. The research instruments were demographic interview, The Beck Cognitive Insight Scale, medication adherence behavior questionnaire, The Level of Expressed Emotion, and Thai Mini-Mental State Examination. Data were analyzed by logistic regression.

The result was that factors predicting of remission in schizophrenic patients include three variables could significantly at the .05 levels were namely, cognitive function, medication adherence and cognitive insight. The logistic response formula were: Predicted logit (remission in persons with schizophrenia) = $-13.066 + 0.130 * (\text{insight}) + 0.071 * (\text{medication Adherences}) + 0.325 * (\text{cognitive function})$. These predictors were accounted for 46.8 percent. Thus, medication adherence and cognitive function are factors that persons with schizophrenia should have and be promoted by the nurse in order to make progress in their remission of symptom.

Keywords: *remission, schizophrenia, predicting factor*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยที่เรื้อรังของโรคจิตเภททำให้เกิดความเสื่อมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าของการรักษาทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย สามารถควบคุมให้อาการทางจิตสงบและใช้ชีวิตตามปกติได้มากขึ้น (Lieberman & Kopelowicz, 2002) จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปจึงมีการจัดตั้ง The Remission in Schizophrenia Working Group : RSWG โดยมีการกำหนดเกณฑ์ของอาการสงบ เพื่อให้เกิดมาตรฐานการประเมินในด้านอาการให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (Andreasen, Carpenter Jr, Kane, Lasser, Marder, & Weinberger, 2005) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในด้านการประเมินผลการรักษาและการศึกษาวิจัย โดยเกณฑ์อาการสงบของโรคจิตเภท มี 2 ประการ คือ 1) ระดับความรุนแรงของอาการโรคจิตหลัก (core psychotic symptoms) ลดลง ถึงระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับเล็กน้อย (mild)

และ 2) การลดลงของอาการคงอยู่ยาวนานติดต่อกันเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสำคัญต่อการลดโอกาสเกิดพยาธิสภาพที่ถาวรและอันตรายจากอาการของโรค ลดความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ ทำให้เกิดความพร้อมสำหรับการบำบัดด้านจิตสังคม การศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงาน จัดระบบบริการ และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากผลกระทบของความเจ็บป่วย มีอาการสงบ และนำไปสู่การฟื้นตัวด้านสังคม ด้านการทำหน้าที่ และฟื้นตัวจากโรคจิตเภทได้อย่างสมบูรณ์ สามารถอยู่ร่วมกับ การเจ็บป่วยได้อย่างสร้างสรรค์นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า มีความหมาย และบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กับอาการสงบในผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรทั้ง 7 ตัว ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด สามารถทำนายอาการสงบในผู้ป่วยจิตเภทได้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดของ The Remission in Schizophrenia Working Group : RSWG (Andreasen et al., 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกปัจจัยที่น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกณฑ์อาการสงบของโรคจิตเภทมีองค์ประกอบหลัก 2 ประการ คือ ระดับความรุนแรงของอาการโรคจิตหลัก (core psychotic symptoms) ลดลงถึงระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับเล็กน้อย (mild) และการลดลงของอาการคงอยู่ยาวนานติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทประชากรในการวิจัย คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 - 59 ปี มีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป อยู่ในสถานะที่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 10 เท่าของจำนวนตัวแปร (Lawley & Maxwell, 1971) และเพื่อป้องกันข้อมูลตกหล่นสูญหายจึงเก็บรวบรวมข้อมูลเกินกว่าที่กำหนดไว้ร้อยละ 30 ขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 220 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลผู้รับบริการทุกรายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7 มกราคม 2562 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการสงบ คือ แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale) ในหัวข้อที่เป็นอาการทางจิตโดยตรง (Andreasen et al., 2005) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .80 ค่าความเชื่อมั่น .95

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (The Beck Cognitive Insight Scale: BCIS) ที่สร้างและพัฒนาโดย Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman (2004) แปลโดย Ketchai, Sitthimon- gkol, Vongsirimas, and Petrasuwan (2012) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .86 ค่าความเชื่อมั่น .75

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือใน

การรักษาด้วยยา พัฒนาโดย Washiradilok (2006) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) และปรับปรุงโดย Uthaiphan (2013) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .95 ค่าความเชื่อมั่น .80

2.4 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ในครอบครัว พัฒนาโดย Cole and Kazarian (1988) จากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) แปลโดย Sukthong (2011) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .92 ค่าความเชื่อมั่น .93

2.5 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination [TMSE]) พัฒนาขึ้นจากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (Mini mental state examination [MMSE]) (Marshall et al., 1975) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองของไทย (Train The Brain Forum Committee, 1993) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1 ค่าความเชื่อมั่น .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ใบรับรอง STY.CO.A 013/2561 และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ขออนุญาตก่อนเข้าพบ แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ และการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์จำนวน และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล

วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูล วิเคราะห์ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 220 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 55 และ ร้อยละ 45 ตามลำดับ) ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี สถานภาพสมรส โสด มากที่สุด (ร้อยละ 73.6) รองลงมาเป็นสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 15.9) ระดับการศึกษา อยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 25) ส่วนอาชีพพบว่าประกอบอาชีพที่มีรายได้ มากที่สุด (ร้อยละ 43.6) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่ได้รับผิดชอบงานบ้าน (ร้อยละ 24.1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38.85 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดคือวัยกลางคน 41 - 45 ปี (ร้อยละ 17.7)

สำหรับระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วยคือ 12.69 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดคือ 43 ปี กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการหยั่งรู้สภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 6.85, S.D. = 7.2) มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องสูง ($\bar{X}$ = 50.95, S.D. = 8.69) การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 35.45, S.D. = 15.21) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}$ = 26.12, S.D. = 3.57)

การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่มีความสัมพันธ์ กันสูงเกินไป ($r \geq 0.8$) เป็นไปตาม ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

(Logistic Regression Analysis) ที่กำหนดว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์จะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันมากเกินไป (Multicollinearity) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1.000						
2. ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา	-.022	1.000					
3. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.116	.026	1.000				
4. การหยั่งรู้สภาพของตนเอง	.177**	-.002	.111	1.000			
5. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	.165*	-.013	.116	.343**	1.000		
6. การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว	.192**	.043	.065	.302**	.420**	1.000	
7. การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด	.215**	.130	-.048	.139*	.168*	.182**	1.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2-tailed)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2-tailed)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร วิธี Forward Stepwise (LR) ระหว่างปัจจัยทำนายกับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยทำนาย	β	SE	Wald's χ^2	df	p	odds ratio
ค่าคงที่	-13.066	2.159	36.628	1	.000	.000
การหยั่งรู้สภาพของตนเอง	.130	.032	16.324	1	.000	1.139
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	.071	.022	10.590	1	.001	1.074
การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด	.325	.065	25.367	1	.000	1.385

-2 Log likelihood = 209.761, Hosmer and Lemeshow: Chi-square = 4.806 df = 8 sig = .778

Cox&Snell R² = .351, Nagelkerke R² = .468

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า มีเพียง 3 ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ในขณะที่เพศหญิง

และการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว ไม่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.385 เท่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ และ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.074 เท่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการหยั่งรู้สภาพของตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.139 เท่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ โดยสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

$$\text{Predicted logit(อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท)} = -13.066 + 0.130 * (\text{การหยั่งรู้สภาพของตนเอง}) + 0.071 * (\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา}) + 0.325 * (\text{การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด})$$

โดยสมการสามารถทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 46.8

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติโลจิสติกวิธี Forward Stepwise (LR) มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กรณีที่ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ให้คงที่ จะมีโอกาสอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.385 เท่า (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับ Robinson, Woerner, McMeniman, Mendelowitz, and Bilder (2004) ที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นปัจจัยทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบ และยังสามารถทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ฟื้นตัวด้านสังคม และฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้อีกด้วย การศึกษาของ Wunderink, Sytema, Nienhuis, and Wiersma (2008) ก็พบว่าความบกพร่องของสมรรถภาพสมองเป็นปัจจัยทำนายการอาการไม่สงบและยังสามารถทำนายความบกพร่องของการทำหน้าที่ได้อีกด้วย สอดคล้องกับ Kopelowicz, Liberman, Ventura, Zarate, and Mintz (2005)

ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่อาการสงบและ

ฟื้นตัวได้ มีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่สูงกว่ากลุ่มที่อาการไม่สงบและฟื้นตัวไม่ได้ แต่ทั้งสองกลุ่มก็ยังมีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ต่ำกว่าในบุคคลทั่วไป อภิปรายได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดดีส่งผลต่อการคิดวิเคราะห์ทำความเข้าใจ การตรวจสอบว่าประสบการณ์ที่ตนพบนั้นเป็นอาการของโรคจิตเภทหรือเป็นความจริง และส่งผลต่อความร่วมมือและค้นหาแนวทางการรักษา Saengpak, Tungpunkom, and Kitsumban (2005) การเรียนรู้เพื่อจัดการกับอาการของตนเอง ตลอดจนเรียนรู้ทักษะอื่นๆ ที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดอาการสงบได้ สอดคล้องกับ Rosen and Garety (2005) ที่พบว่าความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ทำให้ความสามารถในการค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ตนอาการสงบและความสามารถในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ น้อยกว่า นอกจากนี้ผู้ที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ไม่ดีอาจบ่งบอกถึงความรุนแรงและเรื้อรังของโรค ความบกพร่องของพัฒนาการทางสมองที่ซ่อนอยู่ซึ่งส่งผลต่อการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีอีกด้วย

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น 1 จะมีโอกาสอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.074 เท่า (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kanchanarak (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีมักไม่ป่วยซ้ำ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดีจะมีการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับ Novick, Haro, Suarez, Vieta, and Naber, (2009) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในขณะที่กลุ่มที่อาการไม่สงบนั้นพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช คือการขาดยาและขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง (Kane, 2007) อภิปรายได้ว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ยาต้านอาการทางจิตสามารถไปจัดการกับสาเหตุของอาการทางจิตโดยตรงได้ (Novick et al., 2009) ความล้มเหลวของความร่วมมือในการรักษาด้วยยานั้น ส่งผลต่อ

พยาธิสภาพ การป่วยซ้ำ สัมพันธภาพ ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงจากอาการทางจิตและคุณภาพชีวิต (Lieberman & Kopelowicz, 2002)

การหยั่งรู้สภาพของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีการหยั่งรู้สภาพของตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.139 เท่า (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับ Cannavo, Minutoli, Battaglia, and Aguglia (2016) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบนั้น มีระดับของการหยั่งรู้สภาพของตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่อาการสงบ และการหยั่งรู้สภาพของตนเองยังสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาที่จะนำไปสู่การฟื้นตัวได้ สอดคล้องกับ Smith, Hull, Huppert, Silverstein, Anthony, and McClough (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยที่หยั่งรู้สภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับของอาการทางจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการสงบอีกด้วย อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งส่งผลต่อความคิดและการรับรู้เกิดขึ้น ผู้ที่มีการสะท้อนดูตนเองมากกว่าจะทำให้มีโอกาสในการมีอาการสงบได้มากกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะทำให้การวิเคราะห์พิจารณาน้อยกว่าว่าประสบการณ์ที่ตนพบเจอไม่น่าใช่สิ่งที่จริงทั้งหมดแต่เป็นอาการของโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่มีการหยั่งรู้สภาพของตนเองสูงกว่า จะเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ เห็นความจำเป็นและร่วมมือในการรักษาเพื่อต่อสู้กับอาการทางจิตได้มากกว่า (Resnick, Rosenheck, & Lehman, 2004) ทำให้สามารถเรียนรู้ที่จะหาแนวทางการดูแลจัดการกับอาการของตนเองได้

ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

เพศ อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละเพศเปลี่ยนแปลงไปมีความใกล้เคียงกันมากขึ้น เพศชายก็ต้องพึ่งพาตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่วนเพศหญิงก็ต้องดิ้นรนในการหาปัจจัยยังชีพไม่ต่างจากเพศชาย สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Damruk (2002) ที่ศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะเนื่องจากเพศชายและเพศหญิงในปัจจุบันมีวิถีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน

การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.4) ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างกันอย่างชัดเจนเมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา การใช้การสัมภาษณ์ย้อนไปถึงการมีอาการทางจิตครั้งแรกจนกระทั่งมีการรักษาครั้งแรก อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจดจำได้หรืออาจเข้าใจผิดว่าหมายถึงระยะเวลาของการป่วยทางจิตได้เนื่องจากระยะเวลานั้นต้องผ่านอย่างน้อย 2 ปี ในกลุ่มตัวอย่างทุกราย และเมื่ออาการทางจิตกำเริบครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างเองอาจมีความจำในช่วงนั้นที่ทรงเลือนกว่าช่วงปกติทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ และการข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนก็ไม่สามารถยืนยันได้ถึงการรักษาครั้งแรกเนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษนั้นมักไปรับการรักษาที่อื่นมาก่อนแล้ว นอกจากนี้การแบ่งช่วงในแบบสัมภาษณ์ยังค่อนข้างมีความแตกต่างกันในแต่ละชั้นอีก

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การใช้การสัมภาษณ์ย้อนไปถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างอาจจำไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน เพราะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสมอง (Wyatt, 1991) และนอกจากอาการของโรคแล้ว ความเจ็บป่วยยังทำให้ทักษะทางเชาวนปัญญาและสังคมลดลงอีกด้วย (Seo, Ahn, Byun, & Kim, 2007) และกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งก็มีการรักษาที่หลากหลายทำให้ข้อมูลที่พบในเวชระเบียนอาจไม่ใช่ข้อมูลระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ดี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจึงควรให้กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมปัจจัยดังกล่าว รวมถึงการให้ความรู้ในการส่งเสริม แก่ผู้ดูแลหรือบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การส่งเสริมแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการให้ความรู้กับตัวผู้ป่วยเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการของตนเอง ได้ทำให้อาการสงบได้อย่างต่อเนื่อง เกิดการรับผิดชอบต่อตนเอง การมีพลังอำนาจในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในด้านอื่น ๆ ทำให้เกิดการใช้ชีวิตอย่างอิสระและเกิดการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาซ้ำโดยควบคุมคุณภาพของเครื่องมือเพื่อให้ผลการศึกษามีความแม่นยำ และเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะทำนายอาการสงบได้
2. การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาที่อาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยที่อาการสงบบางรายอาจยังมีคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ไม่ดีเท่าที่ควร เช่นแม้อาการจะสงบแต่ผู้ป่วยยังคงแยกตัว ใช้ชีวิตอย่างพื้พัง จึงควรมีการศึกษา

โดยเพิ่มเติมองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เป็นผลลัพธ์ในการรักษาที่ต้องการ เช่น เพิ่มองค์ประกอบของการเข้าสังคม การทำหน้าที่ เป็นต้น

3. ควรเพิ่มพื้นที่ในการศึกษา เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง หรือเพิ่มการสุ่มพื้นที่แล้วนำมาศึกษาร่วมกัน และใช้การสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มความสามารถในการขยายผลการวิจัย

4. เกณฑ์อาการสงบของ RSWG มีความน่าเชื่อถือ มีการนำไปอ้างอิงและศึกษาอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ เป็นเกณฑ์ที่ใช้ง่าย มีความสะดวกรวดเร็วในการประเมิน สามารถนำมาใช้ได้จริงในการปฏิบัติงานในประเทศไทย สามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือ PANSS-T 8 ข้อ และ BPRS 7 ข้อได้ สามารถนำมาเป็นเกณฑ์ในการวางแผนการรักษา เกณฑ์ในการกำหนดผลลัพธ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของโรคจิตเภท อันจะนำไปสู่การพัฒนาการรักษาและการวิจัยที่น่าเชื่อถือ

5. ควรมีการศึกษาโปรแกรมที่ส่งเสริมให้เกิดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง เพื่อให้การพยาบาลที่ส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบได้

เอกสารอ้างอิง

- Andreasen, N. C., Carpenter Jr., W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The beck cognitive insight scale. *Schizophrenia Research*, 68(2), 319-329.
- Cannavo, D., Minutolo, G., Battaglia, E., & Aguglia, E. (2016). Insight and recovery in schizophrenic patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical*, 20(2), 83-90.
- Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *Journal Psychology*, 44(3), 392-397.
- Damruk, P. (2002). *A study of being healthy of community psychiatric patients in three Southern Border Provinces* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)

- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Iris Medication Journal*, 92(6), 1-3.
- Kanchanarak, O. (2002). *Factors predicting medication adherence behavior of schizophrenic patients in community* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Ventura, J., Zarate, R., & Mintz, J. (2005). Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. *Psychological medicine*, 35(8), 11-65.
- Kane, J. M. (2007). Treatment adherence and long-term outcomes. *CNS Spectrums*, 12(17), 21-26.
- Ketchai, S., Sitthimongkol, Y., Vongsirimas, N., & Petrasuwan, S. (2012). Predictors of depressive symptoms in individual with f-episode schizophrenia. *Journal of Nursing Science*, 30(4), 90-101. (In Thai)
- Lawley, D. N., & Maxwell, A. E. (1971). *Factor analysis as a statistical method*. London: Butterworth & Co.
- Left, P. J., & Vaughn, C. E. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 43-44.
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: A challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 245-255.
- Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Vieta, E., & Naber, D. (2009). Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the schizophrenia outpatients health outcomes (SOHO) study. *Schizophrenia Research*, 108(1-3), 223-230.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547.
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., McMeniman, M., Mendelowitz, A., & Bilder, R. M. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 473-479.
- Rosen, K., & Garety, P. (2005). Predicting recovery from schizophrenia: a retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 735-750.
- Seo, J. M., Ahn, S., Byun, E. K., & Kim, C. K. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), 317-326.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Huppert, J. D., Silverstein, S. M., Anthony, D. T., & McClough, J. F. (2004). Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *Journal of Psychiatric Research*, 38(2), 169-176.
- Saengpak, C., Tungpunkom, P., & Kitsumban, V. (2017). Effect of the adherence therapy on medication adherence among persons with schizophrenia in community. *Nursing Journal*, 44(1), 137-148. (In Thai)

- Sukthong, K. (2011). *Effects of family group psychoeducation on burden and high expressed emotion in caregivers of schizophrenic patients in community* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Train The Brain Forum Committee. (1993). Thai mental state examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*, 45(6), 359-374. (In Thai)
- Uthaiphan, R. (2013). The effect of group motivational interviewing on medication compliance of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(1), 136-148. (In Thai)
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(2), 325.
- Washiradilok, P. (2006). *Effectiveness of motivation interviewing and cognitivebehavioral therapy for treatment compliance in schizophrenia* (Master's thesis), Khon Kaen University. (In Thai)
- Wunderink, L., Sytema, S., Nienhuis, F. J., & Wiersma, D. (2008). Clinical recovery in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 362-369.

ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Effectiveness of Psychosocial Intervention for Persons in Prodromal State of Schizophrenia: A Systematic Review

วัชรภรณ์ ศรีเรือน *

Watcharaporn Sriruan *

ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ **

Patraporn Tungpunkom **

วรณัฐ กิตสัมบันท์ ***

Voranut Kitsumban ***

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีความรุนแรง การค้นหาวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิผลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท พัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคม ในผู้ที่อยู่ระยะอาการนำของโรคจิตเภทต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ตามแนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงปริมาณของสถาบันโจแอนนาบริกส์ 8 ขั้นตอน (2014) โดยคัดเลือกจากงานวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลองที่เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2016) ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ผลการสืบค้นพบงานวิจัยจำนวน 13 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพของงานวิจัยและนำเข้าสู่การทบทวน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SUMARI ที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (2017) ในการวิเคราะห์เมตาและทำการวิเคราะห์สรุปผลเชิงเนื้อหาในงานวิจัยที่ไม่สามารถวิเคราะห์เมตาได้

ผลการวิเคราะห์พบว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลต่อการป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก คือ การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาต้านอาการทางจิตขนาดต่ำ ในระยะเวลา 6 เดือน (Odds Ratio 0.28; 95% confidence interval (CI) 0.09, 0.86; $p < 0.05$) และการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ในระยะเวลา 12 เดือน (Odds Ratio 0.58; 95% confidence interval (CI) 0.36, 0.95; $p < 0.05$)

จากผลการทบทวนอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท โดยให้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาต้านอาการทางจิตขนาดต่ำในช่วงระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นจึงให้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ต่อเนื่องในระยะเวลา 12 เดือน และควรมีการทบทวนเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมหลายรูปแบบร่วมกันเพิ่มเติม เนื่องจากยังมีงานวิจัยจำนวนน้อย

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Instructor, Faculty of Nursing, Phayao University, dan_aennse@hotmail.co.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 29 พฤษภาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 19 กุมภาพันธ์ 2561 วันที่ตอบรับบทความ 8 มิถุนายน 2561

และมีคุณภาพในระดับต่ำมาก จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิผลจากการวิเคราะห์ได้

คำสำคัญ: การบำบัดทางจิตสังคม ผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท การพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Abstract

Schizophrenia is a chronic and severe mental illness. Finding an effective intervention in preventing the progression to the first episode of schizophrenia for persons in a prodromal state is very important. The objective of this review is to evaluate the effectiveness of psychosocial intervention in preventing the progression to first episode schizophrenia for persons in a prodromal state. The systematic review of quantitative evidence has been adopted using the eight steps of the Joanna Briggs Institute (2014). Studies published in Thai or English language during 2006-2016 were considered for inclusion in this review. The results found 13 studies that met inclusion criteria and critical appraising of the study quality, to include in this systematic review. The meta-analysis was performed to evaluate the effectiveness by using SUMARI software developed by Joanna Briggs Institute (2017) and a narrative summary was used when the meta-analysis was not possible.

The results found that the psychosocial interventions that were found to be effective in preventing the progression to first episode schizophrenia for persons in a prodromal state included cognitive behavioral therapy combined with a low dose antipsychotic at a six month period (Odds Ratio 0.28; 95% confidence interval (CI) 0.09, 0.86; $p < 0.05$) and cognitive behavioral therapy at a 12-month period (Odds Ratio 0.58; 95% confidence interval (CI) 0.36, 0.95; $p < 0.05$).

Based on the results of systematic review, clinical practice guidelines in preventing the progression to first episode schizophrenia for persons in prodromal state should be developed. Cognitive behavioral therapy combined with a low dose antipsychotic should be implemented in a six-month period and cognitive behavioral therapy should be applied in a twelve-month period. Primary research should be further investigated on the effectiveness of a combination of psychosocial interventions due to the existing evidence that showed a small number of studies and very low quality levels which resulted in the inability to perform meta-analysis to synthesis the overall effect size of this kind of intervention.

Keywords: *psychosocial Intervention, prodromal state of schizophrenia, transition to the first episode of psychosis, systematic review*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีความรุนแรง ซึ่งพบผู้ป่วยมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก (World Health

Organization [WHO], 2018) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยในปี 2560 พบความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 7.3 ราย ต่อประชากร 1,000 คน

ซึ่งมักเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (Ministry of Public Health, Department of Mental Health, 2017b) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังถูกจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคทั้งในเพศหญิงและชายที่ทำให้มีการสูญเสียสุขภาพ เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการ (year lived with disability [YLD]) (Ministry of Public Health, Department of Mental Health, 2017a) โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีลักษณะการบิดเบือนในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา การรับรู้ในตนเอง และพฤติกรรม เป็นผลให้พร่องความสามารถที่อาจส่งผลกระทบต่อ การศึกษาและการทำงาน ยังพบว่าคนที่เป็นโรคจิตเภท มีอายุสั้นกว่าคนปกติประมาณ 2 ถึง 3 เท่า อีกทั้งผู้ป่วย โรคจิตเภทมักจะพบปัญหาที่กระทบคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ปัญหาการเลือกปฏิบัติ การละเมิดสิทธิมนุษยชน และตราบาป (WHO, 2018)

การดำเนินโรคของจิตเภทมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะอาการนำ (prodromal phase) ระยะอาการกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) โดยโรคจิตเภทเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ การรักษาโดยยาและการรักษาโดยใช้การบำบัดทางจิต สังคมในระยะที่มีอาการกำเริบเป็นการรักษาที่มี ประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทไม่ได้รับการรักษา (WHO, 2018) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาจำนวนมากที่หยุด การรับประทานยาเอง ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ (Saengpak, Tungpunkom, & Kitsumban, 2017) การวินิจฉัยและ การรักษาในระยะเริ่มต้นของโรคหรือตั้งแต่อายุในระยะ อาการนำ จึงเป็นการปฏิบัติที่ดีสำหรับการพัฒนาผลลัพธ์ ที่สำคัญของโรคจิตเภท (WHO, 2013) ดังนั้นการให้ ความสนใจในระยะอาการนำจึงควรได้รับการศึกษา เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันการเกิดโรคต่อไป

ระยะอาการนำของโรคจิตเภทมีลักษณะเป็น ความเสื่อมที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อยซึ่งมีระยะเวลานาน ตั้งแต่สัปดาห์ไปถึงหลาย ๆ ปี ในการบิดเบือนทางด้าน จิตใจและพฤติกรรม (Larson, Walker, & Compton,

2010; Lotrakul, 2011) รวมไปถึงความผิดปกติ ทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ แรงจูงใจ การสื่อสาร ภาษา การเคลื่อนไหว ความคิดสร้างสรรค์ การทน ต่อความเครียด และการนอนหลับ (Larson et al., 2010) โดยต้องอาศัยการสังเกตอย่างใกล้ชิดถึงจะเห็น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Tungpunkom, 2017) ซึ่งมักพบโรคร่วมอื่น ๆ ในระยะอาการนำ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ติดกัญชา เป็นต้น (Rosen, Miller, D'Andrea, McGlashan, & Woods, 2006) ดังนั้น หากมีการวินิจฉัยและการรักษาในระยะนี้ได้ทันทั่วทั้งที่ จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคจิตเภทเต็มรูปแบบ หรือลดผลกระทบของโรคได้ (McGorry, Yung, & Phillips, 2003)

ในช่วงระยะเวลาที่สั้นกว่าปีที่ผ่านมา มีการตั้งเกณฑ์ การประเมินอาการของผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำ ซึ่งเป็น เกณฑ์การประเมินที่มีความชัดเจน และสามารถทำนาย การเกิดโรคจิตเภทได้ จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ของการศึกษาที่มีการใช้แบบประเมินอาการของผู้ที่อยู่ใน ระยะอาการนำ แล้วมีการติดตามผลไปข้างหน้า พบว่า ร้อยละ 18, 22, 29 และ 36 ของผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำ มีอาการทางจิตหลังจากหกเดือน หนึ่งปี สองปี และ สามปีของการติดตามผลตามลำดับ (Fusar-Poli et al., 2012) สรุปได้ว่าจำนวนผู้ที่มีอาการทางจิตจะมากขึ้น ตามระยะเวลาในการติดตามผลของการศึกษา ซึ่งการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการป้องกัน หรือการลดผลกระทบของโรคสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะ อาการนำของโรคจิตเภทได้ (McGorry et al., 2003)

การบำบัดเพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มี อาการทางจิตครั้งแรก สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำ ของโรคจิตเภทมีการบำบัดใน 2 รูปแบบ คือ การบำบัด ทางชีวภาพ และการบำบัดทางจิตสังคมโดยพบการศึกษา ในทวีปยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย ส่วนในทวีปเอเชีย และประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยการศึกษาในต่างประเทศเป็นการประเมินผลของ การบำบัดเพื่อป้องกันการเกิดโรคโดยใช้ยา (McGorry et al., 2013; McGorry et al., 2002) การบำบัดทางจิตสังคม

(Bechdolf et al., 2012; McGorry et al., 2013; McGorry et al., 2002; Miklowitz et al., 2014; Morrison et al., 2012) และโภชนาการบำบัด (Amminger et al., 2010) การศึกษาสรุปให้เห็นถึงผลของการใช้ยา การบำบัดทางจิตสังคม และการใช้กรดไขมันโอเมก้าสาม โดยพบว่าการบำบัดที่กล่าวมาข้างต้นนี้สามารถช่วยลดความเสี่ยงของการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้ (Amminger et al., 2010; Bechdolf et al., 2012; McGorry et al., 2002; Miklowitz et al., 2014) ในทางกลับกัน มีบางการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาต้านอาการทางจิตและการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมไม่มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (McGorry et al., 2013; Morrison et al., 2012) สำหรับข้อมูลในปัจจุบัน ไม่สนับสนุนการใช้ยาต้านอาการทางจิตเพื่อช่วยเหลือเป็นอันดับแรก (first line) สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท (Marshall & Rathbone, 2011; McGorry et al., 2013) การศึกษาถึงการบำบัดทางจิตสังคมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท

การบำบัดทางจิตสังคม หมายถึง กลุ่มของการบำบัดโดยไม่ใช้ยา ที่ส่งผลต่อการแก้ปัญหาทางด้านจิตสังคมบุคคลสัมพันธภาพและการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมมีผลต่อการจัดการกับอาการที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งจัดการกับผลที่ตามมาจากปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมจึงเป็นการบำบัดที่เน้นองค์รวมมากกว่าเน้นการจัดการกับอาการเพียงอย่างเดียว (Walker, 2014) การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก โดยมีการประเมินผลลัพธ์หลัก คือ จำนวนของผู้ที่มีการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลลัพธ์รองจากการบำบัดทางจิตสังคม เช่น อาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิต

อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้เพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท ประกอบด้วย 1) การบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคล (individual psychosocial intervention [IPI]) ได้แก่ การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy [CBT]) และการให้การปรึกษาแบบประคับประคอง (supportive counseling [SC]) 2) การบำบัดครอบครัว (family therapy [FT]) และ 3) การบำบัดทางจิตสังคมแบบผสมผสาน (integrated psychosocial intervention [IPI]) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากการบำบัดทางจิตสังคมในแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การบำบัดทางจิตสังคมในแต่ละรูปแบบมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รองที่ไม่เหมือนกัน

จากการศึกษาถึงการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย และมีผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ไม่พบการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภทต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มีการตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างการดำเนินการในหัวข้อนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภทต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก โดยทำการศึกษาตามกรอบแนวคิดการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Joanna Briggs Institute [JBI] (2014)

กล่าวโดยสรุป แม้ว่าจะมีการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) เพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท แต่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ ที่รวมการบำบัดทั้งด้าน การบำบัดทางชีวภาพ และการบำบัดทางจิตสังคม

เข้าด้วยกัน ซึ่งผลลัพธ์ของการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดที่มีประสิทธิผลต่อการป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก คือ การใช้ยาต้านอาการทางจิต (Van der Gaag et al., 2013) และการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในระยะเวลา 12 เดือนที่มีข้อจำกัดของคุณภาพงานวิจัยที่นำมาเข้าสู่การทบทวน กล่าวคือมีคุณภาพในระดับต่ำถึงปานกลาง (Stafford, Jackson, Mayo-Wilson, Morrison, & Kendall, 2013) นอกจากนี้ยังมีการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ไม่สามารถทำการสรุปผลโดยการวิเคราะห์เมตา เนื่องจากงานวิจัยมีความหลากหลาย และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย จึงทำการวิเคราะห์ผลลัพธ์แยกในแต่ละการศึกษา (Marshall & Rathbone, 2006, 2011) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังแนะนำให้มีการทำการวิจัยเพิ่มเติม และทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อหาข้อสรุปในด้านประโยชน์ของการบำบัดทางจิตสังคมในการป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะนี้ เนื่องจากการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ผ่านมา ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย และยังไม่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียว (Stafford et al., 2013) ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมเป็นการบำบัดที่มีแนวโน้มที่จะให้ผลลัพธ์ที่ดี และมีความเสี่ยงน้อย (McGorry et al., 2013) และจากการสืบค้นในฐานข้อมูลในปัจจุบันพบว่า มีงานวิจัยใหม่ๆ ที่ยังไม่ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ผ่านมา โดยผลของการทบทวนอย่างเป็นระบบจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันหรือชะลอการเกิดอาการทางจิตโดยใช้การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลจิตเวช ผลลัพธ์ของการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นำไปสู่การป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ซึ่งจะช่วยในการลดผลกระทบของโรคจิตเภทในด้านต่าง ๆ ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภทต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อสรุปประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท ต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้ คือ 1) กำหนดหัวข้อและคำถามการทบทวน 2) กำหนดวิธีการสืบค้นและเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) ทำการสืบค้นงานวิจัยและคัดเลือกงานวิจัย 4) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 5) การสกัดข้อมูลงานวิจัย 6) การสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย 7) การเสนอผลการทบทวนอย่างเป็นระบบ และ 8) การอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยคัดเลือกจากงานวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง ที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ที่เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2016) ทั้งที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ตามแนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ 8 ขั้นตอน (JBI, 2014) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การกำหนดหัวข้อและคำถามการทบทวน เพื่อให้มีแนวทางในการทบทวนอย่างชัดเจน
2. การกำหนดวิธีการสืบค้นและการคัดเลือกงานวิจัย จากรายงานการวิจัยที่ครอบคลุมตามหลัก PICO ได้แก่ 1) ประชากรที่ศึกษา เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาในประชากรกลุ่มที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท 2) การบำบัด เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมเป็นตัวแปรต้น 3) การเปรียบเทียบ

เป็นรายงานการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งกับกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบอื่น ๆ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางชีวภาพ และ 4) ตัวแปรผลลัพธ์เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์หลัก คือ การพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรกเป็นตัวแปรตามโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 กำหนดคำสำคัญ (key words) ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย กลุ่มประชากร ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท และ prodromal state of schizophrenia วิธีการบำบัด ได้แก่ การบำบัดทางจิตสังคม และ psychosocial intervention ตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ การพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และ transition to the first episode of psychosis โดยผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนการระบุคำสำคัญตามผลการสืบค้นแต่ละครั้ง เพื่อนำมาใช้ในการระบุคำสำคัญในการสืบค้นครั้งถัดไป

2.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ได้แก่ การสืบค้นจากคอมพิวเตอร์ (computerized searching) โดยฐานข้อมูลที่สืบค้นได้แก่ CINAHL, PubMed, Scopus, ScienceDirect, PsycINFO ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย และเว็บไซต์ Google Scholar และการสืบค้นด้วยมือ (hand searching) จากห้องสมุด นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สืบค้นข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัยที่ค้นได้

2.3 วิธีการสืบค้นข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสืบค้นเบื้องต้น การสืบค้นอย่างละเอียด และการสืบค้นจากบัญชีเอกสาร

3. การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการอ่านงานวิจัยที่สืบค้นได้อย่างเป็นอิสระระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก แล้วทำการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อ 2

4. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษามีการตกลงเกณฑ์ในการตัดสินคุณภาพโดยต้องได้คะแนนตั้งแต่ 9 ขึ้นไป จาก 13 คะแนนเต็ม หลังจาก

นั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักอ่านงานวิจัยที่คัดเลือกเข้าสู่วิธีการทบทวนอย่างเป็นอิสระ แล้วทำการบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินคุณภาพ

5. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักอ่านงานวิจัยที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์อย่างเป็นอิสระ จากนั้นจึงทำการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล

6. การสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยที่ทำการสกัดข้อมูลแล้ว ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อการวิเคราะห์ข้อมูล

7. นำเสนอผลการทบทวนหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งในส่วนของระเบียบวิธีวิจัย และผลการวิจัย

8. การอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบมี 2 ประเภท คือ แบบประเมินคุณภาพการวิจัย (critical appraisal form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบ และแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (data extraction form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ลงบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย โดยทั้งสองเครื่องมือนี้สร้างและพัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2017) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การควบคุมคุณภาพการทบทวนอย่างเป็นระบบ

ผู้วิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือก่อนการใช้งานจริงจำนวน 1 ฉบับ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาให้ตรงกัน ซึ่งผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักมีการคัดเลือกงานวิจัย การประเมินคุณภาพการวิจัย และการการสกัดข้อมูลการวิจัยอย่างเป็นอิสระ และนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในส่วนที่มีความไม่ตรงกันของเนื้อหา ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักได้ทำการปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน หากยังหาข้อสรุปไม่ได้

จึงให้อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเป็นผู้ลงมติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองในคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ EXP-025-2559 ก่อนทำการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

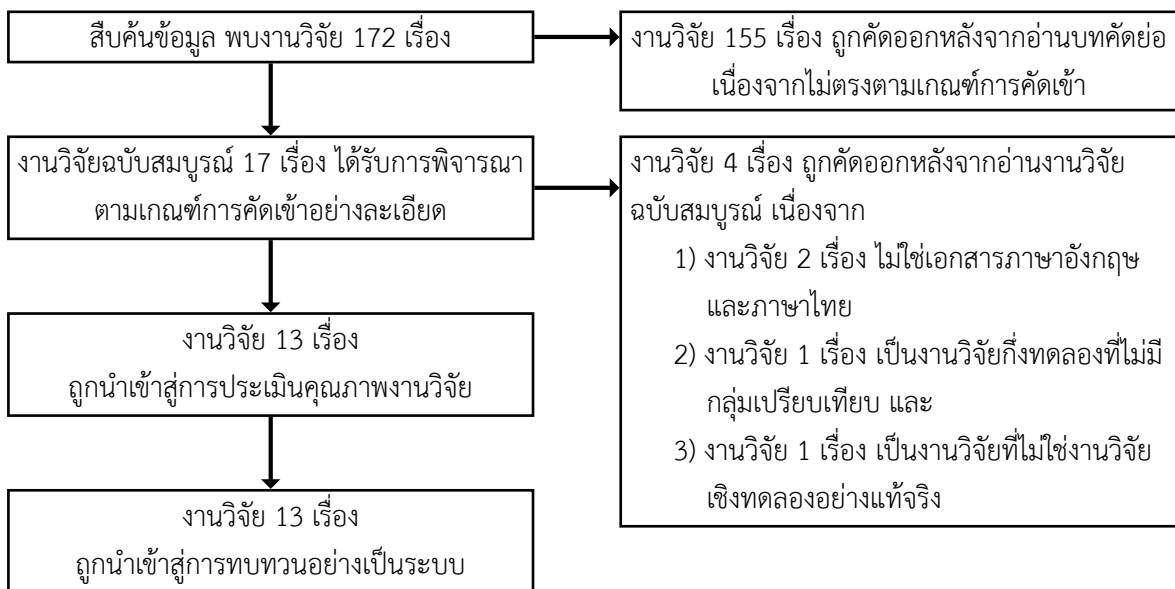
1. ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัย ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

2. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำ ต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จำนวน 13 ฉบับ ทำการวิเคราะห์เมต้าโดยการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) ซึ่งมีผลลัพธ์หลัก คือ จำนวนของผู้ที่มีการพัฒนาไปสู่

ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก วิเคราะห์โดยใช้สถิติ odds ratio ส่วนผลลัพธ์รอง ได้แก่ อาการทางจิต และการทำหน้าที่ทางสังคม ใช้สถิติ mean difference ในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนผลการวิจัยในกลุ่มย่อยที่ไม่มีความเป็นเอกพันธ์ไม่สามารถวิเคราะห์เมต้าได้ จึงทำการวิเคราะห์สรุปเนื้อหาเพื่อตอบคำถามการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

1. ผลจากการสืบค้นข้อมูลตามคำสำคัญที่ระบุไว้ พบงานวิจัยทั้งหมด 172 เรื่อง งานวิจัยจำนวน 13 เรื่อง ถูกนำมาเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยผลการสืบค้นแสดงรายละเอียดในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบ

2. ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัยของรายงานวิจัยที่นำเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบ จำนวน 13 เรื่อง โดยงานวิจัยมีการออกแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (randomized control trial [RCT]) และได้รับการตีพิมพ์

ในวารสารทางวิชาการทั้งหมด โดยตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2559 (ค.ศ. 2012 - 2016) มากที่สุด จำนวน 7 เรื่อง สถานที่ที่พบงานวิจัยมากที่สุด คือ ทวีปยุโรป จำนวน 6 เรื่อง รองลงมา คือ ทวีปออสเตรเลีย จำนวน 5 เรื่อง และ ทวีปอเมริกา จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยทั้งหมดศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

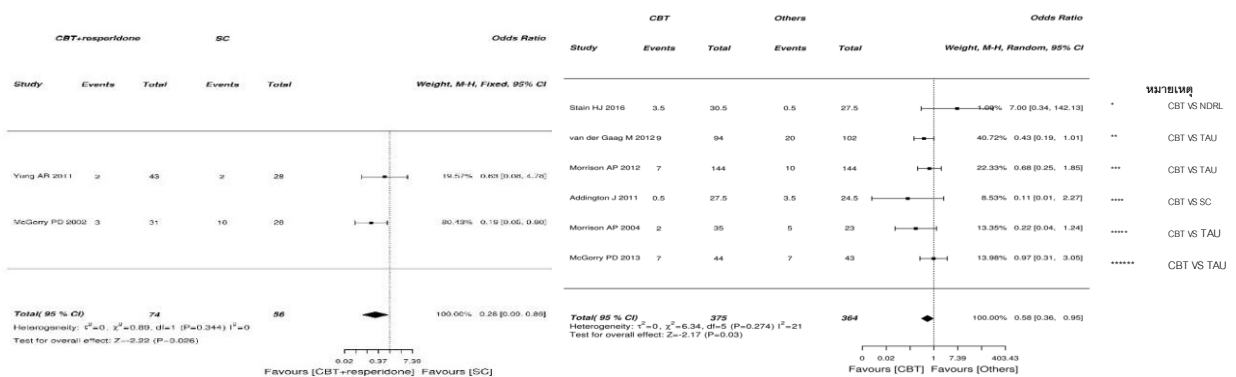
3. ผลการประเมินคุณภาพของงานวิจัย จำนวน 13 เรื่อง พบว่า งานวิจัยทั้งหมดผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตั้งแต่ 9 ข้อขึ้นไป ใน 13 ข้อ โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ 10 ข้อ จำนวน 7 เรื่อง และมีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ 11 ข้อ จำนวน 6 เรื่อง โดยไม่มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพครบทั้งหมด

4. รูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม 2) การให้การปรึกษาแบบประคับประคอง และ 3) การบำบัดทางจิตสังคมแบบผสมผสาน ซึ่งแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาด้านอาการทางจิตขนาดต่ำ และการบำบัดทางจิตสังคมหลายรูปแบบร่วมกัน โดยมีการศึกษาในระยะสั้น (6 เดือน) ระยะปานกลาง (12 เดือน) และระยะยาว (มากกว่า 12 เดือน)

5. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้

อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท

5.1 ผลลัพธ์หลักของการศึกษา คือ การพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ผลการวิเคราะห์เมตาดาพบว่าการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลต่อการป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก คือ การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาด้านอาการทางจิตขนาดต่ำในระยะเวลา 6 เดือน (Odds Ratio 0.28; 95% confidence interval (CI) 0.09, 0.86; $p < 0.05$) (ภาพที่ 2) และการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ในระยะเวลา 12 เดือน (Odds Ratio 0.58; 95% confidence interval (CI) 0.36, 0.95; $p < 0.05$) (ภาพที่ 3) การให้การปรึกษาแบบประคับประคองไม่มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก สำหรับการให้การบำบัดทางจิตสังคมหลายรูปแบบร่วมกัน ยังไม่สามารถสรุปผลจากการวิเคราะห์เมตาดาได้ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1



ภาพที่ 2 Forest plot แสดงการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาด้านอาการทางจิตขนาดต่ำ กับการให้การปรึกษาแบบประคับประคอง ต่อการป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ในระยะเวลา 6 เดือน ของงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง

ภาพที่ 3 Forest plot แสดงการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม กับการฟังแบบสะท้อนคิดอย่างไม่เฉพาะเจาะจง การให้การปรึกษาแบบประคับประคอง และการดูแลตามปกติ ต่อการป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ในระยะเวลา 12 เดือน ของงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง

5.2 ผลลัพธ์รองของการศึกษา ได้แก่ อาการทางจิต และการทำหน้าที่ทางสังคม โดยผลการวิเคราะห์เมตต้าพบว่า การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม การให้การปรึกษาแบบประคับประคอง และการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาต้านอาการทางจิตขนาดต่ำ ไม่มีประสิทธิผลต่ออาการทางจิต และการทำหน้าที่ทางสังคม ทั้งในช่วงระยะเวลา 6, 12 และมากกว่า 12 เดือน

การอภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เมื่อพิจารณาตามวิธีการจัดระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางของ GRADE (JBI, 2017) รายละเอียดตามตารางที่ 1 พบว่าประสิทธิผลของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก และการจัดระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

หมายเหตุ. ☒ หมายถึง มีประสิทธิผล
☒ หมายถึง ไม่มีประสิทธิผล
☒ FC หมายถึง กลุ่มควบคุมมีประสิทธิผลมากกว่ากลุ่มทดลอง

วิธีการบำบัด	ระยะเวลาการศึกษา (เดือน)	ผลการศึกษา	ระดับคุณภาพหลักฐาน เชิงประจักษ์
การบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรม	6	☐	ปานกลาง
	12	☐	ปานกลาง
	มากกว่า 12	☐	ปานกลาง
การให้การปรึกษาแบบ ประคับประคอง	6	☐ FC	ต่ำ
	12	☐ FC	ปานกลาง
	มากกว่า 12	☐ FC	ต่ำ
การบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการให้ยา ต้านอาการทางจิตขนาดต่ำ	6	☐	ต่ำ
	12	☐	ต่ำ
	มากกว่า 12	บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา	ต่ำ
การบำบัดทางจิตสังคมหลาย รูปแบบร่วมกัน	6	บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา	ต่ำมาก
	12	บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา	ต่ำมาก
	มากกว่า 12	บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา	ต่ำมาก

ทั้งสามระยะของการศึกษา และการให้การปรึกษาแบบประคับประคอง ในระยะเวลา 12 เดือน มีระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยไม่ได้ทำการปกปิดผู้ให้การบำบัด กล่าวคือ ผู้บำบัดที่ให้การบำบัดทางจิตสังคมทราบว่า

ตนเองกำลังให้การบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบใด ซึ่งส่งผลต่อความไม่แม่นยำของผลลัพธ์ที่ได้ จึงปรับลดระดับคุณภาพลงหนึ่งระดับ โดยหากมีงานวิจัยเพิ่มเติมอาจเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นต่อการประมาณการผลลัพธ์ และอาจจะเปลี่ยนขนาดของผลลัพธ์ได้ สำหรับการ

ให้การปรึกษาแบบประคับประคอง ในระยะเวลา 6 และมากกว่า 12 เดือน และการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาต้านอาการทางจิตทั้งสามระยะของการศึกษา มีระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระดับต่ำ ซึ่งมีการปรับลดระดับคุณภาพลงสองระดับ เนื่องจากไม่ได้ทำการปกปิดผู้ให้การบำบัด และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย โดยหากมีงานวิจัยเพิ่มเติมมีความเป็นไปได้มากที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นต่อการประมาณการผลลัพธ์ และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนขนาดของผลลัพธ์สูง ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมหลายรูปแบบร่วมกัน มีระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระดับต่ำมาก โดยปรับลดระดับคุณภาพลงสามระดับ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ไม่ได้ทำการปกปิดผู้ให้การบำบัด และงานวิจัยทั้งหมดไม่มีความเป็นเอกพันธ์ ซึ่งส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในการประมาณการผลลัพธ์น้อยมาก

2. ผลลัพธ์รองของการศึกษา ได้แก่ อาการทางจิต และการทำหน้าที่ทางสังคม เมื่อพิจารณาการจัดระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางของ GRADE (JBI, 2017) พบว่ามีระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย และไม่ได้ทำการปกปิดผู้ให้การบำบัด จึงปรับลดระดับคุณภาพลงสองระดับ โดยหากมีงานวิจัยเพิ่มเติมมีความเป็นไปได้มากที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นต่อการประมาณการผลลัพธ์ และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนขนาดของผลลัพธ์สูง ยกเว้นประสิทธิผลของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางจิต และต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ในระยะเวลา 12 เดือน ที่มีคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระดับปานกลาง โดยมีการปรับลดระดับคุณภาพลงหนึ่งระดับ เนื่องจากไม่ได้ทำการปกปิดผู้ให้การบำบัด ดังนั้นหากมีงานวิจัยเพิ่มเติมอาจเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นต่อการประมาณการผลลัพธ์ และอาจจะเปลี่ยนขนาดของผลลัพธ์ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท ดังนี้

1. ให้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาต้านอาการทางจิตขนาดต่ำ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งควรนำไปใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากผลลัพธ์ที่ได้มีคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับต่ำ โดยหากมีงานวิจัยเพิ่มเติมมีความเป็นไปได้มากที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นต่อการประมาณการผลลัพธ์ และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนขนาดของผลลัพธ์สูง

2. ให้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เพียงอย่างเดียว ตั้งแต่ระยะเวลา 6 เดือน ต่อเนื่องไปจนถึงระยะเวลา 12 เดือน ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้มีคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหากมีงานวิจัยเพิ่มเติมอาจเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นต่อการประมาณการผลลัพธ์ และอาจจะเปลี่ยนขนาดของผลลัพธ์ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาต้านอาการทางจิตขนาดต่ำ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน เพิ่มเติม โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เนื่องจากการบำบัดที่มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาไปสู่ระยะที่มีอาการทางจิตครั้งแรก แต่ยังมีศึกษาจำนวนน้อย และมีคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับต่ำ

2. ควรมีการทำวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมหลายรูปแบบร่วมกันเพิ่มเติม โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เนื่องจากยังมีงานวิจัยจำนวนน้อย และมีคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับต่ำมาก จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิผลจากการวิเคราะห์เมตาในครั้งนี้ได้

3. ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคม ในช่วงระยะเวลามากกว่า

- 12 เดือน เพิ่มเติม เนื่องจากยังมีการศึกษาจำนวนน้อย โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดโดย
และมีช่วงระยะเวลาของการศึกษาที่กว้าง การปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาต้าน
4. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัด อาการทางจิตขนาดต่ำ ในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- Amminger, G. P., Schäfer, M. R., Papageorgiou, K., Klier, C. M., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., . . . Berger, G. E. (2010). Long-chain Ω -3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: A randomized, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 146-154.
- Bechdolf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., . . . Decker, P. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *The British Journal of Psychiatry*, 200(1), 22-29.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., . . . McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 220-229.
- Joanna Briggs Institute [JBI]. (2014). *Joanna briggs institute reviewers' manual: 2014 edition/ supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Retrieved from <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Umbrella%20Reviews.pdf>
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. (2017). *Joanna briggs institute reviewer's manual*. Retrieved from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Joanna+Briggs+Institute+Reviewer%27s+Manual>.
- Larson, M. K., Walker, E. F., & Compton, M. T. (2010). Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1347-1359. doi:10.1586/ern.10.93
- Lotrakul, M. (2011). *Psychotic and schizophrenia*. Retrieved from <http://www.ramamenthal.com/medicalstudent/generalpsyc/psycfinedetail/>. (In Thai)
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2006). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006(4), Cd004718. doi:10.1002/14651858.CD004718.pub2
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Systematic Review*, 2011(6), Cd004718. doi:10.1002/14651858.CD004718.pub3
- McGorry, P. D., Nelson, B., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., Thampi, A., . . . Yung, A. R. (2013). Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: Twelve-month outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 349-356. doi:10.4088/JCP.12m07785
- McGorry, P. D., Yung, A. R., & Phillips, L. J. (2003). The "close-in" or ultrahigh-risk model: A safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 771-790.

- McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S., Cosgrave, E. M., . . . Blair, A. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 921-928.
- Miklowitz, D. J., O'Brien, M. P., Schlosser, D. A., Addington, J., Candan, K. A., Marshall, C., . . . De Silva, S. D. (2014). Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: Results of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(8), 848-858.
- Ministry of Public Health, Department of Mental Health. (2017a). *Annual report 2017*. Nonthaburi: Department of Mental Health. (In Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Mental Health. (2017b). *Psychiatric patient report 2017*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>. (In Thai)
- Morrison, A. P., French, P., Stewart, S. L., Birchwood, M., Fowler, D., Gumley, A. I., . . . Murray, G. K. (2012). Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: Multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 344, e2233.
- Rosen, J. L., Miller, T. J., D'Andrea, J. T., McGlashan, T. H., & Woods, S. W. (2006). Comorbid diagnoses in patients meeting criteria for the schizophrenia prodrome. *Schizophrenia Research*, 85(1), 124-131.
- Saengpak, C., Tungpunkom, P., & Kitsumban, V. (2017). Effect of the adherence therapy on medication adherence among persons with schizophrenia in community. *Nursing Journal*, 44(1), 137-148. (In Thai)
- Stafford, M. R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A. P., & Kendall, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 346, f185.
- Tungpunkom, P. (2017). *Nursing care for persons with schizophrenia*. Chiang Mai: Chiangmai University. (In Thai)
- Van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., . . . Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149(1-3), 56-62. doi:10.1016/j.schres.2013.07.004
- Walker, S. (2014). *Psychosocial interventions in mental health nursing*. USA: Learning Matters.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=F7ED5C8AC5A760CEA8D7096B83CA6B57?sequence
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง
กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ของโรงเรียนสังกัด
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

Association between Family factors and parenting style and nutritional
status among students grade 4-6 in schools under the office of the basic
education commission in Muang District Phitsanulok

สุชาดา	พิชัยธรรม*	Suchada	Pichaitum *
ยุวรงค์	จันทรวิจิตร **	Yuwayong	Juntarawijit **
อุมาพร	ห่านรุ่งชโรทร**	Umaporn	Hanrungcharotorn **

บทคัดย่อ

ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนมีอุบัติการณ์ของการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และภาวะโภชนาการในเด็กนั้นเป็นผลมาจากหลายปัจจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองกับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ปกครองของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดสพฐ. อ.เมือง จ.พิษณุโลก จำนวน 171 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่เด่นชัด ตามแนวคิดของ Baumrind เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยครอบครัวและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และได้ทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในส่วนของปัจจัยครอบครัว ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง Index of Item-Objective Congruence (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.8 -1 สำหรับแบบสอบถามในส่วนรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ใช้เครื่องมือวิจัยของ Wongkongdech (2004) และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าในแต่ละรูปแบบ ระหว่าง 0.78 - 0.92 เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการ ใช้เกณฑ์การอ้างอิงการเจริญเติบโต โดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ประเภทครอบครัว และรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ส่วนระดับการศึกษาของผู้ปกครอง จำนวนพี่น้องของเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ แบบควบคุม ตามใจ และแบบทอดทิ้ง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปส่งเสริมให้ผู้ปกครอง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้สูงในการดูแลการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็ก

คำสำคัญ: ปัจจัยครอบครัว รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ภาวะโภชนาการ

* พยาบาลวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Registered nurse, Faculty of Nursing, Naresuan University, suchadapi2517@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** Assistant professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

วันที่รับบทความ 1 มิถุนายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 3 สิงหาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 21 กรกฎาคม 2563

Abstract

The incidence of malnutrition in school-aged children has continued to increase. Nutritional status in children is the result of many factors. This descriptive study aimed to study the association between family factors, parenting styles and nutritional status among grades 4-6 students. The sample was 171 parents of the students in grades 4-6 in schools under the Office of Basic Education Commission in Muang District, Phitsanulok Province, who were clearly identifiable parenting styles according to Baumrind's classification. The instrument used in the research was a questionnaires, which consisted of two parts: family factors and parenting styles. The Index of Item Objective Congruence (IOC) of family factors part was between 0.8 – 1. The parenting styles questionnaire was based on Wongkongdech (2004). The reliability of each parenting style was raked between 0.78 to 0.92, tested by Cronbach's Alpha Coefficients. Growth chart (weight for height) was used to assess nutritional status. (Ministry of Public Health) Descriptive statistics and the Chi-Square test and the standard score (Z-Score) were used to analyze the data. The result showed that the family income and family type were associated with nutritional status while parental education and the number of children were not associated with nutritional status. It also found that authoritative parenting style, authoritarian, permissive, and neglectful parenting styles were not associated with nutritional status.

The result of this study can be used to for the benefit of students promote proper food consumption to parent, especially these having high income.

Keywords: *Family Factors, Parenting Style, Nutritional Status*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนมีอุบัติการณ์ของการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งภาวะโภชนาการเด็กส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว ปัจจุบันพบว่า ในปี ค.ศ. 1975 ถึง 2016 ความสูงของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนที่มีอายุ 5-19 ปี ทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 18 (World Health Organization, 2020) ในประเทศไทย จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ผลการเปรียบเทียบโดยจำแนกกลุ่มอายุเด็ก 6-11 ปี และ 12-14 ปี พบว่าภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) และอ้วนรวมกัน ร้อยละ 13.2 และ 15.3 เกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 67.6 และ 68.7 และ

พบภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ผอม ร้อยละ 5.5 และ 3.9 ตามลำดับ (Akepalakorn, 2014)

สำหรับจังหวัดพิษณุโลก รายงานการสำรวจภาวะโภชนาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เด็กอายุ 6-14 ปี ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2557, 2558, 2559, 2560 พบภาวะน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) และอ้วน ร้อยละ 11.29, 9.51, 14.9 และ 12.0 ตามลำดับ โดยพบในอำเภอเมือง ร้อยละ 12.81, 8.14, 23.54 และ 15.84 ตามลำดับ และจากรายงานผลการดำเนินงานในโครงการสูงดี สมส่วนในเด็กวัยเรียน 6-14 ปี จังหวัดพิษณุโลก ในปีงบประมาณ 2560 พบเด็กที่มีภาวะโภชนาการน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) และอ้วน ร้อยละ 12 สมส่วน ร้อยละ 64 และผอม ร้อยละ 5 ส่วนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบเด็ก

ที่มีภาวะโภชนาการน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) และอ้วน ร้อยละ 15.84 สมส่วน ร้อยละ 59.10 และภาวะผอม ร้อยละ 5.37 (Phitsanulok Provincial Health Office, 2017)

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในช่วงวัยเด็ก ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดตีบแข็ง เชื้อรา ผิวหนังอักเสบติดเชื้อ ความผิดปกติของกระดูกและข้อ ภาวะนอนกรนและหยุดหายใจขณะนอนหลับ ทำให้เด็กขาดความมั่นใจ และครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และรัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเรื้อรังจากโรคอ้วน (Bureau of Nutrition Department of Health, 2014) ส่วนปัญหาภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์นั้น หากเด็กขาดอาหารในระยะสั้น ผลกระทบอาจไม่ชัดเจน แต่ในระยะยาวจะทำให้เด็กเตี้ย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ได้แก่ สติปัญญาต่ำ ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ การเรียนรู้บกพร่อง เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต เช่น โรคกระดูกพรุน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น (Bureau of Nutrition Department of Health, 2015)

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่านักเรียนบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มในปริมาณ และปริมาณมาก โดยเฉพาะอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ขนมปังสำเร็จรูป ร้อยละ 45.9 เนื่องจากขนมปังสำเร็จรูปหาซื้อได้ง่ายจากร้านค้าในชุมชน และสะดวกในการปรุง (Buasri, 2020) และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอ้วน คือ การรับประทานอาหารปริมาณไขมันสูง การดื่มน้ำหวานปริมาณมาก การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดมากเกินไป การไม่ออกกำลังกาย (Chotibang, Namphrom, & Worakitphunphon, 2012) พฤติกรรมเหล่านี้ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในบริบทของครอบครัวในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงของสังคม และสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อครอบครัว ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ประเภทของครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว และจำนวนพี่น้องของเด็ก ซึ่งปัจจัยครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในเด็กทั้งสิ้น

จากการศึกษาของ Muthuri et al. (2016) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และ Huang, Jasimah, Radzi, and Jenatabadi (2017) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวสูงทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกิน และจากการศึกษาของ Suomalainen (2017) พบว่า เด็กที่อาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กจากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่ผ่านมา นั้น ได้มีผู้ที่แบ่งรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูหลายท่าน ซึ่ง Siriwanbuts, Uwanno, Rittakananon, Khotcharat, Maneesri, and Suthiwan (2002) ได้พัฒนาแบบสำรวจรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูตามแนวคิดของ Baumrind และปรับให้มีความสอดคล้องกับกระบวนการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวไทย (Wongkongdech, 2004) จากนั้น วีรณัฐ วงศ์คงเดชได้ปรับปรุงแบบสำรวจรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของพรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ และคณะ ซึ่งแบ่งการเลี้ยงดูเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม เป็นการเลี้ยงดูที่พ่อแม่ใช้อำนาจให้เด็กทำตามความต้องการของตน มีการควบคุมแต่ไม่ตอบสนองความรู้สึกเด็ก 2) แบบเอาใจใส่เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่ควบคุมสูง มีการให้ความรักความอบอุ่นและเหตุผล มีการควบคุมและตอบสนองความรู้สึกเด็ก 3) แบบตามใจ เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่ยอมรับเด็กมาก ไม่ควบคุมแต่ตอบสนองความรู้สึกเด็ก และ 4) แบบทอดทิ้งให้การดูแลเด็กน้อยมาก บิดามารดาเพิกเฉยต่อเด็กพอๆ กับไม่วางมาตรฐานพฤติกรรมใดๆ ให้เด็กปฏิบัติจากการศึกษาของ Johnson, Welk, Saint-Maurice, and Ihmels (2012) เรื่องรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมที่บ้านที่เอื้อต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินของเด็ก พบว่าคะแนนภาวะโภชนาการและกิจกรรมทางกายของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ($r = .29$) แต่มีความสัมพันธ์

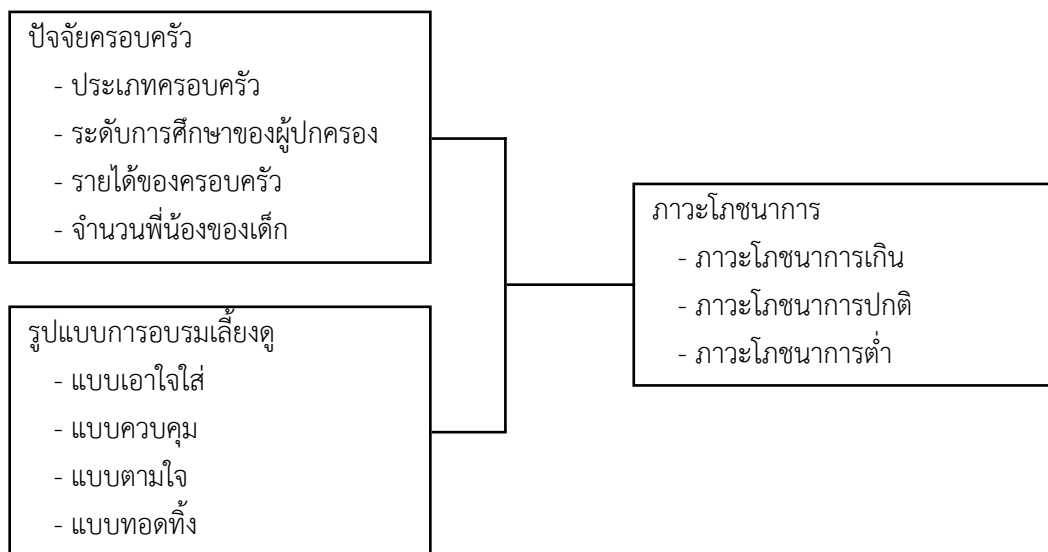
เชิงลบกับรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม ($r = -.22$) และแบบตามใจ ($r = -.20$) และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจมีความสัมพันธ์กับค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ของดัชนีมวลกาย (BMI percentile Z-scores) ($r = .16$)

เด็กวัยเรียนในช่วงอายุ 9-12 ปี เป็นวัยที่มีอุบัติการณ์ปัญหาภาวะโภชนาการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมือง ทั้งนี้ปัจจัยครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นสภาพแวดล้อมใกล้ชิดของเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวและรูปแบบ การอบรมเลี้ยงดูกับภาวะโภชนาการในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการพัฒนากระบวนการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลเด็ก

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว

กรอบแนวคิดที่ใช้การวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองกับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดสพฐ. อ.เมือง จ.พิษณุโลก

คำถามการวิจัย

ปัจจัยครอบครัวและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดสพฐ. อ.เมือง จ.พิษณุโลก หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยครอบครัวและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัด สพฐ. อ.เมือง จ.พิษณุโลก

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กนักเรียน เพศ และสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง

2. แบบสอบถามปัจจัยครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ และนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าระหว่าง 0.8-1 และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเข้าใจของข้อคำถาม

3. แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (Parenting Style Rating Scale) ของ Wongkongdech (2004) ซึ่งปรับปรุงมาจากพรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 67 ข้อ เครื่องมือมีลักษณะวิธีประเมินค่า แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ตรงเลย (1 คะแนน) ไม่ค่อยตรง (2 คะแนน) ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน (3 คะแนน) ตรง (4 คะแนน) และตรงมาก (5 คะแนน) และเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ไม่ตรงเลย (5 คะแนน) ไม่ค่อยตรง (4 คะแนน) ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน (3 คะแนน) ตรง (2 คะแนน) และตรงมาก (1 คะแนน) โดยผู้วิจัยได้ปรับสรุพนามของข้อคำถามจาก “พ่อแม่” เป็น “ท่าน” เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนและได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ 0.781 แบบควบคุม 0.858 แบบรักตามใจ 0.871 และแบบทอดทิ้ง 0.917

4. เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการ ใช้เกณฑ์การอ้างอิงการเจริญเติบโต โดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของกระทรวงสาธารณสุข เป็นเกณฑ์ที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข COA No. 297/2019 IRB No. (0269/62) และผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ปกครองถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์

ของการวิจัย และผู้ปกครองยินยอมเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากครูประจำชั้นในการนัดหมายผู้ปกครอง และได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูล และการเซ็นหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากผู้ปกครองกรอกแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 20 นาที และผู้วิจัยขอรับคืนทันทีหลังตอบแบบสอบถามเสร็จ สำหรับผู้ปกครองที่ไม่ได้มาเข้าร่วมตามนัดหมาย ได้นำแบบสอบถามให้นักเรียนนำกลับไปให้ผู้ปกครอง และนำแบบสอบถามมาส่งคืนภายใน 1 สัปดาห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าไคสแควร์ และหาค่า (Z-Score) ของคะแนนในแต่ละรูปแบบการเลี้ยงดูเพื่อนำมาจำแนกรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปกครองของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในปีการศึกษา 2562 ในโรงเรียนสังกัดสพฐ. อ.เมือง จ.พิษณุโลก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G power ได้ 220 คน และเพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบ และจากการศึกษาของ Wongkongdech (2004) ที่พบว่าแบบสอบถามในการจำแนกรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เด่นชัดได้เพียงร้อยละ 50.8 ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 50 เป็น 330 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน ดังนี้ สุ่มตัวอย่างโรงเรียนที่มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ภาวะโภชนาการเกินและอ้วนมากกว่าและเท่ากับ ร้อยละ 5 ขึ้นไปโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) และสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systemic sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนนักเรียนในแต่ละโรงเรียนที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้ปกครองของนักเรียนที่สุ่มได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติการคัดเลือก ดังนี้ เป็นผู้ปกครองที่ทำหน้าที่หลักรับผิดชอบและ/หรืออบรมเลี้ยงดูนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ไม่รวมพี่เลี้ยงเด็ก สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 330 คนพบว่าสามารถจำแนกรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เด่นชัดได้จำนวน 171 คน (52.4%) และไม่สามารถจำแนกได้จำนวน 155 คน (47.6%) ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่ชัดเจน (171 คน)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับภาวะโภชนาการ (n=171)

ปัจจัยครอบครัว	ภาวะโภชนาการ						df	χ^2	p - value
	เกิน		ปกติ		ต่ำ				
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ			
ประเภทครอบครัว							8	16.483	.036*
ครอบครัวเดี่ยว	26	41.3	27	42.2	21	47.7			
พ่อเลี้ยงเดี่ยว	8	12.7	4	6.3	0	0			
แม่เลี้ยงเดี่ยว	12	19.0	6	9.4	11	25.0			
ครอบครัวสามรุ่น	14	22.2	15	23.4	8	18.2			
ครอบครัวข้ามรุ่น	3	4.8	12	18.8	4	9.1			
ระดับการศึกษา							8	8.140	.615
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	0	0	1	1.6	1	2.3			
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	14.3	12	18.8	8	18.2			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	14.3	12	18.8	12	27.3			
อาชีว/อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	10	15.9	12	18.8	7	15.9			
ปริญญาตรี/สูงกว่า	9	14.3	9	14.1	7	15.9			
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)							8	25.455	.001*
น้อยกว่า 5,000	3	4.8	13	20.3	3	6.8			
5,000 - 10,000	12	19.0	10	15.6	19	43.2			
10,001 - 15,000	12	19.0	11	17.2	6	13.6			
15,001 - 20,000	5	7.9	9	14.1	7	15.9			
มากกว่า 20,000	31	49.2	21	32.8	9	20.5			
Mean	25,557.14		20,981.25		16,300.00				
SD	20,514.97		18,585.74		12,885.71				

ปัจจัยครอบครัว	ภาวะโภชนาการ						df	χ^2	p - value
	เกิน		ปกติ		ต่ำ				
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ			
จำนวนพี่น้อง							2	1.154	.562
มี	45	71.4	40	62.5	29	65.9			
ไม่มี	18	28.6	24	37.5	15	34.1			

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ได้แก่ ประเภทครอบครัว ($df = 8, \chi^2 = 16.483, p < 0.36$) และรายได้ครอบครัว ($df = 8, \chi^2 = 25.455, p < 0.001$) ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ได้แก่ ระดับการศึกษาผู้ปกครอง และจำนวนพี่น้อง

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับภาวะโภชนาการ (n=171)

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู	ภาวะโภชนาการ						df	χ^2	p - value
	เกิน		ปกติ		ต่ำ				
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ			
แบบเอาใจใส่	48	76.2	42	65.6	24	54.5	6	8.514	.203
แบบควบคุม	5	7.9	7	10.9	9	20.5			
แบบตามใจ	6	9.5	9	14.1	4	9.1			
แบบทอดทิ้ง	4	6.3	6	9.4	7	15.9			

จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่แบบควบคุมแบบตามใจ และแบบทอดทิ้ง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ($p > .05$)

การอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวและภาวะโภชนาการ

ปัจจัยครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ โดยพบว่า เด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัวในเด็กที่มีภาวะโภชนาการ

เกินและภาวะโภชนาการปกติ อภิปรายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงทำให้สามารถเลือกซื้ออาหาร ได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ จึงทำให้เด็กได้รับอาหารที่เหมาะสมเพียงพอ หรืออาจมากเกินไปและเกิดภาวะโภชนาการเกินได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mukthananan (1992) ที่พบว่า รายได้ครอบครัวที่สูงเพิ่มโอกาสให้เด็กเลือกซื้ออาหารที่เกินความจำเป็นต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้เด็กในครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง มักใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่ใช้แรงงานน้อย เช่น การใช้เทคโนโลยี และการนอนหลับมากขึ้น Huang, Jasimah, Radzi, and Jenatabadi (2017) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Jin and Jones-Smith (2015) ที่กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวจะช่วยเพิ่มโอกาส

ในการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ

การศึกษาในครั้งนี้พบว่าประเภทครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ อภิปรายได้ว่า ในครอบครัวเดี่ยว บิดา-มารดาต่างก็ทำงานจึงไม่มีเวลามากพอที่จะใส่ใจภาวะโภชนาการเด็ก อีกทั้งบางครอบครัวอาจเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย เช่น ร้านฟาสต์ฟู้ด ห้างสรรพสินค้า ตลาด ร้านสะดวกซื้อ เป็นต้น จากวิถีชีวิตประจำวันที่รีบเร่งและต้องการความสะดวก อาจทำให้ภาวะโภชนาการของเด็กมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของครอบครัว และประเภทครอบครัวสามรุ่นและข้ามรุ่นนั้น อภิปรายได้ว่า ปู่ ย่า ตา ยาย มีเวลาในการดูแลสามารถแบ่งเบาภาระการเลี้ยงดูหรือจัดเตรียมอาหาร มีเวลาในการดูแลภาวะโภชนาการเด็กมากกว่า วัยทำงาน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Suomalainen (2017) พบว่า เด็กที่อาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตายาย มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ส่วนประเภทครอบครัวแม่เลี้ยงเดียวนั้น อภิปรายได้ว่าแม่เลี้ยงเดี่ยวอาจมีภาระงานที่ต้องทำและรับผิดชอบดูแลเพียงคนเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen and Escarce (2012) ที่พบว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับแม่เลี้ยงเดี่ยวมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ทั้งสองคน และประเภทครอบครัวพ่อเลี้ยงเดี่ยวพบเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าภาวะโภชนาการปกติ และอาจไม่มีเวลาและขาดประสบการณ์การเตรียมอาหารที่เหมาะสม เพราะในสังคมไทยเป็นบทบาทของเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Formisano et al. (2014) ที่พบว่าครอบครัวพ่อเลี้ยงเดี่ยวไม่ค่อยมีเวลาการเลี้ยงดูบุตร

ปัจจัยครอบครัวที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ

การศึกษานี้พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็ก อภิปรายได้ว่า ระดับการศึกษาอาจไม่มีความเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะสะท้อนความรู้ด้านโภชนาการของผู้เลี้ยงดู เพราะปัจจุบันความเจริญทางเทคโนโลยี สอดคล้องกับการศึกษาของ Peungposop (2011) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของ

ผู้ปกครองไม่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเด็ก นอกจากนี้ การศึกษาของ Smith et al. (2018) พบว่า ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูง แต่หากมีภารกิจมาก ก็ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับบุตร และส่งผลให้เด็กมีน้ำหนักเกินได้ ส่วนจำนวนพี่น้องของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ อาจเป็นได้ว่า การศึกษานี้พบว่าครอบครัวของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินปกติและต่ำ มีจำนวนพี่น้องของเด็กไม่แตกต่างกัน (Mode = 2 ทั้ง 3 กลุ่ม) ซึ่งผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Peungposop (2011) พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีจำนวนพี่น้องมากกว่า มีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินสูงกว่าเด็กวัยเรียนที่มีจำนวนพี่น้องน้อยกว่า อาจเกิดจากการได้รับการดูแลที่น้อยกว่า และเด็กเลือกปฏิบัติกิจกรรมและรับประทานอาหารได้อิสระจนมีภาวะโภชนาการเกิน

โดยสรุปแล้วจากผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวที่มีรายได้สูงมีฐานะทางเศรษฐกิจดีสามารถเลือกบริโภคอาหารได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินได้ ส่วนประเภทครอบครัวนั้น ในครอบครัวเดี่ยว บิดา มารดาอาจทำงานทั้งคู่จึงไม่มีเวลาดูแลภาวะโภชนาการเด็กเพียงพอ และเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย วิถีชีวิตประจำวันที่รีบเร่งและต้องการความสะดวก จึงมีโอกาสดังกล่าว ทุพโภชนาการได้ ส่วนครอบครัวสามรุ่นและข้ามรุ่นนั้น ปู่ ย่า ตา ยาย อาจมีเวลาดูแล ช่วยแบ่งเบาภาระ การเลี้ยงดู และเป็นตัวแบบเชิงสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารสุขภาพและการมีกิจกรรมเคลื่อนไหว เด็กจึงมีแนวโน้มที่จะเลียนแบบพฤติกรรมบุคคลใกล้ชิด ส่งผลต่อภาวะโภชนาการได้ ส่วนครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยวและพ่อเลี้ยงเดียวนั้น อาจมีภาระงานที่ต้องทำและรับผิดชอบดูแลครอบครัวเพียงคนเดียว ไม่มีผู้ที่แบ่งเบาภาระการเลี้ยงดูเด็ก และพ่อเลี้ยงเดี่ยวส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการเตรียมอาหารคุณภาพเพราะในสังคมไทยเป็นบทบาทของเพศหญิง จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและภาวะโภชนาการ

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ อภิปรายได้ว่า เนื่องจากการพัฒนาการตามช่วงวัยของเด็กเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนมากขึ้นและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน อาจเลียนแบบพฤติกรรมบริโภคในกลุ่มเพื่อน ประกอบกับครอบครัวเด็กที่มีรายได้สูง ทำให้เด็กเข้าถึงแหล่งอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการได้ง่าย เช่น ขนม น้ำอัดลม ของทอด อาหารฟาสต์ฟูด และอาจเกิดจาก สื่อโฆษณาและร้านค้าที่ตั้งใกล้โรงเรียน ซึ่งผลการศึกษาขัดแย้งกับการศึกษาของ Tung and Yeh (2012) ที่พบว่า การเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ของมารดาจะสามารถควบคุมการบริโภคอาหารและควบคุมภาวะน้ำหนักเด็กได้ดี และจากการศึกษาของ Peungposop (2011) ที่กล่าวว่า การเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ให้เหตุผล จะช่วยสนับสนุนภาวะโภชนาการเด็ก ส่วนรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ อาจเป็นได้ว่า ช่วงวัย 9-12 ปีนี้ อาจเป็นช่วงที่เด็กยังไม่พัฒนาเรื่องการควบคุมตนเองอย่างเต็มที่ ถึงแม้ว่าจะยังอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดูของบิดา มารดา อย่างมีกฎเกณฑ์และใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Hancock, Lawrence, and Zubrick (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระยะยาวระหว่างการเลี้ยงดูแบบควบคุมของมารดากับอัตราการเป็นโรคอ้วน พบว่าการเลี้ยงดูแบบควบคุมของมารดาไม่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของเด็กและ โรคอ้วน จนกว่าเด็กอายุ 10-11 ปีจึงพบว่าการเลี้ยงดูแบบควบคุมของมารดามีความสัมพันธ์กับโอกาสที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 13

ส่วนรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบทอดทิ้งไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ อภิปรายได้ว่า ลักษณะการเลี้ยงดูแบบตามใจ เพิกเฉย/ละเลย ซึ่งการเลี้ยงดูมีลักษณะที่ผู้เลี้ยงดูมักอนุญาตให้เด็กกินอะไรก็ได้และปริมาณเท่าใดก็ได้ตามความต้องการของเด็ก ซึ่งเด็กก็ยิ่งขาดการควบคุมตนเองที่เหมาะสม (Birch & Fisher as cited in

Peungposop, 2008) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ LeCroy et al. (2019) ที่พบว่า การอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนสูง และ Alahmadi (2019) ได้กล่าวว่า รูปแบบการเลี้ยงดูแบบทอดทิ้งมีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายในเด็กที่สูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการควบคุมตนเองในการบริโภคอาหารที่มากเกินไป

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ อาจเนื่องมาจากปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการนั้นมีหลายปัจจัย เช่น แหล่งอาศัยอยู่ในเขตเมือง การมีร้านค้าหน้าโรงเรียนหรือแหล่งอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ง่าย และการเลียนแบบกลุ่มเพื่อน เป็นต้น ประกอบกับการที่เด็กยังไม่สามารถตัดสินใจและเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณภาพได้เพียงพอ ซึ่งอาจทำให้ผลต่อภาวะโภชนาการได้ไม่ว่าเด็กจะได้รับการอบรมเลี้ยงดูในรูปแบบใดก็ตาม

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามซึ่งต้นฉบับผู้ตอบเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาอายุ 9-12 ปี ผู้วิจัยจึงให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยข้อคำถามเป็นลักษณะการปฏิบัติในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ซึ่งอาจจะแตกต่างกับการรับรู้ของเด็ก

2. การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่สามารถจำแนกรูปแบบได้ชัดเจนมีจำนวน 171 คน ถึงแม้ว่าจะมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากที่คำนวณได้ จาก 220 คน เป็น 330 คน แล้วก็ตาม แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังคงมีจำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนะนำผู้ปกครองโดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้สูงให้เข้าใจถึงแนวทางการจัดเตรียมอาหาร การให้คำแนะนำในการเลือกซื้ออาหารสุขภาพ และการติดตามภาวะโภชนาการในการบริโภคอาหารของบุตร ส่วนใน

ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ควรส่งเสริมบุตรในการดูแลการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการครบ 5 หมู่และติดตามภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

2. แนะนำการดูแลภาวะโภชนาการของเด็กที่มีประเภทครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว ในการจัดเตรียมอาหารและติดตามภาวะโภชนาการเด็กเพื่อให้เด็กได้รับอาหารที่มีคุณภาพ

3. ประสานงานกับทางโรงเรียนในการให้ข้อมูลหรือ ประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน ในการวางแผนในการแก้ไขปัญหาเรื่องภาวะโภชนาการร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจำแนกรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษากลุ่มในโรงเรียนในสังกัด สพฐ. เขต อ.เมือง จ.พิษณุโลก เท่านั้น การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในโรงเรียนสังกัดอื่นๆ หรือโรงเรียนในเขตชนบท

3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็ก เช่น ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของผู้ปกครองและเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนและครู โรงเรียนในสังกัด สพฐ. จำนวน 7 โรงเรียนในจังหวัดพิษณุโลก และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Alahmadi, R. A. (2019). *The Effects of pects of parenting Style and fenting style and feeding style on child weeding style on child Weight Status: A Systematic Review* (Master's thesis), Eastern Illinois University.
- Akepalakorn, W. (2014). *Report of the 5th Thai health survey by physical examination 2014*. Nonthaburi: Institute of Health System Research. (In Thai)
- Buasri, S. (2020). Food consumption behaviors, fruits and vegetables among school-aged children in Chiang Rai Province. *Nursing Journal*, 47(2), 24-36. (In Thai)
- Bureau of Nutrition Department of Health. (2014). *Guidelines for the prevention of obesity in school children*. Retrieved from www.anamai.moph.go.th (In Thai)
- Bureau of Nutrition Department of Health. (2015). *Guidelines for promotion nutritional health in a good child health clinic*. Retrieved from www.anamai.moph.go.th (In Thai)
- Chen, A. Y., & Escarce, J. J. (2010). Family structure and childhood obesity, early childhood longitudinal study - Kindergarden Cohort. *Preventing Chronic Disease*, 7(3), A50.
- Chotibang, J., Namphrom, N., & Worakitphunphon, P. (2012). Effect of empowerment program on eating behavior and physical activity among overweight children. *Nursing Journal*, 39(1), 23-34. (In Thai)

- Formisano, A., Hunsberger, M., Bammann, K., Vanaelat, B., Molnar, D., Moreno, L.A., ... Siani, A. (2014). Family structure and childhood obesity: Results of the IDEFICS Project. *Public Health Nutrition*, 17(10), 2307-15.
- Hancock, K. J., Lawrence, D., & Zubrick, S. R. (2014). Higher maternal protectiveness is associated with higher odds of child overweight and obesity: A longitudinal Australian study. *Pub Med*, 9(6), e100686.
- Huang, H., Jasimah, C. W., Radzi, W. M., & Jenatabadi, H. S. (2017). Family environment and childhood obesity: A new framework with structural equation modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2), 34-45.
- Jin, Y., & Jones-Smith, J. C. (2015). Associations between family income and children's physical fitness and obesity in California, 2010–2012. *Preventing Chronic Disease*, 12(2), 1-9
- Johnson, R., Welk, G., Saint-Maurice, P. F., & Ihmels, M. (2012). Parenting styles and home obesogenic environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(4), 1411-1426.
- LeCroy, M. N., Siega-Riz, A. M., Albrecht, S. S., Ward, D. S., Cai, J., Perreira, K. M., ... Stevens, J. (2019). Association of food parenting practice patterns with obesogenic dietary intake in Hispanic/Latino youth: Results from the Hispanic community children's health study/study of Latino youth (SOL Youth). *Appetite*. 140, 277-287.
- Mukthananan, S. (1992). *Factors influencing nutritional status of prathom suksa six students in Surin Province* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Muthuri, S. K., Onywera, V. O., Tremblay, M. S., Broyles, S. T., Chaput, J. P., Fogelholm, M., ... ISCOLE. (2016). Relationships between parental education and overweight with childhood overweight and physical activity in 9–11 year old children: Results from a 12-country study. *PLoS One*, 11(8), e0147746.
- Peungposop, N. (2008). *Risk factors for overnutrition among school-aged children in Bangkok* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Peungposop, N. (2011). Child's rearing practices and obesity in children. *The Journal of Behavioral Science*, 17(2), 1-18. (In Thai)
- Phitsanulok Provincial Health Office. (2017). *Annual Report 2017*. Retrieved from <http://www.plkhealth.go.th>. (In Thai)
- Siriwanbuts, P., Uwanno, T., Rittakananon, P., Khotcharat, S., Maneesri, K., & Suthiwan, P. (2002). *The study of pattern of relationships between contemporary behaviors of Thai people and socialization process of Thai families in relation to the development of the country*. Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Smith, A. J., Pak, E., Abreu, C. M., Williams, E., Malika, N. M., Medina, E., & Baum, M. (2018). 5 parental education level and childhood obesity. *Ovid*, 66(1).

- Suomalainen, T. (2017). *Family structure, gender, and childhood obesity: A case study in Peru February 2017*. Retrieved from <https://edepot.wur.nl/409822>.
- Tung, H. J., & Yeh, M. C. (2014). Parenting style and child-feeding behaviour in predicting children's weight status change in Taiwan. *Public Health Nutrition*, 17(5), 970–978.
- Wongkongdech, W. (2004). *Attitude towards seeking help and self-directed learning of secondary school students with different parenting styles* (Bachelor's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- World Health Organization. (2020). *Obesity and overweight*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว:
ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการทำงาน
Situation Analysis of Occupational and Environmental Health Among
Rice Farmers: Health Status and Work Behavior

ธานี	แก้วธรรมาณกุล *	Thanee	Kaewthummanukul *
วีระพร	ศุทธากรณ์ *	Weeraporn	Suthakorn *
กัลยาณี	ตันตรานนท์ *	Kunlayanee	Tantranont *

บทคัดย่อ

เกษตรกรปลูกข้าวส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบที่เผชิญกับความเสี่ยงหรือปัญหาด้านสุขภาพทั้งจากการทำงานและที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการทำงานของเกษตรกรปลูกข้าวในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 385 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

ในส่วนของภาวะสุขภาพทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 16.4 และ 34.3 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติและอ้วนตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.7 มีโรคประจำตัว ระดับภาวะสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.3 มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 68.0 และ 82.6 มีภาวะสุขภาพรายด้านคือ ด้านจิตใจและด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างระบุ เครียด/กังวลจากสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 61.0 มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย กระหายน้ำ ร้อยละ 64.2 และมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ร้อยละ 73.5 สำหรับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงาน พบกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 8.8 ที่มีการบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนพฤติกรรมการทำงานพบว่า ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้งในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงานในสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 61.1) ส่วนการตรวจสอบสภาพความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้งาน พบร้อยละ 75.6 ทำความสะอาดและจัดเก็บรักษาอุปกรณ์หลังใช้งาน ร้อยละ 76.9 และเปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อชำรุด ร้อยละ 80.6 ด้านการปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้งในการทำทำความสะอาดบริเวณที่ทำงานหลังเลิกงาน ร้อยละ 87.0 งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนหรือขณะทำงาน ร้อยละ 87.7 และเก็บเครื่องมือเป็นระเบียบหลังใช้งาน ร้อยละ 90.6 ส่วนการหลีกเลี่ยงปฏิบัติงานเมื่อมีอาการอ่อนเพลียพบในสัดส่วนน้อยที่สุด ร้อยละ 77.9

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับพยาบาลอาชีวอนามัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่มีประสิทธิภาพสำหรับ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, thanee.kaewthummanu@cmu.ac.th

วันที่รับบทความ 22 พฤษภาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 18 มีนาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 26 สิงหาคม 2562

กลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานของเกษตรกรปลูกข้าว

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงาน พฤติกรรมการทำงาน เกษตรกรปลูกข้าว
พยาบาลอาชีวอนามัย

Abstract

Rice farmers are largely part of the informal workforce and face work and non-work related health risks or health problems. The purpose of this descriptive research study was to examine the health status and work behaviors of 385 rice farmers in Wang Thong District, Phitsanulok Province. The study sample was purposively selected based on the inclusion criteria. Data were collected using a structured interview-form developed by the researcher and confirmed for both content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

In terms of general health, 16.4% and 34.3% of the sample had body mass indices in the overweight and obesity ranges, respectively. About 38.7% of the sample had underlying diseases. Over the past month, 75.3% of the sample had moderately good health, while 68.0% and 82.6% had moderately good psychological and physical health. For work-related health risk in the past month, the participants experienced stress/anxiety from situations beyond their control (61.0%), fatigue and thirst (64.2%), and bodily pain (73.5%). Only 8.8% experienced work-related injuries in the past three months. Regarding work behaviors, 61.1%, the lowest proportion across behaviors, regularly practiced personal protective equipment [PPE] use at work (61.1%), while 75.6% of the sample inspected the condition of PPE prior to use, 76.9% cleaned and properly stored PPE after use, and 80.6% replaced PPE when damaged. With regards to adherence to workplace safety rules, 87.0% always cleaned the work area after completing work, 87.7% avoided drinking alcohol before or during work, and 90.6% properly stored tools following use. Avoiding work when fatigued was the rule followed by the smallest proportion of workers (77.9%).

These findings provide a significant foundation for occupational health nurses and related personnel to develop effective health promotion and behavioral modification programs for rice farmers. This is anticipated to prevent and reduce work-related health risks among rice farmers.

Keywords: *Health status, Accident and work related injury, Work Behaviors, Rice Farmers, Occupational Health Nurses*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง อุตสาหกรรมในภาคเกษตรกรรมเป็นรายได้หลัก

ที่นำเข้าประเทศและเป็นฐานการผลิตสำคัญด้านอาหาร และพลังงานทดแทนให้กับประเทศ สำหรับภาคเหนือ มีผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรม 2.9 ล้านคน (National

Statistical Office, 2018) โดยหนึ่งในพืชเศรษฐกิจสำคัญของภาคเหนือ ได้แก่ ข้าว (Bank of Thailand, 2009) ซึ่งคนทำงานในภาคเกษตรกรรมดังกล่าวมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานทั้งปัจจัยคุกคามด้านเคมี ด้านกายภาพ ด้านการยศาสตร์ ด้านชีวภาพ และด้านจิตสังคม เช่น การสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือฝุ่นฟางข้าว/ฝุ่นดิน การสัมผัสความร้อนจากแสงแดด การสัมผัสเสียงดังจากเครื่องจักรที่ใช้ในการเกษตร การสัมผัสเชื้อโรค เชื้อรา หรือสัตว์มีพิษ การทำงานด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสมและการยกของหนัก การทำงานที่เร่งรีบเพื่อให้ได้ผลผลิตตามเวลาหรือรายได้ไม่แน่นอน เป็นต้น รวมทั้งการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพการทำงาน เช่น การทำงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการเกษตรที่มีคม (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2010) การสัมผัสปัจจัยคุกคามเหล่านี้จะนำไปสู่ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเกษตรกร หรือภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน

ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพ หรือการเจ็บป่วย และบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพการทำงาน (Rogers, 2003) โดยการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่สำคัญและมักพบได้ในกลุ่มคนทำงานภาคเกษตรกรรม ได้แก่ พิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรคภูมิแพ้ในระบบทางเดินหายใจจากการสูดฝุ่นฟ้าย/ฝุ่นฟางข้าว/ฝุ่นอ้อยเข้าสู่ทางเดินหายใจ อาการอ่อนเพลีย เป็นลมและหมดสติจากการทำงานในที่ที่มีอากาศร้อน หรือกลางแสงแดด อาการปวดทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อเนื่องจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และการยกของหนัก โรคฉี่หนูหรือเลปโตสไปโรซิส ความเครียดจากราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ หรือไม่ได้ผลผลิตตามที่คาดหวัง และการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2010) มีรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวน 10,312 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 17.12 ต่อประชากร

แสนราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ที่พบผู้ป่วยดังกล่าวจำนวน 8,689 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 14.47 ต่อประชากรแสนราย (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2018) จากรายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสของประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 26 มีนาคม พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยจำนวน 208 ราย จาก 37 จังหวัด หรือคิดเป็นอัตราป่วย 0.32 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว จำนวน 4 ราย หรือคิดเป็นอัตราตาย 0.01 ต่อแสนประชากร โดยอัตราป่วยของภาคเหนือเท่ากับ 0.14 ต่อแสนประชากร (Bureau of Epidemiology, 2015) อีกทั้งมีการศึกษาการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงานของเกษตรกรชาวนาในจังหวัดแพร่ พบว่า เกษตรกรระบุมือมีอาการมือลอก เท้าเปื่อย ติดเชื้อราที่เล็บ ร้อยละ 51.3 ผื่นหนังใหม่จากการทำงานท่ามกลางแสงแดด ร้อยละ 70.6 อาการปวดทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมและการยกของหนัก เช่น อาการปวดไหล่ แขน มือ เข่า เท้า และข้อเท้า ปวดหลัง และปวดคอ (ร้อยละ 82.3-100) ความเครียดจากการทำงาน ร้อยละ 74.3 และบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 38.5 (Tammajak, 2012) และการศึกษาในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดฝักอ่อน พบการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในสัดส่วนสูง คือ อาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 76.9) และอาการปวดในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 36.9 - 69.23) และพบการบาดเจ็บในช่วง 3 เดือนก่อนการศึกษา ร้อยละ 36.2 (Chanprasit & Kaewthummanukul, 2010) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าคนทำงานภาคเกษตรกรรมเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน ซึ่งปัญหาสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มเกษตรกรมักได้รับความสนใจในอันดับท้ายๆ เมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพในกลุ่มอาชีพอื่นๆ ทำให้เกษตรกรต้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

การลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บทั้งเกี่ยวเนื่องและไม่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน

ต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านพฤติกรรมของคนทำงาน โดยเฉพาะพฤติกรรมการทำงานซึ่งเป็นปัจจัยเหตุสำคัญ ปัจจัยหนึ่งและเป็นตัวกันกลาง (buffer) ที่จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพหรือส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนทำงาน เนื่องจากพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจะช่วยป้องกันคนทำงานไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน โดยทั่วไปพฤติกรรมการทำงานดังกล่าวประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย (Occupational Safety and Health Administration [OSHA], 2016) หากคนทำงานยังมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ปลอดภัยก็จะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงานได้

แต่อย่างไรก็ตามปัญหาสุขภาพของคนทำงานทั้งปัญหาสุขภาพทั่วไปและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานจะขึ้นกับบริบทการทำงานแต่ละกลุ่มอาชีพ ตลอดจนบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่มีความจำเพาะในแต่ละกลุ่มอาชีพและบริบทของพื้นที่ ซึ่งในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากลักษณะงานที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน การทำงานในที่ที่มีอากาศร้อน การทำงานด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม ความเครียดจากผลผลิตตกต่ำ หรือไม่ได้ผลผลิตตามที่คาดหวัง ตลอดจนการทำงานกับเครื่องจักรหรืออุปกรณ์ของมีคม (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2014) แม้ว่าที่ผ่านมามีการศึกษาในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวแล้วก็ตาม แต่ลักษณะการทำนาหรือการปลูกข้าวของแต่ละพื้นที่ก็มีความแตกต่างกัน เช่น ประเภทของการทำนา (นาปรัง นาปี หรือทั้งนาปรังนาปี) ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ เป็นต้น อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมามักจะศึกษาเฉพาะประเด็นหรือศึกษาแยกส่วน ยังไม่ครอบคลุมในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพทั่วไปและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยง อุบัติเหตุและ

การบาดเจ็บจากการทำงาน และพฤติกรรมการทำงาน ของเกษตรกรปลูกข้าว โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาในเกษตรกรปลูกข้าวเขตพื้นที่อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นอาชีพที่ทำกันอย่างแพร่หลายเนื่องจากเป็นพืชเศรษฐกิจที่สำคัญของพื้นที่ ผลการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มอาชีพเกษตรกรปลูกข้าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ในประเด็นภาวะสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพทั่วไปและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน ตลอดจนพฤติกรรมการทำงาน

คำถามการวิจัย

สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลกในประเด็นภาวะสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพทั่วไปและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน ตลอดจนพฤติกรรมการทำงานเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์แนวคิดด้านอาชีวอนามัยและ ความปลอดภัยเป็นแนวทางในการศึกษา โดยภาวะสุขภาพ คนทำงานทั้งภาวะสุขภาพทั่วไปและภาวะสุขภาพตาม ความเสี่ยงขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพ การทำงาน หากคนทำงานทำงานภายใต้สภาพแวดล้อม ที่ไม่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านการยศาสตร์ และด้านจิตสังคม และสภาพการทำงาน ที่ไม่ปลอดภัยจะนำไปสู่ผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการ ทำงาน (Rogers, 2003) นอกจากนี้ภาวะสุขภาพคนทำงาน

ยังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการทำงานของคนทำงานโดยเฉพาะ พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและการปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย หากคนทำงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ก็สามารถที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ครั้งนี้ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพคนทำงานทั้งการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน และพฤติกรรมการทำงานของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวในจังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเกษตรกรที่อาศัยอยู่ในอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นอำเภอที่มีจำนวนเกษตรกรปลูกข้าวในสัดส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับอำเภออื่นๆ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรปลูกข้าวที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลแม่ระกา และตำบลชยันนาม อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากเป็นตำบลที่มีกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวในสัดส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับตำบลอื่นๆ ของอำเภอวังทอง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 383 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นเกษตรกรที่ทำงานอยู่ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของการปลูกข้าว มีประสบการณ์ในการปลูกข้าวไม่น้อยกว่า 3 เดือน สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวนทั้งสิ้น 385 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว ที่พัฒนาโดยทีมผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ 2) ภาวะสุขภาพคนทำงาน เป็นการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลดัชนีมวลกายและประวัติการมีโรคประจำตัว ระดับภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินโดยใช้เครื่องมือ SF-36 และภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน เป็นการประเมินการรับรู้อาการหรือความเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 2 ระดับ (มีหรือไม่มี การเจ็บป่วย/การบาดเจ็บที่อาจเกี่ยวเนื่องกับการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน) รวมทั้งอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นการประเมินการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยการระบุจำนวนครั้งของการเกิดการบาดเจ็บในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รวมทั้งสาเหตุการบาดเจ็บ ลักษณะการบาดเจ็บ อวัยวะหรือส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ และความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละครั้ง ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้ เลือกตอบตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และ 3) พฤติกรรมการทำงาน ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ (ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง หรือไม่ปฏิบัติเลย)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .99 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนพฤติกรรมการทำงานเท่ากับ .80 และภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 004/2559 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการอย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และภายหลังได้รับการอนุญาตจากผู้นำชุมชนในพื้นที่ของการวิจัย จากนั้นทีมผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมการใช้แบบสัมภาษณ์เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย และทำการรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ตามวัน เวลาและสถานที่นัดหมายซึ่งใช้เวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ และภาวะสุขภาพคนทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย/ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลพฤติกรรมการทำงานวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.9 เป็นเพศหญิงอีกร้อยละ 43.1 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 18 - 78 ปี (= 51.4 ปี S.D.= 12.8 ปี) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.5

มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี ขณะที่ร้อยละ 28.4 เป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 7.6 มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 29 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.2 มีสถานภาพสมรสคู่ และอีกร้อยละ 11.4 มีสถานภาพสมรสหย่า/หย่า/แยกกันอยู่ ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสามมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ขณะที่กว่าหนึ่งในสี่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ที่น่าสนใจมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.6 ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ด้านรายได้ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 500 - 41,666 บาท (Median = 7,500 บาท) โดยกลุ่มตัวอย่างในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 29.3) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 - 9,999 บาท และต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 2.6 ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท ขึ้นไป ทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.1 มีรายได้ไม่พอใช้เป็นหนี้ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.2 มีรายได้พอใช้และเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 1-60 ปี (Median = 24 ปี) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.0 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป มีกลุ่มตัวอย่างเพียงหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.0) ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.5 ปลูกข้าวทั้งนาปีและนาปรัง และร้อยละ 55.2 และ 30.2 มีพื้นที่ปลูกข้าว น้อยกว่า 50 ไร่ และ 50-99 ไร่ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.1-93.0 ทำงานในขั้นตอนการเตรียมดิน การปลูก และการบำรุงรักษา ขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.9 ทำงานในขั้นตอนการเก็บเกี่ยว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.7) มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และร้อยละ 25.3 มีชั่วโมงการทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และประมาณเกือบสองในสาม (ร้อยละ 61.0) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำงานอย่างปลอดภัย อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 94.0) และทำงานกับเครื่องมือ/เครื่องจักร/อุปกรณ์ที่มีความคม (ร้อยละ 97.4)

2. ภาวะสุขภาพคนทำงาน ประกอบด้วยภาวะสุขภาพทั่วไปและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของคนทำงาน รวมทั้งอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงาน ภาวะสุขภาพทั่วไป พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.2 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 34.3 มีดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์ปกติ และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.4 ที่มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.7 ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40.2) หัวใจและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 22.7) และเบาหวาน (ร้อยละ 12.9) ระดับภาวะสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.3 มีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 10.7 ที่มีภาวะสุขภาพดังกล่าวอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 82.6 และร้อยละ 68.0) มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 2.3 และร้อยละ

16.6 ที่มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1)

ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน ได้แก่ อาการ/ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.5 มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ได้แก่ อาการปวดเข่า/น่อง (ร้อยละ 39.5) และปวดเอว/หลังส่วนล่าง (ร้อยละ 38.2) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.2 มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียกระหายน้ำ ขณะที่ร้อยละ 63.9 มีอาการเครียด/กังวลจากรายได้หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอน อีกร้อยละ 61.0 เครียด/กังวลจากสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ และด้วยสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 46.8-47.8) มีอาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ/คลื่นไส้อาเจียน ระคายเคืองแสบตา ปวดขา อวัยวะของร่างกาย และมีอาการมองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ระดับภาวะสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง (n=385)

ระดับภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพโดยรวม		
สูง (คะแนน > 94.0)	41	10.7
ปานกลาง (คะแนน 68.0-94.0)	290	75.3
ต่ำ (คะแนน < 68.0)	54	14.0
พิสัย = 26.8-99.4 $\bar{X}$ (S.D.) = 81.0 (13.0)		
ภาวะสุขภาพรายด้าน		
ด้านร่างกาย		
สูง (คะแนน > 97.8)	9	2.3
ปานกลาง (คะแนน 67.8-97.8)	318	82.6
ต่ำ (คะแนน < 67.8)	58	15.1
พิสัย = 12.5-100 $\bar{X}$ (S.D.) = 82.8 (15.0)		
ด้านจิตใจ		
สูง (คะแนน > 91.5)	64	16.6
ปานกลาง (คะแนน 65.9-91.5)	262	68.0
ต่ำ (คะแนน < 65.9)	59	15.4
พิสัย = 27.5-100 $\bar{X}$ (S.D.) = 78.7 (12.8)		

ตารางที่ 2 การรับรู้อาการหรือความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n=385)

อาการหรือความเจ็บป่วย	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ได้ยินเสียงพูดคุยไม่ชัดเจน	77 (20.0)	308 (80.0)
หูอื้อ/มีเสียงดังภายในหู	75 (19.5)	310 (80.5)
เหนื่อย อ่อนเพลีย กระหายน้ำ	247 (64.2)	138 (35.8)
กล้ามเนื้อตล้า	147 (38.2)	238 (61.8)
มองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว	184 (47.8)	201 (52.2)
ระคายเคืองตา แสบตา	183 (47.5)	202 (52.5)
ปวดข้ออวัยวะของร่างกาย	183 (47.5)	202 (52.5)
ผื่นคันตามผิวหนัง	158 (41.0)	227 (59.0)
คัดจมูก น้ำมูกไหล	136 (35.3)	249 (64.7)
หอบหืด หายใจลำบาก	40 (10.4)	345 (89.6)
ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ/คลื่นไส้อาเจียน	180 (46.8)	205 (53.2)
มือลอก เท้าเปื่อย ติดเชื้อราที่เล็บ	59 (15.3)	326 (84.7)
โรคผิวหนัง	6 (1.6)	379 (98.4)
งูหรือสัตว์มีพิษกัดต่อย	36 (9.4)	349 (90.6)
เครียด/กังวลจากงานที่เร่งรีบ	135 (35.1)	250 (64.9)
เครียด/กังวลจากสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้	235 (61.0)	150 (39.0)
เครียด/กังวลจากภาระงานที่มากเกินไปในแต่ละวัน	120 (31.2)	265 (68.8)
เครียด/กังวลจากรายได้หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอน	246 (63.9)	139 (36.1)
ปวดเมื่อยตามร่างกาย	283 (73.5)	102 (26.5)

ส่วนอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบเพียงร้อยละ 8.8 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.3 บาดเจ็บเพียง 1-2 ครั้ง สาเหตุการบาดเจ็บร้อยละ 39.3 เกิดจากสะดุดสิ่งของที่วางบริเวณที่ทำงาน อีกร้อยละ 32.2 ถูกเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่มีคมตัด/บาดทิ่มแทง และมีร้อยละ 17.8 ถูกวัตถุหรือสิ่งของชนกระแทก/ตกหล่นใส่ ลักษณะการบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.1 มีอาการเคล็ด ขัดยอก ฟกช้ำ ขณะที่ร้อยละ 35.7 เป็นแผลฉีกขาด บาดแผลตื้น และกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.6 เป็นแผลฉีกขาด บาดแผลลึก อวัยวะหรือส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ ขา หน้าแข้ง น่อง

เข่า หัวเข่า (ร้อยละ 31.0) มือ นิ้วมือ (ร้อยละ 22.4) และเท้า ส้นเท้า ง่ามนิ้วเท้า (ร้อยละ 20.7) ขณะที่ความรุนแรงของการบาดเจ็บร้อยละ 67.9 เป็นการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยโดยไม่ต้องหยุดงาน

3. พฤติกรรมการทำงาน พฤติกรรมการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในส่วนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.6) มีการเปลี่ยนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกครั้งเมื่อชำรุด และกลุ่มตัวอย่างในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 76.9 และร้อยละ 75.6) ทำความสะอาดจัดเก็บรักษาอุปกรณ์ทุกครั้งหลังใช้งาน และตรวจสอบสภาพ

ความพร้อมของอุปกรณ์ทุกครั้งก่อนใช้งาน ขณะที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 61.1 ที่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกครั้งขณะทำงาน และร้อยละ 26.2 ที่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นบางครั้ง ด้านการปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้ทุกครั้ง คือ เก็บเครื่องมือให้เป็นระเบียบหลังการใช้งานเสร็จ (ร้อยละ 90.6) ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้งาน (ร้อยละ 89.7) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนหรือ ขณะทำงาน (ร้อยละ 87.8) ไม่ปฏิบัติงานกับเครื่องจักร

หรืออุปกรณ์ที่ชำรุด (ร้อยละ 87.5) ทำความสะอาดบริเวณ ที่ทำงานหลังเลิกงาน (ร้อยละ 87.0) วางอุปกรณ์ให้สะดวก ต่อการใช้งาน (ร้อยละ 86.9) หลีกเลี่ยงการกินยาที่ทำให้ เกิดอาการง่วงนอน (ร้อยละ 83.6) หลีกเลี่ยงการ หยอกล้อหรือพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานขณะใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ของมีคม (ร้อยละ 82.9) และจัดบริเวณพื้นที่ ทำงานให้เป็นระเบียบเรียบร้อย (ร้อยละ 82.5) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการหลีกเลี่ยงปฏิบัติงานเมื่อมี อาการอ่อนเพลียทุกครั้งในสัดส่วนที่น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 77.9 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=385)

พฤติกรรมการทำงาน	ปฏิบัติทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน (ร้อยละ)
การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล			
ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงาน	235 (61.1)	101 (26.2)	49 (12.7)
ตรวจสอบสภาพความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกัน	289 (75.6)	53 (13.9)	40 (10.5)
อันตรายส่วนบุคคลก่อนการใช้งาน			
ทำความสะอาดและจัดเก็บรักษาอุปกรณ์ป้องกัน	293 (76.9)	54 (14.2)	34 (8.9)
อันตรายส่วนบุคคลหลังใช้งาน			
เปลี่ยนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเมื่อชำรุด	307 (80.6)	39 (10.2)	35 (9.2)
การปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย			
หลีกเลี่ยงการกินยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงนอน	322 (83.6)	45 (11.7)	18 (4.7)
หลีกเลี่ยงปฏิบัติงานเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย	300 (77.9)	63 (16.4)	22 (5.7)
งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนหรือขณะทำงาน	337 (87.8)	20 (5.2)	27 (7.0)
หลีกเลี่ยงการหยอกล้อหรือพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน	316 (82.9)	49 (12.9)	16 (4.2)
ขณะใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคม			
วางอุปกรณ์ให้สะดวกต่อการใช้งาน	326 (86.9)	41 (10.9)	8 (2.2)
ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้งาน	330 (89.7)	32 (8.7)	6 (1.6)
ไม่ปฏิบัติงานกับเครื่องจักรหรืออุปกรณ์ที่ชำรุด	322 (87.5)	37 (10.1)	9 (2.4)
จัดบริเวณพื้นที่ทำงานให้เป็นระเบียบเรียบร้อย	316 (82.5)	63 (16.5)	4 (1.0)
เก็บเครื่องมือให้เป็นระเบียบหลังการใช้งานเสร็จ	348 (90.6)	33 (8.6)	3 (0.8)
ทำความสะอาดบริเวณที่ทำงานหลังเลิกงาน	334 (87.0)	40 (10.4)	10 (2.6)

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพคนทำงาน ประกอบด้วยภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของคนทำงาน สำหรับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป พบกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติและอ้วนถึงร้อยละ 50.7 ซึ่งสัดส่วนสูงกว่าผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ทั้งในระดับประเทศ และระดับภาคเหนือ ที่พบประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีดัชนีมวลกายอ้วน ร้อยละ 37.5 และ 35.1 ตามลำดับ (Aekplakorn, 2014) ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว โดยผลการศึกษาค้นคว้าพบกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 22.7- 40.2 ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจและไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน

ในส่วนของระดับภาวะสุขภาพซึ่งประเมินโดยใช้เครื่องมือ SF-36 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 68.0-82.6 มีระดับภาวะสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (ด้านร่างกายและด้านจิตใจ) อยู่ในระดับปานกลาง ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Yaruang and Sukonthasarn (2016) ที่พบเกษตรกรชาวนา ร้อยละ 48.38 - 92.27 รับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองการศึกษามีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงสูงอายุ ($\bar{X}$ = 52.9 และ 51.4 ปี) ตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจมีการแปรปรวน (Othaganont, 2011) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้เกือบสองในสาม ซึ่งระดับการศึกษามีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการด้านสุขภาพ ดังการศึกษาของ Kudting and Kanato (2015) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ของเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างต่ำ คือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 - 9,999 บาท และต่ำกว่า

5,000 บาทต่อเดือนในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 29.3) ซึ่งรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะด้านการเงินของประชาชนในความสามารถที่จะชำระค่าบริการหรือเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ

สำหรับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน พบกลุ่มตัวอย่างถึงอย่างร้อยละ 73.5 ที่มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาศาสนาการณปัญหาด้านอาชีพอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งข้อมูลการประกอบอาชีพและศักยภาพคนทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากการทำงานในเขตภาคเหนือ ซึ่งเกษตรกรปลูกข้าวเป็นกลุ่มตัวอย่างหนึ่งในกลุ่มเกษตรกรทั้งหมดที่ทำการศึกษาค้นคว้า พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย (Kunaviktikul, 2019) อาการปวดทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นนี้อาจเนื่องจากลักษณะการทำงาน ของเกษตรกรปลูกข้าวที่ต้องใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกายในการทำนาตั้งแต่การเตรียมดิน การปลูก การบำรุงรักษา และการเก็บเกี่ยวผลผลิต ซึ่งมีการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าลักษณะการทำงานเหล่านี้ทำให้เกษตรกรปลูกข้าวต้องทำงานในลักษณะซ้ำๆ มีการยกของหนักหรือออกแรงเกินกำลัง และมีท่าทางการทำงานที่ผิดธรรมชาติ (Swangnetr, Kaber, Puntumetakul, & Gross, 2014) ลักษณะการทำงานด้วยท่าทางดังกล่าว ส่งผลให้เกิดแรงตึงและแรงกดต่อข้อต่อ เอ็น กล้ามเนื้อ เส้นเลือด เส้นประสาท ทำให้ข้อต่อ เอ็น กล้ามเนื้อเกิดการตึงตัว บาดเจ็บ/อักเสบ ก่อให้เกิดอาการปวดเมื่อยล้าของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (OSHA, 2000) ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Setthetham, Nathapindhu, Ishida, and Patte (2013) ที่พบเกษตรกรชาวนาในอำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร มีอาการปวดกล้ามเนื้อในขั้นตอนของเก็บเมล็ดพันธุ์ หว่านเมล็ดข้าวเปลือก เตรียมพื้นที่ กำจัดวัชพืช ปักดำข้าว เกี่ยวข้าว และกำจัดวัชพืช ร้อยละ 43.5 - 87.1

นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้านี้พบกลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสาม (ร้อยละ 61.0-64.2) มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย กระหายน้ำ เหนื่อย/กังวลจากการรายได้หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอน และจากสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจาก

ธรรมชาติของการทำนาเกษตรกรต้องทำงานในที่ที่มีอากาศร้อน จึงส่งผลให้เกิดการเสียน้ำจากเหงื่อออกมากเกินไป อ่อนเพลีย หรือเป็นลมและหมดสติได้ นอกจากนี้โดยทั่วไปความเครียดจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมมักเกิดจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น จาการาคาผลผลิตตกต่ำ ไม่ได้ผลผลิตตามที่คาดหวังไว้ จนเป็นหนี้ทั้งในและนอกระบบ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2010)

ส่วนอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงาน การศึกษาครั้งนี้ พบกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 8.8 ที่เคยได้รับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และสาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากสะดุดสิ่งของที่วางบริเวณที่ทำงาน ถูกเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่มีคมตัด/บาดที่แขน และถูกวัตถุหรือสิ่งของชน กระแทก/ตกหล่นใส่ ลักษณะการบาดเจ็บเป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่รุนแรง เช่น มีอาการเคล็ด ขัดยอก ฟกช้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Setthetham et al. (2013) ที่พบการบาดเจ็บในสัดส่วนที่น้อยในทุกขั้นตอนของการทำนา ทั้งนี้เนื่องจากจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบส่วนใหญ่หรือส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.9 - 90.6) มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย หรือมีการปฏิบัติตามหลักการการทำงานที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงปฏิบัติงานเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย หลีกเลี่ยงการกินยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงนอน งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนหรือขณะทำงาน หลีกเลี่ยงการหยอกล้อหรือพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานขณะใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคม ไม่ปฏิบัติงานกับเครื่องจักรหรืออุปกรณ์ที่ชำรุด จัดบริเวณพื้นที่ทำงานให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เป็นต้น ดังนั้นจึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่ำต่อการได้รับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งต่างจากการศึกษาในประเทศเนปาล (Bhattarai, Singh, Baral, Sah, Bydhathoki, & Pokharel, 2016) ที่พบเกษตรกรชาวนาถึงร้อยละ 69.0 ที่รายงานการได้รับบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยสาเหตุของการบาดเจ็บมาจากเครื่องมือในการทำงาน ร้อยละ 74.7 ทั้งนี้เนื่องจากคนทำงาน

ในประเทศที่มีรายได้ต่ำมักจะประสบการบาดเจ็บมากกว่าประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง (Bhattarai et al., 2016) ซึ่งประเทศเนปาลเป็นประเทศที่มีรายได้ของประเทศในระดับต่ำเมื่อเทียบกับประเทศไทย (มีรายได้ระดับปานกลาง) แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการวิจัยเชิงพรรณนา จึงไม่สามารถบ่งบอกความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานกับการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานหรือภาวะสุขภาพของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวได้

1. พฤติกรรมการทำงาน ทั้งการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและการปฏิบัติตามหลักการการทำงานที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างเกือบส่วนใหญ่หรือส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการทำงานที่เหมาะสม (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ Setthetham et al. (2013) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเกษตรกรทำนาในจังหวัดมุกดาหาร พบว่า เกษตรกรทำนาร้อยละ 71.2 ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกขณะเตรียมดิน/ไถคราดเพื่อปลูกข้าวเป็นบางครั้ง ร้อยละ 74.6 ใช้มือเปล่ากำข้าวเปลือกหว่านเป็นบางครั้ง และร้อยละสี่รองเท้าน้ำบูทขณะดำนาเป็นบางครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าเกษตรกรร้อยละ 53.2 เก็บอุปกรณ์การทำนา เช่น จอบ เคียว รถไถนา ในสถานที่แล้วแต่สะดวกเป็นบางครั้ง และการศึกษาของ Yaruang and Sukonthasarn (2016) ที่พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.07 มีคะแนนพฤติกรรมปกป้องสุขภาพจากการทำงานในระดับปานกลาง ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การใช้อุปกรณ์ทางการเกษตรอย่างปลอดภัย และการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย และการศึกษาของ Jongrungrotsakul, Chanprasit, Kaewthummanukul, Wisutthananon, and Jaiwilai (2019) ที่พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.4 - 96.5) มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลถูกต้อง เช่น ตรวจสอบสภาพความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้ เปลี่ยนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเมื่อชำรุด ทำความสะอาดและจัดเก็บอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นระเบียบหลังใช้ และกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.3 - 98.5) มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการกินยาที่ทำให้ง่วงนอน จดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนหรือขณะทำงาน ตรวจสอบและบำรุงดูแลรักษาเครื่องจักร เครื่องมือ/อุปกรณ์ของมีคมให้มีสภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ของมีคมก่อนใช้งาน ทำความสะอาดและเก็บเครื่องจักร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคมเป็นระเบียบหลังใช้งาน การที่กลุ่มตัวอย่างเกือบส่วนใหญ่หรือส่วนใหญ่ในการวิจัยครั้งนี้มีพฤติกรรมการทำงานที่เหมาะสม ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.0) มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป (Median = 24 ปี) และกลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสาม (ร้อยละ 61.0) เคยได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งประสบการณ์ทำงานที่ยาวนานจะส่งผลต่อการได้มาซึ่งความรู้และความตระหนักต่อขั้นตอนและกระบวนการด้านความปลอดภัยในการทำงาน (Radzaz, Panatik, & Nordin, 2019) แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเท่านั้น จึงไม่สามารถระบุถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลอาชีวอนามัยและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการนำไปใช้เพื่อวางแผนการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว

2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปยกตัวอย่างสำหรับการสอนนักศึกษาทั้งนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว

3. เป็นข้อมูลสำหรับการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับคนทำงานกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อช่วยอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว เพื่อนำไปสู่แนวทางการจัดการกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวต่อไป

2. ควรทำการศึกษาในรูปแบบ action research ในปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตในการทำงานของเกษตรกรปลูกข้าวอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

3. อาจทำการศึกษาเชิงลึกในประเด็นปัญหาในแต่ละด้านของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าว เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้โครงการศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในคนทำงานภาคเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (Ed.). (2014). *Report of Thailand national health and examination survey 2014 (V)*. Nonthaburi: Health System Research Institute. (In Thai)
- Bank of Thailand. (2009). *Structure of northern region economy*. Retrieved from <http://www.bot.or.th/Thai/EconomicConditions/Thai/North/EcoConditions/EconomicStructure> (In Thai)

- Bhattarai, D., Singh, S. B., Baral, D., Sah, R. B., Bydathoki, S. S., & Pokharel, P. K. (2016). Work-related injuries among farmers: A cross-sectional study from rural Nepal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11(1): 48-54. doi:10.1186/s2995-016-0137-2.
- Bureau of Epidemiology. (2015). *Disease report in 506 surveillance system: Leptospirosis*. Retrieved from http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y58/d43_1258.pdf (In Thai)
- Bureau of Occupational and Environmental Diseases. (2014). *Diseases and health hazards among farmers*. Retrieved from <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/403>. (In Thai)
- Bureau of Occupational and Environmental Diseases. (2010). *Manual for public health personnel: Guidelines for implementation of disease-free farmers, safe consumers, herbal detoxification, healthy mind and body*. Bangkok: Agriculture Cooperatives of Thailand Press. (In Thai)
- Bureau of Occupational and Environmental Diseases. (2018). *Situation report: Diseases and health hazards from work and environment in 2017*. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2010). Occupational health hazards, work-related illness and injury, work behaviors among informal workforce: Case study in baby corn planting farmer group. *The Public Health Journal Burapha University*, 5(2), 40-50. (In Thai)
- Jongrungrotsakul, W., Chanprasit, C, Kaewthummanukul, T., Wisutthananon, A., & Jaiwilai, W. (2019). Occupational health risk and work related injuries among rice farmers: Case study in Chiang Mai Province. *Nursing Journal*, 46(4), 37-48. (In Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kudting, W., & Kanato, M. (2015). Farmers' knowledge, behavior and health effects from chemical pesticide use in Suksamran Tambon Health Promotion Hospital, Na Dan Subdistrict, Suwannakhuha District, Nong Bua Lam Phu Province. In 34th National Graduate Research Conference (pp. 1281-1292). Khon Kaen: Khon Kaen University. (In Thai)
- Kunaviktikul, W. (2019). Occupational health nursing: A challenged role. *Nursing Journal*, 46(1), 1-3. (In Thai)
- National Statistical Office. (2018). *Labor force survey in August 2018*. Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/ภาวะการทำงานของประชากร/ภาวะการทำงานของประชากร61>. (In Thai)
- Occupational Safety and Health Admonistration OSHA. (2016). *Recommended practices for safety and health programs*. Retrieved from https://www.osha.gov/shpguidelines/docs/OSHA_SHP_Recommended_Practices.pdf
- Occupational Safety and Health Admonistration OSHA. (2000). *Ergonomics: The study of work, occupational safety and health administration, U.S. Department of Labor*. Retrieved from <https://www.osha.gov/Publications/osha3125.pdf>

- Othaganont, P. (2011). *The complete life of the Thai elderly, principles of research and lessons learned*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (In Thai)
- Radzaz, N. H. A., Panatik, S. A., & Nordin, N. A. (2019). Work safety at workplace: Does work experience influence workers safety behavior?. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(6), 1325-1329.
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice* (2nd ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Setthetham, D., Nathapindhu, G., Ishida, W., & Patte, T. (2013). Risk behavior and factors affecting to health in rice farmers. *KKU Journal for Public Health Research*, 6(2), 4-12. (In Thai)
- Swangnetr, M., Kaber, D. B., Puntumetakul, R., & Gross, M. T. (2014). Ergonomics-related risk identification and pain analysis for farmers involved in rice field preparation. *Work*, 49(1), 63-71.
- Tammajak, T. (2012). *Work related illnesses and injuries among farmers in Huamuang Sub-district, Song District, Phrae Province* (Independent study, Chiangmai University). (In Thai)
- Yaruang, N., & Sukonthasarn, P. (2016). Occupational safety behaviors and health status among rice farmers in Chiang Rai Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(2), 163-174. (In Thai)



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Effect of Empowerment Program on Positioning Practice for Bedridden Elders Among Village Health Volunteers

ธาราทิพย์ ไชยวุธ *

Tharathip

Chaiyavuth *

ศิวพร อึ้งวัฒนา **

Sivaporn

Aungwattana **

เดชา ทำดี **

Decha

Tamdee **

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานมักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้หลายประการ การจัดท่าที่ถูกต้องเหมาะสมมีความจำเป็นสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมความสุขสบาย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 19 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่มีผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ในเขตรับผิดชอบในเขตอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดทำของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติทีคู่

ผลการศึกษาพบว่า

ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ การศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจ รับรู้ความสามารถในตนเอง และสามารถปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างถูกต้อง สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การปฏิบัติการจัดทำ ผู้สูงอายุติดเตียง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร

* Registered Nurse, Kut bak Hospital, Sakon Nakhon Province, comfortfreedom@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 28 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 22 พฤษภาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 5 กันยายน 2561

Abstract

Older persons who are bedbound for prolonged periods can experience various complications. Proper positioning is essential to prevent complications and enhance comfortable among these persons. This quasi-experimental study aimed to investigate the effect of an empowerment program on the positioning of bedbound older persons by village health volunteers. The one group pretest-posttest design was used. The purposive sample composed of 19 village health volunteers who responsible for bedbound older persons in Kut Bak district, Sakon Nakhon province. The sample participated in the empowerment program developed by the researcher basing on Gibson's empowerment framework as well as literature review. The observation from developed by the research was used to collect data about bed positioning perform by the participants of the study. The duration of the study was eight weeks. Data were analyzed by descriptive statistics and the comparison of the mean scores, before and after receiving the empowerment program, using a paired t-test.

The results revealed that:

The mean score for positioning was significantly higher after the program than before at $p < .001$ level. The study showed that the empowerment program helped the village health volunteers to become confident, be aware of self-efficacy, and to position bedbound older persons correctly. The study also demonstrated use of the empowerment program among actual cases in the community.

Keywords: *Empowerment Program, Positioning Practice, Bedridden Elders, Village Health Volunteers*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของโลกในปัจจุบัน ประชากรมีอัตราการเกิดน้อยลงและอายุยืนมากขึ้น คาดการณ์ว่าในอีก 40 ปีข้างหน้า จะเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จำนวนประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีจำนวน 2 พันกว่าล้านคน คิดเป็นสัดส่วนได้ 1 ใน 5 หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งโลก ซึ่งพบได้ในประเทศแถบยุโรป โดยเฉพาะประเทศอิตาลี เยอรมัน อังกฤษ และสแกนดิเนเวีย ในเอเชีย ประเทศญี่ปุ่น ที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 (World Health Organization [WHO], 2015) และจากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ในปี ค.ศ. 2047 จำนวนประชากรอายุ 60 ปี ของโลก จะมีมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก โดยประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด

3 อันดับแรกคือ ญี่ปุ่น, อิตาลี และเยอรมัน มีผู้สูงอายุร้อยละ 32.0, 26.9 และ 26.8 ตามลำดับ ส่วนประเทศไทย มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.3 มากเป็นอันดับที่ 63 ของโลก จากการคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 2050 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 คือ รองจากประเทศสิงคโปร์ (National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology, 2014)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทย สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 พบว่า ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีเพียง 1.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมดแต่ในปี พ.ศ. 2552 ขนาดประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น

7 เท่า หรือประมาณ 7.6 ล้านคน ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ (National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology, 2014) การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศไทยยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน และ ในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็น 17.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรของประเทศ (Choonharas, 2010)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวทำให้ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังควบคู่ไปกับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ และด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลายาวนานมากกว่า 6 เดือน ส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน (Chansri & Tan, 2012) การเกิดภาวะทุพพลภาพซึ่งพบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ร้อยละ 18.9 ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาทุพพลภาพระยะยาว จึงเป็นสาเหตุการสูญเสียสุขภาพเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพเร็วขึ้น (Institute for Population and Social Research Mahidol University, 2013) จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมมากขึ้น ทำให้การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล ส่งผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และกระทบต่อภาพรวมของประเทศทั้งสถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและระบบบริการสุขภาพ (Mamom, 2012)

ในปี พ.ศ. 2558 อายุเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มเป็น 75 ปี สามารถดูแลตัวเองได้ ร้อยละ 87.4 พึ่งพาบ้าง ร้อยละ 11.3 และพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 1.3 (Choonharas, 2010) ซึ่งจะมีผู้สูงอายุติดเตียงที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน ทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพ

ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2556 พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรกคือ การเคลื่อนไหว ร้อยละ 57.8 รองลงมา ได้แก่ ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 23.8 การมองเห็น ร้อยละ 19.2 การเรียนรู้ ร้อยละ 3.7 ด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 2.6 และสติปัญญา ร้อยละ 2.2 ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุติดเตียงในด้านการเคลื่อนไหวเป็นกลุ่มที่มีความสามารถจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งในการเคลื่อนย้ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งหรือแม้แต่ขยับตัวในท่านอนหรือการพลิกตะแคงตัว การขับถ่าย ต้องขับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง ผู้สูงอายุติดเตียงนี้ มีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหง่อมเปราะบาง ที่มีผลต่อความต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม (Nunsuphawatt, 2009)

ภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุติดเตียงทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก กล้ามเนื้อลีบเล็ก และข้อติด สำหรับการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ง่ายและพบบ่อย หากเกิดแผลกดทับก็จะส่งผลให้แผลหายช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 4 - 6 เท่า และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นร่วมกับมีโรค เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลให้การดูแลซับซ้อนเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งเป้าหมายในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คือ ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวชุมชนได้ตามอัตภาพ การจัดทำ และพลิกตะแคงตัวจึงเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญผู้ดูแลสามารถทำได้และต้องได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องนุ่มนวล (Chompunut, 2015) การจัดทำและการพลิกตะแคงตัวเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นในการป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ในผู้สูงอายุติดเตียง ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว มีการศึกษาพบว่า การจัดท่านอนที่จะช่วยกระจายและลดแรงกดที่ผิวสัมผัสให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด (Mamom, 2012) การดูแลเรื่องการจัดทำถึงแม้ผู้สูงอายุติดเตียงจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหลักคือสมาชิกในครอบครัว แต่จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ประเทศไทยพบว่าการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2523 มีสมาชิกจำนวน 5 คนต่อครัวเรือน ปี พ.ศ. 2543 ขนาดลดลงเหลือ 4 คนต่อครัวเรือน และพบว่าครัวเรือนไทยมีขนาดเฉลี่ยเพียง 3 คนต่อครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2557 สมาชิกในครัวเรือนต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงอยู่บ้านเพียงลำพังส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง (National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology, 2014) ระบบการดูแลโดยชุมชนจึงถือเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญด้านสุขภาพในชุมชน ส่วนใหญ่มักได้รับความเชื่อถือเป็นผู้นักศตน์ให้กับการทำงานเพื่อชุมชน มีความรู้และใส่ใจในเรื่องสุขภาพ ซึ่งถือว่า อสม.เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะที่เป็นกลุ่มชุมชนและระดับบุคคล มีความสำคัญเพราะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานและเป็นตัวจักรสำคัญที่ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน มีบทบาทและอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ บทบาทและลักษณะงานของ อสม.ที่ผ่านมาจะเป็นการดำเนินงานที่เสร็จสิ้นในระยะเวลาสั้นๆ แต่ยังมีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่อง เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะเห็นได้ชัดว่า อสม. อาจมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ (Chungsathiansap & Suksut, 2007) และเนื่องจากบริบทสังคมที่เปลี่ยนไปในสังคมไทยพบว่าสถานการณ์ด้าน

สุขภาพในปัจจุบันซึ่งมีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้การทำงานในชุมชนของ อสม.ขาดความต่อเนื่องเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานในชุมชนเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านความรู้และความสามารถในการดูแล โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และนอกจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักแล้วบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนคือ อสม. ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนเป็นจิตอาสา เป็นสื่อกลางระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชน (Peng Sangiam, Chaiyasang, & Ya Kasem, 2015) อสม.ควรได้รับการส่งเสริมให้มีศักยภาพและความสามารถ ซึ่งแนวทางหนึ่งคือการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ อสม. และยังเป็นการมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้มีส่วนร่วม ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณในการมองภาพที่ต้องการจะเป็นการร่วมพัฒนาที่ทำให้เกิดความยั่งยืน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวความคิดของ Gibson (1993) เป็นการสร้างพลังการให้อำนาจ การให้ความสามารถ เน้นการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งในระดับบุคคลและส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความมั่นใจ รับรู้พลังอำนาจในตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวคิดที่สามารถใช้เป็นทางเลือกใหม่แทนแนวคิดเดิมที่เคยเน้นให้บุคคลมีความรู้แบบท่องจำในเรื่องที่ไกลหรือไม่มีความสำคัญและเน้นให้บุคคลทำตามที่บอกโดยมิได้คำนึงถึงสภาพปัญหาทางสังคมและเงื่อนไขอื่นของบุคคลนั้น กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson เป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการพัฒนาตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลัง

อำนาจเนื่องจากแนวคิดดังกล่าวจะทำให้ อสม. มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง รวมทั้งมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่ดีที่สุดและเหมาะสมกับผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ในความดูแล การเสริมสร้างพลังมิใช่เป็นเพียงการสอนหรือการฝึกฝนเท่านั้นแต่เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ เพื่อการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงได้จริงสามารถปรึกษาทีมสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงต้องการการดูแลที่ซับซ้อนขึ้นและพิจารณาส่งต่อการดูแลที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถยืนยันได้ว่าสามารถช่วยส่งเสริมความสามารถของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆในชุมชนได้ ตัวอย่างเช่น การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยอาศัยกรอบแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพการช่วยดูแลผู้ป่วยของ อสม. ที่ปฏิบัติงานช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านก่อนได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. มีผลช่วยให้ อสม. สามารถพัฒนาพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบประคับประคองที่บ้านได้ (Sangchan, 2015) หรือการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยได้นำกรอบแนวคิดพื้นฐานโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจโดยการประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) ที่มีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน 5 ขั้นตอน ซึ่งมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับพื้นฐานความสามารถของบุคคลที่มีความตั้งใจและสนใจ

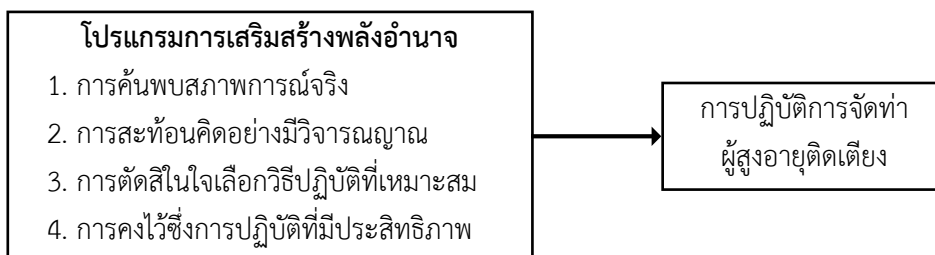
กระทำพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Peng Sangiam et al., 2015) นอกจากการศึกษาการส่งเสริมพลังอำนาจใน อสม. ดังกล่าวแล้ว ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว โดยใช้แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวรายด้านโดยรวมหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (Niangbut, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าถึงแม้ อสม. จะได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องแต่ในด้านการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น พบว่า อสม. ยังไม่มีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้โดยเฉพาะการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงขณะติดตามเยี่ยมบ้าน หาก อสม. ได้รับการเสริมสร้าง

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคลในชุมชนและบทบาทที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ (Pumsanguang, 2014) อีกทั้งอัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพงานการพยาบาลในชุมชนเพื่อประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ (Likitlucha, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า อสม. ถึงแม้จะมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องแต่ในด้านการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น พบว่า อสม. ยังไม่มีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้โดยเฉพาะการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงขณะติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งที่ผ่านมาเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการทั่วไปเท่านั้น (Sawatphol, Pengpinit, Senanikarn, & Srisuraphon, 2016) และยังไม่มีการศึกษาการใช้แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติของ อสม. ในการจัดทำผู้สูงอายุ

ติดเตียง ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. เพื่อให้ความสามารถปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง ส่งผลให้ อสม. มองเห็นคุณค่าของตนเอง มีความเชื่อมั่นในการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการเข้าถึงระบบบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง และได้รับการบริการแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุติดเตียง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545-2564) ที่ระบุว่าบุคลากรสุขภาพควรมุ่งเน้นครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุและรองรับนโยบายการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำกลุ่มเดียวเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ทำการ

สมมติฐานการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) เป็นการสร้างพลัง การให้อำนาจ การส่งเสริมความสามารถ เน้นการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการพัฒนาตัวเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ อสม. สามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสามารถกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 19 ราย ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2561 สำหรับกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็น อสม.อย่างน้อย 1 ปี 2) มีผู้สูงอายุติดเตียงในเขตรับผิดชอบ 3) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีปัญหาสุขภาพด้านโครงสร้างและกล้ามเนื้อ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) คู่มือการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเอกสารวิชาการ

3) แบบสังเกตการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งแบบสังเกตการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index หรือ CVI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำคะแนนมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-21) มีค่าเท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 042/2018 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองด้วยความสมัครใจ และชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการ ขั้นตอนและวิธีการศึกษาครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างโดยจะไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ประสานงานกลุ่มตัวอย่างและนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรม

1.2 เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ โต๊ะ เก้าอี้ เครื่องเสียง คอมพิวเตอร์ เครื่องฉายวีดิทัศน์

1.3 เตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคู่มือการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้

2.1 กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 1

ดำเนินการในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าโปรแกรม เป็นกิจกรรมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงและขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร โดยจัดกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์กิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาและทำให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาของตนเองและปัญหาในการจัดทำในผู้สูงอายุติดเตียง กิจกรรมดำเนินการประกอบด้วย

1) เตรียมสถานที่สำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม จัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งเป็นวงกลมเพื่อให้เกิดความใกล้ชิดทำความรู้จักคุ้นเคย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย

2) ดำเนินกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย

พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวทีละคนและทำความรู้จักสมาชิกในกลุ่ม ใช้เวลา 15 นาที

3) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ทบทวนการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อยืนยันความเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอีกครั้ง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจ ใช้เวลา 15 นาที

4) ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยจัดกิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน จำนวน 2 กลุ่ม จำนวน 6 คน จำนวน 1 กลุ่ม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ผ่านมา ปัญหาที่พบ และทบทวนสิ่งที่เคยปฏิบัติในการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในขณะเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นพบปัญหา ทำความเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหา หลังจากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างนำเสนอการประชุมกลุ่มในกิจกรรมดังกล่าวให้กลุ่มอื่นได้รับรู้ปัญหาร่วมกัน นำเสนอกลุ่มละ 5 นาที ใช้เวลา 45 นาที

5) ประชุมกลุ่มย่อยโดยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเหมือนเดิม เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญา ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการค้นพบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น โดยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ รับรู้ปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและแสดงความคิดเห็น เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ใช้เวลา 45 นาที

6) ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุติดเตียงและสะท้อนข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ใช้เวลา 20 นาที

7) ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมในครั้งนี้และนัดหมายวัน เวลา ในการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 2 อีก 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 10 นาที

2.2 กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลา

6 ชั่วโมง 30 นาที

เป็นกิจกรรมที่มีการทบทวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1-2 และดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมใช้กลวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติให้บรรลุความสำเร็จ การสนับสนุน อำนาจ ความสะดวกและใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้แนวทาง รวมทั้งการเสริมแรงทางบวก เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยดำเนินกิจกรรม “เราทำได้” ใช้เวลา 6 ชั่วโมง 30 นาที กิจกรรมมีดังนี้

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ชี้แจงกิจกรรมและเป้าหมายในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในครั้งนี้ ใช้เวลา 10 นาที

2) ให้ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างทบทวนสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที

3) ประเมินการปฏิบัติการจัดทำ (Pre-test) โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่กันและผลัดเปลี่ยนกันสมมุติเป็นผู้สูงอายุติดเตียง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

4) ผู้วิจัยบรรยายเรื่องการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง 4 ท่า ได้แก่ ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง ท่านอนหงายศีรษะสูงและท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ มอบคู่มือ “การจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ประกอบการบรรยาย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

5) ผู้วิจัยสาธิตการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง 4 ท่า ได้แก่ ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง ท่านอนหงายศีรษะสูงและท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการจัดทำทั้ง 4 ท่า ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที

6) กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการจัดทำทั้ง 4 ท่า โดยการจับคู่ฝึกปฏิบัติ จนสามารถปฏิบัติการจัดทำได้ถูกต้อง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที

7) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาในการปฏิบัติการจัดทำพร้อมทั้งอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเสนอความต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง ใช้เวลา 10 นาที

8) ดำเนินกิจกรรม “เราทำได้” ใช้เวลา 20 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเขียนกำหนดเป้าหมายและวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง 1 รายที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโดยกำหนดวันที่เวลาที่จะออกติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 3 วัน ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-8 และผู้วิจัยวางแผนออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ไม่สามารถออกติดตามเยี่ยมบ้านได้ในวัน เวลาที่กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแจ้งผู้วิจัยโดยตรงและวางแผนออกติดตามเยี่ยมบ้านในวันถัดไป

9) ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมในครั้งนี้ใช้เวลา 10 นาที ชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงในกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 3 นัดหมายการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนที่วางไว้ อีก 1 สัปดาห์

2.3 กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 3 (ระหว่างสัปดาห์ที่ 3-8)

เป็นกิจกรรมที่มีการทบทวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1-3 และดำเนินการในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-8 ใช้เวลา 45 นาที - 1 ชั่วโมง/ครั้ง วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง (อสม.) ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง สามารถปฏิบัติการจัดทำได้อย่างถูกต้องและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมมีดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงตามแผนที่วางไว้ โดยออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง 3 ครั้ง/สัปดาห์ การติดตามเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งใช้เวลา 45 นาที - 1 ชั่วโมง โดยกิจกรรมในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่าง (อสม.) ให้การปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง และแนะนำการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงแก่ญาติหรือผู้ดูแลที่บ้านในการจัดทำ

2) ผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทุก 2 สัปดาห์ ตามแผนที่กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยกำหนดร่วมกัน ขณะเยี่ยมบ้านติดตามการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาอุปสรรค ขณะติดตามเยี่ยมบ้าน ชมเชยให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงได้ถูกต้อง

3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือเกิดความไม่มั่นใจ ผู้วิจัยสร้างความมั่นใจโดยการให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติการจัดทำได้ถูกต้องร่วมติดตามเยี่ยมบ้านด้วย ช่วยเหลือในการจัดทำที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดความมั่นใจผู้วิจัยให้คำชมเชยและแรงเสริมทางบวกเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เอง

4) ผู้วิจัยสรุปผลการประเมินการปฏิบัติในการจัดทำผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

2.4 กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 4 เป็นการดำเนินการในขั้นติดตาม (รายบุคคล)

ผู้วิจัยดำเนินการติดตาม 3 ครั้ง เป็นกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 4 โดยดำเนินการตามกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1-4 ขณะมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง (อสม.)

การติดตามครั้งที่ 1 ระหว่างสัปดาห์ที่ 3-4 สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง คนที่ 1-11

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง คนที่ 12-22

การติดตามครั้งที่ 2 ระหว่างสัปดาห์ที่ 5-6 สัปดาห์ที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง คนที่ 1-11

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง คนที่ 12-22

การติดตามครั้งที่ 3 ระหว่างสัปดาห์ที่ 7-8 สัปดาห์ที่ 7 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง คนที่ 1-11

สัปดาห์ที่ 8 ติดตามเยี่ยมบ้าน
กลุ่มตัวอย่าง คนที่ 12-22

โดยการติดตามผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านพร้อมกับกลุ่มตัวอย่าง (อสม.) โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง วันละ 2 ราย ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้าน 45 นาที - 1 ชั่วโมง/ราย ขณะติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ เสริมแรงทางบวกเมื่อกลุ่มตัวอย่าง (อสม.) ปฏิบัติการจัดทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงของกลุ่มตัวอย่าง (อสม.) หลังได้รับโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่กันและผลัดเปลี่ยนกันสมมติเป็นผู้สูงอายุติดเตียง (Post-test) ประเมินโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และยุติการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนการปฏิบัติในการจัดทำของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม เมื่อสิ้นสุด 8 สัปดาห์ ด้วยสถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 73.70 อายุเฉลี่ย 48.32 (S.D. = 7.56) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100 มีรายได้ อยู่ระหว่าง 0-5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 94.70 รายได้เฉลี่ย 2,663.16 (S.D. = 2874.64) กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาตอนปลายเท่ากันคือ ร้อยละ 36.80 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.20 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุดถึง ร้อยละ 94.70 ระยะเวลาการเป็น อสม. อยู่ในช่วง 16-20 ปี ร้อยละ 31.60 เฉลี่ยระยะเวลาการเป็น อสม. 13.37 ปี (S.D. = 6.71)

และ ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อยู่ในช่วง 2-3 ปี ร้อยละ 42.10 ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 3.21 ปี (S.D. = 3.6)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 18.84 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.19 และหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ เท่ากับ 29.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Peng Sangiam et al. (2015) ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยที่การศึกษาดังกล่าวได้ค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย

แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่ได้วัดการรับรู้ในพลังอำนาจของตนเอง แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 42 ของกลุ่มตัวอย่าง อสม. เป็นผู้ที่มีประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 2-3 ปี จึงส่งผลให้มีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติการจัดทำได้ถูกต้อง และด้วย

คุณสมบัติของ อสม. ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน จะต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการอบรมมาตรฐานตามกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข การอบรมหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญ ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สร้างแรงจูงใจและพัฒนาขีดความสามารถของ อสม. และการอบรม อสม. นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, Department of Health, Bureau of Elderly Health, 2014) การกำหนดแนวทางพัฒนา อสม.จากทางภาครัฐอย่างเป็นระบบทำให้เชื่อได้ว่า อสม. ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาที่กำหนดไว้ จะต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติในการปฏิบัติงาน (Suksod, 2013) จึงอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในขั้นตอนของการค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งมีการจัดกิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” โดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้อสม. ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ผ่านมา ปัญหาที่พบ และทบทวนสิ่งที่เคยปฏิบัติในการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในการเยี่ยมบ้านที่ผ่านมา และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้อสม. มองเห็นปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ได้รับข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นจริงรับรู้ปัญหาร่วมกัน ส่งผลให้อสม. มีการตอบสนองด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา การรับรู้ และตอบสนองด้านพฤติกรรม เมื่อ อสม.รับรู้ และตระหนักว่าตนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ที่จะร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้อสม. เกิดการมองปัญหาในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อทำให้สามารถแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้มีพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดทำ ซึ่งความรู้เป็นสิ่งจำเป็น

ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Ellis & Popkess, 1998) มีการสาธิตการปฏิบัติการจัดทำ การสาธิตย้อนกลับ และการให้อสม. จับคู่ฝึกปฏิบัติการจัดทำ ผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือขณะฝึกปฏิบัติเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเอง มอบคู่มือ “การปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” เพื่อใช้เป็นสื่อประกอบในการจัดอบรมศึกษาเพิ่มเติมและใช้ประกอบการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งคู่มือการจัดทำนั้นมีการจัดทำโดยใช้ภาพประกอบการจัดทำในแต่ละขั้นตอน การจัดทำสื่อที่มีภาพประกอบนั้นจะทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ มองภาพได้ชัดเจน กระตุ้นความสนใจ เป็นการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน (Srikrahun, 2008) กิจกรรมในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้อสม. ชักถามปัญหา เสนอความต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการออกติดตามเยี่ยมบ้าน อีกทั้งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรม “เราทำได้” โดยให้อสม. แต่ละคนเขียนเป้าหมายและวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงในความดูแล 1 ราย ซึ่งในการจัดอบรมให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติการจัดทำที่ดำเนินการในขั้นตอนที่ 3 นี้ จะทำให้อสม. มีความรู้เรื่องการจัดทำ เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองซึ่งผ่านกระบวนการฝึกฝนในการปฏิบัติการจัดทำ สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและดีที่สุด ฝึกปฏิบัติจนทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและมีความพร้อมที่จะออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อให้การปฏิบัติการจัดทำที่บ้านได้ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการออกติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับผู้วิจัยซึ่งกำหนดการติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์

ขณะติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง ผู้วิจัยจะคอยเป็นที่เล็ง แนะนำให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ร่วมกับการใช้คู่มือการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงสำหรับ อสม. ในการออกติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติการจัดทำได้อย่างถูกต้อง ทำให้ขณะ

ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างได้รับคำชมเชยจากผู้สูงอายุและญาติ เป็นแรงเสริมทางบวกที่ทำให้ อสม. มั่นใจในความสามารถของตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นพบสภาพการณ์จริงจากสถานการณ์จริงทำให้เกิดทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดีขึ้น การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงคุณค่าในตัวเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพอย่างเป็นขั้นตอน (Gibson, 1993) อีกทั้งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เป็นการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง (Intakat, 2011) ทำให้ อสม. เกิดทักษะ มีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น และการได้ลงมือปฏิบัติกับผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ตระหนักได้ถึงความสามารถของตนเอง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangchan (2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน อสม. มีคะแนนพฤติกรรมการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Cheviroj (2010) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าผู้ดูแลภาวะสมองเสื่อมกลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

สำหรับการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถปฏิบัติการจัดทำได้อย่างถูกต้อง ไม่มั่นใจในการปฏิบัติ ผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด และให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติการจัดทำได้อย่างถูกต้องออกเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มตัวอย่างแสดงความเข้าใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติจากประสบการณ์ของตนเอง เป็นการสร้างความมั่นใจให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้มากยิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างร่วมปฏิบัติในส่วนที่ยังทำเองไม่ได้ร่วมกัน ผู้วิจัยให้แรงเสริมทางบวก คำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสามารถปฏิบัติการจัดทำได้ การที่ผู้วิจัยคอยเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ เป็นพี่เลี้ยงและนิเทศติดตามขณะติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการนิเทศติดตามผลงานเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล ในการกำกับติดตาม เป็นกลไกการสนับสนุนในการปฏิบัติ เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะและความรู้ ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ เสนอแนะ สังเกตการ กระตุ้นแก้ไขและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสนใจในงานที่รับผิดชอบ และเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานภายในขอบเขตให้ดีขึ้น กระบวนการเหล่านี้จะนำไปสู่การเพิ่มความตระหนักของความรู้รับผิดชอบและการสะท้อนคิดในการปฏิบัติงาน (Virakitikul, 2009) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติการจัดทำได้ถูกต้อง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงใน อสม. ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ร่วมกับการจัดกิจกรรมทั้งรายกลุ่ม กลุ่มย่อย และรายบุคคล การพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการจัดอบรมให้ความรู้ มีการฝึกปฏิบัติ การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ เสริมแรงทางบวก ให้กำลังใจเมื่อ อสม. สามารถปฏิบัติการจัดทำได้อย่างถูกต้อง ให้คำปรึกษา คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงขณะติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้อสม. มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สามารถปฏิบัติการจัดทำได้ถูกต้อง และผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง

อำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงใน อสม. คือ อสม. มีคำแนะนำการปฏิบัติการจัดทำที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อสม. ในการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ระดับความต้องการการฝึกอบรมการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยรวมในระดับมาก ประสิทธิภาพของหลักสูตรภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมผู้ผ่านการอบรมมีระดับความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การที่ อสม. ได้มีการฝึกปฏิบัติจริง เรียนรู้จากประสบการณ์จริงและปัญหาที่พบจากการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติซึ่งจะช่วยให้ อสม. เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น เนื่องจากการเรียนรู้จากการปฏิบัติเป็นการเรียนรู้ที่แต่ละบุคคลเรียนรู้ร่วมกันในการวิเคราะห์ปัญหาผ่านกระบวนการเรียนรู้และการสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ใช้การแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จริง และสะท้อนกลับบนประสบการณ์ของตนเอง เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาผ่านการพิจารณาแล้วไปปฏิบัติ (Wanichcharoenchai, 2010)

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประกอบไปด้วยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4 ขั้นตอน ทำให้ อสม.มีความรู้ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สามารถปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียงที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความสุขสบายและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานของผู้สูงอายุติดเตียง และเป็นการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะยาว
2. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลควรมีทักษะในการตั้งคำถาม การสะท้อนคิด ทักษะการส่งเสริมการตัดสินใจ ทักษะการส่งเสริมการสรุปบทเรียนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Chansri, J. N., & Tan, O. (2012). *Continuous health care development for elderly people who stick to bed in the community in Phetchabun Municipality*. Retrieved from <http://gsbook.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo14pdf>. (In Thai)
- Chompunut, S. (2015). *Handbook for caregivers who cannot take care of basic health by themselves*. Bangkok: National Buddhism Office. (In Thai)
- Choonharas, S. (2010). *Annual Report on the Situation of the Thai Elderly 2010*. Bangkok: Foundation, Thai Gerontology Research and Development Institute. (In Thai)

- Chuengsathiensap, G., & Suksut, P. (2007). Changing roles and contexts in Thai society. *Journal of Public Health System Research*, 1(3), 268-269. (In Thai)
- Ellis, S. C., & Popkess, V. (1998). A concept analysis on the process of empowerment. *Advances in Nursing Science*, 21(2), 62-68.
- Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children* (Doctoral dissertation, Boston College).
- Institute for Population and Social Research Mahidol University. (2013). *Thai health 2013*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (In Thai)
- Likitlucha, N. (2016). *Community nursing standards*. Pathum Thani: Tawan Media. (In Thai)
- Mamom, J. (2012). Nurse roles with pressure ulcers: challenges in prevention and care. *Journal of Science and Technology*, 20(5), 478-490. (In Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Health, Bureau of Elderly Health. (2014). *Supervisor training guide senior, 420 hours course*. Nonthaburi: War Veterans Organization of Thailand. (In Thai)
- National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology. (2014). *Population survey elderly in Thailand*. Bangkok: Text and Journal Publication. (In Thai)
- Niangbut, S. (2015). Effects of the empowerment program on the ability to take care of caregivers in the family. *Journal of Nursing and Education*, 8(4), 30-40. (In Thai)
- Nunsuphawatt, W. (2009). *Geriatric nursing challenges with aging population* (2nd ed.). Khon Kaen: Khon Kaen Publishing. (In Thai)
- Peng Sangiam, W., Chaiyasang, P., & Ya Kasem, P. (2015). Effects of the empowerment program. The perception, power and practice of caring for the elderly dementia of village health volunteers. *Journal of Nursing and Education*, 8(1), 152-165. (In Thai)
- Pumsanguang, K. (2014). Health empowerment: The critical role of nurses. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 86-90. (In Thai)
- Sangchan, S. (2015). Results of the village health volunteer potential development program in care for a palliative patient at home. *Journal of Nursing and Health*, 9(3), 68-77. (In Thai)
- Sawatphol, C., Pengpinit, T., Senanikorn, A., & Srisuraphol, W. (2017). Care for elderly dependents in the Northeast of Thailand. *Journal of MCU Peace Studies*, 5(Sp1), 387-405. (In Thai)
- Srikrakun, R. (2008). *Teaching techniques*. Bangkok: Ramkhamhaeng University.
- Suksod, P. (2013). *Development of a training package for performance training of regular health volunteers. Dissertation Village*. Bangkok: Ramkhamhaeng University. (In Thai)
- Wanichcharoenchai, W. (2010). Learning from practice: Application in teaching and learning. *Journal of Nursing Science*, 28(4), 36-44. (In Thai)
- World Health Organization [WHO]. (2015). *World report on ageing and health*. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ สำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Effect of the Empowerment Program on Muscle Exercise Practicing for Physical Disability Person Among the Village Health Volunteers

พนิดา	ศรีใจ *	Panida	Srijai *
รังสิยา	นารินทร์ **	Rangsiya	Narin **
ศิวพร	อึ้งวัฒนา ***	Sivaporn	Aungwattana ***

บทคัดย่อ

ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมักประสบกับปัญหาสุขภาพที่เป็นภาวะแทรกซ้อน เช่น กล้ามเนื้อลีบ ไม่มีแรง ข้อติดแข็ง การช่วยบริหารกล้ามเนื้อจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นผู้ช่วยเหลือและเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวในชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงควรได้รับการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวให้ถูกต้องเหมาะสม

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 23 ราย จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) คู่มือการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ และ 3) แบบประเมินการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.83 นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ Kuder Richardson 21 (KR-21) มีค่าเท่ากับ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

ผลการศึกษาพบว่า

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 23.36, S.D. = 3.22) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 44.47, S.D. = 4.66) ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม

* พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่

* Registered Nurse, Center of Medical Excellence, Chiang Mai Province, paminnida@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 16 กรกฎาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 25 มีนาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 14 สิงหาคม 2562

ให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและทีมสุขภาพนำไปใช้ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เช่น อนาคตของข้อต่อในการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อส่งเสริมให้มีบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ การปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

Physical disability person had health problems from complications such as muscle atrophy and joint stiffness. It is very important and necessary to prevent these complications. Village health volunteers is a helper and health personal whom is near physical disability person and family in community. Therefore, village health volunteers should be developed ability in properly muscle exercise practicing for physical disability person.

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the empowerment program on muscle exercise practicing for physical disability person implemented by village health volunteers. Twenty-three participants were selected through purposive sampling technique from village health volunteers who were trained in a 70-hour course on providing care for older people organized by the Ministry of Public Health, works and provides services for physical disability person in Saraphi district, Chiang Mai province. The research instruments were consisted of 1) Empowerment program 2) Guide book on muscle exercise practicing and 3) Evaluation form on muscle exercise practicing which developed by researcher and tested for content validity indexes 0.83. The reliability of the instrument is based on the feasibility test of Richardson 21(KR-21) were 0.93. The statistical analysis of the frequency distribution, percentage, mean and the Wilcoxon signed-rank were used for data analysis.

The results revealed that:

The mean score of muscle exercise practicing for physical disability person was significantly higher after program participation ($p < 0.001$). There was a rise in the mean score on muscle exercise practicing before the program ($\bar{X}=23.26$, S.D.=3.22) and after the program ($\bar{X}=44.47$, S.D.=4.66). The results showed that research findings can be used as a guideline to promote community nurses and health care teams to reinforce the empowerment among village health volunteers to promote muscle exercise practice with effectiveness and efficiency for physical disability person. Suggestions for further research should be study on the outcomes for physical disability person such as degree of joint in motion, muscle strength, in order to promote the provision of quality health care services for physical disability person in community.

Keywords: Empowerment, Muscle exercise practicing, Physical disability person, Village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสถานการณ์ผู้พิการทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบประชากรที่มีความพิการ ร้อยละ 12.6 (Kraus, Lauer, Coleman, & Houtenville, 2018) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.0 ทุกปี ขณะที่ประเทศไทยพบว่ามีผู้พิการร้อยละ 2.9 (Department of Empowerment of Persons with Disabilities, 2018) และมีอัตราการเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 3.0 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เคลื่อนไหวลำบาก และยากแก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายหรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ซึ่งพบว่าผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเป็นกลุ่มผู้พิการที่มีมากที่สุดเมื่อเทียบกับความพิการประเภทอื่นๆ

ปัญหาและผลกระทบของความพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถจำแนกได้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย พบว่า ร้อยละ 98.0 ของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ สูงกว่าคนปกติถึง 10 เท่า เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง (Mukpradab, Songwathana, & Seasia, 2014) 2) ด้านจิตใจ พบว่า ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจะมีอารมณ์แปรปรวน มีความรู้สึกสับสน หดหู่ เบื่อหน่าย ท้อแท้ใจ และซึมเศร้า (Noh, Kwon, Park, Oh, & Kim, 2016) ผู้พิการรู้สึกอับอายในการปรากฏตัวต่อสาธารณชน ทำให้ขาดแรงจูงใจในการดูแล (Sawaidee, Toonsiri, & Homsin, 2016) มีการแสดงออก เช่น ก้าวร้าว ปฏิเสธในการรับการรักษาพยาบาล หรือนิ่งเฉยต่อการรักษาทางการแพทย์ (Halar & Bell, 1998) และ 3) ด้านสังคม ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีความต้องการอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยในการเคลื่อนไหวทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและการเข้าร่วมกิจกรรมทาง

สังคม (NongThong, 2017) ดังนั้นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจึงมีข้อจำกัดและมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จึงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (long term care)

จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร้อยละ 52.6 ไม่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยสาเหตุมาจากความไม่ทราบว่าต้องได้รับการฟื้นฟู การดูแลเชิงรุกจากทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนถือว่ามีความสำคัญ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (Jampasri, Rattanaagreetkul, & Lawang, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chungsthiansap, Phonphakhakun, & Katha (2015) พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เพียงพอ อีกทั้งคนพิการและครอบครัวยังขาดความเชื่อมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางส่วนยังขาดความตระหนัก ขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน ดังนั้น หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยเฉพาะการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อได้อย่างถูกต้องและสามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่องได้ จะแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบทบาทการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นแนวคิดที่ได้นำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความมั่นใจ รู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้

พลังอำนาจในตนเองในการกระทำให้สิ่งหนึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวคิดที่ทำให้เกิดการพัฒนาดตนเอง (Poomsanguan, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ทำให้การรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้มีการปฏิบัติงานดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Tachapun, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pengsa-ium, Chaiyasung, & Yakasem (2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติให้มีความมั่นใจในการดูแล มองเห็นคุณค่าและศักยภาพของตนเอง เห็นถึงความสำคัญของการบริหารกล้ามเนื้อในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ปรับเปลี่ยนความรู้สึกไปสู่การยอมรับว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลและปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) เป็นการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตามศักยภาพ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจากกระทรวงสาธารณสุข ให้มีความรู้ มีทักษะ และมีความมั่นใจดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการสร้าง

มาตรฐานและคุณภาพการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัว ตลอดจนสอดคล้องกับนโยบายการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์จากแนวคิดของ Gibson (1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การจัดการกับสถานการณ์ และการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1993) แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริงโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล การให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย เพื่อให้ทบทวนปัญหาและการปฏิบัติในการช่วยดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ในชุมชนที่ผ่านมา ว่ามีการปฏิบัติการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง
เกิดปัญหา หรือประสบความสำเร็จอย่างไรบ้าง ต้องการ
การสนับสนุนเพื่อให้การดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
ในชุมชนอย่างไรบ้าง 3) การจัดการกับสถานการณ์
โดยการทบทวนการปฏิบัติ ใช้กลวิธีการจัดอบรมให้
ความรู้และการฝึกปฏิบัติการบริหารกล้มเนื้อจนสามารถ
ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติให้
บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่
เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติใน
การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติการบริหาร
กล้มเนื้อประสบผลสำเร็จ และกลุ่มตัวอย่างสามารถ
สอนการปฏิบัติการบริหารกล้มเนื้อแก่ผู้ดูแลหรือ
ญาติให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยได้รับการ
สนับสนุนการให้คำปรึกษาคำแนะนำและการให้แรงเสริม
ทางบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงในการปฏิบัติ โดยการออก
ติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่วมกับผู้วิจัย
และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่มั่นใจหรือไม่กล้า
ปฏิบัติให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องร่วม
เยี่ยมบ้านและเสริมแรงทางบวกเมื่อสามารถปฏิบัติได้และ
4) การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจโดยการวางแผนการออกติดตาม
เยี่ยมบ้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของกลุ่มตัวอย่าง
สัปดาห์ละ 1 วัน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านมีการปฏิบัติ
การบริหารกล้มเนื้อผู้สูงอายุติดเตียง การสอนผู้ดูแล
และญาติในการปฏิบัติการจัดทำให้อยู่ถูกต้องและสามารถ
ปฏิบัติได้ ผู้วิจัยร่วมติดตามเยี่ยมพร้อมกลุ่มตัวอย่าง
ทุกสัปดาห์ และประเมินผลการปฏิบัติโดยการใช้แบบ
ประเมิน เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้
จะทำให้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้
พัฒนาความสามารถในการคิด ตัดสินใจแก้ไขปัญหา
ด้วยตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการ
ปฏิบัติการบริหารกล้มเนื้อในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental Research) เป็นวิจัยแบบวัดซ้ำกลุ่มเดียว

(One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษา
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติ
การบริหารกล้มเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีระยะเวลา
ในการดำเนินการ 7 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (elderly
caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ทั้งเพศหญิงและชาย
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เขตอำเภอสารภี จังหวัด
เชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ
(elderly caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกระทรวง
สาธารณสุข และปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ อำเภอสารภี
จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในความ
รับผิดชอบอย่างน้อย 1 ราย โดยกำหนดขนาดของกลุ่ม
ตัวอย่างจากงานวิจัยของ Pengsa-ium et al. (2015)
ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ
การรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะ
สมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการ
ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 53.23 ค่าส่วน
เบี่ยงเบนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.60 และคะแนนเฉลี่ย
การปฏิบัติของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 41.23 ค่าส่วนเบี่ยงเบน
ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.30 นำมาคำนวณได้ค่าอิทธิพล
(Effect Size) เท่ากับ 2.79 จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ
0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (Type II Error) เท่ากับ
0.05 อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ 0.80
และนำค่าที่ได้เปิดตาราง Power Analysis ได้ขนาดกลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 18 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วม
งานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สำหรับ
การวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 23 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง และยังไม่เคยผ่านการอบรม หรือการฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อในผู้พิการมาก่อน

2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในความดูแลอย่างน้อย 1 ราย โดยทั้งนี้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่รับผิดชอบต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ต้องไม่ใช่ความพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด และขึ้นทะเบียนคนพิการกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบัตรประจำตัวคนพิการ ประเภทผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ระดับ 3 ถึงระดับ 5

2.2 เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2.3 เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้เข้ารับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายในสถานบริการใด ๆ ในระหว่างที่ดำเนินโครงการวิจัย

3. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีปัญหาสุขภาพด้านโครงร่างและกล้ามเนื้อ

4. สามารถเขียน อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้

5. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับความพิการทาง

การเคลื่อนไหว ระยะเวลาที่พิการทางการเคลื่อนไหว และประวัติการรักษาปัจจุบัน

1.2 แบบประเมินการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.83 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้และนำไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ Kuder Richardson 21 (KR-21) มีค่าเท่ากับ 0.93 แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 2 ระดับ คือ การปฏิบัติถูกต้อง และการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ (คะแนนเต็ม 52 คะแนน) จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติระดับมาก การปฏิบัติระดับปานกลาง และการปฏิบัติระดับน้อย (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสารวิชาการ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ผ่านการตรวจสอบตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ดำเนินกิจกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลทั้งหมด 4 ครั้ง สอดคล้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อขออนุมัติ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ตามขั้นตอนที่กำหนด

2. ผู้วิจัยขออนุญาตสาธารณสุขอำเภอสารภี เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยระหว่างที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประชุมประจำเดือนผู้วิจัยแนะนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการทั้งหมดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทราบ และสอบถามความสนใจในการเป็นผู้ถูกวิจัยและอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย

4. อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจและยินดีเข้าร่วมโครงการและลงลายมือชื่อแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลส่วนตัวก่อนทดลองตามแบบสอบถามตามวิธีการที่กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยนัดวันเพื่อเชิญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมโปรแกรม

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล 7 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 4 ครั้ง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมมีการทดสอบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

7. ผู้วิจัยได้พัฒนาและออกแบบโดยมีการวิจัยในกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ขั้นตอนการค้นพบสถานการณ์จริง โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ข้อมูลสถานการณ์จริงที่ถูกต้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะสถานการณ์การบริหารกล่อมเนื้อในผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ผ่านมา และสร้างความตระหนักถึงปัญหาทำให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ว่า มีการปฏิบัติการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง เกิดปัญหา หรือประสบความสำเร็จ

อย่างไรบ้าง ต้องการการสนับสนุนเพื่อให้การดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนเป็นอย่างไร

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างใช้วิจารณญาณวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจ รับรู้ปัญหาของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3 ถึง สัปดาห์ที่ 6) ขั้นตอนการตัดสินใจลงมือปฏิบัติโดยการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติให้บรรลุความสำเร็จ การสนับสนุนอำนวยความสะดวกและใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษา คำแนะนำแนวทางการปฏิบัติการบริหารกล่อมเนื้อ รวมทั้งการเสริมแรงทางบวก

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) ทบทวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1-4 และดำเนินการขั้นตอนการคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพ โดยมีประเมินผลรายบุคคล (post-test) และยุติการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย และมอบคู่มือการปฏิบัติการบริหารกล่อมเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อใช้ในการดำเนินการต่อไป

8. ผู้วิจัยประเมินผลการใช้โปรแกรมโดยแบบประเมินการปฏิบัติการบริหารกล่อมเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยแบบประเมินชุดเดียวกันกับที่ใช้ก่อนการวิจัย และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 060/2019 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิ์ในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.60) มีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 87.00) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา

ตอนปลาย (ร้อยละ 43.00) มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 39.00) และทุกคนมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ไม่เกิน 3 ปี (ร้อยละ 100) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวระหว่าง 1-3 ปี (ร้อยละ 60.00) (ตารางที่ 1)

นอกจากนี้ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับ การดูแลจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.00) รองลงมา คือ เพศชาย (ร้อยละ 47.00) ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 95.00) มีระดับความพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 (ร้อยละ 95.70) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวไม่เกิน 3 ปี (ร้อยละ 26.00) และไม่ได้ได้รับการรักษาใดๆ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 78.00) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=23)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	22	95.60
ชาย	1	4.40
อายุ (ปี)		
40-50	3	13.00
> 50	20	87.00
ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด		
ประถมศึกษา	3	13.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	13.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	43.60
อนุปริญญา/ปวส.	1	4.30
ปริญญาตรี	6	26.10
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ปี)		
0-5	4	17.40
6-10	9	39.10

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
11-15	4	17.40
16-20	5	21.70
> 20 ปี	1	4.40
ระยะเวลาการเป็น อสม. ประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ปี)		
1-3 ปี		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (ปี)	23	100.00
1-3		
4-6	14	60.90
7-9	4	17.40
($\bar{X}$ =1.6, S.D.=0.83)	5	21.70

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง (n=23)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	12	52.00
ชาย	11	47.00
อายุ (ปี)		
30-40	1	4.30
40-50	0	0.00
> 50	22	95.70
ระดับความพิการทางการเคลื่อนไหว		
ระดับ 3	6	26.10
ระดับ 4	13	56.50
ระดับ 5	4	17.40
ระยะเวลาที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว (ปี)		
1-3	13	56.60
4-6	6	26.10
7-9	3	13.00
≥ 10	1	4.30
ประวัติการรักษาในปัจจุบัน		
ได้รับการรักษาระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	5	21.70
ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	18	78.30

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการ
บริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวใน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้
รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในกลุ่มตัวอย่าง ก่อน
และหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=23)

ระดับการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง		
ระดับน้อย	23	100.00
หลังการทดลอง		
ระดับมาก	20	87.00
ระดับปานกลาง	2	8.70
ระดับน้อย	1	4.30

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับการ
ปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการ
เคลื่อนไหวก่อนได้รับโปรแกรมในระดับน้อย (ร้อยละ

100.00) และหลังจากได้รับโปรแกรมส่วนใหญ่มีระดับ
การปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการ
เคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 87.00)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในกลุ่ม
ตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=23)

คะแนนการปฏิบัติ การบริหารกล้ามเนื้อ	ก่อน		หลัง		z	p-value
	ได้รับโปรแกรมมา		ได้รับโปรแกรมมา			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มตัวอย่าง	23.20	3.20	44.40	4.60	4.20	0.000***

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่ม
ตัวอย่างมีค่าคะแนนการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ
สำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เฉลี่ยเท่ากับ 23.2 คะแนน
(S.D.= 3.2) และหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนการ
ปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ เฉลี่ยเท่ากับ 44.4 คะแนน
(S.D.= 4.6) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนน
เฉลี่ยการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ
การบริหารกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการ
เสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการ
ปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับแนว
คิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993)
ซึ่งกระบวนการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบ
สภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเอง และ
4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เมื่อยุติการ

เสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติการบริหารกล้านเนื้อ ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ซึ่งในแต่ละขั้นตอนสามารถอธิบายได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยการประเมินการรับรู้และทำความเข้าใจ และยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้มีการประเมินตนเองมีความสามารถในการดำเนินสถานการณ์ปัญหาผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน กลุ่มตัวอย่างยังได้รับรู้ว่าตนเองเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีบทบาทในการส่งเสริมและดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนให้มีการบริหารกล้านเนื้อ ให้กำลังใจ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่ยังขาดความมั่นใจในการดูแลโดยเฉพาะการปฏิบัติการบริหารกล้านเนื้อในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ผ่านมา สภาพปัญหาที่พบในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแล และทบทวนสิ่งที่เคยปฏิบัติในการบริหารกล้านเนื้อผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ขณะเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นพบปัญหาทำความเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหา และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ปัญหาร่วมกัน เพื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกไปสู่การยอมรับว่าตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริงในการทำงาน (Tawatwattananun, 2010) ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะร่วมกับทีมสุขภาพ (Srisompat, 2014) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการมองปัญหาในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อทำให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม กลวิธีนี้เป็นการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนด

เป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ ร่วมกับการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติการบริหารกล้านเนื้อในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว มีเนื้อหาเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติการบริหารกล้านเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งความรู้เป็นสิ่งจำเป็นในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Ellis-Stoll & Popkess-Vawter, 1998) มีการสาธิตการปฏิบัติการบริหารกล้านเนื้อ การสาธิตย้อนกลับ และการให้จับคู่ฝึกปฏิบัติการบริหารกล้านเนื้อ การให้คำแนะนำและช่วยเหลือขณะฝึกปฏิบัติ และการให้ข้อมูลเสริมแรงทางบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ (Kaihin, Kasatpiba, & Chitreechue, 2012) ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพร้อมที่จะออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เกิดความมั่นใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง (Buapum, Maneerod, & Rodporm, 2014)

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการออกติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับผู้วิจัยซึ่งกำหนดการติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ขณะติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยจะคอยเป็นพี่เลี้ยง และให้คำแนะนำรวมทั้งให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ร่วมกับการใช้คู่มือการปฏิบัติการบริหารกล้านเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการออกติดตามเยี่ยมบ้าน สามารถศึกษาเพิ่มเติมและใช้ประกอบการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งคู่มือการปฏิบัติการบริหารกล้านเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น มีการสาธิตและภาพประกอบในแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียดการจัดทำสื่อที่มีภาพประกอบจะทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ มองภาพได้ชัดเจน กระตุ้นความสนใจ เป็นการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน (Srikramkran, 2009) และการได้ลงมือปฏิบัติกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติการบริหารกล้านเนื้อได้อย่างถูกต้อง และตระหนักได้ถึงความสามารถของตนเองและทำงานในบทบาทที่อิสระมากยิ่งขึ้น (Jaemtim, Yuenyong, & Srisodsasuk, 2016)

จากผลการวิจัยในครั้งนี้จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ประกอบไปด้วย กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นพบสภาพการณ์จริงจากสถานการณ์จริง เกิดทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดีขึ้น สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดการตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพอย่างเป็นขั้นตอนซึ่งเป็นแนวคิดแบบพลวัตมีการให้ การรับ การแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์ วางเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักเกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติได้ เป็นการสร้างความเข้มแข็งและยังเป็นการมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาและมีความยั่งยืนที่จะปฏิบัติในการดูแลให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Pengsa-ium et al., 2015) พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นอาจกล่าวสรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สามารถปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อในผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง ไม่เกิดภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติ

งานในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน เป็นการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเช่นข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล สามารถนำไปใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยสอดแทรกแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้พิการ ในเรื่องบทบาทหน้าที่และความสามารถในการดูแล เพื่อส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมทั้งบุคคลและครอบครัวของผู้พิการประเภทต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เช่น องค์การเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือข้อติดแข่งร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองและควบคุม

3. ควรศึกษาวิจัยการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านความรู้และทักษะส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้พิการประเภทอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Buapum, P., Maneerod S., & Rodporm, P. (2014). Curriculum development for the village health volunteers (VHVs) to enhancing capabilities for home-based care empowerment on the elder people who have chronic diseases. *KKU Journal for Public Health Research*, 7(3), 60-67. (In Thai)
- Chungsathiansap, K., Phonphakhakun, S., & Katha, P. (2015). *Khon thamngan bandanchai*. Nonthaburi: Society and Health Institute. (In Thai)
- Department of Empowerment of Persons with Disabilities. (2018). *Statistics of disabled persons in Thailand*. Retrieved from https://www.m-society.go.th/download/article/article_20180703100206.pdf. (In Thai)
- Ellis-Stoll, C., & Popkess-Vawter, S. (1998). A concept analysis on the process of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 62-68.
- Gibson, C. H. (1993). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Halar, E. M., & Bell, K. R. (1998). Immobility: physiological and functional change and effects of inactivity on body functions. In J. A. Delisa (Ed.), *Rehabilitation medicine: Principles and practice* (3rd ed., pp. 1015-1034). Philadelphia, NY: Lippincott-Raven.
- Jaemtim, N., Yuenyong, S., & Srisodsasuk, P. (2016). Effect of the empowerment program on the prevention of hypertension disease in the population at risk of hypertension disease of Tombon Chokchram, Umphor Bangplama, Suphanburi Province. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 22(1), 65-76. (In Thai)
- Jampasri, P., Rattanaagreetakul, S., & Lawang, W. (2017). Factors influencing rehabilitation practice for persons with physical disability among village health volunteers in Nakhon Pathom Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(3), 76-88. (In Thai)
- Kaihin, R., Kasatpiba, N., & Chitreechue, J. (2012). Effects of empowerment on reduction risk behaviors among youth living with HIV/AIDS. *Nursing Journal*, 39(3), 38-50. (In Thai)
- Kraus, L., Lauer, E., Coleman, R., & Houtenville, A. (2018). *2017 Disability statistics annual report*. Durham: University of New Hampshire.
- Mukpradab, S., Songwathana, P., & Seasia. (2014). Outcome-oriented movement-supporting programme and its musculoskeletal outcomes as observed in trauma patients suffering from immobilization: A pilot study. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(2), 49-60. (In Thai)
- Noh, J. W., Kwon, Y. D., Park, J., Oh, I. H., & Kim, J. (2016). Relationship between physical disability and depression by gender: A panel regression model. *PLoS One*, 11(11), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0166238

- NongThong, T. (2017). *Assistance to persons with physical disabilities*. Retrieved from http://www.snmri.go.th/snmri/download/train/ud/ud1_60.pdf. (In Thai)
- Pengsa-ium, V., Chaiyasung, P., & Yakasem, P. (2015). Outcome of empowerment program on perceived empowerment and caregiving practice of health volunteers to dementia of elderly. *Journal of Nursing and Education*, 8(1), 152-165. (In Thai)
- Poomsanguan, K. (2014). Health and health promotion: Nurses' important role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 86-90. (In Thai)
- Sawaidee, P., Toonsiri, C., & Homsin, P. (2016). Factors related to self-care ability among people with mobility impairment in Banglamung District, Chon Buri Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(1), 89-104. (In Thai)
- Srikramkran, R. (2009). *Teaching techniques*. Bangkok: Ramkhamhaeng Publisher. (In Thai)
- Srisompat, J. (2014). *Public health village volunteers' roles in performing their work for Tambon Kham Hai public health promotion hospital, Phanom Phrai district, Roi Et province* (1st ed.). Nakhon pratom: Mahamakut Buddhist University. (In Thai)
- Tachapun, T. (2018). *Effect of empowerment program of the village health volunteers to implementation of community health education in Papai Municipality, Sansai District, Chiang Mai Province* (Master's thesis), Chiangmai Rajabhat University. (In Thai)
- Tawatwattananun, A. (2010). *Self-empowerment guideline on elderly caregiving of village health volunteers: Samutsakhon Province*. Bangkok: Thammasat University. (In Thai)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูง ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Factors Related to Self - Management Behaviors of Highlanders with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

พวงเพชร	ใจคำ *	Poungpech	Jaikum *
เดชา	ทำดี **	Decha	Tamdee **
สิวพร	อึ้งวัฒนา **	Sivaporn	Aungwattana **

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นเรื่องสำคัญในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถควบคุมอาการของโรคด้วยตนเอง การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 110 ราย ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองและแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 0.82 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4.31 (S.D. = 0.40), โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3.71 (S.D. = 0.70) 4.70 (S.D. = 0.40) และ 4.53 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 0.82 (S.D. = 0.12) และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 0.85 (S.D. = 0.15) และ 0.89 (S.D. = 0.15) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 0.65 (S.D. = 0.18) และ 0.67 (S.D. = 0.21) และค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3.48 (S.D. = 0.38) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = .292$ และ $.315$, $p < .01$) ตามลำดับ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

* Registered Nurse, Maesuai Hospital, Chiang Rai province, pech0293@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 8 มกราคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 8 ตุลาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 26 มีนาคม 2562

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ชาวไทยในพื้นที่สูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

Self-management behavior is of vital importance in persons with chronic obstructive pulmonary disease for controlling symptoms by themselves. The purpose of this descriptive research study was to examine factors related to the self-management behaviors of highlanders with chronic obstructive pulmonary disease. The sample consisted of 110 highlanders receiving care at the COPD clinic of Maesuai Hospital in Chiang Rai province. The subjects were selected based on the inclusion criteria. Research instruments were interviewed forms including a personal data form, a self-management behavior scale, a knowledge scale, and a social support scale. The content validity showed values of 0.95, 0.91, and 0.94 for each scale, respectively. The reliability of all questionnaires demonstrated values of 0.78, 0.82, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that:

The average score for overall self-management behaviors was high at 4.31 (S.D. = 0.40), with sub-dimensions including medical self-management, role management, and emotional management behaviors also high at 3.71 (S.D. = 0.70), 4.70 (S.D. = 0.40), and 4.53 (S.D. = 0.46), respectively. The average score for overall knowledge on disease and self-management practices was at a high level, 0.82 (S.D. = 0.12), with sub-dimensions including medical self-management and emotional management also high at 0.85 (S.D. = 0.15) and 0.89 (S.D. = 0.15). The mean for the dimension of knowledge on disease and role were at a moderate level, 0.65 (S.D. = 0.18) and 0.67 (S.D. = 0.21), and the average social support scores were high at 3.48 (S.D. = 0.38). Knowledge on disease and self-management practices had a low positive correlation with self-management behaviors, while social support had a moderate positive correlation with self-management behaviors ($r = .292$ and $.315$, $p < .01$, respectively).

Keywords: *Self-management behaviors, Related factors, Highlanders, Chronic obstructive Pulmonary disease.*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ซึ่งมีการดำเนินโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ จึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 210 ล้านคนทั่วโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2017)

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโรคโลก ในปี ค.ศ. 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากลำดับที่ 5 ของโลกมาเป็นอันดับที่ 3 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 3 ล้านคน และคาดการณ์ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 30 ในอีก 10 ปี ข้างหน้า (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2014)

สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านคน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับที่ 5 จาก 10 อันดับแรกของประเทศ โดยพบการเสียชีวิตในอัตรา 41.2 ต่อประชากร 100,000 คน (National Health Security Office, 2017)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการระคายเคืองเรื้อรังทำให้ปอดเกิดการอักเสบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมและภายในเนื้อปอดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอด ส่งผลให้ปริมาณก๊าซออกซิเจนลดลง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Bunsawat, 2005) ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย จากพยาธิสภาพที่กล่าวมามีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการเสื่อมสมรรถภาพของปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซขาดประสิทธิภาพ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ 1) การติดเชื้อเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ ผู้ป่วยที่มีไข้ มีน้ำมูก ไอ หรือมีเสมหะเปลี่ยนสีอาจเกิดจากเชื้อไวรัส 2) ภาวะหายใจเฉื่อย (Respiratory failure) 3) Spontaneous pneumothorax การมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งอันตรายที่พบได้มักขึ้นอยู่กับปริมาตรของลม และความรุนแรงของโรค ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะ hypoxemia 4) Giant bullar พบในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของหลอดลมเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้างมากขึ้นเกิดความรู้สึกทางด้านคุณค่าในตัวเองลดลงมีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นและต่อครอบครัวลดลง (Barnett, 2011) ผลกระทบดังกล่าวเกิดจากที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดทักษะในเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง การหายใจอย่าง

ไม่มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง การพักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม มีการสัมผัสสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เช่น หมอกควัน และการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนมากไม่ตระหนักว่าการสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลวลง และผู้ป่วยบางรายคิดว่าแค่เลิกสูบบุหรี่ก็ทำให้สุขภาพของตนดีขึ้น (Pomyen, 1996) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรค ในการควบคุมอาการโรคนั้นผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการจัดการตนเองนั้นเป็นการตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงและการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองที่จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีการสังเกตและเฝ้าดูอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนไป รับรู้ด้วยตนเองเมื่อมีอาการว่าจะกระทำการสิ่งใดเพื่อลดผลกระทบจากอาการที่เกิดขึ้น และต้องมีการประเมินผลว่าการกระทำนั้นมีส่วนทำให้อาการของโรคลดลงหรือไม่ ดังนั้นพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสิ่งที่สำคัญในการช่วยควบคุมอาการของโรคได้

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองและลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม (Creer, 2000) ซึ่งจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) เป็นการเรียนรู้และการปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีความสุข รวมถึงการรักษาภาวะอารมณ์ให้คงที่ในขณะที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการจัดการตนเอง 3 ด้านเพื่อสามารถควบคุมอาการโรคได้แก่ ด้านการรักษา การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคทั้งชนิด ปริมาณและความถี่ การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ (Thoracic Society of Thailand, 2005) ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน ผู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีอาการหายใจลำบากเรื้อรังเกิดขึ้น

ได้ทุกสถานที่และทุกเวลา โดยเฉพาะอาการจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นเมื่ออยู่ในชุมชนที่แออัดและมีมลภาวะทางอากาศ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกนอกบ้านหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้นาน เพราะกลัวการเกิดอาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งอาการไอมีเสมหะเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นใจในการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง กลัวผู้อื่นคิดว่าเป็นโรคติดต่อ (Wangsom, 2016) และนอกจากนี้เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและบุคคลอื่นลดลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ตามบทบาททำให้ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทที่ดำรงในชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ (Ries, 2006) ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมีการจัดการตนเองด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การจัดการด้านบทบาทของตนให้การคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและอยู่ร่วมกับบุคคลรอบข้างได้อย่างมีความสุข และด้านอารมณ์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 82 จะมีความรู้สึกเครียด กลัว วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Elkington, Patrick, Addington-Hall, Higgs, & Edmonds, 2005) เมื่อรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการเวลาที่หายใจลำบากและผลจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องมีการจัดการตนเองด้านอารมณ์ที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลายจะส่งผลให้การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลงสามารถลดอาการหายใจลำบาก ซึ่งการจัดการด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหลายวิธี สามารถปฏิบัติได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมสังคมด้วย ได้แก่ การทำสมาธิ การฟังเพลง การนวด เป็นต้น (Wangsom, 2016)

พฤติกรรมจัดการตนเองจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จมีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคล (Creer, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัย

ระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังการศึกษาของ Luangpitak (2015) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเอง แต่ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนวยการจัดการตนเองมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สำหรับความรู้การจัดการตนเองนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการของโรค ซึ่งความรู้เกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การสร้างเสริมความรู้ และทักษะจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังการศึกษาของ Boonsung (2012) เป็นการให้โปรแกรมความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีการให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังได้รับโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบลดลง นอกจากนั้นมีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรมจัดการตนเองในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น Klinklom (2014) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจึงมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ดังการศึกษาของ Artpadungkul (2008) ศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบากในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบากต้องการการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อ

ให้เกิดความรัก ความผูกพัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือต่างๆ (House, 1981) จากการทบทวนวรรณกรรมการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังนี้ การศึกษาของ Ard-khitkarn (2012) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และ Aramsin (2018) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

อำเภอแม่สรวยพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและป่าไม้ มีที่ราบระหว่างภูเขาอยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลเฉลี่ยประมาณ 437 เมตร ซึ่งอยู่ห่างจากตัวจังหวัดเชียงรายไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ประมาณ 50 กิโลเมตร มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลแม่สรวยมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจากการศึกษานำร่อง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 อันดับ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สรวย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2556 - 2559 ดังนี้ 131 135 118 และ 152 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นชาวไทยในพื้นที่สูงนั้นมีปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยที่ส่งผลเกิดอาการกำเริบของโรค เช่น ยังมีการสูบบุหรี่ การประกอบอาชีพเกษตรกรรม การทำงานกลางแจ้ง มีการสัมผัสฝุ่นละอองและควันไฟจากกิจกรรมการดำรงชีวิต และบางรายไม่มาตรวจตามที่แพทย์นัด เป็นต้น และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรค ดังนั้นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้การวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในการควบคุมอาการของโรคได้อย่างต่อเนื่องและระยะยาว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา ในการควบคุมอาการของโรคเพื่อลดการเกิดอาการกำเริบ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคทั้งชนิดปริมาณและความถี่ การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ 2) การจัดการเกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงชีวิต ได้แก่ ความสามารถในการบทบาทของตนเอง และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมจัดการตนเองต้องมี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ประสบความสำเร็จ การศึกษาในครั้งนี้จึงได้เลือกศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง เนื่องจากปัจจัยด้านความรู้นั้นทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จนเกิดเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สามารถควบคุมอาการของโรค และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน ทำให้ผู้ป่วยนั้นได้รับการช่วยเหลือและเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978) $n = 10k + 50$ ซึ่ง n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ k คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ชนเผ่า ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษา บุคคลหลักในครอบครัว ที่ให้การดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และ

โรคประจำตัว

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านการจัดการกับอาการลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 5 = ปฏิบัติประจำ 4 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 = ปฏิบัติปานกลาง 2 = ปฏิบัติบางครั้ง 1 = ไม่ปฏิบัติเลย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .95 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

3. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความหมายสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา อาการ ระดับความรุนแรงของโรคภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบ วิธีการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .91 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครูดส์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้เท่ากับ .82

4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 4 = เห็นด้วยมาก 3 = เห็นด้วยปานกลาง 2 = เห็นด้วยน้อย 1 = ไม่เห็นด้วย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .94 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยชี้แจงขั้นตอน และขอความยินยอมในการรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลในระหว่างการดำเนินการได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ให้เซ็นเอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์คือ แบบข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมโดยอ่านข้อความแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที ต่อ 1 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คະแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เป็นเพศหญิงจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 50.90 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.70 ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 63.94 ปี (S.D. = 9.71) ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 93.60 โดยเป็นชนเผ่าอาข่าจำนวน 66 คิดเป็นร้อยละ 60.00

นับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 60.90 มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.60 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 97.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 75.50 ใช้สิทธิการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 45.50 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่พอเพียงไม่มีเหลือเก็บ จำนวน 85 คนคิดเป็นร้อยละ 77.30 ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 บุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 76.40 ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.60 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10-20 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.80 ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 19.17 ปี (S.D. = 6.22) จำนวนบุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 46.30 ส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่แล้วจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 52.70 ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ 1-5 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.50 ชนิดของบุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่เป็นยาเส้น (มวนเล็ก) จำนวน 60 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.50 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นระยะเวลา 1-5 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.10 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมและยารับประทาน จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 92.80 และโรคประจำตัวหรือโรคร่วมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4.31 (S.D. = 0.40) โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3.71 (S.D. = 0.70) 4.70 (S.D. = 0.40) และ 4.53 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 0.82 (S.D. = 0.12) และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา

ด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 0.85 (S.D. = 0.15) และ 0.89 (S.D. = 0.15) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 0.65 (S.D. = 0.18) และ 0.67 (S.D. = 0.21) และค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3.48 (S.D. = 0.38) (ตารางที่

1) และความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ ($r = .292, p = .002$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = .315, p = .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้าน และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคะแนน
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	4.31	0.40	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรักษา	3.71	0.70	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน	4.70	0.40	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์	4.53	0.46	สูง
ความรู้โดยรวม	0.82	0.12	สูง
ความรู้เกี่ยวกับโรค	0.65	0.18	ปานกลาง
ด้านการรักษา	0.85	0.15	สูง
ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน	0.67	0.21	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	0.89	0.15	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	3.48	0.38	สูง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยพฤติกรรมการจัดการตนเอง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง	.292**	.002	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	.315**	.001	ปานกลาง

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม 4.31 (S.D. = 0.40) และรายด้านระดับสูง

แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลที่ดีต่อสุขภาพ สามารถจัดการตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพื่อควบคุมอาการของโรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ร้อยละ 59.10 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1-5 ปี ร่วมกับการได้รับการรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่สรวยที่ได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ดังการศึกษาของ Thanawong (2016) ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย แผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และแบบบันทึกการกำกับติดตามประจำวันด้วยตนเอง พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีการใช้บริการสุขภาพน้อยกว่าก่อน การทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยในพื้นที่สูงมีความเชื่อด้านพฤติกรรมดูแลรักษาสุขภาพของแต่ละคนเฝ้าที่แตกต่างกัน แม้จะมีความเชื่อทางไสยศาสตร์ที่ช่วยรักษาในการเจ็บป่วยของตนเอง แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งเหนือธรรมชาติก็ยิ่งรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนพฤติกรรมจัดการตนเองรายด้าน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการรักษา 3.71 (S.D. = 0.70) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน 4.70 (S.D. = 0.40) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่ตนเองดำรงอยู่ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 75.50 ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเวลามีอาการกำเริบจะทำให้หอบเหนื่อย มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง และด้านอารมณ์ 4.53 (S.D. = 0.46) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สถานภาพคู่และมีบุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลที่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่คอยดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และเป็นที่ปรึกษาให้กับ

กลุ่มตัวอย่างที่สามารถช่วยลดอาการ กลั้ว ชิม เสร้า วิटकังวล เครียด และปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม จากอาการหายใจลำบากเรื้อรัง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำ ($r = .292, p = .002$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = .315, p = .001$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง 0.82 (S.D. = 0.12) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการตนเอง ซึ่งความรู้เป็นสิ่งที่สั่งสมจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การสร้างเสริมความรู้และทักษะจากบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากโรงพยาบาลแม่สรวยมีการจัดระบบบริการเป็นคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one stop service) เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเภสัชกรให้ความรู้เรื่องยาและการประเมินการใช้ยาพ่น นกกายภาพบำบัดตรวจประเมินสมรรถภาพปอดและสอนการหายใจอย่างถูกวิธี นักโภชนาการให้ความรู้เรื่องอาหาร และพยาบาลจิตเวชในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยมีการประเมินผลทุก 3 เดือนจากในคู่มือโรคของผู้ป่วย (Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinic of Maesuai Hospital, 2017)

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Boonsung (2012) เป็นการให้โปรแกรมความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา การใช้ยา เทคนิคการใช้ยาพ่น การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ภาวะโภชนาการ การพักผ่อนและการผ่อนคลาย โดยมีการทบทวนความรู้

กระตุ้นการฝึกทักษะต่างๆ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังได้รับโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยมี จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลด้วยอาการ กำเริบลดลงร้อยละ 32.73 และคะแนนด้านความรู้เพิ่ม ขึ้นจากเดิม จาก 9.00 เป็น 14.50 คะแนน ($p < .001$) จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้จะส่งผลให้เกิดการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่การจัดการตนเอง ที่ดี แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยในพื้นที่สูง มีข้อจำกัด ในการเรื่องการติดต่อสื่อสาร ซึ่งชาวไทยใน พื้นที่สูงมีหลากหลายชนเผ่าแต่ละชนเผ่ามีการใช้ภาษาถิ่น เป็นภาษาหลัก จึงส่งผลมีข้อบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การรับรู้ และความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และด้านบริบทของชาวไทยในพื้นที่สูง เนื่องจากแบบแผน การดำเนินชีวิตมีวิถีชีวิตสัมพันธ์กับธรรมชาติ ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และยังมีการใช้วัสดุจาก ธรรมชาติเป็นหลักใช้เป็นเชื้อเพลิงในกิจกรรมการดำรง ชีวิต การสูดดมควันไฟ และฝุ่นละออง ส่วนการสนับสนุน ทางสังคมกลุ่มตัวอย่างได้รับการยอมรับ การเอาใจใส่และ ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ และมีบุคคลหลัก ในครอบครัวที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 84 ซึ่งคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทาง สังคมที่สำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับการ ศึกษาของ Artpadungkul (2008) ศึกษาความต้องการ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะมีอาการหายใจลำบากในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก ต้องการการสนับสนุน ทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างได้ รับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ขณะที่อยู่บ้าน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและ เหมาะสมจึงเป็นการดูแลแบบระยะยาวจากคลินิก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลแม่สรวย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำมาเป็น ข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง ในชาวไทยพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการจัด โปรแกรมการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ ตัวการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมโดย การใช้ภาษาถิ่นในแต่ละชนเผ่า

2. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการ เรียน การสอน สำหรับนักศึกษา และบุคลากร ทางการแพทย์ ในเรื่องพฤติกรรมจัดการตนเองและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของชาวไทยพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการ ตนเองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการสนับสนุนทางสังคม เป็นภาษาประจำถิ่นของแต่ละชนเผ่า เพื่อให้ชาวไทย ในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเข้าใจด้าน ภาษาได้ง่ายขึ้นและมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ เหมาะสมกับโรค

2. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการให้ความรู้การ จัดการตนเองในชาวไทยพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังที่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันและ ความเชื่อของแต่ละชนเผ่า

3. ควรมีการพัฒนาคู่มือโรคการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเป็นภาษาถิ่น ของแต่ละชนเผ่า

เอกสารอ้างอิง

- Aramsin, R. (2018). Self-management behaviors among patients with hypertension in Mueang district, Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(1), 68-76. (In Thai)
- Ardkhithkarn, S. (2012). *Self-Management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Artpadungkul, D. (2008). *Needs of social support among patients with chronic obstructive pulmonary disease during dyspnea in Pua Crown Prince Hospital, Nan province* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Barnett, M. (2011). COPD: Implementing NICE guidance. *Journal of Community Nursing*, 25(2), 4-14.
- Boonsung, P. (2012). *Effectiveness of self-management educational program for chronic obstructive pulmonary disease patients at Rongkwang Hospital, Phrae Province* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Bunsawat, W. (2005). *Guidelines for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease patients*. Khonkaen: Department of Medicine, Faculty of Medicine Khonkaen University. (In Thai)
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinic of Maesuai Hospital. (2017). *Annual Report 2012-2017*. Chiangrai: Mae Suai Hospital. (In Thai)
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & Zeidner, M. (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). California: Academic.
- Elkington, H., Patrick, W., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Edmonds, P. (2005). The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliative Medicine*, 19(6), 485-491.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2014). *Pocket guide to global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from <http://www.goldcopd.org>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2017). *Pocket guide to global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from <http://www.goldcopd.org>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Klinklom, S. (2014). *Self-management behaviors and related factors among older persons with benign prostatic hyperplasia* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Luangpitak, S. (2015). *Factors influencing self-management among patients with heart Failure* (Master's thesis), Burapha University. (In Thai)

- National Health Security Office. (2017). *Health statistics*. Retrieved from <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy> (In Thai)
- Pomyen, S. (1996). *Effect of dyspnea management promotion program on quality of life among persons with chronic obstructive pulmonary disease* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Ries, A. L. (2006). Impact of self-management chronic obstructive pulmonary disease on quality of life: The role of dyspnea. *The American Journal of Medicine*, 119(10), 12-20.
- Thanawong, L. (2016). Effects of a Self-management promotion in pulmonary rehabilitation on functional capacity and health care utilization among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 43(2), 45-55. (In Thai)
- Thoracic Society of Thailand. (2005). *Guidelines for diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in the country*. Bangkok: The Medical Association of Thai. (In Thai)
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedure for research*. New York: Gardner Press.
- Wangsom, A. (2016). Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai journal of Cardio-thoracic Nursing*, 27(1), 2-10. (In Thai)



บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ The Socio-Cultural Context Affecting the Antenatal Care Among Pregnant Hilltribe Women, Chai Prakan District, Chiang Mai Province

วิไลวรรณ เจนการ *

Wilaiwan Jenkarn *

เดชา ทำดี **

Decha Tamdee **

วราภรณ์ บุญเชียง **

Waraporn Boonchieng **

บทคัดย่อ

การฝากครรภ์เป็นบริการพื้นฐานที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมไปถึงการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์โดยตรง โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ความรู้เรื่องการมารับบริการฝากครรภ์ และทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า 0.85 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ เท่ากับ 0.83 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์เท่ากับ 0.84 โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อหาข้อสรุปทั้งในภาพรวมและส่วนย่อยของข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นแต่ละประเด็น

ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ อยู่ในระดับน้อย และพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับเห็นด้วย ในลำดับสุดท้าย ดังนั้นภายในชุมชน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ให้มีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา เพื่อให้เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์และมาฝากครรภ์ครั้งแรกเร็วตามกำหนดภายใน 12 สัปดาห์ อีกทั้งจากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อในเรื่องที่มองไม่เห็น เช่น เรื่องผี เรื่องคนตาย เพราะเชื่อว่าผีที่ถูกลูกจะหลุด จึงนิยมฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ ดังนั้นภายในชุมชน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

* นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไผ่ อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

* Public Health Technical Officer, Huaypai Health Promoting Hospital, Chai Prakan District, Chiang Mai Province

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 29 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 11 กันยายน 2562

ควรมีการส่งเสริมความรู้และความเชื่อ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ภายใน 12 สัปดาห์ และครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

คำสำคัญ: บริบททางสังคม วัฒนธรรม การฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ ชาวไทยภูเขา

Abstract

This study uses mixed method, qualitative and quantitative study. The objective of the research is to study socio-cultural context affecting the antenatal care among pregnant hilltribe women in Chai Prakan District, Chiang Mai Province. Tools used to study quantitative data consist of questionnaires regarding general information, data involving antenatal care, knowledge in attending antenatal care service and attitude towards receiving antenatal care service which pass inspection in content validity by scholars value is equivalent to 0.85, confidence value of the questionnaire for knowledge regarding attending antenatal care service is equivalent to 0.83, confidence value of the attitude questionnaire regarding receiving antenatal care service is equivalent to 0.84. The sample group consists of 142 people. Analyze data by frequency distribution, percentage, mean and standard deviations. Tool used to study qualitative data is structured interview with the sample group of 8 people. Analyze data using content analysis to find proposition both overview and in the component of fact that occurs in each aspect.

The results revealed that:

Majority of the sample group have knowledge regarding attending antenatal care service at low level and also found that attitude in attending antenatal care service of sample group level agree “attending first antenatal care within 12 weeks is important and beneficial” is in the least. Therefore, within the community together with related agencies should initiate activities to promote knowledge in pregnant hilltribe women to be knowledgeable and have good attitude towards pregnancy including encouraging families to participate in supporting antenatal care of pregnant hilltribe women in order to see the importance of antenatal care and attend first antenatal care within 12 weeks. The study also found that most of the sample group believe in intangible stories such as ghosts, the dead because they believe that if the ghosts address them, the baby would be gone so they tend to have antenatal care after 12 weeks. Hence, within the community together with related agencies should promote knowledge and belief in order for pregnant women to change attitude making positive attitude towards pregnancy within 12 weeks and meet 5 times according to the criteria.

Keywords: Social context, Cultural, Antenatal care, Pregnant, Hilltribe

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์เป็นบริการพื้นฐานที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นับได้ว่าเป็นขั้นตอนแรกที่ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ ระยะของการเจ็บครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (Tariku, Melkamu, & Kebede, 2010) เพราะจุดมุ่งหมายในการฝากครรภ์นั้นเพื่อให้แน่ใจว่ามารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี แข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์ เป็นการตรวจสอบภาวะเสี่ยงและผลลัพธ์อื่นไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและบุตรในครรภ์ (Villar & Bergsjö, 1997) องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมเป็นการป้องกันวินิจฉัยโรคและรักษาทางการแพทย์ทั่วไปได้ทันเวลา (Silpa-anan, 2014) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น (Belayneh, Adefris, & Andargie, 2014) ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยด้านการคลอด ช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกลดภาวะ Birth asphyxia, Low birth weight และเด็กที่มีปัญหาพร่องอวัยวะได้รับการแก้ไขอย่างทันเวลา โรคพันธุกรรม ได้แก่ Down's syndrome และ Thalassemia ได้รับการควบคุมป้องกันอันจะส่งผลในการลดจำนวนเด็กเกิดใหม่ที่เป็นโรคดังกล่าวได้ (Tariku et al., 2010) โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกเสริมในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ (Techakampholsarakit, 2018) เพื่อลดความเสี่ยงของการมีบุตรที่บกพร่องของท่อประสาท เช่น Anencephaly และ Spina bifida (Khongdet, 2008)

การฝากครรภ์จะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดแก่ทารกในครรภ์ ทำให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง จึงควรพบแพทย์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ และจะดียิ่งขึ้น หากได้เตรียมตัวตั้งแต่ยังไม่ตั้งครรภ์ โดยการปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับความเสี่ยงในแม่ที่มีปัญหาสุขภาพบางอย่าง หรือความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม และควรได้รับโฟเลตตั้งแต่อ่อนตั้งครรภ์ 3 เดือนหรือทันที

ที่ทราบว่าตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติของสมองและไขสันหลังของเด็ก (Ministry of Public Health, 2017) โดยทั่วไปนั้นความบ่อนในการพบแพทย์ของการตั้งครรภ์ในเจ็ดเดือนแรก คือ ทุก ๆ เดือน เมื่ออย่างเข้าเดือนที่แปดจะเป็น ทุก ๆ สองสัปดาห์ และทุก ๆ สัปดาห์ในเดือนที่เก้า (Ministry of Public Health, 2017)

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ล่าช้า (ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์) ถึงร้อยละ 53 ซึ่งการฝากครรภ์ล่าช้า จะไม่สามารถค้นหาแก้ไขความผิดปกติได้ทันส่งผลให้เด็กไทยแรกเกิดมีสภาวะทางร่างกายไม่สมบูรณ์ แม้เมื่ออัตราการขาดสารไอโอดีน ร้อยละ 53 ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 18 พบทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8 ทารกแรกเกิดมีภาวะดาวน์ซินโดรม 1.25 : 1,000 การเกิดมีชีพเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 6 : 1,000 การเกิดมีชีพ ภาวะพร่องอวัยวะแต่กำเนิด 6 : 1,000 การเกิดมีชีพ เด็กติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 2.2 เด็กกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพียงร้อยละ 54 หรือประมาณ 430,000 คน และเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 70 (Ministry of Public Health, 2017)

อำเภอไชยปราการ อยู่ห่างจากตัวจังหวัดเชียงใหม่ ประมาณ 128 กิโลเมตร สภาพภูมิประเทศเป็นภูเขา สลับซับซ้อน มีลักษณะเป็นที่ราบสูง และเป็นภูเขาซึ่งมีชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่หลายเผ่า ได้แก่ เผ่ามูเซอ ลีซอ ปกาเกอญอ ส่วนพื้นที่ราบเป็นพื้นที่ทำการเกษตร เช่น ทำสวน ทำไร่ ทำนา และเป็นที่อยู่อาศัยของชาวไทยพื้นราบซึ่งมีทั้งหมด 4 ตำบล 44 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) ตำบลปงด้า มีพื้นที่สูงจำนวน 1 หมู่บ้าน คือ ม.7 บ้านห้วยบง 2) ตำบลศรีดงเย็น มีพื้นที่สูงจำนวน 4 หมู่บ้าน คือ ม.8 บ้านห้วยน้ำดิบ ม.10 บ้านห้วยผาย ห้วยมบ้านห้วยโป่ง ห้วยมบ้านแดนดิน ห้วยมบ้านแม่ฝางหลวง ม.14 บ้านปางมะขามป้อม ห้วยมบ้านลาหู่ ม.18 บ้านเวียงผาพัฒนา ห้วยมบ้านเวียงผาพัฒนา ห้วยมบ้านดอยเวียงผาพัฒนา 3) ตำบลแม่ทะลบ

มีพื้นที่สูงจำนวน 4 หมู่บ้าน คือ ม.1 บ้านแม่ทะลบ
ห้วยมบ้านห้วยโป่งพัฒนา ม.4 บ้านดอยหล่อ ห้วยมบ้าน
ห้วยทราย ห้วยมบ้านสันเขื่อน ห้วยมบ้านโป่งจ๊อกนอก
ห้วยมบ้านโป่งจ๊อกใน ห้วยมบ้านห้วยบวกหมู ม.6
บ้านใหม่พัฒนา ห้วยมบ้านป่าหนา ห้วยมบ้านห้วยปูจา
ม.7 บ้านห้วยต้นตอง และ 4) ตำบลหนองบัว
มีพื้นที่สูงจำนวน 1 หมู่บ้าน คือ ม.6 บ้านถ้ำงอบ
ห้วยมบ้านป่าเกี๊ยะ จากสถานการณ์ดังกล่าวการศึกษา
บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับ
บริการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และฝากครรภ์ไม่ครบ
ตามเกณฑ์ในสถานบริการสาธารณสุขอำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่ จึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยถือเป็นภาวะ
ความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดา และภาวะเช่นนี้จะทำ
ให้เกิดทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์ แท้ง พิกการแต่กำเนิด
หรือเด็กที่เกิดมาจะมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจบริบททาง
สังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์
ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไป
วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหการฝากครรภ์ของ
หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
นำไปสู่การภาวะสุขภาพที่ดีขณะตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการ
มารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาบริบททางสังคม
วัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิง
ตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาอำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โดยมีการวัดความรู้เรื่องการมารับบริการฝากครรภ์
ทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ในรูปแบบเชิง
ปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม และศึกษาบริบททางสังคม
ที่มีความครอบคลุมถึงความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพของตนเองในขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการ

สนับสนุนจากคนในครอบครัวในขณะตั้งครรภ์ในรูปแบบ
เชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิง
คุณภาพ (Mixed Method)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มารับ
บริการฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอ
ไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2561-2562
จำแนกตามลักษณะการฝากครรภ์ จำนวนทั้งหมด
237 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มารับ
บริการฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขในเขต
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 237 คน
โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Wayne
(1995) เพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบ
จำนวนประชากรที่ศึกษา (หรือศึกษาในประชากร
ขนาดเล็ก) ได้เท่ากับ 142 คน สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ
กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มารับ
บริการฝากครรภ์ จำนวน 8 คน เก็บข้อมูล ในช่วงวันที่
1-31 พฤษภาคม 2562 จำแนกตามลักษณะการฝากครรภ์
ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์จำนวน 4 คน และการฝากครรภ์
ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. การศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วย แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็น
แบบสอบถามปลายปิด (close-ended response
question) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ครั้งนี้
ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด (close-
ended response question) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการมารับบริการฝากครรภ์
เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก Phornphit
(2009) จำนวน 10 ข้อ โดยค่าความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 4 ทศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก Pheungphang (2011) จำนวน 7 ข้อ โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ เท่ากับ 0.84

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured Interview) จำนวน 12 ข้อ เกี่ยวกับบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นบริบทที่มีความครอบคลุมถึงความรู้ ทศนคติ ความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนจากคนในครอบครัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มารับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอไชยปราการจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เป็นล่ามแปลภาษาเพื่อการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลรวมถึงการอธิบายหรือตอบข้อซักถามจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัย และลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คนด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยแบ่งเป็น การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จำนวน 4 คน และการฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ จำนวน 4 คน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ ET 0010/2562 ลงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2562 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษารั้งนี้ และอธิบายขั้นตอน

การดำเนินการศึกษาแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อปกป้องความลับและเก็บรักษาข้อมูลความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกวิจัยไว้อย่างดีที่สุด โดยจะไม่มีการระบุชื่อ-สกุลของผู้ถูกวิจัยในงานวิจัยในทุกขั้นตอน หรือเผยแพร่ในลักษณะของรายบุคคลจะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะการเดินทาง และข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลทศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์บทสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) โดยการจัดกลุ่มข้อมูล (categories) เนื้อหาที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ทำการเชื่อมโยงเนื้อหาแต่ละส่วนเข้าด้วยกันเพื่อหาข้อสรุป (proposition) ทั้งในภาพรวมและส่วนย่อยของข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นแต่ละประเด็น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-30 ปี กับ 31-35 ปี จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 28.9 รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 20-25 ปี คิดเป็น ร้อยละ 21.1 รองลงมา คือ อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็น ร้อยละ 14.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็น ร้อยละ 87.3 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเกินครึ่ง คิดเป็น ร้อยละ 52.1 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็น ร้อยละ 25.4 และไม่ได้เรียน ร้อยละ 15.5 ตามลำดับ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร

คิดเป็น ร้อยละ 62.0 รองลงมา คือ แม่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 26.1 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 71.8 รองลงมา คือ ไม่มีรายได้ คิดเป็น ร้อยละ 19.0 และมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ และระยะการเดินทางในการมารับบริการฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีระยะทางในการเดินทางมารับบริการฝากครรภ์ 10-15 กิโลเมตร คิดเป็น ร้อยละ 53.5 รองลงมา คือ ระยะทางระหว่าง 16-20 กิโลเมตร คิดเป็น ร้อยละ 19.0 ระยะทางระหว่าง 21-25 กิโลเมตร คิดเป็น ร้อยละ 12.0 ระยะทางน้อยกว่า 10 กิโลเมตร คิดเป็น ร้อยละ 7.0 ระยะทางระหว่าง 26-30 กิโลเมตร คิดเป็น ร้อยละ 5.7 และระยะทางมากกว่า 30 กิโลเมตร คิดเป็น ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ระหว่าง 8-12 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 45.1 รองลงมา คือ ระหว่าง 13-16 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 30.3 ระหว่าง 17-20 สัปดาห์ คิดเป็น

ร้อยละ 19.0 มากกว่า 20 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 4.2 และระหว่าง 4-7 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ จำนวนครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 คิดเป็น ร้อยละ 38.0 รองลงมา คือ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คิดเป็น ร้อยละ 29.6 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 คิดเป็น ร้อยละ 15.5 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 คิดเป็น ร้อยละ 10.6 และตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก มากกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 64.8 และน้อยกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 35.2 ตามลำดับ ความพร้อมในการมีบุตร ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการมีบุตร คิดเป็น ร้อยละ 95.1 และยังไม่ความพร้อมในการมีบุตร คิดเป็น ร้อยละ 4.9 ตามลำดับ และภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คิดเป็น ร้อยละ 95.1 และมีประวัติความเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก และการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย คิดเป็น ร้อยละ 4.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ (n = 142)

ความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้ที่ได้รับ
1. หญิงตั้งครรภ์ควรเริ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรก ตั้งแต่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์	85	59.9	ปานกลาง
2. หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพแข็งแรง ควรมาฝากครรภ์ ครั้งแรกเมื่อรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ดีขึ้น	77	54.2	ปานกลาง
3. การมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ จะช่วยลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ได้	106	74.6	มาก
4. การฝากครรภ์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จะมีประโยชน์ ต่อสุขภาพมารดาและทารก	120	84.5	มาก
5. การตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ จะตรวจช่วงอายุครรภ์เท่าใดก็ได้ไม่มีข้อกำหนด	72	50.7	ปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้ที่ได้รับ
6. เมื่อมาฝากครรภ์ ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีน ซึ่งทำให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากโรคบาดทะยัก	105	73.9	มาก
7. ในการฝากครรภ์ท่านจะได้รับความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ซึ่งจะช่วยให้ท่าน และทารกในครรภ์แข็งแรง	123	86.6	มาก
8. การฝากครรภ์จะทำให้ทราบว่ามีความเสี่ยง หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นและได้รับการดูแล แก้ไขได้ทันเวลา	116	81.7	มาก
9. เมื่อมาฝากครรภ์ท่านจะได้รับยาบำรุงและ วิตามินที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์	120	84.5	มาก
10. หญิงตั้งครรภ์ไม่จำเป็นต้องไปตรวจครรภ์ ตามนัดทุกครั้งก็ได้	58	40.8	น้อย

ความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้ เรื่องการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยให้อายุครรภ์และทารกในครรภ์แข็งแรงในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.6 รองลงมา เป็นการได้รับความรู้ เรื่องประโยชน์ของการฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ต่อสุขภาพมารดาและทารก และการได้รับยาบำรุงและวิตามินที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ จำนวนเท่ากันในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.5 มีความรู้เรื่องการฝากครรภ์ทำให้ทราบถึงความเสี่ยง หรือความผิดปกติแล้วได้รับการดูแลแก้ไขได้ทันเวลาในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 81.7 มีความรู้ เรื่องการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ จะช่วยลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 74.6 มีความรู้ เรื่องการรับวัคซีนเมื่อมาฝากครรภ์ ทำให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากโรคบาดทะยักในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.9 มีความรู้ เรื่องการมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ควรมารับบริการตั้งแต่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.9 มีความรู้เรื่องหญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพแข็งแรง ควรมาฝาก

ครรภ์ครั้งแรกเมื่อรู้สึกรู้ว่าทารกในครรภ์ดิ้น ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.2 มีความรู้ เรื่องการตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ จะตรวจช่วงอายุครรภ์เท่าใดก็ได้ ไม่มีข้อกำหนดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.7 มีความรู้เรื่องหญิงตั้งครรภ์ไม่จำเป็นต้องไปตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้งในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.8 ตามลำดับ (ดังตาราง 1)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์

ทัศนคติต่อการมารับบริการฝากครรภ์	ร้อยละ					ระดับทัศนคติ		
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	$\bar{X}$	S.D.	การแปล ความหมาย
1. หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพแข็งแรง ยังจำเป็นต้องฝากครรภ์	23.9	35.2	9.2	27.5	4.2	3.47	1.24	เห็นด้วย
2. การฝากครรภ์ ไม่ได้เป็นการจองสถานที่ ที่คลอดไว้เพื่อสะดวกในการมาคลอด เท่านั้น	12.7	40.8	28.2	16.2	2.1	3.45	0.97	เห็นด้วย
3. การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ มีความสำคัญและมีประโยชน์	15.5	32.4	31.7	20.4	0	3.42	0.98	เห็นด้วย
4. หญิงตั้งครรภ์ หากได้รับการฝากครรภ์ จะช่วยให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจาก ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนขณะ ตั้งครรภ์	7.7	43.7	45.1	2.8	0.7	3.54	0.71	เห็นด้วย
5. การไปตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้งเป็น สิ่งจำเป็น	9.9	51.3	25.4	13.4	0	3.57	0.84	เห็นด้วย
6. การไปรับบริการฝากครรภ์ทุกครั้งมี ประโยชน์	8.5	66.9	19.0	5.6	0	3.78	0.67	เห็นด้วย
7. ท่านรู้สึกมั่นใจว่าท่านและบุตรในครรภ์ ได้รับการดูแลอย่างดีเมื่อมาฝากครรภ์	16.9	64.1	18.3	0.7	0	3.97	0.61	เห็นด้วย
ทัศนคติโดยรวมต่อการมารับบริการฝากครรภ์						3.60	0.66	เห็นด้วย

ทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ในภาพรวมจัดอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (S.D. = 0.66) (ดังตารางที่ 2)

ข้อมูลการสัมภาษณ์บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาอำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

ข้อมูลส่วนนี้ทำการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน

8 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จำนวน 4 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ จำนวน 4 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้ว่าตั้งครรภ์ ประมาณช่วง 8-16 สัปดาห์ และส่วนใหญ่ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 3-5 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติความเสี่ยงการตั้งครรภ์หรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีประวัติแท้งลูก 2 รอบ และท้องที่ 3 ท้องแข็งได้รับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงภาวะตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน

12 สัปดาห์ พบว่า ไปพบหมอและทำการฝากครรภ์เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ ขณะที่บางส่วนกว่าจะทราบว่าตั้งครรภ์ มาฝากครรภ์ก็มีอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์แล้ว ความสำคัญของการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ มีความสำคัญโดยหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยง เพื่อสามารถรักษาได้ทันเวลารวมทั้งทารกแรกเกิดมีชีวิตและสุขภาพแข็งแรง และยังมีข้อมูลที่นำเสนอใจจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่เห็นว่า การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ มีความสำคัญ แต่เนื่องด้วยความเชื่อสมัยโบราณว่า หากตั้งครรภ์ระยะแรกยังไม่ได้รับบริการฝากครรภ์ เนื่องจากระยะทางที่ไกลอาจทำให้เกิดภาวะแท้งได้ รวมถึงให้สังเกตลักษณะตั้งครรภ์ระยะแรก เพราะกลัวภาวะแท้ง ต้องให้เด็กในครรภ์ดิ้นให้ชัดเจนจึงจะไปรับบริการฝากครรภ์ได้

เหตุผลที่ต้องไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอไชยปราการ เชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่ที่ต้องไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอไชยปราการ เชียงใหม่เพราะใกล้บ้าน ในด้านของความเชื่อที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เชื่อว่าหากรับประทานอาหารร้อน เผ็ดจะทำให้ทารกในครรภ์ไม่เจริญเติบโต เนื่องจากประชาชนพื้นที่ราบสูงจะรับประทานอาหารที่มีรสชาติดีเผ็ดเป็นประจำ แล้วเด็กที่คลอดมาก็มีความสมบูรณ์ และไม่มีผลผิดปกติ จึงคิดว่าไม่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์หรือเด็กในครรภ์ ขณะที่ความเชื่อที่ว่า เมื่อตั้งครรภ์จะไม่สามารถไปร่วมพิธีงานศพและเผาศพได้ เพราะกลัวว่าจะต้องลูกนานกว่าปกติ และทำให้คลอดยากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความเชื่อในเรื่องนี้ เพราะเป็นเรื่องที่มองไม่เห็น ที่ไม่สามารถอธิบายได้ เช่น เรื่องภูติผี เรื่องคนตาย การสนับสนุนจากคนในครอบครัวต่อการมารับบริการฝากครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติเป็นอย่างดี เนื่องจากการเดินทางจากพื้นที่ราบสูงค่อนข้างลำบาก โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเดินทางเองได้ ในส่วนของปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง

บริการฝากครรภ์ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรับบริการส่วนใหญ่เห็นว่ามีเหมาะสมเพราะใช้สิทธิตามบัตร และจะมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเดินทางที่ต้องใช้น้ำมัน เชื้อเพลิง เนื่องจากต้องเดินทางจากพื้นที่ราบสูง ซึ่งมีระยะทางค่อนข้างห่างไกล การสื่อสารระหว่าง การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีอุปสรรคในการสื่อสาร เนื่องจากพูดภาษาไทยได้ แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนต้องใช้ล่ามในการแปลภาษา เนื่องจากไม่สามารถพูดภาษาไทยไม่ได้ ความเข้าใจในกระบวนการและขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีความเข้าใจในกระบวนการและขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์จะให้คำแนะนำทุกครั้งที่ทำ การตรวจรักษา

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์

การฝากครรภ์มีความสำคัญมากสำหรับมารดาและทารก เพราะจุดมุ่งหมายในการฝากครรภ์เพื่อให้แน่ใจว่ามารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี แข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์ นอกจากนี้แพทย์จะวินิจฉัยภาวะเสี่ยงและผลลัพธ์อื่นไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและบุตรในครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การตายของมารดา การตายของทารก และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นต้น

จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ ในลำดับแรกว่า “ในการฝากครรภ์จะได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์แข็งแรง” ความรู้จัดอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จะได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ เริ่มตั้งแต่การประเมินอายุครรภ์และวางแผนดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลการคลอดบุตร และยังเป็นการเฝ้าระวังหรือตรวจติดตามความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ จากแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Ander-

sen (1995) พบว่า บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและจะต้องเชื่อว่า การรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tariku et al. (2010) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้า ในเมืองแอตติสอาบาบา ประเทศเอธิโอเปีย จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 612 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับเวลาที่เหมาะสมในการฝากครรภ์ก่อนมาฝากครรภ์ มีโอกาสฝากครรภ์ครั้งแรกสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้หลัง 12 สัปดาห์ 3 เท่า

ทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์

การฝากครรภ์ เป็นการดูแลสุขภาพแม่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์และปัจจัยทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ของหญิงตั้งครรภ์เป็นส่วนประกอบในการให้การดูแลมารดาและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน องค์การอนามัยโลก กำหนดให้การฝากครรภ์เป็นบทบาทของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพการฝากครรภ์เป็นการดูแลสุขภาพมารดาและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ที่เหมาะสมควรมาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นเวลาที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนและสามารถส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่เหมาะสมในกรณีจำเป็น ดังนั้นการฝากครรภ์ตามท้องที่การอนามัยโลกกำหนดเพื่อเป็นการช่วยเหลือและให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์

จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการฝากครรภ์ในภาพรวมจัดอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ลำดับแรกเห็นด้วยว่า “รู้สึกมั่นใจว่าตนเองและบุตรในครรภ์ได้รับการดูแลอย่างดีเมื่อมาฝากครรภ์” ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการฝากครรภ์เป็นหนึ่งในบริการอนามัยแม่และเด็กที่เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาที่จะเกิดกับมารดา ช่วยให้ทารกแรกเกิดมีสุขภาพที่แข็งแรง การมารับบริการฝากครรภ์โดยเร็วเมื่อรู้ตัวตั้งครรภ์ สอดคล้องกับ Silpa-

anan (2017) ได้ศึกษาทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โดยทำการได้สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2556 จำนวน 21 คน พบว่ามุมมองของหญิงตั้งครรภ์ต่อการฝากครรภ์ มีความคิดเห็นว่าการมาฝากครรภ์ก่อนตั้งครรภ์ได้ 12 สัปดาห์ ขึ้นไป เนื่องจากเห็นความจำเป็นของการมาฝากครรภ์เร็ว ร้อยละ 95.5 จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ตำบลขาม อำเภอลพบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 310 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติที่ดี มีแนวโน้มมาฝากครรภ์มากเป็น 3 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติเชิงลบและอยู่ห่างไกลออกไปจากสถานบริการ (Srisuk, 2016)

ความเชื่อที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์

สังคมไทยในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมากมาในทุก ๆ ด้าน ซึ่งส่งผลให้ค่านิยม ความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตของคนในสังคม คล้ายคลึงกับชาวตะวันตกมากขึ้น ประเพณีเกี่ยวกับการเกิดของคนก็เป็นตัวอย่างหนึ่งที่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยเฉพาะในสังคมเมืองและอาจจะกลายเป็นประเพณีที่ไม่เป็นที่รู้จักของคนรุ่นใหม่ต่อไปได้ แต่อย่างไรก็ตามในกลุ่มของประชาชนที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารห่างไกลจากชุมชน ประเพณีความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดก็ยังคงได้รับการยึดถือและปฏิบัติกันอยู่ แต่ก็มีแนวโน้มลดลงจากเดิม ในอดีตการเกิดถือได้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญสำหรับการเริ่มต้นที่ดีของชีวิตเด็ก การที่จะรับประกันได้ว่าเมื่อเด็กเกิดมาแล้วสามารถเจริญเติบโตมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพนั้น ย่อมผ่านกระบวนการของความเชื่อและประเพณีต่าง ๆ มากมาย ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและชุมชน ในขณะเดียวกันกับการเกิดถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและอันตรายที่สุดสำหรับหญิงผู้เป็นมารดา โดยเฉพาะในสังคมที่วิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่เจริญมากนัก การคมนาคมก็ไม่สะดวก เจ้าหน้าที่ผู้ทำคลอดมีไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ทำคลอดจึงมักเป็นหมอกกลางบ้าน หมอตำแย หรือผู้อาวุโสในชุมชนที่มีประสบการณ์ในการ

ทำคลอดเป็นส่วนใหญ่นี้จึงส่งผลให้ประเพณีความเชื่อและการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและภายหลังคลอดเกิดขึ้น หญิงตั้งครรภ์จึงมีความเชื่อและการปฏิบัติอยู่หลายประการทั้งนี้เพื่อต้องการรักษาครรภ์ให้สมบูรณ์

จากข้อมูลพบว่า ความเชื่อและศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างแยกไม่ออกไม่ว่าจะเป็นคนชนเผ่าใด คติความเชื่อที่ว่าคนท้องไม่ควรไปงานศพ เพราะคนสมัยก่อนมองว่างานศพเป็นงานที่มีแต่ความโศกเศร้า ซึ่งจะทำให้คนท้องที่ไปงานเกิดความหดหู่ อีกทั้งมีความเชื่อว่าจะเกิดสิ่งไม่ดี สิ่งชั่วร้าย ขึ้นกับทารกในครรภ์ได้ อาจมีวิญญาณมาอาศัยเกิด หรือวิญญาณเร่ร่อนที่อยู่ในวัดตามกลับบ้านมา หรือบางความเชื่อก็ว่า เด็กที่อยู่ในท้องจะถูกวิญญาณของผู้ตายหลอกล่อเอาไปอยู่ด้วย เพราะเด็กที่อยู่ในท้องนั้นยังไม่รู้อะไร ง่ายต่อการถูกผีชักชวนไปอย่างไรก็ได้ หรืออีกประการหนึ่งคือเด็กในท้องอาจจะถูกวิญญาณของผู้ตายนั้นทำร้ายเอา เมื่อเกิดมาจะทำให้เด็กพิการหรือไม่สมประกอบความเชื่อจึงส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เป็นอันตรายต่อแม่และทารกในครรภ์ได้โดย Vapy (2013) กล่าวว่า การฝากครรภ์เป็นหนึ่งในบริการอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาที่จะเกิดกับมารดาช่วยให้ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง มีการเริ่มต้นชีวิตที่ดี การเตรียมตัวแม่ก่อนการตั้งครรภ์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การฝากครรภ์โดยเร็วเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ เพื่อแม่จะได้รับการดูแล และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์อย่างถูกต้องทันกาล สอดคล้องกับ Silpa-anan (2017) ที่กล่าวว่า แนวทางการปฏิบัติที่มีผลต่อการอยู่รอดปลอดภัย มีสุขภาพดีของแม่ และทารกแรกเกิดคือการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของลูก หญิงมีครรภ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลและปฏิบัติตนอย่างถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดีจนกระทั่งคลอด และได้ทารกที่มีสุขภาพดี

การสนับสนุนจากคนในครอบครัวต่อการมารับบริการฝากครรภ์

การสนับสนุนจากคนในครอบครัว เป็นความรู้สึกความเชื่อที่เกี่ยวกับพฤติกรรม หรือทัศนคติของคนอื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ นอกจากนี้ยังหมายความรวมถึง ความคาดหวังของบุคคลที่สำคัญ การสนับสนุนทางสังคม ทั้งสามกระบวนการระหว่างบุคคลมีผลต่อการจูงใจบุคคลที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และการเห็นแบบอย่างการเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่การกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลโดยตรง ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติเป็นอย่างดี เพราะการเดินทางลงจากดอยค่อนข้างลำบาก โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเดินทางเองได้ทั้งนี้เป็นเพราะว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ จึงหมายถึงการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับคำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด จากสามีและญาติ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง ซึ่งจากทฤษฎีการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลระบุว่า การกระทำของบุคคลมีเหตุมากระทำทางสังคมจากปัจจัยต่าง ๆ ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Khongsdet (2008) พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวระดับดีจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกเร็วตามกำหนดภายใน 12 สัปดาห์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนของครอบครัวระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

1. เป็นข้อมูลสนับสนุนการทำแผนปฏิบัติการประจำปีของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อวางแผนจัดทำแผนงาน/โครงการ ออกหน่วยให้บริการเคลื่อนที่พื้นที่ราบสูงให้ชาวไทยภูเขาได้เข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม และตามนัดทุกครั้งตามเกณฑ์

2. นำข้อมูลความเชื่อที่ได้ ไปออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความเชื่อ และทัศนคติที่ถูกต้องต่อการมารับบริการฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาได้มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์และครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. มีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ชาวไทยภูเขามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในระยะยาวแบบยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Belayneh, T., Adefris, M., & Andargie, G. (2014). Previous early antenatal service utilization improves timely booking: Cross-sectional study at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *Journal of Pregnancy*, 3, 1-7.
- Khongdet, P. (2008). *Self-care behavior of female antenatal care at Narathiwat Hospital Rajanagarindra*. Narathiwat: Narathiwat Hospital. (In Thai)
- Ministry of Public Health. (2017). *WHO Awakening the trend of mother's health campaign World Health Day 2017*. Bangkok: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Pheungphang, A. (2011). *Nonpharmacologic approaches to relieve labor pain in the first stage of labor: The research utilization*. Bangkok: Danex Inter-cooperation. (In Thai)
- Phornphit, O. (2009). *Factors predicting health promoting behavior of pregnant women working in food industry, Saraburi Province*. Bangkok: Thammasat University. (In Thai)
- Silpa-anan, D. (2014). Antenatal care: Perspectives of pregnant women in Bangkruai Hospital Nonthaburi Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 4(2), 125-134. (In Thai)
- Srisuk, R. (2016). *Factors influencing initiation of antenatal care within the first 12 weeks of pregnancy among pregnant women visiting antenatal clinics in Phanut Nikhom district, Chon Buri Province* (Master's thesis), Burapa University. (In Thai)
- Tariku, A., Melkamu, Y., & Kebede, Z. (2010). Previous utilization of service does not improve timely booking in antenatal care: Cross sectional study on timing of antenatal care booking at public health facilities in Addis Ababa. *Ethiopian Journal of Health Development*, 24(3), 226-233.
- Techakampholsarakit, L. (2018). Interventions to promote anemia prevention among pregnant women: A systematic review. *Nursing Journal*, 45(1), 62-74. (In Thai)
- Vapy, M. (2013). *Perceived benefits, perceived barriers of health promotion and health promoting behaviors of pregnant women, The Lao people's democratic republic* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)

- Villar, J., & Bergsjö, P. (1997). Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(1), 1-14.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ Situational Analysis on Prevention and Control of Respiratory Infectious Diseases in Rajaprachanukroh 31 School, Mae Chaem District, Chiang Mai Province

ศิริพร	กันทจันทร์ *	Siriporn	Kuntajan *
วิลาวัลย์	เดือนราษฏร์ **	Wilawan	Tuanrat **
ศิวพร	อึ้งวัฒนา **	Sivaporn	Aungwattana **

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิดของโดนาปีเตียนในด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ กลุ่มครูและบุคลากรจำนวน 4 คน กลุ่มนักเรียนจำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์รายบุคคล แนวคำถามการสนทนารายกลุ่ม และแบบบันทึกรายงานสรุปข้อมูลสุขภาพนักเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ด้านโครงสร้าง 1) ไม่มีนโยบายควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2) มีบุคลากรในการดูแลนักเรียนอย่างเพียงพอ 3) เครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีเพียงพอกับการใช้งานและมีประสิทธิภาพ 4) มีงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ด้านกระบวนการ พบว่า 1) การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน โรงเรียนได้เข้าร่วมการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 2) การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีสุขวิทยาที่ดีในโรงเรียนมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อสุขภาพ และมีห้องพยาบาลสำหรับการรองรับผู้ป่วย 3) การค้นหาการเกิดโรค โรงเรียนได้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนทุกวัน 4) การดูแลรักษา โรงเรียนมีระบบการดูแลเบื้องต้นโดยครูหรือนอน ครูอนามัยโรงเรียน และดำเนินการส่งต่อโรงพยาบาลในรายที่เกินศักยภาพ 5) การลดการแพร่กระจายเชื้อ โรงเรียนมีการณรงค์ให้นักเรียนดูแลสุขภาพตนเอง ด้านผลลัพธ์ สถานะทางด้านสุขภาพของนักเรียน พบว่า อัตราป่วยและอัตราการส่งต่อโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจลดลง โดยอัตราป่วยในปี 2562 เท่ากับ 64.48 และ 2561 เท่ากับ 68.47 อัตราการส่งต่อ รพ. ปี 2562 เท่ากับ 13.27 และปี 2561 เท่ากับ 17.83

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน ซึ่งสามารถนำไปใช้ ส่งเสริมการดำเนินงานเชิงพัฒนาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเทพรตันเวชชานุกุล

* Professional nurse, Debaratana vejanukula Hospital, sirijeab@hotmail.co.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 30 กรกฎาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 6 สิงหาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 22 กันยายน 2563

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ในโรงเรียน

Abstract

This descriptive study aimed to analyze the situation in regards to the prevention and control of respiratory infectious diseases in Rajaprachanukroh 31 School, Mae Chaem District, Chiang Mai. This study looked at the aspects of structure, process, and outcome using the Donabedian Model. The three participant groups (four teachers and personnel, six students, and one health official) were chosen using purposive sampling methods. The research tools were individual interviews and focus group discussions. The data were analyzed using descriptive statistics and content categorization.

The results revealed that:

In the aspect of structure, 1) the school did not have a policy to prevent or control respiratory infectious diseases; 2) there were enough personnel to take care of the students; 3) tools, resources and materials for controlling and preventing respiratory infectious diseases were sufficient and effective; and 4) there was a budget for controlling and preventing respiratory infectious diseases.

Process-wise, 1) to promote students, teachers, and others' healths, the school joined the Health Promotion School Program; 2) to establish an environment for good hygiene, the school organized its environment in ways that facilitate health, for example having areas in the school, such as nursing rooms; 3) to investigate the origins of the diseases, the school had daily health screenings for students; 4) for treatment, the school had a basic care system where either the dormitory teachers or the health teacher would administer first aid while also referring those with critical conditions to hospitals; and 5) to reduce the spread of infection, the school encouraged students to be responsible for their own health. Therefore, It was found that the morbidity and the referral rates for respiratory infectious diseases decreased. The morbidities in 2019 and 2018 were 64.48 and 68.47 respectively, while the referral rates were 13.27 and 17.83.

In conclusion, the results showed how the school prevented and controlled respiratory infectious diseases which may be used to further improve school operations in the future.

Keywords: *Situational analysis, Prevention and control of respiratory infectious diseases, School*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงเรียนเป็นสถานที่รวมของเด็กในชุมชนที่มาจากต่างครอบครัว จึงเป็นเหตุให้เกิดต่อการเกิดปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ในประเทศไทยโรงเรียนมีการกระจายอยู่ในทุกตำบล อำเภอ และจังหวัด มีจำนวน

นักเรียนทั้งสิ้นประมาณ 12 ล้านคน พบว่า นักเรียนเหล่านี้เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ โรคหัด เป็นต้น โดยในปี พ.ศ. 2552 มีรายงานการระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจในโรงเรียนและจำเป็นต้องปิดโรงเรียนจำนวนทั้งสิ้น

476 โรงเรียน เพื่อจัดการควบคุมโรคและลดการแพร่กระจายเชื้อ (Department of Disease Control, 2009) โดยในปี พ.ศ. 2559-2562 พบการเกิดโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14.43 (24,455 ราย) ในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 35.27 (43,013 ราย) ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือมีอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากกว่าภาคอื่น เนื่องจากมีสภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศที่เอื้อต่อการเกิดโรค (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2019) จากการรายงานสำรวจสุขภาพของนักเรียนจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของเด็กนักเรียน ปีพ.ศ. 2562 สูงถึงร้อยละ 8.51 (3,662 ราย) (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอำเภอแม่แจ่ม จากรายงานบันทึกสุขภาพของนักเรียนของอำเภอแม่แจ่ม พบอัตราป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในปี พ.ศ. 2561 สูงถึงร้อยละ 42.45 (Maechaem District Public Health Office, 2018) และที่สำคัญพบว่า โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 เป็นโรงเรียนที่พบการเกิดโรคมามากที่สุด โดยโรงเรียนมีลักษณะเป็นโรงเรียนแบบอยู่ประจำ พบนักเรียนมีอัตราป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะนักเรียนมัธยมศึกษาเนื่องจากมีจำนวนนักเรียนมากถึง 744 คน โดยพบร้อยละ 65.90 ในปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 66.97 ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 68.47 ในปี พ.ศ. 2561 (Rajapranugroh 31 School, 2018)

โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน มีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดโรค คือ กิจกรรมที่ส่งเสริมการเกิดโรค เช่น การรับน้อง การเข้าค่ายที่ต้องทำกิจกรรมร่วมกัน ตลอดจนลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการเกิดโรค เช่น โรงเรียนขนาดใหญ่ จำนวนนักเรียนแต่ละชั้นมีจำนวนมากเกินไป ห้องเรียนติดเครื่องปรับอากาศ เป็นต้น อีกทั้งอุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น นักเรียนไม่ยอมหยุดเรียน การแยกนักเรียนป่วย

เป็นต้น (Department of Disease Control, 2009)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กนักเรียน พบว่าก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ และคุณภาพชีวิตของเด็ก (Daengsopol, Maepassakul, Khoprasert, & Thongpetch, 2010) และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวได้หากมีการแพร่ระบาดไปสู่คนใกล้ชิดในครอบครัว และบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในโรงเรียนบางครั้งมีผลกระทบถึงขั้นต้องมีการปิดโรงเรียน ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคในโรงเรียนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Thepbangchak, Potjanamart, & Senaratana, 2008)

เนื่องด้วยโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 เป็นโรงเรียนประเภทศึกษาสงเคราะห์ แบบประจำรับนักเรียน ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 88 คน ระดับมัธยมศึกษาจำนวน 744 คน ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลเทพรตเวชชานุกูลฯ โดยให้บริการด้านสุขภาพในโรงเรียน และจากสภาพปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ทางโรงเรียนได้ดำเนินการในด้านการป้องกันโรคและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน โดยมีการดำเนินการใน 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การอบรมให้ความรู้นักเรียนในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2) การคัดกรองเด็กป่วยในโรงเรียน 3) การรักษาเบื้องต้น และ 4) การส่งต่อ ซึ่งผลของการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ยังคงพบปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียนอยู่ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และรับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาอย่างลึกซึ้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาและนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องโดยศึกษาตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2003) ได้อธิบายว่าในการประเมินผลการดำเนินงานนั้น มีองค์ประกอบ

สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ใช้เพื่อการสำรวจ หาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพ ในองค์ประกอบ 3 ด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน จากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ขาดการศึกษาการวิเคราะห์ สถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน แต่ได้มีการนำแนวคิดของ Donabedian (2003) นี้ มาศึกษาการดำเนินงานอย่าง แพร่หลาย ทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน โรงเรียน เช่น ในโรงเรียน พบว่ามีการ วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะ โภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน พบว่าภาวะโภชนาการเกิน ในเด็กวัยเรียนมีจุดอ่อนด้านกระบวนการในเรื่องการ ออกกำลังกาย การจำหน่ายอาหาร และการจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหา ที่เกิดขึ้น และเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาของโรงเรียน ต่อไป (Khumlu, 2011)

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงได้ประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิดของโดนาเบเดียนในการวิเคราะห์สถานการณ์ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 และผลการศึกษา ครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านโครงสร้างการ ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านกระบวนการ ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านผลลัพธ์การ ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม

จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

1. โครงสร้างการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ระบบทางเดินหายใจในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
2. กระบวนการการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ระบบทางเดินหายใจในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
3. ผลลัพธ์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบ ทางเดินหายใจในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อทางเดินหายใจในโรงเรียนราชประชา- นุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ใช้กรอบ แนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์ของ Donabedian (2003) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง คือ ทรัพยากรที่สนับสนุน การดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเดินหายใจในโรงเรียน ประกอบด้วย 1) ลักษณะองค์กร ได้แก่ นโยบาย แผนการ ปฏิบัติงาน การบริหารจัดการองค์กร 2) บุคคล ได้แก่ จำนวน ประเภท และการพัฒนาความรู้ความสามารถ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 3) เครื่องมือ ได้แก่ วัสดุครุภัณฑ์ สถานที่งบประมาณในการดำเนินงาน และการรวบรวม ข้อมูลด้านกระบวนการ คือ การดำเนินงานในการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อประกอบด้วย 5 กิจกรรมได้แก่ 1) การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน 2) การจัด สิ่งแวดล้อมให้มีสุขวิทยาที่ดี 3) การค้นหาการเกิดโรค 4) การดูแลรักษา และ 5) การลดการแพร่กระจายของโรค และด้านผลลัพธ์ คือ สถานะทางด้านสุขภาพหลังจาก การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทาง เดินหายใจ ในการศึกษาจะช่วยให้ทราบสถานะปัจจุบัน ของโรงเรียนในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุม โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ สามารถนำมาใช้ใน

การพัฒนาการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มครูและบุคลากร จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำหอนอน 2) กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 6 คน ที่มีประวัติเคยใช้บริการห้องพยาบาลของโรงเรียนในการตรวจรักษาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในปีการศึกษา 2562 3) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 1 คน มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล แบบมีโครงสร้าง ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใช้เวลาสัมภาษณ์เฉลี่ยคนละ 60 นาที การสนทนารายกลุ่ม ใช้เวลาสนทนารายกลุ่ม เฉลี่ย 60 นาทีและแบบบันทึก รายงานสรุปข้อมูลสุขภาพนักเรียนย้อนหลัง 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามแบบมีโครงสร้าง สำหรับแบบสัมภาษณ์รายบุคคลและแนวคำถามการสนทนากลุ่มโดยเครื่องมือประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลแบบสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการ ส่วนที่ 3 แนวคำถามการสนทนารายกลุ่ม เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านผลลัพธ์ และส่วนที่ 4 แบบบันทึกรายงานสรุปข้อมูลสุขภาพนักเรียนในห้องพยาบาลและการส่งต่อโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 ปี ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการประเมินผลการดำเนินงานของ Donabedian (2003) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ประกอบด้วย กลุ่มครูและบุคลากรในโรงเรียน กลุ่มนักเรียน กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองใช้เวลาคนละประมาณ 1 ชั่วโมง และการสนทนากลุ่ม ครู บุคลากร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เวลาดำเนินการสนทนาประมาณ 1 ชั่วโมง และใช้เวลาในการวิเคราะห์สถานการณ์ 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และจัดหมวดหมู่ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำหนังสือดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เนื่องจากผู้เข้าร่วมศึกษาครั้งนี้เป็นนักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อได้รับหนังสือจากผู้ปกครองผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและชี้แจง วัตถุประสงค์วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และพร้อมทั้งขอความร่วมมือ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาแต่อย่างใด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ทันทีที่ต้องการ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้จะมีเพียงผู้ศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษาในการค้นคว้าอิสระเท่านั้น และการนำเสนอผลการศึกษาก็จะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลการสัมภาษณ์และการสนทนารายกลุ่ม นำมาวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. กลุ่มครูในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครูหอนอนหญิง และครูหอนอนชาย รวมจำนวน 4 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 และเพศชาย ร้อยละ 25 มีอายุเฉลี่ย 33.50 ปี และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันอยู่ในช่วง 1 - 3 ปี ร้อยละ 75

2. กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีประวัติเคยใช้บริการห้องพยาบาล จำนวน 6 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 เพศชาย ร้อยละ 33.33 มีอายุเฉลี่ย 17.33 ทุกคนเคยได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพ

3. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จำนวน 1 คน เป็นเพศหญิง อายุ 27 ปี และมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 3 ปี

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียนสรุปผลการศึกษา ดังนี้

ด้านโครงสร้างในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน

1. ลักษณะองค์กร ได้แก่ นโยบาย แผนการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการองค์กร พบว่า 1.1) ไม่มีนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 1.2) มีแผนการปฏิบัติงานการดูแลนักเรียนตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายโรงเรียนสุขบัญญัติ 1.3) มีการบริหาร

จัดการในการดูแลนักเรียนในด้านสุขภาพ โดยผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นผู้บังคับบัญชา หัวหน้าฝ่ายกิจกรรมนักเรียน หัวหน้างานอนามัยโรงเรียนเป็นผู้ประสานการดำเนินงาน ครูอนามัยโรงเรียน ครูหอครูประจำชั้น ครูเวร เป็นผู้ปฏิบัติงาน และให้อำนาจการตัดสินใจในการดูแลนักเรียน โดยครูหอนอน ครูเวรดูแลเบื้องต้น ก่อนส่งต่อครูอนามัยโรงเรียน โดยมีการแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร

2. บุคคล ได้แก่ จำนวน ประเภทและการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากร พบว่า 2.1) มีบุคลากรเพียงพอ ประกอบด้วย ครูอนามัยครูหอนอน ครูที่ปรึกษา ครูผู้สอน เพียงพอสำหรับดูแลสุขภาพนักเรียน และครูอนามัยโรงเรียนเรียนจบสาธารณสุขศาสตร์มีความรู้โดยตรงในการดูแลนักเรียน 2.2) ไม่มีแผนพัฒนาบุคลากรในการดูแลนักเรียน 2.3) โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูลเป็นหน่วยงานที่สนับสนุนบริการงานอนามัยโรงเรียน ดูแลด้านสุขภาพต่าง ๆ ของนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน

3. เครื่องมือ ได้แก่ วัสดุ ครุภัณฑ์ สถานที่และงบประมาณในการดำเนินงาน พบว่า 3.1) มีเครื่องมือเพียงพอ พร้อมใช้งาน ได้แก่ วัสดุ ครุภัณฑ์ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วย หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ เวชภัณฑ์ยา และปรอทวัดไข้ 3.2) มีสถานที่ดูแลนักเรียนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ณ เรือนพยาบาล แยกหญิง - ชาย ชัดเจน และหอนอนมีสถานที่สำหรับให้นักเรียนที่ป่วย โรงเรียนไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลนักเรียนโรคระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะ 3.3) โรงเรียนมีการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกการเข้ารับบริการที่เรือนพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และบันทึกข้อมูลนักเรียนที่มีการส่งต่อโรงพยาบาล เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของนักเรียน 3.4) ด้านงบประมาณ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเงินบำรุงของโรงเรียน เพื่อทำแผนงานโครงการงานอนามัยโรงเรียน และงบประมาณสนับสนุนจากท้องถิ่น ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ

ด้านกระบวนการในการป้องกันการและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน

1. การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน โรงเรียนได้เข้าร่วมการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และโรงเรียนมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ คือ การให้ความรู้ การป้องกันโรคต่าง ๆ เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การแยกใช้สิ่งของ โดยมีการทำกิจกรรมทุกวัน หน้าเสาธง และหอนอนเวลา 20.00 น. แขนงนักเรียน ช่วยครูคัดกรองนักเรียนป่วย ทุกวันก่อนเข้าห้องเรียนและก่อนเข้าหอนอน และจัดบอร์ดให้ความรู้ การทำความสะอาดสถานที่ต่าง ๆ ในโรงเรียน และมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนักเรียน ได้แก่ โรงพยาบาลเทพรตันเวชชานุกูลฯ มีหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน การดูแล การป้องกัน และการส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

2. การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีสุขวิทยาที่ดี โรงเรียนมีการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพของทุกคนในโรงเรียน ตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ โดยมีการทำความสะอาด โรงเรียน ห้องเรียน หอนอน การคัดแยกขยะ เพื่อป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งนี้โรงเรียนได้กำหนดห้องพยาบาลสำหรับการรองรับผู้ป่วย โดยแยกหญิง-ชาย อย่างชัดเจน และบริเวณหอนอนแยกนักเรียนป่วยออกจากเด็กปกติ

3. การค้นหาการเกิดโรค โรงเรียนได้ตรวจคัดกรองนักเรียนก่อนเข้าหอนอนโดยครูหอนอนและนักเรียนแกนนำ ทุกวัน และคัดกรองนักเรียนจากครูอนามัยครูที่ปรึกษา นักเรียนแกนนำ ก่อนเข้าห้องเรียน ซึ่งมีโรงพยาบาลเทพรตันเวชชานุกูลฯ ร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคระบาดในโรงเรียนร่วมกับทีมงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาล

4. การดูแลรักษาโรงเรียนมีสถานที่ คือ เรือนพยาบาลและวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ประกอบด้วย ผ้าปิดจมูก เจลล้างมือ ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เพียงพอและพร้อมใช้งาน และโรงเรียนไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ แต่มีระบบการดูแลรักษานักเรียนดังนี้ 1) ครูหอนอน ครูที่ปรึกษา ดูแลรักษาเบื้องต้น โดยมีการแยกนักเรียนป่วยและให้ยาบรรเทาอาการ 2) ครูอนามัยโรงเรียน คัดกรองอีกครั้งและให้การรักษาตามอาการ โทรประสานพยาบาลวิชาชีพ รพ.เทพรตันเวชชานุกูลฯ ที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน เพื่อปรึกษาเรื่องการดูแลรักษานักเรียน และ 3) ส่งต่อ รพ.เทพรตันเวชชานุกูลฯ ในรายที่เกินศักยภาพ

5. การลดการแพร่กระจายเชื้อ มีการแยกเด็กป่วยไปยังสถานที่ที่เตรียมไว้คือ เรือนพยาบาล การควบคุมและการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยการให้ความรู้ หน้าเสาธง เสียงตามสาย การจัดบอร์ดให้ความรู้ การใส่อุปกรณ์ป้องกันโดยให้นักเรียนใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่าง เป็นต้น และมีการให้ความรู้คำแนะนำ และความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรค พร้อมกับการให้บริการอนามัยโรงเรียนเป็นประจำทุกปี และเมื่อเกิดโรคระบาด โดยทีมสุขภาพโรงพยาบาลเทพรตันเวชชานุกูลฯ ซึ่งจะไม่มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ด้านผลลัพธ์ในการป้องกันการและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน

สถานะทางด้านสุขภาพของนักเรียน หลังจากดำเนินการป้องกันการและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบว่า นักเรียนมีการดูแลตัวเอง ป้องกันโรคโดยการใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ครูและบุคลากรมีความพึงพอใจ เนื่องจากผลลัพธ์อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในนักเรียนลดลง พบว่า จำนวนนักเรียนป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจลดลง ในปี 2562 หลังจากได้ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันการและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยจำนวนนักเรียนป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มารับบริการที่เรือนพยาบาล ปี 2560 ร้อยละ 66.97 ปี 2561 ร้อยละ 68.47 และ ปี 2562 ร้อยละ 64.48 และอัตราการส่งต่อ

รพ. ปี 2560 ร้อยละ 15.42 ปี 2561 ร้อยละ 17.83 และ
ปี 2562 ร้อยละ 13.27 ข้อมูลจากแบบบันทึกการมารับ
บริการที่เรือนพยาบาล

การอภิปรายผล

การศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันและ
ควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียนราช-
ประชานุเคราะห์ 31 ขออภิปรายผลการศึกษาเป็น 3 ด้าน
ดังนี้

ด้านโครงสร้าง

1. ลักษณะองค์กร

1) นโยบายและแผนการปฏิบัติงาน พบว่า
โรงเรียนไม่มีนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมโรค
ติดต่อระบบทางเดินหายใจโดยตรง แต่มีแผนการ
ปฏิบัติงานการดูแลนักเรียน ตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริม
สุขภาพ และนโยบายโรงเรียนสุขบัญญัติ เป็นไปตาม
แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (De-
partment of Disease, Ministry of Public Health,
2015) คือ 1) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา
สุขภาพนักเรียนในโรงเรียน 2) การส่งเสริม ฝักระวังและ
แก้ไขสุขภาพ 3) การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ที่กำหนดให้มีการจัดการควบคุม
ปรับปรุงแก้ไขสภาพแวดล้อมของโรงเรียนไม่ให้เกิดภาวะ
เสี่ยงหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เพื่อให้โรงเรียนเป็น
สถานที่ที่มีสุขอนามัยที่ดี

2) การบริหารจัดการองค์กร พบว่า โรงเรียนมี
การกำหนดโครงสร้างบุคลากรในการดำเนินงานชัดเจน
โดยกำหนดให้ครูประจำชั้น ครูสอน ครูเวร ดูแล
นักเรียนเมื่อเจ็บป่วยในเบื้องต้น ก่อนทำการส่งต่อแก่ครู
อนามัยโรงเรียน เป็นไปตามหลักสูตรการศึกษาขั้น
พื้นฐาน 2551 ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา
ขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (Ministry of Educa-
tion, 2009) และโรงเรียนมีการดำเนินการแต่งตั้งคณะ
กรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนประกอบด้วย ครู
นักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้แทนผู้ปกครอง และ
ผู้แทนชุมชนท้องถิ่น ตลอดจนมีการกำหนดบทบาท

หน้าที่ที่ชัดเจนจะทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพใน
โรงเรียนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน (Muangnapoe,
2018)

2. บุคคล

1) จำนวน ประเภท พบว่า โรงเรียนมีจำนวน
และบุคลากรเพียงพอในการป้องกันและควบคุมโรค
ติดต่อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน ซึ่งได้แก่ 1.1) ครู
มีจำนวนเพียงพอในการดูแลนักเรียน ตามหลักเกณฑ์ของ
สำนักงานคณะกรรมการขั้นพื้นฐาน (Office of the
Basic Education Commission, 2009)
ที่กำหนดอัตราส่วนจำนวนนักเรียน:ห้อง = 40:1
โดยโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 มีจำนวนนักเรียน
30-40 คน/ห้อง มีครูประจำชั้นดูแลห้องละ 2 คน
ครูสอนดูแลห้องละ 2 คน และครูที่มีความรู้
ตรงกับงาน คือ ครูอนามัยโรงเรียน เนื่องจากจบการศึกษา
ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ
ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อกำหนดของ Department of
Health (2015) ที่กำหนดให้ผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพ
อนามัยของนักเรียนโดยตรง ได้แก่ ครูอนามัยโรงเรียน
ที่จะต้องเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ เพราะเป็นบุคคลที่ได้รับ
การศึกษาและผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพโดยตรง
1.2) เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จากโรงพยาบาลเทพรัตน-
เวชชานุกูลฯ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน
และนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบ
หลัก มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพแก่เด็กนักเรียน
บริการงานอนามัยโรงเรียน จัดอบรมให้ความรู้ การส่งเสริม
อนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และจัดทีมระบาด
ในการดำเนินการควบคุมโรค เมื่อเกิดโรคระบาด
ในโรงเรียน ตามแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริม
สุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Depart-
ment of Disease, Ministry of Public Health, 2015)
ที่กำหนดให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน
ควรประกอบด้วย ฝ่ายการศึกษาและฝ่ายสาธารณสุข
และจากรายงานการศึกษาของ Phongchoke, Jaiwat,
and Nantawan (2007) ที่พบว่าพยาบาลชุมชนมีบทบาท
ในการดูแลสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลในโรงเรียน ในด้าน

การตรวจคัดกรองโรค การรักษาขั้นต้นและส่งต่อ การป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต ธรรมชาติให้ดีขึ้น การให้สุศึกษา การให้คำแนะนำปรึกษา และบริการฟื้นฟูสภาพ 1.3) เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลช้างเคื่อง โรงเรียนได้รับการสนับสนุน เงินงบประมาณในการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ของนักเรียนในโรงเรียน ตามแนวทางการดำเนินงานของ National Health Security Office (2019) ที่กำหนด ให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและส่งเสริม กิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

2) การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร พบว่า โรงเรียนไม่มีแผนพัฒนาบุคลากรในการดูแล นักเรียนในด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเดิน หายใจโดยตรง แต่มีการดำเนินการร่วมกับงานอนามัย โรงเรียน ในการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการควบคุมและป้องกันโรค เมื่อเกิดโรคระบาด ซึ่งจากรายงานการศึกษาของ Kuapak (2016) ได้กล่าวว่าการพัฒนาบุคลากร เป็นการเพิ่ม ประสิทธิภาพด้านทักษะ ความชำนาญในการทำงาน ซึ่งการเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกอบรม ร่วมสัมมนาทั้งใน และนอกสถานที่ เป็นต้น

3. เครื่องมือ

1) วิสตุ ครุภัณฑ์ พบว่า โรงเรียน มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ และพร้อมใช้งานได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดัน พรอทวัดไข้ โดยมีการตรวจสอบสภาพ เครื่องมือทุก 1 ปี อีกทั้งยังมีวิสตุ ครุภัณฑ์ ที่เพียงพอ สำหรับการใช้งาน เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ และเวชภัณฑ์ยาเบื้องต้น Khumsiri (2018) กล่าวว่า เวชภัณฑ์ในห้องพยาบาลมีความจำเป็นที่ต้องใช้ควบคู่ กับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเลือกเวชภัณฑ์ใน ห้องพยาบาล ต้องคำนึงถึงความเหมาะสม ความเพียงพอ และความปลอดภัย 2) สถานที่ โรงเรียนมีสถานที่ในการ ดูแลนักเรียนที่ป่วยด้วยโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ เรือนพยาบาล ซึ่งมีการแยก หญิง-ชาย ชัดเจน และในหอนอน มีการแยกเด็กป่วยกับเด็กปกติ ตลอดจน

มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพตามนโยบายโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นไป ตามแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา (Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2011) การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมภายในสถานศึกษา ให้มีความสะอาด สะดวกและปลอดภัย มีการจัดระบบ สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม 3) แบบฟอร์มบันทึกในเรือน พยาบาล บันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียน เกี่ยวกับอาการ ป่วยของนักเรียนที่มาใช้บริการ และบันทึกข้อมูลนักเรียน ที่มีการส่งต่อโรงพยาบาล เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้าน สุขภาพของนักเรียนป่วย ตามข้อกำหนดของมาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Department of Disease, Ministry of Public Health, 2015) เพื่อให้การติดตาม และช่วยเหลือดูแลนักเรียนอย่างต่อเนื่อง 4) โรงเรียน ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลนักเรียนโรคระบบทาง เดินหายใจ แต่จะมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลนักเรียน เรื่องสุขภาพทั่วไป และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดโรคระบาด เช่น มาตรการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระบบ ทางเดินหายใจในสถานศึกษา และมาตรการการป้องกัน และแผนการดำเนินการเมื่อพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงเรียน (Department of Disease Control, 2019b) ซึ่งสถานศึกษาจะต้องมีมาตรการป้องกันการ แพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ และจะต้อง ดำเนินการเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ ลดผลกระทบของ การระบาด 5) งบประมาณการดำเนินงาน พบว่า โรงเรียน ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพียงพอจากเงินบำรุงของ โรงเรียน โดยนำมาจัดทำแผนงานโครงการงานอนามัย โรงเรียน ทำให้สามารถดำเนินงานด้านสุขภาพในโรงเรียน ได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้โรงเรียนยังได้รับงบประมาณ สนับสนุนจากท้องถิ่น ในการจัดการเกิดโรคระบาดใน โรงเรียน ตามข้อกำหนดของแนวทางการดำเนินงานของ National Health Security Office (2019) ที่ว่าองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนและส่งเสริม กิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตาม

ความจำเป็นเหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้
ด้านกระบวนการ

1. การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน พบว่าโรงเรียนเข้าร่วมการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพปี 2558 ตามมาตรฐานการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2019a) ประกอบด้วย 1) นโยบายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีการกำหนดนโยบาย บันทึกนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรและทำการประกาศนโยบาย Orawat (2011) ได้กล่าวว่า การดำเนินงานด้านสุขภาพในโรงเรียน จะต้องมีการประกาศนโยบายส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ครูนักเรียน ผู้ปกครองและชุมชนทราบนโยบาย ทำให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือในการดำเนินงาน 2) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ โรงเรียนมีการจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน จัดสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน หอนอน ห้องพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Piriysaeng (2015) สรุปว่า การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ จะส่งผลต่อสุขภาพพลานามัยของนักเรียน 3) บริการอนามัยโรงเรียน โดยครูประจำชั้นดูแลกำกับให้นักเรียนทุกคนตรวจสุขภาพตนเองและบันทึกผล ครูอนามัยสรุปการประเมินสุขภาพของนักเรียนทั้งโรงเรียน และติดตามนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพให้ได้รับการบริการสุขภาพเบื้องต้น และการส่งต่อสถานพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตามรูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Phromphuo, 2013) 4) สุขศึกษาในโรงเรียน โดยนักเรียนแกนนำเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ และในชุมชนมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เช่น นิทรรศการ เติมนรณรงค์เสียงตามสาย บูรณาการทักษะด้านสุขภาพไว้ในหลักสูตรของโรงเรียน ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลเพื่ออบรมและให้ความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียน จะช่วยให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษาสุขภาพ และดูแลสุขภาพของตนเอง (Piriysaeng, 2015) 5) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน โรงเรียนได้จัดทำโครงการตรวจสุขภาพบุคลากร และมีการสรุปผลเสนอผู้บริหาร เพื่อหาทางแก้ไข โรงเรียนให้บุคลากร

กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มพบโรคทุกคน ได้รับการบริการศึกษาแนะนำด้านสุขภาพโดยความร่วมมือกับโรงพยาบาลในเขตบริการโดย ประสานงานกับทางโรงพยาบาลโดยตรงในการตรวจสุขภาพประจำปี (Roobchaiyaphoom, 2009)

2. การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีสุขวิทยาที่ดี พบว่าโรงเรียนมีการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพของทุกคนในโรงเรียน ตามนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ โดยมีการทำความสะอาดโรงเรียน ห้องเรียน หอนอน การคัดแยกขยะเพื่อป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อ ตามมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease, Ministry of Public Health, 2015) ทั้งนี้โรงเรียนได้กำหนดห้องพยาบาลสำหรับการรองรับผู้ป่วย โดยแยก หญิง-ชาย อย่างชัดเจน และบริเวณหอนอนแยกนักเรียนป่วยออกจากเด็กปกติ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Upathi, Phattharakul, and Malangphoo (2015) ที่กล่าวว่า การจัดห้องพยาบาลให้ถูกสุขลักษณะและจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่เหมาะสม และความปลอดภัยของอาคารสถานที่ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียน

3. การค้นหาการเกิดโรค พบว่าโรงเรียนมีขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้ 1) หอนอน มีการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนโดยครูหอนอนและนักเรียนแกนนำทุกวัน 2) ห้องเรียน คัดกรองโดยครูประจำชั้นนักเรียนแกนนำก่อนเข้าเรียนทุกวัน 3) เมื่อเกิดโรคระบาดของโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียนมีมาตรการคัดกรองการค้นหาเด็กป่วย ตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรค สำหรับสถานศึกษา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้มีการคัดกรองและแยกเด็กป่วย ครู และผู้ดูแลเด็กควรคัดกรองเด็กป่วยโดยการตรวจและบันทึกสุขภาพเด็กทุกคน ทุกวัน เพื่อค้นหาเด็กป่วยที่มีอาการไข้ ไอ น้ำมูกไหล หากพบนักเรียนที่มีอาการป่วย ควรแยกไว้ในสถานที่อื่น และถ้ามีผู้ป่วยหลายราย ควรพิจารณาพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการปิดโรงเรียนเพื่อป้องกันและควบคุม

การแพร่กระจายของโรค เป็นต้น ตามมาตรการการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในสถานศึกษา กรมควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2019a)

4. การดูแลรักษา พบว่า โรงเรียนมีแนวทาง ดังนี้

1) มีสถานที่ดูแลรักษาโดยมีการแยกนักเรียนป่วยมาดูแล ในจุดที่กำหนดคือเรือนพยาบาล 2) วัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเดินหายใจ ประกอบด้วย ผ้าปิดจมูก เจลล้างมือ ยา และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพียงพอและพร้อมใช้งาน 3) โรงเรียนไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเดินหายใจไม่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่มีระบบการดูแลรักษานักเรียน ดังนี้ 3.1) ครูสอน ครูที่ปรึกษา ดูแลรักษาเบื้องต้น 3.2) ครูอนามัยโรงเรียนคัดกรองอีกครั้งและให้การรักษตามอาการ โทรประสานพยาบาลวิชาชีพ รพ.เทพรัตนเวชชานุกูลฯ ที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน เพื่อปรึกษาเรื่องการดูแลรักษานักเรียน 3.3) ส่งต่อโรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูลฯ ในรายที่เกินศักยภาพ Chalardaksornsi and Viseshsiri (2015) กล่าวว่า การบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในโรงเรียน ควรให้ครูประจำชั้น หรือครูอนามัย ดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น หากพบปัญหาด้านสุขภาพอนามัย หรือป่วยเกิน ความสามารถจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาล

5. การลดการแพร่กระจายเชื้อ พบว่า โรงเรียนมีกระบวนการ ดังนี้ เมื่อพบเด็กป่วยด้วยโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ มีการแยกเด็กป่วยไปยังสถานที่ที่เตรียมไว้ คือ เรือนพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ให้นักเรียนใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่าง เป็นต้น และมีการให้ความรู้ เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเป็นประจำทุกปี และเมื่อเกิดโรคระบาดโดยทีมสุขภาพโรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูลฯ ตามแนวทางการป้องกัน ควบคุมโรคสำหรับสถานศึกษาดูแล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease, Ministry of Public Health, 2015)

ด้านผลลัพธ์

ผลลัพธ์การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน พบว่า สถานะทางด้านสุขภาพของนักเรียน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจดีขึ้น อัตราป่วยและอัตราการส่งต่อลดลง พบว่า องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ไม่สามารถที่จะก่อให้เกิดคุณภาพได้เพียงลำพังอย่างใดอย่างหนึ่ง โครงสร้างที่ดีกระบวนการที่ดี จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งโครงสร้างมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ ส่งผลให้นักเรียนมีการดูแลตัวเอง ป้องกันโรค โดยการใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Janturos, Titiravevong, and Churngchow (2015) กล่าวว่า การปลูกฝังให้นักเรียนได้ เรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับโรงเรียนและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงเรียนควรมีนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ
2. โรงเรียนควรมีการพัฒนาบุคลากรครู ให้ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง
3. โรงเรียนควรมีการสร้างแกนนำนักเรียนในการคัดกรองนักเรียนเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในโรงเรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจในโรงเรียน
2. ศึกษาการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ในโรงเรียน

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2019). *Standards and practices of the surveillance and rapid response team (SRRT)*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited. (In Thai)
- Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2011). *Disease-free child center assessment guide*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited. (In Thai)
- Chalardaksornsi, W., & Viseshsiri, P. (2015). A study of health services operation for immigrant students in the diaspora model school. *An Online Journal of Education*, 10(3), 578-588. (In Thai)
- Daengsopol, A., Maepassakul, W., Khoprasert, M., & Thongpetch, U. (2010). *The Effectiveness of health education program towards caregiver knowledge and skills on caring children with intellectual disabilities who have upper respiratory tract infection* (research report). Bangkok: Rajanukul Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Department of Disease Control. (2009). *Annual epidemiological surveillance report*. Retrieved from <http://ddc.moph.go.th>. (In Thai)
- Department of Disease Control. (2019a). *Suggestions and measures for preventing influenzas in schools and educational institutions*. Bangkok: Department of Disease Control. (In Thai)
- Department of Disease Control. (2019b). *Novel coronavirus 2019 (COVID-19)*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php>. (In Thai)
- Department of Disease, Ministry of Public Health. (2015). *Health promoting school operation manual* (3rd ed.). Bangkok: The Office of Silpakorn University Academic Service. (In Thai)
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- Janturos, P., Titiravevong, S., & Churngchow, C. (2015). Self – health care behavior of prathomsuksa five - six students under the responsibility of Yala education service area zone one. *Journal of Faculty of Physical Education*, 14, 39-48. (In Thai)
- Khumlu, S. (2011). *Situational analysis of overnutrition prevention among school-age children, Ban Pongsanook School, Nakorn Lampang municipality* (Independent Study), Chiangmai University. (In Thai)
- Khumsiri, W. (2018). *Procurement of medical supplies and equipment for nursing rooms and improvement of nursing rooms in lansak witthaya school*. Retrieved from <https://sesa.obec.go.th/index.php?name=project&file=detail&id=2179> (In Thai)
- Kuapak, J. (2016). *The personnel potential development guidelines of supporting staff of Rajamangala University of Technology Rattanakosin* (Master's thesis), Silpakorn University. (In Thai)

- Maechaem District Public Health Office. (2018). *Annual report for the fiscal year 2018*. Chiang Mai: Maechaem District Public Health Office. (In Thai)
- Ministry of Education. (2009). *Basic education core curriculum B.E. 2551 (A.D. 2008)*. Bangkok: The Teachers' Council of Thailand. (In Thai)
- Muangnapoe, S. (2018). *Development of health promoting school management model in primary level*. Bangkok: North Bangkok University. (In Thai)
- National Health Security Office. (2019). *Health security fund operation manual at the local or regional level*. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing. (In Thai)
- Office of the Basic Education Commission. (2009). *Calculation of manpower for primary and secondary schools*. Retrieved from <https://www.kroobannok.com/14836> (In Thai)
- Orawat, M. (2011). *The school health promoting administration of basic education school in Kanchanaburi primary educational service area office 3*. Nakhon Pathom: Silpakorn University. (In Thai)
- Phongchoke, P., Jaiwat, S., & Nantawan, C. (2007). *Community health nursing* (2nd ed.). Bangkok: Golden Point. (In Thai)
- Phromphuo, W. (2013). *The operation of gold quality health promoting school: Wattanothaipayap School, Chiang Mai Province* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Piriyasaeng, W. (2015). *Guidelines for health promoting operation of schools under Nakhon Sawan City Municipality* (Master's thesis), Nakhon Sawan Rajabhat University. (In Thai)
- Rajaprajanugroh 31 School. (2018). *Academic report annual 2018*. Chiang Mai: Rajaprajanugroh 31 School. (In Thai)
- Roobchaiyaphoom, P. (2009). *The health promoting school implementation in government and private basic education schools in Suphan Buri Province* (Master's thesis), Kanchanaburi Rajabhat University. (In Thai)
- Thepbangchak, P., Potjanamart, C., & Senaratana, W. (2008). *Effect of information provision through a comic Book on knowledge regarding infection prevention among school-aged children* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)
- Upathi, M., Phattharakul, W., & Malangphoo, S. (2015). A study of administrative factors related to implementation of health promoting schools under Nakhon Pathom primary educational service area office 1. *Veridian E-Journal Silpakorn University Humanities, Social Sciences and Art*, 8(3), 1006-1022. (In Thai)



ผลของโยคะอาสนะต่ออาการปวดหลังในมารดาหลังคลอด Effect of Asana Yoga on Back Pain in Postpartum Mothers

ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง *

Chadchadaporn Nuntakwang *

เยาวเรศ สมทรัพย์ **

Yaowares somsap **

บุปผา อินตะแก้ว ***

Buppa Intakaew ***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อศึกษาผลของโยคะอาสนะต่ออาการปวดหลังในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดปกติในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2562 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติโยคะอาสนะครั้งละ 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ช่วงหลังคลอด 24 และ 48 ชั่วโมงตามลำดับ ร่วมกับการได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความปวดชนิดมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (VAS) เสียบบันทึกการปฏิบัติโยคะอาสนะ และคู่มือการฝึกโยคะอาสนะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Wilcoxon Match-paired Sign Rank และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังปฏิบัติโยคะพบว่ากลุ่มทดลองหลังปฏิบัติโยคะอาสนะมีอาการปวดหลังน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $<.001$ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Match-paired Sign Rank ได้ค่า ค่าสถิติ W (Standardized) เท่ากับ 4.982 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการปวดหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $<.001$ โดยใช้ สถิติ Mann-Whitney U test ได้ค่า U (Standardized) 0.260 และ 5.996 ตามลำดับ

คำสำคัญ: โยคะอาสนะ อาการปวดหลัง มารดาหลังคลอด

Abstract

This research is a quasi-experimental research. The purpose of this research is to study the effect of Asana yoga on back pain in postpartum mothers. The sample consisted of 64 mothers after normal birth in one hospital in Chiang Mai and they were divided into experimental group

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

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

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

** Associate Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Ysomsap@gmail.com

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

*** Registered Nurse, Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province. buppa1965@hotmail.com

วันที่รับบทความ 21 กรกฎาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 8 กันยายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 24 กันยายน 2563

and control group with the number of 32 persons per group. Data were collected from August to November 2019. Together with receiving normal care, the experimental group practiced two 30-minute Asana yoga sessions: one was done 24 hours and the other was done 48 hours after delivery, The control group was given a regular care. The research tools were general data questionnaires, Pain Assessment called Visual analog scales (VAS), voice recorders for recording Asana yoga practices and Asana yoga practice guides. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon Match-paired Sign Rank and Mann-Whitney U test.

It was found that the experimental group who received both the Asana yoga and the regular care gave lower score of back pain when compared to that of the control group who received only regular care with statistical significance at $<.001$ using statistics Wilcoxon Match-paired Sign Rank has a W statistic (Standardized) of 4.982. When the average score of back pain among the experimental and control groups in the first 24 hours postpartum were compared, there were no differences between the two groups. For the first 48 hours after delivery, the experimental group and the control group had a statistically significant difference in back pain scores at $<.001$ using Mann-Whitney U test statistics for U (Standardized) of 0.260 and 5.996, respectively.

Keywords: *Asana yoga, Back pain, Postpartum mothers*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดด้านร่างกายแต่ยังส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านจิตใจ ครอบครัว สังคม อีกทั้งภายหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการลดลงของฮอร์โมน Relaxin ทำให้เอ็นและกระดูกอ่อนของเชิงกรานที่ยืดขยายขณะตั้งครรภ์เริ่มกลับคืนสู่ตำแหน่งปกติ การเปลี่ยนแปลงข้างต้นส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการไม่สุขสบายจากการปวดบริเวณสะโพกและข้อต่อรวมถึงหากมีการทรงตัวหรือปรับท่าทางที่ไม่ถูกต้องจะนำไปสู่สาเหตุของการปวดหลังได้ (Prasitwatanaseree, 2019) รวมถึงจากการที่ส่วนนำได้เคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานในระยะคลอด ซึ่งส่วนนำจะมากดบริเวณกระเบนเหน็บ ทำให้ปวดหลังมาก ต่อมาระยะหลังคลอดมารดาต้องให้นมทารก ทำกิจกรรมต่างๆ และมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนไป (Corso, Grondin, & Weis,

2016) นอกจากนี้โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกอาจมีภาวะเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Sitthiboonma, Kantaruksa, & Supavitpatana, 2020) นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ที่ส่งผลให้ร่างกายทำงานด้วยศักยภาพเพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการปวดหลังมากขึ้นภายหลังคลอด ดังนั้นควรหาวิธีการบรรเทาอาการปวดหลังที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยซึ่งการใช้โยคะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอด

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีหลายวิธีถูกนำมาใช้บรรเทาอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอด ได้แก่ การนวดร่วมกับการประคบสมุนไพร (lampornchai et al., 2009) การออกกำลังกายในระยะหลังคลอด (Bennett, 2014) การครอบกระปุกในจุด BL 23 (Akbarzadeh, Ghaemmaghami, Yazdanpanahi, Zare, Azizi, & Mohagheghzadeh, 2012) การใช้โปรแกรมความอ่อนตัว การยืดเหยียดของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Oh, Lee, Shim, & Kim, 2007) แต่ละวิธีแม้ช่วยบรรเทา

ความปวด แต่บางวิธีจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ หรือมีการใช้อุปกรณ์พิเศษเพิ่ม หรือต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการทำ หากใช้ยาแก้ปวดหลังอาจได้ผลดีในเวลาอันสั้นแต่อาจเกิดผลข้างเคียงตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีลดอาการปวดหลัง ที่มารดาหลังคลอดสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ปลอดภัยจากผลข้างเคียง ประหยัดค่าใช้จ่าย และไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษมาช่วย นอกจากนี้โยคะยังให้ผลดีที่ช่วยบริหารลมหายใจ ทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจและเป็นการฝึกสมาธิไปพร้อมๆ กัน ทำให้บรรเทาอาการปวดได้ (Kongpakdeepong, 2007) โดยใช้การบริหารร่างกายแบบโยคะหรือเรียกว่าโยคะอาสนะเป็นการบริหารร่างกายในลักษณะยืดเหยียด (stretching) กล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ โดยมีการทำซ้ำๆ เพื่อบริหารให้กล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นมากขึ้น โดยทำโยคะอาสนะจะมีการเคลื่อนไหวกระดูกสันหลังใน 4 ทิศทาง คือ ด้านหน้า ด้านหลัง การบิด และการเอียง เนื่องจากในระยะตั้งครรภ์เกิดภาวะกระดูกสันหลังแอ่นจากการที่มดลูกขยายใหญ่ขึ้นและโน้มไปด้านหน้าซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดหลัง โยคะอาสนะจะช่วยบริหารกระดูกสันหลัง ทำให้กระดูกสันหลังถูกปรับเข้าสู่สภาพปกติที่อยู่แนวตรง จึงลดและป้องกันอาการปวดหลัง ซึ่งการทำโยคะอาสนะเน้นให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง จึงมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทที่ลดอาการปวดหลังได้ (Somsap, 2010) ขณะที่ผู้ปฏิบัติยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จะนำจิตไปจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้จิตไม่ฟุ้งซ่าน ไม่ไปเพ่งหรือให้ความสนใจกับอาการปวดหลัง ทำให้เกิดสมาธิชั่วขณะ (ขณะสมาธิ) มีผลให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น จึงลดการหลั่งอะดรีนาลิน และแคทีโคลามีน อันเป็นการลดความเครียดลง นอกจากนี้การปฏิบัติโยคะอาสนะจะทำให้ควบคู่ไปกับการหายใจให้สอดคล้องกับท่า เช่น ขณะยืดหรือเหยียดร่างกายจะหายใจเข้ายาวและลึก ขณะกลับสู่ท่าปกติจะหายใจออกจนสุด ซึ่งการสูดลมหายใจเข้าให้ยาวและลึกเท่าที่ผู้ปฏิบัติสามารถทำได้โดยไม่ฝืน ทำให้รับออกซิเจนมากพอเมื่อปล่อยลมหายใจออกให้สุด เพื่อขับอากาศเสียออกจาก

ร่างกาย นอกจากทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนแก๊สในร่างกาย ดียังเป็นการลดความตึงของกล้ามเนื้อ ซึ่งอาการปวดหลังมีความเกี่ยวข้องกับการที่กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งโดยเฉพาะภายหลังคลอด เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมน Relaxin ทำให้เอ็นและกระดูกอ่อนของเชิงกรานที่ยืดขยายขณะตั้งครรภ์เริ่มกลับคืนสู่ตำแหน่งปกติ เมื่อมีการคลายกล้ามเนื้อ ย่อมช่วยลดอาการปวดหลังลง ช่วงทำกายภาพบำบัดจะทำในท่าที่ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการผ่อนคลายอย่างลึก เพราะมีการคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า จึงเกิดคลื่นอัลฟาในสมอง มีผลให้ผ่อนคลายทั่วร่างกาย ดังนั้นโยคะอาสนะนอกเหนือจะเป็นการออกกำลังกายหรือบริหารกล้ามเนื้อทั่วร่างกายให้เกิดความยืดหยุ่น และแข็งแรงแล้ว ยังช่วยนวดอวัยวะภายในที่อยู่ในช่องท้อง และช่องอก ด้วยการใช้แรงกดจากน้ำหนักตัวแต่ละคนไปที่อวัยวะในช่องท้องและช่องอกโดยตรง แรงจากการกดและการคลาย จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตทั่วร่างกาย โยคะอาสนะช่วยจิตเกิดการผ่อนคลาย และสงบ มีการนำโยคะมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ (Somsap, Chunuan, Hanprasertpong, & Ongplanupat, 2011) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการใช้ยาเนื่องจากเกรงว่ายาจะมีผลต่อทารกในครรภ์ (Beddoe & Lee, 2008) ลดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะคลอดก่อนกำหนด อัตราการเจริญเติบโตล่าช้าของทารกในครรภ์ การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน และเพื่อศึกษาน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด ทั้งในสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Narendran, Nagarathna, Narendran, Gunasheela, & Nagendra, 2005) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ใช้ลดความเครียดและลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Satyapriya, Nagendra, Nagarathna, & Padmalatha, 2009) ลดความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ได้แก่ เหนื่อยล้า ปวดหลัง บวมที่ข้อเท้า เส้นเลือดขอปวดศีรษะ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ต่อการคลอด (Sun, Hung, Chang, & Kuo, 2009) โดยสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 40.6 ใช้โยคะบำบัดอาการปวดหลังส่วนล่าง (Wang, DeZinno, Fermo, William, Caldwell-Andrew, & Bravemen, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาโยคะอาสนะในมารดาหลังคลอดที่ใช้ในหอผู้ป่วยในด้านบรรเทาอาการปวดหลัง แต่พบข้อมูลจากการจัดบริการวิชาการโยคะให้มารดาหลังคลอด ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (Somsap, 2009) โดยมารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมปฏิบัติโยคะอาสนะให้ข้อมูลว่าหลังปฏิบัติแล้ว รู้สึกสบาย คลายจากอาการปวดบริเวณไหล่ และหลัง จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของการฝึกโยคะอาสนะต่ออาการปวดหลังในมารดาหลังคลอด เพื่อให้โยคะอาสนะเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการลดอาการปวดหลังของมารดา เพราะเป็นวิธีที่ปลอดภัย มารดาสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านโดยไม่ต้องมีผู้ช่วย หรือใช้อุปกรณ์ใดๆ และไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการปวดหลัง และโยคะอาสนะอาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดสุขสบายมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เพื่อที่จะได้ปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นมารดาและภรรยาอย่างสมบูรณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดก่อนและหลังการปฏิบัติโยคะอาสนะ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติโยคะอาสนะร่วมกับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่ปฏิบัติโยคะอาสนะมีอาการปวดหลังน้อยกว่าก่อนปฏิบัติโยคะอาสนะ
2. มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ปฏิบัติโยคะอาสนะร่วมกับการดูแลตามปกติ มีอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษามูลของโยคะอาสนะต่ออาการปวดหลังในมารดาหลังคลอด ใช้กรอบแนวคิดโยคะอาสนะซึ่งมีที่

มาจากโยคะสูตร โดยโยคะสูตร เป็นปรัชญาโยคะที่มุ่งพัฒนามนุษย์สู่ความสมบูรณ์พร้อมของภาวะสุขภาพด้านกาย และจิตใจ เป็นการบริหารร่างกายในลักษณะยืดเหยียด (Stretching) ประกอบด้วย ทำบริหารร่างกายแบบโยคะ เป็นชุดจำนวน 7 ท่า ทำให้กล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อมีความแข็งแรง ยืดหยุ่นมากขึ้น โดยทำโยคะอาสนะมีการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังใน 4 ทิศทางคือ เคลื่อนไปด้านหน้า ด้านหลัง บิด และเอียง ซึ่งจะช่วยบริหารและปรับกระดูกสันหลังให้เข้าสู่ภาวะปกติ ทำให้เกิดสมาธิ ชั่วขณะ ส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น จึงลดการหลั่งอะดรีนาลิน และแคทีโคลามีน ทำให้ร่างกายและจิตใจคลายจากความเครียด และลดการเกร็งของกล้ามเนื้อหลัง ส่งผลให้ลดอาการปวดหลังได้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากร คือ มารดาหลังคลอด
2. กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ มีคุณสมบัติดังนี้
 - 1) เป็นมารดาหลังคลอดปกติอายุตั้งแต่ 18-35 ปี คลอดขณะอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์
 - 2) มีอาการปวดหลังโดยมีคะแนนความปวดระดับ 5 ขึ้นไป
 - 3) อยู่ในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (เก็บข้อมูลตั้งแต่ 24 ชั่วโมงจนถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด)
 - 4) คลอดทารกน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัม ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 4,000 กรัม
 - 5) สื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลาง คือ 0.50 เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับวิธีบรรเทาอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดมีน้อย จึงกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 เมื่อนำไปเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Polit and Hunger (1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มละ 32 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน

ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 32 ราย ภายหลังการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ในเรื่องอายุ ส่วนสูง BMI ประวัติปวดหลังขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และระยะเวลาในการคลอด จากนั้นจึงดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัยวัดหลังทดลอง และมีการควบคุม (Posttest-Only Control Group Design)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เสียงบันทึกการปฏิบัติโยคะอาสนะ และคู่มือการฝึกโยคะอาสนะ พัฒนาโดย Somsap (2009) ได้รับอนุญาตให้ใช้ในการศึกษานี้ โดยนำมาปรับเนื้อหาบางส่วนก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ส่วนสูง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ และ ดัชนีมวลกายก่อนคลอด และส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์ การฝากครรภ์ การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การได้รับยาบรรเทาปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในการคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการคลอด การหดตัวของมดลูก สัญญาณชีพ น้ำหนักทารกแรกเกิด การนอนหลับในระยะหลังคลอด การดูแลบุตรระยะหลังคลอดและกิจกรรมที่ปฏิบัติหลังคลอด

2.2 แบบประเมินอาการปวดหลัง โดยใช้มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย เสียงบันทึกการฝึกโยคะอาสนะ และคู่มือการฝึกโยคะอาสนะ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาหลังคลอด และด้านการปฏิบัติโยคะจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสม และความชัดเจนของข้อคำถามโดยหาค่า CVI ได้ 0.8 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเสียงบันทึก และคู่มือการฝึกโยคะและแผ่นคลายอย่างลึกไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงให้สมบูรณ์ก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. สัมภาษณ์รายชื่อมารดาหลังคลอดในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยขอความร่วมมือจากมารดาหลังคลอด พร้อมแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยการเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบ

ตามจำนวนแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจากนั้น
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียด ดังนี้

4.1 ครั้งที่ 1 ภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง

4.1.1 สร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยกล่าว
ทักทายแนะนำตัวพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว

4.1.2 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแจ้งรายละเอียด
ทั้งหมดตลอดการดำเนินการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง
เตรียมตัว และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม

4.1.3 ขอความร่วมมือในการตอบแบบ
สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
และการคลอด และประเมินอาการปวดหลังโดยใช้
มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข โดยพยาบาลเป็นผู้รวบรวม
ข้อมูลทั้งหมด เพื่อลดความลำเอียง อคติ และเพื่อให้
เกิดความน่าเชื่อถือของข้อมูล

4.1.4 กลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติการ
พยาบาลตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วยในการดูแลมารดา
หลังคลอด ประกอบไปด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- 1) ประเมินสภาพทั่วไปผู้คลอด
- 2) ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที
4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่
- 3) ประเมินการหดตัวของมดลูกและ
เลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก
และทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2
- 4) ประเมินอาการปวดมดลูกและแผล
ฝีเย็บ

5) ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างในกรณี
มารดาหลังคลอดปกติหลังจากสวนปัสสาวะทิ้งขณะรก
คลอดเสร็จควรจะปัสสาวะภายใน 4 ชั่วโมง หากมารดา
ยังไม่ปัสสาวะเอง พยาบาลห้องคลอดจะทำการสวน
ปัสสาวะทิ้งเพื่อให้มดลูกหดตัวและป้องกันการตก
เลือดหลังคลอด

6) ประเมินแผลฝีเย็บ

7) ให้ความรู้มารดาหลังคลอดเรื่อง
การคลึงมดลูก การดูแลแผลฝีเย็บ การสังเกตน้ำคาวปลา
การปฏิบัติตัวหลังคลอด

8) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน
เพื่อจำแนกความต้องการการดูแล เช่น หลังคลอดปกติ
หลังคลอดมีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน

9) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ให้ครอบคลุมปัญหา และความต้องการของมารดา
และทารก

10) แก้ไขหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทาง
การพยาบาลใหม่ เมื่อพบข้อมูลที่บ่งชี้ว่าปัญหาและ
ความต้องการของมารดาและทารกเปลี่ยนแปลงไป

11) บันทึกการประเมินปัญหา ความ
ต้องการและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครบถ้วน
และต่อเนื่อง

12) ดูแลให้โอบกอดทารกและช่วยให้
ทารกดูนมแม่

13) ประเมิน LATCH Score

14) แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และ
อาหารที่ส่งเสริมการไหลของน้ำนม

4.1.5 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้นำกลุ่มทดลอง
ในการปฏิบัติโยคะอาสนะ หรือทำบริหารกายแบบโยคะ
โดยใช้เวลาในการปฏิบัติครั้งละ 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง
ช่วงหลังคลอด 24 และ 48 ชั่วโมงตามลำดับ หลังจาก
สิ้นสุดการปฏิบัติโยคะอาสนะ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมิน
อาการปวดหลังโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข
โดยให้พยาบาลเป็นผู้รวบรวมข้อมูล

4.2 ครั้งที่ 2 ภายหลังคลอด 48 ชั่วโมง

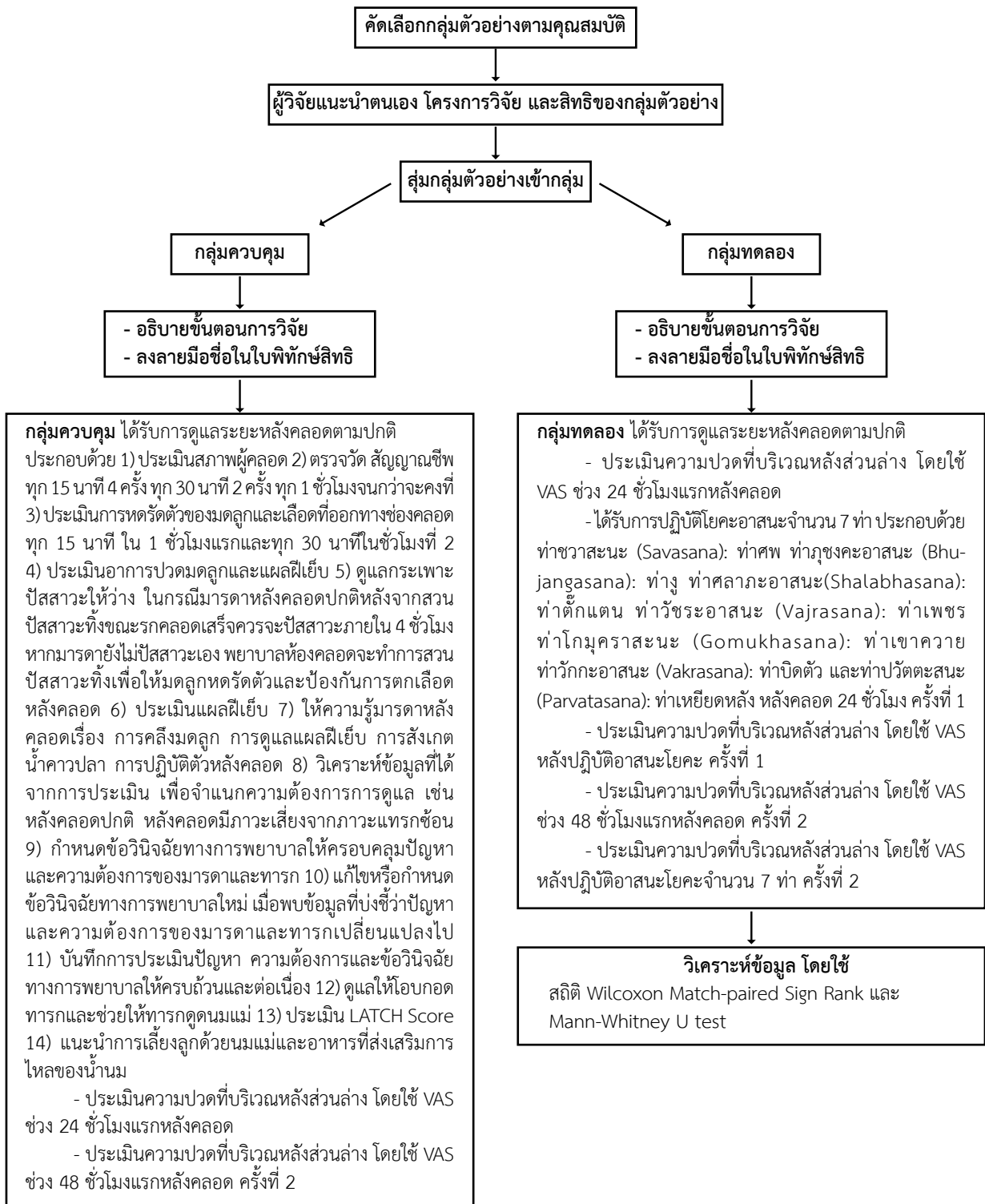
4.2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยขอความร่วมมือ
ประเมินอาการปวดหลัง โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบ
ตัวเลขโดยให้พยาบาลเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

4.2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้นำกลุ่มทดลอง
ในการปฏิบัติโยคะอาสนะ หรือทำบริหารกายแบบโยคะ
โดยใช้เวลาในการปฏิบัติครั้งละ 30 นาที หลังสอน
ประเมินอาการปวดหลังโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบ
ตัวเลขโดยให้พยาบาลเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Research ID : 2561-070/ Study Code: 2561-EXP054 ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ เห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2561 ตามหนังสือ ที่ ศธ 6593 (7.15.2)/ จธ. 297 และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและมีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการนำข้อมูลมาทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบโคลโมโกรอฟ-สมิรโนฟ (One Sample Komogorov-Smirnov Test) พบว่าไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบคะแนนอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติโยคะอาสนะร่วมกับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon Match-paired Sign Rank ในการเปรียบเทียบคะแนนอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดก่อนและหลังการปฏิบัติโยคะ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาหลังคลอดจำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 รายและกลุ่มควบคุม 32 ราย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.66 ปี (S.D.= 4.93) ทุกคนมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 87.50) และสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 28.13) โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง กับค้าขายเท่ากัน จำนวน 9 คน (ร้อยละ 28.13) รายได้เฉลี่ย 16,390.63 บาท (S.D.= 9,561.96) ส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวขยาย 22 คน (ร้อยละ 68.75) ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 155.96 เซนติเมตร (S.D. = 6.68) มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์

เฉลี่ยเท่ากับ 13.75 กิโลกรัม (S.D. = 4.08) ค่า BMI เฉลี่ยเท่ากับ 27.15 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 4.08) อายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 38.84 สัปดาห์ (S.D. = 1.01) โดยร้อยละ 68.75 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์โดยส่วนใหญ่ขณะระกคลอดไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก จำนวน 26 คน (ร้อยละ 81.25) และทุกคนไม่ได้รับยาแก้ปวดขณะระกคลอด (ร้อยละ 100) มีค่าเฉลี่ยการสูญเสียเลือดระหว่างคลอด 148.43 มิลลิลิตร (S.D. = 82.77) น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 3,181.56 กิโลกรัม (S.D. = 388.12) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ระดับความเจ็บปวดหลังเฉลี่ยเท่ากับ 7.34 (S.D. = 0.86) ส่วนในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีระดับความเจ็บปวดหลังเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 (S.D. = 0.72)

กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.72 ปี (S.D. = 5.51) ทุกคนมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 30 คน (ร้อยละ 93.75) และสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 28.12) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน 12 คน (ร้อยละ 37.50) รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 14,743.75 บาท (S.D.= 7,589.67) ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวขยาย 21 คน (ร้อยละ 65.63) ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 157.40 เซนติเมตร (S.D. = 8.15) น้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 14.11 กิโลกรัม (S.D. = 5.95) ค่า BMI เฉลี่ยเท่ากับ 28.75 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 4.32) อายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 38.56 สัปดาห์ (S.D. = 1.04) โดยร้อยละ 68.75 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ โดยส่วนใหญ่ขณะระกคลอดไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (ร้อยละ 93.75) และทุกคนไม่ได้รับยาแก้ปวดขณะระกคลอด (ร้อยละ 100) มีค่าเฉลี่ยการสูญเสียเลือดระหว่างคลอด 146.87 มิลลิลิตร (S.D. = 69.48) น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 3,137.18 กิโลกรัม (S.D. = 339.85) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ระดับความเจ็บปวดหลังเฉลี่ยเท่ากับ 6.90 (S.D. = 1.05) ในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ระดับความเจ็บปวดหลังเฉลี่ยเท่ากับ 6.46 (S.D. = 1.24)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลัง กลุ่มทดลองก่อนและหลังการปฏิบัติโยคะอาสนะ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐาน เท่ากับ 7.00 คะแนนค่าต่ำสุด-สูงสุดเท่ากับ 6.00-9.00 ภายหลังการทดลองเมื่อได้รับการปฏิบัติโยคะอาสนะ มีคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 4.00 ค่าต่ำสุด-สูงสุดเท่ากับ

3.00-5.00 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังปฏิบัติโยคะ พบว่ากลุ่มทดลองหลังปฏิบัติโยคะอาสนะมีอาการปวด หลังน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $<.001$ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Match-paired Sign Rank ได้ค่า ค่าสถิติ W (Standardized) เท่ากับ 4.982

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนปฏิบัติโยคะ		หลังปฏิบัติโยคะ		ค่าสถิติ W (Standardized)	p-value
	มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด-สูงสุด		
อาการปวดหลัง	7.00	6.00-9.00	4.00	3.00-5.00	4.982	$<.001$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลัง ในมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังการปฏิบัติโยคะ พบว่า ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด กลุ่มทดลอง มีคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 7.00 คะแนนค่าต่ำสุด-สูงสุดเท่ากับ 6.00-9.00 ส่วนกลุ่ม ควบคุม มีคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 7.00 คะแนนค่าต่ำสุด- สูงสุดเท่ากับ 6.00-10.00 เมื่อทดสอบความแตกต่าง ค่าคะแนนอาการปวดหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม โดยใช้ สถิติ Mann-Whitney U test พบว่าทั้ง

สองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในระยะ 48 ชั่วโมง แรกหลังคลอด กลุ่มทดลอง มีคะแนน มัธยฐานเท่ากับ 4.00 คะแนนค่าต่ำสุด-สูงสุดเท่ากับ 3.00-5.00 ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนน มัธยฐานเท่ากับ 6.00 คะแนนค่าต่ำสุด-สูงสุดเท่ากับ 2.00-9.00 ดังนั้นในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี คะแนนอาการปวดหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $<.001$ โดยใช้ สถิติ Mann-Whitney U test ในการทดสอบ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการปวดหลัง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่าสถิติ U (Standardized)	p-value
	มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด-สูงสุด		
24 ชม.หลังคลอด	7.00	6.00-9.00	7.00	6.00-10.00	0.260	.795
48 ชม.หลังคลอด	4.00	3.00-5.00	6.00	2.00-9.00	5.996	$<.001$

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดาหลังคลอดที่ปฏิบัติโยคะอาสนะมีอาการปวดหลังน้อยกว่าก่อนปฏิบัติโยคะอาสนะ

2. มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ปฏิบัติโยคะอาสนะร่วมกับการดูแลตามปกติ มีอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มที่

ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง

2 ข้อที่เป็นเช่นนั้นอธิบายได้ว่าการที่คะแนนระดับอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดภายหลังจากการปฏิบัติโยคะ นั้นลดลงในการศึกษานี้ โยคะอาสนะเป็นการบริหารร่างกายในลักษณะยืดเหยียด (Stretching) กล้ามเนื้อ

เอ็น และข้อต่อ โดยมีการทำซ้ำๆ จึงช่วยให้กล้ามเนื้อเอ็น และข้อต่อแข็งแรง และยืดหยุ่นมากขึ้น ท่าโยคะอาสนะจะเคลื่อนไหวกระดูกสันหลัง 4 ทิศทาง คือ ด้านหน้า ด้านหลัง การบิด และการเอียง ซึ่งช่วยบริหารและปรับกระดูกสันหลังเข้าสู่สภาพปกติที่อยู่แนวตรง มีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาท จึงช่วยลดและป้องกันอาการปวดหลัง (Somsap, 2010) และขณะที่ผู้ปฏิบัติยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จะนำจิตไปจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้จิตไม่ฟุ้งซ่าน ไม่ไปเพ่ง หรือให้ความสนใจกับอาการปวดหลัง จิตที่จดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้เกิดสมาธิชั่วขณะ (ขณิกะสมาธิ) มีผลให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น จึงลดการหลั่งอะดรีนาลิน และแคทีโคลามีน ความเครียดลดลง การปฏิบัติโยคะอาสนะที่ท่าควบู่ไปกับการหายใจให้สอดคล้องกับท่า เช่น ขณะยืดหรือเหยียดร่างกายจะหายใจเข้ายาวและลึก ขณะกลับสู่ท่าปกติจะหายใจออกจนสุด ซึ่งการสูดลมหายใจเข้าให้ยาวและลึกเท่าที่ผู้ปฏิบัติสามารถทำได้โดยไม่ฝืน ทำให้รับออกซิเจนมากพอ เมื่อปล่อยลมหายใจออกให้สุด เพื่อขับอากาศเสียออกจากร่างกาย นอกจากทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนแก๊สในร่างกายดี เป็นการลดความตึงของกล้ามเนื้อ ซึ่งอาการปวดหลังมีความเกี่ยวข้องกับการที่กล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง เมื่อมีการคลายกล้ามเนื้อย่อมช่วยลดอาการปวดหลังลง นอกจากนั้นการปฏิบัติโยคะอาสนะในช่วงท้าย จะทำในท่าที่ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการผ่อนคลายอย่างลึก เพราะมีการคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า จึงเกิดคลื่นอัลฟาในสมองมีผลให้ผ่อนคลายทั่วร่างกาย จิตเกิดการผ่อนคลายและสงบ โยคะช่วยลดความเครียดและลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Satyapriya, Nagendra, Nagarathna, & Padmalatha, 2009) ลดความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ เหนื่อยล้า ปวดหลัง บวมที่ข้อเท้า เส้นเลือดขอด ปวด ซึ่งผลดีของการฝึกโยคะ โดยเฉพาะในเรื่องการบรรเทาอาการปวดหลังจึงโดดเด่น เพราะทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นสูง ผ่อนคลาย ลดการเกิดกรดแลคติก เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนสำคัญต่างๆ

ของร่างกายได้ดี (Kaminoff & Matthews, 2012) การศึกษาค้นคว้านี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลที่พบในมารดาหลังคลอดซึ่งเข้าร่วมปฏิบัติโยคะอาสนะ ว่าหลังปฏิบัติมีความรู้สึกสบาย คลายจากอาการปวดตึงบริเวณไหล่และหลัง (Somsap, 2009) ลดลงภายหลังการปฏิบัติโยคะอาสนะ

นอกจากนี้มีการศึกษาการออกกำลังกายโยคะสามารถลดอาการปวดคอและไหล่ในพนักงานที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ (Munkham, Sutthakorn, & Visesu, 2014) คล้ายคลึงกับการศึกษา ที่พบว่าการศึกษาทำให้ลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในทหารผ่านศึก (Groessl et al., 2017) โดยฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นจำนวน 12 สัปดาห์ และได้รับคำแนะนำเรื่องท่าทางการเคลื่อนไหว และการหายใจที่ถูกต้อง ซึ่งผลพบว่า การปฏิบัติโยคะทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทหารผ่านศึกดีขึ้นระดับของความเจ็บปวดลดลง และลดการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงผลของโยคะต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง โดยศึกษาจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น MEDLINE, the Cochrane Library, EMBASE, CAMBASE, and PsycINFO ตั้งแต่ปี คศ. 2012 พบว่า มีโยคะมีผลช่วยบรรเทาอาการปวดหลังทั้งระยะสั้น และระยะยาวควรนำโยคะร่วมในการรักษาโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Saper, Sherman, Cullum-Dugan, Davis, Phillips, and Culpepper (2009) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝึกโยคะ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลงและลดการใช้ยาแก้ปวดส่วนในกลุ่มควบคุมเนื่องจากได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลมารดาหลังคลอดซึ่งไม่ได้มีการใช้วิธีการใดในการลดความปวดของอาการปวดหลัง ดังนั้นจากผลการวิจัยจึงพบว่าระดับคะแนนอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองจึงลดลงภายหลังการปฏิบัติโยคะอาสนะและลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรนำโยคะอาสนะไปใช้กับมารดาหลังคลอดเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดหลัง และเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ไม่ใช่ยาโดยแนะนำให้แก่พยาบาลในแผนกหลังคลอดให้ทราบถึงประโยชน์และวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องของโยคะอาสนะ

2) ฝึกอบรมการปฏิบัติโยคะอาสนะให้พยาบาลเพื่อนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

ด้านการศึกษา

1) ศึกษาวิธีการบรรเทาอาการปวดหลังในมารดาหลังคลอดทั้งการปฏิบัติโยคะอาสนะและวิธีการอื่นๆ

ด้านการวิจัย

1) ศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของโยคะอาสนะต่อการบรรเทาอาการปวดหลังโดยใช้ร่วมกับ วิธีการอื่นๆ เช่นการนวดประคบ เป็นต้น

2) ศึกษาการนำโยคะอาสนะไปใช้กับสตรีที่ได้รับการตรวจทางสูติศาสตร์หัตถการเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังภายหลังทำสูติศาสตร์หัตถการ

3) ศึกษาเพิ่มเติมในการพัฒนาสื่อโยคะอาสนะจากเดิมที่เป็นสื่อเสียงและคู่มืออาจเพิ่มเป็น application line หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น เพื่อง่ายต่อการใช้ และมารดาหลังคลอดสามารถเข้าถึงได้สะดวกโดยมีทั้งเนื้อหา การฝึกปฏิบัติโยคะอาสนะ และการตอบปัญหา

เอกสารอ้างอิง

- Akbarzadeh, M., Ghaemmaghami, M., Yazdanpanahi, Z., Zare, N., Azizi, A., & Mohagheghzadeh, A. (2012). The effect dry cupping therapy at acupoint BL23 on the intensity of postpartum low back pain in primiparous women based on two types of questionnaires, 2012: A randomized clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(2), 112-120.
- Beddoe, A. E., & Lee, K. A. (2008). Mind-body interventions during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 165-175.
- Bennett, R. J. (2014). Exercise for postnatal low back pain and pelvic pain. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 115, 14-21.
- Corso, M., Grondin, D., & Weis, C. A. (2016). Postpartum low back pain: It is not always what you think. *Obstetrics and Gynaecology Cases-Reviews*, 3(3), 1-5.
- Groessler, E. J., Liu, L., Chang, D. G., Wetherell, J. L., Bormann, J. E., Atkinson, J. H., ... Schmalzl, L. (2017). Yoga for military veterans with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(5), 599-608.
- Iampornchai, S., Poopong, S., Nongbuadee, S., Wiwattamongkol, D., Supawongwattana, P., Wesesmanee, S., ... Laohapand, T. (2009). Court-type traditional Thai massage and hot herbal compress: Effectiveness in relieving early postpartum backache. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*, 7(2-3), 181-188. (In Thai)
- Kaminoff, L., & Matthews, A. (2012). *Yoga anatomy* (2nd ed.). USA: Human kinetic.
- Kongpakdeepong, K. (2007). *Daily yoga* (3rd ed.). Bangkok: Villagers doctor. (In Thai)
- Munkham, R., Sutthakorn, W., & Visescu, N. (2014). Effect of yoga exercise on neck and shoulder pain among computer using office staff. *Nursing Journal*, 41(3), 71-82. (In Thai)

- Narendran, S., Nagarathna, R., Gunasheela, S., & Nagendra, H. R. (2005). Efficacy of yoga in pregnant women with abnormal doppler study of umbilical and uterine arteries. *Journal of the Indian Medical Association*, 103, 12-14.
- Narendran, S., Nagarathna, R., Narendran, V., Gunasheela, S., & Nagendra, H. R. (2005). Efficacy of yoga on pregnancy outcome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, 237-244.
- Oh, H., Lee, Y., Shim, M., & Kim, J. (2007). Effects of a postpartum back pain relief program for korean women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37(2), 163 -170.
- Prasitwattanaseree, P. (2019). Nursing women in the normal postpartum period. In P. Chuuto (Ed.), *Nursing and Midwifery* (pp. 189-190). Chiang Mai: Smart Coating and Service. (In Thai)
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Company.
- Saper, R. B., Sherman, K. J., Cullum-Dugan, D., Davis, R. B., Phillips, R. S., & Culpepper, L. (2009). Yoga for chronic low back pain in a predominantly minority population: A pilot randomized controlled trial. *Alternative Therapy in Health and Medicines*, 15(6), 18-27.
- Satyapriya, M., Nagendra, H. R., Nagarathna, R., & Padmalatha, V. (2009). Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetric*, 104, 218-222.
- Sitthiboonma, N., Kantaruksa, K., & Supavititpatana, B. (2020). Stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal*, 47(2), 169-179. (In Thai)
- Somsap, Y. (2009). *Yoga for postpartum rehabilitation*. Songkhla: Songkhla Nakarin University. (In Thai)
- Somsap, Y. (2010). *Alternative science in nursing for pregnant women*. Songkhla: BSS Digital Offset. (In Thai)
- Somsap, Y., Chunuan, S., Hanprasertpong, T., & Ongplanupat, F. (2011). Developing a health promotion model for pregnancy women by using yoga. *Thai Journal of Nursing Council*, 26, 95-111. (In Thai)
- Sun, Y. C., Hung, Y. C., Chang, Y., & Kuo, S. C. (2010). Effects of a prenatal yoga program on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery*, 26(6), 31-36.
- Wang, S. M., DeZinno, P., Fermo, L., William, K., Caldwell-Andrews, A. A., & Bravemen, F. (2005). Complementary and alternative medicine for low-back pain in pregnancy: A cross-sectional survey. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(3), 459-464.



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

Factors Related to Perceived Insufficient Milk Supply Among First-time Mothers with Cesarean Section

พิมลพรรณ อ้นสุข *

Pimonpan

Ansook *

กรรณิการ์ กันธะรักษา **

Kannika

Kantaruksa **

นงลักษณ์ เฉลิมสุข ***

Nonglak

Chaloumsuk ***

บทคัดย่อ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์ทั้งต่อทารก มารดา สังคม และประเทศชาติ การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้มารดายุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูนมของทารก และปริมาณการไหลของน้ำนม ทำการศึกษาในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ที่พักฟื้น ณ ตึกหลังคลอด โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 85 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ของ Anuntakulnthee (2015) 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูนมของทารก ของ Matthews (1988) ที่ดัดแปลงโดย Chitkow (1999) 3) แบบประเมินระดับการไหลของน้ำนมของ Niwattayakul (2005) และ 4) แบบประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ของ Hill & Humenick (1996) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Srimoragot (2017) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า มารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 96.47 มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับสูง ร้อยละ 71.80 มีระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกภายหลังเกิด 2-3 ชั่วโมง ร้อยละ 49.40 มีการรับรู้พฤติกรรมการดูนมของทารกว่ามีประสิทธิภาพปานกลางร้อยละ 45.88 มีปริมาณน้ำนมไหลปานกลาง และ ร้อยละ 61.20 มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมต่ำ และความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก และพฤติกรรมการดูนมของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม สำหรับปริมาณการไหลของน้ำนมมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$)

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 22 พฤษภาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 29 มกราคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 18 มิถุนายน 2561

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

คำสำคัญ: การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม มารดาครรภ์แรก การผ่าตัดคลอด

Abstract

Breastfeeding benefits all infants, mothers, society, and nation. Insufficient milk supply is a major cause for cessation of breastfeeding. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore factors related to perceived insufficient milk supply among first-time mothers with cesarean section which consisted of knowledge of breastfeeding, time to initial breastfeeding, infant breastfeeding behavior and volume of milk transferred. The samples included 85 first-time postpartum mothers who have had a cesarean section and were admitted at the obstetric wards from January to March 2018 at Mukdahan Hospital. The participants were selected on the basis of inclusion criteria. The research instruments consist of 1) the Breastfeeding Knowledge Questionnaire developed by Anuntakulnthee (2015), 2) the Infant Breastfeeding Assessment tool (IBFAT) developed by Matthews (1988) and modified by Chitkow (1999), 3) the Milk Expression Assessment developed by Niwattayakul (2005), and 4) the H & H Lactation Scale developed by Hill & Humenick (1996) translated into Thai by Srimoragot (2017). Data were analyzed using descriptive statistics, the Pearson's correlation coefficient, and the Spearman's correlation coefficient.

Results of the study indicated that almost all of the first-time mothers (96.47%) who have had a cesarean section had knowledge of breastfeeding at a high level, 71.80% initially breastfed for 2-3 hours, 49.40% perceived efficiency of infant breastfeeding behavior at a moderate level, 45.88% had a volume of milk transferred at a moderate level, and 61.20% had a perception of insufficient milk supply at a low level. There was no statistically significant correlation between knowledge of breastfeeding, time to initial breastfeeding of a newborn infant, and infant breastfeeding behavior and the perception of insufficient milk supply. There was no statistically significant correlation between and the perception of an insufficient milk supply.

Based on this study, it could be used as baseline information to encourage first-time mothers who have had a cesarean section to breastfeed successfully.

Keywords: *Perceived insufficient milk supply, Among first-time mothers, Cesarean section*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

น้ำนมมารดามีประโยชน์และเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะมีคุณค่าสารอาหาร มีภูมิคุ้มกัน

ต่อเชื้อโรค สะอาด ปลอดภัย และประหยัด (World Health Organization [WHO], 2015) ซึ่งประโยชน์การเลี้ยงบุตรด้วย นมมารดาที่มีต่อ

ทารกนั้น นอกจากทารกจะได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย และสมองครบถ้วนแล้วยังมีประโยชน์ต่อมารดาอีกด้วย โดยจะช่วยลดการสูญเสียเลือดในระยะแรกหลังคลอดและมดลูกเข้าอู่เร็ว (Alden, 2012) ลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม หากให้นมมารดาเป็นเวลานาน 12 - 23 เดือน 24 - 35 เดือน และ 36 - 47 เดือน สามารถลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 66.3 ร้อยละ 87.4 และร้อยละ 94 ตามลำดับ (De Silva, Senarath, Gunatilake, & Lokuhetty, 2010) นอกจากนี้ครอบครัวที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ยังประหยัดรายจ่ายในการซื้อนมผสมเดือนละประมาณ 4,000 บาท และหากทารกทุกคนได้รับนมมารดาอย่างเดียวย 6 เดือน จะช่วยให้ครัวเรือนไทยประหยัดรายจ่ายมากกว่า 1,800 ล้านบาทต่อปี (Thai Breast-feeding Center Foundation, 2014)

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2017 พบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยทั่วโลก มีประมาณร้อยละ 40 (WHO, 2017) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 - 2559 พบเพียง ร้อยละ 23.1 (Department of Mental Health, 2016) ซึ่งอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยที่กล่าวมาไม่ได้ระบุว่าเป็นของมารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดหรือมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด พบเพียงการศึกษาในประเทศไทย ของ Voramongkol, Chetprayuk, and Sakulitsariyaphon (2011) ที่พบว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวย 6 เดือน มากกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด คิดเป็นอัตราร้อยละ 45.8 และร้อยละ 39.6 ตามลำดับ

ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยเพิ่มขึ้น จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลมุกดาหาร ปี พ.ศ. 2558 และ 2559 พบอัตราการผ่าตัดคลอดถึงร้อยละ 64.98 และร้อยละ 58.03 ตามลำดับ การผ่าตัดคลอดมีผลกระทบต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ดังเช่น มารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป ส่งผลให้สูญเสียความรู้สึกในการควบคุมตนเอง มีอาการ

ง่วงซึมและไม่ตื่นตัวในระยะหลังคลอด (Bloom et al., 2005) จึงเริ่มให้ทารกดูดนมช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งมีนโยบายแยกมารดาและทารกภายหลังการผ่าตัดคลอด ทำให้ระยะเวลาเริ่มดูดนมครั้งแรกของทารกล่าช้าออกไปส่งผลต่อกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม ทำให้น้ำนมมีปริมาณน้อย (Lawrence & Lawrence, 2016) มารดาอาจรับรู้ได้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอ

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ตามแนวคิดของ Hill and Humenick (1989) กล่าวว่า การที่มารดารับรู้ว่าตนเองมีน้ำนมในปริมาณน้อย ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้อย่างเพียงพอ มี 3 ตัวชี้วัดได้แก่ 1) ความเชื่อมั่นของมารดา 2) การรับรู้ความพึงพอใจของบุตร และ 3) ความพึงพอใจของมารดา และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางตรง และปัจจัยทางอ้อมการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเฉพาะปัจจัยทางตรงที่มีผลต่อการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และเป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถจัดการได้ โดยศึกษาความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูดนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูดนมของทารก และศึกษาปริมาณการไหลของน้ำนม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม พบว่าความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูดนมครั้งแรกของทารก และพฤติกรรมการดูดนมของทารก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาวัยรุ่น (Anuntakulnthee, 2015) และมารดาครรภ์แรกที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Srimoragot, 2017) แต่ยังไม่พบการศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดซึ่งมีแนวโน้มที่จะรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมแตกต่างจากมารดาวัยรุ่นและมารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจจะไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูดนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูดนมของ

ทารก และปริมาณการไหลของน้ำนม กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูนมของทารก ปริมาณการไหลของน้ำนม และการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูนมของทารก ปริมาณการไหลของน้ำนม และการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

คำถามการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูนมของทารก ปริมาณการไหลของน้ำนม และการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเป็นอย่างไร

2. ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูนมของทารก และปริมาณการไหลของน้ำนม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมของ Hill and Humenick (1989) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ปัจจัย คือ

ปัจจัยทางตรง และปัจจัยทางอ้อม ปัจจัยทางตรง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านจิตวิทยาของมารดา พฤติกรรมการให้นมบุตร และปัจจัยด้านสรีรวิทยาของมารดา สำหรับปัจจัยทางอ้อม ประกอบด้วย ข้อจำกัดด้านเวลาของมารดา ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยด้านความสบายของมารดา และปัจจัยด้านทารก ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยทางตรง คือ ปัจจัยด้านจิตวิทยาของมารดา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมการให้นมบุตร ศึกษาระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก และพฤติกรรมการดูนมของทารก ส่วนปัจจัยด้านสรีรวิทยาของมารดา ศึกษาปริมาณการไหลของน้ำนม ซึ่งคาดว่าความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูนมของทารก และปริมาณการไหลของน้ำนม อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlation descriptive design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูนมของทารก และปริมาณการไหลของน้ำนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ที่พัก ณ ตึกหลังคลอด โรงพยาบาลมุกดาหาร อายุ 20 - 35 ปี ตั้งครรภ์เดียวครบกำหนดคลอด หลังคลอดวันที่ 3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องแยกจากทารก ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เป็นมารดา

ที่มีทารกอยู่ด้วยตลอดเวลา ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มีผลต่อการดูนมมารดา และน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า หรือเท่ากับ 2,500 กรัม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตาราง ประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และ ประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลของ มารดาครั้งแรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส และส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลทางสูติศาสตร์ ได้แก่ ข้อบ่งชี้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ น้ำหนักทารกแรกเกิด ระยะเวลาเริ่ม ดูนมครั้งแรกของทารก การได้รับความรู้เกี่ยวกับการ เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในขณะตั้งครรภ์และดัชนีมวลกาย ก่อนการตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วย นมมารดา ของ Anuntakulnthee (2015) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 24 ข้อ เกี่ยวกับความรู้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 2) สรีรวิทยา ของกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม 3) การจัดท่าและ การอมหัวนมของทารก 4) การสื่อสารสัญญาณของทารก 5) อาการแสดงหรือข้อบ่งชี้ที่แสดงให้ทราบว่าทารกได้ รับนมมารดาเพียงพอ และ 6) ปัญหาในการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาและการแก้ไข ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก หรือผิด

3. แบบประเมินพฤติกรรมการดูนมของทารก (Infant Breastfeeding Assessment Tool: IBFAT) ของ Matthews (1988) ที่ดัดแปลงโดย Chitkow (1999) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรม

การดูนมของทารก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความพร้อมที่จะรับ นมมารดา 2) ปฏิบัติการตอบสนองต่อการหันเข้าหาสิ่งเร้า 3) ระยะเวลาที่ทารกเริ่มดูนม และ 4) ลักษณะการดูนม ของทารก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัด 4 ระดับ

4. แบบประเมินระดับการไหลของน้ำนม ของ Niwattayakul (2005) ใช้ประเมินในวันที่ 3 หลังคลอด โดยประเมินก่อนที่มารดาจะให้นมบุตร ลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราวัด 4 ระดับ

5. แบบประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของ น้ำนม ของ Hill and Humenick (1996) ที่แปลเป็น ภาษาไทยโดย Srimoragot (2017) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ความไม่เพียงพอ ของน้ำนม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเชื่อมั่นของมารดา 2) ความพึงพอใจของมารดาและ 3) การรับรู้ความพึงพอใจ ของบุตร ลักษณะคำตอบเป็น มาตราวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 7 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาของ เครื่องมือจึงไม่ได้ทำการหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 4 ชุด ไปทดลองใช้กับ มารดาครั้งแรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ณ ดึกหลังคลอด โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นเอกพันธ์ภายใน ด้วยวิธี คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 [KR-20]) ได้เท่ากับ .83 แบบประเมินพฤติกรรมการดูนมของทารก และแบบประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาร์ท (Cronbrach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .81 ทั้งสองแบบประเมินสำหรับแบบประเมิน ระดับการไหลของน้ำนม ผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อ มั่นในการประเมินระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ (inter-rater reliability) ได้เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลมุกดาหาร หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย โดยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูลประโยชน์ที่จะได้รับ ในระหว่างการดำเนินงานวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกเข้าร่วมสามารถที่จะยุติได้ทันที โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการพยาบาลจากหอผู้ป่วยและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลมุกดาหารแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติงานที่ตึกหลังคลอดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความอนุเคราะห์ในการรวบรวมข้อมูล จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยไปพบมารดาครรภ์แรกที่ได้รับ การผ่าตัดคลอดหลังคลอดวันที่ 3 จากนั้นแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และดำเนินการวิจัยโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ขณะที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินและแบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลทารกเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยง

บุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูนมของทารก ปริมาณการไหลของน้ำนม และการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก และการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม มีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ส่วนข้อมูลพฤติกรรมการดูนมของทารก และปริมาณการไหลของน้ำนม มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี อายุเฉลี่ย 26.41 ปี (S.D. = 4.09) โดยอายุระหว่าง 20 - 25 ปี พบร้อยละ 41.20 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.34 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.30 ครอบครัวขยายร้อยละ 76.50 อาชีพรับจ้างร้อยละ 25.90 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,000 - 30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 63.50 ข้อบ่งชี้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเป็นการ ผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา ร้อยละ 95.28 ได้รับเป็นยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 51.80 น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 3,001 - 3,500 กรัม ร้อยละ 45.90 กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 91.80 และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตรร้อยละ 65.90

2. ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ระหว่าง 14 - 24 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.44 (S.D. = 2.51) มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับสูง ร้อยละ 96.47 ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกหลังเกิด อยู่ระหว่าง 103 - 290 นาที เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 159.22 (S.D. = 33.08) มีระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกหลังเกิด 120 - 180 นาที (2-3 ชั่วโมง) ร้อยละ 71.80 พฤติกรรมการดูนมของทารก

อยู่ระหว่าง 3 - 12 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.31 (S.D. = 2.18) มีพฤติกรรมการดูนมของทารกอย่างมีประสิทธิภาพปานกลาง ร้อยละ 49.40 และไม่มีประสิทธิภาพร้อยละ 20.00 ปริมาณการไหลของน้ำนมอยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 (S.D. = .74) มีปริมาณน้ำนมไหลปานกลาง ร้อยละ 45.88 ปริมาณน้ำนมไหลน้อย ร้อยละ 37.64 และการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม อยู่ระหว่าง 96 - 138 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 115.35 (S.D. = 11.26) มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมระดับต่ำ ร้อยละ

61.20 และระดับค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 38.80

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก และพฤติกรรมการดูนมของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม สำหรับปริมาณการไหลของน้ำนมมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.23, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก พฤติกรรมการดูนมของทารก ปริมาณการไหลของน้ำนม และการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 85$)

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ^a	.122
ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก ^a	.103
พฤติกรรมการดูนมของทารก ^b	.052
ปริมาณการไหลของน้ำนม ^b	-.23*

* $p < .05$, (a) Pearson, s correlation coefficient, (b) Spearman, s correlation coefficient

การอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อยู่ระหว่าง 14 - 24 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 20.44 (S.D. = 2.51) โดยมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับสูง ร้อยละ 96.47 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมุกดาหารมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยให้ความรู้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดพบว่าร้อยละ 91.80 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในขณะตั้งครรภ์ ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับมาก ดังการศึกษาของ Lin, Chien, Tai, and Lee (2008) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาขณะตั้งครรภ์มีคะแนน

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาขณะตั้งครรภ์ นอกจากการได้รับความรู้ในระยะตั้งครรภ์แล้วในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง พยาบาลผดุงครรภ์จะแนะนำวิธีการให้ทารกดูนมอย่างถูกวิธีและสังเกตการได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอโดยสอนมารดาเป็นรายบุคคล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับสูงอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.34 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 32.94 ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะรับรู้ข้อมูล สามารถแปลความหมายหรือเข้าใจข้อมูลที่ได้รับอย่างแท้จริง มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้มากด้วย (Banu & Khanom, 2012) ดังการศึกษาของ

Afroze, Banu, Ahmed, and Khanom (2012) ที่พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ และยังพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกอยู่ระหว่าง 103 - 290 นาที เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 159.22 (S.D. = 33.08) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกภายหลังเกิดประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง ร้อยละ 71.80 ระยะเวลาดังกล่าวเป็นระยะเวลาที่ไม่เป็นไปตามนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดว่าควรมีการนำบุตรมาดูนมมารดาในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (WHO, 2017) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายของโรงพยาบาลมุกดาหารที่แยกมารดาและทารกในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้พักผ่อน และมีความพร้อมที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การแยกมารดาและทารกทำให้ทารกกระตุ้นให้ทารกดูนมเป็นไปไม่ได้ซ้ำ รวมถึงการที่มารดาได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 51.80 ดังการศึกษาของ Cakmak and Kuguoglu (2007) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดได้กระตุ้นให้ทารกดูนมครั้งแรกช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด อีกทั้งภายหลังผ่าตัดคลอด มารดาจะมีอาการปวดแผล และง่วงซึม สูญเสียความรู้สึกในการควบคุมตนเองจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป และการศึกษาของ Albokhary and James (2014) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีระยะเวลาการเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกมากกว่า 1 ชั่วโมง เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดคลอดจะสูญเสียความรู้สึกในการควบคุมตนเอง และมีอาการปวดแผลผ่าตัด

3. พฤติกรรมการดูนมของทารก ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูนมของทารกอยู่ระหว่าง 3 - 12 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 8.31 (S.D. = 2.18) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมการดูนมของทารกว่ามีประสิทธิภาพปานกลาง ร้อยละ 49.40 และไม่

ประสิทธิภาพ ร้อยละ 20.00 อาจเนื่องมาจากระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกช้ากว่า เมื่อเทียบกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดว่าควรมีการนำบุตรมาดูนมมารดาในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (WHO, 2017) ซึ่งในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดถือเป็นช่วงที่ทารกมีการตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อม และพร้อมจะดูนมมารดามากที่สุด หลังจากชั่วโมงนี้ไปแล้วทารกจะเริ่มง่วงและไม่ค่อยหิว (WHO, 2013) ดังการศึกษาของ Cakmak and Kuguoglu (2007) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีการรับรู้ว่าพฤติกรรมการดูนมของทารกมีประสิทธิภาพต่ำกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด

4. ปริมาณการไหลของน้ำนม ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณการไหลของน้ำนม อยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.68 (S.D. = .74) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำนมไหลปานกลางร้อยละ 45.88 อาจเนื่องจากผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในวันที่ 3 หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงของการสร้างน้ำนมระยะที่ 2 ซึ่งการสร้างน้ำนมระยะนี้อยู่ภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง (Lawrence & Lawrence, 2016) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำนมไหลปานกลาง

5. การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมอยู่ระหว่าง 96 - 138 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 115.35 (S.D. = 11.26) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมต่ำ ร้อยละ 61.20 และรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 38.80 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลผดุงครรภ์ได้ประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีปริมาณน้ำนมไหลปานกลาง และไหลมาก รวมเป็นร้อยละ 58.82 เป็นไปได้ว่าเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากพยาบาลผดุงครรภ์ว่ามีน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก จึงรับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมเพียงพอ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดากับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วย

นมมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (ตารางที่ 1) อาจเนื่องมาจากระยะหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากพยาบาลผดุงครรภ์ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมที่เพียงพอต่อความต้องการของทารก จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับสูงหรือระดับต่ำ ก็อาจจะไม่มีผลต่อการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม เพราะการได้รับข้อมูลจากพยาบาลผดุงครรภ์ ทำให้มีความเชื่อมั่นและรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม (Hill & Humenick, 1989) ดังการศึกษาของ Chisuwan, Prasopkittikun, Sangperm, and Payakkaraung (2012) ที่พบว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาท และมีความสำคัญที่สุดในการสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้

7. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (ตารางที่ 1) เป็นไปได้ว่าเกิดจากการที่ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากพยาบาลผดุงครรภ์ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม ถึงแม้ว่าจะมีการกระตุ้นทารกดูนมมารดาเร็วหรือช้า ก็อาจจะไม่มีผลต่อการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม การศึกษาค้นคว้าจึงพบว่า ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม

8. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูนมของทารกกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูนมของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (ตารางที่ 1) เป็นไปได้ว่าเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากพยาบาลผดุงครรภ์

ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรับรู้พฤติกรรมการดูนมของทารกว่ามีประสิทธิภาพปานกลางและไม่มีประสิทธิภาพรวมเป็นร้อยละ 69.40 ก็อาจจะไม่มีผลต่อการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม การศึกษาค้นคว้าจึงพบว่า พฤติกรรมการดูนมของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม

9. ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการไหลของน้ำนมกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณการไหลของน้ำนมมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.23, p < .05$) (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวันที่ 3 หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงของการสร้างน้ำนมระยะที่ 2 ที่อยู่ภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง และเป็นระยะที่น้ำนมเต็มเต้า (Lawrence & Lawrence, 2016) ร่วมกับการมีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลจะนำทารกมาดูนมมารดาช้ากว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงยังมีปริมาณน้ำนมไหลจากอิทธิพลของฮอร์โมน และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งจัดอยู่ในปัจจัยด้านสรีรวิทยาของมารดาที่มีผลต่อปริมาณการไหลของน้ำนม (Hill & Humenick, 1989)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินปริมาณการไหลของน้ำนม เพราะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรนำข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณการไหลของน้ำนมและการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์

แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจถึงความสำคัญของการประเมินระดับการไหลของน้ำนม และการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารก

พฤติกรรมการดูนมของทารกและการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดซ้ำ

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด เช่น ความถี่ในการให้นมบุตร ยาระงับความรู้สึก ทัศนคติในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Afroze, L., Banu, B., Ahmed, K. R., & Khanom, K. (2012). Factors associated with knowledge about breastfeeding among female garment workers in Dhaka city. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 1(3), 249-255. Retrieved from <http://imsear.li.mahidol.ac.th>
- Albokhary, A. A., & James, J. P. (2014). Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia? *Saudi Medical Journal*, 35(11), 1400-1403.
- Alden, K. R. (2012). Newborn nutrition and feeding. *Maternity & Women's Health Care* (10th ed.). St. Louis: Mosby.
- Anuntakulnthee, N. (2015). Factors predicting maternal perception of milk insufficiency in adolescent mothers. (Master's thesis), Mahidol University. (In Thai)
- Banu, B., & Khanom, K. (2012). Effects of education level of father and mother on perceptions of breastfeeding. *Journal of Enam Medical College*, 2(2), 67-73. doi: 10.3329/jemc.v2i2.12840
- Bloom, S. L., Spong, C. Y., Weiner, S. J., Landon, M. B., Rouse, D. J., Varner, M. W.,...Gabbe, S. G. (2005). Complications of anesthesia for cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 106(2), 281-287. doi: 10.1097/01.AOG.0000171105.39219.55
- Cakmak, H., & Kuguoglu, S. (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 1128-1137.
- Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. *Journal of Nursing Science*, 30(1), 70-80. (In Thai)
- Chitkow, L. (1999). Effects of the administration of narcotic analgesic drug to the mother during the first stage of labor on the behavior and length of time of the first successful breastfeeding among neonates during the early neonatal period. (Master's thesis), Mahidol University. (In Thai)
- Department of mental Health. (2016). *The twelfth national economic and social development plan* (2017-2021). Retrieved from <http://www.anamai.moph.go.th> (In Thai)

- De Silva, M., Senarath, U., Gunatilake, M., & Lokuhetty, D. (2010). Prolonged breastfeeding reduces risk of breast cancer in Sri Lankan women: A case-control study. *Cancer Epidemiology*, 34(3), 267-273. doi: 10.1016/j.canep.2010.02.012
- Hill, P. D., & Humenick, S. S. (1989). Insufficient milk supply. *The Journal of Nursing Scholarship*, 21(3), 145-148.
- Hill, P. D., & Humenick, S. S. (1996). Development of the H & H lactation scale. *Nursing Research*, 45(3), 136-140. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com>
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th ed.). Philadelphia: Mosby.
- Lin, S. S., Chien, L. Y., Tai, C. J., & Lee, C. F. (2008). Effectiveness of a prenatal education programme on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 296-303. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01927.x
- Niwattayakul, R. (2005). Breastfeeding optimization program. In *Thai breastfeeding conference proceeding book* (pp. 210-214). Bangkok: Research Center for Family Support. (In Thai)
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Boston: Pearson.
- Srimoragot, M. (2017). *Factor related to perceived insufficient milk supply among first-time mothers*. (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)
- Thai Breastfeeding Center Foundation. (2014). *The best breastfeeding*. Retrieved from <http://www.thaibreastfeeding.org/page.php?id=54> (In Thai)
- Voramongkol, N., Chetprayuk, I., & Sakulitsariyaphon, S. (2011). Breastfeeding situation in Thailand 2009-2010. *Journal of Health Science*, 20(5), 721-731. (In Thai)
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Retrieved from <https://extranet.who.int/rhl/topics/newborn-health/care-newborn-infant/early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Breastfeeding*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/infographic/nutrition/breastfeeding.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Babies and mothers worldwide failed by lack of investment in breastfeeding*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/lack-investment-breastfeeding/en/>

**ประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์:
การทบทวนอย่างเป็นระบบ
Effectiveness of Childbirth Self-efficacy Promotion Among Pregnant Women:
A Systematic Review**

เพ็ญภา	ดามินเศก *	Pennapa	Dumminsek *
กรรณิการ์	กันธะรักษา **	Kannika	Kantaruksa **
นงลักษณ์	เฉลิมสุข ***	Nonglak	Chaloumsuk ***

บทคัดย่อ

การคลอดบุตรเป็นเหตุการณ์วิกฤตที่ไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ ส่งผลให้สตรีเกิดความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญระหว่างคลอด สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้สตรีเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรทำให้สตรีสามารถเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตระหว่างคลอดได้สำเร็จ การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ โดยสืบค้นจากรายงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของแบนดูราและ/หรือโลวี ที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2560 โดยใช้การทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (2016) การประเมินคุณภาพและการสกัดข้อมูลใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ การสืบค้นอย่างเป็นระบบพบรายงานวิจัย 7 เรื่องผ่านเกณฑ์การคัดเลือก สามารถนำมาวิเคราะห์เมตา 2 เรื่องและวิเคราะห์บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา 5 เรื่องที่มีความแตกต่างของวิธีการจัดกระทำและระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผลลัพธ์หลักพบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ (95% CI 11.86, 22.68, $p < .001$) และเพิ่มความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (95% CI 15.76, 27.75, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงอยู่ในระดับปานกลาง
2. ผลลัพธ์รองพบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรมีผลต่อการควบคุมความเจ็บปวดในระยะรอคลอด (95% CI 1.02, 2.15, $p < .001$) และช่วยลดความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI 0.84, 2.31, $p < .001$)

ผลการวิเคราะห์บรรยายสรุปเชิงเนื้อหาพบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรในระยะตั้งครรภ์

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธิชนราช
* Instructor, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, pennapa.kib@gmail.com
** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Associated Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 22 พฤษภาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 12 กุมภาพันธ์ 2561 วันที่ตอบรับบทความ 18 มิถุนายน 2561

หรือต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร และการติดตามผลลัพธ์ในระยะตั้งครรภ์เป็นวิธีที่เหมาะสมกว่าในระยะหลังคลอดบุตร

จากผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้เสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรตระหนักถึงการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร เพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรแก่สตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาวิจัยปฐมภูมิเกี่ยวกับประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์เพิ่มเติมให้ทำงานวิจัยที่เพียงพอในการนำมาวิเคราะห์เมตา เพื่อช่วยยืนยันประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร สตรีตั้งครรภ์ การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Abstract

Childbirth can be a crisis situation with unpredictable outcomes for a woman in labor and her fetus. This causes fear and anxiety for the situation of childbirth. Self-efficacy is a factor affecting women's self confidence. Therefore, the promotion of childbirth self-efficacy affects a woman's ability to successfully overcome a crisis situation at childbirth. The purpose of this systematic review was to investigate the effectiveness of childbirth self-efficacy promotion among pregnant women. This was done by searching for randomized controlled trials and quasi-experimental studies regarding the childbirth self-efficacy promotion among pregnant women based on the Bandura and/or Lowe framework which were discussed in both published and unpublished studies in English and Thai languages from 1997 to 2017 and using a systematic guideline developed by the Joanna Briggs Institute (2016). Quality assessment and data extraction were undertaken using a critical appraisal form and a data extract form developed by the Joanna Briggs Institute. This systematic search identified a total of seven studies, which met the inclusion criteria. Data were analyzed using meta-analysis of two studies and narrative synthesis of five studies with different types of intervention and different time periods of outcome evaluation.

The results revealed that:

1. The primary outcome was found, that childbirth self-efficacy promotion significantly enhanced the outcome expectancy (95% CI 11.86, 22.68, $p < .001$) and the self-efficacy expectancy (95% CI 15.76, 27.75, $p < .001$). The quality of this evidence was identified at a moderate level.
2. Secondary outcomes were found, that childbirth self-efficacy promotion significantly affected pain control during labor (95% CI 1.02, 2.15, $p < .001$) and significantly reduced anxiety among pregnant women (95% CI 0.84, 2.31, $p < .001$).

The findings from this narrative synthesis found that the promotion of childbirth self-efficacy during pregnancy as well as continuing promotion through pregnancy and labor periods had a positive outcome on childbirth self-efficacy. Evaluating the outcome during pregnancy was more appropriate than during the postpartum period.

The findings of this systematic review recommend that health personnel should be aware about childbirth self-efficacy promotion in order to enhance childbirth self-efficacy for pregnant women. However, additional primary studies on the effectiveness of childbirth self-efficacy among pregnancy women are required in order to obtain sufficient studies for a meta-analysis which can confirm the effectiveness of childbirth self-efficacy promotion among pregnant women.

Keywords: *Effectiveness, Childbirth Self-efficacy Promotion, Pregnant Women, Systematic Review*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดบุตร (childbirth) เป็นกระบวนการตามธรรมชาติแต่เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นระหว่างการคลอด เมื่อสตรีตั้งครรภ์ใกล้เข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016) สตรีตั้งครรภ์อาจเกิดความวิตกกังวลเมื่อร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงและต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญระดับสูงมี ความกลัวการคลอด เพิ่มขึ้นด้วย (Kittisakchai, Sansiriphun, & Kantaruksa, 2013) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหากสตรีตั้งครรภ์ยังมีความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองและกระตุ้นให้มีการหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamines) มีผลต่อการหดตัวของมดลูกที่ผิดปกติส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น จนเกิดเป็นวงจรที่เรียกว่า วงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (fear-tension-pain cycle) (Dick-Read, 1954) สตรีที่มีความกลัว ความวิตกกังวลสูง ส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการคลอดได้ (Lowdermilk et al., 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดได้ คือ สมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร (childbirth self-efficacy) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสมรรถนะแห่งตนระดับสูงจะมีความกลัวต่ำ รวมทั้งสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการคลอดได้ (Lowe,

2000) แต่สตรีตั้งครรภ์ที่มีสมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ จะมีความกลัวการคลอดสูง ทำให้ไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Salomonsson, Gullberg, Alehagen, & Wijma, 2013) จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์เกิดสมรรถนะแห่งตน สามารถช่วยลดการเกิดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้ (Schwartz, Toohill, Creedy, Baird, Gamble, & Fenwick, 2015)

Lowe (1991) ได้นำแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการคลอดบุตร และอธิบายว่าเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ที่จะเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะในระยะคลอด การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้น สามารถส่งเสริม โดยผ่านการสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จในการคลอดบุตร (enactive attainment) 2) การเห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์จากผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ (vicarious experience) 3) การชักจูงหรือโน้มน้าวด้วยคำพูด (verbal persuasion) และ 4) การตอบสนองทางสรีรวิทยา (visceral arousal)

สมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก (Stockman & Altmaier, 2001) และสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรสามารถทำนายความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Berentson-Shawet, Scott, & Jose, 2009) ในทางตรงข้าม หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรระดับต่ำ ทำให้ได้รับยาระงับความเจ็บปวดทางไขสันหลัง

ระหว่างคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรระดับสูง (Carlsson, Ziegert, & Nissen, 2015) นอกจากนี้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรระดับสูงสามารถลดความวิตกกังวลขณะเผชิญในสถานการณ์ระหว่างการคลอด (Beebe, Lee, Carrieri-Kohlman, & Humphreys, 2007) และลดความกลัวการคลอดได้ (Schwartz et al., 2015) แต่หากสตรีตั้งครรภ์มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรระดับต่ำจะมีความกลัวการคลอดสูง ส่งผลให้เลือกการคลอดบุตรโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด (Salomonsson et al., 2013) อีกทั้งสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียดหลังมีเหตุการณ์ที่กระทบจิตใจ (posttraumatic stress disorder) (Ford, Ayers, & Bradley, 2010) และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Schwartz et al., 2015)

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญที่จะสนับสนุนและช่วยเหลือให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างคลอดได้สำเร็จ (Lowe, 1991) ดังนั้นจึงตระหนักถึงความสำคัญของวิธีการพยาบาลที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรแก่สตรีตั้งครรภ์ให้เผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดผลกระทบจากการมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรต่ำดังกล่าว

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรแก่สตรีตั้งครรภ์ให้ประสบความสำเร็จควรกระทำตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ (Byrne, Hauck, Fisher, Bayes, & Schutze, 2014) และจากการสืบค้นเบื้องต้นพบการทบทวนแบบบูรณาการ (integrative review) ที่ศึกษาผลของสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรต่อผลลัพธ์ของการคลอด โดยทบทวนจากงานวิจัยจำนวน 23 เรื่อง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 ถึง ค.ศ. 2015 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรระดับสูงเกิดผลลัพธ์ที่ดีตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด (Tilden, Cayghey, Lee, & Emeis, 2016) อย่างไรก็ตาม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการรวบรวมงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ในการประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ในภาพรวมของการมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร แต่ไม่เฉพาะเจาะจงถึงประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร

จากการสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 3 ฐาน ได้แก่ CINAHL PubMed และ Google scholar พบงานวิจัยที่ศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรโดยสนับสนุนผ่าน 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูราและ/หรือโลว์ ในสตรีครรภ์แรกและ/หรือสตรีครรภ์หลังจำนวนหนึ่ง ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรช่วยเพิ่มระดับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร รวมถึงลดความเจ็บปวดระหว่างรอคลอด ลดความวิตกกังวลและลดความกลัวการคลอด แต่บางการศึกษาพบว่า ไม่สามารถเพิ่มระดับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรและลดความวิตกกังวลแสดงให้เห็นว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ให้ผลลัพธ์แตกต่างกันและไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรได้

จากการสืบค้นของผู้วิจัย ยังไม่พบการทบทวนอย่างเป็นระบบ รวมทั้งไม่พบการวิเคราะห์แบบเมตา (meta-analysis) พบเพียงการทบทวนแบบบูรณาการของ Tilden et al. (2016) แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดของวิธีวิจัย คือ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา แม้ว่ามีงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม แต่มีการวัดผลลัพธ์คนละช่วงเวลา จึงทำให้ไม่ได้ข้อสรุปแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อสังเคราะห์และสรุปองค์ความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรแก่สตรีตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดของ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2016) ซึ่งเป็นกระบวนการสังเคราะห์และประเมินคุณภาพงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพ น่าเชื่อถือและลดอคติในการวิจัย เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ชัดเจน สามารถใช้

เป็นแนวทางให้พยาบาลผดุงครรภ์นำไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

ประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์โดยใช้กระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2016) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย 2) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) กำหนดวิธีการสืบค้นงานวิจัยและการคัดเลือกงานวิจัย 4) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 5) การรวบรวมและการสกัดข้อมูลงานวิจัย 6) การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจากผลการวิจัย และ 7) การแปลผลและการกำหนดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน โดยคัดเลือกงานวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ ผ่านการสนับสนุน 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูราและ/หรือโลวี ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม รวมทั้งงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีผลลัพธ์หลักคือ สมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร และผลลัพธ์รอง คือ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความกลัวการคลอด ที่ศึกษาในต่างประเทศและประเทศไทย ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ นำเสนอรายงานเฉพาะภาษาอังกฤษและภาษาไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง ปี พ.ศ. 2560 (ค.ศ. 1997 ถึงปี ค.ศ. 2017)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ภายหลังจากการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้สืบค้นรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ตามหลัก PICO ประกอบด้วย 1) กลุ่มประชากร (population) เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีในระยะตั้งครรภ์อายุครรภ์ 20-42 สัปดาห์ ทั้งสตรีครรภ์แรกและ/หรือสตรีครรภ์หลัง ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุครรภ์และทางสูติกรรม 2) วิธีการจัดกระทำ (intervention) เป็นรายงานการวิจัยที่จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรโดยบุคลากรสุขภาพผ่านการสนับสนุน 4 แหล่งตามแนวคิดของ Bandura (1977) หรือ Lowe (1991) 3) การเปรียบเทียบ (comparison/comparator) เป็นรายงานวิจัยที่เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ 4) ตัวแปรผลลัพธ์ (outcome) เป็นรายงานวิจัยที่มีตัวแปรผลลัพธ์หลัก คือ สมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร และผลลัพธ์รอง คือ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความกลัวการคลอด และ 5) รูปแบบงานวิจัย (study design) เป็นรายงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม หรือรายงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอน ทั้งที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ นำเสนอรายงานเป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึงปี พ.ศ. 2560 (ค.ศ. 1997 ถึงปี ค.ศ. 2017)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนงานวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบคัดกรองรายงานการวิจัย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย ซึ่งงานวิจัยที่เข้าสู่การทบทวนต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองของสถาบันโจแอนนาบริกส์ 3) แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (data extraction form) เป็นเครื่องมือบันทึกรายละเอียดของรายงานการวิจัย โดยใช้แบบบันทึก

การสกัดข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองหรือสังเกตของสถาบันโจแอนนาบริกส์ สำหรับการควบคุมคุณภาพการทบทวนผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแยกกันประเมินอย่างอิสระต่อกัน ผลการสกัดข้อมูลพบว่า ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษามีความเห็นความเห็นสอดคล้องกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะของรายงานวิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

2. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการลดบุตร พบรายงานวิจัย 2 เรื่องที่นำมาวิเคราะห์เมตาได้ (meta-analysis) จึงใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SUMARI ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2016) วิเคราะห์ด้วยสถิติ weigh mean difference [WMD] และใช้แบบจำลองตัวแบบคงที่ (fix effect model) สำหรับรายงานวิจัย 5 เรื่องที่มีความแตกต่างกัน ได้วิเคราะห์บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา (narrative summary)

3. การจัดระดับคุณภาพของหลักฐาน (quality of evidence) โดยใช้ GRADE เป็นตัวกำหนดคุณภาพโดยผู้วิจัยได้สรุปข้อค้นพบและประเมินคุณภาพของหลักฐานจากรายงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม พบว่ามีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง

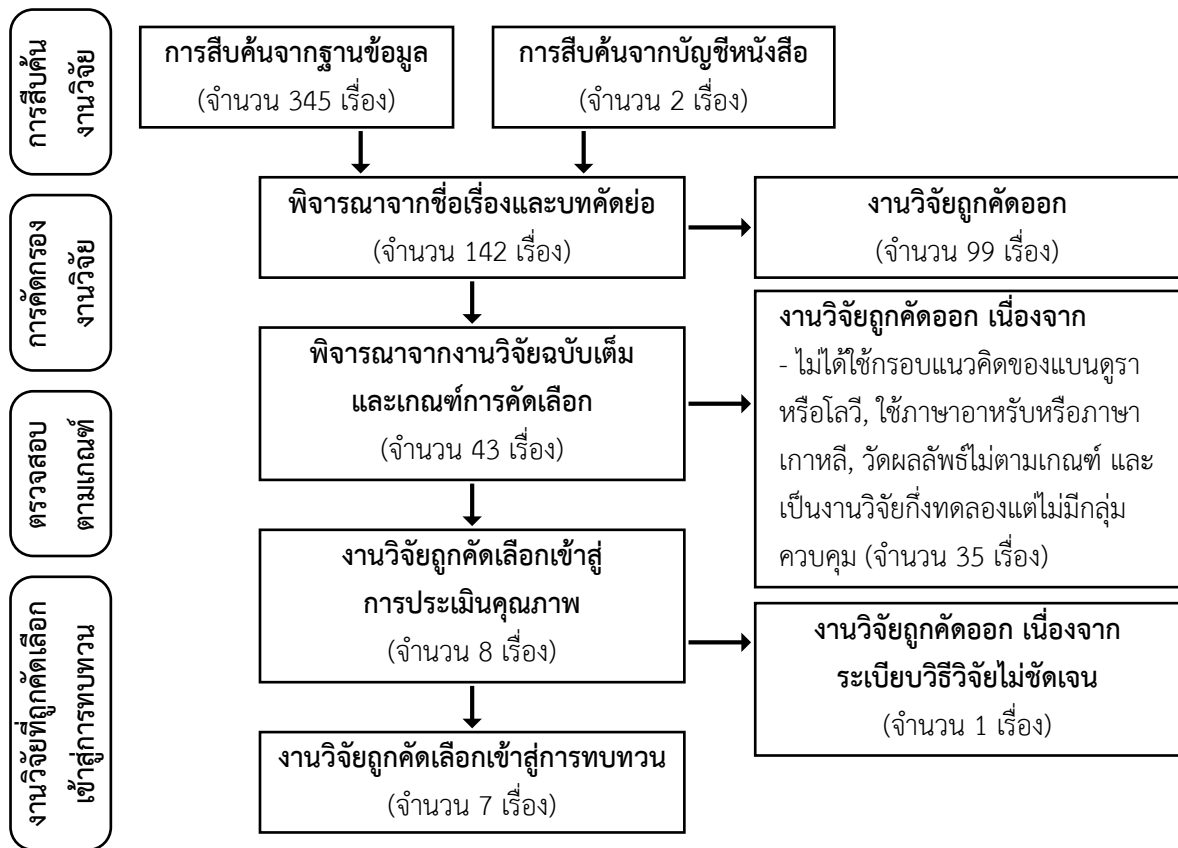
ผลการวิจัย

1. การคัดเลือกงานวิจัยในการทบทวนอย่างเป็นระบบ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การคัดเลือกรายงานการวิจัย ผลจากการสืบค้นพบรายงานวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการลดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ จากฐานข้อมูลและสืบค้นด้วยมือจำนวน 347 เรื่อง คงเหลืองานวิจัยจำนวน 7 เรื่องถูกคัดเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบ สามารถนำมาวิเคราะห์เมตา 2 เรื่องและวิเคราะห์บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา 5 เรื่อง ดังแสดงในแผนภาพที่ 4.1

1.2 ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะของรายงานวิจัย งานวิจัยที่ถูกคัดเลือกเข้าจำนวน 7 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการ

ลดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 2 เรื่องร้อยละ 28.57 และงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 5 เรื่องร้อยละ 71.43 เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศจำนวน 6 เรื่องร้อยละ 85.71 และในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่องร้อยละ 14.29 ศึกษาในสตรีครรภ์แรก 6 เรื่องร้อยละ 85.71 และสตรีครรภ์แรกและสตรีครรภ์หลัง 1 เรื่องร้อยละ 14.29



ภาพที่ 4.1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยเข้าสู่การทบทวนตาม PRISMA

2. ผลของการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่นำมาทบทวน งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2016) พบว่า รายงานวิจัยที่นำมาทบทวนทั้ง 7 เรื่องอยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพดี มีคะแนนอยู่ในช่วง 8-9 คะแนน

3. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลออดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลออดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตามผลลัพธ์หลัก ผลลัพธ์รอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลลัพธ์หลัก

1. สมรรถนะแห่งตนในการคลออดบุตร

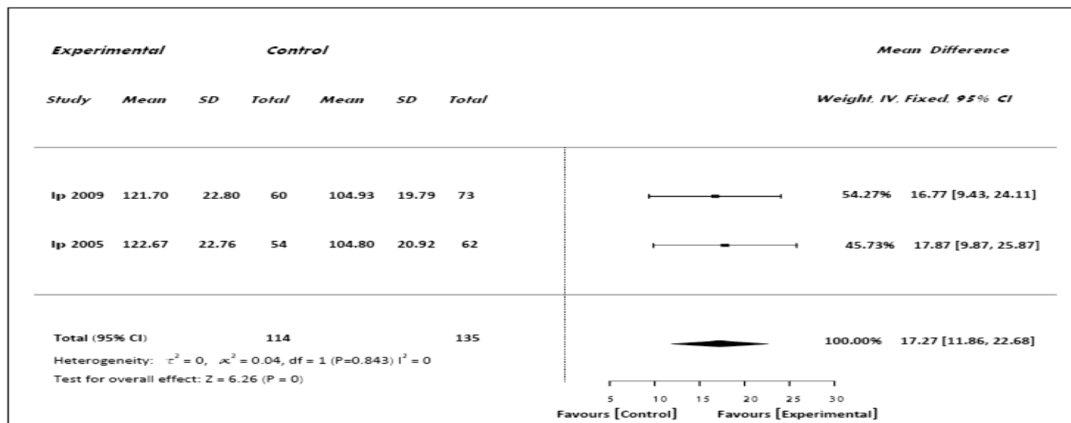
สมรรถนะแห่งตนในการคลออดบุตร ประกอบด้วย ความคาดหวังในผลลัพธ์และความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน พบงานวิจัย 2 เรื่อง สามารถนำมา

วิเคราะห์เมตา และงานวิจัย 5 เรื่องที่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยวิเคราะห์บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

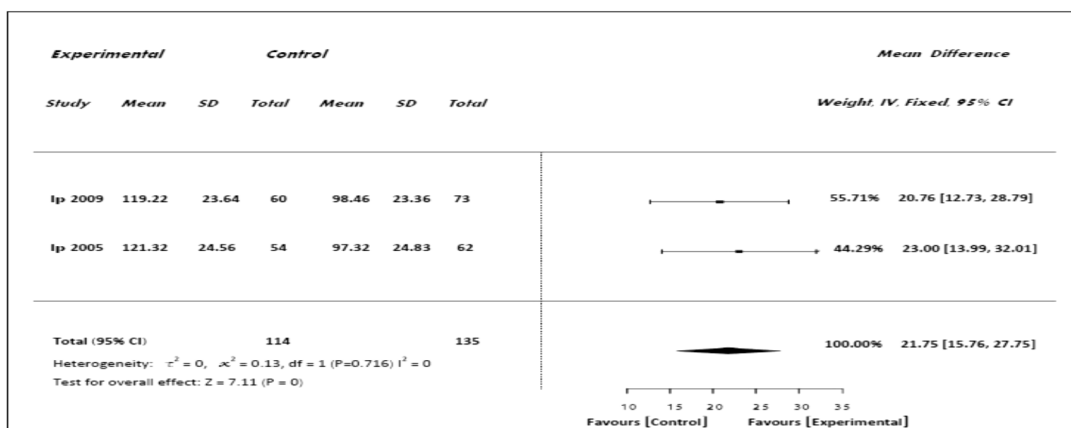
1.1 การวิเคราะห์เมตา จากรายงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลออดบุตรของสตรีครรภ์แรก 2 เรื่อง (Ip, 2005; Ip, Tang & Goggins, 2009) เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม โดยศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลออดบุตรตามแนวคิดของ Bandura (1997) จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 90 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลลัพธ์ ($p = .017$; $p < .0001$) และคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$; $p < .0001$) เมื่อนำไปวิเคราะห์เมตาโดยใช้โปรแกรม SUMARI เปรียบเทียบผลของสมรรถนะแห่งตนในการคลออดบุตร พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลออดเพิ่ม

คาดหวังในผลลัพธ์ (95% CI 11.86, 22.68, $p < .001$)
และเพิ่มความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (95% CI

15.76, 27.75, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ดังภาพที่ 4.2 - 4.3



ภาพที่ 4.2 การวิเคราะห์เมตาเปรียบเทียบคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์



ภาพที่ 4.3 การวิเคราะห์เมตาเปรียบเทียบคะแนนความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน

1.2 การวิเคราะห์บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา
จากรายงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ผู้วิจัยได้จำแนกเป็น
2 หมวด ได้แก่ วิธีการจัดกระทำและการติดตามผลลัพธ์
หมวดวิธีการจัดกระทำ

จากการทบทวนรายงานวิจัยพบว่า มีการ
ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรในระยะ
ตั้งครรภ์ และส่งเสริมแบบต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์
ถึงระยะรอคลอด ซึ่งการส่งเสริมในระยะตั้งครรภ์
แบ่งได้เป็น 1) การส่งเสริมเฉพาะกลุ่มสตรีตั้งครรภ์
3 เรื่อง โดยการส่งเสริมแบบรายกลุ่มๆ ละ 5-10 ราย
และใช้เวลา 60-90 นาทีตามแนวคิดของ Bandura

(1997) พบว่าลักษณะการสอนคล้ายคลึงกัน ได้แก่
อธิบายกายวิภาคและสรีรวิทยาของการคลอดบุตร
สอนบริหารร่างกายร่วมกับเทคนิคเผชิญกับความเจ็บปวด
และฝึกปฏิบัติสาธิตย้อนกลับ พร้อมชมเชยเมื่อปฏิบัติ
ถูกต้อง และแลกเปลี่ยนทักษะเผชิญกับความเจ็บปวด
พร้อมหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน แต่มีบางกิจกรรม
ที่แตกต่างกัน เช่น การแสดงบทบาทสมมติการใช้เทคนิค
เผชิญความเจ็บปวด พาชมห้องคลอด (Howham, 2008)
หรือชมวิดีโอเกี่ยวกับการคลอดและสภาพแวดล้อม
ห้องคลอด พร้อมการติดตามทางโทรศัพท์ (Taheri,
Mazaheri, Khorsandi, Hassanzadeh, & Amiri, 2014)

หรือสอนการแก้ไขปัญหามือเมื่อเผชิญความเจ็บปวด (Soltani, Eskandari, Khodakeami, Parsa, & Roshanaei, 2017) ผลการศึกษาทั้ง 3 งานวิจัยพบว่าเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์และความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) การส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ร่วมกับสามี 1 เรื่อง (Khaikin, Marcus, Kelishek, & Balik, 2016) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับความรู้ร่วมกับการพาชมห้องคลอดใช้เวลา 5 สัปดาห์และกลุ่มที่ได้รับความรู้อย่างเดียวใช้เวลา 2 สัปดาห์ รูปแบบการสอนของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มเน้นการให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมและมีเนื้อหาเหมือนกัน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคลอดบุตร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสตรีต้นแบบ รวมถึงการสาธิตและฝึกปฏิบัติย้อนกลับ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถเพิ่มความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มได้ อย่างไรก็ตาม การจัดกระทำในระยะตั้งครรภ์ทั้ง 2 รูปแบบพบงานวิจัยจำนวนน้อยและมีการจัดกระทำแตกต่างกัน จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรเฉพาะระยะตั้งครรภ์ได้

การจัดกระทำที่ส่งเสริมต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะรอคลอด 1 เรื่อง (Proyngern, Sangin, & Suparimanont, 2015) เป็นการส่งเสริมสตรีครรภ์แรกร่วมกับสามีหรือญาติ สนับสนุนให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม โดยส่งเสริมในระยะตั้งครรภ์ 2 ครั้งๆ ละ 45-50 นาที เน้นการเสริมสร้างและพัฒนาสมรรถนะแห่งตนผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงและการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด เทคนิคการผ่อนคลายและฝึกปฏิบัติจนเกิดประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้ประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ การคลอด และแจกคู่มือกลับไปทบทวนที่บ้าน สำหรับระยะรอคลอดได้รับการทบทวนเทคนิคการผ่อนคลาย ความเจ็บปวด และมีสามีหรือญาติเข้ามาดูแลตลอดระยะเวลารอคลอด ทำหน้าที่สนับสนุนด้านจิตใจ ได้แก่ การจับมือ การพูดชื่นชมและกระตุ้นเตือนใช้เทคนิค

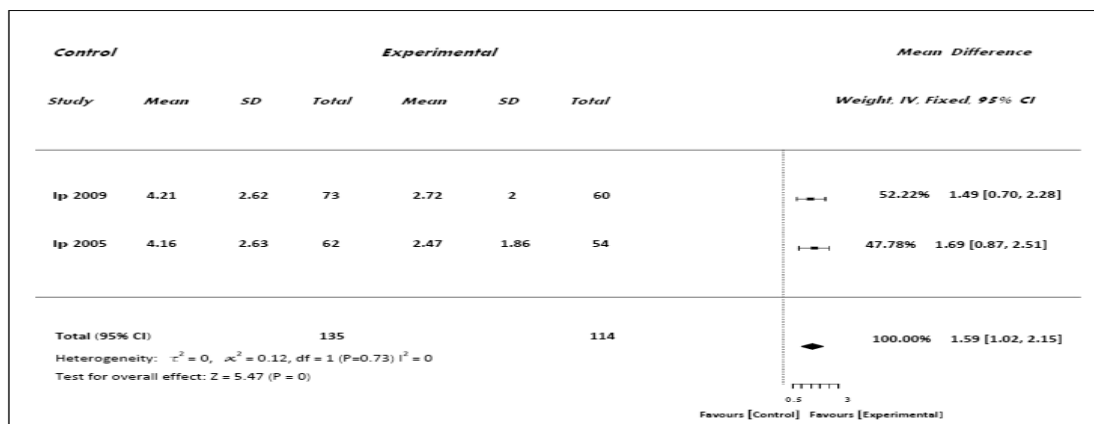
การผ่อนคลาย ผลการศึกษาพบว่าเพิ่มความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่วิธีจัดกระทำดังกล่าวมีเพียง 1 งานวิจัย จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของการส่งเสริมแบบต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะรอคลอดได้หมดการติดตามผลลัพธ์

พบว่าความแตกต่างของช่วงเวลาในการติดตามผลลัพธ์ แบ่งเป็น การติดตามผลลัพธ์ในระยะตั้งครรภ์ 4 เรื่อง (Proyngern et al., 2015; Khaikin et al., 2016; Taheri et al., 2014; Soltani et al., 2017) และในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด 24-48 ชั่วโมง 1 เรื่อง (Howharn, 2008) การติดตามผลลัพธ์ในระยะตั้งครรภ์พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์และคะแนนความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น สำหรับการติดตามผลลัพธ์ในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดพบว่าคะแนนความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนระดับสูงทั้ง 2 ระยะ แต่คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ระยะหลังคลอดต่ำกว่าระยะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่จะติดตามผลลัพธ์ในระยะตั้งครรภ์จึงไม่อาจสรุปประสิทธิผลของการติดตามประเมินผลลัพธ์ได้ เนื่องจากใช้เครื่องมือหรือติดตามผลลัพธ์แตกต่างกัน

ผลลัพธ์รอง

1. ความเจ็บปวด

การวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัย 2 เรื่อง (Ip, 2005; Ip et al., 2009) ประเมินระดับความเจ็บปวดระหว่างรอคลอด โดยประเมินภายใน 24 - 48 ชั่วโมงหลังคลอดบุตร ผลการวิเคราะห์เมตาพบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์สามารถลดระดับความเจ็บปวดได้ (95% CI 1.02, 2.15, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ดัง forest plot ภาพที่ 4.4



ภาพที่ 4.4 การวิเคราะห์เมตาเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวด

2. ความวิตกกังวล

การวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Ip, 2005; Ip et al, 2009) พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะทั้งต้นในการลดบุตรของสตรีครรภ์แรก

โดยใช้กรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถลดความวิตกกังวลได้ (95% CI 0.84, 2.31, $p < .001$) ดัง forest plot ภาพที่ 4.5



ภาพที่ 4.5 การวิเคราะห์เมตาเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล

การวิเคราะห์แบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหาจากรายงานวิจัย 1 เรื่อง (Khaikin et al., 2016) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะทั้งต้นในการลดบุตรของสตรีครรภ์แรกต่อความวิตกกังวล โดยประเมินระดับความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีในกลุ่มทดลอง และประเมินระดับความวิตกกังวลเมื่อสตรีตั้งครรภ์มาตรวจตามนัดในกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

4. ความกลัวการคลอด

การวิเคราะห์บรรยายสรุปเชิงเนื้อหา จากรายงานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 2 เรื่อง (Taheri et al., 2014; Soltani, et al., 2017) ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะทั้งต้นในการลดบุตรแก่สตรีตั้งครรภ์โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผล

ประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ จากรายงานวิจัย 7 เรื่อง พบว่าใช้แนวคิดของแบนดูราและใช้เครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรที่พัฒนาโดย Lowe (1991) สามารถอภิปรายผลตามผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง มีรายละเอียดดังนี้

สมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร จากการศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ทุกงานวิจัยเน้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ผ่านการสนับสนุน 4 แหล่ง ดังผลการวิเคราะห์เมตาแสดงให้เห็นว่า สตรีตั้งครรภ์เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์และความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น สำหรับการบรรยายสรุปเชิงเนื้อหาพบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์เฉพาะในระยะตั้งครรภ์ หรือต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะรอคลอดให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร ส่วนการติดตามผลลัพธ์พบว่า มีความแตกต่างกันในช่วงเวลาการติดตามผลลัพธ์

ความเจ็บปวด การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรผ่านการสนับสนุนตามแนวคิดของแบนดูรา ได้แก่ การสอนทักษะและการฝึกปฏิบัติย้อนกลับเกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวดด้วยเทคนิคต่างๆ รวมถึงการดูวิดีโอจากสตรีที่มีประสบการณ์โดยตรงในการเผชิญกับความเจ็บปวดระหว่างการคลอด เพื่อมุ่งเน้นให้สตรีตั้งครรภ์เกิดทักษะและสามารถนำไปใช้ในระหว่างคลอด (Ip, 2005; Ip et al., 2009) ผลการวิเคราะห์เมตา พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ควบคุมความเจ็บปวดและลดความเจ็บปวดระหว่างรอคลอดได้

ความวิตกกังวล สมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดความวิตกกังวลของสตรีครรภ์แรก โดยสนับสนุนผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเผชิญความเจ็บปวดระหว่างคลอด สอนทักษะควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม (Ip, 2005) พร้อมทั้งการ

ได้รับกำลังใจ เพื่อช่วยเสริมแรงทางบวกและเพิ่มการควบคุมอารมณ์ (Ip et al., 2009) นอกจากนี้การสนับสนุนให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกสบายใจ ปลอดภัยมากขึ้น (Khaikin et al., 2016) ผลการวิเคราะห์แบบเมตาพบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร ช่วยลดความวิตกกังวลได้

ความกลัวการคลอด การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร มีผลต่อการระดับของกลัวการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งการให้ความรู้และการอภิปรายกลุ่มร่วมกันเกี่ยวกับสาเหตุของความกลัวการคลอด การได้เห็นกระบวนการคลอดบุตรผ่านทางวิดีโอ (Taheri et al., 2014) รวมถึงการฝึกควบคุมอารมณ์ด้วยวิธีการต่างๆ และการให้กำลังใจในการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการคลอด (Soltani et al., 2017) ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับสตรีตั้งครรภ์เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในระหว่างการคลอด ซึ่งหากสตรีเกิดสมรรถนะแห่งตนในระดับสูงแล้วส่งผลให้มีความกลัวการคลอดลดลง (Lowe, 2000)

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร พบว่า มีงานวิจัยจำนวนน้อย มีข้อจำกัดทางด้านภาษา เมื่อกำหนดระดับคุณภาพของหลักฐานโดยใช้ GRADE พบว่า ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์แบบเมตามีคุณภาพในระดับปานกลาง แสดงถึงประสิทธิผลที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้พอควร แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ผ่านการสนับสนุน 4 แหล่งให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความกลัวการคลอด แม้ว่าจะยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรที่ดีที่สุดได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยปฐมภูมิ เชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพิ่มเติมเพื่อให้ได้วิธีการที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพควรนำแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์

ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความเชื่อมั่นให้สตรีตั้งครรภ์ ประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์ระหว่างการคลอด โดยผ่านการสนับสนุน 4 แหล่ง ตามแนวคิดของ แบนดูราและ/หรือโลวี

2. การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดบุตร โดยการส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ หรือการสนับสนุนให้สามี เข้ามามีส่วนร่วมระหว่างการจัดกระทำ ช่วยเพิ่มสมรรถนะ แห่งตนในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ได้ และแม้ว่า การส่งเสริมในระยะตั้งครรภ์จะพบมากที่สุด แต่การ ส่งเสริมแบบต่อเนื่องไปถึงระยะรอคลอดเป็นวิธีการหนึ่ง ที่เหมาะสมและให้ผลลัพธ์ที่ดีเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยปฐมภูมิเชิงทดลองแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ในการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดของ แบนดูราและ/หรือโลวี เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวนเพียงพอ มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำข้อมูล มาวิเคราะห์แบบเมตาได้ ส่งผลให้ได้วิธีที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมที่สุดในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนใน การคลอดบุตรแก่สตรีตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Beebe, K. R., Lee, K. A., Carrieri-Kohlman, V., & Humphreys, J. (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(5), 410-418.
- Berentson-Shaw, J., Scott, K. M., & Jose, P. E. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience?: A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357-373. doi: 10.1080/02646830903190888
- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 59(2), 192-197. doi: 10.1111/jmwh.12075
- Carlsson, M., Ziegert, K., & Nissen, E. (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth intervention and birth outcome. *Midwifery*, 31(10), 1000-1007. doi:10.1016/j.midw.2015.05.005
- Dick-Read, G. (1954). *Childbirth without fear the principles and practice of natural childbirth* (3rd ed.). New York: William Heinemann.
- Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 353-359.
- Howharn, C. (2008). *Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas*. University of Texas at Austin Nursing School. Retrieved from <https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/3902>.
- Ip, W. Y. (2005). *The effect of a theory-based intervention on promoting self-efficacy for childbirth among pregnant women in Hong Kong*. The Chinese University of Hong Kong.

- Ip, W. Y., Tang, C. S. K., & Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 2125–2135.
- Khaikin, R., Marcus, Y., Kelishek, S., & Balik, C. (2016). The effect of childbirth preparation courses on anxiety and self-efficacy in coping with childbirth. *Clinical Nursing Studies*, 4(3), 39-46. doi: 10.5430/cns.v4n3p39
- Kittisakchai, T., Sansiriphun, N., & Kantaruksa, K. (2013). Fear of childbirth in pregnant women and related factors. *Nursing Journal*, 40, 12-21. (In Thai)
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2016). *Maternity & women's health care* (11th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor a self-efficacy concept. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 20(6), 457–463.
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 219-224.
- Proyngern, C., Sangin, S., & Supasrimanont, W. (2015). The effects of a childbirth self-efficacy promotion program on perceived childbirth self-efficacy and personal control during childbirth among primiparous women. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 23(1), 3-12. (In Thai)
- Salomonsson, B., Gullberg, M., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nullparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(3), 116-121. doi: 10.3109/0167482X.2013.824418
- Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BioMedCentral Pregnancy and Childbirth*, 15(29), 1–9. doi: 10.1186/s12884-015-1465-8
- Soltani, F., Eskandari, Z., Khodakarami, B., Parsa, P., & Roshanaei, G. (2017). The effect of self-efficacy oriented counseling on controlling the fear of natural delivery in primigravida women. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 9(10), 1757-1761.
- Stockman, A. F., & Altmaier, E. M. (2001). Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 8(3), 161-166.
- Taheri, Z., Mazaheri, M. A., Khorsandi, M., Hassanzadeh, A., & Amiri, M. (2014). Effect of education intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(10), 1247-1254.
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2016). Checklist for quasi-experimental study and Checklist for randomize controlled trails. Retrieved from www.joannabrigge.org/research/critical-appraisal-tools.html
- Tilden, E. L., Caughey, A. B., Lee, C. S., & Emeis, C. (2016). The effect of childbirth self-efficacy on perinatal outcomes. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(4), 465-480. doi: 10.1016/j.jogn.2016.06.003

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต

Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for Sleep Promotion Among Critically Ill Patients

กวีวรรณ ไกล่ล่า *

Kaweewan Jaikla *

จินดารัตน์ ชัยอาจ **

Jindarat Chaiard **

มยุลี สำราญญาติ ***

Mayulee Somrarnyart ***

บทคัดย่อ

ปัญหาการนอนหลับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างมาก ทีมบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตควรให้การส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยเหล่านี้ การวิจัยเชิงพัฒนาและปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ให้บริการทางสุขภาพซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 47 คน และ 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มก่อนการใช้และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 33 และ 55 คน ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และ 2) แบบรวบรวมผลลัพธ์ของการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกอบด้วย สารสำคัญ 6 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และจริยธรรม 2) การประเมินการนอนหลับ 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและวิธีการ การส่งเสริมการนอนหลับแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 4) การจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ 5) การติดตามการส่งเสริมการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง และการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ

2. ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 82.4 ถึง 94.1 เห็นด้วยในระดับ “มาก” ต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับสูงกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในคืนที่ 1 ($\bar{X} = 67.3$, S.D. = 24.28 และ $\bar{X} = 57.2$, S.D. = 23.53) และคืนที่ 2 ($\bar{X} = 71.43$, S.D. = 21.88 และ $\bar{X} = 45.9$, S.D. = 26.99)

* พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Professional Nurse, Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, pokawee@hotmail.com

** ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding author, Assistant Professor Faculty of Nursing, Chiang Mai University, jindarat.c@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 14 มีนาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 6 กุมภาพันธ์ 2560 วันที่ตอบรับบทความ 1 พฤษภาคม 2560

คำสำคัญ: การส่งเสริมการนอนหลับ, ผู้ป่วยวิกฤต, แนวปฏิบัติทางคลินิก, คุณภาพการนอนหลับ, การรบกวนการนอนหลับ

Abstract

Sleep problems greatly effect critically ill patients. Health care provider teams should promote healthy sleep among these patients. The developmental and operation study aimed to develop clinical practice guidelines (CPGs) for sleep promotion in critically ill patients and to test the effectiveness of implementing CPGs. The framework of this study is based on the Australian National Health and Medical Research Council guidelines for development and implementation (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999). The participants consisted of 1) 47 health care providers who implemented CPGs 2) patients who were admitted to the intensive care unit before and during implementation of CPGs (33 and 55 participants, respectively). Data collection instruments consisted of 1) The CPGs Implementation Opinion Survey Form and 2) The Outcome Evaluation Form. Data were analyzed by using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The CPGs for sleep promotion among critically ill patients, Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University consisted of six major components including 1) protection of patient rights and ethics 2) sleep assessment of critically ill patients 3) education on sleep and sleep promotion strategies among health care providers 4) management to promote sleep 5) continuity of sleep promotion and documentation, and 6) improvement quality of care.

2. 82.4% to 94.1% of health care providers who implemented CPGs strongly agreed with the feasibility of the guidelines.

3. Participants in the CPGs implementation group had average sleep quality scores higher than those before CPGs implementation group from the first night ($\bar{X}$ = 67.3, S.D. = 24.28 and $\bar{X}$ = 57.2, S.D. = 23.53) and the second night ($\bar{X}$ = 71.43, S.D. = 21.88 and $\bar{X}$ = 45.9, S.D. = 26.99)

Keywords: *sleep promotion, critically ill patients, CPG, sleep quality, sleep disturbances*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับ มีความสำคัญในการปกป้อง ฟันฟู และคงไว้ซึ่งพลังงานในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในกระบวนการด้าน สติปัญญาและความจำในการเรียบเรียงข้อมูลและ ประสพการณ์ในแต่ละวันและเตรียมความพร้อมเพื่อ รองรับข้อมูลและประสพการณ์ในวันใหม่ อีกทั้งเป็นการ สงวนพลังงานให้แก่สมอง (Diekelmann, Wilhelm, & Born, 2009) และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย

(VanCauter & Tasali, 2011)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ พบว่ามีปัญหาการรบกวนการนอนหลับ โดยเฉพาะใน ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบเรื่องคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ลักษณะการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตมีความไม่ต่อเนื่อง อย่างรุนแรง (severe sleep fragmented) มีระยะ หลับตื้น (light sleep) และการนอนหลับระยะที่ไม่มีการ

กลอกตาอย่างรวดเร็ว (non-rapid eye movement [NREM]) ยาวนานขึ้น การนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement [REM]) ลดลง (Elliott, McKinley, & Cistulli, 2011) การรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤต มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยวิกฤต เช่น เสียงรบกวน (Xie, Kang, & Mills, 2009) และแสงสว่างจากหลอดไฟที่เปิดตลอดเวลา (Drouot, Cabello, d'Ortho, & Brochard, 2008) การใช้อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ อุณหภูมิห้อง (Honkus, 2003) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ozsancak, D'Ambrosio, Garpes-tad, Schumaker, & Hill, 2008) กิจกรรมการรักษา และการพยาบาล (Parthasarathy & Tobin, 2004) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต (Pandharipande & Ely, 2006) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย (Liao, Huang, Huang, & Hwang, 2011) ความวิตกกังวล และความกลัว (Zhang et al., 2013) การได้รับยาบางกลุ่มที่มีผลต่อการนอนหลับ (Kamdar, Needham, & Collop, 2012; Trompeo, Vidi, Locane, Braghiroli, Mascia, & Ranieri, 2011) จะเห็นได้ว่าการรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤต เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันระหว่างปัจจัยภายนอกและภายใน ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย

การรบกวนการนอนหลับมีผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤตทำให้ร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น จำนวนของเม็ดเลือดขาวในกระแสโลหิตลดลง การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (monocyte) ลดการสร้างไซโตไคน์ (cytokine) ส่งผลกระทบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (DeKeyser, 2003) การต่อสู้และความต้านทานต่อเชื้อโรคลดลง การหายและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายช้าลง (Friesse, 2008) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) และเพิ่มระดับแคตตีคอลามีนส์ (catecholamines) ในกระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmias) (Parthasarathy & Tobin, 2004)

ความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อระบบทางเดินหายใจทั้งขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจลดลง (Pandcharipande & Ely, 2006) นอกจากนี้ผลต่อด้านจิตใจ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง มีอาการซึมเศร้า โกรธ ไม่พอใจ รู้สึกตึงเครียดและวิตกกังวล (Orton & Gruzelier, 1989) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและฝันร้าย (nightmares) (Thomas et al., 2000) การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ เช่น ความจำลดลง เหนื่อย ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม หวาดระแวง การรับรู้ต่อเวลา สถานที่ บุคคลเปลี่ยนแปลง ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง และเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) (Trompeo et al., 2011) จากผลเสียหลายอย่างดังกล่าวจึงควรมีการส่งเสริมการนอนหลับแก่ผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ การส่งเสริมการนอนหลับด้วยวิธีการใช้ยาและวิธีการไม่ใช้ยา วิธีการใช้ยาพบว่า ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาคลายความกังวล (sedative) และยาระงับปวด (analgesic) เช่น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ยาโปรโปโฟล (propofol) และยากลุ่มเมลาโทเนอจิก (melatonergic drug) สำหรับวิธีการไม่ใช้ยา พบการศึกษาของดอง-โคเบิร์น (Duong-Coburn, 2013) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 ถึงปี ค.ศ. 2013 ให้ข้อเสนอแนะว่า การใช้เสียงดนตรี การใช้ที่อุดหูและการใช้ผ้าปิดตาเป็นวิธีการที่ประหยัดค่าใช้จ่ายและพบผลข้างเคียงที่น้อยที่สุด การใช้สุคนธบำบัดเป็นวิธีการที่ยังต้องการความเชี่ยวชาญในการเลือกใช้กลิ่นของสุคนธบำบัด การใช้วิธีการนวด การใช้เทคนิคการสร้างจินตภาพและการกดจุด มีข้อจำกัดในด้านการใช้เวลากับผู้รับบริการในการปฏิบัติและความยากในการดึงความสนใจของผู้ป่วยในขณะที่ใช้เทคนิคการสร้างจินตภาพ อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวยังคงเป็นวิธีการส่งเสริมการนอนหลับที่ถูกเสนอแนะว่ามีความเหมาะสมและ

มีความเป็นไปได้ทางคลินิกในการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ยังมีการใช้เสียงธรรมชาติ (white noise) การจัดช่วงเวลาเงียบ (quiet time) การใช้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ให้บริการ และการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจเป็นต้น จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบันมีวิธีการที่หลากหลาย การนำมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต้องเริ่มด้วยการทบทวนองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือ (evidence-based tool) ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ดี ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามี การดำเนินการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ให้บริการเลือกใช้วิธีการส่งเสริมการนอนหลับอย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ในหอผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยอิงกรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, [NHMRC], 2000) และกำกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้กลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (NHMRC, 2000)

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก 4) กำหนดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 5) การทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) การจัดทำเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8) การจัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางคลินิก 9) การจัดทำรายงานรูปเล่ม 10) การจัดทำรายงานกระบวนการแนวปฏิบัติทางคลินิก 11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกและ 12) การปรึกษาผู้ที่เกี่ยวข้อง และในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (operation study) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การจัดพิมพ์และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ผู้วิจัยมีการจัดประชุมทีมผู้ให้บริการและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 8 ครั้ง โดยการประชุมครั้งที่ 1

เป็นการประชุมทีมผู้ให้บริการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความเห็นร่วมในการพัฒนาแบบปฏิบัติงานทางคลินิกในการประชุมครั้งที่ 2-7 เป็นการประชุมทีมพัฒนาแบบปฏิบัติงานทางคลินิกเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย กำหนดผลลัพธ์ ทบทวนวรรณกรรม สืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดทำแผนเผยแพร่แบบปฏิบัติงานทางคลินิก จัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข จัดทำรายงานรูปแบบแบบปฏิบัติงานทางคลินิก และการประชุมในครั้งที่ 8 เป็นการประชุมทีมผู้ให้บริการเพื่อจัดประชุมพิจารณา และทดสอบความเป็นไปได้ของแบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2 การนำแบบปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินประสิทธิผลการใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยเผยแพร่แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ โดยจัดพิมพ์แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ การจัดอบรมทีมผู้ให้บริการ ประชาสัมพันธ์แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ ทำหนังสือแจ้งเวียน จัดทำแฟ้มเอกสาร จัดเตรียมอุปกรณ์ ประกาศใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ ติดตามและกำกับการใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ โดยใช้กลยุทธ์ในการนำแบบปฏิบัติไปใช้ (NHMRC, 2000) ผู้วิจัยทำการดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการส่งเสริมการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์ของการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ในผู้ป่วยกลุ่มก่อนการใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ และในผู้ป่วยกลุ่มหลังการใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเช้าในระหว่างช่วงเวลา 07.00 น. ถึง 11.00 น. ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นเวลา 1 คืนนอนเป็นต้นไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้ทดลองใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ สำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 17 คน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรัทธา คณະแพทยศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่ได้ใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 47 คน 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรัทธา คณະแพทยศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างก่อนการใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ จำนวน 33 คนและกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบปฏิบัติงานทางคลินิก

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แบบปฏิบัติงานทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2) แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแบบปฏิบัติงานทางคลินิกฯ สำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต และ 3) แบบรวบรวมผลลัพธ์การส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต โดยมี การทดสอบความตรงกันของการบันทึกผลลัพธ์ระหว่างผู้วิจัย และพยาบาลผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นในการรวบรวมข้อมูล (inter-rater reliability) เท่ากับ 1 โดยแบบรวบรวมผลลัพธ์ ได้แก่ แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของ ริชาร์ด-แคมเบล (Richards-Campbell Sleep Questionnaire [RCSQ]) (Richards, O'Sullivan, & Phillips, 2000) ประกอบไปด้วย 5 หมวด ดังนี้ ความลึกของการนอนหลับ (depth) การเข้าสู่ภาวะนอนหลับ (falling asleep) จำนวนครั้งของการตื่น (number of awakening) ร้อยละของระยะเวลาที่ตื่น (percentage time awake) และคุณภาพการนอนหลับ (quality of sleep) ที่ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) และตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) (Burns & Grove, 2009) เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยและหนังสือพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก

คณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เมื่อผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ เลขที่การรับรองเอกสาร คือ NONE-2558-02793 ผู้วิจัยนำหนังสือการรับรองจริยธรรมการวิจัยเรียนต่อผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ศรีพัฒน์เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มที่มีสุขภาพที่เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยการแจ้งวัตถุประสงค์ของการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต พร้อมกับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา พักพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงสิทธิ และขอความร่วมมือในการวิจัย ลงลายมือชื่อเข้าร่วมการศึกษาร่วม และมีการเก็บรักษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์คะแนนคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและร้อยละ และนำเสนอเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยแผนภูมิแท่ง

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 ลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่

ได้มาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 102 เรื่อง คัดเลือกเหลือ 18 เรื่อง โดยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 33 ข้อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการออกแบบเชิงทดลอง (experimental designs) (level 1) และมีการออกแบบเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental designs) (level 2) สาระสำคัญอีก 15 ข้อ มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับ 4 และ 5 ซึ่งมีการออกแบบเชิงสังเกต-พรรณนา (observational-descriptive studies) (level 4) และที่เป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (level 5) นอกจากนี้ได้มีการแบ่งระดับข้อเสนอแนะตามความสามารถในการประยุกต์ใช้ พบว่ามีระดับของข้อเสนอแนะระดับ A (ข้อเสนอแนะที่สามารถแสดงผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน) จำนวน 35 ข้อ ส่วนข้อเสนอแนะระดับ B (ข้อเสนอแนะที่แสดงผลลัพธ์ได้ไม่ชัดเจนมาก) จำนวน 13 ข้อ

สาระสำคัญใช้การจัดหมวดหมู่อ้างอิงตามองค์ประกอบของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (Joint Commission on Accreditation of Health-care Organization [JCAHO], 2001) 6 หมวด ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม ได้แก่ ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกวิธีการส่งเสริมการนอนหลับด้วยตนเอง (level 5.c A) 2) การประเมินการนอนหลับ ได้แก่ การใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของริชาร์ด-แคมเบล (level 5.b A) 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและวิธีการการส่งเสริมการนอนหลับแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของวงจรการนอนหลับ ความสำคัญของการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตและวิธีการส่งเสริมการนอนหลับ (level 1.b B) เป็นต้น 4) การจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ การส่งเสริมการนอนหลับด้วยวิธีไม่ใช้ยา เช่น การลดการรบกวนผู้ป่วยในเวลากลางคืน (level 1.b A) การใช้ผ้าปิดตาและที่อุดหู (level 1.b B) กิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับโดยการใช้ sleep hygiene protocol [SHP] หรือการจัดชั่วโมงเงียบ quiet time [QT]) (level 2.c A) การเลือกรูปแบบวิธีการช่วยหายใจของเครื่องช่วยหายใจ (level 1.c A) การใช้เสียงดนตรี การใช้สุคนธบำบัด

การกดจุด การนวดและการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และจินตภาพ (level 1.b B) เป็นต้น การส่งเสริมการนอนหลับโดยวิธีการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาคลาไมด์และยาระงับปวด (level 1.b A) ยาเมลาโทนิ (melatonin) (level 1.c B) เป็นต้น 5) การติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึกได้แก่ การประเมินการนอนหลับอย่างสม่ำเสมอ การติดตามการปฏิบัติและการบันทึกอย่างต่อเนื่อง (level 5.b A) และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ มีนโยบายสนับสนุนจากองค์กรและการมีส่วนร่วมของทีมการพยาบาล (level 1.b A) เป็นต้น

แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ได้ถูกประเมินคุณภาพโดยใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชบำบัดวิกฤต 2 คน พยาบาลชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 1 คน มีคะแนนในภาพรวมเท่ากับ 5 (ระดับเห็นด้วยปานกลาง) จำนวน 3 คน และคะแนนเท่ากับ 6 (ระดับเห็นด้วยมาก) จำนวน 2 คน

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ไปใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับ “มาก” ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ มีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงมีความสะดวกในการใช้ ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ และแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ สามารถใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.1, 94.1, 88.2, 88.2, 82.4 และร้อยละ 64.7 ตามลำดับ ส่วนความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ในด้านการประหยัดค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.8 ให้ความคิดเห็นในระดับ “ปานกลาง” เนื่องจากต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติม

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ เพื่อส่งเสริม

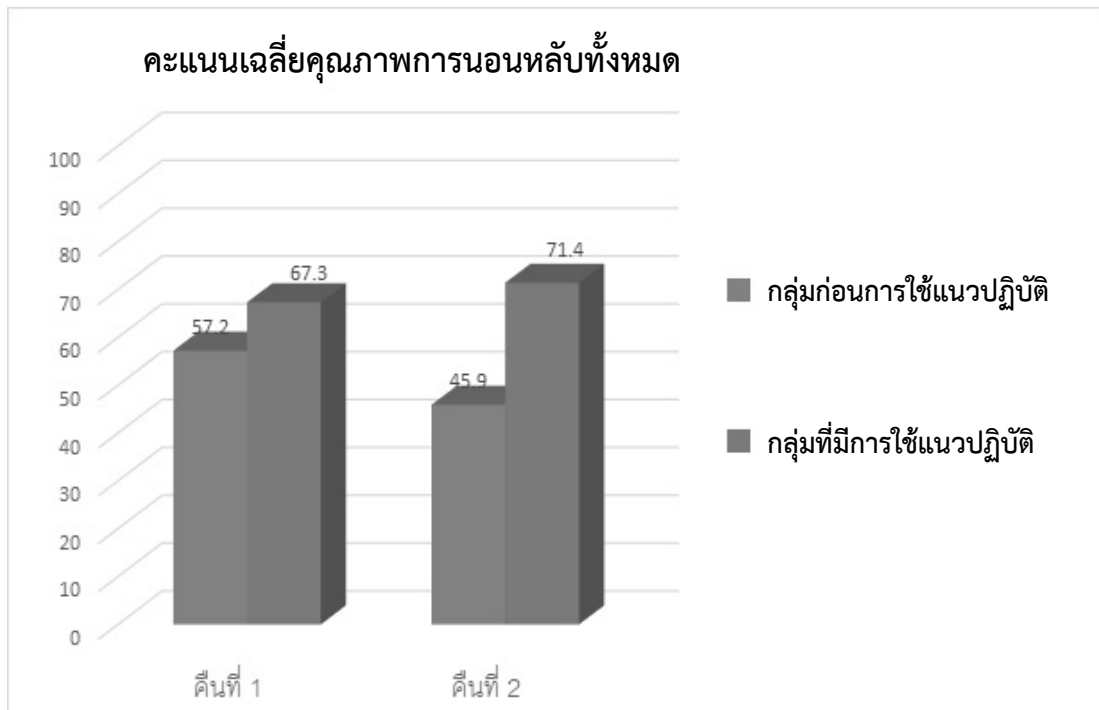
การนอนหลับในผู้ป่วยมาใช้ในการหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวนทั้งหมด 47 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชบำบัดวิกฤต จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 28 คน และผู้ช่วยทางการพยาบาลจำนวน 18 คน โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี และปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรัทธาพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวน 33 คน และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวน 55 คน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 36-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.7 ร้อยละ 63.6 เป็นเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและโรคอื่นร้อยละ 27.3 ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการร้อยละ 18.2 ร้อยละ 6.1 จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยใจ และได้รับยาระงับปวดคิดเป็นร้อยละ 6.1 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 55 ราย มีอายุในช่วง 36-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.3 ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 30.9 ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการร้อยละ 40 ใช้เครื่องช่วยใจ ร้อยละ 3.6 และได้รับยาระงับปวดคิดเป็นร้อยละ 16.4

คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวน 1 คีน มี 33 ราย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับทั้งหมด (total sleep quality) เท่ากับ 57.2 คะแนน (S.D. = 23.53) และจำนวน 2 คีน มี 6 ราย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดเท่ากับ 45.9 คะแนน (S.D. = 26.99) คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวน 1 คีน มี 55 ราย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดเท่ากับ 67.3 (S.D.=24.28) และจำนวน 2 คีน

มี 19 ราย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดเท่ากับ 71.4 (S.D.=21.88) ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กราฟแท่งเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดระหว่างกลุ่มตัวอย่างกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ คืนที่ 1 และคืนที่ 2

การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรัทธาพัฒน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่อ้างอิงเกณฑ์จัดแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์และเกณฑ์การจัดระดับของข้อเสนอแนะของสถาบันโจแอนนาบริก (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) สารสำคัญส่วนใหญ่มีระดับของหลักฐานเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการออกแบบเชิงทดลอง (level 1) และแบบเชิงกึ่งทดลอง (level 2) ระดับของข้อเสนอแนะตามความสามารถในการประยุกต์ใช้ส่วนใหญ่มีระดับของข้อเสนอแนะระดับ A สารสำคัญแบ่งออกเป็น 6 หมวด และเมื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีการออกแบบการศึกษาในเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต

เท่านั้นซึ่งตรงกับบริบทของหน่วยงาน ข้อเสนอแนะที่เป็นบทบาทอิสระของทีมผู้ให้บริการ สามารถจัดกระทำได้โดยผ่านการเลือกใช้ของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ทั้งนี้กลุ่มผู้ทดลองใช้ทราบว่าต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและไม่ขัดต่อการแผนการรักษาของแพทย์ กิจกรรมที่ระบุในข้อเสนอแนะมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และเป็นไปในลักษณะของงานบริการซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมของหน่วยงานที่มุ่งเน้นให้เกิดความพึงพอใจอีกด้านหนึ่ง ทำให้ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นคล้ายกิจกรรมการให้บริการเสริมเพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ

ประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ในจำนวน 1 คืนและจำนวน 2 คืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดดีกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถอธิบายตามประสิทธิผลในการแสดงผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดของสถาบันโจแอนนาบริก (JBI, 2014) 4 ด้าน ดังนี้ ด้านประสิทธิผลทางคลินิก (effectiveness) ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ พัฒนาอย่างเป็นระบบ คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ดี มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับสูงและจัดกระทำในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะและให้ผลลัพธ์คุณภาพการนอนหลับที่ดี โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตของ Elliot et al. (2011) พบว่า กิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับได้ดีมากที่สุด ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามเวลากลางวันและกลางคืน การใช้สุคนธบำบัดกลิ่นลาเวนเดอร์และกลิ่นมะลิ ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสามารถคลายความกังวลและระงับความรู้สึก (Linck, Silva, Figueiro, Caramao, Mereo, & Elisabethsky, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจกับการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์มากกว่ากลิ่นมะลิ แต่พบว่าวิธีการนี้มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรับรู้กลิ่น การใช้ผ้าปิดตาหรือที่อุดหูกับผู้ป่วยในเวลากลางคืนพบว่า เป็นวิธีการที่ใช้ง่ายและนิยมมากที่สุด ผู้ป่วยหลายรายมีความพึงพอใจภายหลังจากการใช้ สามารถลดเสียงรบกวนได้ทำให้พักผ่อนได้ดีและไม่เคยได้รับการบริการแบบนี้ที่ไหนมาก่อน สอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Always, Halm, Shilhanek, and Pierre (2013) พบว่าการใช้ที่อุดหูร่วมกับผ้าปิดตาเป็นวิธีที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยวิกฤตถูกรบกวนจากแสงและเสียงในหอผู้ป่วย แต่การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยจำนวน 3 คน ที่ไม่สามารถใช้ผ้าปิดตาได้ เนื่องจากไม่คุ้นเคยและรู้สึกอึดอัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Daneshmandi, Neisheh, Sadeghi Shermeh, and Ebadi (2012) พบว่าผู้ป่วยระบุว่ารู้สึกไม่สบายจากการใส่ผ้าปิดตา

นอกจากนี้การส่งเสริมการนอนหลับด้วยการใช้หลากหลายวิธีการร่วมกัน ได้แก่ การใช้ที่อุดหูในผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ผ้าปิดตาพร้อมกับ

สุคนธบำบัดและที่อุดหู ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างดีทำให้รู้สึกผ่อนคลายมาก สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตของดอง-โคเบิร์น (Duong-Coburn, 2013) พบว่าการใช้วิธีการส่งเสริมโดยวิธีการรักษาทางเลือกที่ใช้ร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิธี จะสามารถส่งเสริมการนอนหลับได้ดีกว่าการใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่ง

สำหรับในด้านความเหมาะสมกับบริบท (appropriateness) และด้านความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน (feasibility) โดยการทำประชาพิจารณ์ในหน่วยงานและมีความเห็นตรงกันว่าสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 100 สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของหอผู้ป่วย เช่น วิธีการส่งเสริมการนอนหลับโดยใช้เสียงเปียโน เสียงเครื่องสาย ประกอบกับเสียงน้ำไหล เสียงคลื่นทะเล แทนเสียงเพลงที่มีคลื่นเตลต่ำ เพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมของคนไทย การเลือกใช้สุคนธบำบัดกลิ่นดอกมะลิ และกลิ่นลาเวนเดอร์ ส่วนการใช้ผ้าปิดตาพร้อมกับที่อุดหูเป็นสิ่งที่คนไทยอาจจะไม่คุ้นเคยและอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ซึ่งได้มีการศึกษาถึงวัสดุที่มีความเหมาะสม เพื่อลดความไม่สบายและราคาไม่แพง มีการเฝ้าระวังการเกิดอาการแพ้ในวัสดุที่เป็นโพลียูรีเทนที่เป็นส่วนประกอบของผ้าปิดตาและที่อุดหู เป็นต้น เมื่อนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกฯ มาใช้ทีมผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามเนื้อหาสาระสำคัญในแนวปฏิบัติทางคลินิก

ส่วนด้านสุดท้ายคือความมีคุณค่าของแนวปฏิบัติ (meaningfulness) ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ผู้ให้บริการรู้สึกภูมิใจที่กิจกรรมดังกล่าวมีผลตอบรับที่ดี ด้านของทีมผู้ให้บริการมีความรู้สึกที่แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ มีความยืดหยุ่น ไม่เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระงานที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด มีการเลือกใช้ตามความต้องการของผู้ป่วย เกิดความเต็มใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การวางแผนและแก้ไขปัญหามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการส่งเสริมการนอน

หลักเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิก มีความน่าสนใจ ไม่ยุ่งยาก และเป็นบทบาทอิสระในการพยาบาลผู้ป่วย

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่ได้ผลดีอีกสาเหตุหนึ่งเกิดจากการใช้กลยุทธ์เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (NHMRC, 1999) ได้แก่ ในขั้นตอนของการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก มีการเตรียมการจัดการประชุม การจัดอบรม การจัดประชุมกลุ่มย่อยครอบคลุมทุกคนทุกระดับ ประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติทางคลินิก ผ่านระบบการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ แฟ้มข้อมูลแสดงรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติ จัดเตรียมอุปกรณ์ จัดทำแฟ้มข้อมูลแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ เป็นต้น ผู้ใช้แนวปฏิบัติได้รับทราบและเข้าใจ มีความสะดวกในการนำไปใช้ ในขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ไปใช้ มีการใช้กลยุทธ์ที่มีผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม การปฏิบัติ (NHMRC, 2000) ดังนี้ การคัดเลือกทีมผู้นำการใช้นโยบายทางคลินิก ในหน่วยงาน ได้แก่ พยาบาลปฏิบัติการระดับหัวหน้าเวรซึ่งมีภาวะผู้นำและมีอิทธิพลต่อผู้ปฏิบัติในการนำการใช้ การติดตามปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ในขณะที่มีการรับส่งเวร การรณรงค์ผ่านการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (LINE) พบว่าทีมผู้ให้บริการมีการตอบสนองอย่างรวดเร็วผ่านทางช่องทางดังกล่าว การถามโดยตรงกับผู้ปฏิบัติเป็นรายบุคคล การให้คำปรึกษาเพิ่มเติม ทำให้ทีมผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกได้อย่างไม่เกิดข้อสงสัย การตรวจสอบและการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยผ่านการสรุปผลลัพธ์แจ้งแก่ทีมผู้ให้บริการเป็นประจำทุกเดือน พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีความรู้สึกดีต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุด คือ ความร่วมมือของผู้ให้บริการ และการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ทำให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาและนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ให้เกิดประสิทธิผล ต้องมีการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพและการทำงานเป็นทีม การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลายในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ รวมไปถึงงานถึงการใช้ภาวะผู้นำในการนำการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

2. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของหน่วยงานนั้นๆ ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร แหล่งทรัพยากรที่มี รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและปฏิบัติตามไปในทางเดียวกัน

3. แนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีการปรับปรุงสาระสำคัญอย่างน้อยทุก 3 ปี หรือมีความถี่มากกว่านี้ตามการเปลี่ยนแปลงของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพในปัจจุบันและควรเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ให้แก่ผู้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อดูความยั่งยืนของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของทีมผู้ให้บริการ

2. ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้กับหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

เอกสารอ้างอิง

- Always, A., Halm, M. A., Shilhanek, M., & Pierre, J. (2013). Do earplugs and eye masks affect Sleep and delirium outcomes in the critically ill?. *American Journal of Critical Care*, 22(4), 357-360. doi:10.4037/ajcc2013545
- Burn, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Missouri: Saunders Elsevier.
- Daneshmandi, M., Neiseh, F., SadeghiShermeh, M., & Ebadi, A. (2012). Effect of eye mask on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Journal of Caring Sciences*, 1(3), 135-143. doi:10.5681/jcs.2012.020
- DeKeyser, F. (2003). Psychoneuroimmunology in critically ill patients. *Advance Practice in Acute and Critical Care*, 14(1), 25-32.
- Diekelmann, S., Wilhelm, I., & Born, J. (2009). The what and whens of sleep-dependent memory consolidation. *Sleep Medicine Reviews*, 13(5), 309-321. doi:10.1016/j.smrv.2008.08.002
- Duong-Coburn, N. K. (2013). *A systematic review of sleep quality and sleep promotion in the Intensive Care Unit*. Retrieved from https://csusmdspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.8/535/DuongCoburnNhung_Fall2013.pdf?sequence=1
- Drouot, X., Cabello, B., d'Ortho, M. P., & Brochard, L. (2008). Sleep in the intensive care unit. *Sleep Medicine Reviews*, 12(5), 391-403. doi:10.1016/j.smrv.2007.11.004
- Elliott, R., McKinley, S., & Cistulli, P. (2011). The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 384-400. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.11.006
- Friese, R. S. (2008). Sleep and recovery from critical illness and injury: A review of theory, current practice, and future directions. *Critical Care Medicine*, 36(3), 697-705. doi:10.1097/CCM.0B013E3181643F29
- Honkus, V. L. (2003). Sleep deprivation in critical care units. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26(3), 179-191.
- Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO]. (2001). *Pain management: A systems approach to improveing quality and safety*. Retrieved from <http://www.jcrinc.com/pain-management-a-systems-approach-to-improving-quality-and-safety/>
- Kamdar, B. B., Needham, D. M., & Collop, N. A. (2012). Sleep deprivation in critical illness: Its role in physical and psychological recovery. *Journal of Intensive Care Medicine*, 27(2), 97-111. doi:10.1177/0885066610394322
- Liao, W. C., Huang, C. Y., Huang, T. Y., & Hwang, S. L. (2011). A systematic review of sleep patterns and factors that dictrub sleep after heart surgery. *Journal of Nursing Research*, 19(4), 275-288. doi:10.1097/JNR.0b013e318236cf68

- Linck, V. M., da Silva, A. L., Figueiro, M., Caramao, E. B., Moreo, P. R. H., & Elisabetsky, E. (2009). Effects of inhaled linalool in anxiety, social interaction and aggressive behavior in mice. *Phytomedicine*, 17(8-9), 679-683. doi:10.1016/j.phymed.2009.10.002
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1999). *A guideline to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp30.pdf
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (2000). *How to put the evidence into practice: Implementation and dissemination strategies*. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp71.pdf
- Orton, D. I., & Gruzelier, J. H. (1989). Adverse changes in mood and cognitive performance of house officers after night duty. *British Medicine Journal*, 298(6665), 21-33.
- Ozsancak, A., D'Ambrosio, C., Garpestad, E., Schumaker, G., & Hill, N. S. (2008). Sleep and mechanical ventilation. *Critical Care Clinics*, 24(3), 517-531. doi:10.1016/j.ccc.2008.03.002
- Pandharipande, P., & Ely, E. W. (2006). Sedative and analgesic medications: Risk factors for delirium and sleep disturbances in the critically ill. *Critical Care Clinics*, 22(2), 313-327. doi:10.1016/j.ccc.2006.02.010
- Parthasarathy, S., & Tobin, M. J. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 30(2), 197-206.
- Richards, K. C., O' Sullivan, P. S., & Phillips, R. L. (2000). Measurement of sleep in critically ill patients. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2), 131-144.
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2014). *Grading of recommendations*. Retrieved from <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach/Levels%20of%20Evidence%20%20FAME>
- Thomas, M., Sing, H., Belenky, G., Holcomb, H., Mayberg, H., Dannals, R., ... Redmond, D. (2000). Neural basis of alertness and cognitive performance impairments during sleepiness: Effect of 24 h of sleep deprivation on waking human regional brain activity. *Journal of Sleep Research*, 9(4), 335-352.
- Trompeo, A. C., Vidi, Y., Locane, M. D., Braghiroli, A., Mascia, L., & Ranieri, V. M. (2011). Sleep disturbances in the critically ill patients: Role of delirium and sedative agents. *Minerva Anestesiologica*, 77(6), 604-612.
- Van Cauter, E., & Tasali, E. (2011). Endocrine physiology in relation to sleep and sleep disturbances. In H. M., Kryger, T., Roth, & C. W., Dement, (Eds.). *Principle and practice of sleep medicine* (5th ed., pp. 1143-1147). Louis, MS: Elsevier.
- Xie, H., Kang, J., & Mills, G. H. (2009). Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care unit. *Critical Care*, 13(2), 208. doi:10.1186/cc7154

Zhang, L., Sha, S. Y., Kong, Q. Q., Woo, A. J., Miller, R. A., Li, W. H., ... Wang, L. C. (2013). Factor that affect sleep quality: Perceptions made by patients in the intensive care unit after thoracic surgery. *Support Care in Cancer*, 2, 2091-2096. doi:10.1007 /s00520-013-1754-2

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Effects of Empowerment Program on Health Behaviors, Body Mass Index and Blood Pressure Levels in Patients with Uncontrolled Hypertension

วรดา	ทองสุข *	Worada	Thongsuk *
วรวรรณ	ทิพย์วาริรัมย์ **	Worawan	Tipwareerom **
ปิ่นพิชัย	สุกเมธภาพร **	Pinhatai	Supametaporn **

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ในการสร้างโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวโปรแกรมและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon sign Rank test และ Mann-Whitney u Test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการให้ผู้ป่วยได้รู้จักและตระหนักในคุณค่าตนเองเรียนรู้และเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นปกติ

คำสำคัญ: พลังอำนาจ พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช จ. สุโขทัย

* Registered Nurse Kirimat hospital, Sukhothai Province, Pom_Srif@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

วันที่รับบทความ 4 กรกฎาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 21 สิงหาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 24 สิงหาคม 2563

Abstract

The objective of this quasi-experimental research is to study the effects of an empowerment program in an uncontrollable hypertension patient. The samplings were hypertension patients, divided into experimental group and control group, 30 in each group. Data collected between December 2019 to February 2020. This empowerment program in an uncontrollable hypertension patient used the empowerment concept of Gibson consisted of 4 steps, 1) Discovering Reality 2) Critical Reflection 3) Taking Charge 4) Holding. The tolls of a study are the program and questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon sign rank test and Mann-Whitney u test. The result of the research shows that participants in the experimental group had a statistically significant higher mean score of the health behavior than those participants in the control group $p < 0.001$. The statistical significance of the health behavior score after participating of participants in the experimental group was at $p < 0.001$. A body mass index of uncontrollable hypertensive patients after participating in the empowerment program was statistically significant lower than before joining the program ($p < .001$). However, body mass index was not shown the statistically significant when compared with the control group. A mean blood pressure levels of uncontrollable hypertensive patients after participated the empowerment program had statistically significant shown at the lower blood pressure levels than before participated the empowerment program and than the control group ($p < .001$).

The results revealed the effectiveness of the empowerment program in dimensions of the awareness of self-worth, learning and understanding on the corrected practicing of healthy behavior and ability to control blood pressure levels as normal.

Keywords: *Empowerment, Health behavior, Body mass index, Blood pressure, Uncontrolled Hypertension*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและประเทศไทยพบมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลก 1 พันล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 (World Health Organization [WHO], 2013) ประเทศไทยพบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 14,926.47 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5,597,671 คน และพบในอายุที่น้อยลง ร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ. 2535

มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 (Thai Hypertension Society, 2019) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้คือผู้ที่มี systolic blood pressure ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ diastolic blood pressure ≥ 90 มม.ปรอท (Thai Hypertension Society, 2019) นำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การเสียชีวิต ทูพพลภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 7.5 ล้านคน ร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจำนวนปีละประมาณ 1.5 ล้านคน จากรายงานการเสียชีวิตของ WHO (2013) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน

ทางตา 18,255 คน (ร้อยละ 7.94) ภาวะแทรกซ้อนทางไต 46,598 (ร้อยละ 20.26) ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 51,840 คน (ร้อยละ 22.54) ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง 32,686 คน (ร้อยละ 14.21) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 75,503 คน (ร้อยละ 32.83) (Pangjunan & Phanthuwech, 2013) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพและเสียชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายประเทศโดยรวมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ประเทศไทยต้องเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายสูงถึง 2,465 ล้านบาทต่อปี (The Hypertension Society, 2015) พื้นที่ที่ดำเนินการวิจัยพบว่าอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ 2556-2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.51-18.92 พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้จำนวน 80 รายจาก 154 ราย ในปีพ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 55.17 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และพบว่ามีความถี่ของโรคด้วยหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและไตวาย ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 40 ราย ในปี 2561 และเสียชีวิต ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ จำนวน 6 ราย ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ยังคงมีการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาาร้า ปลาจ่อม ปลาเค็ม และอาหารรสหวาน มัน เค็ม เนื่องจากเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมที่สืบทอดกันมา มีพฤติกรรมขาดการออกกำลังกาย ออกกำลังกายไม่เพียงพอ และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สัมผัสรับประทานยา ไม่ได้พบแพทย์ตามเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในวัยแรงงาน เมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เกิดการเจ็บป่วยบ่อยครั้งไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ขาดรายได้ ในการดูแลครอบครัว เกิดปัญหาหนี้สิน เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ในพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

(Powerlessness) ซึ่งเป็นความรู้สึก อ่อนล้า ไร้อำนาจ หรือไร้กำลังที่จะควบคุมสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการของตนเอง (Silva, Martins, Castro, Viana, Butcher, & Silva, 2017) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนล้า ในการดูแลตนเองประกอบกับผู้ป่วยบางรายที่ป่วยเรื้อรังมานานทำให้เกิดการสูญเสียที่สะสมมาตลอดไม่อาจจะเป็นด้านร่างกายจิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 1992) การเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจจึงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้บทบาทของตนเองอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในหลายๆ ด้านสอดคล้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ (Gibson, 1991 as cited in Oumtane, 2011) ประกอบด้วย 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เช่น การสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Sanghuachang, Sangtum, & Wongjalearn, 2017) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Jaemtim, Yuenyong, & Srisodsakul, 2016) ผลการศึกษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องส่งผลให้ระดับความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการสร้างเสริมสร้างพลังอำนาจโดยในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติมาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย ที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมสุขภาพ หลัง เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า กลุ่มควบคุม
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ลดลงมาก่อน เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถ

รักษาให้หายขาด ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ (Gibson, 1991, 1995) เป็นแนวทางในการศึกษาประกอบด้วยที่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking Charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ซึ่งผ่านกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์โดยการบรรยายความรู้โดยผู้วิจัย ในโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการได้เรียนรู้จาก CD วิถีชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลโมเดล การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่เพื่อสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่อเนื่องที่ต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลอง

- 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง ประกอบด้วย-การบรรยายให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน-พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย-ให้พบทวนระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกายและพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของแต่ละคน แลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณประกอบด้วย-การดู CD ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้-ให้แต่ละคนแสดงความคิดเห็น จากการดู CD-โมเดลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และกลับมาควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติมาแล้วประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มทดลองให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดถึงสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และพฤติกรรมสุขภาพส่งผลอย่างไรต่อดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต นำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยคิดและหาแนวทางร่วมกันตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยให้ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และวางแผนและเป้าหมายการปฏิบัติ-ให้กลุ่มเลือกหาวิธีการออกกำลังกาย กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกวิธีการแกว่งแขนเป็นการออกกำลังกายประจำกลุ่ม -ฝึกแกว่งแขนร่วมกัน นิตวันเวลาสถานที่ในการออกกำลังกายแกว่งแขน เขียนชื่อเพื่อทำพันธสัญญาในแนวทางปฏิบัติร่วมกันและแจกคู่มือ

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านรับประทานอาหารรับประทานยาของตนเองที่บ้านและรวมกลุ่มแกว่งแขนที่นัดหมายในชุมชนโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นแกนนำบางวันและ อสม. ทุกวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ เวลา 17.00-18.00 และผู้วิจัยการติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์สอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติวิธีการที่เลือกไว้และ/หรือเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่อาศัยในเขตอำเภอศรีราชา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอศรีราชา สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากการสุ่มแบบไม่แทนที่โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) อายุ 35-59 ปี 2) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140-179 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-109 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

3) เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี 4) ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย 5) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทั้งพูด อ่าน เขียน และยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย 6) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.80 (effect size) เมื่อนำมาเปิดตาราง (Cohen, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 26 คนเพื่อป้องกันการสูญหายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แผนการสอน คู่มือโรคความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย 1.1) ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 6 ข้อ ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และจากการตอบแบบสอบถาม 1.2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Thai Hypertension Society, 2019) ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารจำนวน 12 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน การใช้ยาจำนวน 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน การออกกำลังกายจำนวน 7 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนนรวมทั้งหมด 27 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-81 คะแนนใน 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ (Bloom, 1968 as cited in Kijpreeda, 2010) 2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบสอดแขนตั้งโต๊ะ 3) เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ทดสอบความเที่ยงตรงโดยโรงพยาบาลศรีราชา มีความตรงในการวัด

ความดันโลหิต ± 3 มิลลิเมตรปรอท และในการจับชีพจร $\pm 5\%$ ตรวจสอบ (Calibrate) ความตรงซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.92 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ หลังผ่านการดำเนินการด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จัปลากส้มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน เลือก รพ.สต. 2 แห่ง จาก 12 แห่ง ในอำเภอคีรีมาศโดยจัปลากครั้งที่ 1 ให้เป็นกลุ่มทดลองจัปลากได้รพ.สต. หนองจิก และ จัปลากครั้งที่ 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุมจัปลากได้ รพ.สต. หนองกกสำรวจรายชื่อจากทะเบียนเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ขั้นตอนการวิจัย ในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือการทำวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และวัดความดันโลหิต

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง กิจกรรม บรรยายให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนรับรู้ระดับความดันโลหิต

ของตัวเอง ทบทวนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรับประทานยาและการออกกำลังกายที่ผ่านมาในแต่ละคน เขียนใส่กระดาษ A4 แล้วนำเสนอรายบุคคล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรม ให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดู CD วิดีโอผู้ป่วยเรื้อรัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโมเดลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมาควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยทำพร้อมกันกลุ่มใหญ่ หลังจากนั้นจัดกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน ระดมความคิดเห็นใส่กระดาษ A4 สาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผลกระทบที่จะเกิดกับตนเองและครอบครัวหากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามสรุปแล้วนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรม ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางการปฏิบัติตัวพฤติกรรมสุขภาพเขียนใส่กระดาษสรุปแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เลือกวิธีการออกกำลังกายกลุ่มเลือกวิธีแกว่งแขนแจกคู่มือโรคความดันโลหิตสูง

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพโดย สัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำและคำปรึกษากระตุ้นและเสริมสร้างพลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 7 เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินผลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา กิจกรรมการแกว่งแขนกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 10 ติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์เพื่อติดตามความต่อเนื่อง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำและคำปรึกษากระตุ้นและเสริมสร้างพลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลโปรแกรม เก็บรวบรวม

ข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และวัดความดันโลหิต

การดำเนินในกลุ่มควบคุมกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกก อำเภอกีรีมาศ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการนัดพบและยุติการนัดพบ พร้อมกับขอความร่วมมือในการเข้าร่วมทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและวัดระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมด้วยการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและวัดระดับความดันโลหิต จัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แก่กลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย นำโครงการวิจัยเข้าสู่การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวรตามเอกสารหมายเลขที่ 0516/62 และพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายให้เซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรม

สุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย กลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ตรวจสอบการกระจายข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ทดสอบการกระจายข้อมูล (Normality) พบการกระจายตัวของข้อมูลแบบไม่ปกติ ค่า $\bar{X} = 19.05$ S.D. = 3.54 ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test Statistic = .956, df = 60, p = .030

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon sign Rank test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney u Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 อายุระหว่าง 50-54 ปี 45-49 ปี และ 55-59 ปี ร้อยละ 40, 30, 16.7 ตามลำดับจบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7 ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 93.4 มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 70.0 ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23.0 -24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 25 คน ร้อยละ 83.3

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุระหว่าง 50-54 ปี, 45-49 ปี และ 55-59 ปี ร้อยละ 36.7, 30.0 และ 20.0 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 60 คน ร้อยละ 66.7 ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.7 มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 23.3 ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23.0 -24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 25 คน ร้อยละ 83.3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	Z	Asymp. Sig (2-tailed)
ด้านการรับประทานอาหาร			- 4.811	<.001
ก่อนได้รับโปรแกรม	4.73	1.87		
หลังได้รับโปรแกรม	26.36	.96		
ด้านการรับประทานยา			- 4.796	<.001
ก่อนได้รับโปรแกรม	10.90	2.04		
หลังได้รับโปรแกรม	22.70	.59		
ด้านการออกกำลังกาย			- 4.822	<.001
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.23	1.47		
หลังได้รับโปรแกรม	18.46	1.27		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม			- 4.790	<.001
ก่อนได้รับโปรแกรม	18.86	3.96		
หลังได้รับโปรแกรม	67.53	1.79		

* p-value < .001

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=60)

ตัวแปรพฤติกรรม	Mean	S.D.	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp.Sig (2-tailed)
ด้านการรับประทานอาหาร				.000	<.001
กลุ่มทดลอง	26.36	.96	45.50		
กลุ่มควบคุม	4.10	1.37	15.50		
ด้านการรับประทานยา				.000	<.001
กลุ่มทดลอง	22.70	.59	45.50		
กลุ่มควบคุม	11.40	1.49	15.50		

ตัวแปรพฤติกรรม	Mean	S.D.	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp.Sig (2-tailed)
ด้านการออกกำลังกาย				.000	<.001
กลุ่มทดลอง	18.46	1.27	45.50		
กลุ่มควบคุม	2.53	0.89	15.50		
พฤติกรรมโดยรวม				.000	<.001
กลุ่มทดลอง	67.53	1.79	45.50		
กลุ่มควบคุม	18.03	2.34	15.50		

* p-value < .001

จากตารางที่ 2 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย กลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=30) ด้วยสถิติ Wilcoxon sign Rank test

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	Z	Asymp.Sig (2-tailed)
ดัชนีมวลกาย ก่อนทดลอง	24.47	1.17	-4.363	<.001
ดัชนีมวลกาย หลังทดลอง	24.44	1.18		
ค่าเฉลี่ยความดัน SBP ก่อนทดลอง	157.93	2.88	-4.176	<.001
ค่าเฉลี่ยความดัน SBP หลังทดลอง	135.07	18.17		
ค่าเฉลี่ยความดัน DBP ก่อนทดลอง	97.13	1.63	-4.794	<.001
ค่าเฉลี่ยความดัน DBP หลังทดลอง	75.07	5.38		

* p-value < .001

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

พบว่า ดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตหลังการทดลองลดลงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังทดลองทดลอง (n=60) ด้วยสถิติ Mann-Whitney u Test

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp.Sig (2-tailed)
ดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลอง หลังทดลอง	24.44	1.18	30.50	450.00	1.00
ดัชนีมวลกาย กลุ่มควบคุม หลังทดลอง	24.44	1.20			
กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยความดัน SBP หลังทดลอง	135.07	18.17	15.50	.000	<.001
กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความดัน SBP หลังทดลอง	161.40	2.69	45.50		
กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยความดัน DBP หลังทดลอง	75.07	5.38	15.50	.000	<.001
กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความดัน DBP หลังทดลอง	98.30	1.47	45.50		

* p-value < .001

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบ ดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า ดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดัน SBP และค่าเฉลี่ยความดัน DBP ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

การอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนทดลอง และหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงการฝึกให้คิดทบทวนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตที่ผ่านมา ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง การตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมีผลอย่างไรต่อระดับความดันโลหิต ได้ฝึกคิดวิเคราะห์หากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จะมีภาวะแทรกซ้อนการเกิดโรคต่อตนเอง ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้ ที่สำคัญการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการโทรศัพท์เพื่อเสริมพลังตระหนักในคุณค่าการปฏิบัติตัวทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารลดเค็ม ลดอาหารมัน เน้นผักผลไม้ไม่หวาน การรับประทานยาสม่ำเสมอ และการออกกำลังกาย 5 วัน ต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสุพรรณบุรีที่พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Jaemtim et al., 2016)

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมสุขภาพ หลังทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่จัดขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาการอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลอุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม (Chantrakoolchai, 2014)

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนทดลองและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองลดลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จัดขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH Diet (Thai Hypertension Society, 2019) โดยการลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันอิ่มตัว และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม โพแทสเซียม แร่ธาตุต่างๆ รวมถึงปริมาณสารใยอาหารที่มีผลการศึกษาถึงการลดความดันโลหิตสูงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีดัชนีมวลกายและความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักงานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการรับประทานอาหารตามแนวทางของแดช (DASH) ต่อน้ำหนักและองค์ประกอบทางกายของวัยผู้ใหญ่ ที่พบว่า การรับประทานอาหารตามแนวทางของแดชมีอิทธิพลต่อการลดลงของดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Soltani, Shirani, Chitsazi, & Salehi-Abargouei, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาผลการรับประทานอาหารตามแนวทางแดชต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะเมตา-

บอลิกซินโดรม ที่พบว่า การรับประทานอาหารตามแนวทางของแดชช่วยลดระดับความดันโลหิตทั้ง systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ทั้งในผู้ที่มีและไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hikmat & Appel, 2014)

4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกายไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จัดขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้อง เคร่งครัด แก้วแขนวันละ 30 นาที 5 วัน ต่อสัปดาห์มีผลระดับความดันโลหิตที่ลดลง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายถูกต้องและต่อเนื่องในระยะเวลา 3 เดือนจากการเยี่ยมบ้านในส่งผลให้ระดับความดันโลหิตที่ลดลงเป็นปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทุกคนในการเสริมสร้างพลังอำนาจการตระหนักรู้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อการควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ

2. บุคลากรทางสาธารณสุขควรจัดกิจกรรม
เยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างต่อเนื่องเพื่อสังเกต
ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร
การรับประทานยา การออกกำลังกายและกระตุ้นการ
ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างพลังอำนาจ

แก่ผู้ป่วยได้มีการดูตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการวิจัยเป็น 4-6 เดือน
เนื่องจากผล ดัชนีมวลกาย ในกลุ่มทดลอง หลังการ
ทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

- Chantrakoolchai, N. (2014). *The outcomes of empowerment program in uncontrolled hypertension patients* (Master's thesis), Christian University of Thailand.
- Cohen, J. (1992). *Statistical power analysis of the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Hikmat, F., & Appel, L. J. (2014). Effects of the DASH diet on blood pressure in patients with and without metabolic syndrome: Results from the DASH trial. *Journal of Human Hypertension*, 28(3), 170-175. doi.org/10.1038/jhh.2013.52
- Jaemtim, N., Yuenyong, S., & Srisodsakul, P. (2016). Effect of the empowerment program on the prevention of hypertension disease in the population at risk of hypertension disease of Tombon Chokchram, Umphor Bangplam Suphanburi Province. *The Journal of Boromarajonani college of Nursing Nakhonratchasima*, 22(1), 65-76.
- Kijpreeda, B. (2010). *Thai general books at general books (MainLibrary): Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University* (4th ed.). Bangkok: Mahidol University.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Oumtanee, A. (2011). *Qualitative research in nursing* (2nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University press.
- Pangjunan, T., & Phanthuwech, N. (2013). *World Hypertension League*. Retrieved from <http://www.worldhypertensionleague.org/Documents/WHF/2013/WHF%202013%20brochure.pdf>
- Sanguachang, W., Sangtum, W., & Wongjalearn, W. (2017). The effects of empowerment on perception of empowerment and stroke prevention behaviors in elderly with chronic illness. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(3), 159-172.

- Silva, R. A., Martins, A. K. L., Castro, N. B., Viana, A. V., Butcher, H. K., & Silva, V. M. (2017). Analysis of the concept of powerlessness in individuals with stroke. *Nursing Journal*, 35(3), 306-319. doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a07
- Soltani, S., Shirani, F., Chitsazi, M., & Salehi-Abargouei, A. (2016). The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on weight and body composition in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Nursing Journal*, 17(5), 442-454. doi:10.1111/obr.12391 PMID: 26990451
- Thai Hypertension Society. (2015). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2015*. Retrieved from <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>.
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2019*. Retrieved from http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guide-line%202019.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2013). *A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis*. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/

ทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคและข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัย

ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย

**The Attitudes towards Barriers of Condom Use and Errors among
High School Boy Students**

วรวรรณ์	ทิพย์วาริรัมย์ *	Worawan	Tipwareerom *
อุมพร	ห่านรุ่งชโรทร *	Umaporn	Hanrungcharotorn *
อัญชลี	ทองเสน **	Anchalee	Tongsen **

บทคัดย่อ

ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น แต่กลับพบอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัย และข้อผิดพลาดและปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชายมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก จำนวน 10 โรงเรียน ที่มีประสบการณ์ในการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 148 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัย และ 2) ข้อผิดพลาดและปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยของเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในระดับปานกลาง ข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า มีการเหลือช่องว่างที่ปลายถุงยางขณะใส่ การบีบไล่ลมออกจากถุงยางอนามัยหลังจากใส่เสร็จแล้ว และถอดถุงยางอนามัยก่อนที่จะเสร็จกิจ ปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า ไม่ตรวจสอบถุงยางอนามัยหารอยฉีกขาดก่อนมีเพศสัมพันธ์ ความไม่พอดีของถุงยางอนามัย และปัญหาเรื่องเสียความรู้สึกสัมผัสขณะใช้ถุงยางอนามัย ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้ในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีที่ตรงกับปัญหาและข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การลดปัญหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้

คำสำคัญ: ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย อุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัย ข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัย นักเรียนมัธยมศึกษา นักเรียนชาย

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 3 มิถุนายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 17 กันยายน 2562

Abstract

The National Condom Strategy of Ministry of Public Health found an increased in the rate of condom use among sexually active adolescents. However the prevalence rate of Sexually Transmitted Infections among Thai adolescent ages 15-24 years of age is increasing dramatically. A cross-sectional study was conducted to examine the attitudes towards barriers of condom use, problems and condom use errors among high school boy students. The samples included 148 high school boy students in 10th to 12th grade who had condom use experiences in ten high schools, Muang Phitsanulok District. Two measurements consisted of 1) the attitudes towards barriers of condom use, and 2) problems and errors of condom use. The reliability was tested by Alpha Cronbach's 0.89, and 0.91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The study results revealed that mean scores of attitudes towards barriers of condom use among high school boy students was moderate. Condom use errors included not leaving a gap at the tip of condom, not pinching the tip of condom after rolling it down, and waiting to remove the condom after sex was concluded. The condom use problems were not checking for breaking of the condom before sex, poorly fitting condom, and loss of sex simulation while using a condom. Results from this study could improve health education programs and promote condom effectiveness among adolescents and to decrease the sexually transmitted diseases rate and teenage pregnancy.

Keywords: *Attitudes towards condom use, Condom use barriers, Condom use errors, High school student, Boy students*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แม้ว่าผลการสำรวจอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5 จะเพิ่มขึ้นเพียง 0.1 ปี โดย พ.ศ. 2555 มีอายุเฉลี่ย 15.1 และปี พ.ศ. 2561 มีอายุเฉลี่ย 15.1 และจากระบบเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า นักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างชัดเจนจาก ร้อยละ 24.8 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 24.1 ในปี พ.ศ. 2561 (Department of Health, 2019) แต่ผลกระทบด้านสาธารณสุขของประเทศ เช่น การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรกลับเพิ่มขึ้น จากการรายงานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า อัตราการติดเชื้อ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นจาก 80.8 เป็น 169.1 ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2561 (Department of Health, 2019) และกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 1.2 ในปี 2561 (Department of Health, 2019)

ในช่วงเวลากว่ายี่สิบปีที่ผ่านมา มีองค์กรและหน่วยงานเข้ามาแก้ปัญหาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน โครงการทักษะชีวิตทักษะชีวิต เข้ามาใช้ในการป้องกันโรคเอดส์ในโรงเรียนของกระทรวงศึกษาธิการ (Wibulpolprasert, Sirilak, Ekachampaka, Wattanamano,

& Taverat, 2001) การนำโครงการ “ก้าวอย่างเข้าใจ” ที่ดำเนินการโดยองค์การแพธ (PATH) ร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ การป้องกันโรคเอดส์ในสถานศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2551 (PATH, 2008) การเรียนรู้เพศศึกษารอบด้าน (School based HIV prevention program) เพื่อช่วยให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศอย่างถูกต้อง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยยับยั้งการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ช่วยลดคู่นอน และเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยให้มากขึ้น (Bureau of Epidemiology, 2014) นอกจากนี้ยังมียุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ (National Condom Strategy) พ.ศ. 2558-2562 ของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้การใช้ถุงยางอนามัย เป็นวิถีชีวิตโดยปกติของประชาชน ในการป้องกันการตั้งครรภ์ โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือลดความเสี่ยงจากมะเร็งที่แพร่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ (Ministry of Public Health, 2015) ทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.4 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 75.0 ในปี พ.ศ. 2561 และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรักเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.5 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 78.6 ในปี พ.ศ. 2561 (Department of Health, 2019)

แต่จากรายงานเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าสถานการณ์โรคซิฟิลิสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดในช่วงอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 36.9 อยู่ในกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียนและวัยเจริญพันธุ์ (Bureau of Reproductive Health, 2017) ซึ่งขัดแย้งกับรายงานอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่เพิ่มขึ้น และผลสำรวจความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยด้วยคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามเกณฑ์การชี้วัดของ (Global AIDS Response Report [GARPR]) มีความรู้ที่ถูกต้องว่า การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงใน

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ร้อยละ 92.1 (Bureau of Epidemiology, 2014) จากรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า สถานศึกษาเน้นการสอนเรื่องเพศวิถีจากมุมมองผลกระทบต่อด้านลบของเพศสัมพันธ์มากกว่าพูดถึงมุมมองด้านบวก หัวข้อที่ได้รับการสอนมากที่สุด คือ การป้องกันการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ในขณะที่หัวข้อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยระหว่างคูรักเพศเดียวกัน การทำแท้งที่ปลอดภัย และความหลากหลายทางเพศได้รับการสอนน้อยกว่าหัวข้ออื่น ๆ นักเรียนยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ นักเรียนชายส่วนหนึ่งไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย (Boonmongkon et al., 2016) และการสอนเรื่องเพศศึกษาในครอบครัวส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางเพศ (Tipwareerom & Weglicki, 2017; Meechamnan, Fongkaew, Chotibang, & McGrath, 2014; Sridawruang, Pfeil, & Crozier, 2010) โดยคิดว่าจะเป็นการชี้โพรงให้กระรอก ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์

เมื่อทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทย การศึกษาเรื่องถุงยางอนามัยในวัยรุ่นส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นใน 2 ทาง คือ การหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย (Srijan, Moolphate, & Jaitae, 2017; Apakupakul, 2006) และการนำโปรแกรมสุขศึกษามาใช้ ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Olanratmanee & Jungsomjatepaisai, 2017; Tipwareerom, Powwattana, Lapvongwattana, & Crosby, 2011) แต่ยังขาดงานวิจัยในเรื่องของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่น การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาการปัจจัยส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคและข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์และใช้ถุงยางอนามัย ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการใช้ถุงยาง

อนามัยอย่างถูกวิธี จัดทำโปรแกรมสุขศึกษาที่ตรงกับปัญหาและข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การลดปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศได้

คำถามการวิจัย

ทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคและข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่อศึกษาข้อผิดพลาดและปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Section Survey Study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม - กันยายน 2561

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย ในปีการศึกษา 2561 ที่สังกัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา เขต 39 ในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก 10 โรงเรียน จำนวน 2,620 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันคำตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 418 ราย ขณะที่เก็บข้อมูลมีนักเรียนที่สนใจเข้าร่วมโครงการมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 30 คน ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลทั้งหมด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 448 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 448 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของนักเรียนแต่ละโรงเรียน

หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นนักเรียนชายที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย พบว่ามีนักเรียนจำนวน 148 คน ที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และมีรายงานพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 33.0

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สถานภาพของบิดามารดา และลักษณะการเลี้ยงดู

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อ

การใช้ถุงยางอนามัย เช่น เสียสติทำให้ระคายเคือง ทำให้ความรู้สึกสัมผัสไม่ดี ลักษณะคำตอบแบบ Likert rating scale 3 ระดับคือ ไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และเห็นด้วย (1 คะแนน) เกณฑ์ในการใช้แบ่งระดับทัศนคติ คือ ค่าเฉลี่ยคะแนน 1-1.67 อยู่ในระดับต่ำ 1.68-2.33 อยู่ในระดับปานกลาง และ 2.34-3.00 อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อผิดพลาดและปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยเรื่องข้อผิดพลาดและปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของ Crosby, Sanders, Yarber, and Graham (2003) มีการแปลเป็นภาษาไทย และแปลเป็นภาษาอังกฤษย้อนกลับ (Back Translation) โดยอาจารย์พยาบาลสุติศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญภาษาอังกฤษ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัย 7 ข้อ เช่น ใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมหลักเป็นน้ำมัน และปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยจำนวน 8 ข้อ เช่น ถุงยางอนามัยฉีกหรือแตกขณะมีเพศสัมพันธ์ ลักษณะคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ

ไม่ใช่ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีข้อผิดพลาดและปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ได้ค่า Item Objective Congruence Index (IOC) ของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัย และแบบสอบถามข้อผิดพลาดและปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทั้ง 2 ฉบับ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัย ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 39 เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงเรียน 10 แห่ง เขตอำเภอเมืองพิษณุโลก

2. เมื่อได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 39 แล้ว ผู้วิจัยติดต่ออาจารย์ที่รับผิดชอบด้านงานอนามัยโรงเรียนของแต่ละแห่งเพื่อนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูล

3. เมื่อถึงวันที่นัดหมาย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และมอบเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้ปกครอง และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ให้นำกลับไปให้ผู้ปกครองลงนามก่อน และนัดหมายเข้าเก็บข้อมูลในวันรุ่งขึ้นอีกครั้ง

4. เมื่อบิดามารดา/ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกรายจะได้รับปากกา 1 แท่ง และแฟ้มใส่เอกสารเป็นที่ระลึก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข 338/60 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าไม่มีสิทธิในการไม่ตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น แล้วจึงมอบเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้นำกลับไปให้ผู้ปกครองลงนามก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อบิดามารดา/ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงทำการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 17 ปี ($\bar{X}$ = 16.63, S.D. = 1.032) กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 47.3) มีเกรดเฉลี่ย ระหว่าง 2.50-2.99 (ร้อยละ 34.4) อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 63.5) สถานภาพของบิดามารดาอยู่ร่วมกันร้อยละ 70.3 มีลักษณะการเลี้ยงดูบุตรแบบใช้เหตุผล ร้อยละ 64.9 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=148)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 16.63, S.D. = 1.032)		
14	1	0.7
15	25	16.9
16	35	23.6
17	54	36.5
18	33	22.3
กำลังศึกษาในระดับ		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	32	21.6
มัธยมศึกษาปีที่ 5	46	31.1
มัธยมศึกษาปีที่ 6	70	47.3
เกรดเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 2.61, S.D. = 0.570)		
> 2.00	16	10.8
2.00-2.49	42	28.4
2.50-2.99	51	34.4
3.00-3.49	30	19.7
< 3.50	9	6.7
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
บิดามารดา	94	63.5
บิดา/มารดา	29	19.6
ปู่ย่า/ตายาย/ลุงป้า/น้าอา	21	14.2
อื่นๆ เช่น อยู่หอพัก	4	2.7
สถานภาพของบิดามารดา		
อยู่ร่วมกัน	104	70.3
หย่าร้าง	24	16.2
แยกกันอยู่เนื่องจากทำงาน	14	9.5
บิดา/มารดาเสียชีวิต	6	4.1
ลักษณะการเลี้ยงดู		
ใช้เหตุผล	96	64.9
เข้มงวด	39	26.4
ปล่อยปละละเลย	13	8.8

การสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้
ถุงยางอนามัยของเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า
ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณา
รายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก

คือ ถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัยจะรู้สึกใกล้ชิดกับคู่นอน
($\bar{X}$ = 2.11, S.D. = 0.720) ถุงยางอนามัยทำให้รู้สึกไม่เป็น
ธรรมชาติ ($\bar{X}$ = 2.10, S.D. = 0.697) ถุงยางอนามัย
เสียดสีทำให้ระคายเคือง ($\bar{X}$ = 2.08, S.D. = 0.699) และ

ถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกสุดยดเปลี่ยนแปลง ($\bar{X} = 2.08, S.D. = 0.724$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยของเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย (n=148)

ทัศนคติ	Mean	S.D.	ระดับ
1. ถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัยจะรู้สึกใกล้ชิดกับคู่นอน	2.11	.720	ปานกลาง
2. ทำให้รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ	2.10	.697	ปานกลาง
3. ทำให้ความรู้สึกสุดยดเปลี่ยนแปลง	2.08	.724	ปานกลาง
4. ทำให้ความรู้สึกสัมผัสไม่ดี	2.08	.742	ปานกลาง
5. เสียตีสทำให้ระคายเคือง	2.01	.699	ปานกลาง
6. ไม่พอดีกับอวัยวะเพศ	2.00	.728	ปานกลาง
7. ขัดจังหวะอารมณ์ทางเพศ	1.97	.684	ปานกลาง

เมื่อสำรวจข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ข้อผิดพลาด 3 อันดับแรก คือ การเหลือช่องว่างที่ปลายถุงยางขณะใส่ ร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ การบีบไล่ลมออกจากถุงยางอนามัยหลังจากใส่เสร็จแล้ว ร้อยละ 41.2 และถอดถุงยางอนามัยก่อนที่จะเสร็จกิจ ร้อยละ 23.6

ตามลำดับ สำหรับปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยของเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย 3 อันดับแรกได้แก่ การตรวจถุงยางอนามัยหารอยฉีกขาดก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 43.2 ความไม่พอดีของถุงยางอนามัย ร้อยละ 32.4 ปัญหาเรื่องความรู้สึกขณะใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 31.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อผิดพลาดและปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยของเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย (n=148)

ข้อผิดพลาดและปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
ข้อผิดพลาด		
1. เหลือช่องว่างที่ปลายถุงยางขณะใส่	62	41.9
2. บีบไล่ลมออกจากถุงยางอนามัยหลังจากใส่เสร็จแล้ว	61	41.2
3. ถอดถุงยางอนามัยก่อนที่จะเสร็จกิจ	35	23.6
4. ใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมหลักเป็นน้ำมัน	31	20.9
5. ใส่ถุงยางผิดด้านและต้องถอดออกมากลับด้านใส่ใหม่	27	18.2
6. ถุงยางอนามัยสัมผัสกับของที่แหลมคม เช่น ฟัน เล็บ	19	12.8
7. สวมถุงยางอนามัยไม่ทัน	18	12.2
ตัวแปร		
ปัญหา		
1. การตรวจถุงยางอนามัยหารอยฉีกขาดก่อนมีเพศสัมพันธ์	64	43.2
2. ความไม่พอดีของถุงยางอนามัย	48	32.4
3. ปัญหาเรื่องความรู้สึกขณะใช้ถุงยางอนามัย	47	31.8

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
4. อวัยวะเพศอ่อนตัวเมื่อใช้ถุงยางอนามัย	28	18.9
5. อวัยวะเพศอ่อนตัวขณะใส่ถุงยางอนามัย	28	18.9
6. ถุงยางอนามัยฉีกหรือแตกขณะมีเพศสัมพันธ์	25	16.9
7. ถุงยางอนามัยลื่นหลุดขณะที่มีเพศสัมพันธ์	20	13.5
8. ถุงยางอนามัยลื่นหลุดขณะถอนอวัยวะเพศออกมา	15	10.1

การอภิปรายผล

1. จากผลการสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยของเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัยจะรู้สึกใกล้ชิดกับคู่นอน ถุงยางอนามัยทำให้รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ และถุงยางอนามัยทำให้ความรู้สึกสุดยอดเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้สอดคล้องกับกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องความพึงพอใจต่อการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า ความรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ เป็นข้ออ้างสำคัญในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย รวมถึงค่านิยมเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยว่า สะท้อนถึงความไม่ไว้วางใจ หรือความไม่ซื่อสัตย์ต่อคู่เพศสัมพันธ์ของตน โดยเฉพาะ สามภรรยา คู่รัก หรือแฟน (Ministry of Public Health, 2015) และมีความเชื่อว่าคู่นอนของตนปลอดภัยกว่าหญิงหรือชายบริการ (Apakupakul, 2006) ซึ่งปัญหานี้อยู่ในยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ (National Condom Strategy) พ.ศ. 2558-2562 ของกระทรวงสาธารณสุข ข้อที่ 1 ในเรื่องการส่งเสริมความยอมรับและลดอคติในการใช้ถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัยสตรีและสารหล่อลื่น โดยมีวัตถุประสงค์หนึ่ง คือ เพื่อสร้างค่านิยม และบรรทัดฐานใหม่ของสังคม ที่ยอมรับว่าถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์หนึ่งที่ใช้ในการดำเนินชีวิตตามปกติของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (Ministry of Public Health, 2015)

2. ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า ข้อผิดพลาด 3 อันดับแรก ของการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ

การเหลือช่องว่างที่ปลายถุงยางขณะใส่ การบีบไล่ลมออกจากถุงยางอนามัยหลังจากใส่เสร็จแล้ว และถอดถุงยางอนามัยก่อนที่จะเสร็จกิจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสอนสุขศึกษาเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยในระดับมัธยมศึกษา มุ่งเน้นการบรรยาย มากกว่าการสาธิต (Boonmongkon et al., 2016) ซึ่งการให้ความรู้เรื่องการสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีนั้นจำเป็นต้องใช้การสาธิตและประเมินทักษะการสวมถุงยางอนามัยจึงจะทำให้ นักเรียนสามารถสวมถุงยางอนามัยได้อย่างถูกต้องและถูกวิธี (Olanratmanee, & Jungsomjatepaisai, 2017; Tipwareerom et al., 2011) นอกจากนี้ผู้สอนสุขศึกษาส่วนใหญ่ คือ ครูสุขศึกษา ไม่ใช่ครูพยาบาล/ครูอนามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Boonmongkon et al., 2016) ประกอบกับขาดการให้ความรู้จากบิดามารดา เพราะบิดามารดามักมีความเชื่อว่าบุตรชายยังไม่มีประสบการณ์ทางเพศ รวมไปถึงการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนเป็นการชี้โพรงให้กระรอก และความรู้สึกละอายและไม่สะดวกใจในการพูดถึงเรื่องถุงยางอนามัยกับบุตร (Tipwareerom & Weglicki, 2017) ส่งผลทำให้นักเรียนขาดทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย มีทัศนคติทางลบต่อการใช้ถุงยางอนามัย และเกิดข้อผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัยได้ง่าย

3. สำหรับปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัยของเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย 3 อันดับแรก ได้แก่ การตรวจถุงยางอนามัยหารอยฉีกขาดก่อนมีเพศสัมพันธ์ ความไม่พอดีของถุงยางอนามัย ปัญหาเรื่องความรู้สึกขณะใช้ถุงยางอนามัย ตามลำดับ ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ อวัยวะเพศอ่อนตัวขณะใส่หรือระหว่างการใช้ถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัยฉีกหรือแตกขณะมีเพศสัมพันธ์ ถุงยางอนามัยลื่น

หลุดขณะที่มีเพศสัมพันธ์หรือขณะถอนอวัยวะเพศ ซึ่งปัญหาดังกล่าว อาจเกิดจากขาดทักษะในการใช้ยางอนามัย ทำให้การสวมแต่ละครั้งใช้เวลานานและทำให้อารมณ์เสียหรืออารมณ์ไม่ต่อเนื่องได้ (Medthai, 2017) กรณีถุงยางแตก มักเกิดจากการใช้สารหล่อลื่นที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่บีบไล่อากาศที่อยู่บริเวณปลายถุงยางก่อนใส่ (Department of Health, 2018) ส่วนปัญหาถุงยางอนามัยฉีกหลุดเกิดจากการเลือกขนาดของถุงยางไม่เหมาะสม ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขปี 2535 ขนาดของถุงยางอนามัย มีขนาดกว้างตั้งแต่ 44-56 มิลลิเมตร แต่สำหรับในประเทศไทย ถุงยางที่จัดจำหน่ายและแจกฟรีมีเพียง 2 ขนาด ได้แก่ ขนาดที่มีความกว้าง 49 มิลลิเมตร และขนาดขนาด 52 มิลลิเมตร (Department of Health, 2018) อาจทำให้ไม่พอดีกับขนาดของอวัยวะเพศของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายได้ ส่วนปัญหาความรู้สึกละคายขณะใช้ถุงยางอนามัย อาจเป็นเพราะทัศนคติที่ว่า การใช้ถุงยางอนามัยจะทำให้รู้สึกไม่ใกล้ชิดกับคู่นอน และทำให้ความรู้สึกสุดยอดเปลี่ยนแปลง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมาจากการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งทำให้ได้ทั้งคนที่มีและไม่มีประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์และใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากการที่จะสุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจะทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกถูกตีตราว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ได้
2. การเก็บข้อมูลเป็นการสอบถามถึงประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมา อาจทำให้มี

ความคลาดเคลื่อนในการตอบคำถามที่ต้องระลึกข้อมูลในอดีต

3. แบบสอบถามข้อผิดพลาดในการใช้ยางอนามัยขาดความครอบคลุมประเด็นวิธีการเก็บถุงยางอนามัยก่อนที่จะนำมาใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการสอนสุขศึกษาเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย ควรเลือกใช้วิธีการสาธิตควบคู่กับการบรรยาย และควรมีการอภิปรายประเด็นปัญหาและอุปสรรคของการใช้ถุงยางอนามัยที่พบบ่อย เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ถูกต้อง และมีความมั่นใจในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติอุปสรรค และข้อผิดพลาดของการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชาย ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านการเลี้ยงดูในครอบครัว โรงเรียน และคู่นอน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย ศ.ดร.วารุณี พองแก้ว รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และรศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ นักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Apakupakul, N. (2006). Sexual relation and condom use in teenagers and young adults at clubs: A case study in Bangkok. *Songklanagarind Medical Journal*, 24(6), 475-482. (In Thai)
- Boonmongkol, P., Promnart, P., Samao, N., Ojanen, T., Guadarmuz, T., Burford, J., ... Sungsrivet, C. (2016). *Research report to review sexuality education in Thai educational institutes*. Bangkok: Mahidol University. (In Thai)
- Bureau of Epidemiology. (2014). *Situation of HIV infection epidemic in Thailand, 2014*. Retrieved from <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&year=2014>. (In Thai)

- Bureau of Reproductive Health. (2017). *Reproductive health situation in adolescent and youth 2017*. Retrieved from <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index> (In Thai)
- Crosby, R., Sanders, S., Yarber, W. L., & Graham, C. A. (2003). Condom – use errors and problems: A neglected aspect of Studies assessing condom effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(4), 367-370.
- Department of Health. (2018). *The correct of condom use*. Retrieved from <http://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/how-to-put-on-a-condom/> (In Thai)
- Department of Health. (2019). *Reproductive health situations among teenagers and adolescences*. Retrieved from http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=86 (In Thai)
- Meechamnan, C., Fongkaew, W., Chotibang J., & McGrath B. B. (2014). Do Thai parents discuss sex and AIDS with young adolescents: A qualitative study. *Nursing and Health Science*, 16(1), 97-102.
- Medthai. (2017). *Condom: Condom use method & review 13 condom brands*. Retrieved from <https://medthai.com/%E0%B8%96%E0%B8%B8%E0%B8%87%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%B1%E0%B8%A2/> (In Thai)
- Ministry of Public Health. (2015). *National condom strategy 2015-2019*. Bangkok: J.S. Publishing. (In Thai)
- Olanratmanee, B., & Jungsomjatepaisai, W. (2017). The effect of comprehensive sex education program on knowledge and skill of condom application to model of 2nd grade high school. *Journal of Nursing Science*, 35(1), 48-60. (In Thai)
- PATH. (2008). *Sex education guideline for students in grade 11*. Bangkok: Urgent Tech Co Ltd. (In Thai)
- Sridawruang, C., Pfeil, M., & Crozier, K. (2010). Why Thai parents do not discuss sex with their children: A qualitative study. *Nursing and Health Science*, 12(4), 437-443. (In Thai)
- Srijan, N., Moolphate, S., & Jaitae, S. (2017). Determinants of condom use behavior among men who have sex with men, Mueang District, Chang Mai Province. *Journal of Graduate Research*, 8(1), 217-233. (In Thai)
- Tipwareerom, W., Powwattana, A., Lapvongwatana, P., & Crosby, A. (2011). Effective of a model of risky sexual behavior prevention among adolescent boys in Thailand. *Southeast Asian Journal of Trop Medicine and Public Health*, 42(3), 726-736. (In Thai)
- Tipwareerom, W., & Weglicki, L. (2017). Parents' knowledge, attitude, behaviors, and barriers in promoting condom use among their adolescent sons. *Nursing and Health Sciences*, 19(2), 212-219. (In Thai)
- Wibulpolprasert, S., Sirilak, S., Ekachampaka, P., Wattanamano, N., & Taverat, R. (2001). *Thailand health profile 1999-2000*. Bangkok: Express Transportation Organization. (In Thai)
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.



การวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก Situation Analysis of Nursing Supervision Among Unofficial-Time Nurse Supervisors, Operating Room, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

ชญาณุช	ตรงต่อกิจ *	Chayanuch	Trongtokit *
อรอนงค์	วิชัยคำ **	Orn-anong	Wichaikhum **
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **

บทคัดย่อ

การนิเทศทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลและเป็นกิจกรรมสำคัญของผู้บริหารทุกระดับ การศึกษาเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการและเพื่อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ กลุ่มประชากรทั้งหมดจำนวน 35 คน ประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ จำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพนอกเวลาราชการ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคลและแนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ด้านโครงสร้าง พบว่า ห้องผ่าตัดมีการกำหนดนโยบายและรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการยังไม่ชัดเจน มีการวางแผนการนิเทศในแต่ละเวร แต่ไม่มีการจัดทำรูปแบบเป็นลายลักษณ์อักษร แบบพรรณนาลักษณะงานของผู้ตรวจการไม่มีความเฉพาะเจาะจง และเครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการมีน้อยและไม่ครอบคลุม จึงเสนอแนะให้มีการจัดทำนโยบายและรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ตรวจการนอกเวลาราชการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานห้องผ่าตัด จัดทำแบบฟอร์มการนิเทศของผู้ตรวจการ จัดทำพรรณนาลักษณะงานให้ชัดเจนและมีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือการนิเทศที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน สามารถปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน

2. ด้านกระบวนการ พบว่า การวางแผนในการนิเทศไม่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม การกำหนดโครงสร้างในการนิเทศไม่ชัดเจน การสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับการนิเทศไม่เพียงพอ การควบคุมการปฏิบัติงานมีรูปแบบไม่ชัดเจน และไม่มีแบบประเมินที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นเสนอแนะให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ตรวจการในแต่ละวัน มีการจัดโครงสร้างการปฏิบัติงานให้รู้บทบาทและหน้าที่ของการนิเทศ ควรมีการจัดทำแบบฟอร์มที่ใช้ในการควบคุมการปฏิบัติงาน และจัดทำแบบประเมินการปฏิบัติงาน

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

* Professional Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Email: chayanuch-trong@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 22 ธันวาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 26 มีนาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 5 กรกฎาคม 2561

3. ด้านผลลัพธ์ พบว่า ผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจบางส่วนในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ
เสนอแนะให้ส่งเสริมผู้ตรวจการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล
ดังนั้นจึงควรมีการนำเสนอผลการศึกษาคือการบริหารทางการพยาบาลเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการนิเทศทาง
การพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์, การนิเทศทางการพยาบาล

Abstract

Nursing supervision is a tool to improve the quality of services in hospitals and the main activity of executives at all levels. This descriptive study aimed to analyze the situation of nursing supervision among unofficial-time nurse supervisors and offer the solutions of unofficial-time nursing supervision in the Operating Room, at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. The Donabedian quality assessment (2003) was used as the conceptual framework for this study. Consisting of 3 aspects which are structure, process, and outcomes. The total population is 35 people consisting of 5 unofficial-time nurse supervisors and 30 unofficial-time nursing personnel. The research instruments were the questions for individual interviews and questions for the group meeting. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results revealed that:

1. For structure, the operating room had a policy and model of nursing supervision among unofficial-time nurse supervisors but not clear. There was a supervision plan in each shift but no preparation. The job description of nursing supervision among unofficial-time nurse supervisors was unspecific. A few instruments used in nursing supervision were not covered. Suggestions to improve include preparing a policy for nursing supervision and establishing a model of nursing supervision based on the guidelines of the operating room, creating a nursing supervision form, preparing a clear job description, and conducting concrete practice guidelines for using supervision instruments-so that work can be done in the same way.

2. Regarding process, the nursing supervision plan was not clear and concrete. The supervision structure was not clear. Facilitating motivation was inadequate, the controlling has unclear model and there was a lack of concrete evaluation. Therefore, included stating the roles and responsibilities for daily work, establishing a supervision structure for roles and responsibilities for supervision, preparing evaluation forms used in the monitoring process, and creating a work performance evaluation process.

3. Regarding the outcomes, it was found that supervision recipients were somewhat satisfied with the performance of nurse supervisors. Suggestions to improve include encouraging nurse supervisors to be trained about nursing supervision.

The results of this study could be proposed to nursing administrators in order to improve the

nursing supervision model of unofficial-time nurse supervisors.

Keywords: *Situation Analysis, Nursing Supervision*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนิเทศการพยาบาลเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ การศึกษาบทบาทการนิเทศของ Ostergren (2011) พบว่า สัมพันธภาพการทำงานและความพึงพอใจของการนิเทศ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในผู้นิเทศเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 (คะแนนเต็มเท่ากับ 4) ประโยชน์ของการนิเทศส่งผลต่อการพัฒนาระบบการพยาบาลทั้งในด้านการวางแผน การปฏิบัติงาน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานและเจ้าหน้าที่แต่ละคนให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Vanichpunjapon & Kittiratchada (2008) ที่กล่าวว่า การนิเทศทางการพยาบาลมีความสำคัญทำให้งานมีคุณภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับการนิเทศการพยาบาลมีประสิทธิภาพในการทำงาน สมรรถนะในการปฏิบัติงานการพยาบาลดีขึ้น การนิเทศเป็นกิจกรรมสำคัญของผู้บริหารการพยาบาล ทุกระดับตั้งแต่หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ต้องทำหน้าที่ในการนิเทศการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้การบริหารการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญเป็นการช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้รับการนิเทศ (Kanchanabat, 2007) และ (Lester, 1974) ยังพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้นิเทศต้องประสบความล้มเหลวในการปฏิบัติงาน มี 6 ประการ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานไม่ดี ไม่ปรับปรุง ตนเอง ขาดความเข้าใจในการบริหารงานบางส่วน ขาดความตั้งใจที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงาน ขาดทักษะในการวางแผนและจัดระบบงาน ขาดความสามารถในการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การแก้ปัญหา เป็นต้น

ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติหน้าที่แทนผู้บริหารของ

โรงพยาบาล โดยทำหน้าที่ในการบริหารงานรองจากหัวหน้าหน่วยงานและนิเทศทางการพยาบาลให้กับพยาบาลทุกระดับ มีหน้าที่ตัดสินใจในการพิจารณาเหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ด้วยตนเองเมื่อเกิดขึ้นนอกเวลาราชการ ซึ่งผู้ตรวจการพยาบาล Department of Nursing, Siriraj Hospital (2014) กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการมีความสำคัญต้องเป็นผู้รับผิดชอบนโยบาย/มาตรฐานการทำงานสู่การปฏิบัติ บริหารงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน ประสานงานกับสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบงาน ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดพบว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับทุกโรงพยาบาล โดยความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมีผลมาจากตัวบุคคลขณะปฏิบัติงาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kumloypha (2009) เรื่องศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่าผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศขาดความรู้ความเข้าใจในการนิเทศทางการพยาบาล และมีความสัมพันธ์กับงานวิจัยของ Wannasarn (2012) พบว่าปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ ได้แก่ แผนการนิเทศที่ไม่ชัดเจน คู่มือการนิเทศไม่เป็นปัจจุบัน ขาดความพร้อมในการเป็นผู้ตรวจการนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,063 เตียง ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทุกสาขาในระดับตติยภูมิ สำหรับห้องผ่าตัดเปิดให้บริการผ่าตัดครบทุกสาขาตลอด 24 ชั่วโมง ในเวลาราชการเปิดให้บริการจำนวน 19 ห้อง นอกเวลาราชการเวลาให้บริการ 16.30-00.30 น. เปิดบริการ 3 ห้อง และเวลา 00.30-08.30 น. เปิดบริการ 2 ห้อง จึงได้ริเริ่มให้มีผู้ตรวจการพยาบาลตั้งแต่ปี 2556

ซึ่งผู้ตรวจการนอกเวลาราชการจะทำหน้าที่เป็นตัวแทนหัวหน้าห้องผ่าตัด ในขณะที่ปฏิบัติงานต้องมีการเรียนรู้ด้านการบริหารจัดการ มีการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน สามารถประสานงานและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ อีกทั้งยังทำหน้าที่ในการนิเทศงานส่วนต่าง ๆ ของห้องผ่าตัด พร้อมทั้งให้ความรู้ คำชี้แนะกับผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การนิเทศงานของผู้ตรวจการทำให้พบปัญหาในขณะปฏิบัติงาน ดังการประเมินตัวชี้วัดห้องผ่าตัดใน ปี 2557 และ 2558 ของเวรนอกเวลาราชการพบปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการห้องผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานหรือตัวชี้วัดที่กำหนดไว้หลายประการ เช่น พบอุบัติเหตุการฉีดยาที่มีการตรวจนับผ้าซับโลหิตและเครื่องมือไม่ครบหลังผ่าตัด การได้รับอันตรายจากการจัดท่า การส่งชิ้นเนื้อเพื่อการตรวจวินิจฉัยผิดพลาด เจ้าหน้าที่ถูกของมีคมตำ สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ขอร้องเรียนเรื่องต่าง ๆ และการสุ่มตรวจสอบพบความไม่พร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์ภายในห้องผ่าตัด ซึ่งจากการวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root Cause Analysis: [RCA]) พบว่าส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการนิเทศของผู้ตรวจการที่ยังไม่ครอบคลุมตามกระบวนการนิเทศ

ผู้ศึกษาในฐานะปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยศึกษาตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003) และผลการศึกษาค้นคว้าจะเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

2. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นอย่างไร
2. แนวทางการแก้ปัญหาการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลห้องผ่าตัดนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งด้านโครงสร้าง ได้แก่ 1) นโยบายการนิเทศทางการพยาบาล 2) รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล 3) แผนการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด 4) แบบพรรณนาลักษณะงานของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด 5) เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการนิเทศทางการพยาบาล ด้านกระบวนการนิเทศ ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การจัดโครงสร้าง 3) การสร้างแรงจูงใจ 4) การควบคุม 5) การติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงาน และด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ โดยจะทำให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรคในการนิเทศ รวมทั้งแนวทางการแก้ปัญหาการนิเทศทางการพยาบาลด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ประชากรในการศึกษารวมทั้งหมด 35 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มประชากรที่เป็นผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด จำนวน 5 คน

และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ เวรนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 30 คน มีการรวบรวมเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด จำนวน 5 คน และประชุมกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพเวรนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด จำนวน 30 คน และศึกษาจากเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางการพยาบาลของห้องผ่าตัดและโรงพยาบาลพุทธชินราช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามที่ใช้สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคล และการประชุมกลุ่ม โดยเครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาล และส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาแนวคำถามมาจากกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพ ของ Donabedian (2003) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน แล้วจึงนำมาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้แบ่งขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษานำโครงสร้างการค้นคว้าแบบอิสระเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรม ก่อนทำการศึกษา

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาขออนุญาต และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์รายบุคคลและการ

ประชุมกลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาและจะไม่รบกวนเวลาการทำงานของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับ หรือปฏิเสธและยุติการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งการตอบรับ หรือปฏิเสธจะไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่อย่างใด นอกจากนี้ผู้ศึกษาจะรักษาความลับของข้อมูล ไม่มีการบันทึกชื่อของผู้เข้าร่วมการศึกษา นำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทันทีภายหลังสิ้นสุดการศึกษา หลังจากผู้เข้าร่วมการศึกษาดัดสินใจเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้แล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากการสัมภาษณ์รายบุคคล การประชุมกลุ่มและข้อมูลจากเอกสาร โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูลและกำหนดประเด็น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 พบว่า กลุ่มผู้ตรวจการนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20 มีอายุระหว่าง 35-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา มีอายุตั้งแต่ 41 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 100 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนมากมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา มีระยะเวลา 10-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นผู้ตรวจการห้องผ่าตัดโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4.4 ปี และผู้ตรวจการทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

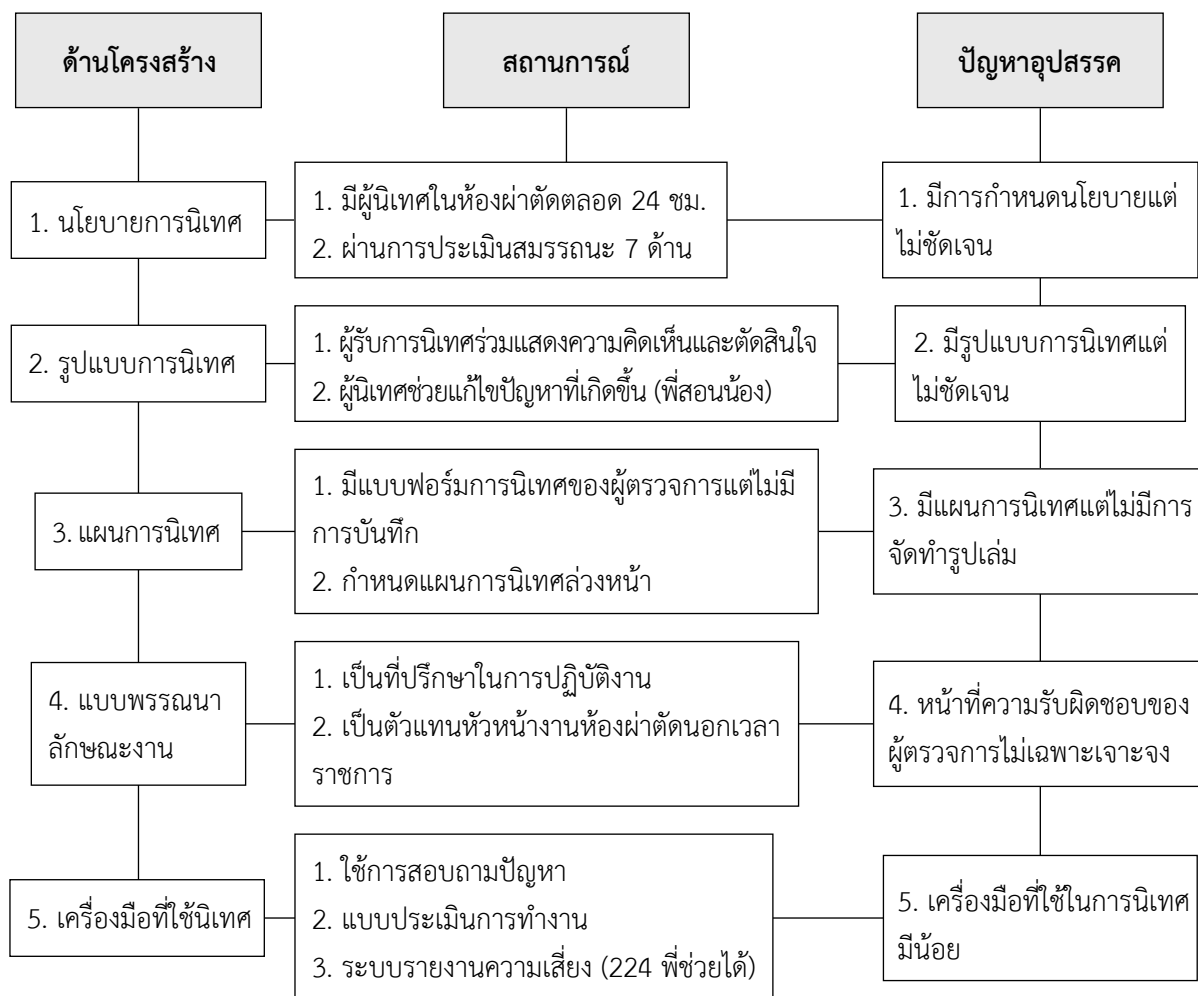
ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการนิเทศทางการแพทย์มาาก่อน

1.2 พบว่า กลุ่มผู้รับการนิเทศนอกเวลาราชการ ห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และน้อยที่สุดมีอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.33 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.33 และเพศชายร้อยละ 16.67 ทั้งหมดมีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 73.33 และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 26.67 ระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล

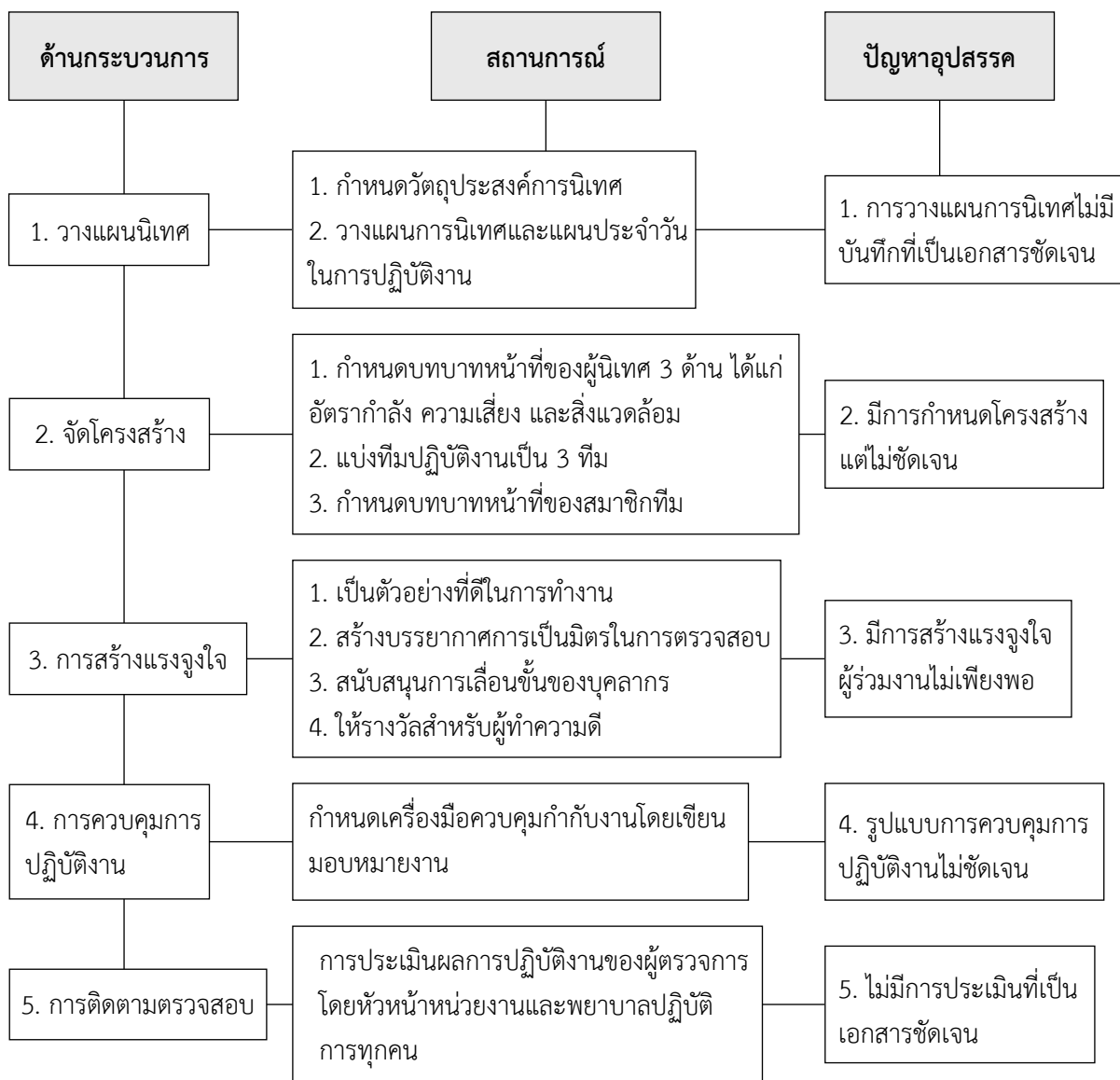
เฉลี่ย 8.27 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 1.03 ประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นผู้ตรวจการห้องผ่าตัด เฉลี่ย 1.07 ปี มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.19 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการนิเทศทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีเพียงร้อยละ 3.33 ที่เคยเข้ารับการอบรม

2. สถานการณ์การนิเทศทางการแพทย์ รวมทั้ง ปัญหา อุปสรรค เกี่ยวกับการนิเทศทางการแพทย์ของ ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สรุปผลการศึกษาดังนี้

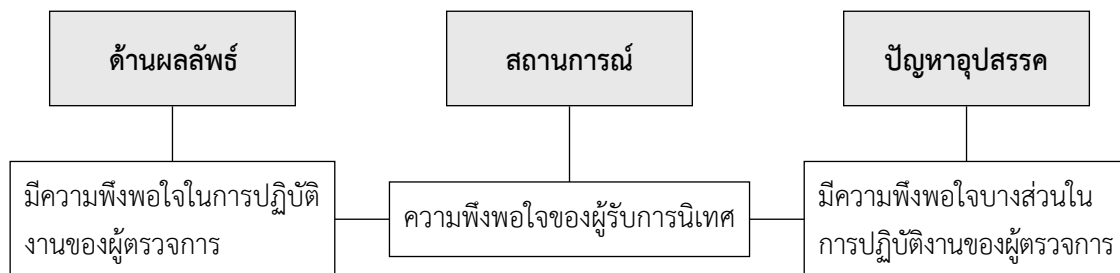
ด้านโครงสร้าง สรุปผลการศึกษามีดังนี้



ด้านกระบวนการ สรุปผลการศึกษามีดังนี้



ด้านผลลัพธ์ สรุปผลการศึกษามีดังนี้



3. แนวทางการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศทาง
การพยาบาลของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด
สรุปผลการศึกษาดังนี้

ด้านโครงสร้าง

แนวทางการแก้ปัญหาด้านโครงสร้างการนิเทศ
ทางการพยาบาล มีดังนี้ ควรจัดทำนโยบาย รูปแบบ
แผนการนิเทศทางการพยาบาลให้เป็นรูปธรรม แยกแบบ
พรรณนาลักษณะงานของผู้ตรวจการนอกเวลาให้ชัดเจน
และจัดทำเครื่องมือในการนิเทศ

ด้านกระบวนการ

แนวทางการแก้ปัญหา มีดังนี้ ควรมีการวางแผน
ร่วมกันระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศก่อนเริ่ม
ปฏิบัติทุกครั้งและทุกเวรทำการ จัดโครงสร้าง
การปฏิบัติงานให้ เป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้ผู้ตรวจการ
สร้างแรงจูงใจต่อ ผู้ปฏิบัติงาน มีการควบคุมกำกับงาน
และมอบหมายงานให้เหมาะสมกับบุคลากร พร้อมทั้ง
จัดทำแบบประเมินการปฏิบัติงานโดยหัวหน้าหน่วยงาน
และพยาบาลปฏิบัติการทุกคน

ด้านผลลัพธ์

แนวทางแก้ปัญหา มีดังนี้ ส่งเสริมให้ผู้ตรวจการ
ได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารหลักการ
นิเทศทางการพยาบาล มีการทำข้อตกลงร่วมกันก่อน
การนิเทศและปรับทัศนคติต่อการนิเทศทางการพยาบาล
ที่ดี เพิ่มความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบระหว่างผู้นิเทศ
และผู้รับการนิเทศ

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์และปัญหา อุปสรรค ในการนิเทศ
ทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา
ราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
อภิปรายผลการศึกษาเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านโครงสร้าง อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

นโยบายการนิเทศ ผลการศึกษาพบว่า ห้องผ่าตัด
มีการกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับกลุ่มการพยาบาล
และกลุ่มผู้นิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ
โดยผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด

ทำหน้าที่นิเทศงานพยาบาลผ่าตัด ตลอด 24 ชั่วโมง
และกำหนดคุณสมบัติของผู้นิเทศต้องผ่านการประเมิน
สมรรถนะ 7 ด้าน แต่ไม่สามารถนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ
ได้อย่างครบถ้วน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการขาดความรู้
สมรรถนะไม่ครบถ้วนและไม่ได้รับการสนับสนุนด้าน
นโยบายจากผู้บริหารระดับสูงส่งผลให้การรับรู้เกี่ยวกับ
นโยบายการนิเทศทางการพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมและ
ไม่มีเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน จึงเป็นสาเหตุ
ที่ทำให้การนิเทศไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (Swansburg,
1990)

รูปแบบการนิเทศ ผลการศึกษาพบว่า ห้องผ่าตัด
ใช้รูปแบบการนิเทศโดยการสังเกต การสอน การสะท้อน
ความคิด โดยผู้ตรวจการนอกเวลาราชการจะต้อง
เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศร่วมแสดงความคิดเห็น
และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการ
ปฏิบัติงาน แต่การแก้ไขปัญหาในบางเรื่องใช้ประสบการณ์
ของผู้นิเทศเองเป็นหลัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก
ไม่มีการวางรูปแบบในการนิเทศงานให้ชัดเจน
ขาดการกระจายงานให้กับผู้อื่น คู่กันเคยกับรูปแบบการทำงาน
แบบเดิม ทำงานด้วยตนเองไม่มีการกระจายงานให้ผู้อื่น
ไม่มีการกระจายอำนาจเนื่องจากไม่ไว้วางใจ (Suwan-
nimitr, 2013) แผนการนิเทศ ผลการศึกษาพบว่า
ทีมบริหารห้องผ่าตัดมีการจัดทำแผนการนิเทศสำหรับ
ผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ โดยจัดทำแบบฟอร์มการ
นิเทศของผู้ตรวจการ แต่ผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ
ไม่มีการวางแผนในการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์
อักษรไว้ล่วงหน้า มองไม่เห็นภาพกิจกรรมในการนิเทศ
ที่ผู้นิเทศจะต้องทำร่วมกับผู้รับการนิเทศในแต่ละเวร
ทำการ จึงทำให้ผู้ตรวจการนอกเวลาราชการปฏิบัติงาน
ไม่ครอบคลุม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก มีแผนการนิเทศแต่
ไม่มีการจัดทำให้มีความชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
ฉะนั้นการจัดทำแผนดำเนินการ การกำหนดวิธีประเมิน
ผลการนิเทศและบันทึกแผนการนิเทศเป็นลายลักษณ์
อักษรจะทำให้การวางแผนนิเทศการพยาบาลมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น (Othaganont, 1996; Roongsai,
2002)

แบบพรรณนาลักษณะงาน ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าห้องผ่าตัดมีการกำหนดลักษณะงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โดยแบ่งหน้าที่แต่ละด้าน ดังนี้ การบริหารอัตรากำลัง การบริหารสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและวัสดุผ่าตัด และการบริหารกระบวนการทำงานซึ่งในแต่ละเวรทำการผู้ตรวจการและหัวหน้าทีม มีการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันอยู่ไม่แยกงานให้ชัดเจน ทำให้การส่งต่อเวรทำไม่ครอบคลุม ผู้ตรวจการปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ครบถ้วน ทำหน้าที่ซ้ำซ้อนกับหัวหน้าเวร ต่างคนต่างปฏิบัติ เกิดความล่าช้า ไม่มีการประสานงานกันก่อน ส่งผลให้การติดต่อสื่อสารหรือประสานงานกับหน่วยงานระหว่างการทำผ่าตัดอาจทำให้เกิดการผิดพลาดได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ตรวจการไม่เฉพาะเจาะจง เมื่อไม่มีแบบพรรณนาลักษณะงาน ทำให้เกิดปัญหาหลายประการ เช่น ไม่มีการกำหนดแบบพรรณนาลักษณะงานในองค์กร แบบพรรณนาลักษณะงานไม่ตรงกับงานที่ทำจริงและงานซ้ำซ้อน (Santong, 2005) กับ (Suwannimitr, 2013) ที่กล่าวว่า บทบาทของผู้นิเทศ ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานการทำงาน ประเมินคุณภาพการพยาบาล ริเริ่มและพัฒนาการให้บริการด้านการพยาบาล รวมทั้งการประกันคุณภาพการพยาบาล เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศ ผลการศึกษาพบว่า คู่มือที่ใช้ในการดำเนินการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาล เช่น การประชุมกลุ่มย่อย การหาสาเหตุของปัญหา ซึ่งพบเพียงใช้การพูดคุย สอบถามเพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นและรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้กับองค์กรได้รับทราบ ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องมือเหล่านี้ไม่เพียงพอกับการนิเทศและยังไม่ครอบคลุมทุกเรื่องของการนิเทศ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasarn (2012) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการยังขาดความชัดเจนเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศ เช่น แบบบันทึกรายงานการนิเทศการพยาบาลทางคลินิกและแบบบันทึกเหตุการณ์สำคัญสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ดังนั้นความชัดเจนของ

เครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อการนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพ

ด้านกระบวนการ พบว่า มีการดำเนินการนิเทศทางการพยาบาล มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย

การวางแผนการนิเทศ ผลการศึกษาพบว่า มีการกำหนดวัตถุประสงค์และแนวทางในการนิเทศโดยมีการประชุมกำหนดวัตถุประสงค์ของกรรมการห้องผ่าตัดที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มการพยาบาล ในขั้นตอนของการวางแผนนี้จะรวมถึงการวางแผนในการนิเทศและการวางแผนประจำวันในการปฏิบัติงานซึ่งผู้ตรวจการนอกเวลาราชการเป็นผู้กำหนดสิ่งที่ต้องการนิเทศ โดยดูจากปัญหาที่เกิดขึ้นในบางครั้งอาจไม่ครอบคลุมทุกปัญหาที่ต้องการนิเทศได้ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวางแผนในการนิเทศไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม เนื่องจากผู้ตรวจการนอกเวลาราชการร่วมรับเวร และรู้ปัญหาดังกล่าวร่วมกับ Leader team แล้วไม่ได้มีการแจ้งให้สมาชิกทีมรับทราบ มีการวางแผนงานกันคร่าว ๆ ไม่มีการวางแผนประจำวันหลังรับเวรเรียบร้อยแล้ว จึงไม่ได้มีการแจกแจงหน้าที่กันอย่างชัดเจน เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasarn (2012) ที่กล่าวว่า ในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการไม่มีแผนการนิเทศ การพยาบาลที่ชัดเจน ทำให้ไม่มีการวางแผนล่วงหน้าในการทำกิจกรรมของแต่ละเวร เช่นเดียวกับการศึกษาของ Roongsai (2002) กล่าวว่า การจัดทำแผนการดำเนินการกำหนดวิธีการประเมินผลการนิเทศและบันทึกแผนการนิเทศเป็นลายลักษณ์อักษรจะทำให้การนิเทศการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การจัดโครงสร้างการนิเทศ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตรวจการมีการจัดระเบียบองค์ประกอบหลักของกิจกรรมต่าง ๆ ในหน่วยงานให้เป็นระบบ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ แต่การจัดตารางมอบหมายงานในเวรนอกเวลาราชการ ผู้ตรวจการเวรเช้าจะเป็นผู้จัดให้ทุกเวรทำการ ทำให้ผู้ตรวจการเวรนอกเวลาไม่มีการทำหน้าที่ในส่วนของการมอบหมายงาน ทั้งนี้เนื่องจาก การกำหนดโครงสร้างไม่ชัดเจน

การทำงานระหว่างผู้ตรวจการกับหัวหน้าทีมยังมีความซ้ำซ้อน แยกหน้าที่กันไม่ชัดเจน จึงทำให้การทำงานไม่เป็นไปตามขั้นตอนและในบางครั้งผลของงานไม่ออกมาดังที่คาดหวังและมีการสืบทอดปฏิบัติหน้าที่ซึ่งต่างคนต่างคิดว่าปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้ว ฉะนั้นการจัดโครงสร้างการนิเทศทางการพยาบาล ผู้ตรวจการควรมีการรับรู้ร่วมกันกับผู้รับการนิเทศเพื่อให้ทุกคนสามารถปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลและมาตรฐานห้องผ่าตัด มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lester (1974) พบว่าเมื่อขาดความเข้าใจในการบริหารงานบางส่วน ขาดความตั้งใจที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงาน ขาดทักษะในการวางแผนและจัดระบบงาน ขาดความสามารถในการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ การแก้ปัญหาจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้นำนิเทศต้องประสบความล้มเหลวในการปฏิบัติงาน

การสร้างแรงจูงใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตรวจการใช้กลยุทธ์เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติงานของผู้รับการนิเทศ โดยเข้าไปร่วมรับรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเสริมสร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงาน แต่มีการนำโน้มน้าให้กำลังใจผู้ร่วมงานไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจาก การใช้คำพูดหรือน้ำเสียงที่ไม่เป็นมิตรไม่มีความจริงใจความหลากหลายในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ตรวจการ ส่งผลให้ผู้ถูกนิเทศมีความกังวลเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน เพราะจะต้องคอยปรับตัวตลอดเวลาและทำให้คิดว่าโดนจับผิดเสมอ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Hirunroj (2001) ที่กล่าวว่า ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการนิเทศ คือ ขาดขวัญและกำลังใจในการนิเทศ การสื่อสารไม่ตรงกัน พฤติกรรมการนิเทศยังมีท่าทีเหมือนคอยจับผิด และ พบว่า ปัญหาคืออุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้งานสำเร็จสำหรับการนิเทศการพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ความเจริญงอกงามแก่ผู้รับการนิเทศ ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นจะส่งผลต่อคุณภาพในการนิเทศเช่นกัน

การควบคุมการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตรวจการนอกเวลาราชการเป็นผู้ควบคุมการนิเทศใน

เรื่องต่าง ๆ โดยให้มีการจัดทำเครื่องมือที่จะใช้ควบคุมกำกับงาน เช่น แบบฟอร์มการตรวจนับเครื่องมือ แบบฟอร์มการสุ่มตรวจสอบป้องกันการผ่าตัดผิดคนผิดข้าง แบบฟอร์มการส่งเครื่องมือให้กับ supply แบบฟอร์มการส่งเวร เป็นต้น ผู้ตรวจการจะมีการตามประเมินผลงานโดยการสุ่มตรวจสอบงานตามแบบฟอร์มต่าง ๆ เมื่อพบข้อบกพร่อง สิ่งผิดพลาด และไม่ปฏิบัติตาม ผู้ตรวจการจะเป็นผู้กล่าวตักเตือน และในกรณีที่มีความรุนแรงจะพิจารณารายงานแก่ผู้บริหารระดับสูงต่อไป ในบางครั้งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นหัวหน้าทีมไม่ยอมรายงาน ปกปิดไม่ให้เกียรติผู้ตรวจการ ทำให้การปฏิบัติงานของผู้ตรวจการไม่เต็มศักยภาพทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการควบคุมการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน การใช้เครื่องมือเพื่อควบคุมกำกับงานในการนิเทศ มีความหลากหลาย หรือไม่ทราบแนวทางในการใช้เครื่องมือที่กำหนดขึ้นในการนิเทศงาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tun-nukit (2015) กล่าวว่า ปัญหาที่พบในการนิเทศ คือ ผู้นำนิเทศขาดความรู้เกี่ยวกับระบบงานที่สำคัญ ผู้รับการนิเทศไม่ทราบความจำเป็นของการนิเทศ ไม่มีการกำหนดโครงสร้างการนิเทศ ไม่มีกระบวนการนิเทศที่ชัดเจนและไม่มีเครื่องมือการนิเทศที่เป็นรูปธรรม ไม่มีรูปแบบในการนิเทศ เวลาในการนิเทศไม่เหมาะสม ผู้นำนิเทศเข้าใจว่าการนิเทศคือการจับผิด ทำให้ไม่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล

การติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า การตรวจสอบการปฏิบัติงานจะกระทำหลังจากปฏิบัติกิจกรรมสำเร็จ โดยประเมินผลการปฏิบัติงานนิเทศ วินิจฉัยผลงานของผู้นิเทศ และพัฒนาบุคลากร พร้อมทั้งติดตามการนิเทศอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระบบ การประเมินผลผู้นิเทศจะประเมินโดยหัวหน้าห้องผ่าตัดและทีมบริหารจากการสังเกต การสัมภาษณ์จากผู้ถูกนิเทศ ซึ่งผู้ตรวจการนอกเวลามีการติดตามผลการปฏิบัติงานและประเมินผลโดยใช้ประสบการณ์การทำงานและนโยบายของห้องผ่าตัดเป็นส่วนร่วมในการประเมินผล อีกทั้งยังประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานโดยรับฟังจาก

ทีมงานและแพทย์ผู้ทำผ่าตัด เมื่อมีการนิเทศงานจะมีการถ่ายรูปส่งข้อมูลผ่านทางระบบออนไลน์ จากการถ่ายรูปไปถือเป็นผลสำเร็จของการนิเทศ เพราะไม่มีข้อมูลที่เก็บเป็นหลักฐานได้ และอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความจริงได้ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากไม่มีแบบประเมินที่เป็นรูปธรรม การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการส่วนใหญ่แล้วเมื่อมีการนิเทศงานที่จะมีการถ่ายรูปส่งข้อมูลผ่านทางออนไลน์ไม่มีข้อมูลที่เก็บเป็นหลักฐานได้ มาตรฐานในการทำงานที่จะใช้เป็นตัววัดผลสำหรับการประเมินไม่ชัดเจน ผู้ประเมินไม่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลอย่างจริงจัง ผู้ประเมินขาด “ทักษะ” ในการประเมินผล ผู้ประเมินมีความไม่ชัดเจนในการประเมินผล (Kongkasawat, 2005)

ด้านผลลัพธ์ ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำข้อมูลผ่านกระบวนการต่าง ๆ อย่างมีระบบเป็นประโยชน์ มีคุณค่าและสาระ มีเนื้อหาและรูปแบบที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน จากการมีระบบการนิเทศทำให้ผู้บริหารห้องผ่าตัดได้รับทราบปัญหาจากการทำงานได้มากขึ้น มีส่วนน้อยในตัวผู้ตรวจการที่ทำให้การนิเทศไม่บรรลุวัตถุประสงค์เท่าที่ควร เกิดความประมาทในการนิเทศงาน การบริหารงานที่ไม่มีประสิทธิผล ผู้นิเทศไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ดีพอและไม่ตรงตามความต้องการของผู้รับการนิเทศทำให้เกิดความขัดแย้งในงาน เกิดความเครียดจะนำมาสู่การนิเทศงานที่ไม่มีคุณภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจบางส่วนในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการจะมีปัญหาเกิดขึ้นในบางเวทีทำการ ซึ่งผู้ตรวจการไม่กล้าตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Taupradist (1995) กล่าวว่าพฤติกรรมการนิเทศของผู้ตรวจการมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศและการนิเทศที่มุ่งคนเป็นจุดสำคัญนั้นสร้างความพึงพอใจให้ผู้ปฏิบัติงานได้

2. แนวทางการแก้ปัญหาในการนิเทศทางพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อภิปรายเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านโครงสร้าง มีแนวทางในการแก้ปัญหาโดยจัดทำนโยบายการนิเทศทางพยาบาล เพื่อให้ผู้ตรวจการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน สามารถเข้าใจกฎระเบียบ นโยบายการนิเทศของหน่วยงานมากขึ้น ดังนั้นผู้ตรวจการต้องเป็นผู้ที่สามารถนำนโยบายมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของหน่วยงาน (Tuntiphalacheva, 1996) และการมีความรู้ความเข้าใจในการนำนโยบายมาใช้กับงานเป็นสิ่งสำคัญของผู้นิเทศการพยาบาล มีความเชี่ยวชาญมีประสบการณ์มากจะได้รับการนับถือและศรัทธามากขึ้น (Kittiratchada, 2009) ควรมีการจัดทำรูปแบบและแผนการนิเทศ เพื่อใช้วางแผนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการนิเทศในแต่ละเวทีให้ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการจัดทำแผนดำเนินการ การกำหนดวิธีประเมินผลการนิเทศและบันทึกแผนการนิเทศเป็นลายลักษณ์อักษรจะทำให้การนิเทศการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Othagant, 1996; Roongsai, 2002) มีการแยกแบบพรรณนาลักษณะงานให้ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Xayaphet, Sirakamon, & Akkadechanunt (2015) กล่าวว่าการพัฒนาหรือปรับปรุงแบบพรรณนาลักษณะงานมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และควรจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suwannapap, Tamakun, Seubsaion, & Homsuwan (2008) กล่าวว่า การพัฒนาแบบบันทึกสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการควรมีความชัดเจน เหมาะสมและเป็นปัจจุบันมากขึ้น พร้อมทั้งจัดทำคู่มือที่ใช้ในการนิเทศให้เป็นลายลักษณ์อักษรเพิ่มขึ้น เพื่อให้การนิเทศดำเนินไปด้วยดี เพิ่มพูนศักยภาพในการทำงาน ผลงานที่ออกมาได้มาตรฐานวิชาชีพ ตรงตามเป้าหมายของงานห้องผ่าตัด และไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการนิเทศแต่ละครั้ง

ด้านกระบวนการ มีแนวทางในการแก้ปัญหาโดยร่วมกันวางแผนการนิเทศระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศก่อนเริ่มปฏิบัติทุกครั้ง กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในการทำงาน พร้อมทั้งชี้แจงการนิเทศงานของผู้ตรวจการเพื่อไม่ให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน

สอดคล้องกับงานวิจัยของ Roongsai (2002) กล่าวว่า การวางแผนการนิเทศ เป็นการกำหนดเป้าหมายเบื้องต้น กำหนดทางเลือกสำหรับปฏิบัติ กำหนดเป้าหมายและวิธีดำเนินการให้แน่นอนชัดเจนเมื่อมีการจัดทำแผนการดำเนินการและบันทึกแผนการนิเทศเป็นลายลักษณ์อักษรจะทำให้การนิเทศการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรจัดโครงสร้างการปฏิบัติงานการนิเทศทางการพยาบาลให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Dowling (1992) ว่า บทบาทของผู้ตรวจการในการทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศมีความสำคัญมากที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานมากขึ้น ฉะนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ตรวจการสร้างแรงจูงใจต่อผู้ปฏิบัติงาน กระตุ้นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานร่วมกัน สร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ร่วมงานมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Boonruang (2001) ที่กล่าวว่า การให้ความสำคัญของผู้ปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นความก้าวหน้าและความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน การเห็นคุณค่าของคน การยกย่องยอมรับ การให้ความไว้วางใจ และการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานตลอดจนการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกันส่งผลให้เกิดผลงานที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น ในการควบคุมการปฏิบัติงานเสนอแนะให้จัดทำแบบฟอร์มเพื่อให้ผู้ตรวจการและผู้รับการนิเทศปฏิบัติตามกันไปในรูปแบบเดียวกันและสามารถประเมินได้ว่าในแต่ละเวรมีการทำงานครบถ้วนและมีการจัดทำแบบประเมินที่ใช้ในการนิเทศ โดยติดตามการทำงานเป็นระยะของแต่ละคน และประเมินการปฏิบัติงานพร้อมทั้งมีการประเมินหลังการนิเทศงานแบบรายบุคคลและติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำกล่าวของ Vanichpunjapon & Kittiratchada (2008) ว่า บทบาทการเป็นผู้นิเทศการพยาบาลของผู้ตรวจการ เป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล โดยการนิเทศติดตามประเมินผล การจัดบริการการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ถูกนิเทศให้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

กับเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

ด้านผลลัพธ์ มีแนวทางในการแก้ปัญหาโดยส่งเสริมให้ผู้ตรวจการได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารหลักการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการเกี่ยวกับบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือการผ่าตัดและสถานที่ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phattanapapron (2002) ที่กล่าวว่า การเตรียมพร้อมของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการก่อนการปฏิบัติงาน จะทำให้ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ฉะนั้นเสนอให้มีการทำข้อตกลงร่วมกันก่อนการนิเทศระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และความน่าเชื่อถือ โดยมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Boonruang (2001) กล่าวว่า การให้ความสำคัญของผู้ปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นความก้าวหน้าและความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน การเห็นคุณค่าของคน การยกย่องยอมรับ การให้ความไว้วางใจ และการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานตลอดจนการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกันซึ่งทำให้เกิดผลงานที่มีคุณภาพ อีกทั้งเสนอให้มีการปรับทัศนคติต่อการนิเทศทางการพยาบาลที่ดี เพิ่มความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Juntrareungrit (2007) ความรู้ ทัศนคติ และการนิเทศงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ควรนำไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลรวมทั้งจัดทำเครื่องมือในการนิเทศที่เป็นเอกสารเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ควรนำผลการศึกษาไปจัดโปรแกรมให้ความรู้

เกี่ยวกับการบริหารหลักการนิเทศเพื่อให้สอดคล้องกับ
สถานการณ์การนิเทศที่เป็นอยู่ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์
ที่ดีโดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับการนิเทศและองค์กร
ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนิเทศทาง
การพยาบาลของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ
2. ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการนิเทศทาง
การพยาบาลของผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ

เอกสารอ้างอิง

- Boonruang, S. (2001). *The development of the unofficial-time nursing supervision model at Nong Bua Lum Phu Hospital* (Master's thesis), Khon Khan University. (In Thai)
- Department of Nursing, Siriraj Hospital. (2014). *Job description* (2nd ed.). Bangkok: Siriraj Hospital.
- Donabedian, A. E. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: The American University of Armenia.
- Dowling, S. (1992). *Implementing the supervisory process: Theory and practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Juntrareungrit, S. (2007). *The development of the unofficial-time nursing supervisors model in Nangrong Hospital, Buriram Province* (Independent Study), Khon Khan University. (In Thai)
- Hirunroj, T. (2001). *Supervision of supervisory nurses over official time at fort Suranaree Hospital, Changwat Nakhon Ratchasima* (Independent Study), Khon Khan University. (In Thai)
- Kanchanabat, B. (2007). *Nursing administration*. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University. (In Thai)
- Kittiratchada, S. (2009). *Nursing supervision implementation to quality*. Bangkok: Samjareanpanich. (In Thai)
- Kongkasawat, T. (2005). *10 important causes for performance evaluations*. Retrieved from <http://www.excelexperttraining.com/hr/2005/05/10.html> (In Thai)
- Kumloypha, K. (2009). *Development of a nursing supervision model in the nursing organization of Kangsanamnang Hospital, Nakhonratchsima Province* (Independent Study), Khon Kaen University. (In Thai)
- Lester, B. R. (1974). *What every supervisor should know*. New York: McGraw-Hill Book.
- Ostergren, J. (2011). The first year of professional service in speech-language pathology: Supervisory role, working relationships, and satisfaction with supervision. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 38, 61-75.
- Othaganont, P. (1996). *Nursing supervision*. In *Professional experience in nursing unit 11-13*, Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University. (In Thai)
- Phattanapapron, S. (2002). *The development of the unofficial-time nursing supervisors model in Surin Hospital* (Master's thesis), Khon Khan University. (In Thai)

- Roongsai, M. (2002). *Development of a nursing supervision model in the nursing organization of Khaosuankwang Hospital Khon Kaen Province* (Independent Study), Khon Khan University. (In Thai)
- Santong, N. (2005). *Techniques for Job description based on competency and KPI* (2nd ed.). Bangkok: H R Center. (In Thai)
- Suwannapap, D., Tammakun, T., Seubsaion, S., & Homsuwan, R. (2008). The after-hour nursing supervision model development at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. *Journal of Health Science*, 17(1), 227-236. (In Thai)
- Suwannimitr, A. (2013). *Nursing administration* (2nd ed.). Maha Sarakham: Aphichatkanpim.
- Swansburg, R. G. (1990). *Management and leadership for nurse managers*. Boston: Jones and Bartlett.
- Taupradist, U. (1995). *A development of the supervision model of evening nurse supervisors* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Tunnukit, P. (2015). The development of participated nursing supervision model in surgical ward, BMA general hospital. *Journal of Charoen Krung Pracharak Hospital*, 10(2), 13-24. (In Thai)
- Tuntiphalacheva, K. (1996). *Nursing organization & administration*. Bangkok: Kitjarean. (In Thai)
- Vanichpunjapon, V., & Kittiratchada, S. (2008). *Nursing supervision implementtation to quality*. Nonthaburi: Pissawanvaree. (In Thai)
- Wannasarn, S. (2012). *Development of nursing supervision among after-hours nurse supervisors, Nakornping Hospital Chiang Mai Province* (Independent Study), Chiang Mai University. (In Thai)
- Wannasarn, S., Chontawan, R., & Sirakamon, S. (2013). Development of nursing supervision among after-hours nurse supervisors, Nakornping Hospital Chiang Mai Province. *Nursing Journal*, 40(special), 57-67. (In Thai)
- Xayaphet, K., Sirakamon, S., & Akkadechanunt, T. (2015). Development of job description for head nurses, Savannakhet Provincial Hospital, Lao People's Democratic Republic. *Nursing Journal*, 42(2), 12-23. (In Thai)



ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Activity-Based Costing of Services in General Ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

ชื่นมนัส	จาดยางโทน *	Cheunmanus	Jadyangtone *
ฐิติณัฐ	อัครเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมทำให้ผู้บริหารเข้าใจพฤติกรรมต้นทุนที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมบริการขององค์กร การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชากรในการศึกษา คือ กิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2560 ถึง 31 ตุลาคม 2560 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของ (Kaplan & Cooper, 1998) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย พจนานุกรมกิจกรรมการบริการ แบบบันทึกเกี่ยวกับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้เก็บข้อมูล 2 คน ได้เท่ากับ 1.0 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ต้นทุนกิจกรรมการบริการต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เท่ากับ 1,830.61 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุ: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 53.10:45.95:0.96 ซึ่งมากกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 600.11 บาท
2. ต้นทุนกิจกรรมการบริการต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเท่ากับ 2,057.41 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุ: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 68.89:29.57:1.53 ซึ่งน้อยกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 546.31 บาท
3. ต้นทุนกิจกรรมการบริการต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเท่ากับ 2,064.08 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุ: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 68.63:29.74:1.60 ซึ่งมากกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 643.47 บาท

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

* Professional Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok Province, chenumanus@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 27 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 27 กันยายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 16 มกราคม 2561

ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารกิจกรรมบริการสำหรับผู้ป่วยให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนครั้งนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมในผู้ป่วยโรคอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ต้นทุนฐานกิจกรรม, การวิเคราะห์ต้นทุน, หอผู้ป่วยทั่วไป

Abstract

Activity-based costing guides administrators to understand the cost behavior that results from the service activity of an organization. This descriptive study aimed to study the activity-based costing of services in patients with thalassemia, diarrhea, and urinary tract infection in general ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital and to compare the activity-based cost of services among patients with thalassemia, diarrhea, and urinary tract infection in general ward at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital with the budget allocated from the National Health Security Office. Population for this study was a service activity for patients with thalassemia, diarrhea, and urinary tract infection that were admitted to the hospital from August 1, 2017 to October 31, 2017. The conceptual framework used for this study was the Activity-Based Costing introduced by Kaplan and Cooper (1998) which is composed of four steps. The research instruments, developed by the investigator, consisted of service activity dictionary, the data record forms time spent in service activities, the data record forms for labor costs, material costs and capital cost. All instruments were confirmed for content validity by three experts and the inter-rater reliability of two data collectors was 1.0. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The activity-based costing of services in patients with thalassemia per admission was 1,830.61 Thai Baht (THB). The ratio of labor costs to material costs to capital costs was 53.10: 45.95: 0.96 which is higher than the budget allocated from the National Health Security Office at 600.11 THB.
2. The activity-based costing of services in patients with diarrhea per admission was 2,057.41 THB. The ratio of labor costs to material costs to capital costs was 68.89:29.57:1.53 which is less than the cost allocated from the National Health Security Office at 546.31 THB.
3. The activity-based costing of services in patients with urinary tract infection per admission was 2,064.08 THB. The ratio of labor costs to material costs to capital costs was 68.63:29.74:1.60 which is higher than the cost allocated from the National Health Security Office at 643.47 THB.

Hospital administrators can use the results of this study as a database for managing the service activity for patients in according to the budget allocated from National Health security Office. Additionally, the framework for this study can be used as a guideline to analyze activity-based cost of patients with other diagnosis.

Keywords: Activity-based costing, Cost Analysis, General Ward

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการปฏิรูปมาใช้ (Phoolcharoen, Chunharas, Wibulpolprasert, Chuengsatiansup, & Sriratanaban, 2000) โดยให้มีการบริหารจัดการระดับเขตตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ การคำนวณวงเงินที่ได้รับการจัดสรร ระดับเขตนั้นเป็นการคำนวณจากจำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในตามระบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้าตามกลุ่มโรค (Diagnosis Related Groups: DRGs) เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินเป็นงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรระดับเขตโดยมีเงื่อนไขบริการและอัตราที่กำหนดคือ การให้บริการนอกเขตให้จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRw) หลังจากที่มีการปรับระบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้าตาม กลุ่มโรคในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าโรงพยาบาลจำนวนมากประสบปัญหาขาดทุน แม้ว่าจะมีการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้สอดคล้องกับระดับโรงพยาบาลแล้วก็ตาม เป็นเหตุให้สถานบริการภาครัฐจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการบริหารงานงบประมาณ ปรับระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตลอดจนใช้ทรัพยากรที่ได้ลงทุนไปแล้วอย่างเต็มที่ ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น (Tangkasamesamran, 2007)

วิธีการวิเคราะห์ต้นทุน มี 3 วิธี คือ 1) การวิเคราะห์ต้นทุนต่อการบริการ (Cost-to-charge ratio) โดยใช้ การคำนวณต้นทุนคิดเป็นสัดส่วนที่คงที่เมื่อเปรียบเทียบกับราคาที่เราเรียกเก็บ วิธีการนี้เป็นวิธีที่ใช้ทั่วไปในสถานพยาบาลทุกระดับแต่มีข้อด้อยคือไม่สามารถระบุความแตกต่างของต้นทุนบริการภายในหน่วยงานต่าง ๆ ได้

2) การวิเคราะห์ต้นทุนแบบดั้งเดิมหรือต้นทุนแบบถัวเฉลี่ย (Traditional method) เป็นวิธีการประมาณการต้นทุนโดยหาต้นทุนของหน่วยงานย่อยของโรงพยาบาล โดยการกระจายต้นทุนของหน่วยงานสนับสนุนไปหน่วยงานที่ให้บริการ จนถึงบริการย่อยในที่สุด และ 3) การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-Based Costing: ABC) คือวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนการบริการโดยหาต้นทุนกิจกรรมที่ทำให้เกิดการบริการ หรืออาจเรียกว่าเป็นวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนจากล่างไปบน ในปัจจุบันการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมได้รับการยอมรับว่ามีความถูกต้องแม่นยำ เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (Tienjaruwattana, Sakulpanitchai, Pongpatrachai, & Chiangchaisakulthai, 2011)

Kaplan & Cooper (1998) เป็นผู้พัฒนาแนวคิดต้นทุนฐานกิจกรรมในช่วงตอนกลางถึงตอนปลาย ค.ศ. 1980 และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งต้นทุนฐานกิจกรรม เป็นการบริหารต้นทุนที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลต้นทุนฐานกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กรเข้าด้วยกัน โดยมีกระบวนการที่เป็นขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 จัดทำพจนานุกรมกิจกรรม ขั้นตอนที่ 2 กำหนดปริมาณทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ระบุผลผลิตบริการ และลูกค้ขององค์กร ขั้นตอนที่ 4 เลือกตัวหลักต้นทุนที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมกับผลผลิตบริการและลูกค้ขององค์กร ต้นทุนฐานกิจกรรมมีประโยชน์ต่อองค์กรและผู้บริหาร ทำให้ผู้บริหารมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในองค์กร ยังใช้เป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผลิต การออกแบบผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ได้ต้นทุนต่ำสุด และลดความสูญเสียของกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหลือน้อยที่สุด (Wiwatwanich, 2009)

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 1,051 เตียง มีจำนวนผู้รับบริการรายใหม่

228,112 คน/ปี จำนวนผู้ป่วยนอก 830,563 คนต่อปี จำนวนผู้ป่วยใน 67,648 คนต่อปี (Buddhachinaraj Hospital, 2016) วิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการจำแนกตามประเภทผู้รับบริการพบว่า มีจำนวนผู้รับบริการ 658,846 ราย ต้นทุนผู้ป่วยนอกรวมเท่ากับ 688,411,423.34 บาท ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้งเท่ากับ 1,044.87 บาท ต้นทุนบริการผู้ป่วยในเท่ากับ 1,092,458,739.55 บาท ต้นทุนบริการผู้ป่วยในต่อคนวันนอนสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอนเท่ากับ 12,048.62 บาท (Health Insurance Group, 2015) แต่ต้นทุนดังกล่าวเป็นการคิดต้นทุนแบบถัวเฉลี่ยซึ่งรวมต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยทุกโรคซึ่งไม่สามารถแสดงความแตกต่างของต้นทุนบริการรายโรคในแต่ละหน่วยบริการได้ (Phannarunothai, 2001)

หอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีจำนวนเตียงให้บริการ 20 เตียงแบ่งภารกิจเป็น 2 รูปแบบคือ ผู้ป่วยนอกให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการสังเกตอาการโดยไม่นอนโรงพยาบาลและผู้ป่วยในให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรม จากรายงานประจำปี 2559 มีจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยในจำนวน 3,338 ราย โรคที่เข้ารับการรักษาส่งสุด 3 อันดับโรคแรก ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย จำนวน 514 ราย วันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 1.2 วัน โรคอุจจาระร่วง 225 ราย วันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 วัน และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 122 ราย จำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 2.25 วัน จำแนกจำนวนผู้รับบริการตามสิทธิประกันสุขภาพในรายโรคได้ดังนี้ 444 ราย 147 ราย และ 85 รายตามลำดับ จำนวนค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในโรคธาลัสซีเมียเท่ากับ 1,568,413 บาท โรคอุจจาระร่วง 967,686 บาท โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 1,419,625 บาท จำนวนเงินที่ได้รับจัดสรรผู้ป่วยในตามกลุ่ม DRGs ที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์ ซึ่ง 1 คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอนเท่ากับ 7,870 บาท (Health Insurance Group, 2015) จากรายงานการจัดสรรค่ารักษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรคธาลัสซีเมีย 1,468,453.86 บาท

โรคอุจจาระร่วง 615,688 บาท โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 735,231 บาท (Buddhachinaraj Hospital, 2016) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้รับเงินจัดสรรเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงในทั้งโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดภาวะเสี่ยงที่จะประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงินซึ่งเกิดจากจำนวนเงินที่ได้รับเงินจัดสรรไม่เพียงพอกับรายจ่าย (Health Insurance Group, 2017)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ให้กับผู้บริหารเพื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพิจารณาบริหารทรัพยากรในการกิจกรรมการบริการให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน นอกจากนี้กรอบการวิเคราะห์ต้นทุนครั้งนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ต้นทุนในโรคอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยทั่วไปโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราช

พิษณุโลก เป็นเท่าไร

2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก กับงบประมาณที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหอผู้ป่วยทั่วไปโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก โดยใช้ กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของ Kaplan & Cooper (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 จัดทำพจนานุกรมกิจกรรม ขั้นตอนที่ 2 กำหนดปริมาณทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ระบุผลผลิตบริการ และลูกค้าขององค์กร ขั้นตอนที่ 4 เลือกตัวหลักต้นทุนที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมกับผลผลิต บริการและลูกค้าขององค์กร ตามกระบวนการหลัก ซึ่งมี 6 กระบวนการหลักดังนี้ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง (National Health Security Office, 2015)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากรในการศึกษาคือกิจกรรมในการให้บริการผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2560-31 ตุลาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างได้แก่จำนวนกิจกรรมการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยทำการจับเวลากิจกรรมรอกใช้เวลาในการทำกิจกรรมมากกว่า 2 นาที ให้ใช้จำนวนในการจับเวลา 5 ครั้งและหาก

กิจกรรมรอกใช้เวลาในการทำกิจกรรมน้อยกว่า 2 นาที ให้ใช้จำนวนในการจับเวลา 10 ครั้ง (Jirapattarasilp, 2010) จากนั้นคำนวณค่าเฉลี่ย (mean) ของเวลาที่ได้จากการปฏิบัติไปทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยนำผลค่าเฉลี่ยเวลาที่ได้ไปเทียบค่าในตารางสำเร็จรูปได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติกิจกรรมตามช่วงเวลาดังนี้ 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 (Rijiravanich, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่พจนานุกรมกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งได้จากมติที่ประชุมของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทั่วไป มีลักษณะเป็นตารางที่ระบุ 6 กิจกรรมหลัก 41 กิจกรรมรอง (Nursing department of Budhachinaraj Hospital, 2016) แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมบริการ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุนและนาฬิกาจับเวลา 2 เรือน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้เก็บข้อมูล 2 คน ได้เท่ากับ 1.0 และทดสอบความเที่ยงของนาฬิกาจับเวลาโดยเทียบสัญญาณวิทยุจากกรมอุทกศาสตร์ทหารเรือที่เวลา 8.00 น. ตำแหน่งเดียวกันเป็นเวลา 3 วัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกและเข้าพบผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ ดังนี้

1. การเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการจับเวลาตามความสมัครใจ จำนวน 1 คน โดยผู้ศึกษาชี้แจง

วัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอน กระบวนการเก็บข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้กับผู้ช่วยเก็บข้อมูลในการจับเวลาตาม กระบวนการเก็บข้อมูลในพจนานุกรมกิจกรรมการบริการ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

2. ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูล

2.1 ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยทั่วไปประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ได้แก่เงินเดือน ตกเบิกเงินเดือน เงินค่าครองชีพ เงินประจำตำแหน่ง เงินค่าตอบแทน วิชาชีพ ค่าล่วงเวลา ค่าเวรภัยตึก ค่าเล่าเรียนบุตร ค่ารักษาพยาบาล โดยขอข้อมูลจากงานการเงิน และบัญชี โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกในหน่วยงาน เป็นระยะเวลา 1 ปี ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่กรมบัญชีกลาง จ่ายเงินเดือนบุคลากรครบ 1 ปี นำมาคำนวณหาค่าแรงเฉลี่ยต่อหน้าที่

2.2 ต้นทุนค่าวัสดุ เช่น วัสดุการแพทย์ วัสดุทั่วไปทั้งวัสดุสำนักงานและวัสดุงานบ้าน โดยรวบรวมข้อมูลจากงานพัสดุ ค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยารวบรวมข้อมูลจาก ฝ่ายเภสัชกรรม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยรวบรวมจากงานเทคนิคการแพทย์และนำข้อมูลจากแบบบันทึกค่าวัสดุ จำนวนการใช้ของผู้ป่วยแต่ละรายที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป ในแต่ละกิจกรรมมารวมกัน เป็นผลรวมของค่าวัสดุในแต่ละกิจกรรม หาดด้วยจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการของผู้ป่วยรายนั้น ๆ เป็นต้นทุนค่าวัสดุในแต่ละกิจกรรม

2.3 ต้นทุนค่าลงทุน ได้แก่ อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอายุการใช้งาน 1 ปี โดยนำมาคำนวณต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ มูลค่าเสื่อมราคา/ปี (บาท) หาดด้วยพื้นที่การใช้งาน (ตารางเมตร) แล้วนำมาคูณกับจำนวนวันนอนผู้ป่วย และพื้นที่เตียงผู้ป่วย/คน และคำนวณต้นทุนค่าลงทุนของครุภัณฑ์ เท่ากับมูลค่าเสื่อมราคาต่อหน้าที่ (บาท) คูณกับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม (นาที)

3. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยเก็บข้อมูลทำการเก็บข้อมูลเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ที่คำนวณได้โดยการสังเกตการปฏิบัติของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้และตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลเวลาในคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

4. นำต้นทุนค่าแรงรวม ต้นทุนค่าวัสดุรวม และต้นทุนค่าลงทุนรวม ในแต่ละกิจกรรมมารวมกัน เป็นต้นทุนรวมทั้งหมดต่อการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้งของการนอนโรงพยาบาล

5. เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ของการนอนโรงพยาบาล กับการจัดสรรเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และอัตราส่วน

ผลการวิจัย

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลานอนเฉลี่ย เท่ากับ 1.20 วัน เป็นเงิน 1,830.61 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 971.92 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 841.09 บาท ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 350.67 บาท และต้นทุนค่าวัสดุในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 651.94 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 17.60 บาทในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต่อต้นทุนค่าวัสดุ ต่อต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 53.10:45.95:0.96 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ตามกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (1.2 วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	50.55	50.48	0.00	101.03
2. การประเมินผู้ป่วย	207.53	53.81	0.00	261.34
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	201.79	59.27	0.00	261.06
4. การดูแลผู้ป่วย	350.67	651.94	17.60	1,020.21
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	50.69	14.15	0.00	64.84
6. การดูแลต่อเนื่อง	110.68	11.14	0.00	121.82
รวม	971.92	841.09	17.60	1,830.61

2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลาอนเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 วัน เป็นเงิน 2,057.41 บาท พบว่าต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 1,417.36 บาท ต้นทุนค่าวัสดุเท่ากับ 608.50 บาท ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุดเท่ากับ 731.71 บาท

และต้นทุนค่าวัสดุในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 287.97 บาท และต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 31.54 บาท ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยคิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต่อต้นทุนค่าวัสดุ ต่อต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 68.89:29.57:1.53 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (2.15 วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	47.28	50.48	0.00	97.76
2. การประเมินผู้ป่วย	223.40	134.50	0.00	357.90
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	243.71	59.27	0.00	302.98
4. การดูแลผู้ป่วย	731.71	287.97	31.54	1,051.22
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	51.00	64.84	0.00	115.84
6. การดูแลต่อเนื่อง	120.27	11.44	0.00	131.71
รวม	1,417.36	608.50	31.54	2,057.41

3. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลาอนเฉลี่ย เท่ากับ 2.25 วัน เป็นเงิน 2,064.08 บาท พบว่าต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 1,416.75 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 614.32 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 33.01 บาท ต้นทุนค่าแรงในกิจกรรมการดูแล

ผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 738.26 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 291.64 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 33.01 บาท ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต่อต้นทุนค่าวัสดุ ต่อต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 68.63:29.74:1.60 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ตามกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (2.25 วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	55.07	50.48	0.00	105.55
2. การประเมินผู้ป่วย	207.59	134.50	0.00	342.09
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	252.71	58.02	0.00	310.73
4. การดูแลผู้ป่วย	738.26	291.64	33.01	1062.91
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	48.79	64.84	0.00	113.63
6. การดูแลต่อเนื่อง	114.33	14.84	0.00	129.17
รวม	1,416.75	614.32	33.01	2,064.08

4. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคหาลัสซีเมีย โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง พบว่าโรคหาลัสซีเมียมีต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 600.11 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 1.20 วัน

โรคอุจจาระร่วงมีต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 546.31 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย 2.15 วัน และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมีต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการน้อยกว่าที่ได้รับที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 643.47 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 2.25 วัน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โรคอูจจาระร่วง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรค	ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ (บาท)	การจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บาท)	ผลต่างค่าบริการ (บาท)	วันนอนเฉลี่ยจากการศึกษา (วัน)	วันนอนเฉลี่ยมาตรฐาน (วัน)
โรคธาลัสซีเมีย	1,830.61	2,430.72	600.11	1.20	1.05 -5
โรคอูจจาระร่วง	2,057.41	1,511.10	546.31	2.15	2.14-5
โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	2,064.08	2,707.55	643.47	2.25	3.07-7

การอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง (ตารางที่ 1) พบว่า สาเหตุที่ต้นทุนค่าแรงต่อกิจกรรมการบริการสูงเนื่องจากมีแพทย์ในระดับชำนาญการพิเศษที่มีความชำนาญเฉพาะทางคิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบกับบุคลากรทางการแพทย์มีระดับตำแหน่งชำนาญการร้อยละ 40 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้พิเศษต่างๆ เช่น มีเงินประจำตำแหน่ง เงินค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (พตส.) เงินค่าตอบแทนตามภาระงาน เงินค่าล่วงเวลา ทำให้ค่าแรงต่อหน้าที่สูง ส่งผลต่อการเพิ่มต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการที่ปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยและอีกสาเหตุที่ทำให้ต้นทุนค่าแรงสูงเนื่องจากการใช้เวลาในการทำกิจกรรมการบริการที่ใช้เวลามาก จากการศึกษพบว่า กิจกรรมบริการ การประเมินผู้ป่วยโดยแพทย์และพยาบาลใช้เวลามากที่สุด คือ 38.17 นาที ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยในกิจกรรมบริการทั้ง 6 กิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เท่ากับ 21.58 นาที ทั้งนี้เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมได้ (Pitchalard & Moonpanane, 2013) นอกจากต้นทุนค่าแรงที่สูงแล้วยังพบว่าต้นทุนวัสดุที่สูงใกล้เคียงกันเนื่องจากการกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

มีการให้เลือดซึ่งมีต้นทุนวัสดุสูงถึง 480 บาท ร่วมกับชุดให้เลือดที่มีต้นทุนวัสดุ 50 บาทต่อการให้เลือด 1 Unit จึงทำให้ต้นทุนค่าวัสดุสูงเพิ่มมากขึ้นด้วย แต่เนื่องจากการศึกษาต้นทุนในโรคธาลัสซีเมียมีอย่างจำกัด มีเพียงการศึกษาด้านทุนการรักษาโรคธาลัสซีเมียในเด็กในโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระมงกุฎและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีความแตกต่างกันเพราะเป็นการศึกษาเฉพาะต้นทุนการรักษา พบว่าการรักษาที่ไม่ใช่ยา เท่ากับร้อยละ 17 คิดเป็นเงินเท่ากับ 5,652.50 บาท ซึ่งในการศึกษาไม่ได้มีการศึกษาเป็นการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่ได้รับการรักษาด้วยการรับเลือด จึงทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน (Riewpaiboon et al., 2010)

ผลการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอูจจาระร่วง ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง (ตารางที่ 2) พบว่า สาเหตุที่ต้นทุนค่าแรงสูงนอกจากเหตุผลเช่นเดียวกับต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียแล้วยังพบว่าเนื่องจากโรคอูจจาระร่วงมีวันนอนที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งมีค่าวันนอนมาตรฐาน 2.14-5 วัน จึงทำให้จำนวนครั้งการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับกิจกรรมนั้นเป็นกิจกรรมที่มีแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติ เช่น การตรวจเย็บ การบันทึกและให้ข้อมูลของแพทย์จึงเป็นเหตุให้ต้นทุนค่าแรงต่อกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นและในบางกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรม

ซึ่งถึงแม้จะมีต้นทุนค่าแรงต่อกิจกรรมน้อยกว่าแพทย์ แต่มีจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่า เช่น ในการวัดสัญญาณชีพที่มีการปฏิบัติกิจกรรมมากถึง 12 ครั้ง จึงทำให้ต้นทุนค่าแรงต่อกิจกรรมสูงเพิ่มขึ้นมากด้วยเช่นกัน ส่วนในต้นทุนค่าวัสดุที่มีจำนวนสูงเป็นอันดับรองลงมา ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีต้นทุนยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาจึงทำให้ต้นทุนค่าวัสดุสูงขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Pattaramungkunkat (2006) ที่ทำการศึกษาด้านทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ตามวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย เท่ากับ 2.42 วัน มีต้นทุนรวมเป็นเงิน 1,264.34 บาท ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง 764.30 บาท ต้นทุนวัสดุ 378.11 บาท ต้นทุนค่าลงทุน 121.93 บาท และการศึกษาของ Khumburee (2012) ทำการศึกษาด้านทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงของในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ท่า จังหวัดลำพูน พบว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลต่อการรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง เป็นเงิน 1,250.98 บาท มีวันนอนเฉลี่ย 2.06 วัน ต้นทุนค่าแรง 1,075.54 บาท ต้นทุนวัสดุ 175.44 บาท ซึ่งทั้ง 2 การศึกษาเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน แต่ได้ผลการศึกษาด้านทุนการบริการใกล้เคียงกับการให้การรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นจึงสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการรับการรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงว่าควรมีการบริหารจัดการให้เหมาะสมกับศักยภาพในแต่ละโรงพยาบาล แต่เมื่อหากเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Rao & Kabra (2010) ทำการศึกษาด้านทุนการรักษาโรคอุจจาระร่วง คือ 1,937 บาท ซึ่งเป็นต้นทุนที่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในครั้งนี้

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง (ตารางที่ 3) พบว่า ต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนที่สูงสุด เช่นเดียวกับต้นทุนฐานกิจกรรมผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย และโรคอุจจาระร่วง เพราะเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรกลุ่มเดียวกัน และต้นทุนค่าแรงที่สูงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่สูงมากที่สุดก็ด้วยเหตุผลเดียวกัน

ผลการวิเคราะห์ในต้นทุนฐานกิจกรรมผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง เนื่องจากจำนวนวันนอนที่ใกล้เคียงกันจึงทำให้มีจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรมใกล้เคียงกันด้วยเช่นกัน ประกอบกับแนวทางการรักษาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมีการใช้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วยเช่นเดียวกับแนวทางการรักษาโรคอุจจาระร่วงจึงทำให้ต้นทุนค่าวัสดุสูงรองลงมาจากต้นทุนค่าแรงสอดคล้องกับการศึกษาของ Khumburee (2012) ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นเงิน 1,613.22 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง 1,363.85 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ 249.37 บาท มีความใกล้เคียงของต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการกับโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ต้นทุนค่าแรงมีความใกล้เคียงกัน ถึงแม้บริบทการให้บริการทั้ง 2 การศึกษาจะแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาที่มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันย่อมแสดงให้เห็นได้ว่าการให้บริการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะควรมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยไม่เกิน 2.5 วัน เพื่อที่จะทำให้สามารถบริหารจัดการต้นทุนได้อย่างเหมาะสม

2. เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากผลการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมในโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ต้นทุนต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 1.20 วัน เป็นเงิน 1,830.61 บาท ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง พบว่า โรคธาลัสซีเมียได้รับเงินจัดสรรเท่ากับ 2,430.72 บาท ซึ่งมากกว่าต้นทุนที่ศึกษาเท่ากับ 600.11 บาท เหตุผลที่ทำให้ได้รับเงินจัดสรรมากกว่าเป็นเพราะการบริหารจัดการในหน่วยงานที่เหมาะสมเช่นการบริหารจัดการรอบระยะเวลาของการรับเลือด ทำให้ลดระยะเวลาการรอคอยการรับเลือดส่งผลต่อจำนวนวันนอนซึ่งช่วยลดจำนวนวันนอนเฉลี่ย ซึ่งมีผลต่อต้นทุนกิจกรรมในการบริการผู้ป่วย

ผลการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

ตามระยะเวลาอนเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 วัน เป็นเงิน 2,057.41 บาท ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง พบว่าโรคอุจจาระร่วงได้รับเงินจัดสรร 1,511.10 บาท ซึ่งน้อยกว่าต้นทุนที่ศึกษาได้เท่ากับ 546.31 บาท สาเหตุที่ทำให้ได้รับเงินจัดสรรน้อยกว่าเนื่องจากโรคอุจจาระร่วง เป็นโรคที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จึงทำให้ค่า AdjRW น้อยมากเพียง 0.2238 ซึ่งมีผลต่อการคำนวณงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบกับ ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรเช่นแพทย์ ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางที่มีประสบการณ์และประสบการณ์มากถึง 20 ปี จึงทำให้มีต้นทุนค่าแรงที่สูงมาก ถึงแม้ว่าจะมีการบริหารจัดการในเรื่องระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลให้มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยใกล้เคียงกับจำนวนวันนอนมาตรฐาน แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ได้รับเงินมากกว่าเงินที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นจึง ควรมีแนวทางการคัดกรองระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ควรมุ่งเน้นการให้บริการในระดับตติยภูมิ ในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคที่ไม่มีภาวะรุนแรงควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลชุมชนที่ตามศักยภาพเพื่อความเหมาะสมในการบริหารต้นทุนของโรงพยาบาล

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลาอนเฉลี่ย เท่ากับ 2.25 วัน เป็นเงิน 2,064.08 บาท ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง พบว่าโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้รับเงินจัดสรร 2,707.55 บาท ซึ่งมากกว่าต้นทุนที่ศึกษาได้เท่ากับ 643.47 บาท จากการศึกษาพบว่าแนวทางการรักษาตามมาตรฐานทำให้มีจำนวนวันเฉลี่ยเพียง 2.25 วัน ซึ่งน้อยกว่าวันนอนเฉลี่ยมาตรฐานคือ 3.07 วัน ซึ่งมีผลต่อการต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการโรคอุจจาระร่วงที่มากกว่าได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้ผู้บริหารโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ควรมีแนวทางการคัดกรอง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ควรมุ่งเน้นการให้บริการในระดับตติยภูมิ ในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคที่ไม่มีภาวะรุนแรงควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลชุมชนที่ตามศักยภาพเพื่อความเหมาะสมในการบริหารต้นทุนของโรงพยาบาล

2. จากผลการศึกษาพบว่าต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการโรคอุจจาระร่วงที่มากกว่าได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้ผู้บริหารโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินงานตามนโยบายในการรับผู้ป่วยที่มีค่า AdjRW น้อย แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากเป็นค่าใช้จ่ายในแผนการรักษาแบบคนไข้นอก เพราะคนไข้ในสามารถทำให้โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพมากกว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการได้ รวมถึงควรมีแนวทางการบริหารจัดการที่ดีในการรักษาผู้ป่วย ทำให้มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยมาตรฐาน ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารต้นทุน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาควรมีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในโรคอื่นที่ให้บริการในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์ต้นทุนและนำผลการศึกษานั้น มาบริหารจัดการให้เหมาะสมในการรับผู้ป่วยไว้รักษา เป็นผู้ป่วยในหรือเพียงแต่ให้การบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือควรส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชนทำการรักษาเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนสูงสุดในการให้บริการ

2. ควรมีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความ

ตระหนักถึงในเรื่องของการบริหารต้นทุนการบริการ
ซึ่งอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการ
การต้นทุนได้อย่างเหมาะสมในทุก ๆ หน่วยงาน

ที่ครอบคลุมต้นทุนทางอ้อมในผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวใน
โรงพยาบาล 1 ครั้ง เพื่อให้การคำนวณต้นทุนครบถ้วน
มากที่สุด

3. ควรมีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ

เอกสารอ้างอิง

- Buddhachinaraj Hospital. (2016). *Information technology unit 2016*. Phitsanulok: Buddhachinaraj Hospital Phitsanulok. (In Thai)
- Health Insurance Group. (2015). *Databases*. Retrieved from <http://hfo60.cfo.in.th/default.aspx> (In Thai)
- Health Insurance Group. (2017). *Databases*. Retrieved from <http://hfo60.cfo.in.th/default.aspx> (In Thai)
- Jirapattarasilp, K (2553). *Time Studies*. Retrieved from http://www.ptonline.org/imglib/staff/file/komson_000822.pdf (In Thai)
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and Effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance*. Boston, Massachusetts: Havard Business School Press.
- Khumburee, A. (2012). *Cost of Nursing Activities in Inpatient Unit, Maetha Hospital, Lamphun Province* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)
- National Health Security Office. (2015). *National health security office fund management manual fiscal year 2016 volume 1: Medical budget management*. Bangkok: Tana Press. (In Thai)
- Nursing department of Budhachinaraj Hospital. (2016). *Nursing guidelines*. Phitsanulok: Budhachinaraj Hospital. (In Thai)
- Pattaramungkunkat, W. (2006). *Cost of nursing activities in female medical unit, mae Chan Hospital, Chiang Rai Province* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)
- Phannarunothai, S. (2001). *Public health economics in the era of health system reform*. Phitsanulok: Center for Health Research and Monitoring, Faculty of Medicine Naresuan University. (In Thai)
- Phoolcharoen, W., Chunharas, S., Wibulpolprasert, S., Chuengsatiansup, K., & Sriratanaban, J. (2000). *To reform the national health system*. Bangkok: Health Systems Research Institute. (In Thai)
- Pitchalard, K., & Moonpanane, K. (2013). Improvement of a continuing care model in child with thalassemia and caregivers. *Nursing Journal*, 40(3), 97-108. (In Thai)
- Rao, P. H., & Kabra, S. G. (2010). Use of drugs and cost of treatment of diarrhea in secondary level government hospitals in Maharashtra. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 72(3), 404-408.

- Riewpaiboon, A., Nuchprayoon, I., Torcharus, K., Indaratna, K., Thavorncharoensap, M., & Ubol, B. (2010). *Economic burden of Beta-Thalassemia/Hb E and Beta-Thalassemia Major in Thai Children*. Retrieved from <http://www.biomedcenterl.com/1756-0500/3/29> (In Thai)
- Rijiravanich, V. (2010). *Work study principles and case studies* (7th ed). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Tangkasemsamran, K. (2007). Cost per service unit and return rate of Chattrakan Hospital. *Journal of Public Health System Research*, 1(2), 35-44. (In Thai)
- Tienjaruwattana, W., Sakulpanitchai, T., Pongpattrachai, D., & Chiangchaisakulthai, K. (2011). *The manual of cost of service place study under ministry of public health*. [n.p.]. (In Thai)
- Wiwatwanich, S. (2009). Cost management with new nursing administrators. *Journal of Northern Health*, 2(2), 53-59. (In Thai)

การศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

The Study of Time Spent on Nursing Activities in Operating Room, Lampang Hospital

เกศราภรณ์ อุดกันทา *

Kedsaraporn Udkunta *

อภิรดี นันทศุภวัฒน์ **

Apiradee Nantsupawat **

เพชรสนีย์ ทังเจริญกุล **

Petsunee Thungjaroenkul **

บทคัดย่อ

เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นข้อมูลสำคัญต่อการจัดอัตราค่าจ้างการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท และศึกษาจำนวนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างมี ได้แก่ บุคลากรพยาบาลผ่าตัดแผนกหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก จำนวน 8 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในแผนกหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกจำนวน 58 ราย ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล มีค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกตเท่ากับ 0.93 โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการวางแผนอัตราค่าจ้างบุคลากรพยาบาลของ Srisathidnarakul (2007) การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามแนวคิดของ Patton (2002) และจำแนกผู้ป่วยตามกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ Connor (1961) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยประเภท major มี 39 กิจกรรม ผู้ป่วยประเภท minor มี 27 กิจกรรม
2. เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยประเภท Major ใช้เวลา 7 ชั่วโมง 11 นาที ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง 5 ชั่วโมง 48 นาที ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม 1 ชั่วโมง 23 นาที และผู้ป่วยประเภท minor ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 26 นาที ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง 1 ชั่วโมง 45 นาที ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม 41.15 นาที

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารที่จะนำไปเป็นข้อมูลในการคำนวณอัตราค่าจ้างต่อไป

คำสำคัญ: เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ห้องผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง

* Professional Nurse, Lampang Hospital, kedsaraporn.kae@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, apiradee.n@cmu.ac.th

วันที่รับบทความ 26 พฤศจิกายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 14 มิถุนายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 18 ธันวาคม 2562

Abstract

The time spent on nursing activities is important information to nurse staffing. The purpose of this study was to analyze nursing activities according to the nursing needs of each type of patient and study the number of hours spent by nurses performing nursing activities for each type of patient in the operating room at Lampang Hospital. The sample were 8 registered nurses working in cardiac vascular and thoracic surgery departments at Lampang Hospital and 58 patients who received surgery services from the operating room at Lampang Hospital during the time of this study. The tools used in this study contains a dictionary of surgical nursing activities the content validity index of 0.80. And a recording of the amount of time that nursing personnel spend in nursing activities the interobserver reliability of 0.93. Applying the step of the nursing staffing planning process of Srisathidnarakul (2007). Patient classification according to the Patton (2002) concept. And patient classification based on nursing activities according to the Connor (1961). Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. Nursing activities of major patients total 39 activities and minor patients total 27 activities
2. Time spent on nursing activities in major patients was 7 hours 11 minutes, with time spent on direct nursing activities was 5 hours 48 minutes. Time spent on indirect nursing activities was 1 hour 23 minutes. Time spent on nursing activities in minor patients was 2 hours 26 minutes, time spent on direct nursing activities was 1 hour 45 minutes and time spent on indirect nursing activities was 41.15 minutes

The results of this study are basic information for managers to use as a basis for calculating staffing.

Keywords: *time spent on nursing activities, nursing activities, operating room*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากเศรษฐกิจสังคมอุตสาหกรรมเป็นเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัลจากการที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้ามากขึ้น รวมถึงการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าคุณภาพชีวิตของคนไทยและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพในการบริการพยาบาล โดยเชื่อว่า

คุณภาพในการบริการพยาบาลที่ดี จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยในแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขปี 2561 มีตัวชี้วัดด้านคุณภาพทางการบริการพยาบาลให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต ต้องได้รับการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ 100 คุณภาพการบริการในห้องผ่าตัด เช่นเดียวกัน เป็นสิ่งสำคัญและประกอบด้วยหลายมิติ โดยเป้าหมายของการพยาบาลในห้องผ่าตัด คือผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การบริการ

ผ่าตัด ซึ่งการที่จะได้มาซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าว ผู้ให้บริการแต่ละบุคคลจะต้องปฏิบัติตามบทบาทในการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ (Operating room Unit, 2017)

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมีการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 3 ระยะการผ่าตัด คือ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Shumaker, 1997) นอกจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละระยะของการผ่าตัดแล้ว พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด รู้หลักการทำให้ปลอดเชื้อ (sterilization) การทำลายเชื้อ (disinfections) และเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) ร่วมด้วย ซึ่งบทบาทหน้าที่เหล่านี้ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ ในการพยาบาลให้เป็นไปตามบทบาทดังกล่าวบุคลากรทางการพยาบาลจะต้องมีจำนวนเพียงพอ และเหมาะสมเพื่อให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ การมีอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลที่เพียงพอจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดคุณภาพการบริการ ในการคำนวณอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลนั้นมีตัวแปรสำคัญได้แก่ ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย และการศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยหมายถึง ระบบการแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามความซับซ้อนของอาการ ความรุนแรงของโรค และตามลำดับความต้องการการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละช่วงเวลา และวัดปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภท ซึ่งในห้องผ่าตัดมีการจำแนกประเภทผู้ป่วยอย่างหลากหลาย ได้แก่ การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามเหตุผลในการผ่าตัด จำแนกประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของการผ่าตัด จำแนกประเภทผู้ป่วยตามความเสี่ยงของการผ่าตัด และจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความกว้างของแผลผ่าตัด (Patton, 2002) ในการศึกษานี้ได้จำแนกประเภทผู้ป่วยตามความเสี่ยงของการผ่าตัด คือ ผู้ป่วยประเภท major เป็นการผ่าตัด

ที่ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงมาก ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดยาวนาน ใช้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด และผู้ป่วยประเภท minor เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงน้อย ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดสั้นและส่วนใหญ่ใช้ยาเฉพาะที่ (Patton, 2002) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยแต่ละประเภทมีลักษณะที่แตกต่างกัน จึงมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยแต่ละประเภทมีทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง คือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำโดยตรงกับผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมคือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ได้กระทำกับผู้ป่วยโดยตรงแต่มีผลทำให้กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมีความสมบูรณ์ (Connor, 1961) หลังจากมีการจำแนกประเภทผู้ป่วย และการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

การศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหมายถึง การวัดปริมาณภาระงานการพยาบาลออกมาในรูปแบบของปริมาณเวลาที่ใช้ไปเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตลอดระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย (Omachonu & Nanda, 1989) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละกลุ่มกิจกรรม การศึกษาเวลาามีวิธีการต่างๆ ดังนี้

- 1) การศึกษาการใช้เวลาแบบการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง
- 2) การศึกษาแบบการรายงานตนเอง
- 3) การสุ่มตัวอย่างงาน วิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดได้แก่ การศึกษาการใช้เวลาแบบการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เวลาที่ได้จากการศึกษาจะครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดในหน่วยงานทำให้ปริมาณเวลาที่ได้จากการจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลละเอียดกว่าวิธีอื่น และทำให้ได้เวลาที่แท้จริงในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

จากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลลำปางปี 2558, 2559 และ 2560 มีผู้รับบริการ

ทั้งหมด 33,886 ราย 32,686 ราย และ 33,812 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนสถิติผู้รับบริการอยู่ในระดับใกล้เคียงกันในแต่ละปี แต่ภาระงานที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความซับซ้อนและมีความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น และใช้เทคโนโลยีในการผ่าตัดมากขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาในการผ่าตัดและการเตรียมอุปกรณ์การผ่าตัดเพิ่มขึ้น เมื่อคำนวณ productivity ของหน่วยงานปี 2560 พบว่า productivity ต่อปีเฉลี่ยประมาณ 125-140 ซึ่งหมายถึงมีปริมาณภาระงานมากกว่าบุคลากร ซึ่งการคิด productivity คิดจากจำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ต้องการต่อวัน ซึ่งได้มาจากผลรวมของเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมของผู้ป่วยทั้งหมดใน 1 วัน ต่อจำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ใช้จริง คิดจากจำนวนคนทำงานเฉลี่ยต่อวันใน 7 ชั่วโมง เมื่อคำนวณ productivity แล้วพบว่าปริมาณภาระงานมากกว่าบุคลากร ส่งผลให้การจัดสรรอัตราากำลังไปในแต่ละห้องผ่าตัดไม่ครบตามจำนวนบุคลากรที่ควรมีในห้องผ่าตัด ซึ่งปกติใน 1 ห้องผ่าตัด มีพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยแพทย์ผ่าตัดส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก แต่เมื่อบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน ทำให้การจัดสรรอัตรากำลังในบางห้องผ่าตัดมีพยาบาลวิชาชีพเพียง 2 คน ทำให้บุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน และอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานได้ ในการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลลำปางที่ผ่านมา เป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงของการผ่าตัด ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยประเภท major เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงมาก ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดยาวนานใช้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด และผู้ป่วยประเภท minor เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงน้อย ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดสั้น ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ อย่างไรก็ตามการกำหนดเวลาที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละประเภทในปัจจุบันเป็นการประมาณการณแต่ยัง

ไม่ได้มีการศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท

จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง การศึกษานี้จะทำให้ได้ข้อมูลภาระงานที่แท้จริง โดยผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อศึกษาจำนวนชั่วโมงการพยาบาลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

คำถามการวิจัย

1. กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปางเป็นอย่างไร
2. จำนวนชั่วโมงการพยาบาลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปางเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดการวางแผนอัตราากำลังบุคลากรพยาบาลของ Srisathitnarakun (2007) ทั้ง 8 ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในหน่วยงาน 2) ระบุนกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย 3) การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการจับเวลาและเครื่องมือวิจัย 4) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 5) การกำหนดประชากร ขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง 6) การเตรียมความพร้อมของผู้ช่วย

วิจัยและบุคลากรพยาบาล 7) การรวบรวมเวลาที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และ 8) การวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ Connor (1961) แบ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม รวมถึงใช้หลักการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามแนวคิดของ Patton (2002) มาจัดกลุ่มผู้รับบริการแยกออกมาเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยประเภท major และผู้ป่วยประเภท minor

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง สร้างจากการประชุมกลุ่มกับพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกเป็นเวลา 10 ปี จำนวน 5 ท่านเพื่อให้ได้กิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลผ่าตัด ประกอบด้วย คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และ คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม

2. แบบบันทึกปริมาณเวลาที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง สร้างจากการนำรายละเอียดของพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดที่รวบรวมมาได้จัดทำแบบบันทึกปริมาณเวลาที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วยการบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และการบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม

3. นาฬิกาข้อมือระบบดิจิทัล จำนวน 3 เรือน ทดสอบความเที่ยงของนาฬิกาที่ใช้ในการจับเวลา โดยการตั้งเวลาให้ตรงกันและดูการเดินของเวลาเมื่อครบ

60 วินาทีต้องตรงกัน และตรวจสอบความเที่ยงจากการเทียบเวลาให้ตรงกับสถาบันมาตรวิทยาแห่งประเทศไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เวลา 08.00 น. ณ ตำแหน่งเดียวกันเป็นเวลา 3 วัน ได้ผลว่านาฬิกาเดินตรงกันกับสถาบันมาตรวิทยาแห่งประเทศไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เวลา 08.00 น. ณ ตำแหน่งเดียวกันทั้ง 3 วัน

คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง และแบบบันทึกปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.8 และนำแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไปหาดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต (interobserver reliability) ได้ค่าความสอดคล้องของการสังเกต เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลลำปาง ผู้ศึกษาจึงได้ทำหนังสือชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ รวมทั้งขอความร่วมมือในช่วงการศึกษากับเก็บข้อมูล โดยที่การเก็บข้อมูลไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง ของผู้ที่ถูกสังเกตในแบบบันทึกเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลแต่ละคน และการนำเสนอได้ใช้วิธีการนำเสนอแบบภาพรวม นำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยไม่ให้มีการกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาได้ขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้ศึกษาได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้ศึกษาจึงขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลลำปาง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. จากนั้นผู้ศึกษาได้ขออนุญาตเชิญหัวหน้างานห้องผ่าตัด และพยาบาลห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกเข้าร่วมประชุม เพื่อแจ้งถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาครั้งนี้ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย

4. ศึกษาได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปางในแผนกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกโดยปฏิบัติงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความคุ้นเคยกับกิจกรรมการพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ สาระสำคัญของงานวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงบันทึกเวลาลงในเครื่องมือ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจกตัวอย่างของเครื่องมือให้ผู้ช่วยวิจัยได้ศึกษาก่อนที่จะปฏิบัติงานจริง หลังจากนั้นผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือร่วมกันเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ จากนั้นผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจนครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ประเภทผู้ป่วยผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด นำมาแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลห้องผ่าตัดจำแนก

ตามประเภทผู้ป่วย

3. การคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละประเภทตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดห้องผ่าตัดโรงพยาบาลลำปาง

2. บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกโรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 12 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดห้องผ่าตัดโรงพยาบาลลำปางโดยมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive Sampling) โดยมีการคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในแผนกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก 2) เป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการผ่าตัดในวันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ถึง วันที่ 30 สิงหาคม 2562

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในเดือนที่จะทำการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี และนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 58 คน โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 1 แผนก ได้แก่ แผนกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก แบ่งตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยเก็บผู้ป่วยประเภท Major จำนวน 54 คน และผู้ป่วยประเภท Minor จำนวน 4 คน ตามสัดส่วนค่าเฉลี่ยประเภทผู้ป่วยที่ผ่านมาย้อนหลัง 5 ปี ได้สัดส่วน 93 : 7

2. บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลลำปางจำนวน 8 คน โดยมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ

เป็นบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง ไม่นับรวมผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดในระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ถึง วันที่ 30 สิงหาคม 2562 มีจำนวน 58 ราย จำนวนสูงสุดจะมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.90 รองลงมาคืออายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.30 อายุระหว่าง 20-39 ปี จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.10 และแรกเกิด - 1 ปี จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.70 เป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.80 รองลงมาเป็นเพศหญิงจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.20 เป็นผู้ป่วยประเภท

major มากที่สุดจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.10 ซึ่งพบการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.90 รองลงมาพบการผ่าตัดลิ้นหัวใจจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.30 พบการผ่าตัดหัวใจชนิดแผลเล็กจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.60 พบการผ่าตัดหลอดเลือด การผ่าตัดหลอดเลือดอุดตันส่วนปลาย การผ่าตัดปอดชนิดแผลเล็ก การผ่าตัดละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.50 ต่อหนึ่งการผ่าตัด และพบการผ่าตัดหัวใจเด็ก การผ่าตัดเส้นเลือดขูด การผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ และการผ่าตัดต่อมไทมัส การผ่าตัดละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.70 ต่อหนึ่งการผ่าตัด และเป็นผู้ป่วยประเภท minor จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.90 ซึ่งพบการผ่าตัดต่อเส้นเลือดสำหรับฟอกไตจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.90

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยประเภท major และ minor

กิจกรรมการพยาบาล	
ผู้ป่วยประเภท major	ผู้ป่วยประเภท minor
กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงระยะก่อนผ่าตัด	
1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย	1. การดูแลผู้ป่วยตรงจุดดูแลผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด
2. การดูแลผู้ป่วยตรงจุดดูแลผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด	
กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงระยะผ่าตัด	
1. การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด การจัดทำผ่าตัด	1. การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด การจัดทำผ่าตัด
2. การปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือแพทย์ผ่าตัด	2. การปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือแพทย์ผ่าตัด
3. การปฏิบัติหน้าที่ในการส่งเครื่องมือผ่าตัด	3. การปฏิบัติหน้าที่ในการส่งเครื่องมือผ่าตัด
4. การปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือรอบนอก	4. การปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือรอบนอก
5. การดูแลความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	5. การดูแลความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงระยะหลังผ่าตัด	
1. การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย	

กิจกรรมการพยาบาล	
ผู้ป่วยประเภท major	ผู้ป่วยประเภท minor
กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะก่อนผ่าตัด	
1. การนัดรับผ่าตัดและการจัดตารางการผ่าตัด	1. การนัดรับผ่าตัดและการจัดตารางการผ่าตัด
2. การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด	2. การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด
3. การเตรียมเอกสารที่ใช้ในการผ่าตัด	
กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะผ่าตัด	
1. การบันทึกรายงานเอกสาร	1. การบันทึกรายงานเอกสาร
กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะหลังผ่าตัด	
1. การเก็บรวบรวมเครื่องมือออกจากห้องผ่าตัด	1. การเก็บรวบรวมเครื่องมือออกจากห้องผ่าตัด
2. การทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์การแพทย์	2. การทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์การแพทย์
3. การเบิกเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการผ่าตัด	

จากตารางที่ 1 พบว่า กิจกรรมการพยาบาลห้องผ่าตัดจำแนกตามประเภทผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในแต่ละประเภท กิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยประเภท major มีทั้งหมด 39 กิจกรรม กิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยประเภท minor มีทั้งหมด 27 กิจกรรม

ในผู้ป่วยประเภท minor ไม่พบกิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย การใส่สายสวนปัสสาวะ การเตรียมเอกสาร การตรวจเช็คเครื่องมือพิเศษประจำแผนกการผ่าตัด การเบิกเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณเวลา (นาที) ที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละประเภทตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยต่อผู้ป่วย 1 ราย (n = 58 : major = 54, minor = 4)

กิจกรรมการพยาบาล	ปริมาณเวลา (นาที)			
	Major		Minor	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
รวมกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	348.09	100.26	105.11	11.85
รวมกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม	83.71	21.27	41.15	5.97
รวมปริมาณเวลา (นาที)	431.80	124.45	146.26	13.10

จากตารางที่ 2 พบว่าเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วย 1 รายประเภท major ใช้เวลาเฉลี่ย 431.80 นาที (7 ชั่วโมง 11 นาที) โดยใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงเฉลี่ย 348.09 นาที (5 ชั่วโมง 48 นาที) ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการ

พยาบาลโดยอ้อมเฉลี่ย 83.71 นาที (1 ชั่วโมง 23 นาที) และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วย 1 รายประเภท minor ใช้เวลาเฉลี่ย 146.26 นาที (2 ชั่วโมง 26 นาที) โดยใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงเฉลี่ย 105.11 นาที (1 ชั่วโมง 45 นาที) ใช้เวลา

ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมเฉลี่ย 41.15 นาที

การอภิปรายผล

จากการการศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการศึกษิตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

1. กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท

การศึกษานี้พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการผู้รับบริการผ่าตัด 1 รายสามารถแยกเป็น 2 ประเภท คือ กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ซึ่งจำนวนกิจกรรมการพยาบาลมีความแตกต่างกันตามประเภทผู้ป่วย โดยในกลุ่มผู้ป่วยประเภท major ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ต้องให้บริการผู้รับบริการแต่ละรายทั้งหมด 39 กิจกรรม ส่วนกลุ่มผู้ป่วยประเภท minor มีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องให้บริการผู้รับบริการแต่ละรายทั้งหมด 27 กิจกรรมที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ป่วยประเภท minor เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดที่ไชยาฯเฉพาะที่ เมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จสิ้นจึงสามารถกลับบ้านได้

ผลการศึกษากิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยประเภท major ในแต่ละระยะของการผ่าตัดพบว่าในระยะก่อนผ่าตัด มีกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่สำคัญ 2 อย่าง คือ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยตรงจุดดูแลผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยประเภท major เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการผ่าตัดที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ซึ่งก่อนการผ่าตัดปัญหาที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือมีความวิตกกังวล (Yilmaz, Sezer, Gurler, & Bekar, 2011) ดังนั้นการไปเยี่ยมผู้ป่วยจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดได้ นอกจากนี้ในระยะก่อนผ่าตัดยังมี

กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่สำคัญ 3 อย่างคือ การนัดรับผ่าตัดและการจัดตารางการผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด และการเตรียมเอกสารที่ใช้ในการผ่าตัด ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด

ในระยะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยประเภท major ในแผนกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการผ่าตัดและเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดมีจำนวนมากการผ่าตัดผู้ป่วยประเภทนี้จึงใช้ระยะเวลายาวนาน เวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 2-4 ชั่วโมง (Boonyasanti, 2017) ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่สำคัญ 5 อย่าง ที่จะต้องทำโดยพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น และต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปได้และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือได้รับอันตรายในระหว่างการผ่าตัด ดังนั้นในระยะผ่าตัดจึงต้องจัดอัตราพยาบาลวิชาชีพให้เพียงพอโดยควรมีอย่างน้อย 3 คน คนแรกเป็นผู้ช่วยแพทย์ คนที่สองเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ คนที่สามเป็นพยาบาลที่อยู่รอบนอก (Thengkiattrakul & Butsripoom, 2016) ในระยะผ่าตัดนี้ยังมีกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมที่สำคัญคือ การบันทึกรายงานเอกสาร ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องทำ เพราะเป็นการสรุปการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด รวมทั้งปัญหาที่พบในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งจะเป็หลักฐานทางกฎหมายที่ยืนยันว่าได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ใช้บริการตามขอบเขตที่กฎหมาย และตามกรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพ (Thengkiattrakul & Butsripoom, 2016)

ในระยะหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยประเภท major มีกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่สำคัญ คือ การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยประเภท major เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่า 4 ชั่วโมง และมีการทำหัตถการที่ซับซ้อน ยุ่งยาก และเป็นการผ่าตัดใหญ่ การเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังการผ่าตัดจะช่วยในการประเมินปัญหา

และให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดได้ นอกจากนี้ในระยะนี้ยังพบว่ามีการจัดการพยาบาลโดยอ้อม ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมเครื่องมือออกจากห้องผ่าตัด การทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด และอุปกรณ์การแพทย์ การเบิกเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด

สำหรับผลการศึกษากิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยประเภท minor ในระยะก่อนผ่าตัด มีกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงเพียงกิจกรรมเดียว คือ การดูแลผู้ป่วยตรงจุดดูแลผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยประเภท minor ไม่พบกิจกรรมการเยี่ยมไข้ระยะก่อนผ่าตัด ส่วนกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมมีเพียง 2 กิจกรรมสำคัญ คือ การนับรับผ่าตัดและการจัดตารางการผ่าตัด และการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยประเภท minor ไม่พบกิจกรรมการเตรียมเอกสารที่ใช้ในการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยประเภท minor เป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดและสามารถกลับบ้านได้เลย เอกสารจะเตรียมมาจากแผนกผู้ป่วยนอก

ในระยะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยประเภท minor มีกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมเหมือนกับผู้ป่วยประเภท major แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ผู้ป่วยประเภท minor ไม่ใส่สายสวนปัสสาวะ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยประเภท minor จะได้รับการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงน้อย แต่ในทุกกิจกรรมการพยาบาลจะต้องใช้พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และทักษะในการช่วยศัลยแพทย์ในการทำผ่าตัด ดังนั้นในระยะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยประเภท minor จึงต้องจัดอัตราพยาบาลวิชาชีพให้เพียงพอโดยควรมีอย่างน้อย 3 คนเช่นเดียวกับผู้ป่วยประเภท major

ในระยะหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยประเภท minor ไม่พบกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เนื่องจากผู้ป่วยประเภท minor เป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแล้วสามารถกลับบ้านได้ทันที จึงไม่มีกิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัด แต่มีกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม คือ การเก็บรวบรวมเครื่องมือออกจากห้องผ่าตัด และการทำความสะอาด

สะอาดเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด 2. จำนวนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท

ผลการศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยประเภท major ใช้เวลารวมเฉลี่ย 431.80 นาที (7 ชั่วโมง 11 นาที) (SD = 124.45 นาที) เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Chimana-gran (2006) ที่ศึกษาเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าเวลาที่พยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 1 รายมากที่สุดคือ เวลาที่พยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 1 รายในสาขาศัลยกรรมทั่วไปที่ใช้เวลาเท่ากับ 4 ชั่วโมง 12 นาที จะเห็นได้ว่าในการศึกษานี้ใช้เวลาในการพยาบาลผู้ป่วยประเภท major มากกว่างานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยประเภท major ที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.5) ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งการผ่าตัดแบบนี้ใช้เวลาตั้งแต่ลงมีดจนถึงปิดแผลผ่าตัดโดยเฉลี่ยระหว่าง 2 ถึง 5 ชั่วโมง จึงทำให้เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยประเภท major มากกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

ผลการศึกษายังพบว่า เวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงสำหรับผู้ป่วยประเภท major เท่ากับ 348.09 นาที (5 ชั่วโมง 48 นาที) (SD = 100.26 นาที) และเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม 83.71 นาที (1 ชั่วโมง 23 นาที) (SD = 21.27 นาที) ซึ่งคิดเป็นอัตราส่วนระหว่างเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงกับเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม เท่ากับ 81 : 19 เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Chimana-gran (2006) ที่ได้อัตราส่วนระหว่างเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงกับโดยอ้อมเท่ากับ 85 : 15 จะเห็นได้ว่ามีค่าใกล้เคียงกัน แสดงว่าอัตราส่วนที่เหมาะสมระหว่างเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง กับเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมเท่ากับ 83 : 17 ซึ่งผู้บริหาร

สามารถนำอัตราส่วนนี้ไปใช้ในการคิดจำนวนชั่วโมงในการให้การพยาบาลเพื่อวางแผนอัตรากำลังทางการพยาบาลได้

ผลการศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยประเภท minor ใช้เวลารวมเฉลี่ย 146.26 นาที (2 ชั่วโมง 26 นาที) (SD = 13.10 นาที) เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Chimana-gran (2006) ที่ศึกษาเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าเวลาที่พยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 1 รายที่น้อยที่สุดคือ เวลาที่พยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 1 รายในสาขาศัลยกรรมจักษุใช้เวลาเท่ากับ 2 ชั่วโมง 38 นาที จะเห็นได้ว่าในการศึกษานี้ใช้เวลาในการพยาบาลผู้ป่วยประเภท minor มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งนี้อาจเนื่องจากการเป็นผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ในการผ่าตัด และระยะเวลาการผ่าตัดไม่นานเหมือนกัน

ผลการศึกษายังพบว่าเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงสำหรับผู้ป่วยประเภท minor เท่ากับ 105.11 นาที (1 ชั่วโมง 45 นาที) (SD = 11.85 นาที) และเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม 41.15 นาที (SD = 5.97 นาที) ซึ่งคิดเป็นอัตราส่วนระหว่างเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงกับโดยอ้อม เท่ากับ 72 : 28 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยประเภท major พบว่า มีอัตราส่วน

เท่ากับ 81 : 19 จะเห็นได้ว่ามีค่าอัตราส่วนมีความแตกต่างกัน พบว่าอัตราส่วนระหว่างเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมในผู้ป่วยประเภท minor มากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมของผู้ป่วยประเภท major เนื่องจากผู้ป่วยประเภท minor เป็นผู้ป่วยที่การผ่าตัดใช้เวลาไม่นาน จึงทำให้มีอัตราส่วนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมมากกว่าผู้ป่วยประเภท major ซึ่งผู้บริหารสามารถนำไปใช้ในการคิดจำนวนชั่วโมงในการให้การพยาบาลเพื่อวางแผนอัตรากำลังทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารที่จะนำไปเป็นข้อมูลในการคำนวณอัตรากำลังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในทุกแผนกในห้องผ่าตัด และทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาล เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล
2. ควรศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในบุคลากรระดับอื่นได้แก่ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย พนักงานทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

- Boonyasanti, N. (2017). *Factor associated with length of stay's of heart surgery patients in Chonburi Hospital*. Chonburi: Heart Center Unit, Chonburi Hospital. (In Thai)
- Chimanagan, W. (2006). *Perioperative nurse staffing, Saraburi Hospital* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Conner, R. J. (1961). A work sampling study of variations in nursing workload. *Hospital*, 35(1), 40-41.
- Operating Room Unit. (2017). *Manual for operating room nursing administration, Lampang Hospital*. Lampang: Lampang Hospital. (In Thai)
- Patton, M. R. (2002). Management of perioperative clients. In D. D. Ignatavicius & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Permpech, R. & Butsripoom, B. (2016). The role of perioperative nurse: Health education for pre and postoperative visiting. *Ramathibodi Nursing Journal*, 22(1), 9-20. (In Thai)
- Shumaker, R. P. (1997). Perioperative nursing. In J. M. Black, & E. Matassarin-Jacobs (Eds.), *Medical-surgical nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Srisathitnarakun, B. (2007). *Leadership and management strategies of nursing organizations in the 21st century* (2nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Thengkiattrakul, S., & Butsripoom, B. (2016). *Perioperative nursing* (2nd ed.). Bangkok: Mahidol University. (In Thai)
- Yilmaz, M., Sezer, H., Gurler, H., & Beker, M. (2011). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 956-964. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ Nursing Practice Environment of Nurses, Fang Hospital, Chiang Mai Province

ปิยะนันต์	ทองแดง *	Piyanan	Tongdang *
อรอนงค์	วิชัยคำ **	Orn-Anong	Wichaikhum **
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์ ***	Apiradee	Nantsupawat ***

บทคัดย่อ

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของพยาบาลมีคุณภาพ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Design Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล และเปรียบเทียบสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ประชากร คือพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 135 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสอบถามสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติของดัชนีงานพยาบาลฉบับภาษาไทยของ Nantsupawat (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงาน (The Practice Environment Scale) ของ Lake (2002) โดยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที (T-test)

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลจัดอยู่ในหมวดพึงพอใจ สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลงานผู้ป่วยนอกและพยาบาลงานผู้ป่วยในมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-2.24, p<.05$) โดยคะแนนสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลงานผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าพยาบาลงานผู้ป่วยใน

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำเอาผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นไป

คำสำคัญ: สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

Nursing practice environment is one factor which promotes the quality of a nurse's work. This independent study was a comparative design which aimed to describe the nursing practice environment of nurses and compare the nursing practice environment of nurses working in the outpatient and inpatient departments at Fang Hospital, Chiang Mai Province. The participants

* สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

** Master of Nursing Science (Nurse Administration) Professional Nurse, Fang Hospital, Chiang Mai, piyanan_2007@hotmail.com

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 11 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่ตอบรับบทความ 11 กันยายน 2562

included 135 nurses with at least 1 year working experience. The instrument used in this study was the Practice Environment Scale of Nurse Work Index (PES-NWI), Thai version, translated by Nantsupawat (2011) from Practice Environment Scale (Lake, 2002). The reliability was 0.94. Data were analyzed using descriptive statistic and T-test.

The findings of study indicated that the score of the nursing practice environment, as perceived by nurses was favorable. The perceived nursing practice environments of nurses in outpatient and inpatient departments showed a statistically significant difference ($t = -2.24$, $p < .05$), which the score of nursing practice environment of nurses working in the outpatient department higher than that of the inpatient department.

Nurse administrators can use the finding of this as basic information to further improve the nursing practice environment in all hospital departments.

Keywords: *Nursing practice environment, outpatient department, inpatient department, nurse*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพของประเทศในกลุ่มอาเซียนพบว่า มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 0.2 - 7.1 คนต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่ประเทศไทยนั้น มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2.2 คนต่อประชากร 1,000 คน (World Health Organization, 2019) ผลของการขาดแคลนทำให้พยาบาลต้องรับภาระงานที่หนักขึ้น ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงาน คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง (Daenseekaew, Saensom, Singha-Dong, & Boonkong, 2017) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพยาบาลอีกด้วย สอดคล้องกับการสำรวจจำนวนพยาบาลที่เจ็บป่วยจากการทำงานในปี พ.ศ. 2551 พบว่าพยาบาลร้อยละ 34.7 ถูกเข็มฉีดยาหรือของมีคมบาด ร้อยละ 32.6 เจ็บป่วยติดเชื้อโรคจากผู้ป่วย และร้อยละ 14.9 ถูกผู้ป่วยทำร้าย รวมทั้งขาดสมดุลของชีวิตครอบครัวและการทำงาน ก่อให้เกิดความเครียด ความไม่พึงพอใจในการทำงาน และลาออกจากวิชาชีพไปในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุที่พยาบาลมีการโยกย้ายงาน ลาออกจากงาน เกิดจาก

เหตุผลหลายประการ เช่น ลักษณะงานที่ซ้ำซ้อน การไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร ภาระงานที่มากเกินไป เวลาการปฏิบัติงานที่ไม่ปกติ และสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล (nursing practice environment) ที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพและผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่สูงขึ้น (Bogaert, Heusden, Timmermans, & Franck, 2014) โรงพยาบาลที่มีสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ดี จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านบุคลากรและคุณภาพการดูแลรักษาระดับต่ำ ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีจะส่งผลทางบวกต่อบุคลากรและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น (Aiken et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ayamolowo, Irinoye, and Oladoyin (2013) ที่กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความพึงพอใจ และความตั้งใจลาออกของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่จะสามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพยังคงอยู่ในอาชีพต่อไปได้ คือ การศึกษาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลหมายถึงลักษณะองค์กรเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ที่สนับสนุน

หรือเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล (Lake, 2002) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล (Nurse Participation in Hospital Affairs) 2) พื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล (Nursing Foundations for Quality of Care) 3) ความสามารถภาวะผู้นำ และการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล (Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurse) 4) ความเพียงพอของอัตรา กำลังและทรัพยากร (Staffing and Resource Adequacy) 5) ความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ (Collegial Nurse-Physician Relations)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ในโรงพยาบาลหลายระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลทหาร และโรงพยาบาลตติยตติย ผลการศึกษา การรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (Alharbi, 2018; Ambani, 2017; Choi & Boyle, 2014; Heather, Brantley, Park, & Beringer, 2018; Smith, Morin, & Lake, 2017; Swiger et al., 2018) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดีด้วย (Filho, Rodrigues, & Cimiotti, 2018; Topcu et al., 2016) นอกจากนี้การศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง หน่วยงานและระหว่างโรงพยาบาล พบว่า สิ่งแวดล้อม ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความแตกต่างกันตาม ประเภทของหน่วยงาน (Choi & Boyle, 2014) และ สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยดีกว่าในโรงพยาบาลของรัฐ (Ambani, 2017) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีขนาดและ บริบทต่างกัน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลของรัฐ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการ

พยาบาลของพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยด้าน ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากรจะมีคะแนน สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุดในทุกการ ศึกษา (Abhicharttibutra, Wichaikhum, Kunnaviktikul, Nantsupawat, R., & Nantsupawat, A., 2017; Nantasupawat, 2011; Nantsupawat et al., 2017) รวมทั้งการศึกษาที่พบว่าคะแนนสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติ การพยาบาลด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและ ทรัพยากรอยู่ในระดับไม่ดี (Abhicharttibutra et al., 2017)

โรงพยาบาลฝาง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 210 เตียง มีบุคลากรทั้งหมด 591 คน เป็นพยาบาลจำนวน 179 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 30.28 ของบุคลากรทั้งหมด ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่ายังมีอัตราากำลังพยาบาล ไม่เพียงพอตามกรอบความเทียบเท่าพนักงานประจำ (Full Time Equivalent: FTE) ซึ่งจะต้องมีอัตรากำลัง พยาบาลขั้นต่ำร้อยละ 80 โดยโรงพยาบาลฝางมีบุคลากร พยาบาลเท่ากับร้อยละ 75.43 (Nursing Department of Fang Hospital, 2018a) ซึ่งถือว่าอัตรากำลัง พยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลกระทบโดยตรง ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยทำให้มีปริมาณงาน และภาระงานเพิ่มมากขึ้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากร พยาบาลพบว่าจากภาระงานที่หนัก ทำให้พยาบาลรู้สึก มีเวลาไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพ การสื่อสารปัญหาในทีมการดูแลผู้ป่วย เกิดความผิดพลาด เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ส่งผลต่อด้านคุณภาพการดูแลและด้านความพึงพอใจ รวมถึงการคงอยู่ในงานของพยาบาล ดังจะเห็นได้จาก ผลการประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลในปี 2561 พบว่าพยาบาลมีอัตราความพึงพอใจเฉลี่ย ร้อยละ 62.96 (Nursing Department of Fang Hospital, 2018b) จากข้อมูลในปี 2560 - 2561 พบว่า มีพยาบาล โยกย้ายและลาออก จำนวน 9 คน และ 5 คน ตามลำดับ (Nursing Department of Fang Hospital, 2018) สาเหตุเกิดจากอัตรากำลังพยาบาลที่ไม่เพียงพอ กับภาระงาน ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน คิดเป็น

ร้อยละ 28.57

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลในแต่ละแผนกจะมีความยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของหน่วยงาน โรงพยาบาลฝาง ได้ปรับปรุงโครงสร้างขยายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และได้มีการย้ายจุดการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกให้มีความสะดวกยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้มีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นถึง 332,567 ครั้ง/ปี (Nursing Department of Fang Hospital, 2018b) นอกจากนี้ยังมีการปรับขยายการบริการแผนกผู้ป่วยนอกออกเป็นผู้ป่วยนอกทั่วไป กับผู้ป่วยนอกเฉพาะทางเพิ่มขึ้น (Nursing department of Fang Hospital, 2018a) ส่วนลักษณะงานบริการพยาบาลของหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลฝางพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลในหอผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเองและผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลข้างเคียง คือ โรงพยาบาลแม่สาย และโรงพยาบาลไชยปราการ โดยเฉพาะหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม พบว่ามีอัตราครองเตียงสูงที่สุด ในจำนวนหอผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาลฝาง โดยมีอัตราครองเตียงเฉลี่ย 110-140% ต่อปี (Nursing Department of Fang Hospital, 2018b) ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมนั้น ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยวิกฤตในกรณีที่มีจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักเต็ม ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ ทำให้หอผู้ป่วยต้องให้บริการท่ามกลางข้อจำกัดของอัตรากำลังที่มีอยู่และการขาดความพร้อมด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ จากบริบทของการปฏิบัติงานของพยาบาลในแต่ละแผนกที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านลักษณะของผู้มารับบริการ จำนวนผู้มารับบริการ การจัดบริการที่ให้กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการให้บริการ ภาระงาน การจัดอัตรากำลัง รวมไปถึงการประสานงานกับบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องที่มีความแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลฝางว่ามีการรับรู้สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำข้อมูล

มาวิเคราะห์ถึงปัญหาในแต่ละหน่วยงาน และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการและปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสม เพื่อผลลัพธ์ในการคงอยู่ของบุคลากรพยาบาล และคุณภาพในการดูแลผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

1. สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
2. สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการของพยาบาล โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิดสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของ Lake (2002) โดยสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลหมายถึง ลักษณะองค์กรเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ที่สนับสนุนหรือเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล ประกอบด้วยคุณลักษณะสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล 2) พื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล 3) ความสามารถภาวะผู้นำและการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล 4) ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร และ 5) ความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ ซึ่งจากการศึกษาคุณลักษณะ 5 ด้าน จะทำให้สามารถนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของแต่ละแผนก เพื่อที่ผู้บริหารทางการพยาบาลจะ

สามารถจัดสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละแผนกให้มีความเหมาะสม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Design Research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลและเพื่อเปรียบเทียบสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ และมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 135 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูลของพยาบาล ประกอบด้วยข้อความปลายเปิดและปลายปิดเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง แผนกที่ปฏิบัติงาน รายได้ และประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลฝาง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติของดัชนีงานพยาบาลของ Nantsupawat (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงาน (The Practice Environment Scale) ของ Lake (2002) ประกอบด้วยข้อความ 31 ข้อ รวม 5 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล (9 ข้อ) 2) พื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล (10 ข้อ) 3) ความสามารถภาวะผู้นำ และการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล (5 ข้อ) 4) ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร (4 ข้อ) และ 5) ความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ (3 ข้อ) ลักษณะแบบสอบถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) เห็นด้วย (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาไม่ได้ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเนื่องจากแบบสอบถามฉบับดังกล่าวมีการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านขั้นตอนการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในทีมวิจัยต้นฉบับแล้ว (Nantsupawat, 2011) สำหรับการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวม เท่ากับ 0.94 และรายด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล 0.87 ด้านพื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล 0.89 ด้านความสามารถ ภาวะผู้นำ และการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล 0.87 ด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร 0.81 และด้านความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ 0.83

การแปลผลคะแนนจำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม โดยหากคะแนนเฉลี่ยรายด้านเท่ากับหรือสูงกว่า 2.5 (mean score) ถือว่ามีสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี (Lake, 2002) และแปลความหมายของคะแนนโดยรวม แบ่งเป็น 3 หมวด คือ หมวดไม่น่าพอใจ (มีค่าเฉลี่ยรายด้านมากกว่า 2.5 จำนวน 0 - 1 ด้าน) หมวดผสมผสาน (มีค่าเฉลี่ยรายด้านมากกว่า 2.5 จำนวน 2 - 3 ด้าน) และหมวดพึงพอใจ (มีค่าเฉลี่ยรายด้านที่มากกว่า 2.5 จำนวน 4 - 5 ด้าน) (Fries, Lake, Aiken, Silber, & Sochalski, 2008)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับซึ่งผู้ศึกษาจะนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมและจะนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาเสนอโครงการการศึกษาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. หลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยผู้ศึกษาได้ทำหนังสือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาง ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
4. ผู้ศึกษาได้ให้คำชี้แจงแก่ผู้ประสานงาน เพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการและลักษณะของข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง
5. ผู้ศึกษาได้มอบแบบสอบถามแก่ผู้ประสานงาน เพื่อนำไปแจกให้กับประชากรตามหน่วยงานที่กำหนด พร้อมซองใส่แบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่ตอบแล้วส่งกลับคืนในกล่องรับแบบสอบถาม หลังได้รับแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์
6. ในกรณีที่ได้รับแบบสอบถามกลับคืนไม่ครบถ้วน ผู้ศึกษาได้ดำเนินการส่งจดหมายขอคุณไปยังประชากรที่ได้รับแบบสอบถาม เพื่อกระตุ้นเตือนให้ดำเนินการส่งคืนแบบสอบถามในกล่องรับแบบสอบถามอีกครั้ง โดยใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอีก 2 สัปดาห์ รวมเป็น 4 สัปดาห์
7. นำแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่ามีการตอบไม่ครบถ้วนในบางประเด็น หรือพิจารณาแล้วว่ามีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบบสอบถามที่ผู้ศึกษามอบให้ผู้ประสานงาน มีจำนวนทั้งหมด 149 ฉบับ ผู้ศึกษาได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 142 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน

135 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.60

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แยกเป็นโดยรวม และรายด้าน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างโดยวิเคราะห์ค่า F-test ทดสอบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลงานผู้ป่วยนอกและพยาบาลงานผู้ป่วยในพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลงานผู้ป่วยนอก และพยาบาลงานผู้ป่วยในไม่แตกต่างกัน ($p = 0.529$) จึงทำการทดสอบโดยการวิเคราะห์แบบ Independent Sample T-test เพื่อหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลงานผู้ป่วยนอก และพยาบาลงานผู้ป่วยใน

ผลการวิจัย

ประชากรพยาบาลงานผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 38.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 50.00 เกือบทั้งหมด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.00 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 86.00 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกผ่าตัดและพักฟื้นมากที่สุด ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ 15,000 - 20,000 บาท และ 25,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 26.00 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลผาง 1- 5 ปี ร้อยละ 36.00

ประชากรพยาบาลงานผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 71.76 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.76 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 21.18 เกือบทั้งหมด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.82 ปฏิบัติงานในตำแหน่งข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 52.94 พยาบาลงานผู้ป่วยในปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิงมากกว่าแผนกอื่นๆ ร้อยละ 11.76 ส่วนใหญ่มีรายได้ 15,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 34.12

และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลฝาง 1-5 ปี ถึงร้อยละ 71.76

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของประชากรพยาบาลวิชาชีพ แยกเป็นรายด้านและโดยรวม (N=135)

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล	μ	σ	ระดับ
การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล	2.96	0.39	ดี
พื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล	3.17	0.34	ดี
ความสามารถ ภาวะผู้นำ และการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล	3.05	0.57	ดี
ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร	2.58	0.65	ดี
ความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์	3.05	0.59	ดี
สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในหมวด	พึงพอใจ		

พยาบาลโรงพยาบาลฝางมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในหมวดพึงพอใจ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านพื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล ($\mu = 3.17$, $\sigma = 0.34$) รองลงมา คือ ด้านความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ ($\mu = 3.05$,

$\sigma = 0.59$) ด้านความสามารถ ภาวะผู้นำ และการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล ($\mu = 3.05$, $\sigma = 0.57$) และด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล ($\mu = 2.96$, $\sigma = 0.39$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร ($\mu = 2.58$, $\sigma = 0.65$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละด้าน จำแนกตามงานการพยาบาล (N=135)

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล	งานผู้ป่วยนอก			งานผู้ป่วยใน		
	$\bar{X}$	σ	ระดับ	$\bar{X}$	σ	ระดับ
การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล	2.95	0.40	ดี	2.96	0.38	ดี
พื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล	3.06	0.31	ดี	3.23	0.35	ดี
ความสามารถ ภาวะผู้นำ และการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล	2.86	0.54	ดี	3.16	0.56	ดี
ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร	2.44	0.65	ไม่ดี	2.67	0.65	ดี
ความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์	2.99	0.57	ดี	3.09	0.69	ดี
สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลภาพรวมอยู่ในหมวด	พึงพอใจ			พึงพอใจ		

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จัดอยู่ในหมวดหมู่ที่พึงพอใจ โดยในกลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยนอก มีคะแนนการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับดี 4 ด้าน จากทั้งหมด 5 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านพื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล ($\mu=3.06$, $\sigma=0.31$) รองลงมา คือ ด้านความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ ($\mu=2.99$, $\sigma=0.57$) โดยด้านความเพียงพอ

ของอัตรากำลังและทรัพยากรที่มีคะแนนการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับไม่ดี ($\mu=2.44$, $\sigma=0.65$) และในกลุ่มพยาบาลงานผู้ป่วยในมีคะแนนการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับดีทั้ง 5 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านพื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล ($\mu=3.23$, $\sigma=0.35$) รองลงมา คือ ด้านความสามารถ ภาวะผู้นำ และการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล ($\mu=3.23$, $\sigma=0.35$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก และงานผู้ป่วยใน (N=135)

ตัวแปร	งานผู้ป่วยนอก (N=50)		งานผู้ป่วยใน (N=85)		t
	$\bar{X}$	σ	$\bar{X}$	σ	
สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล	2.91	0.35	3.05	0.35	- 2.238*

* p< .05

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลงานผู้ป่วยนอกและพยาบาลงานผู้ป่วยในมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-2.24$, $p<.05$) โดยคะแนนสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลงานผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าพยาบาลงานผู้ป่วยใน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

การอภิปรายผล

1. พยาบาลโรงพยาบาลผาง มีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในหมวดพึงพอใจ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านพื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล รองลงมา คือ ด้านความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ ด้านความสามารถ ภาวะผู้นำ และการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล ด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล ตามลำดับ

และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของ Abhicharttibutra et al. (2017) ซึ่งทำการศึกษาในพยาบาลจำนวน 866 คน ในโรงพยาบาลทั่วไป และพบว่าการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในหมวดหมู่ที่พึงพอใจ

ผลการศึกษาที่พบว่าสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในหมวดพึงพอใจ อาจเนื่องจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษานี้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยน และการรับรองจากองค์กรภายนอก ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ สิ่งทีุ่บุคลากรในสถาน

พยาบาลต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา ก็คือ ความท้าทายในการจัดบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพเป็นที่พอใจของผู้บริการ กระบวนการรับรองคุณภาพมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้บุคลากรในโรงพยาบาลต้องรวมตัวกันเพื่อปรับปรุงระบบงาน มีการจัดวางแผนการปฏิบัติงานอย่างมีระบบ จัดการความรู้ในหน่วยงานทำให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Tungkriangkrai, 2012)

พยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลด้านพื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแลสูงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2017) Swiger et al. (2018) Heather et al. (2018) Alharbi (2018) Nantsupawat et al. (2014) Nantsupawat et al. (2017) และการศึกษาของ Abhicharttibutra et al. (2017) ที่พบว่าพยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลด้านพื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแลสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ อาจเนื่องมาจากกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลฝางมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ มีทีมนิเทศทางการพยาบาลที่คอยควบคุมกำกับ ดูแล และสนับสนุนส่งเสริมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญแก่พยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล และเป็นไปตามกลไกการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับ Sullivan (2012) กล่าวว่า การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ โดยใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง และกิจกรรมการประกันคุณภาพ ที่เป็นกระบวนการช่วยป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการ ซึ่งกลไกดังกล่าวทำให้สามารถจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และสามารถพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้นได้

พยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากรต่ำที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Quang et al. (2013) Anzai et al. (2014) Topcu et al. (2016)

Roche et al. (2016) Nantsupawat (2011) Nantsupawat et al. (2014) Nantsupawat et al. (2017) และการศึกษาของ Abhicharttibutra et al. (2017) ที่พบว่าพยาบาลมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากรต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากรตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลฝาง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อาจเนื่องจากปัญหาการขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลฝางซึ่งพบว่าอัตรากำลังของพยาบาลมีอยู่เพียง 179 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 30.28 ของบุคลากรทั้งหมด จากการวิเคราะห์พบว่ายังมีอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอตามกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ โดยมีบุคลากรพยาบาลในกลุ่มการพยาบาล เท่ากับ 75.43 FTE (Nursing Department, 2018) ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการมีเวลาที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย หรือการมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maura, Susan, and Farinaz (2017) ที่พบว่า การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการทำงานที่หนัก มีผลกระทบโดยตรงต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยและพยาบาล

2. สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลงานผู้ป่วยนอก และงานผู้ป่วยใน มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลงานผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่างานผู้ป่วยใน สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยในอยู่ในระดับดีเหมือนกัน 4 ด้าน ยกเว้นด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร โดยงานผู้ป่วยนอกมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากรอยู่ในระดับไม่ดี

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การรับรู้สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร ของพยาบาลงานผู้ป่วยนอก

อยู่ในระดับดีเพียง 1 ข้อ จาก 4 ข้อ โดย 3 ข้อ อยู่ในระดับไม่ดี ประกอบด้วย ข้อมีบริการสนับสนุนที่เพียงพอให้บุคลากรพยาบาลใช้เวลากับผู้ป่วยได้ ข้อมีบุคลากรเพียงพอที่จะทำงานให้สำเร็จ และข้อมีพยาบาลวิชาชีพเพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลผาง ได้ปรับปรุงโครงสร้างขยายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และได้มีการย้ายจุดให้บริการผู้ป่วยนอกซึ่งมีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นถึง 332,567 ครั้ง/ปี แต่อัตรากำลังบุคลากรยังไม่ได้ขยายตามกรอบ ทำให้มีอัตราส่วนที่ต่ำกว่าต่อจำนวนผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังมีการขยายบริการบริการแผนกผู้ป่วยนอกออกเป็นผู้ป่วยนอกทั่วไป กับผู้ป่วยนอกเฉพาะทางเพิ่มขึ้นอีก จึงทำให้เกิดการขาดแคลนอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพอย่างหนัก ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการมีบริการสนับสนุนที่เพียงพอให้บุคลากรพยาบาลใช้เวลากับผู้ป่วย การมีบุคลากรเพียงพอที่จะทำงานให้สำเร็จ และการมีพยาบาลวิชาชีพเพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฟินแลนด์ที่พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าจำนวนผู้ป่วยต่อพยาบาลที่มากขึ้น (อัตราส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาลอยู่ที่ค่าเฉลี่ย 8-74: 1) ทำให้พยาบาลไม่พึงพอใจ

เกี่ยวกับความพร้อมของการมีบริการสนับสนุนที่เพียงพอในการให้บริการ (Saima, Pirjo, & Katri, 2012)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารการพยาบาลวางแผนจัดสรรอัตราส่วนพยาบาลให้มีความเพียงพอ และมีความเหมาะสมกับภาระงานของพยาบาลในแต่ละหน่วยงาน และนำเสนอต่อผู้บริหารของโรงพยาบาลในการวางแผนจัดสรรอัตราส่วน
2. ผู้บริหารการพยาบาลเปิดโอกาสให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานมีส่วนร่วมเสนอแนะในการกำหนดนโยบายการจัดสรรพยาบาลในการบรรจุแต่งตั้งในตำแหน่งหรือในการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมกับลักษณะการปฏิบัติงานในแต่ละแผนก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลผาง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลผาง

เอกสารอ้างอิง

- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Jourdain, M., Bornstain, C., Wernet, A., ... Zahar, J. R. (2002). Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: A multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165(4), 438-442.
- Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19(10), 424-447.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 6(2), 113-135.
- Boonnun, J., & Chayaput, P. (2009). Nurse's role in unfavorable information "Breaking bad news" communication to cancer patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(3), 7-19. (In Thai)
- Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. (2016). *The statistical data of male medical ward Buddhachinaraj Phitsanulok Unit*. Phitsanulok: Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital.

- Clayton, J. M., Hancock, K. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H., & Currow, D. C. (2007). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *The Medical Journal of Australia*, 186(12), 77-105.
- The Healthcare Accreditation Institute. (2003). *Patient safety: Concept and practice*. Bangkok: Design. (In Thai)
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12-19.
- House, J. S. (1986). Social support and the quality and quantity of life. *Research on the Quality of Life*, 253-269.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Spring.
- Lemongkol, S. (2015). Nurse's role in palliative care. In Intarasombat, P. & Gasemgitvatana, S. (Eds.), *Skills development guide for nurses in end of life care* (pp. 67-83). Bangkok: Thailand Nursing and Midwifery Council and The Nurses' Association of Thailand. (In Thai)
- Leske, K., & Coon, C. (2002). The Development of feedstuff retainable phosphorus values for broilers. *Poultry science*, 81(11), 1681-1693.
- Nantachaipan, P., & Soivong, P. (2014). *Clinical nursing practice guidelines: Palliative care in adult patients*. Bangkok: Judthong. (In Thai)
- Nilmanat, K. (2012). *The end of life care*. Songkhla: Chanmuang Press. (In Thai)
- Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). The role of palliative care at the end of life. *The Ochsner Journal*, 11(4), 348-352.
- Sanathum., Y. (2012). *Quality improvement of information provision process for pre-operation patients, Phrae Hospital* (Independent Study), Chiang Mai University. (In Thai)
- Supachutikul, A. (2000). *Quality development tools*. Bangkok: Design. (In Thai)
- Twibell, R. S. (1998). Family coping during critical illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 17(2), 100-112.
- Van Cutsem, E., Cervantes, A., Adam, R., Sobrero, A., Van Krieken, J. H., Aderka, D., ... Ciardiello, F. (2016). ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. *Annals of Oncology*, 27(8), 1386-1422.
- World Health Organization. (2012). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>



การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Development of an Information Provision Model for Cancer Patients' Relatives, Male Medical Ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

ภัทรพร	นาคะไพฑูรย์ *	Phattraraphon	Nakaphitoon *
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhichattibutra **
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล **	Petsunee	Thungjaroenkul **

บทคัดย่อ

การให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องฟ็อกส์ทีซีเอ (Batalden & Stoltz, 1993) ประชากรประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 1) แนวคำถามการประชุมกลุ่มเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยมะเร็ง 2) คู่มือการให้ข้อมูล 3) แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยมะเร็ง 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการให้ข้อมูล 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติของผู้ป่วยมะเร็งต่อการได้รับข้อมูล เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการให้ข้อมูล และแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติของผู้ป่วยมะเร็งต่อการได้รับข้อมูล เท่ากับ 1.00 และ .95 ตามลำดับ ส่วนค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้สังเกตจำนวน 2 คู่เท่ากับ .99 และ .99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการให้ข้อมูลประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือบุคลากรผู้ให้ข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการให้ข้อมูล อุปกรณ์และสื่อในการให้ข้อมูล ระยะเวลาในการให้ข้อมูล ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย และขั้นตอนการให้ข้อมูล 2) ผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูล พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลในระดับมากถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 และญาติของผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลในระดับมากถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 ผลลัพธ์จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยมะเร็ง และควรมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: การให้ข้อมูล ญาติของผู้ป่วยมะเร็ง

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

* Registered nurse Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, phpr2511@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 5 มกราคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 24 เมษายน 2561 วันตอบรับบทความ 21 สิงหาคม 2561

Abstract

Providing information to relatives of cancer patients who need palliative care create good quality of life of patients and families. The purpose of this study was to develop of an information provision model and to explore the outcomes of information provision model for cancer patients' relatives of the Male Medical Ward, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital by applying the FOCUS-PDCA continuous quality improvement process (Batalden & Stoltz, 1993). The population included 20 registered nurses. The sample included 35 cancer patients' relatives. The instruments used in this study were: 1) interview guidelines of information provision for cancer patients' relatives, 2) an information provision manual, 3) an observation checklist for information provision practice for cancer patients' relatives, 4) nurse satisfaction questionnaire regarding the information provision model, and 5) cancer patient' relatives satisfaction questionnaire regarding receiving information. The instruments were confirmed by three independent experts. The content validity indexes of the nurse satisfaction questionnaire regarding the information provision model and of the cancer patient' relatives satisfaction questionnaire regarding receiving information were 1.00 and .95 respectively. The inter-rater agreement indexes by 2 sets of observers were .99 and .99 respectively. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were used for data analysis. The study results revealed that 1) information provision model included personnel responsible for information provision, location for information provision, equipment and media for information provision, time for information provision, information for cancer patients' relatives, and process of information provision; 2) Outcomes of the information provision model were: more than 80% of nurses were able to completely implement the information provision model, more than 80% of nurses were satisfied with the information provision model at high or highest levels, and more than 80% of cancer patients' relatives were satisfied with the information they received at high or highest levels. Results of this study revealed that the information provision model can be used to provide information for cancer patients' relatives effectively. Therefore, nursing administrators should continuously supervise the implementation of the information provision model.

Keywords: *Information Provision, Cancer Patients' Relatives*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่เด็กแรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2560 พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งโดยเฉลี่ยปีละประมาณ 60,000 คน ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะระยะที่ 3 หรือระยะก้าวหน้าที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น และมีอาการของโรครุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Van Cutsem et al., 2016) ซึ่งเป็นการดูแลที่มุ่งทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต

โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมโดยให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย (World Health Organization [WHO], 2012) โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถือเป็นกิจกรรมสำคัญกิจกรรมหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Lemongkol, 2015) และในการให้ข้อมูลนั้นญาติถือเป็นผู้มีความสำคัญในการรับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง เพราะจะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Rome, Luminais, Bourgeois, & Blais, 2011)

การให้ข้อมูลเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองได้ และช่วยลดความทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง (Lazarus & Folkman, 1984) การให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเดิมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและคงอยู่ถาวร (Nantachaiapan & Soivong, 2014) การให้ข้อมูลมีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) บุคลากรผู้ให้ข้อมูล 2) สถานที่ที่ใช้ในการให้ข้อมูล 3) อุปกรณ์และสื่อในการให้ข้อมูลแก่ครอบครัว 4) ระยะเวลาในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย 5) ลักษณะข้อมูล และ 6) ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาของการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่านมาพบว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูล บุคลากรสุขภาพขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูล และจากการสื่อสารระหว่างทีม หรือหน่วยงานไม่มีประสิทธิภาพ จากปัญหา

ดังกล่าวได้มีการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลโดยมีการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) มาใช้ในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอนได้แก่ค้นหาปัญหา สร้างทีมพัฒนาทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบัน ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง วางแผนในการปรับปรุง การนำไปปฏิบัติ ตรวจสอบผลลัพธ์ ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Batalden & Stoltz, 1993) โดยจากการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอพบว่าทำให้สามารถเตรียมความพร้อมในการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การบริการมีมาตรฐาน และผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ เมื่อมีการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวแล้วทำให้เกิดผลลัพธ์คือ พยาบาลปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นได้อย่างถูกต้องครบถ้วน พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูล (Sanathum, 2012)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ให้บริการผู้ป่วยชายอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนเตียงให้บริการ 40 เตียง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในปีที่ 2558-2560 พบว่าผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะแพร่กระจายและลุกลาม และต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 468 ราย 415 รายและ 578 รายตามลำดับ (Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 2016) ในการดำเนินการให้ข้อมูลที่ผ่านมามีการมอบหมายให้พยาบาลที่ทำหน้าที่รับใหม่และจำหน่ายเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ การเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการดูแลรักษา ตามอาการที่ผู้ป่วยปรากฏและพยาบาลผู้ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Ward Nurse [PCWN]) เป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนมากขึ้น พยาบาลในหอผู้ป่วยจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองแทน PCWN และในการปฏิบัติดังกล่าวพบว่ามีการร้องเรียนจากญาติเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ซึ่งจากการทำการวิเคราะห์หาสาเหตุในเหตุการณ์ดังกล่าว พบว่าเกิดจากการที่พยาบาลให้ข้อมูลแก่ญาติไม่ครบถ้วน และจากการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 5 ราย เกี่ยวกับความต้องการข้อมูลพบว่าญาติผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล และจากการสังเกตการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าพยาบาลมีการให้ข้อมูลบริเวณข้างเตียงผู้ป่วยหรือหน้าเคาน์เตอร์พยาบาล ให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วยที่มาขอรับทราบข้อมูลเป็นราย ๆ เป็นครั้ง ๆ ไป ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยมะเร็งเหมือนกันกับญาติผู้ป่วยโรคอื่น ๆ จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นปัญหาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลและกระบวนการให้ข้อมูลไม่ชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลขาดความพร้อมในการให้ข้อมูลและให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามที่ญาติและผู้ป่วยต้องการ ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติงานจึงดำเนินการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โดยใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA (Batalden & Stoltz, 1993) เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็งหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ใช้แนวคิดการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA (Batalden & Stoltz, 1993) ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ ค้นหาปัญหา สร้างทีมพัฒนา ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบัน ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง วางแผนในการปรับปรุง การนำไปปฏิบัติ ตรวจสอบผลลัพธ์ ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลได้แก่ การปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลของพยาบาล ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลของญาติ จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2560 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ทำการศึกษาในประชากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการคุณภาพ ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน PCWN จำนวน 1 คน รวมจำนวน 2 คน โดยทำหน้าที่เป็นแกนนำในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล โดยผู้ศึกษา 1 คน ทำหน้าที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวก และ 2) ทีมผู้ปฏิบัติการให้ข้อมูล

ญาติของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ที่หน้าที่หัวหน้าเวรจำนวน 18 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับ ประคองจำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจง จากจำนวน ผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาดูแลเท่ากับ 35 คนต่อเดือน (Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 2016)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการให้ข้อมูลแก่ญาติ ผู้ป่วยมะเร็ง ปัญหาในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยมะเร็ง และแนวทาง/วิธีการแก้ไขปัญหาในการให้ข้อมูลแก่ญาติ ผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ 3) คู่มือการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง 4) แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนา ขึ้นของพยาบาลเวรเช้าจำนวน 35 ข้อ ของพยาบาล เวรบ่าย-ดึกจำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ตรวจสอบรายการให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วน ปฏิบัติแต่ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ไม่ปฏิบัติ และไม่สามารถประเมินได้ 5) แบบสอบถาม ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการให้ข้อมูล มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ และ 6) แบบสอบถามความ พึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการได้รับข้อมูลมีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด (1) พึงพอใจน้อย (2) พึงพอใจปานกลาง (3) พึงพอใจมาก (4) พึงพอใจมากที่สุด (5) โดยเครื่องมือ ทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของคำถาม และ ความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ต่อรูปแบบการให้ข้อมูล และแบบสอบถามความพึงพอใจ ญาติของผู้ป่วยต่อการได้รับข้อมูลมีค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหาเท่ากับ 1.00 และ .95 ตามลำดับ ในส่วนแบบ สังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติ และผู้ป่วยมะเร็งมีค่าความสอดคล้องของการสังเกตโดย ผู้สังเกต 2 คู่ เท่ากับ .99 และ .99 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการศึกษาได้รับการรับรองจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยของ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และผู้ศึกษา ได้ทำหนังสือชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งพยาบาลและ ญาติผู้ป่วยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการ ดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้ง ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษาในการ ตอบรับ ปฏิเสธหรือขอยุติการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ได้ ทุกเมื่อโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อ การประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล หรือการรับ บริการการรักษาของผู้ป่วยและญาติแต่อย่างใด ข้อมูล ทุกอย่างถือเป็นความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ ของการศึกษาเท่านั้น ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพ รวมและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะถูกทำลายทิ้ง ทั้งหมดภายหลังกิ้นสุดการศึกษา หลังจากนั้นให้ผู้เข้า ร่วมศึกษาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาทำรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน FOCUS- PDCA ดังนี้ 1) ค้นหาปัญหาเป็นการศึกษาปัญหาให้ ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ป่วยมะเร็งจากเอกสารและ รายงานที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์พยาบาลและญาติของ ผู้ป่วย และการสังเกตการให้ข้อมูลของพยาบาล 2) สร้าง ทีมพัฒนา โดยเชิญพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ใน การทำงานด้านคุณภาพและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง จำนวน 2 คน มาร่วมเป็นทีมพัฒนา ทำการแบ่ง หน้าที่และมอบหมายงาน 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ ปัจจุบัน โดยการประชุมระดมสมองเกี่ยวกับกระบวนการ ให้ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 จัดทำออกมาในรูปของ ผังการไหลของงาน (flow chart) 4) ทำความเข้าใจ สาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ โดยการ ประชุมระดมสมองช่วยกันค้นหาปัญหาและสาเหตุของ การให้ข้อมูลและสรุปในรูปแผนผังก้างปลา (fish bone

diagram) 5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง โดยการประชุมชี้แจงปัญหาและสาเหตุของการให้ข้อมูล จากนั้นระดมสมองเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขตามสาเหตุของปัญหาการให้ข้อมูลและเลือกแนวทางที่เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในหน่วยงานโดยการลงคะแนนพหุ (multi-voting) 6) วางแผนในการปรับปรุง โดยการจัดทำรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 7) นำไปปฏิบัติ โดยประชุม ทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการใช้คู่มือการให้ข้อมูล และฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์สมมติในการให้ข้อมูล ทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลเป็นเวลา 1 เดือน และปฏิบัติจริงเป็นเวลา 3 เดือน 8) ตรวจสอบผลลัพธ์ โดยการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล ประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของพยาบาลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น 9) ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาผลลัพธ์ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานและกำหนดให้เป็นแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ป่วยมะเร็ง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และญาติผู้ป่วยมะเร็ง ข้อมูลการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ป่วยมะเร็ง ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการให้ข้อมูล และข้อมูลความพึงพอใจของญาติหรือผู้ป่วยมะเร็งต่อการได้รับข้อมูล ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นำมาสรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่จำนวน 18 คน มีอายุเฉลี่ย 26.67 ปี (SD=6.42)

เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.89 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 2-5 ปี ร้อยละ 83.33 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ป่วย ร้อยละ 16.70 และเคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหรือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 16.70 ส่วนญาติผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 35 คน มีอายุเฉลี่ย 40.23 ปี (SD=8.55) เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.43 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 82.86 และมีความสัมพันธ์เป็นภรรยาผู้ป่วยร้อยละ 77.14 เป็นญาติของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตและถึงแก่กรรมร้อยละ 25.71 เป็นญาติของผู้ป่วยที่ย้ายไปหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 17.14 และเป็นญาติของผู้ป่วยที่ต้องการกลับบ้านร้อยละ 57.15

2. รูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยมะเร็งหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มี 6 องค์ประกอบดังนี้ 1) บุคลากรผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งเป็นผู้ที่ทราบข้อมูล อาการ การเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาเกี่ยวกับผู้ป่วย 2) สถานที่ที่ใช้ในการให้ข้อมูล เวรเช้าคือ ห้องการเรียนการสอน ส่วนเวรบ่าย-เวรดึกคือบริเวณข้างเตียงผู้ป่วย 3) อุปกรณ์และสื่อในการให้ข้อมูล ได้แก่ แผ่นพับเรื่องการรับบริการ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4) ระยะเวลาในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยมะเร็ง คือช่วงเวลาที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เวรเช้า คือช่วงเวลา 12.00-13.00 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูล 15-20 นาที เวรบ่าย เวลา 18.00-20.00 น. และเวรดึกเวลา 07.00-08.00 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูล 5-10 นาที 5) ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ข้อมูลกรณีผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ข้อมูลกรณีจำหน่ายย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก ข้อมูลกรณีจำหน่ายผู้ป่วยถึงแก่กรรม และข้อมูลกรณีจำหน่ายผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน 6) ขั้นตอนในการให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 ขั้น ได้แก่ ขั้นเตรียมการเป็นขั้นที่ผู้ให้ข้อมูลทำการศึกษา/ทบทวนประวัติของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก PCWN บันทึกข้อมูล

ลงในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประเมินความพร้อมในการรับข้อมูลของญาติผู้ป่วย นัดหมายเวลาให้ข้อมูล และเตรียมสถานที่ให้ข้อมูล ขึ้นให้ข้อมูล เป็นขั้นที่ผู้ให้ข้อมูลสร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วย และดำเนินการให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับญาติและผู้ป่วย และขั้นสรุปและประเมินผล เป็นขั้นที่ผู้ให้ข้อมูลสรุปสาระสำคัญจากการให้ข้อมูล ประเมินความเข้าใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งหลังให้ข้อมูล และลงบันทึกในแบบบันทึกการให้ข้อมูล

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยมะเร็ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า 1) พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยมะเร็งอย่างถูกต้องครบถ้วนได้มากกว่าร้อยละ 80 2) ญาติผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลตามรูปแบบการให้ข้อมูลในระดับมากถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 แต่ยังคงมีความพึงพอใจระดับปานกลางในเรื่องการได้รับการกล่าวทักทายและแนะนำตัวจากพยาบาลร้อยละ 14.29 การได้รับข้อมูลความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องย้ายไปยังหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 4.54 และการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างครบถ้วนในกรณีผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตหรือถึงแก่กรรมร้อยละ 4.17 3) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 โดยยังมีความพึงพอใจในระดับปานกลางในเรื่องรูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นทำให้สามารถให้ข้อมูลได้ในสถานที่และเวลาที่เหมาะสมร้อยละ 16.67 และรูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ใช้ง่าย สะดวก ร้อยละ 16.67

การอภิปรายผล

1. รูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ อภิปรายได้ดังนี้
1) บุคลากรผู้ให้ข้อมูล รูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมีการมอบหมายงานพยาบาลหัวหน้าเวรเป็น

ผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้อาจเนื่องจากหัวหน้าเวรเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลการปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ จึงทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกคน รวมถึงทำหน้าที่ประสานงานกับแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบแผนการรักษาของผู้ป่วยทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับที่ Nantachaipan & Soivong (2014) กล่าวว่า พยาบาลคือบุคคลที่เหมาะสมเป็นผู้ให้ข้อมูลเนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และติดต่อกับบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเหมาะสมที่สุดในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาล

2) สถานที่ที่ใช้ในการให้ข้อมูล การศึกษานี้มีการกำหนดสถานที่ให้ข้อมูลในเวรเช้าคือห้องเรียนการสอนซึ่งเป็นห้องที่อยู่ด้านหลังหอผู้ป่วย และแยกจากบริเวณที่ให้การพยาบาล เป็นห้องที่มีโต๊ะประชุม มีเครื่องปรับอากาศ จึงมีความเป็นสัดส่วนเหมาะแก่การให้ข้อมูลเนื่องจากไม่ถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ดังที่ Leske & Coon (2002) กล่าวว่า สถานที่ให้ข้อมูลควรเป็นที่มีความเป็นสัดส่วน มีอากาศถ่ายเทสะดวกสบาย มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ไม่พลุกพล่าน ไม่มีเสียงอึกทึกกรบกวน เพื่อให้สามารถรับฟังข้อมูลอย่างสงบด้วยความผ่อนคลาย ซึ่งบรรยากาศที่ผ่อนคลายและสงบจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับที่ House (1986) กล่าวว่า ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น สถานที่สงบเงียบ ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อม หรือเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ส่วนเวรบ่าย-เวรดึก กำหนดให้มีการให้ข้อมูลบริเวณข้างเตียงผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนบุคลากรเวรบ่ายมีจำนวนน้อยกว่าเวรเช้า โดยมีสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:8 ซึ่งทำให้ไม่สะดวกในการแยกไปให้ข้อมูลในห้องเรียนการสอนได้ นอกจากนี้การให้ข้อมูลข้างเตียงเป็นสถานที่ที่ญาติมาเยี่ยมแล้วมองเห็นสภาพความเป็นจริงที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย ซึ่งการให้ข้อมูลที่ผู้รับข้อมูลได้เผชิญกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นทำให้ข้อมูลที่ให้จะกลายเป็นรากฐาน เกิดความเข้าใจใน

การให้ข้อมูล (Azoulay et al., 2002)

3) อุปกรณ์และสื่อในการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการจัดทำสื่อในการให้ข้อมูล ได้แก่ แผ่นพับเรื่องการรับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งช่วยเพิ่มความเข้าใจในเรื่องข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยและสามารถนำกลับมาอ่านทบทวนที่บ้านได้ตลอดเวลา ทั้งนี้เนื่องจากการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนัก ควรมีสื่อที่ช่วยกระตุ้นความสนใจ เช่น แผ่นพับ ภาพพลิก หรือคู่มือเมื่อเสร็จสิ้นการให้ข้อมูลแล้วควรให้เอกสารเพื่อนำกลับมาอ่านทบทวนที่บ้านได้ตลอดเวลาด้วย (Henneman & Cardin, 2002)

4) ระยะเวลาในการให้ข้อมูล การศึกษานี้มีการกำหนดให้มีการให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย หรือในเวลาญาติผู้ป่วยพร้อมรับข้อมูล คือเวลา 12.00-13.00 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูล 15-20 นาที เวรพยาบาลให้ข้อมูลในช่วงเวลา 18.00-20.00 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูล 5-10 นาที เวรตึกให้ข้อมูลในช่วงเวลา 07.00-08.00 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูล 5-10 นาที การกำหนดให้มีการให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่ญาติเยี่ยมเป็นช่วงเวลาสะดวกสำหรับญาติผู้ป่วย รวมถึงพยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย เนื่องจากช่วงเวลานั้นพยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วย รวมถึงการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์และ/หรือช่วยแพทย์ทำหัตถการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ส่วนการกำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูลในเวรเช้านั้นกว่าเวรพยาบาลหรือตึกเนื่องจากในเวรเช้ามีย่านข้อมูลที่ต้องให้มากกว่า ได้แก่ ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ข้อมูลกรณีผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ข้อมูลกรณีจำหน่ายย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก ข้อมูลกรณีจำหน่ายผู้ป่วยถึงแก่กรรม และข้อมูลกรณีจำหน่ายผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน แต่ในเวรพยาบาลหรือตึกจะมุ่งเน้นข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ข้อมูลกรณีผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้

เสียชีวิต ข้อมูลกรณีจำหน่ายย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก ข้อมูลกรณีจำหน่ายผู้ป่วยถึงแก่กรรม และข้อมูลกรณีจำหน่ายผู้ป่วยต้องการกลับบ้านจะให้เป็นกรณีที่ทำเป็นเท่านั้น จึงใช้เวลาน้อยกว่า สอดคล้องกับ Becker & Maimam (1980) กล่าวว่า ระยะเวลาในการให้ข้อมูลแต่ละครั้งนั้นขึ้นอยู่กับหัวข้อ เรื่องที่พูดคุยกัน ความต้องการด้านข้อมูลของผู้ป่วย และญาติ ความพร้อมในการรับรู้ ซึ่งบางเรื่องอาจจะต้องใช้เวลานาน

5) ลักษณะข้อมูล การศึกษานี้ข้อมูลที่ได้รับประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ข้อมูลกรณีผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ข้อมูลกรณีจำหน่ายย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก ข้อมูลกรณีจำหน่ายผู้ป่วยถึงแก่กรรม ข้อมูลกรณีจำหน่ายผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวมีความจำเป็นสอดคล้องกับความต้องการของญาติ เช่น ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับโรค อาการ อาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนของโรค ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลและทางเลือก ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความจำเป็นเนื่องจากทำให้ญาติเข้าใจแผนการรักษา ช่วยลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษา ดังที่ Boonnun & Chayaput (2009) กล่าวว่า ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ต้องการทราบข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงการรักษา ผลกระทบของโรคกับการดำเนินชีวิตของตนเอง ต้องการความคิดเห็นเพื่อยืนยัน รวมถึงการบำบัดเสริมและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งทำให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจ คลายความกังวล ได้ข้อมูลตามต้องการ และใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

6) ขั้นตอนในการให้ข้อมูล การศึกษานี้มีการกำหนดการให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ โดยมีการกำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลศึกษาข้อมูล/ทบทวนประวัติของผู้ป่วย ซึ่งในขั้นนี้มีความจำเป็นเนื่องจากทำให้พยาบาลได้เตรียมข้อมูลก่อนการให้ข้อมูลผู้ป่วยและสามารถให้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่

Nilmanat (2012) กล่าวว่า การรวบรวมข้อมูลจากบันทึกของโรงพยาบาล บันทึกทางการแพทย์ เป็นการทำให้พยาบาลได้ทำความรู้จักผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำ มีความมั่นใจในการให้ข้อมูล 2) ชั้นให้ข้อมูล โดยมีการกำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มการให้ข้อมูล โดยการสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ญาติผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจให้ข้อมูลก่อนที่จะให้ข้อมูลตามที่ญาติต้องการ ดังที่ Boonnun & Chayaput (2009) กล่าวว่าก่อนให้ข้อมูล พยาบาลควรสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเริ่มจากการพูดคุยทักทายด้วยท่าที่เป็นมิตรก่อนการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติต้องการทราบ หรือกังวลใจ 3) ชั้นสรุปและประเมินผล มีการกำหนดให้ผู้ให้ข้อมูล สรุปสาระสำคัญจากการให้ข้อมูล ประเมินความเข้าใจของญาติผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งการสรุปจะช่วยให้พยาบาลรับทราบว่าญาติและผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกันหรือไม่ ดังที่ Clayton, Hancock, Butow, Tattersall, & Currow (2007) กล่าวว่าชั้นสรุปควรมีการสรุปข้อมูลทั้งหมดที่ให้แก่ญาติผู้ป่วยเพื่อให้เกิดเข้าใจภาพรวมทั้งหมด และเน้นย้ำสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยญาติต้องปฏิบัติหรือตัดสินใจ นอกจากนี้หลังเสร็จสิ้นสุด การให้ข้อมูลมีการกำหนดให้ ลงบันทึกในแบบบันทึกการให้ข้อมูล เพราะจะทำให้ทีมสุขภาพทราบว่าข้อมูลส่วนใดที่ญาติได้รับหรือยังไม่ได้รับ และจะสามารถจะให้ข้อมูลในเวอร์ต่อไปได้

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยมะเร็ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ในการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลลัพธ์ในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยใน 3 ด้าน อภิปรายได้ดังนี้

2.1 การปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล พยาบาลมีการปฏิบัติการให้ข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 ทั้งเวอร์เช้า และเวอร์บ่าย/ดึก อาจเนื่องจากการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA (Batalden & Stoltz, 1993) ทำให้พยาบาล ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุในการแก้ไข และแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งช่วยให้พยาบาลได้พัฒนาวิธีการ

ทำงานและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ทำให้พยาบาลมีรูปแบบในการให้ข้อมูลที่ชัดเจน จึงสามารถปฏิบัติการให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้การพัฒนา รูปแบบการให้ข้อมูลได้มีการนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ เช่น แผนภูมิการไหลของงานมาใช้ในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์การให้ข้อมูลที่เป็นอยู่ปัจจุบัน แผนผังก้างปลา (fish bone diagram) เป็นแผนภาพที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังศึกษา กระตุ้นให้เกิดการค้นหาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหา และรวบรวมความคิดที่หลากหลายเข้าด้วยกัน การใช้เครื่องมือคุณภาพดังกล่าว นำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการให้ข้อมูลที่เหมาะสม จนได้แนวทางการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และสามารถทำให้ปฏิบัติตามแนวทางที่สร้างขึ้นได้อย่างถูกต้อง

2.2 ความพึงพอใจของญาติต่อการได้รับข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลตามรูปแบบการให้ข้อมูลในระดับมากถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 การที่ญาติเกิดความพึงพอใจ อาจเนื่องจากญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลตามความต้องการของตนเอง เพราะในขั้นตอนการให้ข้อมูล พยาบาลจะเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้ซักถาม ในเรื่องของอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน และรับทราบในแนวทางในการรักษาของแพทย์ และได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการรักษาและดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลมีการประเมินความพร้อม การรับรู้ ความเข้าใจ และความต้องการข้อมูลก่อนที่จะให้ข้อมูล ทำให้พยาบาลรับทราบความต้องการข้อมูลของญาติและผู้ป่วย และมีการวางแผนเพื่อเตรียมข้อมูลที่จะให้ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งพยาบาลมีการสื่อสารกับแพทย์ถึงแผนการรักษา เป้าหมายการรักษา ทำให้พยาบาลรับทราบและเข้าใจแผนการรักษาและเป้าหมายการรักษาของแพทย์ชัดเจนมากขึ้น และสามารถสื่อสารข้อมูลให้แก่ญาติผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตรงกันกับแพทย์ ดังที่ญาติผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า ตนได้รับข้อมูลตรงกับความต้องการในระดับมากที่สุด ร้อยละ 65.71 ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างครบถ้วน

ในกรณีที่ต้องนำผู้ป่วยกลับบ้านในระดับมากที่สุดร้อยละ 57.14 และข้อมูลที่ได้รับนั้นมีความชัดเจน ถูกต้อง และเกิดความเข้าใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 57.14 นอกจากนี้ อาจเนื่องจากการที่ญาติผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับเกียรติและความเคารพจากพยาบาล โดยในการให้ข้อมูลพยาบาล จะสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกหรืออารมณ์ของญาติ และผู้ป่วย มีการพูดคุยด้วยวาจาสุภาพ แสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่ทำให้ญาติและผู้ป่วยหมดหวัง หรือคำพูดที่ตรงเกินไป ซึ่งการแสดง ความเคารพให้เกียรติเป็นสิ่งจำเป็นในการให้ข้อมูล ดังที่ Twilbet (1998) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่ช่วยในการเผชิญ และแก้ไขปัญหาครอบครัวในภาวะวิกฤติและตอบสนอง ความต้องการนั้นต้องใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล หลีกเลี่ยงคำพูด ในด้านลบและควรมีการรับฟังการระบายความรู้สึก ดังจะเห็นได้จากญาติผู้ป่วยเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลให้เกียรติ พูดคุยด้วยวาจาสุภาพ แสดงความห่วงใย และความ เห็นอกเห็นใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 57.14 อย่างไรก็ตามญาติผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจระดับปานกลางใน เรื่องการได้รับการกล่าวทักทายและแนะนำตัวจาก พยาบาล ร้อยละ 14.29 อาจเนื่องจากพยาบาลบางคน อาจใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคยกับญาติของผู้ป่วย สั้นเกินไป เนื่องจากมีภาระงานมาก ซึ่งกรณีนี้พยาบาล ควรสร้างความตระหนักในการแนะนำตัวแก่ผู้ป่วย ให้มากขึ้น เนื่องจากยังเป็นความต้องการของญาติ ผู้ป่วยที่ต้องการทราบว่าใครคือผู้ให้ข้อมูล

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบ การให้ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลอยู่ในระดับมาก ถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 อาจเนื่องจาก พยาบาล ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการระดมสมอง ค้นหา แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จนได้รูปแบบการ ให้ข้อมูลที่ทำให้ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการ ตัดสินใจและการวางแผนการรักษา ดังที่ Supachutikul (2000) ได้กล่าวว่า การระดมสมองเป็นกระบวนการที่มี แบบแผน ใช้รวบรวมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจำนวนมากได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป็นวิธีการที่ช่วยกระตุ้นความ

คิดสร้างสรรค์ และก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่ม มากที่สุด การที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมดังกล่าวอาจส่งผล ต่อรู้สึกพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นได้ นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลครั้งนี้ มีการ จัดทำคู่มือการให้ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับ บุคคลที่รับผิดชอบให้ข้อมูล สถานที่ในการให้ข้อมูล สื่อและอุปกรณ์ในการให้ข้อมูล เวลาในการให้ข้อมูล ลักษณะข้อมูลที่ให้ และขั้นตอนในการให้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูล ที่ต้องให้ การมีรายละเอียดของข้อมูลทำให้พยาบาล มีความมั่นใจในการให้ข้อมูลมากขึ้น สามารถให้ข้อมูลที่ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความวิตกกังวลในการให้ ข้อมูลของพยาบาล ส่งผลต่อความพึงพอใจของพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารควรมีการนิเทศติดตามการให้ข้อมูล สำหรับญาติผู้ป่วยมะเร็ง ตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง และควรนำรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติ ผู้ป่วยมะเร็งที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการจัดการอบรม ให้ความรู้แก่พยาบาลใหม่ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. นำแนวทางการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการรักษ าพยาบาลในหอผู้ป่วยอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Jourdain, M., Bornstain, C., Wernet, A., ... Zahar, J. R. (2002). Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: A multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165(4), 438-442.
- Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19(10), 424-447.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 6(2), 113-135.
- Boonnun, J., & Chayaput, P. (2009). Nurse's role in unfavorable information "Breaking bad news" communication to cancer patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(3), 7-19. (In Thai)
- Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. (2016). *The statistical data of male medical ward Buddhachinaraj Phitsanulok Unit*. Phitsanulok: Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital.
- Clayton, J. M., Hancock, K. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H., & Currow, D. C. (2007). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *The Medical Journal of Australia*, 186(12), 77-105.
- The Healthcare Accreditation Institute. (2003). *Patient safety: Concept and practice*. Bangkok: Design. (In Thai)
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12-19.
- House, J. S. (1986). Social support and the quality and quantity of life. *Research on the Quality of Life*, 253-269.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Spring.
- Lemongkol, S. (2015). Nurse's role in palliative care. In Intarasombat, P. & Gasemgitvatana, S. (Eds.), *Skills development guide for nurses in end of life care* (pp. 67-83). Bangkok: Thailand Nursing and Midwifery Council and The Nurses' Association of Thailand. (In Thai)
- Leske, K., & Coon, C. (2002). The Development of feedstuff retainable phosphorus values for broilers. *Poultry science*, 81(11), 1681-1693.
- Nantachaipan, P., & Soivong, P. (2014). *Clinical nursing practice guidelines: Palliative care in adult patients*. Bangkok: Judthong. (In Thai)
- Nilmanat, K. (2012). *The end of life care*. Songkhla: Chanmuang Press. (In Thai)
- Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). The role of palliative care at the end of life. *The Ochsner Journal*, 11(4), 348-352.

- Sanathum., Y. (2012). *Quality improvement of information provision process for pre-operation patients, Phrae Hospital* (Independent Study), Chiang Mai University. (In Thai)
- Supachutikul, A. (2000). *Quality development tools*. Bangkok: Design. (In Thai)
- Twibell, R. S. (1998). Family coping during critical illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 17(2), 100-112.
- Van Cutsem, E., Cervantes, A., Adam, R., Sobrero, A., Van Krieken, J. H., Aderka, D., ... Ciardiello, F. (2016). ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. *Annals of Oncology*, 27(8), 1386-1422.
- World Health Organization. (2012). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>



ทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ Psychological Capital and Work Engagement of Nurses, Regional Hospitals

มินตรา	อุทัยรังษี *	Mintra	Uthairangsee *
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **

บทคัดย่อ

ทุนทางจิตวิทยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในงานของพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทุนทางจิตวิทยา ความผูกพันในงาน และความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์จำนวน 438 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดทุนทางจิตวิทยาของ Luthans, Youssef, & Avolio (2007) ที่แปลย้อนกลับและปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบททางการแพทย์โดยผู้วิจัย และ 3) แบบวัดความผูกพันในงานซึ่ง Supaporn Muanlamai (2012) ดัดแปลงมาจากแบบวัดความผูกพันในงานยูเรคของ Schaufeli & Bakker (2003) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทุนทางจิตวิทยาและแบบวัดความผูกพันในงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่าทุนทางจิตวิทยาของพยาบาลโดยรวม ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและด้านความหวังอยู่ในระดับสูง สำหรับด้านการยึดหยุ่นและด้านการมองโลกในแง่ดี อยู่ในระดับปานกลาง ความผูกพันในงานโดยรวมด้านความรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังในการทำงานและด้านความทุ่มเทในการทำงานอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ด้านความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน อยู่ในระดับปานกลาง และทุนทางจิตวิทยาโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในงาน

ผู้บริหารการพยาบาลสามารถใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาและส่งเสริมให้พยาบาลมีทุนทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มพูนความผูกพันในงานของพยาบาล

คำสำคัญ: ทุนทางจิตวิทยา ความผูกพันในงาน พยาบาล โรงพยาบาลศูนย์

Abstract

Psychological capital is a factor enhancing the work engagement of nurses. The purpose of this descriptive correlational research was to identify psychological capital and work engagement as

* พยาบาลวิชาชีพ

* Register Nurse, mintra.ppor@gmail.com.

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 22 มกราคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 3 กันยายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 8 มกราคม 2562

well as the relationship between psychological capital and work engagement of nurses working in regional hospitals. The participants were 438 nurses working in Uttaradit Hospital, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, and Chiang Rai Prachanukroh Hospital. The research instrument used in this study was a questionnaire which consisted of 3 parts; 1) personal data questionnaire, 2) Psychology Capital Questionnaire developed by Luthans et al. (2007) that had been back-translated and adapted to fit a nursing context by the researcher, and 3) The Work Engagement Scale by Supaporn Muanlamai (2012) modified from The Utrecht Work Engagement Scale by Schaufeli and Bakker (2003). The Cronbach's Alpha Coefficient of the Psychological Capital Questionnaire and the Work Engagement Scales were 0.84 and 0.85 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results showed that overall psychological capital of nursing in regional hospitals, as well as dimensions of self-efficacy and hope, were at a high level while dimensions of resilience and optimism were at moderate level. The overall work engagement, as well as dimensions of vigor and dedication, were at relatively high level while the dimension of absorption was at moderate level. Psychological capital and its' dimensions had positive relationships with work engagement.

Nursing Administrators can use the results of this research as basic information for developing and enhancing nurses to increase psychological capital that will result in increasing work engagement.

Keywords: *Psychological Capital Work Engagement of Nurses, Regional Hospitals*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุคลากรพยาบาลถือเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณค่าเพิ่มให้กับงานบริการแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่และใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด ตลอด 24 ชั่วโมง มีหน้าที่รับผิดชอบครอบคลุมทั้งการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการงานในหอผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนางานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (Santawaja, 2007) แต่ในสภาพการทำงานปัจจุบันพยาบาลต้องเผชิญกับความกดดันในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ เช่น การพยายามลดต้นทุนการบริการสุขภาพ แต่เพิ่มคุณภาพในผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ซึ่งความพยายามในการลดข้อบกพร่องต่างๆ และเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีจากการพยาบาลส่งผลให้พยาบาลต้องมีการงานเพิ่มมากขึ้น (Keyko, Cummings, Yonge, & Wong, 2016) จากสภาวะการณ์ขาดแคลนพยาบาลในโรงพยาบาล

และการระงาดังกล่าวข้างต้นทำให้พยาบาลที่เหลือน้อยอยู่ในโรงพยาบาลต้องทำงานหนักขึ้น (Kimbell & O'Neil, 2002) ส่งผลให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานและทำให้ความผูกพันในงานของพยาบาลลดลง (Tomic & Tomic, 2011) ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายของผู้บริหารการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่มีความรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังในการทำงาน มีพลังและทุ่มเทความพยายามในการทำงานแม้จะต้องเผชิญกับผู้ป่วยจำนวนมากและมีโรคที่ซับซ้อน บรรยากาศในการทำงานที่มีความตึงเครียด กดดัน เผชิญกับความเร่งรีบเกือบตลอดเวลา ตลอดจนรับรู้ว่ามีวิชาชีพพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติอยู่เป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญ มีความท้าทายนำมาซึ่งการสร้างความกระตือรือร้น แรงบันดาลใจ ความภาคภูมิใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาลในขณะที่ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ และมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน ซึ่งความรู้สึกและ

พฤติกรรมดังกล่าวแสดงถึงความผูกพันในงานของพยาบาลตามแนวคิดของ Schaufeli & Bakker (2003)

(Schaufeli & Bakker, 2003) ได้ให้ความหมายของความผูกพันในงานว่า หมายถึงความรู้สึกทางด้านบวกที่สัมพันธ์กับงานที่มีลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังในการทำงาน (Vigor) หมายถึง การมีพลังและทุ่มเทความพยายามในการทำงานแม้จะเผชิญกับความยากลำบาก 2) ความทุ่มเทในการทำงาน (Dedication) หมายถึง การมีความเกี่ยวข้องกับงานของตนเองสูง มีความกระตือรือร้น กระฉับกระเฉง มีแรงบันดาลใจ ภาคภูมิใจในงานและรู้สึกว่าการทำทนาย และ 3) ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน (Absorption) หมายถึง การมุ่งความสนใจไปที่งานอย่างเต็มที่และยากที่จะถอนตัวออกมาจากงานได้จนรู้สึกว่าการเวลาผ่านไปอย่างรวดเร็วในขณะที่ทำงาน จะเห็นได้ว่าความผูกพันในงานเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นในฐานะผู้บริหารการพยาบาลจึงจำเป็นที่จะต้องหาวิธีการที่จะส่งเสริมให้พยาบาลมีความผูกพันในงานของพยาบาลและการทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันในงานของพยาบาลก็เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้บริหารการพยาบาลมีข้อมูลเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความผูกพันงานได้

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันในงานนั้น จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายและมีอิทธิพลต่อความผูกพันในงานของพยาบาลพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการผูกพันในงานของพยาบาลนั้นมีหลายอย่างแบ่งเป็นปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การ (Organizational Climate) ทรัพยากรในงาน (Job Resource) (Duong, Van, Akkadechanunt, & Chitpakdee, 2019) ทรัพยากรในวิชาชีพ (Professional Resource) ทรัพยากรในตนเอง (Personal Resource) ความต้องการของงาน (Job Demand) และคุณลักษณะส่วนบุคคล (Demographic Factors) (Keyko et al., 2016) โดยเฉพาะทุนทางจิตวิทยา

(Psychological Capital) เป็นหนึ่งในตัวแปรที่สำคัญของทรัพยากรภายในตนเองที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันในงานของพยาบาล (Laschinger, Grau, Finegan, & Wilk, 2012) เนื่องจากทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน

ทุนทางจิตวิทยาตามแนวคิดของ (Luthans et al., 2007) เป็นสภาวะของจิตใจในด้านบวกที่สามารถพัฒนาได้ในบุคคลแต่ละคน ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการ คือ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) คือภาวะ (State) ของบุคคลที่มีความมั่นใจในความสามารถ ความรู้และทักษะที่ตนเองมีอยู่ในการจัดการกับงานที่ท้าทายให้ประสบความสำเร็จ 2) ความหวัง (Hope) คือความคิดความปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จโดยปราศจากความรู้สึกสิ้นหวัง 3) ความยืดหยุ่น (Resilience) คือคุณลักษณะหรือความสามารถของบุคคลที่จะรับมือหรือแสดงออกเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ ปัญหาหรือสภาวะกดดัน และ 4) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) คือคุณลักษณะทางบวกของบุคคลที่มีความคิดทางบวกหรือมุมมองทางบวกในการอธิบายสถานการณ์และยอมรับความผิดพลาดในการทำงาน ว่าไม่ได้มีสาเหตุจากสภาพแวดล้อมหรือตัวบุคคลอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ในการทำงานทุนทางจิตวิทยาสามารถส่งผลต่อผลการปฏิบัติงาน โดยผู้ที่มีทุนทางจิตวิทยาสูงจะมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติงานต่างๆ ให้สำเร็จได้ ถึงแม้ว่าการปฏิบัติงานจะต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็สามารถรับมือกับเหตุการณ์ ปัญหาหรือสภาวะกดดันได้ ซึ่งลักษณะเหล่านี้เป็นลักษณะที่องค์กรพึงปรารถนาให้มีอยู่ภายในตัวของบุคลากร นอกจากนี้ยังพบว่าทุนทางจิตวิทยาเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคลากรไม่มีความตั้งใจที่จะลาออกจากงานและมีความผูกพันในงานด้วย (Luthans, Avey, & Jensen, 2008)

ดังนั้นการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยากับความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ จะสามารถเสริมสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ

ปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งจะสามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความผูกพันในงานของพยาบาลได้อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยากับความผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการหาแนวทางเพื่อส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงานของพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับทุนทางจิตวิทยาของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์
2. เพื่อศึกษาระดับความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์

คำถามการวิจัย

1. ทุนทางจิตวิทยาของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ อยู่ในระดับใด
2. ความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ อยู่ในระดับใด
3. ทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นพยาบาลที่ทำงานโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ 3 แห่ง คือภาคเหนือตอนบนคือโรงพยาบาลอุตรดิตถ์และโรงพยาบาลเชียงราย

ประชาชนเคราะห์ ส่วนภาคเหนือตอนล่างคือ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 365 คน ซึ่งกำลังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปีและปฏิบัติงานในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรงทั้งหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก และห้องฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สถานภาพการจ้าง กลุ่มงานการพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและข้อคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดทุนทางจิตวิทยา ซึ่งผู้วิจัยแปลจากแบบสอบถาม Psychological capital Questionnaire: PCQ ของ Luthans et al. (2007) ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับและปรับคำถามในบางข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของพยาบาล มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางบวก 21 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ข้อคำถามทางบวก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อคำถามทางลบ 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความผูกพันในงานยูเทรค (The Utrecht Work Engagement Scale: UWES) ของ Schaufeli & Bakker (2003) ที่แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย Supaporn Muanlamai (2012) ซึ่งเป็นแบบวัดความผูกพันในงานโดยรวม มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 17 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดทุนทางจิตวิทยาและแบบวัดความผูกพันในงาน ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 คน จากโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์

โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบวัดทุนทางจิตวิทยาโดยรวม มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านคือ ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความหวังด้านความยืดหยุ่นและด้านการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ .80 .84 .89 และ .85 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความผูกพันในงานซึ่ง สุภาพร เหมือนละม้าย ได้แปลและปรับปรุงจากแบบวัดความผูกพันในงานของ ยูเทรค (The Utrecht Work Engagement Scale: UWES) ของ Schaufeli & Bakker (2003) ซึ่งผู้วิจัยได้หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยรวมได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .85 และค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังในการทำงานด้านความทุ่มเทในการทำงาน และด้านความรู้สึ เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงานเท่ากับ .90 .82 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและกำหนดแนวทางป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และของโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคเหนือทั้ง 3 แห่ง และในการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้จัดส่งเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแนบไปกับส่วนหน้าของแบบสอบถาม เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยและสิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดที่ไม่สะดวกหรือทำให้คับข้องใจ และคำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และของโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลเชียงใหม่ระยองประชาชนเคราะห์ เพื่อขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับงานวิจัยของฝ่ายการพยาบาลทั้ง 3 โรงพยาบาล พร้อมทั้งขอให้ฝ่ายการพยาบาลแต่งตั้งผู้ประสานงานวิจัยในการเก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ 1 คน กำหนดเวลาให้ตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์หรือตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วพบว่าแบบสอบถามได้รับคืนมาจำนวน 423 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.57 มีความถูกต้องสมบูรณ์ทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดย สถิติแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงาน วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. หาค่าความสัมพันธ์ของทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงาน โดยนำข้อมูลมาทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (normality) โดยใช้การทดสอบโคลโมโกรอฟ-สมิธ (Komogorov-Smirnov test) พบว่าข้อมูลทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงาน มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) ในการทดสอบ และกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยมีเกณฑ์ประเมินระดับความสัมพันธ์ดังนี้

$r = 1$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .50$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r = .30-.50$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

$r = .10-.29$ หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
 $r = 0$ หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

เวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เฉลี่ย 14.48 ปี (SD = 9.91) โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 23.17 มากที่สุด

ทุนทางจิตวิทยาของพยาบาลโดยรวม ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและด้านความหวัง อยู่ในระดับสูง สำหรับด้านการยืดหยุ่นและด้านการมองโลกในแง่ดี อยู่ในระดับปานกลาง (ดังแสดงในตารางที่ 1) ความผูกพันในงานโดยรวม ด้านความรู้สึกรักเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังในการทำงานและด้านความทุ่มเทในการทำงานอยู่ในระดับค่อนข้างสูง สำหรับด้านความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน อยู่ในระดับปานกลาง (ดังแสดงในตารางที่ 2) และทุนทางจิตวิทยาโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในงาน (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ผลการวิจัย

พยาบาลส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 37.40 ปี (SD = 9.86) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.73 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.33 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 52.01 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 91.02 มีรายได้ต่อเดือน ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 61.94 สถานภาพการจ้างงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการร้อยละ 53.43 โดยปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลอายุรศาสตร์ ร้อยละ 22.46 มีระยะ

ตารางที่ 1 ทุนทางจิตวิทยาของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทุนทางจิตวิทยาของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ โดยรวม และรายด้าน (n=423)

ทุนทางจิตวิทยา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
โดยรวม	3.68	0.37	สูง
รายด้าน			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.71	0.53	สูง
ความหวัง	3.85	0.48	สูง
การยืดหยุ่น	3.65	0.43	ปานกลาง
การมองโลกในแง่ดี	3.51	0.43	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ โดยรวมและรายด้าน (n=423)

ตัวแปร	ความผูกพันในงาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ทุนทางจิตวิทยา	.630	.01
รายด้าน		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.526	.01
ความหวัง	.563	.01
การยืดหยุ่น	.436	.01
การมองโลกในแง่ดี	.361	.01

การอภิปรายผล

1. ทุนทางจิตวิทยาของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ ผลการศึกษาพบว่าทุนทางจิตวิทยาของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.68$, $SD = 0.38$) ส่วนทุนทางจิตวิทยาของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์รายด้านพบว่า ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\bar{X} = 3.71$, $SD = 0.53$) และด้านความหวัง ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.58$) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ด้านการยืดหยุ่น ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.43$) และด้านการมองโลกในแง่ดี ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 0.43$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พยาบาลวิชาชีพ มีทุนทางจิตวิทยาด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.71$, $SD = 0.53$) อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลศูนย์มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลไว้อย่างชัดเจน ทำให้พยาบาลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงาน มีความปรารถนาที่จะกระทำในสิ่งที่ยากและท้าทาย มีความทุ่มเทพยายามที่จะปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ผู้บริหารการพยาบาลยังมีการสนับสนุนปัจจัยที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เช่น การมีนโยบายการปฏิบัติงานที่เน้นผลงาน และมีการตั้งเป้าหมายในการทำงาน มีตัววัดผลการปฏิบัติงาน (Key Performance Indicator หรือ KPI) ที่ชัดเจนและมีการประเมินผลงานตามเป้าหมาย

และตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ ตลอดจนมีการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปรับปรุงคุณภาพการทำงานและการให้บริการอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

ด้านความหวัง พยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพ มีทุนทางจิตวิทยาด้านความหวังอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.48$) อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลศูนย์มีการกำหนดบันไดวิชาชีพไว้อย่างชัดเจนและมีการบรรจุเป็นข้าราชการ อีกทั้งลักษณะงานของพยาบาลที่มีแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติที่กำหนดครอบคลุม 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลมีความคิดที่จะพยายามหาแนวทางในการทำงาน และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ด้านการยืดหยุ่น พยาบาลวิชาชีพมีทุนทางจิตวิทยาด้านการยืดหยุ่น อยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.43$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พยาบาลจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน รวมทั้งการที่พยาบาลต้องพบเจอกับคนไข้จำนวนมากหรือภาระงานที่หนัก อีกทั้งลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่มีการยืดหยุ่นน้อย เนื่องจากงานส่วนใหญ่มักจะมีแนวปฏิบัติหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้แล้วอาจส่งผลให้พยาบาล

ที่มีอายุหรือประสบการณ์ในการทำงานน้อย มีการปรับตัวที่ยากลำบาก จึงทำให้พยาบาลมีการยืดหยุ่นไม่มากนัก นอกจากนี้อาจเนื่องจาก พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 45.39 ทำให้เมื่อเจอกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการทำงานจะทำให้เกิดการปรับตัวที่ยากลำบาก

ด้านการมองโลกในแง่ดี พยาบาลวิชาชีพมีทุนทางจิตวิทยาด้านการมองโลกในแง่ดี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 0.43$) อาจเนื่องมาจาก พยาบาลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่หลากหลายตลอดจนต้องประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ ในการปฏิบัติงาน (Ministry of Public Health, Office of the Permanent Secretary, Nursing Division, 2018) ซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังในการที่จะไม่ให้เกิดข้อขัดแย้ง ประกอบกับลักษณะการทำงานของพยาบาลเป็นการทำงานกับชีวิตมนุษย์ที่เจ็บป่วยมีความเสี่ยงทั้งกับตนเองและผู้รับบริการ ทำให้พยาบาลต้องมีความระมัดระวังและต้องตื่นตัวกับข้อผิดพลาดต่างๆ อยู่เสมอจึงมักมีความระมัดระวังในการทำงานสูงและต้องคำนึงถึงความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นอยู่เสมอ จึงทำให้พยาบาลมีคะแนนด้านการมองโลกในแง่ดีไม่สูงนัก

2. ความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ โดยรวมอยู่ในระดับ ค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.49$) ส่วนความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์รายด้านพบว่า ด้านความรู้สึกรู้สึกดีมีค่าไปด้วยพลังในการทำงาน ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 0.56$) และด้านความทุ่มเทในการทำงาน ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.51$) อยู่ในระดับค่อนข้างสูง สำหรับด้านความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.58$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ด้านความรู้สึกรู้สึกดีมีค่าไปด้วยพลังในการทำงาน พยาบาลมีความผูกพันในงานด้านความรู้สึก ดีมีค่าไปด้วยพลังในการทำงาน อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 0.56$) อาจเนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์เป็น

โรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในเขตที่รับผิดชอบ (Ministry of Public Health, 2015) เป็นผลให้ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมากและมีอาการที่หลากหลาย งานพยาบาลเป็นงานบริการทางด้านสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยให้ทุเลาหรือหายจากอาการที่เป็นอยู่ เมื่อให้การดูแลแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากโรค จึงทำให้พยาบาลมีพลังและทุ่มเทในการทำงาน รู้สึกดีมีค่าไปด้วยพลังในการทำงาน

ด้านความทุ่มเทในการทำงาน พยาบาลมีความผูกพันในงานด้านความทุ่มเทในการทำงาน อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.51$) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.90 อยู่ในตำแหน่งงานพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกประสบความสำเร็จในการทำงาน เกิดความภาคภูมิใจในงานของตนเอง ประกอบกับงานพยาบาลเป็นงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณค่าเพิ่มให้กับงานบริการแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่และใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมงมีหน้าที่รับผิดชอบครอบคลุมทั้งการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการงานในหอผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (Ministry of Public Health, Office of the Permanent Secretary, Nursing Division, 2018) ส่งผลให้พยาบาลรับรู้ว่างานของตนเองเป็นงานที่มีคุณค่า

ด้านความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน พยาบาลมีความผูกพันในงานด้านความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.58$) อาจเนื่องมาจาก พยาบาลต้องเผชิญกับการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลทำงานหนักและทำงานล่วงเวลาเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความกดดันในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ เช่น การพยายามลดต้นทุนการบริการสุขภาพแต่เพิ่มคุณภาพในผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ส่งผลให้พยาบาลต้องมีการระงับเพิ่มมากขึ้น (Keyko et al.,

2016) ทำให้พยาบาลลาออกจากงาน จึงทำให้พยาบาลที่เหลืออยู่โรงพยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายในงาน และทำให้ความผูกพันในงานของพยาบาลลดลงได้ (Tomic & Tomic, 2011)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ทุนทางจิตวิทยาโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .630, p < .01$) และความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยารายด้านและความผูกพันในงานโดยรวมของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ ผลการศึกษาพบว่า ทุนทางจิตวิทยาในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและด้านความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในงานโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($r = .526$ และ $.563, p < .01$) ตามลำดับ และทุนทางจิตวิทยาในด้านการยึดหยุ่นและด้านการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันในงานโดยรวม ในระดับปานกลาง ($r = .436$ และ $.361, p < .01$) ตามลำดับ อภิปรายได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ ทุนทางจิตวิทยาด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความผูกพันในงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .526, p < .01$) อาจเป็นเพราะพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติงานพยาบาลได้ และยังได้รับการยอมรับในองค์กรให้เป็นส่วนหนึ่งในองค์กร จึงทำพยาบาลเกิดการรับรู้ว่าตนเองทำงานนี้ได้ และรู้สึกว่าคุณค่าต่อผู้ป่วยและองค์กร ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกพึงพอใจในหน้าที่การงาน และเมื่อพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ทำให้พยาบาลมีความปรารถนาที่จะกระทำในสิ่งที่ยากและมีความพยายามทุ่มเทรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความผูกพันในงานสูงเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านความหวังและความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์

ทุนทางจิตวิทยาด้านความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ ($r = .563, p < .01$) อาจเป็นเพราะว่า ในปัจจุบันโรงพยาบาลมีการกำหนดบันไดวิชาชีพและมีการประเมินผลงานที่เป็นรูปธรรม อีกทั้งยังมีการนำแนวทางการบริหารต่างๆ มาใช้ในการพัฒนางาน เช่น ระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล การจัดการความรู้ และการจัดการความเสี่ยง เป็นต้น (Ministry of Public Health, Department of Medical Services, Bureau of Nursing, 2008) ทำให้พยาบาลมีเป้าหมาย มีความตั้งใจที่จะไปสู่ตำแหน่งหรือความก้าวหน้าในวิชาชีพ จึงมีความคิดที่ต้องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ทำให้มีความขยันขันแข็งและความพยายาม ส่งผลให้มีความผูกพันในงานเพิ่มขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านการยึดหยุ่นและความผูกพันในงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ ทุนทางจิตวิทยาด้านการยึดหยุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ ($r = .436, p < .01$) อาจเป็นเพราะว่า ในสภาพการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์นั้น พยาบาลต้องพบเจอกับคนไข้จำนวนมากและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้พยาบาลต้องมีการปรับตัวกับการทำงาน ซึ่งการยึดหยุ่นจึงเป็นคุณลักษณะที่สำคัญในการต่อสู้กับปัญหาและเป็นการเตรียมศักยภาพในการช่วยเพิ่มความสำเร็จในการทำงาน บุคคลที่มีการยึดหยุ่นสูงจะมีลักษณะสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีผลการปฏิบัติงานที่ดี คือ มีความสามารถในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ คุณลักษณะนี้ช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี รู้จักควบคุมและจัดการสภาพจิตใจของตนเองให้สามารถรับมือกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงได้ (Masten, 2001) ดังนั้นหากพยาบาลกล้าที่จะเผชิญกับปัญหา มีการยึดหยุ่นสูง จะส่งผลให้พยาบาลทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการยอมรับ และรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งในองค์กร ทำให้เกิดความผูกพันในงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านการมองโลกในแง่ดีและความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ ทุนทางจิตวิทยาด้านการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผูกพันในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ ($r = .361$, $p < .01$) แสดงว่า พยาบาลที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีความผูกพันในงานสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมองโลกในแง่ดี คือ คุณลักษณะทางบวกของบุคคลที่มีความคิดทางบวก และยอมรับความผิดพลาดในการทำงานว่าไม่ได้มีสาเหตุจากสภาพแวดล้อมหรือตัวบุคคลอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว คนที่มองโลกในแง่ดีจะเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีและมีความมั่นคงทางอารมณ์ โดยการมองโลกในแง่ดีถือเป็นการมองตนเอง การมองโลกภายนอกและมองอนาคตว่าเต็มไปด้วยความหวัง หากพยาบาลมีการมองโลกในแง่ดีจะสามารถเผชิญกับความเครียด มีความมุ่งมั่นในการทำงาน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในองค์กร ส่งผลให้เกิดความผูกพันในงาน จึงทำให้พยาบาลที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงก็จะทำให้เกิดความผูกพันในงานสูงไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้เป็นแนวทางให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาลใช้ในการส่งเสริม ให้พยาบาล

มีทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงาน ดังนี้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรดำเนินการมีนโยบายในการบริหารการปฏิบัติงานที่เน้นผลงาน และมีการตั้งเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจนพร้อมกับ ประเมินผลงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้พยาบาลเกิดแรงกระตุ้นและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงาน

2. ผลการศึกษาพบว่า ทุนทางจิตวิทยาในด้านการยืดหยุ่นและด้านการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์กับความผูกพันในงานของพยาบาลในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลเกิดการยืดหยุ่นและการมองโลกในแง่ดีโดยจัดกิจกรรมที่สอดแทรกให้พยาบาลเกิดการปรับตัวทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม หากต้องเผชิญกับปัญหาจะสามารถปรับตัวได้ และยอมรับความผิดพลาดในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยากับตัวแปรอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีภาวะผู้นำ ของพยาบาล

2. ศึกษาทุนทางจิตวิทยาและความผูกพันในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐระดับอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Duong, Van. M., Akkadechanunt, T., & Chitpakdee, B. (2019). Job demands, job resources and work engagement among nurses in tertiary care hospitals, Thanh Hoa Province, The Socialist Republic of Vietnam. *Nursing Journal*, 46(1), 166-179. (In Thai)
- Keyko, K., Cummings, G. G., Yonge, O., & Wong, C. A. (2016). Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 142-164.
- Kimball, B., & O'Neal, E. (2002). Health care's human crisis: *The American nursing shortage*. New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation.
- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being: Testing the job demands-resources model. *Health Care Management Review*, 37(2), 175-186.

- Luthans, F., Avey, J. B., & Jensen, S. M. (2008). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management*, 48(5), 677-693. doi:10.1002/hrm.20294
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford: Oxford University Press.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Ministry of Public Health. (2015). *Geographic information system for health resources*. Retrieved from <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/gmap.php#result>. (In Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Medical Services, Bureau of Nursing. (2008). *Nursing standards in hospitals*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Ministry of Public Health, Office of the Permanent Secretary, Nursing Division. (2018). *Role of professional nurses*. Bangkok: Tawan Media. (In Thai)
- Santawaja, C. (2007). *Basic concepts. Nursing theory and process*. Bangkok: Thana Press. (In Thai)
- Wattanapha, P. (2013). *Situation of resignation from nursing profession: Crisis and remedies. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University*. Retrieved from <https://www.nci.go.th/tons>. (In Thai)
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). UWES-Utrecht Work Engagement Scale: Version 1. In *Preliminary Manual*. Netherlands: Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.
- Tomic, M., & Tomic, E. (2011). Existential fulfilment, workload and work engagement among nurses. *Journal of Research in Nursing*, 16(5), 468-479.

การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Development of a Registered Nurse Competency Framework, Labour Room, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

เยาวรัตน์	ดุษิตกุล *	Yaowarat	Dusitkul *
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **
ฐิตินันท์	อัครเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **

บทคัดย่อ

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดมีความสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคลและพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกให้มีความปลอดภัยในระยะคลอด การศึกษาเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยประยุกต์กลยุทธ์การพัฒนารอบสมรรถนะของ Marrelli, Tondora, & Hoge (2005) ประชากร คือผู้เชี่ยวชาญพยาบาลห้องคลอดจำนวน 6 คน และกลุ่มตัวอย่างคือผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแนวคำถามได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์พยาบาลห้องคลอด การพัฒนาสมรรถนะฉบับร่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของสมรรถนะเป็นรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า กรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วย 8 ด้าน และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 67 ข้อ ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 8 ข้อ 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 5 ข้อ 3) การส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 7 ข้อ 4) การพยาบาลผู้คลอด ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 17 ข้อ 5) การทำคลอด ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 9 ข้อ 6) การพยาบาลทารกแรกเกิด ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 14 ข้อ 7) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 3 ข้อ และ 8) การดูแลความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 4 ข้อ

ข้อเสนอแนะผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำกรอบสมรรถนะนี้ไปประยุกต์ในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกต่อไป

คำสำคัญ: กรอบสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด

* พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

* Professional nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, pooyaowarat@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 27 พฤศจิกายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 26 กุมภาพันธ์ 2561 วันตอบรับบทความ 4 มิถุนายน 2561

Abstract

The competency of registered nurses is important for human resource management and service quality development for pregnant women and fetuses to have a safe deliveries. The purpose of this development study was to develop a competency framework for registered nurses in labour room of Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital by applying the strategies for developing competency framework of Marrelli, Tondora, & Hoge (2005). The population consisted of six nurses who are working in the labour room at Buddhachinaraj Phitsanulok hospital, and samples consisted of five experts. The instrument used for this study was an interview guideline validated by a panel of 3 experts. The data collection process included reviewing the literature, and interviewing nurses. Content analysis and item content validity index calculation of competencies were used for data analysis.

The results of this study revealed that a competency framework for registered nurses in the labour room at Buddhachinaraj Phitsanulok hospital consisted of eight categories and 67 behavioral indicators which were 1) assessing health status of the pregnancy and fetus consisted of eight behavioral indicators, 2) nursing care for pregnant with complication consisting of five behavioral indicators, 3) promoting the progress of labour consisted of seven behavioral indicators, 4) nursing care for parturient consisted of seventeen behavioral indicators, 5) competency of conducting delivery consisted of nine behavioral indicators, 6) nursing care for neonatal consisted of fourteen behavioral indicators, 7) promoting breastfeeding consisted of three behavioral indicators and 8) caring for safety and risk management consisted of four behavioral indicators.

Nurse administrators can apply this competency framework to create a performance evaluation criteria and to develop competency of registered nurses in the labour room at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital.

Keywords: *Competency Framework, Registered Nurse, Labour Room*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2540 มาตรา 4 กล่าวว่า “การผดุงครรภ์” เป็นการกระทำเกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือ หญิงมีครรภ์หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด รวมถึงการตรวจ การทำคลอด การป้องกันความผิดปกติในระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค เพื่อช่วยป้องกันความผิดปกติในระยะคลอด และระยะหลังคลอด งานการพยาบาลผู้คลอดจึงเป็นงานที่ให้บริการพยาบาล

ผู้คลอดตั้งแต่แรกได้รับจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อวินิจฉัยและให้การพยาบาลผู้คลอดและทารกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (Chaiwuth, 2011) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในห้องคลอด ต้องเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีทักษะและมีสมรรถนะทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดและทารกให้เกิดการคลอดได้อย่างปลอดภัย

สมรรถนะเป็นความสามารถที่สามารถวัดและประเมินได้ของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ (Marrelli et al., 2005)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ คือ คุณลักษณะ ความรู้ ความสามารถ ความถนัดและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ (Srisatidnarakul, 2007) สมรรถนะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) สมรรถนะหลัก (core competency) 2) สมรรถนะในการบริหารจัดการ (professional competency) 3) สมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ (functional/technical competency) ในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีข้อกำหนดสมรรถนะหลักและพฤติกรรมบ่งชี้ที่สังเกตได้ชัดเจนที่เรียกว่ากรอบสมรรถนะ (competency framework) เพราะเป็นเครื่องมือสำคัญในการคัดสรรผู้ที่จะมาปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนั้นและใช้เป็นแนวทางในการประเมินการทำงานของบุคลากร (Kongkasawat, 2006)

กรอบสมรรถนะ หมายถึง รายการสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพตามลักษณะงานที่มีความเฉพาะกลุ่มงาน องค์กร การปฏิบัติ หรือกระบวนการในองค์กร (Marrelli et al., 2005) การพัฒนากรอบสมรรถนะสามารถทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละองค์กร Marrelli et al (2005) ได้เสนอแนวคิดในการพัฒนา กรอบสมรรถนะ 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ (defining the objectives) 2) แสวงหาผู้ให้การสนับสนุน (obtain the support of a sponsor) 3) พัฒนาและนำแผนการสื่อสารและแผนการให้ความรู้สู่การปฏิบัติ (develop and implement a communication and education plan) 4) วางแผนระเบียบวิธีรวบรวมข้อมูล (plan the methodology) 5) ระบุสมรรถนะและ การกำหนดกรอบสมรรถนะ (identify the competencies and create the competency model) 6) นำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้ (apply the competency model) และ 7) ประเมินผลการนำไปใช้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (evaluate and update the competency model) ด้วยข้อจำกัดด้านพื้นที่การวิจัยและระยะเวลาในการศึกษาจึงใช้เพียง 5 ขั้นตอนแรกของ

Marrelli et al. (2005) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในประเทศไทยได้นำแนวคิดของ Marrelli et al. (2005) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล เช่น การศึกษาของ Chatawan (2010) ที่ได้พัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผดุงครรภ์ในหน่วยคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

งานห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ทุกอายุครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนและให้บริการคลอดปกติ คลอดผิดปกติ เตรียมผ่าตัดคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปดูแลมารดาและทารกแรกเกิดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรก จำนวนผู้มารับบริการคลอด ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 จำนวน 4,252 4,488 และ 4,008 คนตามลำดับ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงมารับบริการ 1,470 1,552 และ 1,742 คน ตามลำดับ (Nursing Department, 2016) มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดตามตำแหน่งหน้าที่ (functional competency) ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน คือ 1) การพยาบาลในระยะรอคลอด 2) การทำคลอดปกติ 3) การพยาบาลมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก และ 4) การพยาบาลทารกแรกเกิด (Nursing Department, 2011) ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวได้พัฒนาโดยหัวหน้างานห้องคลอด เพื่อใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน และวางแผนการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพซึ่งในกระบวนการพัฒนาไม่ได้มาจากการทบทวนแนวคิดและบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดอย่างกว้างขวาง เมื่อพิจารณาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดที่กำหนดไว้ทั้ง 4 ด้านจะเห็นได้ว่ายังไม่ครอบคลุม ยังขาดสมรรถนะในตำแหน่งหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด เช่น การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน การประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก เป็นต้น ซึ่งกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดยังไม่สมบูรณ์ดังกล่าวอาจยังไม่สามารถให้แนวทางในการปฏิบัติที่ครอบคลุมเพียงพอสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานและ

ความบกพร่องในสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ ทารก และ ผู้ให้บริการทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้จาก เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพในห้องคลอดในประเทศไทย พบการศึกษาศมรรถนะของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของ Phoodaangau (2005) ได้สมรรถนะพยาบาลห้องคลอด 4 ด้าน การศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำห้อง คลอดโรงพยาบาลทั่วไปของ Roopnarm (2005) ได้ สมรรถนะพยาบาลห้องคลอด 7 ด้าน และการศึกษา กรอบสมรรถนะของพยาบาลผดุงครรภ์วิชาชีพในหน่วย คลอดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ของ Chatawan (2010) ได้สมรรถนะของพยาบาลผดุงครรภ์วิชาชีพ 4 ด้าน ซึ่งสมรรถนะที่ได้จากการศึกษาดังกล่าว ยังไม่เฉพาะและเหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เนื่องจากมีความแตก ต่างกันหลายด้านทั้งบริบทของโรงพยาบาล ด้านบุคลากร และด้านผู้มารับบริการ จึงไม่สามารถประยุกต์ใช้สมรรถนะ ดังกล่าวได้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอดโรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก ที่เหมาะสมและครอบคลุมเพื่อให้ ผู้บริหารการพยาบาลใช้ในการพัฒนาสร้างแบบประเมิน สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดที่ครอบคลุม ลักษณะงานและการให้บริการซึ่งนำไปสู่การพัฒนา สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพทางการพยาบาล และมาตรฐานวิชาชีพที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในครั้งนี้

ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในพัฒนารอบสมรรถนะ ของ Marrelli et al. (2005) จำนวน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) แสวงหาผู้ให้การสนับสนุน 3) พัฒนาแผนการสื่อสาร การให้ความรู้และการดำเนินการ ตามแผน 4) วางแผนระเบียบวิธีรวบรวมข้อมูล และ 5) ระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิง พัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรู้และประสบการณ์การพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษาค้นคว้า กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์เคย ทำหน้าที่ในการตรวจสอบกรอบสมรรถนะ (ฉบับร่าง) ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 17 คน ประชากรทั้งหมดประกอบด้วย หัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 1 คน สูติแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 10 คน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาล สูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพิษณุโลก- พิษณุโลก จำนวน 6 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เลือกแบบ เจาะจง ประกอบด้วยคือ กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำหน้าที่ ในการตรวจประเมินกรอบสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น (ฉบับร่าง) ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 5 คน ประกอบด้วย หัวหน้างานห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 1 คน สูติแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ในห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ไม่น้อยกว่า 5 ปี และเป็นแพทย์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนางานคุณภาพภายในห้องคลอด จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์วิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนีพุทธรักษาพิษณุโลก ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์นิเทศนักศึกษาพยาบาลในห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธรักษาพิษณุโลก และได้ทำกรณิเทศนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงานภายในห้องคลอดเป็นประจำ ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกการสนทนาและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 2) แบบสอบถามและแนวคำถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลในห้องคลอด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์สมรรถนะที่จำเป็นและพฤติกรรมบ่งชี้ของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด 3) เครื่องบันทึกเสียง และ 4) แบบประเมินรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด (ฉบับร่าง) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความตรงตามเนื้อหาพิจารณาสมรรถนะแต่ละด้านที่มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อ เกณฑ์การยอมรับค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2006)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือแบบสอบถามและแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์รายบุคคล ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเกี่ยวกับ ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถาม (sequence the questions) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ผู้ศึกษานำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปใช้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมและงานวิจัยของโรงพยาบาลพุทธรักษาพิษณุโลก ผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้รับทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษา

ครั้งนี้โดยไม่มีการบังคับ พร้อมทั้งยืนยันการรักษาความลับของข้อมูล จะไม่มีการบันทึกชื่อของผู้เข้าร่วมศึกษา ในรายงานการศึกษา การนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมการศึกษาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำโดย 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด ที่ได้จากตำรา วารสาร ทั้งต่างประเทศและภายในประเทศ 2) การสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญพยาบาลวิชาชีพทางด้านการพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธรักษาพิษณุโลก 3) นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ กำหนดเป็นกรอบสมรรถนะ (ฉบับร่าง) ของพยาบาล วิชาชีพห้องคลอด 4) นำกรอบสมรรถนะฉบับร่างเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประเมินความตรงของเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อ (I-CVI) เกณฑ์การยอมรับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อ เท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2006) ซึ่งเกณฑ์การยอมรับค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ทุกรายการสรุปเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธรักษาพิษณุโลก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด และจากการทบทวนวรรณกรรม นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มีเนื้อหาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันรวบรวมเป็นข้อเดียวกัน ข้อมูลที่แตกต่างแยกเป็นรายข้อ

3. ข้อมูลที่ได้จากการประเมินรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด (ฉบับร่าง) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ศึกษานำมาคำนวณค่า I-CVI เกณฑ์การยอมรับ

เท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2006)

ผลการวิจัย

กรอบสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วย สมรรถนะ 8 ด้าน และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 67 ข้อ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หมายถึง พฤติกรรม การกระทำ ความรู้ ความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหา และวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 8 ข้อ เช่น ประเมินสภาวะแทรกซ้อนอาการสำคัญ อาการนำของการคลอด ภาวะของการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และจัดลำดับความสำคัญของความเร่งด่วนฉุกเฉินในการดูแลรักษาได้ ประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และระบุความผิดปกติได้ 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน หมายถึง พฤติกรรม การกระทำ ความรู้ ความสามารถในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 5 ข้อ เช่น อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพ สรีระวิทยาและอาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมได้ 3) สมรรถนะด้านการส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด หมายถึง พฤติกรรม การกระทำ ความรู้ ความสามารถในการพยาบาลผู้คลอดให้ดำเนินการคลอดเป็นไปอย่างปกติ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 7 ข้อ เช่น ประเมินและติดตามความก้าวหน้าของการคลอด สามารถบอกความก้าวหน้าหรือความผิดปกติได้ ประเมินและบันทึกผลความก้าวหน้าของการคลอด โดยใช้พาร์โทกราฟและวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดการคลอดล่าช้าได้ 4) สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอด หมายถึง พฤติกรรม การกระทำ ความรู้

ความสามารถในการพยาบาลผู้คลอดรวมถึงทารกในครรภ์ ทั้งผู้คลอดภาวะปกติ ผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติ ตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 17 ข้อ เช่น ให้การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดโดยใช้ยาออกซิโทซิน และโปรستاแกลนดิน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ วินิจฉัยภาวะผิดปกติของกระบวนการคลอดได้ 5) สมรรถนะด้านการทำคลอด หมายถึง พฤติกรรม การกระทำ ความรู้ ความสามารถในการทำคลอดทางช่องคลอดได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 9 ข้อ เช่น ทำคลอดศีรษะ ไหล่ ลำตัวได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ทำคลอดกรณีฉุกเฉินที่เกิดการคลอดติดไหล่ได้ 6) สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิด หมายถึง พฤติกรรม การกระทำ ความรู้ ความสามารถในการพยาบาลทารกแรกเกิดจนถึง 2 ชั่วโมง หลังคลอด ทั้งทารกปกติ ทารกที่มีภาวะเสี่ยง และทารกที่มีภาวะวิกฤตได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 14 ข้อ เช่น ตรวจร่างกายประเมินลักษณะที่เบี่ยงเบนจากสภาวะปกติของทารกแรกเกิด จัดเตรียมอุปกรณ์และในการช่วยเหลือทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน สามารถช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และช่วยแพทย์ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้ 7) สมรรถนะด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง พฤติกรรม การกระทำ ความรู้ ความสามารถในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดให้ได้รับนมแม่ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 3 ข้อ เช่น ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูกด้วยการโอบกอด การสื่อสารสัมพันธ์ทางสายตา ภายหลังคลอดทันทีนาน 30 นาทีได้ และ 8) สมรรถนะด้านการดูแลความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรม การกระทำ ความรู้ ความสามารถในการควบคุมความเสี่ยง การเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกแรกเกิดได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้

ความสามารถ จำนวน 4 ข้อ เช่น จัดการรับผู้คลอดส่งต่อแบบช่องทางด่วนได้ ระบุตัวทารกได้อย่างถูกต้อง

การอภิปรายผล

การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อภิปรายได้ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ประกอบด้วยพฤติกรรม

บ่งชี้ความสามารถจำนวน 8 ข้อ เนื่องด้วยบริบทของห้องคลอดต้องให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์รวมถึงทารกในครรภ์ทั้งภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย (มาตรฐาน III-2) ว่าด้วยการประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนสำคัญ (The Healthcare Accreditation Institute, 2015) และตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการคลอด มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลก่อนคลอดข้อ 1.1 การประเมินปัญหาและความต้องการ พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาและความต้องการของผู้มารับบริการตั้งแต่แรกได้รับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Bureau of Nursing Ministry of Public Health, 2008) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 5 ข้อ เนื่องจากการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากจำนวนผู้มารับบริการ ปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2560 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ ภาวะเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด เบาหวาน ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และโรคโลหิตจาง (Nursing Department, 2017) ซึ่งโรคประจำตัวมีผลต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด (Koranantakul, 2008) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและนำไปสู่การวินิจฉัยที่ทัน่วงที เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง (Techawathakul, 2015) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จึงต้องมีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน

3. สมรรถนะด้านการส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 7 ข้อ เนื่องจากบริบทงานบริการคลอดพยาบาลมีหน้าที่ดูแลผู้คลอดให้การคลอดดำเนินไปตามปกติและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่ง Sukontrakoon (2016) ได้กล่าวว่า การดูแลส่งเสริมให้ทารกในครรภ์มีการเคลื่อนตัว การทำให้มดลูกมีการหดตัวที่ดี และการเพิ่มประสิทธิภาพในการเบ่งจะช่วยให้การดำเนินการคลอดของผู้คลอดมีความก้าวหน้า ลดภาวะการฉีกขาดของช่องคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา ซึ่งระยะเวลาของการคลอดที่ยาวนานหรือการคลอดยากทำให้ผู้คลอดเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน ทำให้ทารกมีโอกาสตายคลอดหรือตายภายหลังคลอด (Thithapand & Chawalapaiboon, 2005) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจึงต้องมีทักษะในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอด ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 17 ข้อ เนื่องด้วยบริบทงานห้องคลอดต้องให้บริการคลอดทั้งผู้คลอดปกติและผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติ ตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์คลอดระยะคลอดและระยะหลังคลอด พยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดได้อย่างครอบคลุม เพื่อสนับสนุนความต้องการทางด้านร่างกาย

ดูแลให้การช่วยเหลือสนับสนุนตามความต้องการ การดูแลให้ได้รับความสุขสบาย การพักผ่อน การจัดท่าที่เหมาะสม การได้รับอาหาร สารน้ำอย่างเพียงพอ หากผู้คลอดเกิดความรู้สึกเจ็บปวดและความเครียด ทำให้ความอยากอาหารลดลงควรดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทน การพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความอ่อนเพลียและเป็นผลให้กล้ามเนื้อมดลูกเหนียวล้าได้ (Chaiwuth, 2011) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดยังต้องมีความสามารถในการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดโดยการใช้ออกซิโทซินและโปรสตาแกลนดิน เมื่อระงับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ซึ่งผู้คลอดที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกมีการหดตัวนานแรงผิดปกติ อาจเกิดภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่คลาย อาจทำให้ทารกอยู่ในภาวะคับขันและส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของทารกในครรภ์ (Chaiwuth, 2011) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจึงต้องมีพฤติกรรมบ่งชี้ในการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดด้วย

5. สมรรถนะด้านการทำคลอด ประกอบด้วย พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 9 ข้อ เนื่องจากบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ทำคลอดปกติในผู้คลอดที่ไม่มีความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน หรือทำคลอดฉุกเฉินในกรณีที่แพทย์ผู้ให้การดูแลไม่สามารถมาทำคลอดได้ ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะคลอดที่กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพต้องดำเนินการเพื่อช่วยคลอดดังนี้ การจัดเตรียมสถานที่และเครื่องมือเครื่องใช้ตามมาตรฐานสำหรับการคลอด ผู้คลอดได้รับการเตรียมความพร้อมระหว่างตัวบุคคลกับเอกสาร ความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อให้การคลอดดำเนินไปด้วยดี ความถูกต้องของท่าคลอดที่เหมาะสมและสะดวกต่อการคลอด ผู้ทำคลอดดำเนินการปฏิบัติตามมาตรฐานการคลอดเพื่อให้ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก (Bureau of Nursing Ministry of Public

Health, 2008) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจึงต้องมีสมรรถนะด้านการทำคลอดปกติ และการทำคลอดกรณีฉุกเฉิน สอดคล้องกับ Chaiwuth (2011) ที่กล่าวว่า การทำคลอดปกติเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในการช่วยเหลือผู้คลอดและทารกให้มีการคลอดที่ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการช่วยคลอดฉุกเฉินเพื่อสามารถทำคลอดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพผู้คลอดและทารกในครรภ์ส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย

6. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิด ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 14 ข้อ เนื่องจากบริบทห้องคลอดต้องให้การพยาบาลทารกแรกเกิดจนถึง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ทั้งทารกปกติ ทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกที่มีภาวะวิกฤต ซึ่ง Sansiriphun & Parisunyakul (2015) ได้กล่าวว่า ทารกแรกเกิดออกมานั้นต้องสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนการทำงานของระบบต่าง ๆ พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ใกล้ชิดทารกแรกเกิดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดทันทีเพื่อให้ทารกปลอดภัย สอดคล้องกับ Praisuwan (2008) ที่กล่าวว่า การดูแลทารกแรกเกิดเริ่มต้นตั้งแต่วินาทีแรกที่ทารกคลอดเป็นช่วงเวลาวิกฤตช่วงหนึ่งการดูแลทารกในห้องคลอดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจึงต้องมีทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิด

7. สมรรถนะด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้จำนวน 3 ข้อ เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือนหลังคลอดตามนโยบายบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ งานห้องคลอดได้ปฏิบัติตามนโยบายในบันไดขั้นที่ 4 โดยช่วยแม่เริ่มให้ทารกดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด หรือที่ดีที่สุด คือให้ดูดทันทีหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจึงต้องมีสมรรถนะด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เนื่องจากการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูกด้วยการโอบกอด การสัมผัสทางสายตาทายหลังคลอดทันทีนาน 30 นาที การกระตุ้นให้มารดาได้สัมผัสใกล้ชิดกับทารกแรกเกิดจะช่วยในกระบวนการสร้างความรักความผูกพัน (Sansiriphun & Parisunyakul, 2015) สำหรับพฤติกรรม การให้คำแนะนำคุณค่าของน้ำนมแม่สอนกระตุ้นบีบเต้านม มีผลให้มารดามีความมุ่งมั่นที่เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Plaichum, Tongswas, & Somboon (2012) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมมารดาและวิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ทักษะในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาด้วย รุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจึงต้องมีพฤติกรรมบ่งชี้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

8. สมรรถนะด้านการดูแลความปลอดภัย และการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 4 ข้อ เนื่องจากบริบทห้องคลอดต้องให้การดูแลผู้คลอดรวมถึงทารกแรกเกิดให้มีความปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง (มาตรฐาน II-1.2) ว่าด้วยระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2) มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ (The Healthcare Accreditation Institute, 2015) การจัดการความเสี่ยง จึงเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่คุณภาพการดูแลและก่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้บริการ (Supachutikul, 2001) เช่น พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถในการจัดการรับผู้คลอดส่งต่อแบบช่องทางด่วนได้ เนื่องจากมีการกำหนดแนวทางการรับส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน พยาบาลวิชาชีพต้องสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้เพื่อให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉิน สอดคล้องกับ Sirisomboon

(2016) กล่าวว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินวางแผนในการดูแลร่วมกับทีมแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อมารดาและทารก พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถในการระบุตัวทารกได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นสมรรถนะด้านการดูแลความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดเพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์มีความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดไปเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดไปเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน
3. พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดสามารถนำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดไปเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะเหมาะสมตามตำแหน่งหน้าที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดไปศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดโรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก
2. นำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดไปศึกษาวิจัยต่อให้ครบ 7 ขั้นตอนการพัฒนากรอบสมรรถนะของ Marrelli, Tondora, & Hoge (2005)
3. นำกระบวนการพัฒนากรอบสมรรถนะของ Marrelli, Tondora, & Hoge (2005) ไปศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่น

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Nursing Ministry of Public Health. (2008). *Nursing care standards in hospital* (3rd ed.) Nonthaburi: Bureau of Nursing Ministry of Public Health. (In Thai)
- Chaiwuth, S. (2011). Assessment and nursing care Women and Family during labour. In Indarangkura (Ed.), *Basic knowledge nursing care of midwife: Vols. 2: During labour and postpartum* Chiang Mai: Krongchang Printing. (In Thai)
- Chatawan, S. (2010). *Development of a competency framework for professional nurse-midwives in the labor unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* (Independent Study), Chiang Mai University . (In Thai)
- Kongkasawat, T. (2006). *Competency for practice...How to?*. Bangkok: Technology Promotion Association (Thailand-Japan). (In Thai)
- Koranantakul, O. (Ed.). (2008). *High risk pregnancy* (2nd ed.). Songkhla: Chanmuang printing. (In Thai)
- Marrelli, A. F., Tondora, J., & Hoge, M. F. (2005). Strategies for developing competency model. *Administration and Policy in Mental Health*, 32(5), 533-561.
- Nursing Department. (2017). *Annual report 2017*. Phitsanulok: Phitsanulok Hospital. (In Thai)
- Phoodaangau, B. (2005). *Competencies of the obstetric nurses in regional and general hospitals under the jurisdiction of Ministry of Public Health* (Master's thesis, Khon Kaen University). (In Thai)
- Plaichum, S., Tongswas, T., & Somboon, L. (2012). Factors related to breastfeeding duration among adolescent mothers. *Nursing Journal*, 39(2), 79-86. (In Thai)
- 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.
- Praisuwan, P. (2008). Newborn care in the delivery room. In Jaruenwit, Uerpairojkit, Manothai, Tanawattanacharoen, & Panyakamlert (Eds.), *Obstetrics* (4th ed.). Bangkok: OS printinghouse. (In Thai)
- Roopnarm, O. (2005). *Professional nurses' competencies in delivery room, General hospitals* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Sansiriphun, N., & Parisunyakul, S. (2015). *Nursing care during labour: Theory for practice*. Chiang Mai: krongchang Printing. (In Thai)
- Sirisomboon, R. (2016). Nursing care in emergency for pregnant women during labour. In Sumaksri, Wongpaitoon, Phaungkiatwatana, & Srisantirot (Eds.), *From theory to practice in perinatal care* (pp. 7-15). Bangkok: Perinatal society of Thailand. (In Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *Leadership and strategic management in nursing organization for the 21st century*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)
- Sukontrakoon, P. (2016). Progression of labour: The midwifery roles. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(2), 1-6. (In Thai)

- Supachutikul, A. (2001). *Course to quality hospitals: Manual learning to practice* (2nd ed.). Bangkok: The Healthcare Accreditation Institute. (In Thai)
- Techawathakul, S. (2015). Nursing roles for preventing preeclampsia. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(2), 7-19. (In Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2015). *Hospital and health care standards Sixtieth Anniversary Celebrations of His Majesty's Accession to the Throne Edition*. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute. (In Thai)
- Thithapand, W., & Chawalapaiboon, S. (2005). Dystocia. In Piyananan, Vantanasiri, & Sunsaneevithayakul (Eds.), *Obstetrics* (pp. 127-162). Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (In Thai)

การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว
และความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน
**Work-Family Enrichment and Intention to Stay at Work of Nurses
in Private Hospitals**

ศิชล	สุกสี *	Sichol	Sooksee *
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล **	Petsunee	Thungjaroenkul **
กุลวดี	อภิชาติบุตร ***	Kulwadee	Abhicharttibutra ***

บทคัดย่อ

การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวทำให้เกิดอารมณ์ทางบวกที่ช่วยให้พยาบาลสามารถปรับตัวกับสภาพการทำงานที่ตึงเครียดและส่งผลให้มีความตั้งใจคงอยู่ในงานเพิ่มขึ้น การศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้เพื่อศึกษาการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว ความตั้งใจคงอยู่ในงานและความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองในพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 155 คนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนสองแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวที่พัฒนาโดย Carlson et al. (2006) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .96 และแบบสอบถามความตั้งใจคงอยู่ในงานที่พัฒนาโดย (Rattanapitikon, 2009) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .84 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. พยาบาลมีการรับรู้การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวอยู่ในระดับสูง โดยมีการรับรู้ว่าทรัพยากรที่ได้รับจากการทำงานมีส่วนช่วยให้การทําทบเทาในครอบครัวดีขึ้น และรับรู้ว่าการทรัพยากรที่ได้รับจากการครอบครัวมีส่วนช่วยให้การปฏิบัติงานดีขึ้นด้วยเช่นกัน
2. พยาบาลมีความตั้งใจคงอยู่ในงานอยู่ในระดับสูงและการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจคงอยู่ในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวมีส่วนช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานและลดความตั้งใจที่จะลาออกจากงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน จึงมีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลด้วยการให้การสนับสนุนทางด้านจิตสังคมและด้านวัตถุรวมทั้งผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลได้มีเวลาในการดูแลครอบครัวเนื่องจากการทําทบเทาในครอบครัวจะส่งผลย้อนกลับทางบวกมาช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชเวชเชียงใหม่

* Rajavej Chiang mai Hospital, sicholsis@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, petsunee@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 17 ธันวาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 5 สิงหาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 26 ธันวาคม 2562

คำสำคัญ: การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว ความตั้งใจคงอยู่ในงานพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน

Abstract

Work-family enrichment generates a positive mood, which allows nurses to cope with stressful working conditions and results in increasing the intention to stay in employment positions. This correlational descriptive study was to explore at work-family enrichment, intention to stay, and its relationship among nurses in private hospitals. The participants consisted of 155 professional nurses who are working in two private hospitals in Chiang Mai. The research instrument included the work-family enrichment scale developed by Carlson et al. (2006) and the scale of intention to stay developed by Dolerdee Rattanapitikon (2009). The alpha coefficient for work-family enrichment scale was .96 and the alpha coefficient of the scale of intention to stay was .84 Data were analyzed by descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Nurses experienced work-family enrichment at a high level. They recognized that resources gained in their work facilitated their family role at high level and also that resources gained in the family enhanced their work function at high level
2. Nurses intended to stay at work at a high level and work-family enrichment had a positive significant association with the intention of the nurses to stay at their work.

The findings reveal that increasing work-family enrichment for nurses reinforces their professional motivations and decreases turnover intentions of nurses at private hospitals. It is recommended that nursing administrators foster work-family enrichment of nurses by providing nurses with psychological and material support. Additionally, the nursing administrator should support nurses in taking care of their family, since their family role creates a positive spillover to facilitate their working function and performance.

Keywords: *work-family enrichment, intention to stay, private hospital*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพของไทยกำลังประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน จากรายงานการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office, 2007, 2012) พบว่ามีจำนวนพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค) ในปีพ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555 จำนวน 26,758 และ 25,377 คน ตามลำดับ และมีจำนวนผู้รับบริการในปีเดียวกันจำนวน

48.0 ล้านราย และ 46.3 ล้านราย ตามลำดับ เมื่อนำมาเทียบเป็นสัดส่วนพยาบาลกับผู้ป่วยเท่ากับ 1: 1,793.58 และ 1: 1,824.48 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าภาระงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นมาก โดยสาเหตุหนึ่งที่ทำให้จำนวนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนไม่เพียงพอเกิดจากการลาออกและเคลื่อนย้ายออกจากงาน (Sawangdee, 2010)

การแก้ปัญหาลาออกของพยาบาลเอกชนคือการสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลคงอยู่ในงาน ซึ่ง ในทาง

พฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจะต้องมีการวางแผนและตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 1991) เช่นเดียวกับการคงอยู่ในงานก็เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องมีการวางแผนและมีความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานที่ทำอยู่ก่อนจึงจะแสดงออกด้วยการไม่เปลี่ยนไปทำอาชีพหรือทำงานในสถานที่อื่น ดังนั้นการแก้ปัญหาการลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมุ่งไปที่การสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลมีความตั้งใจคงอยู่ในงานเพื่อหวังผลไม่ให้พยาบาลตัดสินใจลาออกหรือเคลื่อนย้ายไปทำงานที่อื่น

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลต่างๆ ได้ใช้วิธีการเพิ่มค่าตอบแทนให้กับพยาบาลเพื่อดึงดูดใจให้พยาบาลย้ายเข้ามาทำงานหรือจูงใจไม่ให้ย้ายไปทำงานโรงพยาบาลอื่น (Phanurat, 2013) แต่ในปัจจุบันนักวิชาการได้เสนอแนวทางใหม่ในการจูงใจคนทำงานด้วยการทำให้รับรู้ถึงการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว (Work-Family Enrichment) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้คนทำงานรับรู้ถึงงานที่ทำมีคุณค่าและมีความหมายต่อองค์กรและต่อครอบครัว (Carlson, Kacmar, Wayne, & Greenhaus, 2006; Greenhaus & Powell, 2006) การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของคนทำงาน โดยการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวจะส่งผลให้คนทำงานเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการทำงานและสามารถอดทนต่อภาวะตึงเครียดในงานได้ นอกจากนี้การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวยังช่วยให้คนทำงานได้รับทรัพยากรหรือผลประโยชน์ตอบแทนจากการทำงานหรือการบำบัดบาทในครอบครัว ซึ่งสิ่งที่ได้มานั้นจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานหรือการบำบัดบาทในครอบครัว (Carlson et al., 2006; Greenhaus & Powell, 2006)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาพบว่าการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความตั้งใจลาออกจากงานของคนทำงานในประเทศนิวซีแลนด์ (Balmforth & Gardner, 2006) แต่ในการศึกษาของ Russo & Buonocore (2012) ที่หาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองในกลุ่มพยาบาลประเทศ

อิตาลี ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการลาออกจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมา ยังมีความขัดแย้งในผลการศึกษาความสัมพันธ์ของการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวกับความตั้งใจในการลาออกและยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวและความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะทำการศึกษาค้นคว้าระหว่างงานกับครอบครัว ความตั้งใจคงอยู่ในงาน และความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปร โดยผลที่ได้จากการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนที่จะทำให้พยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมีการคงอยู่ในงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวและความตั้งใจคงอยู่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

คำถามการวิจัย

1. พยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมีการรับรู้การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวอยู่ในระดับใด
2. พยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมีความตั้งใจคงอยู่ในงานมากน้อยเพียงใด
3. การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวของ Carlson et al. (2006) ที่แยกการเพิ่ม

คุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวออกมาเป็น 2 มิติ ได้แก่ มิติด้านการเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัว และด้านการเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งาน โดยการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวทั้งสองมิติมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคงอยู่ในงานของพยาบาลเนื่องจากหากพยาบาลรับรู้ว่าการทำงานหรือการทำให้บทบาทในครอบครัวก่อให้เกิดคุณค่าระหว่างกันและกันแล้วก็จะมีความความรู้สึกทางบวกต่อการทำงานหรือการทำหน้าที่ในครอบครัวสามารถทดแทนต่อภาวะตึงเครียดในงานหรือในครอบครัวได้จึงมีผลให้พยาบาลมีความตั้งใจคงอยู่ในงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ของจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 155 ราย จากโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 2 แห่งจากโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 4 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือปฏิบัติงานแบบเต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชนที่เก็บข้อมูลมาแล้วอย่างน้อย 4 เดือนและไม่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าองค์กรพยาบาลหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส หน่วยงาน ระดับการศึกษาระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลการขึ้นเวรปฏิบัติงานและระดับความพึงพอใจต่องานที่ปฏิบัติ โดยลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวของ Carlson et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยประกอบ ด้วยข้อคำถาม

18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือมิติด้านการเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัว จำนวน 9 ข้อและมิติด้านการเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งาน จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามนี้ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และมีเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผล คือ 4.50-5.00 หมายถึงมีการรับรู้อยู่ในระดับสูงมาก 3.50-4.49 หมายถึงมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง 2.50-3.49 หมายถึงมีการรับรู้ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึงมีการรับรู้ในระดับต่ำ และ 1.00-1.49 หมายถึงมีการรับรู้ในระดับต่ำมาก เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตั้งใจคงอยู่ในงาน ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดย Rattanapitikon (2009) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ข้อคำถามในแบบสอบถามเป็นแบบใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึงเห็นด้วยมาก 3 หมายถึงเห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึงเห็นด้วยน้อย 1 หมายถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลผลคะแนน ใช้การคิดค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละมิติ ทำให้ได้ค่าเฉลี่ยของการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวในแต่ละมิติ อยู่ในระหว่าง 1-5 จากนั้นนำมาจัดระดับโดยใช้เกณฑ์ของ (Rattanapitikon, 2009) ได้เกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผล ดังนี้คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความตั้งใจคงอยู่ในงานระดับสูงมาก 3.50-4.49 หมายถึงมีความตั้งใจคงอยู่ในงานระดับสูง 2.50-3.49 หมายถึง มีความตั้งใจคงอยู่ในงานระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง มีความตั้งใจคงอยู่ในงานระดับต่ำและคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงมีความตั้งใจคงอยู่ในงานระดับต่ำที่สุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขอ

ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับ นอกจากนี้ได้แจ้งให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลใดๆ โดยข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาออกมาในลักษณะภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเลขที่โครงการ 2562-EXP092 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษา การเก็บข้อมูลในงานวิจัยมีการใช้ผู้ประสานงาน 2 คนทำหน้าที่ในการแจกแบบสอบถามให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล และให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นมีการรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 4 เดือน ได้แบบสอบถามคืนมา 155 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 100 ตรวจสอบแล้วมีความสมบูรณ์ทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติบรรยาย คือการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว และความตั้งใจคงอยู่ในงาน โดยใช้การหาความถี่ ร้อยละ การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจคงอยู่ในงานและการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวในแต่ละมิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Correlation) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ โดยความตั้งใจคงอยู่ในงานค่า $KS = .347$, sig (2-tailed) = 0.00 และการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวในแต่ละมิติ มีค่า $KS = .109$, sig (2-tailed) = 0.00

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 72.30 เป็นเพศหญิง จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 93.50 มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 96.80 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยใน จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 43.20 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 4 เดือน - 1 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 61.30 รองลงมาอยู่ระหว่าง 1-2 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 21.90 มีระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 54.20

ผลการศึกษาการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนรับรู้ว่าการเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.94, SD = 0.66$) และรับรู้ว่าการเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.04, SD = 0.60$) (ตารางที่ 1) สำหรับผลการศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน พบว่ามีความตั้งใจคงอยู่ในงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.72$) (ตารางที่ 2) และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งานกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ($r_s = .319$, $p = 0.01$) และการเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ($r_s = .376$, $p = 0.01$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ (n = 155)

การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัว	3.94	0.66	สูง
ด้านทุนจากงานสู่ครอบครัว	3.96	0.69	
ด้านความรู้สึจากงานสู่ครอบครัว	3.80	0.73	
ด้านการพัฒนาจากงานสู่ครอบครัว	4.02	0.53	
การเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งาน	4.04	0.60	สูง
ด้านความรู้สึจากครอบครัวสู่งาน	4.05	0.61	
ด้านการพัฒนาจากครอบครัวสู่งาน	4.05	0.60	
ด้านประสิทธิภาพจากครอบครัวสู่งาน	4.00	0.67	

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 155)

ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	SD	Max	Min	ระดับ
ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ	3.79	0.72	5.00	1.00	สูง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สเปียร์แมนของความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว และความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว	ความตั้งใจคงอยู่ในงาน	
	r_s	p value
มิติการเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัว	.319	.01
มิติการเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งาน	.376	.01

การอภิปรายผล

การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดเชียงใหม่

ในการวิจัยนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพเอกชนรับรู้ว่ามี การเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัว และจากครอบครัวสู่งานอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยการเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัวเท่ากับ 3.94 (SD = .66) และค่าเฉลี่ยการเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งานเท่ากับ 4.04 (SD = .60) การที่พยาบาลวิชาชีพเอกชนรับรู้ว่ามี การเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัวอยู่ในระดับสูง อาจเกิดจาก

พยาบาลเอกชนมีหน้าที่ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและไม่ซับซ้อน โรงพยาบาลเอกชนจึงมีการอบรมเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความรู้และทักษะในการดูแลผู้รับบริการร่วมกับประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการในโรงพยาบาลทำให้เกิดความรู้และความสามารถที่นำไปใช้ในการช่วยเหลือและดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ความเจ็บป่วยได้ ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความขาดแคลนในระบบสุขภาพและเป็นที่ต้องการทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ดังนั้น

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนจึงได้อัตราเงินเดือนที่สูงกว่าพนักงานโรงพยาบาลในตำแหน่งอื่นที่มีวุฒิปริญญาตรีเท่ากัน และได้รับสวัสดิการอื่นๆเพิ่มเติมเช่น ค่าใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ค่าเฉพาะทาง ค่าล่วงเวลา ค่าเวรภัย ดึก เป็นต้น ผลตอบแทนที่ได้รับจากการทำงานในรูปวัตถุ คือรายได้และสวัสดิการรวมทั้งผลตอบแทนที่ไม่ใช่วัตถุ คือ ความรู้สึกมั่นคงภาคภูมิใจในการทำงาน ทั้งสองประการนี้จะทำให้พยาบาลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ในการปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นสมาชิกที่ดีในครอบครัวได้ คำอธิบายนี้สอดคล้องกับแนวคิดการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวของคาร์สัน (Carlson et al., 2006) ที่กล่าวว่าคนที่บุคคลจะสามารถนำประสบการณ์ที่ได้จากการทำงานไปปรับปรุงการดำเนินชีวิตในครอบครัวได้ บุคคลนั้นจะต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างเพียงพอจากการทำงานจึงจะสามารถถ่ายทอดความรู้และความสามารถไปสู่การทำให้ครอบครัวได้ นอกจากนี้บุคคลที่มีความรู้สึกมั่นคงในงาน ความพึงพอใจในงาน ความภาคภูมิใจในอาชีพของตน จะถ่ายทอดความรู้สึกนี้ไปสู่ครอบครัวได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Plainoi (2018) ที่ทำการศึกษาระดับของความสุขในการทำงานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครนายก พบว่าเงินเดือนและค่าตอบแทนมีอิทธิพลต่อการทำงานเนื่องจากเมื่อองค์กรมีผลตอบแทนจากการทำงาน เช่น รายได้ประจำ ค่าล่วงเวลา ที่เหมาะสมสามารถตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว จะทำให้ความสุขในการทำงานของพยาบาลสูงขึ้น และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การที่พยาบาลวิชาชีพเอกชนรับรู้ว่าคุณค่าที่เพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสูงงานอยู่ในระดับสูงสามารถอธิบายได้จากแนวคิดของ Carlson et al. (2006) เช่นกัน ซึ่งคาร์สันได้กล่าวไว้ว่าการเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสูงงานจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นมี

ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการดำเนินชีวิต และได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนการทำงานจากครอบครัวแล้วจะสามารถถ่ายทอดสิ่งนั้นไปใช้ในการปรับปรุงการทำงานได้เป็นอย่างดีในงานวิจัยนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนรับรู้ว่าการเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสูงงานอยู่ในระดับสูง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ร้อยละ 61.3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลอายุน้อยที่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 4 เดือน - 1 ปี ซึ่งพยาบาลกลุ่มนี้เพิ่งสำเร็จการศึกษาและอยู่ในระยะของการปรับตัวให้เข้ากับชีวิตการทำงาน จึงมีความใกล้ชิดกับครอบครัวและต้องการการสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำงานจากบุคคลในครอบครัวอย่างมาก ประสบการณ์และความรู้ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลกลุ่มนี้สามารถปรับตัวและทำบทบาทในการทำงานได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 40 เป็นกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 1 ปี การดำเนินชีวิตในครอบครัวย่อมทำให้พยาบาลเกิดการพัฒนาความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งสิ่งนี้จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถใช้เหตุผลเชิงวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาในที่ทำงานได้ในขณะเดียวกันครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นแหล่งสนับสนุนการทำงานที่ดี โดยเป็นที่ปรึกษา รับฟังปัญหาที่เกิดจากการทำงานและให้กำลังใจในการทำงาน การสนับสนุนดังกล่าวย่อมส่งผลให้พยาบาลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการทำงานที่รับผิดชอบได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Intutlak (2013) ที่ได้ทำการศึกษาความสมดุลระหว่างงานกับครอบครัวในโรงพยาบาลเอกชนด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและได้ผลการศึกษาว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมความสุขในชีวิตส่วนตัวของพยาบาลเอกชน ด้วยการเป็นเบื้องหลังที่ดีและเข้าใจหน้าที่การทำงานของพยาบาล สัมพันธ์ภาพและกำลังใจที่ได้รับจากครอบครัวเป็นแรงใจที่ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ในทุกสถานการณ์

ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่

ในงานวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจคงอยู่ในงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.72$) (ตารางที่2) ผลการศึกษาที่ได้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Taokumlue (2006) ที่วิจัยความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงาน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน พบว่า พยาบาลมีระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 4.64$, $SD = 4.17$) การที่กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจคงอยู่ในงานอยู่ในระดับสูงอาจมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่องาน ดังการศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 54.2 และร้อยละ 43.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลางและระดับมากตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 1.9 ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่มีความพึงพอใจในงานในระดับน้อย ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่สนับสนุนให้เห็นว่าความพึงพอใจต่องานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่มีอายุการทำงานไม่ถึง 2 ปี จึงต้องการเรียนรู้งาน และฝึกฝนทักษะทางการพยาบาลเพื่อความก้าวหน้าและความสำเร็จในอาชีพ ตั้งแต่วันแรกที่เริ่มปฏิบัติงาน การได้รับการสอนงาน การรับการนิเทศจากพยาบาลพี่เลี้ยงผู้ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดีและถ่ายทอดประสบการณ์ในวิชาชีพโดยการสอนงานให้แก่พยาบาลหลายกลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ต้องการพัฒนาตนเอง และพบว่าวิธีการเหล่านี้สามารถใช้ได้ผลดีในการพัฒนาการพยาบาลด้านต่างๆ ในวิชาชีพ การได้มีโอกาสฝึกฝนและสั่งสมประสบการณ์ในระหว่างการทำงาน (Nantsupawat & Sngounsiritham, 2019) รวมถึงการได้รับโอกาสในการพัฒนาความรู้ในด้านต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร จะทำให้พยาบาลใหม่เกิดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunnasa (2007) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลใหม่ กับการตั้งเป้าหมายส่วนบุคคลและความผูกพันต่อเป้าหมาย พบว่า การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคลด้านโอกาสในการสร้างความก้าวหน้าในอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ดังนั้นหากพยาบาลใหม่ได้รับการส่งเสริมให้มี

โอกาสสร้างความก้าวหน้าในอาชีพ ย่อมสามารถนำไปสู่การสร้างความตั้งใจคงอยู่ในงาน นอกจากนี้เงินเดือนและค่าตอบแทนอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจคงอยู่ในงานในระดับสูง มีหลายงานวิจัยที่สนับสนุนให้เห็นว่าความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนมีผลต่อการคงอยู่ในงาน เช่นการศึกษาของ Khaophon (2013) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงาน และความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความพึงพอใจในด้านค่าตอบแทน

ความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว และความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาล ในการศึกษาพบว่า การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวทั้งสองมิติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน แสดงว่า พยาบาลที่มีการรับรู้ว่ามีคุณค่าต่อครอบครัวและครอบครัวมีคุณค่าต่อการทำงานจะมีแนวโน้มที่คงอยู่ในงานต่อไปในทางตรงกันข้าม พยาบาลที่มีการรับรู้ว่ามีคุณค่าต่อครอบครัวหรือครอบครัวไม่มีคุณค่าต่อการทำงานแล้วจะมีแนวโน้มที่จะลาออกจากงาน ซึ่งผลที่ได้นี้เป็นไปในทางตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Russo & Buonocore (2012) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวและการลาออกในพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวทั้งสองมิติมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจลาออกจากงาน ผลที่ได้จากการศึกษานี้ยังสนับสนุนแนวคิดการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวของ Carlson et al. (2006) และ Greenhaus & Powell (2006) ที่ระบุว่า การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวจะส่งผลให้คนทำงานเกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวกต่อการทำงานและสามารถอดทนต่อภาวะตึงเครียดในงานได้ นอกจากนี้การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวยังช่วยให้คนทำงานรับรู้ว่าจะได้รับทรัพยากรหรือผลประโยชน์ตอบแทนจากการทำงานหรือการทบทวนในครอบครัว ซึ่งสิ่งที่ได้จากการทำงานและบทบาทในครอบครัวจะส่งผลดีต่อคน

ทำงานในการทำบทบาททั้งสองจึงมีผลให้คนๆ นั้นมีความรู้สึกอยากทำงานนั้นต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลเอกชน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าในชีวิตการทำงานของพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลได้ความรู้ ทักษะ ความรู้สึกปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิตการทำงาน และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำบทบาทในครอบครัว เช่น การดูแลปัญหาสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การช่วยเหลือครอบครัวทางการเงิน เป็นต้น ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกที่ดีที่เกิดจากการทำงานเป็นคุณค่าหรือผลประโยชน์ตอบแทนที่ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานและคงอยู่ในงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wayne (2009) ที่พบว่าคนงานจะคงอยู่ในงานก็ต่อเมื่อมีการรับรู้งานที่ทำให้ประโยชน์ต่อการทำบทบาทในครอบครัว

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า การเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลเอกชน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าครอบครัวมีส่วนสนับสนุนการทำงานของพยาบาล โดยการให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และการสนับสนุนการทำงานของพยาบาล เช่น การแบ่งเบาภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นคุณค่าที่ทำให้พยาบาลไม่เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดที่มีผลต่อการทำงาน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในครอบครัวทำให้พยาบาลมีความรู้และทักษะที่สามารถนำกลับมาใช้ในการทำงานของพยาบาลได้ อารมณ์ทางบวก ความรู้และทักษะที่ได้รับจากครอบครัวจะส่งเสริมให้คนงานมีใจจดจ่ออยู่กับการทำงานซึ่งส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sathapornwajana (2008) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยการแบ่งเบาภาระงานบ้าน การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน รวมถึงการได้รับกำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำ รับฟังปัญหาที่เกิดจากการทำงานจะช่วยลดความเครียดจาก

การทำงาน จะทำให้มีเวลาในการที่จะคิดพัฒนาและปรับปรุงงาน ทำให้งานในหน้าที่ที่รับผิดชอบสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการจัดระบบเงินเดือนและค่าตอบแทน สวัสดิการต่างๆ และสภาพการทำงานที่มีความมั่นคงและปลอดภัย รวมทั้งให้โอกาสได้เรียนรู้งานเพื่อให้พยาบาลมีความรู้สึกที่ดีกับการทำงานและเห็นคุณค่าของงานที่มีต่อครอบครัว
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการสื่อสารให้พยาบาลได้ทราบคุณค่าที่เกิดจากการทำงานที่มีผลต่อชีวิตครอบครัวของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลเห็นประโยชน์ของการทำงานในโรงพยาบาลและมีความตั้งใจคงอยู่ในงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัว ในโรงพยาบาลเอกชนระดับอื่น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179 - 211.
- Balmforth, K., & Gardner, D. (2006). Conflict and facilitation between work and family: Realizing the outcomes for organizations. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(2), 69-76.
- Bunnasa, W. (2007). *The relationship between the intention to stay in the New Nurse Job and Personal Goal Setting and Commitment to the Target: A Case Study of a Hospital*. (Master's thesis), Thammasat University. (In Thai)
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56(2), 249-276. doi:10.1006/jvbe.1999.1713
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., Wayne, J. H., & Grzywacz, J. G. (2006). Measuring the positive side of the work-family interface: Development and validation of a work-family enrichment scale. *Journal of Vocational Behavior*, 68(1), 131-164.
- Greenhaus, J. H., & Powell, G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work - family enrichment. *Academy of Management Review*, 31(1), 72-92.
- Intutlak, K., (2013). *Experiences of building work-life balance of professional nurses in a private hospital* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Khaophong, W. (2013). *Factors predicting job satisfaction and job intentions of professional nurses in private hospitals in the Eastern region*. (Master's thesis), Burapha University. (In Thai)
- Nantsupawat, A., & Sngounsirithum, U. (2019). Mentoring system and nursing professional development. *Journal of Nursing Journal*, 46(3), 232-238. (In Thai)
- National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology. (2007). *Hospital and Private Hospital Survey 2007*. Bangkok: Bureau of Forecasting Statistics. (In Thai)
- National Statistical Office, Ministry of Technology and Communication. (2012). *Hospital and private hospital survey 2012*. Bangkok: Office of Statistical Forecasting. (In Thai)
- Phanurat, P. (2013). Motivation factors of job satisfaction of professional nurses in private hospitals. *Songklanagarind Nursing Journal*, 12(2), 29-41. (In Thai)
- Plainoi, P. (2018). Factors influencing happiness in work of professional nurses Nakhon Nayok Hospital Nakhon Nayok Province. *Journal of Applied Liberal Arts*, 11(1), 92-105. (In Thai)
- Rattanapitikorn, D. (2009). *Predictive factors of professional nurse's job retention at Phyathai Hospital* (Master's thesis), Sukhothai Thammathirat Open University. (In Thai)
- Russo, M., & Buonocore, F. (2012). The relationship between work - family enrichment and nurse turnover. *Journal of Managerial Psychology*, 27(3), 216-236.

- Sathapornwajana, A. (2008). *Relationship between family support, ethical climate, and joy at work of professional nurses, hospitals under the jurisdiction of the ministry of public health, Bangkok metropolis* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Sawangdee, K. (2010) Professional nursing situation in Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 2(1), 40-46. (In Thai)
- Wayne, J. H., Randel, A. E., & Stevens, J. (2009). The role of identity and work-family support in work-family enrichment and its work - related consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 69(3), 445-461.

การศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลแพร่

The Study of Time Spent on Nursing Activities in Anesthesia Unit, Phrae Hospital

ศุภางค์	ดำเกิงธรรม *	Supang	Dumkoengtham *
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์ **	Apiradee	Nantsupawat **
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล ***	Petsunee	Thungjaroenkul ***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทำให้ทราบภาระงานซึ่งนำไปใช้ในการจัดอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม การศึกษาเชิงพรรณนาค้นคว้าด้วยวิธีการเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการผู้ป่วยแต่ละประเภทและศึกษาจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละประเภทที่ได้รับการบริการระดับความรู้สึก กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการระดับความรู้สึกแบบทั่วไป จำนวน 89 คน และวิสัญญีพยาบาล 15 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลแพร่ เครื่องมือในการศึกษา คือ 1) คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีโดยตรงและ โดยอ้อม ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 2) แบบบันทึกปริมาณเวลาที่วิสัญญีพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีโดยตรงและโดยอ้อม ค่าดัชนีความสอดคล้องการสังเกตได้ 0.92 ใช้ขั้นตอนการวางแผนอัตราค่าจ้างบุคลากรพยาบาลของ Srisatidnarakul (2007) และใช้การจำแนกประเภทผู้ป่วยแบบ ASA Class รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. การศึกษานี้พบผู้ป่วยประเภท ASA I - ASA III และไม่พบผู้ป่วยประเภท ASA IV - ASA VI โดยกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงพบ 15 กิจกรรม และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมพบ 16 กิจกรรม
2. เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วย ASA I, ASA III และ ASA II โดยเฉลี่ยรวม เท่ากับ 4.44, 4.04 และ 4.03 ชั่วโมง ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดอัตราค่าจ้างวิสัญญีพยาบาลให้มีความเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การจำแนกประเภทผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล

* (พ.ม.) สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่
 * Master of Nursing Science (Nurse Administration) Professional Nurse, Phrae Hospital, a.0954535454@gmail.com
 ** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, apiradee.n@cmu.ac.th
 *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 17 ธันวาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 15 สิงหาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 18 ธันวาคม 2562

Abstract

The study of time spent on nursing activities indicates the workload which is important to nursing. The purposes of this descriptive study was to analyze nursing activities according to the needs of each type and to study the number of hours of nursing activities for each type of patient receiving anesthesia service. The sample consisted of 89 general anesthesia patients, selected by purposive sampling, 15 nurse anesthetists, 1 professional nurse working in a recovery room in the anesthetist unit Phrae Hospital. The study instruments were 1) Handbook of direct and indirect anesthetic nursing activities dictionary. The content accuracy index was 0.90 2) The record form to the amount of time that nurse anesthetists use to perform direct and indirect nursing activities of anesthetists. The observation consistency index was 0.92. Using the concept of human resource planning for nursing personnel of Srisatidnarakul (2007) and use patient classification with ASA Class. Gather data by observing and recording the time spent on performing nursing activities. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. This study found patients with type ASA I - ASA III and did not find patients with type ASA IV- ASA VI by direct nursing activities found 15 activities and indirect nursing activities found 16 activities.
2. Total time spent in nursing activities in ASA I, ASA III, and ASA II patients, average 4.44, 4.04 and 4.03 hours respectively.

The results of this study will be information for executives to use as a guideline in planning the appropriateness of nursing staffing.

Keywords: *Time spent on nursing activities, Patient classification system, Nursing activities*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพของสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งลักษณะโครงสร้างประชากรและแบบแผนความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพต้องมีการปรับตัวในการพัฒนาและส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2018) เช่นเดียวกับการพยาบาลซึ่งเป็นส่วนสำคัญในระบบบริการสุขภาพได้ให้ความสำคัญในการจัดบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมการรักษาพยาบาล

การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Nursing Division, 2018) ดังนั้นจำเป็นต้องมีการจัดอัตรากำลังคนทางการพยาบาลที่เพียงพอ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพต่อไป

วิสัญญีพยาบาลเป็นบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก บริหารยาระงับความรู้สึกและเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก การประเมินผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึก ตัดสินใจแก้ไขปัญหาฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ประสานงานระหว่างทีมสหสาขา

วิชาชีพและทีมวิสัญญี ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการบริการวิสัญญี คือ การให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยแต่ละรายฟื้นจากยาระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวจำเป็นต้องมีบุคลากรที่เพียงพอ เพื่อให้การบริการได้อย่างมีคุณภาพ (The Healthcare Accreditation Institute, 2018)

จากสถานการณ์ปัจจุบันพบการขาดแคลนพยาบาลที่เป็นปัญหาในระบบสุขภาพทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย (Nantsupawat, Wichaikhum, & Nantsupawat, 2014) ซึ่งผลจากบุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลกระทบที่หลากหลายทั้งต่อผู้ป่วย เช่น เกิดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเกิดการพลัดตก หกล้ม เกิดข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการบริหารยา การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาการวางแผน และเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Liu et al., 2012) ส่งผลกระทบต่อพยาบาลจากสภาพการทำงานในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยภายใต้ความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มีเชื้อโรค เกิดปัญหาการนอนไม่หลับและความตึงเครียดเกิดความเหนื่อยหน่ายในงาน เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ (Thungjaroenkul, Swaengdee, Theerawit, & Tungcharoensathien, 2015) รวมถึงต้องปฏิบัติงานล่วงเวลา เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้ตอบสนองช้า เกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บจากของมีคมที่มิดำได้ (Supamane, Kunaviktikul, & Keitlertnapha, 2014) ดังนั้นหน่วยงานทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีแนวทางในการจัดอัตรากำลังในการให้บริการที่เหมาะสมและเพียงพอเพื่อตอบสนองกับความต้องการของผู้ป่วย

การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลประกอบด้วย การจำแนกประเภทผู้ป่วย และการศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยทั่วไปการจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามลักษณะความเจ็บป่วย อาการหรือความรุนแรงที่อยู่ในความดูแลของพยาบาลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

เพื่อกำหนดแผนการดูแลตามลำดับความต้องการการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท เพื่อกำหนดปริมาณงานตามกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ซึ่งการจำแนกประเภทผู้ป่วยของงานวิสัญญี ที่นิยมและเป็นสากล คือ การจำแนกประเภทผู้ป่วยตาม American Society of Anesthesiologists (American Society of Anesthesiologists, 2014) ที่แบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 6 ประเภท ดังนี้ ASA classification 1 ผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ASA classification 2 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมอาการได้ดี เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ASA classification 3 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ผู้ป่วยไตวายที่ต้องฟอกเลือด ASA classification 4 ผู้ป่วยที่มีโรคซึ่งรุนแรงมาก ต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด เช่น ระบบหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ASA classification 5 ผู้ป่วยที่มีโรคซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ใน 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะได้รับการผ่าตัดหรือไม่ก็ตาม ASA classification 6 ผู้ป่วยสมมติตาย เป็น donor สำหรับการเปลี่ยนอวัยวะ และจากการที่ผู้ป่วยแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้ความต้องการในกิจกรรมการพยาบาลแตกต่างกันด้วย ทำให้การศึกษาปริมาณเวลาที่แท้จริงในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทมีหลากหลายวิธี เช่น การศึกษาการใช้เวลาแบบสังเกต โดยตรงอย่างต่อเนื่อง การศึกษาการใช้เวลาแบบการรายงานตนเองของผู้ปฏิบัติงาน การศึกษาการใช้เวลาแบบผสมระหว่างการสังเกตโดยตรงและการรายงานตนเอง เป็นต้น โดยการศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจะส่งผลต่อการบริการและการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล

หน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลแพร่ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการให้บริการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารับการผ่าตัดและทำหัตถการทั้งในภาวะปกติและภาวะ

ฉุกเฉิน โดยให้บริการตามประเภทของการผ่าตัดแต่ละสาขา มีการจัดอัตรากำลังหมุนเวียน 24 ชั่วโมง ซึ่งในการคำนวณอัตรากำลังของหน่วยงานใช้วิธีการวิเคราะห์อัตรากำลังด้วยวิธีภาระงาน (Full Time Equivalent: FTE) รวมถึงปริมาณงานที่ให้บริการในปัจจุบันจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการของหน่วยงาน และ ค่า productivity ของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ปีงบประมาณ 2560 และ 2561 มีค่าเท่ากับ 113 และ 112 ตามลำดับ (Anesthesiology Nursing Phrae Hospital, 2018) แสดงให้เห็นว่าปริมาณภาระงานที่เกิดขึ้น มีมากกว่าจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการผ่าตัดในเวลาราชการและต่อเนื่องไปนอกเวลาราชการ เฉลี่ย 2-3 ราย ต่อวัน และบุคลากรได้รับมอบหมายงานการปฏิบัติงานล่วงเวลาราชการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินนอกเวลาราชการ (Emergency Case) ทำให้วิสัญญีพยาบาลต้องปฏิบัติงานทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ส่งผลให้เกิดความเมื่อยล้าในการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง และอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานได้

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย องค์กร และพยาบาล จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลแพร์ โดยผลจากการวิจัยเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบริการระดับความรู้สึกในผู้ป่วยแต่ละประเภท
2. เพื่อศึกษาจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบริการระดับความรู้สึกในผู้ป่วยแต่ละประเภท

คำถามการวิจัย

1. กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับบริการระดับความรู้สึกในผู้ป่วยแต่ละประเภทเป็นอย่างไร
2. จำนวนเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบริการระดับความรู้สึกในผู้ป่วยแต่ละประเภทเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ขั้นตอนการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลของ Srisatidnarakul (2007) ทั้ง 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) รวบรวมข้อมูลสถิติผู้ป่วยในหน่วยงาน 2) ระบุนกรอบแนวคิดที่จะใช้ในการศึกษา 3) การเตรียมเครื่องมือในการศึกษาและอุปกรณ์สำหรับการจับเวลา 4) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 5) กำหนดประชากรขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง 6) เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยและวิสัญญีพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการศึกษา 7) รวบรวมเวลาที่วิสัญญีพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 8) การวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ Conner et al. (1961) เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อม รวมถึงใช้หลักการจำแนกประเภทผู้ป่วยแบบ ASA PHYSICAL STATUS CLASSIFICATION SYSTEM (ASA) ตาม American Society of Anesthesiologists (2014)

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแพร์ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการประชุมกลุ่มกับวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลแพร์ ตามกระบวนการหลักของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแพร์ ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยของ American Society of Anesthesiologists (2014) และตามมาตรฐาน

การบริการวิสัญญีพยาบาล ทั้ง 4 ระยะ (Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2007) ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีโดยตรง ส่วนที่ 2 คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีโดยอ้อม ซึ่งทั้ง 2 ส่วนจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี
2. กิจกรรมการพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญี
3. กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี
4. กิจกรรมการพยาบาล การดูแลต่อเนื่อง

2. แบบบันทึกปริมาณเวลาที่วิสัญญีพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลแพร่ ทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีโดยตรง ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีโดยอ้อม ส่วนที่ 3 แบบบันทึกสรุปจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทตามกิจกรรมโดยตรงการพยาบาลวิสัญญี ส่วนที่ 4 แบบบันทึกสรุปจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทตามกิจกรรมโดยอ้อมการพยาบาลวิสัญญี ส่วนที่ 5 แบบบันทึกปริมาณเวลาที่วิสัญญีพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญี

3. นาฬิกากระบอกดิจิทัล จำนวน 3 เรือน ทำการตรวจสอบความเที่ยงจากการเทียบเวลาให้ตรงกับสถานบันมาตรวิทยาแห่งประเทศไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เวลา 08:00 น. ณ ตำแหน่งเดียวกันเป็นเวลา 3 วัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้ศึกษานำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดได้แก่ คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญี ทั้งกิจกรรม การพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อม กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลแพร่ และแบบบันทึกปริมาณเวลาที่วิสัญญีพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อม โรงพยาบาลแพร่ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา

แล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล 2 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลวิสัญญี จำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ซึ่งเครื่องมือการศึกษาทั้ง 2 ชุด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้ศึกษานำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดที่ผ่านเกณฑ์ความตรงตามเนื้อหาแล้วไปหาความเที่ยง โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต (Inter-Observer Reliability) ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 3 คน โดยกำหนดในเวรเช้าของเดือนที่ทำการการศึกษาใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายดังตารางการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เริ่มทดสอบตั้งแต่เริ่มปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจนสิ้นสุดการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 คน และใช้นาฬิกากระบอกดิจิทัล ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงและตั้งเวลาที่ตรงกัน โดยผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัยกระทำไปพร้อมกัน และเป็นอิสระต่อกันในการสังเกตและบันทึกเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล นำผลการสังเกตมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของการสังเกต ได้ค่าความเที่ยง 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ ผู้ศึกษาชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับในการศึกษาโดยการเก็บข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ตำแหน่งของผู้ที่ถูกสังเกตในแบบบันทึกเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาล ข้อมูลจากการสังเกตถูกเก็บในซองที่ปิดผนึกไว้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยในระยะเวลาใดๆ ก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ไม่มีการอ้างอิงชื่อของกลุ่มตัวอย่างในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้านี้ ข้อมูลที่ได้ในการอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร์ ผู้ศึกษาได้ขอความร่วมมือจากวิสัญญีพยาบาลในหน่วยงาน โดยการประชุมภายในของหน่วยงาน โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม คือ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี 1 คน วิสัญญีพยาบาล 17 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และผู้ศึกษา รวมทั้งสิ้น 20 คน ผู้ศึกษาได้แจ้งถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาว่าเป็นการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับหรือภาระงานที่วิสัญญีพยาบาลต้องปฏิบัติในแต่ละวัน ซึ่งขณะที่สังเกต ผู้ศึกษาจะทำการบันทึกเวลาเริ่มต้นและเวลาสิ้นสุดที่วิสัญญีพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมกับกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่ได้สังเกตถึงขั้นตอนหรือกระบวนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยขอความร่วมมือจากวิสัญญีพยาบาลให้ปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทและหน้าที่ที่รับผิดชอบตามธรรมชาติ หรือตามมาตรฐานที่ปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ใกล้เคียงสอดคล้องตามความเป็นจริงมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ประเภทผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับบริการระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยแต่ละประเภท
3. ข้อมูลจำนวนเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับบริการระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยแต่ละประเภท นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1. ผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) 2. วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแพร์ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2562 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2562

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1. กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแพร์ โดยมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด อยู่ใน 5 อันดับแรกของการผ่าตัด คือ การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง การผ่าตัดเจาะคอ และการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 2) เป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการผ่าตัดในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 89 คน 2. วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแพร์ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 16 คน ประกอบไปด้วย วิสัญญีพยาบาล 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น 1 คน

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามอายุ เพศ ประเภทผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด (n = 89)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ		
แรกเกิด - 20 ปี	1	1.12
21 - 40 ปี	38	42.71
41 - 60 ปี	27	30.33
61 - 80 ปี	20	22.47
81 ปีขึ้นไป	3	3.37
เพศ		
ชาย	17	19.10
หญิง	72	80.89
ประเภทผู้ป่วย		
ASA I	22	24.71
ASA II	47	52.82
ASA III	20	22.47
ชนิดการผ่าตัด		
การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง	30	33.70
การผ่าตัดมดลูกและรังไข่	23	25.84
การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง	14	15.73
การผ่าตัดเจาะคอ	6	6.74
การผ่าตัดกระดูกสันหลัง	16	17.99

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด มีอายุอยู่ในช่วง อายุ 21 - 40 ปี จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.71 เป็นเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.89 เป็นผู้ป่วยประเภท ASA II

มากที่สุดจำนวน 47 รายคิดเป็นร้อยละ 52.82 เป็นการ ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมากที่สุดจำนวน 30 ราย คิดเป็น ร้อยละ 33.70 และไม่พบผู้ป่วยประเภท ASA IV, ASA V และ ASA VI

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามประเภทผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด (n = 89)

ชนิดการผ่าตัด	ประเภทผู้ป่วย						รวม	
	ASA I (n=22)		ASA II (n=47)		ASA III (n=20)			
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง	0	0.00	24	51.06	6	30.00	30	33.70
การผ่าตัดมดลูกและรังไข่	13	59.09	8	17.02	2	10.00	23	25.84
การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง	5	22.73	6	12.77	3	15.00	14	15.73
การผ่าตัดเจาะคอ	0	0.00	1	2.13	5	25.00	6	6.74
การผ่าตัดกระดูก สันหลัง	4	18.18	8	17.02	4	20.00	16	17.99
รวม	22	24.71	47	52.82	20	22.47	89	

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนมากที่สุด คือ คลอดบุตรทางหน้าท้องและการผ่าตัดเจาะคอในผู้ป่วย
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในผู้ป่วย ASA II จำนวน
24 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.06 และไม่พบการผ่าตัด

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อมของผู้ป่วยที่ได้รับบริการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยทุกประเภท (n = 89)

กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม
1. กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี (การประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมเพื่อระงับความรู้สึกแบบทั่วไป)	1. กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี (การประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมเพื่อระงับความรู้สึกแบบทั่วไป)
1.1 เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้รับการบริการทางวิสัญญี (elective case) ในหอผู้ป่วย	1.1 การเตรียมความพร้อมก่อนเยี่ยมผู้ป่วย
1.1.1 การซักประวัติการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย และญาติ	1.2 ไปเยี่ยมผู้ป่วย (elective case) ที่หอผู้ป่วย
1.1.2 ตรวจร่างกาย การประเมินสภาพร่างกาย	1.3 การรวบรวมข้อมูล
1.1.3 การวางแผนการเลือกใช้วิธีการให้ยาระงับ ความรู้สึก	1.4 การรายงานวิสัญญีแพทย์
1.1.4 การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว	1.5 การประสาน งานการดูแลผู้ป่วย
1.2 การประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน ให้การระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัด (ผู้ป่วยที่ได้รับการนัด ระงับความรู้สึกและผู้ป่วยฉุกเฉิน)	1.6 การจัดเก็บ ข้อมูล
	1.7 การเตรียมยา/เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การให้การ ระงับความรู้สึก
	1.8 การเตรียมเครื่องมือยาสลบ
	1.9 การเตรียมอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง
	1.10 การเตรียมยา/ สารน้ำในการให้ระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม
2. กิจกรรมการพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญี 2.1 ระยะก่อนนำสลบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยตาม สภาวะ (monitor) 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะนำสลบ (induction) 2.3 ระยะดำ เนินการให้ยาระงับความรู้สึก (main- tenance) 2.6 การดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งห้องพักฟื้นหรือ ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย 3. กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี 3.1 การเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก 3.1.1 การรับผู้ป่วยเข้าดูแลในห้องพักฟื้น 3.1.2 การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักฟื้น 3.2 การบันทึกเอกสารทางการพยาบาลหลังการให้ ยาระงับความรู้สึก 4. กิจกรรมการพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง 4.1 การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดและได้รับยาระงับ ความรู้สึก 24 ชั่วโมงแรกที่หอผู้ป่วย	2. กิจกรรมการพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญี 2.1 การเฝ้าระวังผู้ป่วยและแก้ไขภาวะวิกฤติ 2.1.1 การรายงานอาการและปัญหาผู้ป่วยแก่ วิสัญญีแพทย์ 2.1.2 การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ 3. กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี 3.1 การเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก 3.1.1 การลง ทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการ 3.1.2 การทำความสะอาดอุปกรณ์และการจัด เก็บยา 4. กิจกรรมการพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง 4.1 การรวบรวมข้อมูล 4.2 การจัดเก็บข้อมูล

จากตารางที่ 3 พบว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมของผู้ป่วยที่ได้รับ บริการระงับความรู้สึก ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทาง

วิสัญญี ระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี และระยะการ ดูแลต่อเนื่อง พบในผู้ป่วยประเภท ASA I ASA II และ ASA III

ตารางที่ 4 ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วย 1 ราย ตามประเภทผู้ป่วย (n = 89)

กิจกรรมการพยาบาล	ASA I (n=22)		ASA II (n=47)		ASA III (n=20)		ค่าเฉลี่ยรวม	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	209.19	54.14	181.23	70.78	179.02	98.43	187.64	74.60
กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม	57.59	5.87	60.73	4.32	63.86	3.11	60.67	4.97
รวม	266.78	60.01	241.96	75.10	242.88	101.54	248.31	76.07

จากตารางที่ 4 เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลในผู้ป่วย 1 ราย ตามประเภทผู้ป่วยพบผู้ป่วย ASA I ใช้เวลารวมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล มากที่สุด เป็นเวลาโดยเฉลี่ย 266.78 นาที (4.44 ชั่วโมง)

(SD 60.01) รองลงมาเป็น ผู้ป่วย ASA III ใช้เวลารวม ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เป็นเวลาโดยเฉลี่ย 242.88 นาที (4.04 ชั่วโมง) (SD 101.54) และผู้ป่วย ASA II ใช้เวลารวมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

เป็นเวลาโดยเฉลี่ย 241.96 นาที (4.03 ชั่วโมง) (SD 75.10) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้พบกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ กิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ทั้งสองกิจกรรมการพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลระยะที่ 1 ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญีที่ปฏิบัติโดยวิสัญญีพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะให้บริการทางวิสัญญีที่ปฏิบัติในห้องผ่าตัด ปฏิบัติกิจกรรมโดยวิสัญญีพยาบาล ระยะที่ 3 ระยะหลังให้บริการทางวิสัญญีในห้องพักฟื้น ที่ปฏิบัติโดยวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ และกิจกรรมการพยาบาลระยะที่ 4 การดูแลต่อเนื่องที่ปฏิบัติโดยวิสัญญีพยาบาล โดยในการศึกษานี้ พบผู้ป่วยเพียง 3 ประเภท คือ ASA I - ASA III และผลในการศึกษายังพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันตามประเภทผู้ป่วยโดยมีกิจกรรมการพยาบาลรวมทั้ง 31 กิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง 15 กิจกรรม และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม 16 กิจกรรม แต่เมื่อวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยแต่ละประเภทที่จำแนกจากสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา มีเป้าหมายในการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อจัดระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการได้รับยาระงับความรู้สึกช่วยเป็นแนวทาง ในการเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกรวมถึงยาระงับความรู้สึก รวมทั้งเป็นเกณฑ์ในการคาดการณ์ ความเสี่ยงในการผ่าตัด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทุกกิจกรรมการพยาบาลทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและโดยอ้อมทั้งหมดมีความสำคัญกับผู้ป่วย โดยในทุกกิจกรรมพบว่ามีบุคลากรที่เกี่ยวข้องกันในการดูแลผู้ป่วย คือ วิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์ ซึ่งตามมาตรฐานในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการให้ยาสลบแบบทั่วไปได้ ภายใต้การควบคุมดูแลรับผิดชอบอย่างใกล้ชิดของวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์ทำการผ่าตัดหรือ ทำหัตถการ

The Royal College of Anesthesiologists of Thailand (1998) แต่จากการศึกษาของ Charusuksananan et al. (2017) พบว่า อัตราส่วนของวิสัญญีแพทย์ต่อห้องผ่าตัด 0.67 : 1 และวิสัญญีพยาบาลต่อห้องผ่าตัด 2 : 1 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงานระหว่างวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลเป็น peri-operative medicine ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของผู้ศึกษาที่วิสัญญีพยาบาลเลือกวิธีการและเลือกยาให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานในผู้ป่วยประเภท ASA I และ ASA II ได้แต่ภายใต้การกำกับดูแลหรือตามแผนการดูแลจากวิสัญญีแพทย์ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละ ASA จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยประเภทที่มีความเสี่ยงที่แตกต่างกันในแต่ละ ASA นอกจากนี้ Charuluxananan et al. (2017) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าการขาดประสบการณ์และขาดความรู้ของบุคลากรทางวิสัญญี จะทำให้เกิดการตัดสินใจไม่เหมาะสมเตรียมผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ทั้งในผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัด (Elective Surgery) และผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยประเภท ASA I ใช้เวลารวมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุดเป็นเวลารวมโดยเฉลี่ย 266.78 นาที (4.44 ชั่วโมง) (SD 60.01) คือ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เฉลี่ย 209.19 นาที (3.48 ชั่วโมง) (SD 54.14) เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลโดยอ้อม เฉลี่ย 57.59 นาที (0.95 ชั่วโมง) (SD 5.87) รองลงมาเป็นผู้ป่วย ASA III ใช้เวลารวมโดยเฉลี่ย 242.88 นาที (4.04 ชั่วโมง) (SD 101.54) คือ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงเฉลี่ย 179.02 นาที (2.98 ชั่วโมง) (SD 98.43) เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม เฉลี่ย 63.86 นาที (1.06 ชั่วโมง) (SD 3.11) และผู้ป่วย ASA II ใช้เวลารวมโดยเฉลี่ย 241.96 นาที (4.03 ชั่วโมง) (SD 75.10) คือ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เฉลี่ย 181.23 นาที (3.02 ชั่วโมง) (SD 70.78) เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม เฉลี่ย 60.73 นาที (1.01 ชั่วโมง)

(SD 4.32) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาว่าวิสัญญีพยาบาลใช้เวลาโดยเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วย ASA I น้อยที่สุด คือ 3.53 ชั่วโมง/คน ผู้ป่วย ASA II ใช้เวลา 5.33 ชั่วโมง ผู้ป่วย ASA III ใช้เวลา 6.64 ชั่วโมง ผู้ป่วย ASA IV ใช้เวลา 7.12 ชั่วโมง และผู้ป่วย ASA V ใช้เวลามากที่สุด คือ 7.53 ชั่วโมง/คน (Triemkietikun, 2009) เมื่อวิเคราะห์พบว่าความแตกต่างของชนิดการผ่าตัด มีผลกับเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละประเภท เนื่องจากในการศึกษาของผู้ศึกษานั้น ผู้ป่วยประเภท ASA III ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดเจาะคอ ระยะเวลาในการผ่าตัดน้อย ซึ่งการผ่าตัดแบบนี้ใช้เวลาตั้งแต่ลงมีดผ่าตัดจนถึงปิดแผลผ่าตัดโดยเฉลี่ย 30 ถึง 45 นาที ทำให้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีน้อยตามไปด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดอัตรากำลังของบุคลากรนั้นไม่ได้ขึ้นกับการนับจำนวนผู้ป่วย แต่ต้องคำนึงถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ตามระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และชนิดของการผ่าตัดด้วย

ผลการศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วย 1 ราย ตามประเภทผู้ป่วย 1 ราย โดยรวมเฉลี่ย 248.31 นาที (4.13 ชั่วโมง) (SD 76.07) เป็นเวลารวมที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงเฉลี่ย 187.64 นาที (3.12 ชั่วโมง) (SD 74.60) ใช้เวลามากสุดในระยะให้บริการทางวิสัญญี เวลาเฉลี่ย 93.83 นาที (1.56 ชั่วโมง) (SD 55.13) ใช้เวลาน้อยสุดในระยะการดูแลต่อเนื่อง เวลาเฉลี่ย 3.62 นาที (0.06 ชั่วโมง) (SD 0.49) และเป็นเวลารวมที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม เฉลี่ย 60.67 นาที (1.01 ชั่วโมง) (SD 4.97) โดยใช้เวลามากสุดในระยะกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี เวลาเฉลี่ย 41.99 นาที (0.69 ชั่วโมง) (SD 2.53) ใช้เวลาน้อยสุดในระยะกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี เวลาเฉลี่ย 6.26 นาที (0.10 ชั่วโมง) (SD 1.06) เมื่อคิดเป็นอัตราส่วนระหว่างเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติ

กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง กับเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม เท่ากับ 76: 24 เมื่อวิเคราะห์พบว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยตรงระยะให้บริการทางวิสัญญีใช้เวลา รวมเฉลี่ยมากที่สุด 93.83 นาที (1.56 ชั่วโมง) (SD 55.13) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonphatum (2006) ที่พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในระยะในการดูแลผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกใช้เวลามากที่สุดเท่ากับ 124.72 นาที (2.07 ชั่วโมง) สามารถอธิบายได้จากปัจจัยหลากหลายที่ทำให้ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระยะเวลานี้เป็นระยะเวลาที่ใช้เวลามากที่สุด เนื่องจากเวลานี้เป็นช่วงของการผ่าตัด หรือเกิดจากชนิดการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน เทคนิคการผ่าตัดของศัลยแพทย์ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ระยะเวลาในการให้บริการทางวิสัญญีนานขึ้น ซึ่งวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระยะให้บริการวิสัญญีมีการให้ยาระงับความรู้สึกและต้องมีความรู้และเข้าใจถึงขั้นตอนการผ่าตัด ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีการติดตามดูแลและวินิจฉัยความผิดปกติ หรืออาการแสดงที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของการทำหน้าที่ของอวัยวะระบบต่างๆ นำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังสัญญาณชีพมาใช้ในการบริหารยาระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม มีการทดแทนสารน้ำที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อปราศจากภาวะแทรกซ้อนเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด และยังพบว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญีใช้ระยะเวลามาก โดยพบว่ากิจกรรมการพยาบาลการเตรียมเครื่องมือยาสลบ มีระยะเวลาเฉลี่ยมากที่สุด คือ 5.0 นาที (0.08 ชั่วโมง) (SD 0.47) รองลงมา คือ การเตรียมยา/เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การให้ยาระงับความรู้สึก เฉลี่ย 4.78 นาที (0.07 ชั่วโมง) (SD 0.48) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลวิสัญญีดังกล่าว วิสัญญีพยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านยา/เวชภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ เพื่อให้การพยาบาลวิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึกมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เพราะผู้ป่วยอยู่

ในภาวะไร้สติไร้ความรู้สึก ไม่สามารถดูแลตนเองได้ อีกทั้งยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกส่วนใหญ่เป็นยาที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ซึ่งหากมีความผิดพลาดในการให้ยา อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบสาเหตุของความผิดพลาดในการให้ยาการระงับความรู้สึกที่พบบ่อยที่สุดที่เกิดจากเครื่องมือ คือ ไม่ได้มีการตรวจเช็คเครื่องมือให้พร้อมก่อนเริ่มให้ยาการระงับความรู้สึก และพบว่าร้อยละ 18 ของความผิดพลาดในการตรวจเช็คเครื่องมือให้พร้อมก่อนเริ่มให้ยาการระงับความรู้สึกอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ (Charuluxananan et al., 2017)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน

2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงงานที่เกิดการสูญเสียเปล่าของเวลาในการทำงานที่ซ้ำซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาลในหน่วยงานวิสัญญีให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยทุกแผนกของการผ่าตัด เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้ในการจัดสรรอัตรากำลัง

2. ควรศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรอื่นในหน่วยงานวิสัญญีให้ครอบคลุม เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้ในการจัดสรรอัตรากำลัง

เอกสารอ้างอิง

- American Society of Anesthesiologists. (2014). *ASA physical status classification system. Last approved by the ASA House of Delegates*. Retrieved from <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>
- Boonphatum, Y. (2006). *Time spent on tasks performance among nursing personnel of anesthesia unit, Chiang Rai Regional Hospital* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)
- Charuluxananan, S., Panjasawat, Y., Pitimaanaree, S., Wirawattanakan, D., Lekprasert, W., Nimmanarat, S., ... Specialfortune, W. (2017). *The study of the rate of deaths and anesthesia complications from incidence reporting in Thailand*. Retrieved from <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4844/hs2389.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (In Thai)
- Conner, R. J. (1961). A work sampling study of variations in nursing workload. *Hospital J.A.H.A.*, 35(1), 40-41.
- The Healthcare Accreditation Institute. (2018). *Hospital and healthcare standards* (4th ed.). Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization).
- Liu, Li-fang., Lee, S., Chia, Pei-Fang., Chi, Shu-Ching., & Yin, Yu-Chun. (2012). Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators. *Nursing Research*, 20(4), 300-308.

- Nantsupawat, R., Wichaikhum, O., & Nantsupawat, A. (2014). The relationship between nurses' extended work hours and patient, nurse, and organizational outcomes in general hospital. *Nursing journal*, 41(4), 58-61. (In Thai)
- Nursing Division. (2018). *National nursing service strategy 2017-2021*. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2018). *Twenty-year national strategic plan for public health*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsPlan2017_version2.pdf.
- Sawaengdee, K. (2002). *Guidelines for nursing workforce management* (1st ed.). Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *Leadership and management strategies of nursing organizations in the 21st century* (2nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Strategy and Planning Division. (2018). *20 year national strategic plan for public health budget 2018*. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Supamanee, T., Kunaviktikul, W., & Keitlertnapha, P. (2014). Nurses' extended work hours and nurse outcomes in community hospitals. *Nursing Journal*, 41, 48-58. (In Thai)
- Triemkietikun, S. (2009). *Nurse staffing for nurse anesthetists, Taksin Hospital* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)



ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Activity-Based Costing of Services in Male Medical Ward 2, Uttaradit Hospital

สนอง	ล้วนรัตนการ *	Sanong	Luanratanakorn *
ฐิติณัฐ	อัครเดชอนันต์**	Thitinut	Akkadechanunt **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **

บทคัดย่อ

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการมีความสำคัญต่อผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์ในการบริหารทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้องอกสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ กิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้องอกสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม พุทธศักราช 2560 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา คือ การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของ Kaplan & Cooper (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ พจนานุกรมกิจกรรมการบริการ แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าลงทุน ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้เก็บข้อมูล 2 คน ได้เท่ากับ 0.89 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 7,505.21 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 30.16:69.22:0.62 และมีต้นทุนมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 3,726.55 บาท
2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองตายต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 3,712.33 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 30.72:68.68:0.60 และมีต้นทุนน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 3,612.69 บาท
3. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 5,009.15 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 42.97:56.28:0.75 และมีต้นทุนมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 1,265.85 บาท

ผลการศึกษานี้แสดงว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูล

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

* Professional Nurse, Uttaradit hospital, sanong.utel@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 20 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 1 กันยายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 4 มกราคม 2561

พื้นฐานในการบริหารและปรับปรุงกิจกรรมในกระบวนการให้บริการผู้ป่วยโรคโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบให้เหมาะสมกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสำคัญ: ต้นทุนฐานกิจกรรมบริการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2

Abstract

The activity-based costing of services is important for hospital and nursing administrators in order to manage resources used for providing services. This descriptive study aimed to study the activity-based costing of services in patients with pneumonia, cerebral infarction and chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, admitted in male medical ward 2, Uttaradit Hospital and compared the activity-based cost of services with the budget allocated from the National Health Security Office. The sample for this study was service activities for patients with pneumonia, cerebral infarction and chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation that were admitted to the hospital from August to October 2017. The conceptual framework used for this study was the Activity-Based Costing introduced by Kaplan and Cooper (1998) which is composed of four steps. 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. All instruments were confirmed for content validity by three experts and the inter-rater reliability of two data collectors was 0.89. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The activity-based cost of services in patients with pneumonia per admission was 7,505.21 Thai baht (THB). The ratio of labor costs:material costs:capital costs was 30.16:69.22:0.62 which is higher than the amount of the budget allocated from the National Health Security Office at 3,726.55 THB.
2. The activity-based cost of services in patients with cerebral infarction per admission was 3,712.33 THB. The ratio of labor costs:material costs:capital costs was 30.72:68.68:0.60 which is less than the amount of the budget allocated from the National Health Security Office at 3,612.69 THB.
3. The activity-based cost of services in patients with chronic obstructive pulmonary disease per admission was 5,009.15 THB. The ratio of labor costs:material costs: capital costs was 42.97:56.28:0.75 which is higher than the amount of the budget allocated from the National Health Security Office at 1,265.85 THB.

Hospital and nursing administrators can use the results of this study as a database to manage and improve the service activities for patients with pneumonia, cerebral infarction and chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation that is appropriate to the budget allocated from the National Health Security Office.

Keywords: Activity-based costing, Male Medical Ward 2

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอนาคต ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น (National Statistical Office, 2016) การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองตาย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Senanarong, 2015) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก (Fasay, Pinyokum, & Sittisombut, 2016) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ มีผลทำให้ติดเชื้อได้ง่าย เช่น เป็นโรคปอดอักเสบ รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมานาน (National Health Security Office, 2016) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะทำหน้าที่ในการจ่ายเงินให้กับสถานบริการสุขภาพ แทนประชาชน (National Health Security Office, 2014) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีมติเห็นชอบในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยใช้การเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยในทั่วไปใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ และจ่ายชดเชยด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับจำนวนวันนอน

การที่ สปสช. ไม่ได้จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการเท่ากับที่ใช้จ่ายจริงทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดทุน ในไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2559 พบว่า โรงพยาบาลในประเทศไทยทั้งหมด 896 แห่ง ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินอยู่ในระดับ 7 (วิกฤตรุนแรง) ร้อยละ 9.83 และ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ทั้งหมด 47 แห่ง ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินอยู่ในระดับ 7 ร้อยละ 17.02 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ได้ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินอยู่ในระดับ 7 ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 ปี ในปีงบประมาณ 2558 และ ปีงบประมาณ 2559 (Finance and Accounting Department Uttaradit Hospital, 2016)

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในงบประมาณปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยใน 45,549 ราย พบว่า เป็นผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 3 อันดับโรคแรกคือ โรคปอดอักเสบ โรคเนื้องอกสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบเท่ากับ 825, 624 และ 309 รายตามลำดับ เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 จำนวน 163 ราย, 154 ราย และ 107 ราย ตามลำดับ (Information and Technology Department Uttaradit Hospital, 2016) จากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้องอกสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ปี 2559 ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากสำนักหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 โรคดังกล่าว เท่ากับ 26,321,164 บาท, 8,190,658 บาท และ 2,739,892 บาทตามลำดับ ทางโรงพยาบาลได้รับการจัดสรรเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 24,884,232 บาท, 7,075,872 บาท และ 2,548,669 บาทตามลำดับ จะเห็นได้ว่าได้รับเงินน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บแต่ละโรคเป็นจำนวน 1,436,932 บาท, 1,114,786 บาท และ 191,223 บาท

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 ได้เห็นความสำคัญของการบริหารทรัพยากรที่ใช้ในการบริการที่เหมาะสมและคุ้มค่าจึงมีความสนใจที่จะศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้องอกสมองตายและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบซึ่งเป็นโรคที่เข้ารับการรักษาเป็น 3 อันดับโรคแรก และเป็นโรคที่ได้รับเงินจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณ ที่ได้รับการจัดสรรเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์เป็นเท่าไร

2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์โดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-Based Costing: ABC) ของ Kaplan & Cooper (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรม ขั้นตอนที่ 2 กำหนดปริมาณการใช้ทรัพยากรในแต่ละกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ระบุผลผลิตบริการ และลูกค้าขององค์กร ขั้นตอนที่ 4 เลือกตัวหลักต้นทุนที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมผลผลิต บริการ และลูกค้าขององค์กร ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ประกอบด้วย การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง (Hospital Quality Assurance Institute, 2015)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อวิเคราะห์ ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 25 คน ประกอบด้วย แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 8 คน พนักงานทั่วไป จำนวน 1 คน และ กิจกรรมในการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ

กลุ่มตัวอย่างคือ กิจกรรมในการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ คำนวณตามหลักการศึกษาเวลา โดยการ ศึกษาเวลา เบื้องต้นการจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมย่อยในการบริการตามพจนานุกรมกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบทำการจับเวลาทุกกิจกรรมโดยทำการจับเวลาเบื้องต้น 5 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลามากกว่า 2 นาที หรือจับเวลา เบื้องต้น 10 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลาน้อยกว่า 2 นาที (Chiraphattharasinlapa, 2010) จากนั้นคำนวณค่าเฉลี่ย (mean) ในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมย่อยในพจนานุกรม แล้วนำค่าเฉลี่ยของเวลาในแต่ละกิจกรรมย่อยที่คำนวณได้ไปกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการจับเวลาจากตารางสำเร็จรูป (Rijiravanit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย 1) พจนานุกรมกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์มีลักษณะเป็นตารางประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก และ 57 กิจกรรมรอง ลักษณะของกิจกรรมหรือคำอธิบายกิจกรรม 2) แบบบันทึกเวลาประกอบด้วยแบบบันทึกปริมาณเวลา และแบบบันทึกจำนวนครั้งของการจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ กิจกรรมหลัก กิจกรรมรอง ลักษณะของกิจกรรม ผู้ปฏิบัติที่กำหนดเป็นรหัส ปริมาณเวลาที่จับได้มีหน่วยเป็นนาที่ต่อครั้ง 3) แบบบันทึกต้นทุนประกอบด้วย (1) แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง มีรายละเอียดผู้ปฏิบัติงาน ตำแหน่งเงินเดือน ตกเบิกเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข ค่าตอบแทนวิชาชีพ (พตส.) ค่าตอบแทนล่วงเวลา (work load) เงินตอบแทนล่วงเวลาป่วย-ติด เงินค่าตอบแทนล่วงเวลา เงินค่าไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินค่าสอนนักศึกษา เงินค่ารักษาพยาบาล และเงินค่าเล่าเรียนบุตร (2) แบบบันทึกต้นทุนค่าวัสดุระบุรายการวัสดุสิ้นเปลือง ราคาต่อหน่วย ปริมาณที่ใช้ และจำนวนเงิน (3) แบบบันทึกต้นทุนค่าลงทุณระบุรายการค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ คำนวณจากสูตร ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ = (ราคาทุน-ราคาซาก) / หารด้วยอายุการใช้งาน (ปี) และ นำมาหักจกัจับเวลา 2 เรือนการตรวจสอบ ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกต โดยผู้ศึกษา และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ซึ่งเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล ได้ค่าความตรงกันเท่ากันของการสังเกตเท่ากับ 0.89 และผู้ศึกษานำมาหักจกัจับเวลาทั้ง 2 เรือน ตรวจสอบความเที่ยงกับสัญญาณวิทยุจากกรมอุตุนิยมวิทยา กองทัพเรือ เวลา 08.00 น. ที่ตำแหน่งเดียวกัน 3 วัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 1

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากได้ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการ

จริยธรรมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และได้ดำเนินการตาม ขั้นตอนของการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ คือ

1. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลค่าแรงทั้งหมดของ บุคลากรจากฝ่ายการเงินและบัญชี ต้นทุนค่าวัสดุสิ้น เปลืองจากฝ่ายเภสัชกรรมและพัสดุ และต้นทุนค่าลงทุณ จากฝ่ายพัสดุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

2. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยเก็บข้อมูลทำการเก็บข้อมูล เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการตามพจนานุกรม กิจกรรมการบริการตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

3. คำนวณต้นทุนค่าแรงโดยนำผลรวมของรายได้ ทั้งหมดมาคำนวณหาค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนโดย ปันค่าแรงลงสู่กิจกรรมตามสัดส่วนการทำงานของ บุคลากรแต่ละคนในการปฏิบัติงานตามกิจกรรม ลงสู่กิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ตามสัดส่วนการทำงานของบุคลากรแต่ละคนในการ ปฏิบัติงานนำค่าแรงต่อปีของบุคลากรแต่ละคนมาคิด สัดส่วนเฉพาะกิจกรรมด้านการบริการ นำค่าแรงของ บุคลากรแต่ละคนต่อหน้าที่ ซึ่งคำนวณจากค่าแรงปันส่วน ในกิจกรรมด้านการบริการของแต่ละคนหารด้วยจำนวน ชั่วโมงการทำงาน ภาครัฐบาลได้กำหนดให้พนักงานทำงาน สัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ หรือ 2,080 ชั่วโมงต่อปี นำค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนที่คิดต่อหน้าที่ในการปฏิบัติ กิจกรรมการบริการต่าง ๆ มาคูณกับเวลาที่ใช้ในแต่ละ กิจกรรมจะได้เป็นค่าแรง

แต่ละกิจกรรมนำค่าแรงของกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ที่คำนวณได้มารวมเป็นค่าแรงทั้งหมดในการปฏิบัติ กิจกรรมการบริการนำค่าแรงทั้งหมดในการปฏิบัติ กิจกรรมการบริการ หารด้วยจำนวนบุคลากรจะได้เป็น ต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ แต่ละครั้งหลังจากนั้น นำต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยในการปฏิบัติ กิจกรรมการบริการในแต่ละครั้ง คูณด้วยจำนวนเฉลี่ย ในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการจะได้เป็นต้นทุนค่าแรง รวมในแต่ละกิจกรรม

4. คำนวณต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในแต่ละกิจกรรม} = \frac{\text{ผลรวมของค่าวัสดุสิ้นเปลือง}}{\text{จำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม}}$$

นำต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในแต่ละกิจกรรมของผู้ป่วยทุกรายรวมกันแล้วหาร ด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จะได้เป็นต้นทุนเฉลี่ยค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการแต่ละครั้ง หลังจากนั้นนำต้นทุนเฉลี่ยค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการในแต่ละครั้งคูณกับจำนวนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการจะได้เป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวมในแต่ละกิจกรรม

5. คำนวณต้นทุนค่าลงทุนรวม ซึ่งประกอบด้วย ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ คำนวณจาก ราคาทุน-ราคาซาก/อายุการใช้งาน (ปี)

6. นำต้นทุนค่าแรงรวม ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวม และต้นทุนค่าลงทุนในแต่ละกิจกรรมมารวมเป็นต้นทุนรวมทั้งหมดต่อการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง

7. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของต้นทุนกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้องอกสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้งกับงบประมาณ ที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการวิจัยต้นทุนกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลาอนเฉลี่ย เท่ากับ 4.21 วัน เป็นเงิน 7,505.21 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 2,263.30 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 5,194.86 บาท และต้นทุน ค่าลงทุน เท่ากับ 47.05 บาท (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ตามกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (4.21วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	47.27	108.07	0.00	155.34
2. การประเมินผู้ป่วย	206.56	895.09	1.64	1,103.29
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	429.90	4.62	0.00	434.52
4. การดูแลผู้ป่วย	1,395.50	4,116.98	45.41	5,557.89
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	25.05	2.70	0.00	27.75
6. การดูแลต่อเนื่อง	159.02	67.40	0.00	226.42
รวม	2,263.30	5,194.86	47.05	7,505.21

ต้นทุนกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลาอนเฉลี่ย เท่ากับ 3.06 วัน เป็นเงิน 3,712.33 บาท พบว่า

ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,140.41 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 2,549.64 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 22.28 บาท (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคเนื้อสมองตาย ตามกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (3.06วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	34.97	64.23	0.00	99.20
2. การประเมินผู้ป่วย	176.02	2,109.87	1.61	2,287.50
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	293.51	5.62	0.00	299.13
4. การดูแลผู้ป่วย	507.01	285.15	20.67	812.83
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	24.87	2.70	0.00	27.57
6. การดูแลต่อเนื่อง	104.03	82.07	0.00	186.10
รวม	1,140.41	2,549.64	22.28	3,712.33

ต้นทุนกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ตามระยะเวลานอนเฉลี่ย เท่ากับ 2.98 วัน เป็นเงิน 5,009.15 บาท พบว่า ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 2,152.59 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 2,819.32 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 37.24 บาท (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบตามกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการนอน รพ. 1 ครั้ง (2.98วัน)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	35.02	81.32	0.00	116.34
2. การประเมินผู้ป่วย	179.53	506.86	1.63	688.02
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วย	347.40	5.42	0.00	352.82
4. การดูแลผู้ป่วย	1,432.68	1,005.62	35.61	2,473.91
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	24.96	2.70	0.00	27.66
6. การดูแลต่อเนื่อง	133.00	1,217.40	0.00	1,350.40
รวม	2,152.59	2,819.32	37.24	5,009.15

โรคปอดอักเสบ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ มีต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับ 3,726.55 บาท และ 1,265.58 บาท ตามลำดับและโรคเนื้อสมองตาย มีต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการน้อยกว่า ที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 3,612.69 บาท (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรค	ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ (บาท)	การจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บาท)	ผลต่างค่าบริการ (บาท)	วันนอนเฉลี่ยจากการศึกษา (วัน)	วันนอนมาตรฐาน (วัน)
โรคปอดอักเสบ	7,505.21	3,778.66	3,726.55	4.21	3.81-11
โรคเนื้อสมองตาย	3,712.33	7,325.02	3,612.69	3.06	3.6-12
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ	5,009.15	3,743.30	1,265.85	2.98	3.04-9

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมบริการ ประกอบด้วย ผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง และต้นทุนค่าลงทุน ได้ผล ดังนี้

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เท่ากับ 7,505.21 บาท เป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 2,263.30 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 5,194.86 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 47.05 บาท มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 4.21 วัน คิดเป็น 1,782.71 บาทต่อวันนอน ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 4,116.98 บาท เนื่องจากโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ทำหน้าที่ในการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรดิตถ์ และจังหวัดใกล้เคียง ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์จึงเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ในกิจกรรมการดูแลจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะจนกว่าจะครบคอร์สเพื่อ

ป้องกันการดื้อยา และยาปฏิชีวนะที่เลือกใช้มีราคาสูง มีบางกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีต้นทุนค่าแรงสูง เช่น กิจกรรมการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกันกับแพทย์ สาเหตุจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีระดับตำแหน่งชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 66 (Human Resources Department Uttaradit Hospital, 2016) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้พิเศษต่าง ๆ เช่น มีเงินประจำตำแหน่ง และเงินค่าสอนนักศึกษาแพทย์ เป็นต้น ทำให้ค่าแรงต่อหน้าที่สูง มีผลทำให้ต้นทุนค่าแรงต่อกิจกรรมสูงเมื่อเปรียบเทียบกับศึกษาอื่น ๆ ในประเทศไทย ไม่พบรายงานส่วนการศึกษาต้นทุนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Kim, Lee, & Shin (2013) ที่ศึกษาระยะเวลาวันนอนและต้นทุนกิจกรรมโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลทั่วไป ประเทศเกาหลี พบว่า ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 4.86 วัน ซึ่งใกล้เคียงกับระยะวันนอนเฉลี่ยของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ต้นทุนรวม เท่ากับ 20,393 บาท ซึ่งพบว่า ต้นทุนสูงกว่า เนื่องจากกระบวนการทำงาน วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรที่แตกต่างกัน

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคเนื้อสมองตายต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในผู้ป่วยโรคเนื้อสมองตาย เท่ากับ 3,712.33 บาท เป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,140.41 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ

2,549.64 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 22.28 บาท มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 3.06 วัน คิดเป็น 1,213.18 บาทต่อวันนอน พบว่าต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ในกิจกรรมการประเณผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุน สูงสุด เท่ากับ 2,109.87 บาท เป็นต้นทุนค่าเอ็กซเรย์ สมองคอมพิวเตอร์ เท่ากับ 1,200 บาท เนื่องจากใน กิจกรรมการประเณผู้ป่วย ต้องมีการเอ็กซเรย์สมอง คอมพิวเตอร์ตามมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนฐาน กิจกรรมการบริการโรคเนื้อสมองตายกับการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทยยังไม่พบรายงาน ส่วนการศึกษาต้นทุนผู้ ป่วยโรคเนื้อสมองตายในต่างประเทศ เช่นการศึกษาของ Wang, Wang, Wu, & Guo (2012) ได้ศึกษาการ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคเนื้อสมองตาย ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศจีน พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่าย ของโรงพยาบาล คือ จำนวนวันนอนเฉลี่ย ส่วนต้นทุน รวม เท่ากับ 41,856 บาทต่อรายต่อการรักษา 1 ครั้ง เนื่องจากในต่างประเทศ มีกระบวนการทำงาน วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากรที่ไม่เหมือนกับประเทศไทย

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ เท่ากับ 5,009.15 บาท เป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 2,152.59 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 2,819.32 บาท และ ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 37.24 บาท มีจำนวนวันนอน เฉลี่ย เท่ากับ 2.98 วัน คิดเป็น 1,680.92 บาทต่อวัน นอน พบว่าต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในกิจกรรมการดูแล ต่อเนื่องเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 1,217.40 บาท และต้นทุนรองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 1,005.62 บาท เป็นต้น ทุนค่ายา เท่ากับ 1,291.50 บาท เนื่องจากโรคปอดอุด กั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังและความรุนแรงของโรคจะเพิ่ม ขึ้นเรื่อย ๆ จำเป็น ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง และต้อง ได้รับยาพ่นต่อเนื่องด้วยเช่นกัน จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษา ของ Pradit, Rittikul, Boonsawat, Meesree, &

Saeuy (2015) ที่ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษา พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ใช้สิทธิหลัก ประกันสุขภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2556 พบว่า ต้นทุนรวมต่อวันนอน เท่ากับ 1,797.72 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับต้นทุนรวมต่อวันนอนของหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ทั้งนี้เนื่องจาก ทั้งสองโรงพยาบาลเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีมาตรฐานใน การรักษา มีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย ซึ่งแตกต่างจาก การศึกษาของ Cheunjit, Auyapakdee, & Kanoktech (2010) ที่ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ โรคปอดอุดกั้น เรื้อรังแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2553 พบว่า ต้นทุนต่อ การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 3,898.59 บาท ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้งต่อราย และเท่ากับ 1,234.66 บาทต่อวันนอน ซึ่งต่ำกว่าหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เนื่องจาก โรงพยาบาลแม่ลาว เป็นโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยจะมี ความรุนแรงของโรคและโรคร่วมน้อยกว่า ตลอดจนวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้มีความแตกต่างกัน เช่นกันและจาก การศึกษาของ Ortakoylu et al. (2015) ได้ศึกษาต้นทุน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลโรคทรวงอก ประเทศตุรกี พบว่าต้นทุนต่อการรักษาผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง ต่อการนอนโรงพยาบาล เท่ากับ 2,061.77 บาท ต่อวันนอน จะเห็นได้ว่าต้นทุนต่อวันนอนใกล้เคียง กับต้นทุนต่อวันนอนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2

ในการศึกษาครั้งนี้ ต้นทุนค่าแรง คิดเฉพาะ ค่าแรงของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยเหลือ คนไข้ และพนักงานทั่วไปที่ปฏิบัติกิจกรรมบริการในหอ ผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 เท่านั้น ยังไม่ได้คิดค่าแรงของ บุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกเวชระเบียน กลุ่มงาน เภสัชกรรม กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงาน รังสีวิทยา ฝ่ายโภชนาการ ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู และหน่วย งานสนับสนุนอื่น ๆ เช่น ฝ่ายการเงิน ฝ่ายพัสดุ หน่วยงาน

ดังที่ได้กล่าวมามีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการของผู้ป่วย ต้นทุนค่าลงทุนคิดเฉพาะเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเครื่องเฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพเท่านั้น ไม่ได้คิดต้นทุนค่าลงทุน ราคาอาคารสิ่งก่อสร้าง เนื่องจากอาคารหอผู้ป่วยอายุประมาณ 25 ปี มีอายุการใช้งานนานเกิน 25 ปี และครุภัณฑ์ที่ราคาต่ำกว่า 30,000 บาท ไม่ได้คิดเช่นกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ยังไม่ได้คิดต้นทุนทางอ้อมที่เป็นค่าดำเนินการ ค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ เช่น ค่าน้ำประปาและบาดาล ค่าไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ ค่าไปรษณีย์และขนส่ง เป็นต้น

2. เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง พบว่า โรคปอดอักเสบมีต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการสูงกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 3,726.55 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย 4.21 วัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน มีอาการรุนแรง และมีประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนแล้ว จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะที่ตอบสนองต่ออาการและเชื้อที่มีประสิทธิภาพมากกว่ายาชนิดก่อนที่ผู้ป่วยเคยได้รับ และการให้ยาปฏิชีวนะจำเป็นต้องให้ครบเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา และยาที่มีราคาสูง

โรคเนื้อสมองตาย มีต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการน้อยกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 3,612.69 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 3.06 วัน ในส่วนของต้นทุนค่าแรงนั้นคิดเฉพาะค่าแรงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุประมาณ 2 เท่านั้น ประกอบด้วยแพทย์พยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทั่วไป ไม่ครอบคลุมหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากแต่ละหน่วยงานยังไม่มีกรคิดต้นทุนของตนเองนอกจากนี้ยังไม่ได้คิดในส่วนของต้นทุนทางอ้อม และค่าอาหาร นอกจากนี้ยังไม่ได้รวมต้นทุนในการทำกายภาพบำบัด และที่สำคัญผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงศึกษา เป็นผู้ป่วยไม่วิกฤต ระดับความรู้สึกตัว

มากกว่า 10 (Institute of Neurology, 2015) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการน้อยกว่า ที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ มีต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการมากกว่าที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 1,265.85 บาท โดยมีวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 2.98 วัน ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการสูงกว่าเงินที่ได้รับที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ เป็นโรคเรื้อรังและอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของโรคในกิจกรรมการดูแลต่อเนื่อง จำเป็นต้องได้รับยาปรับประทุกัน ยาพ่นต่อเนื่องที่บ้าน และยาพ่นมีราคาสูง เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษา ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคเนื้อสมองตายที่พบว่าต้นทุนน้อยกว่าการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้บริหารควรกำหนดให้ทุกหน่วยงานวิเคราะห์ต้นทุนของหน่วยงานตนเอง ให้ครอบคลุมทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเพื่อที่จะวิเคราะห์ข้อมูลได้ครอบคลุมมากขึ้น

2. ผลการศึกษา ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบที่พบว่าต้นทุนมากกว่าการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้บริหารโรงพยาบาลและทีมสหสาขาควรทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสองโรคนี้ให้มีการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่สมเหตุ สมผล เพื่อลดต้นทุนของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีระดับความรุนแรงหลากหลายเนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่างกันจะใช้ทรัพยากรที่แตกต่างกันและเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และโรคที่เสี่ยงต่อการสูญเสียทรัพยากร

ในการดูแลผู้ป่วยมาก เช่น โรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ต้องรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น

3. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมทางอ้อมของโรงพยาบาลเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับต้นทุนทางตรงในการให้บริการผู้ป่วยโรคต่างๆ ในการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

เอกสารอ้างอิง

- Cheunjit, P., Auypakdee, N., & Kanoktech, T. (2010). *Unit cost of chronic obstructive pulmonary disease inpatient wards, Maelao Hospital, Chiang Rai Province fiscal year 2010*. Retrieved from <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc/3/files/mmo12.pdf> (In Thai)
- Chiraphattharasinlapa, K. (2010). *Industrial work study: Chapter 9 time study*. Retrieved from http://www.ptonline.org/img-lib/staff/file/komson_000822.pdf (In Thai)
- Fasay, S., Pinyokum, N., & Sittisombut, S. (2016). Factors related to pulmonary rehabilitation practice of people with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 43, 48. (In Thai)
- Finance and Accounting Department Uttaradit Hospital. (2016). *Summary of annual report 2016*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai)
- Hospital Quality Assurance Institute. (2015). *Hospital standard and health service 60th anniversary commemoration celebrations* (2nd ed.). Bangkok: D.One Book.
- Human Resources Department Uttaradit Hospital. (2016). *Summary of annual report 2016*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai)
- Information and Technology Department Uttaradit Hospital. (2016). *Summary of annual report 2016*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai)
- Institute of Neurology. (2015). *Nursing guidelines for stroke patients for general nurses* (1st ed.). Bangkok: Thana Press. (In Thai)
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kim, S. M., Lee, H. J., & Shin, D. G. (2013). Economic length of stay and opportunity income of appendectomy and pneumonia using activity-based costing. *Health Policy and Management*, 23(2). doi:10.4332/KJHPA.2013.23.2.124
- National Health Security Office. (2014). *A guide to long term public health care systems with local dependency on the national health security system fiscal year 2014*. Retrieved from <http://www.nhso.go.th> (In Thai)

- National Health Security Office. (2016). *"Birth" universal coverage, a new dimension of public health services for the better quality of life of Thai people*. Retrieved from <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/Default.aspx> (In Thai)
- National Statistical Office. (2016). *Number and proportion of Thai elderly as a whole*. Retrieved from <http://www.dop.go.th/know/1/45> (In Thai)
- Ortakoylu, M. G., Altin, S., Bahadir, A., Orer, H. N., Kosar, F., & Coskun, A. (2016). Activity-based costing management and hospital cost in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *European Journal of General Medicine*, 13(2), 116-126.
- Pradit, N., Rittikul, T., Boonsawat, W., Meesree, A., & Saeuy, A. (2015). *Cost analysis of medical care for patient chronic obstructive pulmonary disease that uses health insurance Srinakharin Hospital Faculty of Medicine Khonkan University fiscal year 2013*. Retrieved from <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc/3/files/mmo12.pdf> (In Thai)
- Rijiravanit, W. (2010). *Working study: Principles and case studies* (7th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Wang, X., Wang, G., Wu, J., & Guo, W. (2012). The analysis on the influencing factors of hospital costs for cerebral infarction patients. *Green Communications and Networks*, 113, 1303-1309. doi:10.1007/978-94-007-2169-2_153



การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ Situational Analysis of Risk Management for Postpartum Hemorrhage, Chiangrai Prachanukroh Hospital

สุพิชชา	ปันแก้ว *	Supihcha	Punkaew *
อภिरดี	นันทศุภวัฒน์ **	Apiradee	Nantsupawat **
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล ***	Petsunee	Thungjaroenkul ***

บทคัดย่อ

การบริหารความเสี่ยงในระบบบริการสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อค้นหา ประเมินผลและดำเนินการแก้ไข ความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่อันตรายต่อผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้า เพื่ออธิบายสถานการณ์การบริหาร ความเสี่ยง ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือด หลังคลอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้เข้าร่วมการศึกษประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระดับ ผู้บริหารและคณะกรรมการความเสี่ยงกลุ่มงานสูติเวชกรรม จำนวน 8 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน หน่วยงานห้องคลอดจำนวน 17 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอดจำนวน 9 คน รวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามการสัมภาษณ์ และการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์เนื้อหา

1. สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์อธิบาย ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงของอนุวัฒน์ ศุภชอุฏกุล (2543) มีดังต่อไปนี้

- 1.1 การค้นหาความเสี่ยง พบว่าระดับการรับรู้การบริหารความเสี่ยงโดยรวมมีระดับสูง
- 1.2 การประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง พบว่าระดับการรับรู้การบริหารความเสี่ยงโดยรวมมีระดับสูง
- 1.3 การจัดการกับความเสี่ยง พบว่าระดับการรับรู้การบริหารความเสี่ยงโดยรวมมีระดับสูง
- 1.4 การประเมินผล พบว่าระดับการรับรู้การบริหารความเสี่ยงโดยรวมมีระดับสูง

2. ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย การบันทึกเหตุการณ์ ไม่ครอบคลุม และไม่ได้นำเหตุการณ์มาทบทวนทันที ขาดประสบการณ์ในการประเมินและปฏิบัติตามแนวทาง การรายงานอุบัติการณ์ในระบบอินทราเน็ตล่าช้า ระบบการรายงานความเสี่ยงในอินทราเน็ตมีความซับซ้อนและ ไม่เสถียร การฝึกอบรมไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ไม่กล้าที่จะรายงานอุบัติการณ์

3. ข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดย การกำหนดการทบทวนอุบัติการณ์อย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ การพัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

* Register Nurse, Chiangrai Prachanukroh Hospital, poohchompoo@gmail.com.

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, apiradee.n@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 22 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 25 กันยายน 2562

โดยให้รักษาความลับของผู้รายงาน การส่งเสริมให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ การปรับปรุงระบบบันทึกเหตุการณ์และพัฒนาช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานอุบัติการณ์ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานของการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดซึ่งผู้บริหารความเสี่ยงในหน่วยงานห้องคลอด คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานห้องคลอดต่อไป

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์ การบริหารความเสี่ยง การตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์

Abstract

Risk management in the health service system aims to identify, evaluate, and take corrective action against potential risks that could lead to patient injury. The objectives of this study were to describe the risk management situation, explore the problems and barriers to risk management, and explore ways to solve problems related to risk management for postpartum hemorrhage at Chiangrai Prachanukroh Hospital. The participants included 8 risk management committee team members of the obstetric department, including the nursing director, 17 professional nurses, and 9 nurse aides from the labour room. Data were collected through questionnaire, interview, and brainstorming. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

1. Risk management for postpartum hemorrhage at Chiangrai Prachanukroh Hospital is presented using domains in Supachutikul's risk management process (2000):

1.1 Risk identification: Perception of risk management with regards to risk identification was at a high level.

1.2 Risk assessment or risk analysis: Perception of risk management with regards to risk assessment/analysis was at a high level.

1.3 Action to manage risk: Perception of risk management with regards to actions to manage risk was at a high level.

1.4 Evaluation: Overall, participants perceptions of risk management at their institutions were at a high level.

2. The problems and barriers related to risk management included incomplete incident records, delayed incident reviews, lack of experience in conducting assessments and following the guidelines, delayed incident reporting in the intranet system, a complex and unstable reporting system via intranet, insufficient training, fear from staff in reporting incidents.

3. The participants' made the following suggestions for solving problems: the timeline for reviewing incidents should be clear and consistent, a confidential incident reporting system should be developed and risk management staff trainings should be promoted., Participants also suggested improving the incident reporting system, developing an incident reporting channel, and promoting positive attitudes towards incident reporting.

The findings of this study serve as baseline information regarding risk management for the Postpartum Hemorrhage at Chiangrai Prachanukroh Hospital. It is recommended that hospital administrators who are part of the hospital's labour room risk committee use this information to improve the risk management process in this unit.

Keywords: *Situational Analysis, Risk Management, Postpartum Hemorrhage, Chiangrai Prachanukroh Hospital*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในโลกยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแบบพลิกโฉม (disruptive change) ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของคนเปลี่ยนไปรวมทั้งการบริการสุขภาพด้วย คุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความไว้วางใจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งนำมาสู่ความยั่งยืน การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นในสถานบริการทางสุขภาพเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการสุขภาพ (Nantsupawat, 2011) โรงพยาบาลทุกแห่งต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการที่จะนำไปสู่การรับรองคุณภาพด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่ของระบบงานบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้น การตกเลือดหลังคลอดเป็นความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานห้องคลอดทุกแห่งโดยมีการกำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลทางสูติกรรมด้านคุณภาพการให้บริการการคลอดที่เป็นอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำคลอดที่ป้องกันได้ องค์การอนามัยโลกระบุว่าร้อยละ 25 ของการตายของมารดาทั่วโลก มีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด และ 1 ใน 4 ของการตายมารดาหลังคลอดเกิดจากการตกเลือดหลังคลอด (Moussa & Alfrevic, 2007)

ผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอดมีผลต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางด้านเศรษฐกิจ โดยทางด้านร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะช็อค และขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมอง

ส่วนหน้าก่อให้เกิดภาวะซีฮานซินโดรม (Sheehan's syndrome) (Feinberg, Molitch, Enders, & Peace-man, 2005) หากดูแลรักษาไม่ทันท่วงทีอาจต้องตัดมดลูก หรือทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Ramathan & Arulkumaran, 2006) การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ทุกระดับทำให้ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากรู้สึก เครียด เหนื่อยล้ากลัวผลกระทบจากการปฏิบัติ ส่วนผลกระทบต่องค์กรนั้นย่อมก่อให้เกิดความเสียหายในด้านชื่อเสียง ขาดความเชื่อมั่นศรัทธาต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล (World Health Organization, 2009) การตกเลือดหลังคลอดจึงถือได้ว่าเป็นความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานห้องคลอดทุกแห่ง

การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยลดจำนวนและความรุนแรงของอุบัติเหตุและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเสียชีวิตและจำกัดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อบุคลากร ระบบการปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ รวมทั้งการลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร (Willson, 1992) การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อค้นหาข้อมูลที่ชัดเจนสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง (Phattharaporn, 1990) แนวคิดในการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงซึ่งมีหลากหลาย การศึกษาแต่ที่นิยมนำมาศึกษาทางการ

พยาบาล ได้แก่ การบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ Supachutikul (2000) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยงหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการกับความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล เป็นขั้นที่บอกถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการความเสี่ยงขององค์กรจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง โดยใช้แนวคิดของ Supachutikul (2000) หลายหน่วยงาน ได้แก่ Chanhom (2011) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ Chanpanyasakun (2010) ที่ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาในการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากที่ได้

หน่วยงานห้องคลอดจัดให้การตกเลือดหลังคลอดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการบริการอันดับหนึ่งซึ่งสถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อยทั้งในกรณีที่มีการเฝ้าระวังและที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ จากสถิติ ในปี 2557, 2558, 2559, 2560 มีจำนวน 43, 75, 74, 78 คิดเป็น ร้อยละ 1.98, 2.64, 2.58, 2.61 ตามลำดับ เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 2 จึงยึดถือตามแนวปฏิบัติของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 1 ได้ให้ความสำคัญในการลดอัตราการตายของมารดาให้เป็น “ศูนย์” (Maternal and Child Health Work, Health Zone 1, 2017) แต่ในปี 2557, 2558 ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเป็นสาเหตุการตายของมารดา จำนวน 2, 1 ราย คิดเป็นอัตรา 36.14, 18.09 ซึ่งเกณฑ์ไม่เกิน 18 : 100,000 การเกิดมีชีพ (Labor room of Chiang Rai Prachanukroh Hospital, 2016) การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จะช่วยทำความเข้าใจการตีความการตรวจสอบ การหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลและการสืบค้นความจริง เพื่อนำไปวางแผนการพัฒนาคุณภาพและปรับปรุงระบบการปฏิบัติการพยาบาลในการบริหาร

ความเสี่ยงในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงราย ประสานุเคราะห์ให้เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงราย ประสานุเคราะห์
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงราย ประสานุเคราะห์

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงราย ประสานุเคราะห์ เป็นอย่างไร
2. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงราย ประสานุเคราะห์เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) กลุ่มประชากรประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระดับผู้บริหารและคณะกรรมการความเสี่ยงกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม จำนวน 8 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอดจำนวน 17 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอดจำนวน 9 คน ทำการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม ถึงเดือน เมษายน 2562 รวบรวมข้อมูลโดย แบบสอบถาม และแนวคำถามการสัมภาษณ์และการประชุมระดมสมองเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงานประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับ

การบริหารความเสี่ยง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน การมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนกระบวนการดูแลผู้คลอด แนวทางปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานห้องคลอดและระดับโรงพยาบาล การสัมภาษณ์พยาบาลอาวุโส 2 คน และคณะกรรมการความเสี่ยง 2 คนเป็นข้อคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบตามความคิดเห็นแบ่งเป็น 4 ด้านจำนวน 38 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบ Likert ชนิด 5 ระดับ นำคะแนนทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ยในช่วงระหว่าง 1-5 คะแนนและจัดระดับแบบมาตราประมาณค่าแบบ Likert ชนิด 5 ระดับ คือ สูงมาก สูง ปานกลาง ต่ำ ต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แนวคำถามการสัมภาษณ์และประชุมระดมสมอง ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยการพัฒนาจากการทบทวนกระบวนการดูแล แนวทางปฏิบัติ และกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานห้องคลอดและระดับโรงพยาบาล การสัมภาษณ์พยาบาลอาวุโส 2 คน และคณะกรรมการความเสี่ยง 2 คน ได้แนวคำถามการสัมภาษณ์ 4 ด้าน จำนวน 27 ข้อ ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล โดยนำข้อมูลที่ปฏิบัติจริงในหน่วยงานมาเป็นข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ส่งแบบสอบถามการรับรู้การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพ เกี่ยวกับ ความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของคำถามและความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถามในการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) คะแนนโดยรวมของข้อคำถามทั้งหมดเท่ากับ 0.91 หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำข้อคำถามที่ได้คะแนน 0.33

มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน

2. ส่งแนวคำถามการสัมภาษณ์และการประชุมระดมสมองให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพ เกี่ยวกับ ความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของคำถาม และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถามในการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) คะแนนโดยรวมเท่ากับ 0.92 นำข้อคำถามที่ได้คะแนน 0.33 มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และนำไปสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด 1 คนเพื่อจัดหมวดหมู่ของปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาเพื่อนำมาใช้รวบรวมข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงการการค้นคว้าแบบอิสระไปรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ผู้เข้าร่วมศึกษามีสิทธิยินยอมหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และหากไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการศึกษาสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และแจ้งว่าข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆ ทั้งสิ้น ผู้ศึกษายืนยันว่าจะเก็บเป็นความลับ ทั้งนี้ไม่มีการบันทึกชื่อของผู้เข้าร่วมการศึกษาในรายงานการศึกษา และข้อมูลจากการศึกษารั้งนี้ถูกทำลายทิ้งทั้งหมดหลังสิ้นสุดการศึกษา การนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
2. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ด้วยการแจกแจงความถี่

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่ม ผู้ศึกษาถอดเทปข้อมูลด้วยตนเองแล้ว จึงมีการจัดหมวดหมู่ สรุปเนื้อหา และทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ มีอายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 55.88 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 วุฒิการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61.76 ตำแหน่งงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ร้อยละ 44.12 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 1-10 ปี ร้อยละ 64.71 ประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานด้านระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย 1-10 ปี ร้อยละ 67.65 ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด ร้อยละ 47.06 การมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91

ส่วนที่ 2 การรับรู้การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของกลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารการพยาบาล และคณะกรรมการความเสี่ยง (N = 8), พยาบาลวิชาชีพ (N = 17), ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (N = 9)

ตัวแปร	ผู้บริหารการพยาบาล และคณะกรรมการ ความเสี่ยง			พยาบาลวิชาชีพ			ผู้ช่วยเหลือคนไข้		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.การค้นหาความเสี่ยง	3.73	0.556	สูง	3.71	0.568	สูง	3.72	0.512	สูง
2.การประเมินความเสี่ยง	3.96	0.453	สูง	4.01	0.380	สูง	4.09	0.422	สูง
3.การจัดการความเสี่ยง	4.46	0.468	สูง	4.48	0.450	สูง	4.48	0.353	สูง
4.การประเมินผล	4.00	0.500	สูง	4.20	0.498	สูง	4.07	0.389	สูง

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้การบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด หน่วยงานห้องคลอดของกลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารการพยาบาล และคณะกรรมการความเสี่ยง พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในการค้นหาความเสี่ยง รวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.73, SD=.556) ($\bar{X}$ =3.71, SD=.568) ($\bar{X}$ =3.72, SD=.512), การประเมินความเสี่ยง รวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.96, SD=.453) ($\bar{X}$ =4.01, SD=.380) ($\bar{X}$ =4.09, SD=.422), การจัดการความเสี่ยง รวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =4.46, SD=.468) ($\bar{X}$ =4.48, SD=.450)

($\bar{X}$ =4.48, SD=.353), การประเมินผลความเสี่ยง รวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =4.00, SD=.500) ($\bar{X}$ =4.20, SD=.498) ($\bar{X}$ =4.07, SD=.389)

ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย

1. การบันทึกเหตุการณ์ไม่ครอบคลุม และไม่ได้นำมาทบทวนทันที ดังคำกล่าวดังนี้ “ขณะเกิดเหตุการณ์เราต้องดูแลผู้คลอดก่อน ให้พ้นภาวะช็อกไปก่อนจึงมาลำดับเหตุการณ์เหตุการณ์แล้วเขียนบันทึกเหตุการณ์อีกที”

2. ขาดประสบการณ์ในการประเมินและปฏิบัติตามแนวทาง ดังคำกล่าวดังนี้ “ ที่ผ่านมามักพบปัญหาเกิดกับเจ้าหน้าที่ใหม่ ที่ขาดประสบการณ์ ประเมินล่าช้า เพราะไม่แน่ใจว่าควรจรรยาบรรณหรือไม่ ”

3. การรายงานอุบัติการณ์ในระบบอินทราเน็ตล่าช้า ดังคำกล่าวดังนี้ “ภาระงานเรามาก และเมื่อหมดเวลาทำงานลงเอยไปกลับมารายงานอีกทีเมื่อมาขึ้นเวรหรือหัวหน้าทักบางเหตุการณ์ก็ไม่ได้รายงานเลย”

4. ระบบการรายงานความเสี่ยงในอินทราเน็ตมีความซับซ้อนและไม่เสถียร ดังคำกล่าวดังนี้ “ส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นคนรายงาน เพราะเราแบ่งประเภทและระดับความรุนแรงไม่เป็น” “รายงานไปแล้ว พอหัวหน้าเข้าไปตรวจสอบดูปรากฏว่าไม่มีรายงาน”

5. การฝึกอบรมไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวดังนี้ “การส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมจัดให้ได้ทีละ 1-2 คน ส่วนการจัดอบรมภายในจัดได้ปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากต้องมีการจัดการอบรมในเรื่องอื่นด้วย”

6. เจ้าหน้าที่ไม่กล้าที่จะรายงานเหตุการณ์ ดังคำกล่าวดังนี้ “เคยรายงานไปว่าแพทย์ไม่ทำตามแนวทางปฏิบัติการดูแลการตกเลือดหลังคลอด หลังจากนั้น อีก 3 วันแพทย์คนถูกรายงานเดินมาถามว่าทำไมมีปัญหากับการรักษาของแพทย์”

ข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดย

1. การกำหนดการทบทวนอุบัติการณ์อย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวดังนี้ “ที่จริงถ้าหัวหน้าวางแผนการทบทวนอุบัติการณ์ให้ชัดเจน การทบทวนคงเกิดขึ้นสม่ำเสมอ”

2. การพัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้รักษาความลับของผู้รายงาน ดังคำกล่าวดังนี้ “ระบบต้องรักษาความลับให้ดีกว่านี้เราจึงจะมั่นใจในการรายงานความเสี่ยง”

3. การส่งเสริมให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวดังนี้ “อยากให้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการตก

เลือดหลังคลอดในหน่วยงานบ่อยๆ เพราะเวลาเกิดขึ้นจริงเรามากจะทำอะไรไม่ถูก”

4. การปรับปรุงระบบบันทึกเหตุการณ์และพัฒนาช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ “ควรปรับแบบฟอร์มหัวข้อของการบันทึกให้มีความละเอียดมากขึ้นให้เป็นหัวข้อที่ชัดเจน ว่าต้องการให้บันทึกแบบไหน อย่างไรให้คนที่จรรยาบรรณสะดวกมากที่สุด”

5. การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานอุบัติการณ์ “ผู้บริหารต้องอธิบายว่าผลดีของการรายงานเป็นอย่างไร ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาองค์กรเรา”

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อภิปรายตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงดังนี้ การค้นหาความเสี่ยงพบว่าระดับการรับรู้การบริหารความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด หน่วยงานห้องคลอดของกลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารและคณะกรรมการ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้รวมมีระดับสูง สามารถอธิบายได้จากการค้นหาจากประสบการณ์ในอดีตโดยได้นำบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเวชระเบียนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระดับ E-I มาทบทวนสอดคล้องกับแนวคิดของ Supachutikul (2000) ได้กล่าวไว้ว่า การค้นหาความเสี่ยงมีวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตได้แก่การบันทึกที่มีอยู่แล้ว หน่วยงานได้นำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายมาวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของ Chanpanyasakun (2010) ที่มีการค้นหาความเสี่ยงจากประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่นการค้นหาในระหว่างการทำงาน โดยมีการรายงานอุบัติการณ์ เมื่อพบการตกเลือดหลังคลอดในระบบอินทราเน็ต ของโรงพยาบาลและรายงานหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกครั้ง เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง ผู้บริหารจะตอบสนองอย่างทันเวลา โดยมุ่งที่จะปรับปรุงระบบอย่างเป็นรูปธรรม และเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานห้องคลอดสามารถประเมิน

และรายงานอาการซึ่งจะนำไปสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการอบรมและฝึกการประเมินอาการซึ่งจะนำไปสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Supachutikul (2000) ได้กล่าวไว้ว่า การค้นหาความเสี่ยงมีวิธีการเรียนรู้ในระหว่างการทำงานโดยวิธีการใช้ รายงานผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย หรือการรายงานเหตุการณ์และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chanhom (2011) ที่มีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากประสบการณ์ของผู้ร่วมงาน ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย รายงานเหตุการณ์เกือบพลาด และรายงานอุบัติการณ์ ปัญหาอุปสรรคในการค้นหาความเสี่ยง ได้แก่ การบันทึกเหตุการณ์ไม่ครอบคลุม และไม่ได้นำมาทบทวนทันทีจากภาระงานที่มากเนื่องจากมีความซับซ้อนของบริบทงานในหน่วยงานส่งผลให้การรายงานมีความล่าช้า จากภาระงานมากจึงทำให้ไม่มีเวลา รายงานเหตุการณ์ สัมภาษณ์เหตุการณ์ทางระบบ อินทราเน็ตของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Yoochamrat (2013) พบว่า ภาระงานเป็นอุปสรรคหนึ่งต่อการค้นหาความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ทรูพอยท์เชียงใหม่ จังหวัดลำพูน เจ้าหน้าที่ไม่กล้าที่จะรายงานเหตุการณ์เนื่องจากไม่มั่นใจว่าระบบจะรักษาความลับของการรายงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Supachutikul (2000) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบการรายงานความเสี่ยงส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติกันค่อนข้างน้อย สาเหตุ กลัวข้อมูลของตนเองจะถูกเปิดเผยเช่นเดียวกับ ผลการศึกษาของ Chanpanyasakun (2010) ที่พบว่า ปัญหาการเขียนอุบัติการณ์ลดลงเนื่องจากกลัวผลกระทบ ต่อผู้เขียนในทางลบ ระบบการรายงานความเสี่ยงใน อินทราเน็ตมีความซับซ้อนเนื่องจากระบบการรายงานทางอินทราเน็ตมีหลายโปรแกรมทำให้ผู้รายงานต้องใช้ความรู้ความเข้าใจในการรายงานหาก ระบบประเภท หรือระดับผิดพลาดจะส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล ในภาพรวมของโรงพยาบาลผิดพลาดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pattama (2012) ที่ระบุปัญหาของการรายงานอุบัติการณ์น้อยเนื่องจากบุคลากรมีทักษะในการรายงานอุบัติการณ์ไม่เพียงพอขาดประสบการณ์

ในการประเมินและปฏิบัติตามแนวทางเนื่องจากเจ้าหน้าที่ใหม่ขาดความรู้ความสามารถในการประเมินและรายงานอาการของผู้คลอด ส่งผลให้มีการประเมินอาการ และรายงานล่าช้า เพราะไม่มีความมั่นใจในการรายงาน กลัวว่าจะรายงานผิดพลาด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanhom (2011) ที่พบปัญหาบุคลากรประเมิน ความรุนแรงของความเสี่ยงไม่ถูกต้องจึงนำไปสู่ข้อผิดพลาดของการรายงาน การฝึกอบรมไม่เพียงพอ เนื่องจากการจัดอบรมมีหลากหลาย และการจัดอบรม ภายนอกโรงพยาบาลมีการจำกัดได้ไม่เกิน 1-2 คน ต่อการอบรม และหน่วยงานห้องคลอดยังมีทักษะอื่นๆ ที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นต้องส่งเจ้าหน้าที่ทุกระดับไปรับการอบรมเช่นกัน

ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในการ ค้นหาความเสี่ยงได้แก่ การกำหนดการทบทวนอุบัติการณ์ อย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ โดยผู้บริหารต้องกระตุ้นให้มีการจัดการประชุมร่วมกัน กำหนดนโยบายและแนวทางการทบทวนอุบัติการณ์ให้ชัดเจน การพัฒนาระบบการ รายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้รักษาความลับของผู้รายงานนี้ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Supachutikul (2000) ได้กล่าวว่าข้อมูลที่รายงานต้องได้รับการรักษา ความลับไม่ให้บุคคลที่สามทราบ หน่วยงานที่รายงาน ต้องเป็นอิสระจากอำนาจบริหารที่อาจลงโทษผู้รายงาน ได้ การจัดอบรมให้ความรู้ด้านการปฏิบัติในการดูแล ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายในโรงพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yoochamrat (2013) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะการในให้ทักษะ ความรู้ในการเขียนรายงานอุบัติการณ์แก่บุคลากร อีกทั้ง ควรมีการปรับปรุงระบบบันทึกเหตุการณ์และพัฒนา ช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ ให้มีหัวข้อนำเพื่อการ บันทึกที่สะดวกรวดเร็ว ครบถ้วน ตลอด จนการสร้าง ทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานอุบัติการณ์ และให้ เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีความรู้และความเข้าใจถึงประโยชน์ ของการรายงานความเสี่ยงต่อองค์กรและหน่วยงาน

สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanhom (2011) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานอุบัติการณ์และการกระตุ้นให้มีการรายงานอุบัติการณ์

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าระดับการรับรู้การบริหารความเสี่ยงในการประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดหน่วยงานห้องคลอดของกลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารและคณะกรรมการพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้โดยรวมมีระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่าหน่วยงานได้ใช้เครื่องมือการส่งสัญญาณเตือนการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดในการคัดกรองผู้คลอดสอดคล้องกับแนวคิดของ Supachutikul (2000) ได้กล่าวว่าการควบคุมความเสียหายคือการประเมินขั้นต้นด้วยสัญญาณและการตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ และหากผู้คลอดพบความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด ระดับ C ขึ้นไป พยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลทุกครั้ง อีกทั้งได้มีการรายงานเหตุการณ์ให้ผู้บังคับบัญชารับทราบเหตุการณ์ทันทีที่มีการรายงานอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดเชื่อมโยงกับระบบการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอดผู้รายงานจะได้รับการรักษาความลับไม่ให้นักบุคคลที่มารับทราบ มีการรวบรวมข้อมูลและประเมินความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดและนำมาปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานให้มีความทันสมัย มีการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงของผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทุกรายแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเรียกร้องค่าเสียหายหรือโอกาสที่จะถูกฟ้องร้อง โรงพยาบาลมีฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงที่ดี

ปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในการประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยงได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ในการประเมินและปฏิบัติตามแนวทาง ปัญหานี้พบว่าเจ้าหน้าที่ที่ย้ายมาจากแผนกอื่นมาปฏิบัติงานขาดประสบการณ์ระบบการรายงานความเสี่ยงในอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร

ทำให้เกิดต้องรายงานซ้ำ ปัญหาในด้านนี้พบจากการรายงานของศูนย์ข้อมูลเรียกขอรายงานอุบัติการณ์ซ้ำหลังจากรายงานทางอินเทอร์เน็ตแล้ว

ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอุปสรรคในการประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง ได้แก่ ควรมีการจัดอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงานการพัฒนากระบวนการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล ควรมีการปรับปรุงระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล โดยให้ระบบอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาลที่มีการรายงานอุบัติการณ์ระดับโรงพยาบาล และระบบการรายงานความเสี่ยงให้มีความเชื่อมโยงกันและพัฒนากระบวนการบันทึกเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดสอดคล้องกับแนวคิดของ Supachutikul (2000) ได้กล่าวว่าการจัดสร้างระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงขึ้นเพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพในการรับรู้และเรียนรู้

การจัดการความเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้การบริหารความเสี่ยงในการจัดการกับความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด หน่วยงานห้องคลอดของกลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารและคณะกรรมการพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ รวมมีระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจะได้รับการทำคลอดจากแพทย์และจะใช้สติ๊กเกอร์สีแดง “Risk PPH” ติดในแบบฟอร์มต่างๆ ในเวชระเบียนผู้คลอด มีการส่งตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ในผู้คลอดทุกรายเมื่อแรกรับ มีการขอคำปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการคลอดในผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง และมีคณะกรรมการ การสถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดหลังคลอด ทั้งในระดับหน่วยงาน และระดับ PCT มีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการแก้ไขคลอดเพื่อเพิ่มทักษะแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีการลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ โดยมีการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพของผู้คลอดโดยฉับพลันและนำญาติที่เกี่ยวข้องมาอธิบายเกี่ยวกับอาการของผู้คลอดและแนวทางการดูแลรักษา ด้วยความเข้าใจที่ดีต่อกันระหว่างทีมแพทย์ พยาบาลและญาติ มีการส่งต่อและ

ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยลดความรุนแรงของปัญหาที่จะนำไปสู่การฟ้องร้องได้ หน่วยงานมีมาตรการการหดตัวของมดลูก, ถูตวงเลือดเพื่อใช้ประเมนการเสียเลือดระหว่างคลอด, มี barki balloon เพื่อใช้เมื่อเกิดภาวะมดลูกไม่หดตัวหลังคลอดอย่างเพียงพอ มีแนวทางการขอเลือดด่วนจากธนาคารเลือด ได้มีการแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดหลังผ่าตัดมดลูกออกในหน่วยผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม และมีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือให้กับครอบครัวผู้เสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ตามบทบัญญัติของมาตรา 41 ทุกราช การดำเนินการนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Supachutikul (2000) ได้กล่าวไว้ว่าการจัดการกับความเครียดคือการควบคุมความเสียหายกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญในการควบคุมความเสี่ยงได้แก่ การป้องกันความเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่สืบได้ว่าเป็นสาเหตุของความเครียดนั้น

ปัญหา อุปสรรค เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในการจัดการความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้แก่ การฝึกปฏิบัติการซ้อมแผนและการฝึกอบรมไม่เพียงพอจากจากอัตรากำลังที่มีจำกัดและภาระงานที่มีตลอดเวลาเนื่องจากมีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ อัตรากำลัง 8:6:5 ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีจำนวน 9 คน อัตรากำลังในการปฏิบัติงาน คือ 4:2:2 ในปัจจุบันจำนวน 20 คน การปฏิบัติงาน 7 วัน 24 ชั่วโมง จึงไม่สามารถจัดบุคลากรไปรับการอบรมได้

ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในการจัดการความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้แก่ การส่งเสริมให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ โดยการร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและจัดให้มีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการแก้ไขสถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดร่วมกับงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดเชียงรายโดยจัดในห้องประชุมภายในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้เข้ารับการอบรมได้จำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wattana-

pong (2016) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นนั้นจำเป็นต้องมีปัจจัยสนับสนุนที่แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรนั้นได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งประโยชน์ของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถานการณ์และปัญหา

การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้การบริหารความเสี่ยงในการติดตามและประเมินผลการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด หน่วยงานห้องคลอดของกลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารและคณะกรรมการ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยรวมมีระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่าหน่วยงานมีคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยงเป็นพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบติดตามและรายงานสถิติการตกเลือดหลังคลอดทุกเดือน มีการตรวจสอบความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งภายในหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางระบบอินทราเน็ต การบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อตรวจสอบการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นใหม่เสมอ หน่วยงานห้องคลอดได้นำสถิติการตกเลือดหลังคลอดมาทบทวนคุณภาพการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดสอดคล้องกับการศึกษาของ Chanpanyasakun (2010) พบว่าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการดำเนินผลความเสี่ยงโดยการติดตามตัวชีวิต

ปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในการติดตามและการประเมินผลความเสี่ยง พบปัญหาลักษณะได้แก่ สถิติการตกเลือดหลังคลอดไม่ได้นำมาทบทวนต่อเนื่อง เนื่องจากคณะกรรมการความเสี่ยงมีภาระงานที่จะต้องติดตามความเสี่ยงหลายงาน ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการทบทวนสถิติและการคุณภาพการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้บ่อยครั้งแต่ยังคงมีการติดตามตัวชีวิตของการตกเลือดหลังคลอดโดยคณะกรรมการการตกเลือดหลังคลอดประจำหน่วยงานอยู่อย่างสม่ำเสมอข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในการติดตามและประเมินผลความเสี่ยง

เสี่ยง ได้แก่ ควรมีการกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติการ ทบทวนและกำหนดผู้รับผิดชอบ และมีการติดตามผลงาน โดยผู้บริหารอย่างจริงจังเนื่องจากการตัวชี้วัดเป็นสิ่ง บ่งบอกถึงคุณภาพการดำเนินงานประกอบกับนโยบายของ ฝ่ายการพยาบาลที่ให้ทุกหน่วยงานมีการติดตามตัวชี้วัด สรุปลักษณะรวมทั้งวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและ ปรับปรุงแก้ไขเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอีก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านบุคลากร

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจ โดยการสื่อสารนโยบาย แนวปฏิบัติและ ปัญหาความเสี่ยงในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ มีการ กำกับนิเทศอย่างต่อเนื่อง ชื่นชมและให้รางวัลแก่บุคลากร ที่มีการรายงานความเสี่ยง สร้างวัฒนธรรมการรายงาน ความเสี่ยงที่ดี และส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากร ในเรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง ที่ถูกต้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน จัดอบรมและ ฝึกการประเมินอาการภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอดอย่าง สม่ำเสมอในทุกระดับ

บุคลากรทางการพยาบาลควรศึกษาทำความเข้าใจ และฝึกปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะ ตกเลือดหลังคลอดและ ทบทวนบันทึกทางการพยาบาล ให้ครอบคลุมเพื่อให้การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัย ความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ควรมีการบันทึก เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทันทีหลังการแก้ไขปัญหาที่นั้น เสร็จสิ้นแล้วเพื่อเป็นข้อมูลและประโยชน์ต่อการนำไป

ปรับปรุงการทำงานในหน่วยงาน

ด้านการบริหารระบบทรัพยากร

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรปรับปรุงประสิทธิภาพ ของระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลการจัด ทำโปรแกรม การรายงานสถิติตัวชี้วัดต่างๆ ควรมีการเชื่อมโยงกันในการ รายงานข้อมูลเดียวกันเพื่อมิให้เกิดการรายงานซ้ำซ้อน และพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่สะดวกและ ง่าย สามารถรายงานได้หลายช่องทาง และให้เป็นระบบที่ รักษาความลับของผู้รายงาน และ พัฒนาระบบการสำรอง วัสดุครุภัณฑ์ให้มีความพร้อมใช้และมีเพียงพอ พร้อมทั้ง ติดตามประเมินผลการใช้งานให้มีความคุ้มค่าคุ้มทุน

ด้านการบริหารความเสี่ยง

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรการติดตามและ รายงานสถิติการตกเลือดเป็นประจำทุกเดือนเพื่อนำมา วิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงและ ติดตามการทบทวน อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการทบทวนอุบัติการณ์ให้มีความ ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการ ตกเลือดหลังคลอดในหน่วยงานห้องคลอด
2. การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง ในเรื่องอื่นๆ ในหน่วยงานห้องคลอดที่ยังพบว่า ตัวชี้วัด ที่สำคัญของหน่วยงานยังไม่บรรลุเป้าหมาย
3. การศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงใน หน่วยงานอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาหน่วยงาน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Chanhom, A. (2011). *Situation analysis of risk management of labor room in Laplae Hospital* (Independent study), Chiang Mai University. (In Thai)
- Chanpanyasakun, O. (2010). *Situation analysis of risk management pediatric ward 3, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* (Independent study), Chiang Mai University. (In Thai)
- Feinberg, E. C., Molitch, M. E., Enders, L. K., & Peaceman, A. M. (2005). The incidence of sheehan's syndrome after obstetric hemorrhage. *American Society for Reproductive Medicine*, 84, 975-979.

- Labor room of Chiang Rai Prachanukroh Hospital. (2016b). *Statistical data of labor rooms, year 1986*. Chiang Rai: Chiang Rai Prachanukroh Hospital. (In Thai)
- Mousa, H. A., & Alfirevic, Z. (2007). Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-25.
- Nantsupawat, R. (2011). Patient safety culture and nursing outcome among professional nurse in Northern Regional Hospitals. *Nursing Journal*, 38(4). (In Thai)
- Pattama, N. (2012). *Situation analysis of risk management in male medical ward 1, Lamphun Hospital* (Independent study), Chiang Mai University. (In Thai)
- Phattharaporn, T. (1990). *Situation Analysis. Instruction document Faculty of Nurse Chiang Mai University*. Chiang Mai: Chiang Mai University. (In Thai)
- Ramanathan, G., & Arulkumaran, S. (2006). Postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology Canada*, 28, 967-973.
- Supachutikul, A. (2000). *Hospital risk management system*. Bangkok: Design. (In Thai)
- Wattanapong, S., Chitreecheur. J., & Kasatpibal, N. (2016). Effects of multimoda strategies on prevention practices and incidence of blood and body fluid exposures among labour room nurses. *Nursing Journal*, 43(2). (In Thai)
- Willson, C. R. M. (1992). *QA/CQI: Strategies in health care quality*. Toronto: W.B. Saunders.
- World Health Organization. (2009). *WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS
- Yoochamrat, P. (2013). *Situation analysis of risk management in patients in Hariphunchai Memorial Hospital*, Lamphun Province (Independent study), Chiang Mai University.



การพัฒนาความรู้ของพยาบาลด้วยการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

Developing Knowledge of Nurses by Using the Neonatal Resuscitation Electronic Book

แสงอาทิตย์ วิชัยยา *

Saengatid

Vichaiya *

เพชรสุณีย์ ทังเจริญกุล **

Petsunee

Thungjaroenkul **

อภिरตี นันทศุภวัฒน์ ***

Apiradee

Nantsupawat ***

บทคัดย่อ

การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดประจำปีสามารถพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น อย่างไรก็ตามยังมีพยาบาลบางคนไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้เนื่องจากต้องขึ้นปฏิบัติงานและมีข้อจำกัดของเวลาในการจัดอบรม การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์จึงเป็นการเพิ่มโอกาสพยาบาลในการเข้าถึงการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดมากขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดและประเมินความรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลฝางภายหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 33 ราย ที่ได้จากการสุ่มมาจาก 3 แผนกในโรงพยาบาลฝาง ผลลัพธ์ของการเรียนรู้สามารถประเมินได้จากแบบทดสอบความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 มีการเก็บข้อมูลในสองระยะ ระยะแรกเป็นการทดสอบนำร่องเพื่อประเมินประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ระยะที่สองเป็นการทดสอบภาคสนามเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนผ่านการเรียนด้วยการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ คะแนนการทดสอบที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ดัชนีประสิทธิผลของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด มีค่าเท่ากับ 89.36/93.33 ซึ่งหมายความว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับที่พึงพอใจ

2. พยาบาลมีความรู้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดดีขึ้นภายหลังจากเรียนรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ประมาณร้อยละ 76.70 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทดสอบมากกว่าร้อยละ 80 และที่เหลือ ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการทดสอบระหว่างร้อยละ 70 - 79

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถเพิ่มความรู้ของพยาบาลได้ ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้ไปใช้ในการเตรียมความรู้ของพยาบาลก่อนที่จะเข้าอบรมภาคปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาของ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

* Senior Professional Nurse, Fang Hospital, Chiang Mai Province, nurseao@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 3 ธันวาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 19 สิงหาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 26 ธันวาคม 2562

การฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดประจำปีลงได้

คำสำคัญ: การพัฒนาความรู้, พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลฝาง, หนังสืออิเล็กทรอนิกส์, การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

Abstract

Annual newborn cardiopulmonary resuscitation (NCPR) training sessions can improve knowledge and skills in the event of respiratory failure or sudden cardiac arrest. However, some nurses are unable to participate in the whole CPR training session due to being on duty and limitation of time. The use of an electronic book (e-book) has provided increased opportunities for nurses to have better access to the NCPR training session. The objectives of this study were to develop a newborn CPR e-book and evaluate nurses' knowledge in newborn CPR after learned through this e-book. Participants were 33 nurses who were randomly selected from three departments in Fang Hospital. Learning outcomes were determined by a knowledge assessment test that was validated by an expert panel and had a reliability index of .71. 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 through the e-book. The test scores were analyzed by descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The efficiency index of this newborn CPR e-book is 89.36/93.33, which means that the efficiency of the e-book is satisfactory.
2. Nurses improved their cognitive ability in newborn CPR practice after using the e-book. About 76.7% of the participants achieved test scores of more than 80% and the lowest test scores were between 70 to 79%.

The study findings suggest that this newborn CPR e-book can be used to increase knowledge of nurses. Therefore, hospital administrators should use this e-book as a form of pre-course learning prior to attending a hand-on CPR skills session in order to shorten the duration of time needed at the annual newborn CPR training session.

Keywords: *Knowledge Development, Professional Nurses in Fang Hospital, Electronic book, Neonatal Resuscitation*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การช่วยฟื้นคืนชีพทารก (Newborn Cardiopulmonary Resuscitation) เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือทารกที่เกิดมาแล้วมีความผิดปกติในระบบหายใจและหลอดเลือดให้ผ่านภาวะวิกฤติและ

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดจะต้องปฏิบัติด้วยวิธีการถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพจึงจะสามารถช่วยเหลือทารกแรกเกิดได้อย่างทันท่วงทีและเป็นการลดการตายหรือความพิการ (Vatanasin, 2012; Kitsommart, 2011) ดังนั้น

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องมีการอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ใหญ่และทารกแก่พยาบาลปีละ 1 ครั้ง ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะเป็นผู้กำหนดรูปแบบการอบรมและระยะเวลาในการอบรมเอง โดยทั่วไปการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดจะมีหลักสูตรจำนวน 1 วัน วิธีการอบรมแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนการบรรยายภาคทฤษฎี และส่วนการฝึกปฏิบัติ และมีวิธีการประเมินผลคือ การทำแบบทดสอบก่อนและหลังเรียน ถึงแม้จะมีการกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายโรงพยาบาล แต่จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบปัญหาว่าพยาบาลไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ครบ 100 % เนื่องจากพยาบาลบางส่วนต้องปฏิบัติงานในวันที่มีการอบรมและโรงพยาบาลไม่สามารถจัดการอบรมชดเชยให้กับคนที่ไม่ได้รับการอบรมได้ (Malithong, 2005; Klakarnna, 2007) ดังนั้นการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดจึงต้องมีการปรับปรุงการออกแบบ (Design) ให้มีความสะดวกและพยาบาลสามารถเข้าอบรมได้ ซึ่งปัจจุบันการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้รับความนิยมมากขึ้น และนักวิชาการได้มีความพยายามที่จะสร้างและนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มาใช้แทนการบรรยายในห้องเรียนจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ทางด้านสุขภาพ พบว่า มีการผลิตหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่ทำขึ้นสำหรับอาสาสมัครกู้ภัย (Pichai, Pichansathian, & Yimyam, 2017) การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Sangkampang, Kasatpibal, & Viseskul, 2018) และการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (Manapattanasatien, Chitreecheur, & Kasatpibal, 2018) แต่จะเห็นได้ว่ายังไม่พบว่ามีการผลิตหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดมาก่อน

การพัฒนาความรู้ของบุคลากรพยาบาลโดยการใช้

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด จึงเป็นแนวทางใหม่ในการฝึกอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด เนื่องจากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นนั้นน่าจะสามารถใช้ในการช่วยสอนและสอนแทนวิทยากรในส่วนของ การบรรยายเนื้อหาภาคทฤษฎี รวมทั้งประหยัดเวลาของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ต้องเสียเวลาเข้ารับการอบรมในส่วนของ การบรรยายภาคทฤษฎี นอกจากนี้สื่อการเรียนรู้แบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ยังเหมาะสมกับการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องมีการขึ้นปฏิบัติงานเป็นเวรผลัด พยาบาลวิชาชีพสามารถเลือกเวลาที่จะเรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจใช้เวลาเรียนตามความต้องการของผู้เรียน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงทำวิจัยเรื่องนี้ขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนแนวทางในการอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดสำหรับพยาบาล
2. เพื่อประเมินความรู้ของพยาบาลภายหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

คำถามการวิจัย

1. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดสำหรับพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะอย่างไร
2. ความรู้ของพยาบาลภายหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวทาง ADDIE Model (Bruce & Myron, 2011) ในการพัฒนาความรู้ของพยาบาลเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ (Analysis) คือ การวิเคราะห์จากการรวบรวมข้อเท็จจริงของปัญหา

ในการอบรม 2) การออกแบบ (Design) คือ การวางรูปแบบวิธีการและระยะเวลาในการฝึกอบรม 3) การพัฒนา (Development) คือ การพัฒนาหลักสูตรหรือพัฒนาแผนการสอน 4) การลงมือปฏิบัติ (Implementation) คือ การนำวิธีการฝึกอบรมที่ได้พัฒนาแล้วไปลงสู่การปฏิบัติ และ 5) การประเมินผล (Evaluation) คือ การติดตามดูผลการฝึกอบรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Study) นี้ เพื่อพัฒนาความรู้ของพยาบาลด้วยการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลในโรงพยาบาลฟาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 33 คน ที่คำนวณได้มาจากจำนวนขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการพัฒนาสื่อการสอนของ Songkram (2014) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 3 คน เพื่อทดสอบหาข้อบกพร่องของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อีกจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบผลการใช้ในภาคสนาม

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกอายุรกรรม และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยจัดกลุ่มพยาบาลตามประสบการณ์มาก ปานกลาง น้อย ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อแบบไม่คืนที่ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มเท่า ๆ กัน คือ แผนกห้องคลอดหรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต 11 คน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 11 คน และแผนกอายุรกรรม 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่

1.1 สตอรี่บอร์ดของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาจากแนวปฏิบัติของ American Heart Association

[AHA] (2015) และการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม 6 ประเด็นคือ 1) ขั้นตอนเบื้องต้นในการดูแลทารกแรกเกิด 2) การประเมินทารกหลังจากได้รับการดูแลตามขั้นตอนเบื้องต้นและการให้ออกซิเจนในทารกแรกเกิด 3) การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก 4) การใส่ท่อช่วยหายใจ 5) การกดหน้าอก และ 6) การให้ยา สารน้ำ และการดูแลหลังช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

1.2 แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อการออกแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด สำหรับพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน และมีคำถามปลายเปิดเพื่อให้เขียนข้อเสนอแนะอื่น ๆ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาล (ปี) ประสบการณ์การเคยอบรมวิชาการเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด และประสบการณ์การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

2.2 แบบทดสอบความรู้ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่แบ่งเป็น 2 ชุด แบบทดสอบความรู้ระหว่างเรียนหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 47 ข้อ และแบบทดสอบความรู้หลังเรียนหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งแบบทดสอบความรู้ทั้ง 2 ชุดเป็นแบบคู่ขนานกัน ข้อคำถามนำมาจากแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของสมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย-อเมริกา (American Heart Association [AHA], 2015) ลักษณะคำถามระหว่างเรียนจะเป็นแบบปรนัยเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ส่วนลักษณะคำถามหลังเรียนจะเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน ผู้ศึกษาใช้วิธีการให้ระดับผลการเรียนโดยกำหนดช่วงคะแนนมี 5 ระดับ (Wannarat, 2017) คือ ร้อยละของคะแนน 80 ขึ้นไป เท่ากับดีมาก ร้อยละ 70 - 79 เท่ากับดี ร้อยละ 60 - 69 เท่ากับค่อนข้างดี ร้อยละ 50 - 59 เท่ากับพอใช้ และต่ำกว่าร้อยละ 50 เท่ากับต้องปรับปรุง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson [KR-20]) ได้เท่ากับ .71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 105/2019 และผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เข้าพบพยาบาลผู้ประสานงาน หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้ศึกษาจึงดำเนินการพัฒนาความรู้ของบุคลากรพยาบาลตามแนวทาง ADDIE Model 5 ขั้นตอนได้แก่

1. ขั้นการวิเคราะห์ ผู้ศึกษาทบทวน และค้นหาปัญหาการพัฒนาความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทางแรกเกิดสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลต่าง พบว่ามีพยาบาลเข้ารับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทางแรกเกิดเพียง 70 คน คิดเป็น 41.18% เนื่องจากปัญหาพยาบาลขาดแคลน ภาระงานมาก ไม่มีเวลาดูแลขึ้นปฏิบัติงาน และหน่วยงานไม่สามารถจัดเวลาให้เข้ารับการอบรม และการจัดการอบรมแต่ละครั้งมีข้อจำกัดในเรื่องของวันและเวลา ผู้สอนมีภาระงานมาก ไม่มีเวลาในการสอน

2. ขั้นการออกแบบ ผู้ศึกษาดำเนินการออกแบบโดยใช้ขั้นตอนที่ 1-4 ตามแนวคิดของ Alessi & Trollip (1991 as cited in Laohajarutsaeng, 2002) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ขั้นตอนการเตรียมการ เตรียมบทเรียน โดยการรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด ตามแนวของ AHA (2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากหนังสือ วารสารทางวิชาการ หนังสืออ้างอิง สไลด์ภาพต่าง ๆ และจากผู้เชี่ยวชาญ และเตรียมความรู้ในการสร้างบทเรียน การออกแบบบทเรียนในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ จากตำราต่าง ๆ รวมทั้งเตรียมผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft power point 2016

2) ขั้นตอนในการออกแบบบทเรียน โดยจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาออกเป็น 6 บท ดังนี้ บทที่ 1 ขั้นตอนเบื้องต้นในการดูแลทารกแรกเกิด บทที่ 2 การประเมินทารกหลังจากได้รับการดูแลตามขั้นตอนเบื้องต้นและการให้ออกซิเจนในทารกแรกเกิด บทที่ 3 การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก บทที่ 4 การใส่ท่อช่วยหายใจ บทที่ 5 การกดหน้าอก บทที่ 6 การให้ยา สารน้ำ และการดูแลหลังช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

3) ขั้นตอนการเขียนแผนผังบทเรียน (Flow Chart Lesson) แบ่งเป็น 5 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 บทนำ ประกอบด้วย รายละเอียดการแนะนำตัวบทเรียน คำชี้แจงในการศึกษา วัตถุประสงค์ และเมนูหัวข้อหลักหรือการเลือกเรียนในบทเรียน ส่วนที่ 2 เนื้อหาของบทเรียน ประกอบด้วย 6 บท และแบบทดสอบระหว่างเรียนของแต่ละบท ส่วนที่ 3 บทสรุป เป็นการสรุปเนื้อหาของบทเรียนทั้งหมด ส่วนที่ 4 แบบทดสอบหลังเรียน จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และผู้เรียนสามารถตรวจสอบคำตอบและข้อเฉลยได้ทันที หลังจากตอบคำถามครบทุกข้อ ส่วนที่ 5 บทส่งท้าย เป็นส่วนที่ระบุนามานของผู้เกี่ยวข้องในการสร้างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

4) ขั้นตอนในการสร้างสตอรี่บอร์ดโดยนำผังบทเรียนมาจัดทำในรูปของ Microsoft power point มีการนำเสนอเนื้อหาจำนวน 6 บทเรียน ด้วยข้อความ รูปภาพ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และวิดีโอ มีแบบทดสอบระหว่างเรียนของแต่ละบท และแบบทดสอบหลังเรียนเมื่อเรียนจบทุกบทแล้ว

3. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ผู้ศึกษาดำเนินการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ขั้นตอนที่ 5-7

โดยใช้แนวคิดของอเลสซีและโทรลิป (Alessi & Trollip, 1991 as cited in Laohajarutsaeng, 2002) ดังนี้

1) ขั้นตอนการเขียนโปรแกรม (Program Lesson) ผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านคอมพิวเตอร์ทำการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Power Point 2016 โดยเนื้อหาของบทเรียนมีการนำเสนอในรูปแบบของข้อความ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว เสียงบรรยาย วิดีโอ และแบบฝึกหัด จากนั้นบันทึกในรูปแบบของไฟล์ และนำไปวางบนเว็บไซต์ของกลุ่มการพยาบาล เพื่อให้ง่ายและสะดวกในการนำไปทดลองใช้งาน

2) ขั้นตอนการผลิตเอกสารประกอบบทเรียน (Produce Supporting Materials) โดยผู้วิจัยเขียนเป็นข้อความ สัญลักษณ์ และเสียงบรรยายคำอธิบายรายละเอียดวิธีการใช้งานบนหน้าจอในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

3) ขั้นตอนการประเมินและแก้ไขบทเรียน (Evaluation and Revise) ผู้วิจัยนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องในการออกแบบ วิธีการนำเสนอเนื้อหาในบทเรียน และให้ข้อคิดเห็นต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

4. การนำไปใช้ ผู้ศึกษานำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์แล้ว ไปให้กลุ่มตัวอย่างทดสอบเรียนโดยแบ่งการทดสอบเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดสอบนำร่อง (Pilot Testing) และกลุ่มทดสอบแบบภาคสนาม (Field Testing)

1) การทดสอบนำร่อง เพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ โดยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน โดยมอบไฟล์หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พร้อม password เพื่อเข้าไปเรียนและทำแบบทดสอบความรู้ในระยะเวลา 7 วัน เมื่อตรวจสอบข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน ผู้ศึกษาจึงนำผลคะแนนของแบบทดสอบระหว่างเรียน และผลคะแนนของแบบทดสอบหลังเรียนมาคำนวณหาประสิทธิภาพตามสูตร $E = E1/E2$ กำหนดเกณฑ์ประสิทธิภาพที่ 80/80 พบว่า มีประสิทธิภาพ

เท่ากับ 89.36/93.33 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

2) การทดสอบภาคสนาม ผู้วิจัยนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ไปทดสอบวัดความรู้กับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยให้ password แก่กลุ่มตัวอย่างเข้าไปเรียนและทำแบบทดสอบความรู้เป็นระยะเวลา 7 วัน หลังจากนั้นจึงนัดหมายให้มาทำแบบทดสอบหลังเรียน 15 ข้อ ได้ข้อมูลนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ

5. การประเมินผล ผู้ศึกษาตรวจสอบข้อมูลพบว่า ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนจึงได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงการการค้นคว้าแบบอิสระไปรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง ผู้เข้าร่วมศึกษามีสิทธิยินยอมหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และหากไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการศึกษาสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และแจ้งว่าข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้ศึกษายืนยันว่าจะเก็บเป็นความลับ ทั้งนี้ไม่มีการบันทึกชื่อของผู้เข้าร่วมการศึกษาในรายงานการศึกษา และข้อมูลจากการศึกษาค้างนี้ถูกทำลายทิ้งทั้งหมดหลังสิ้นสุดการศึกษา การนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทดสอบนำร่องและการทดสอบภาคสนามโดยใช้สถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

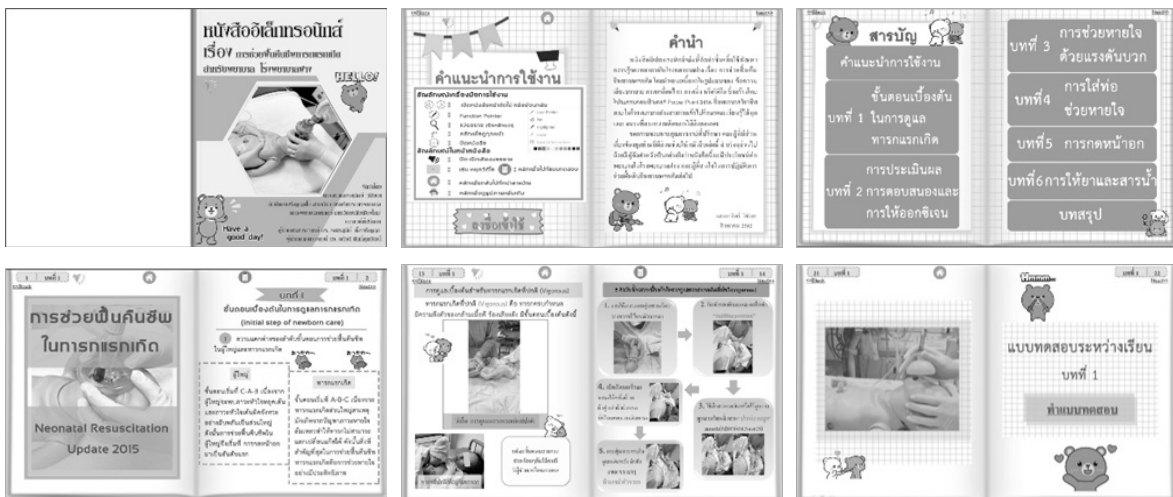
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย 27.57 ปี

ร้อยละ 86.70 ของตัวอย่างเป็นเพศหญิง และร้อยละ 13.30 เป็นเพศชาย โดยกลุ่มตัวอย่างมาจากพยาบาลในแผนกห้องคลอดหรือทารกแรกเกิด แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกอายุรกรรม แผนกละ 10 คน และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาล < 1 ปี และ 4-6 ปี มากที่สุด ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลเฉลี่ย 5.30 ปี ร้อยละ 66.70 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด และร้อยละ 90 ไม่เคยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

2. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้นอยู่ในรูปแบบหนังสือแบบสื่อ

ประสมมัลติมีเดีย มีการนำเสนอทั้ง ข้อความตัวอักษร เสียงบรรยาย ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและวิดีโอ ประกอบด้วยเนื้อหาจำนวน 6 บท ดังนี้ 1) ขั้นตอนเบื้องต้นในการดูแลทารกแรกเกิด 2) การประเมินทารกหลังจากได้รับการดูแลตามขั้นตอนเบื้องต้น และการให้ออกซิเจนในทารกแรกเกิด 3) การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก 4) การใส่ท่อช่วยหายใจ 5) การกดหน้าอก และ 6) การให้ยา สารน้ำ และการดูแลหลังช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ตัวอย่างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีลักษณะดังนี้



ผลการประเมินประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบในระหว่างเรียน (E1) เท่ากับร้อยละ 89.36 และค่าเฉลี่ยของคะแนนการ

ทดสอบหลังเรียน (E2) เท่ากับร้อยละ 93.33 ดังนั้น หนังสืออิเล็กทรอนิกส์จึงมีประสิทธิภาพเท่ากับ 89.36/93.33 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผลการทดสอบในระหว่างเรียนและการทดสอบหลังเรียน หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดสำหรับพยาบาล (n=3)

แผนก	การทดสอบ ในระหว่างเรียน		การทดสอบ หลังเรียนครบทุกบท		อัตราส่วนของร้อยละของ ข้อคำถามที่ตอบถูกระหว่าง การทดสอบในระหว่างเรียน กับภายหลังเรียน ครบทุกบท (E1/E2)
	จำนวน ข้อที่ตอบ ได้ถูกต้อง	คิดเป็น ร้อยละ ของข้อคำถาม ที่ตอบถูก	จำนวน ข้อที่ตอบ ได้ถูกต้อง	คิดเป็น ร้อยละ ของข้อคำถาม ที่ตอบถูก	
แผนกทารกแรกเกิดวิกฤตหรือห้องคลอด	43	91.49	15	100	91.49 : 100
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	44	93.62	14	93.33	93.62 : 93.33
แผนกอายุรกรรม	39	82.98	13	86.67	82.98 : 86.67
ค่าเฉลี่ยต่อคน	42	89.36	14	93.33	89.36 : 93.33

3. ผลการประเมินความรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลฝางภายหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีมาก (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีจำนวนร้อยละ 76.70 และที่เหลือ ร้อยละ 13.30 มีความรู้ในระดับดี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้หลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในระดับดีมาก คือ

แผนกทารกแรกเกิดวิกฤตหรือห้องคลอด แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 100 90 และ 70 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้หลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในระดับดี คือ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 10 และ 30 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกระดับความรู้ของพยาบาลภายหลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (n = 30)

แผนก	จำนวน คน	จำนวนคน (ร้อยละ) ตามระดับความรู้				
		ดีมาก	ดี	ค่อนข้างดี	พอใช้	ต้องปรับปรุง
ทารกแรกเกิดวิกฤตหรือห้องคลอด	10	10 (100%)	0	0	0	0
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	10	9 (90%)	1 (10%)	0	0	0
อายุรกรรม	10	7 (70%)	3 (30%)	0	0	0
รวม	30	26 (76.70%)	4 (13.30%)	0	0	0

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาศาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาทำให้ได้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้แก่พยาบาลโรงพยาบาลผาง โดยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ได้พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดจำนวน 6 บท ซึ่งทุกบทเป็นเนื้อหาสำคัญและพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารก เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต อันตรายที่เสี่ยงต่อหัวใจ ตับ ไต และความพิการทางสมองของทารกได้ ตามแนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของ AHA (2015)

ในการออกแบบการนำเสนอหนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้ มีหลักการคือ ความชัดเจนและถูกต้องของเนื้อหา กระตุ้นความสนใจของผู้เรียน กระตุ้นให้ทบทวนความรู้เดิม กระตุ้นการตอบสนองในบทเรียนมัลติมีเดีย เราใจให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้เนื้อหาในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อยู่ตลอดเวลา ให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีหลังจากผู้เรียน ได้ตอบกับบทเรียน และการใช้งานที่ง่ายและสะดวกต่อผู้เรียน (Songkram, 2014) ซึ่งเนื้อหาที่อยู่ในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้ผ่านการพิจารณาความถูกต้องจาก อาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน สำหรับในประเด็น การออกแบบโดยมีการออกแบบหน้าแรกของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นการให้คำแนะนำการใช้งานหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ด้วยเสียงบรรยาย และข้อความ และสัญลักษณ์ต่าง ๆ บนหน้าจอคอมพิวเตอร์ ส่วนเนื้อหา แยกเป็นบท ๆ และผู้เรียนสามารถเลือกอ่านบทใดก่อนก็ได้ มีการใช้เสียงบรรยาย รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และวิดีโอ เพื่อให้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มีความเข้าใจ สร้างความสนใจ ประทับใจ และกระตุ้นให้อยากเข้าไป เรียนรู้เนื้อหาในหน้าต่อ ๆ ไป ซึ่งการใช้วิธีการออกแบบสื่อ ด้วยการให้การบรรยาย ประกอบเสียง รูปภาพ ที่เป็นแบบมัลติมีเดียมีความเหมาะสมและเป็นระบบช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และประสบการณ์ที่ชัดเจน (Sutthirath, 2016) ผลการทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3 คน พบว่า ได้ค่า E1/E2 เท่ากับ 89.36/93.33 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดคือ 80/80 แล้วปรากฏว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างขึ้นนี้มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามที่กำหนด ดังที่ Songkram (2014) และ Viseskul (2019) ได้กล่าวไว้ว่า สื่อการเรียนการสอน ที่มีประสิทธิภาพคือ E1/E2 มีค่า 80/80 ขึ้นไป แสดงว่า เนื้อหาสาระและการออกแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้ มีความเหมาะสมกับการเรียนรู้ของพยาบาล

สำหรับผลการประเมินความรู้ของพยาบาลภายหลัง การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดนั้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีมาก (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีจำนวนร้อยละ 76.70 และ ที่เหลือร้อยละ 13.30 มีความรู้ในระดับดี แสดงว่าสื่อการสอนนี้สามารถทำให้พยาบาลมีความรู้ มีความเข้าใจในหลักการและวิธีการปฏิบัติเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดได้ถูกต้องมากขึ้น อาจเนื่องมาจาก หนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับคำกล่าวของ นักวิชาการที่ว่ารูปแบบการนำเสนอเนื้อหาของบทเรียน มีความชัดเจน เข้าใจง่ายและเหมาะสมตรงกับความ ต้องการของผู้เรียน มีแบบทดสอบที่สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์และทราบผลทันทีช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียน มีส่วนร่วมในการได้ตอบหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อ การสอน ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียน (Viseskul, 2019) เป็นการท้าทายผู้เรียนและเสริมแรงให้อยากเรียนต่อ (Songkram, 2014) นอกจากนี้การออกแบบการนำเสนอ ที่มีสีสัน ไม่น่าเบื่อ มีข้อความ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และมีวิดีโอเข้าสอดแทรกอยู่ในเนื้อหาซึ่งเป็นสื่อการเรียน การสอนที่สำคัญในการช่วยถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้เรียน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้ผู้เรียนเห็นภาพ และขั้นตอนที่ชัดเจน เสมือนหนึ่งว่าผู้เรียนอยู่ใน สถานการณ์จริงซึ่งจะช่วยส่งเสริมความรู้และสร้าง ความเข้าใจให้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Viseskul, 2019) ผลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาที่ ผ่านมาที่สนับสนุนให้เห็นว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เป็นสื่อการเรียนรู้อีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยทำให้ผู้เรียนมี

ความรู้และเข้าใจเนื้อหาในการเรียนมากขึ้น อาทิเช่น การศึกษาเรื่องผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เสริมการเรียนรู้เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ความมั่นใจและความพึงพอใจของนักศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียนของกลุ่มทดลองมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Pongauksorn, Srisa-Art, & Wongpamornmontree, 2018) ผลของการใช้สื่อการเรียนรู้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการใช้สื่อการเรียนรู้แอปพลิเคชันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Treenon, Tiantong, & Boonlorn, 2019) การเรียนหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องกายวิภาคศาสตร์ของระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบไหลเวียนน้ำเหลือง พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่า ก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Srivilai & Atthamaethakul, 2011)

เมื่อพิจารณาผลของใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้ กับกลุ่มพยาบาลที่มีระดับความรู้ที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลแผนกทารกแรกเกิดวิกฤตหรือห้องคลอดทุกคนมีความรู้หลังเรียนในระดับดีมากที่เป็นเช่นนี้เพราะพยาบาลกลุ่มนี้ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีอาการไม่คงที่ ทำให้มีโอกาสได้เผชิญกับเหตุการณ์ที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดบ่อยครั้ง นอกจากนี้ยังมีประสบการณ์ตรงในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นได้มากกว่าพยาบาลในแผนกอื่นๆ ดังนั้นเมื่อได้เรียนรู้จากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์จึงเป็นการทบทวนความรู้และทักษะจากประสบการณ์ที่เคยช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดโดยตรง ซึ่งประสบการณ์และความรู้เดิมมีส่วนสนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ และสามารถก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ได้ และยังส่งผลโดยตรงกับความสามารถทางสติปัญญาของบุคคล ดังนั้นประสบการณ์จึงเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่ามากที่สุด (Wattanawong, 2012) สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ผลของการเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบบมุ่งเป้าของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ค่าความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากร้อยละ 58.57 เป็นร้อยละ 82.14 และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่มีค่าความไวที่ร้อยละ 46.15 และค่าความจำเพาะในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากร้อยละ 80.69 เป็นร้อยละ 90.07 โดยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่มีค่าความจำเพาะร้อยละ 80.73 (Sansri, Lertwatthanawilat, & Unahalekhaka, 2015) การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระยะหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเชิงจริยธรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างคุณธรรมและจริยธรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sriareporn, Xuto, Supavititpatana, & Tantranont, 2013) ดังนั้นพยาบาลแผนกทารกแรกเกิดวิกฤตหรือห้องคลอดที่มีประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่าจึงสามารถเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาได้เร็วกว่าพยาบาลแผนกอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ถึงแม้ว่าจำนวนพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกอายุรกรรมที่มีความรู้หลังเรียนในระดับดีมากจะน้อยกว่าพยาบาลในแผนกทารกแรกเกิดวิกฤตหรือห้องคลอด แต่พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90 และร้อยละ 70) ในสองแผนกนี้มีความรู้หลังเรียนอยู่ในระดับดีมาก ที่เป็นเช่นนี้เพราะเนื้อหามีความชัดเจน ถูกต้อง และแยกเป็นบท ๆ ตรงตามความต้องการของผู้เรียน

สามารถเลือกเรียนบทใดก่อนก็ได้ นอกจากนี้ยังมีการออกแบบการนำเสนอเป็นมัลติมีเดียประกอบด้วยเสียงบรรยาย รูปภาพ ข้อความ ภาพเคลื่อนไหว และวิดีโอ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน ใช้งานง่ายและสะดวกซึ่งเป็นการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ทำให้อยากเรียนอย่างต่อเนื่อง (Sutthirat, 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่ได้พัฒนาขึ้นนำไปใช้ในการฝึกอบรมเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดโดยเป็นสื่อที่ใช้แทนการบรรยายในภาคทฤษฎีและให้ผู้ผ่านการเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้แล้วสามารถเข้ารับการทดสอบภาคปฏิบัติต่อไป
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณานำเอา

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้นบรรจุในระบบการเรียนรู้ด้วยตนเองบนคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลฝาง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของการเรียนภาคทฤษฎีเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์กับความสามารถในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบความรู้จากการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดกับวิธีการสอนแบบการบรรยายในห้องเรียน
3. ควรมีการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในเด็กและผู้ใหญ่สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และวิธีการทำแผลชนิดต่าง ๆ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- American Heart Association. (2015). Part 13: Neonatal resuscitation: 2015 American heart association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Journal of American Association*, 132(2), 543-560. doi:10.1161/ CIR.0000000000000267
- Bruce, J. F., & Myron, D. F. (Ed.). (2011). *Fundamentals of human resources in healthcare*. Chicago: Health administration Press.
- Kitsommart, R. (2011). *Neonatal resuscitation*. Retrieve from http://www.si.mahidol.ac.th/th/division/cpr/content/Neonatal%20resuscitation_2010.pdf. (In Thai)
- Klakarnna, K. (2007). *Effect of knowledge and practice promotional program among nurses on merthicillin-resistant staphylococcus aureus transmission control in an intensive care unit* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)
- Laohajarutsaeng, T. (2002). *Computer-assisted instruction: Principles of design and create computer assisted construction by using multimedia toolbook program*. Bangkok: Wongkamol Productions. (In Thai)
- Malithong, K. (2005). *Educational communication and technology*. Bangkok: Chulalongkorn University. (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)
- 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)
- Sansri, N., Lertwatthanawilat, W., & Unahalekhaka, A. (2015). Effect of experiential learning on efficiency of targeted hospital associated infection surveillance among infection control ward nurses. *Nursing Journal*, 42(4), 36-47. (In Thai)
- Songkram, N. (2014). *Multimedia for learning: Design and development*. Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Sriareporn, P., Xuto, P., Supavititpatana, B., & Tantranont, K. (2013). Development of experienced learning activities for the moral and ethical promotion during practicing in postpartum care of the fourth year nursing students. *Nursing Journal*, 40(1), 74-76. (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.
- Sutthirat, C. (2016). *80 Learning management innovation of learner centered approach*. Bangkok: Danex Inter corporation. (In Thai)
- Treenon, P., Tiantong, S., & Boonlom, T. (2019). High school students knowledge and skill about basic life support (BLS): The effects of using an application. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 98-105. (In Thai)
- Vatanasin, S. (2012). 2010 Cardiopulmonary resuscitation: Key issues and major changes. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 20(2), 1-8. (In Thai)
- Viseskul, N. (2019). *Development of instructional media in nursing education: Teaching concepts and application*. Chiang Mai: Chotana Print. (In Thai)



ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน

Activity-Based Costing of Home Visit Among Terminally Ill Patients, Tambon Makhueajae Health Promoting Hospital, Lamphun Province.

นฤศธร	ขันแก้วผาบ *	Naridsatorn	Khankeawpab *
ฐิตินันท์	อัครเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี ***	Bunpitcha	Chitpakdee ***

บทคัดย่อ

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นบริการทางด้านสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ก็มีต้นทุนในการเยี่ยมบ้านที่เพิ่มขึ้น การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน และเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมกับอัตราที่รับการจ่ายชดเชยจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของ Kaplan and Cooper (1998) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ บุคลากรทีมสหสาขาที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงวันที่ 1 กันยายน 2562 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2562 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 1,296.38 บาท คิดเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 62.26: 37.57: 0.17 ส่วนต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 876.09 บาท โดย คิดเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 44.15: 55.57: 0.26
2. ต้นทุนฐานกิจกรรมของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และเสียชีวิตในเวลา 1 เดือน พบว่ามีต้นทุนรวมต่ำกว่าอัตราการจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 57.25 บาท และต้นทุนฐานกิจกรรมของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และเสียชีวิตในเวลา 2 เดือน พบว่ามีต้นทุนรวมสูงกว่าอัตราการจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2,849.30 บาท

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน, การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน

* Registered Nurse, Tambon Makhueajae Health Promoting Hospital, Lamphun Province., Naridsatorn01@gmail.com

** ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Correspondent author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, thitinut.a@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, bunpitcha.c@cmu.ac.th

วันที่รับบทความ 30 เมษายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 18 พฤษภาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 5 มิถุนายน 2563

Abstract

Home visits are important health care service for providing continuous care to patients after hospital discharge. However, the cost of home visit is also increase. This descriptive study aims to analyze the activity-based cost of home visits among terminally ill patients, Tambon Makhueajae Health Promoting Hospital, Lamphun Province, and compare the activity-based cost of home visits with the reimbursement for service units from the National Health Security Fund. The conceptual framework used for Activity-Based Costing, introduced by Kaplan and Cooper (1998). The subjects of the study were the multidisciplinary team that provide the home visits and home visit activities for terminal ill patients from August 1, 2019 to October 31, 2019. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The activity-based cost of home visits among terminally ill patients by the interdisciplinary team was 1,296.38 THB, of which the ratio of labor cost: materials cost: capital cost was 62.26:37.56:00.18. The activity-based cost of home visits among terminally ill patients by the registered nurses was 876.09 THB, of which the ratio of labor cost: materials cost: capital costs was 44.15: 55.57: 0.26.

2. The activity-based cost of home visits among terminally ill patients and dead within 1 month, visited by the multidisciplinary team once and visited by registered nurses, was 57.25 THB lower than the reimbursement for service units from the National Health Security Fund. The activity-based cost of home visits among terminally ill patients and dead within 2 months, visited by the multidisciplinary team twice and visited by registered nurses for 6 times, was 2,849.30 THB higher than the reimbursement for service units from the National Health Security Fund.

Keywords: *Home visits, activity-based costing, terminal ill patients*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายและพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาล ในสังกัดทุกแห่งจัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิตที่ โรงพยาบาลและกำหนดให้มีทีมไปดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ ระยะสุดท้ายที่บ้านหรือเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ มีระบบการให้คำปรึกษา และประสานงานส่งต่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลผู้ป่วย เหล่านี้ต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงลงไป

เพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณวิญญานตามหลักศาสนา ของผู้ป่วยด้วย (Ministry of Public Health, 2015) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมานทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามหลัก ศาสนาของผู้ป่วย ยึดหลักการและดูแลแบบองค์รวม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัว การประสานงานและการบูรณาการ การดูแล การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป้าหมาย คือ

คุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถเผชิญความตายอย่าง
สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และตายดี (Panuthai, 2020)

กิจกรรมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย
สามารถทำโดยพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวทางการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของสำนักงานการพยาบาลหรือ
พยาบาลเยี่ยมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร
นักกายบำบัด เป็นต้น ซึ่งในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง
จะมีการทำกิจกรรมการดูแลรักษาและให้การพยาบาล
แก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การทำให้เกิด
ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ เช่น
การเปลี่ยนสายยางให้อาหารทางจมูก การเปลี่ยนสาย
สวนปัสสาวะ การทำแผลกดทับ การทำแผลจาก
การเจาะคอ การดูแลการได้รับออกซิเจนที่บ้าน การให้
สุขศึกษาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งถึงการช่วยญาติ
และผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับวาระ
สุดท้ายของชีวิต (Nursing Division Ministry of Public
Health, 2013) สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โดยทีมสหสาขาจะประกอบด้วย การตรวจร่างกายผู้ป่วย
และการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยแพทย์ การให้คำปรึกษา
เรื่องการใช้จ่ายเพื่อลดอาการปวด โดยเภสัชกร หรือ
การบริหารร่างกาย การจัดท่าเพื่อความสุขสบาย
โดยนักกายภาพบำบัด ซึ่งจะเห็นว่าการปฏิบัติ
กิจกรรมในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง
เหล่านี้ต้องใช้ทรัพยากรมาก และระยะเวลาในการดูแล
ผู้ป่วยแต่ละรายก็แตกต่างกัน ตามโรคและอาการ
ของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วพยาบาลเยี่ยมบ้านจะ
สรุปข้อมูลผู้ป่วยแล้วส่งให้ทางศูนย์การดูแลต่อเนื่อง
(continuity of care center) เพื่อดำเนินการเรียก
เก็บค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้านจากสำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติตามระบบบันทึกข้อมูลและ
ประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-claim)
เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลสำหรับการ
ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต
เป็นการเหมาะสมต่อราย โดยประมวลผลจากวันที่

เริ่มให้บริการที่บ้านครั้งแรกจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
คือ ระยะเวลาการดูแลที่บ้านน้อยกว่า 30 วัน อัตราจ่าย
เท่ากับ 4,000 บาท ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน 31 - 60 วัน
อัตราจ่าย 5,000 บาท ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน
61 - 90 วัน อัตราจ่าย 6,000 บาท ระยะเวลาการดูแล
ที่บ้าน 91 - 120 วัน อัตราจ่าย 7,000 บาท ระยะเวลา
การดูแลที่บ้าน 121 - 150 วัน อัตราจ่าย 8,000 บาท
ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน 151 วันขึ้นไป อัตราจ่าย 9,000 บาท
(National Health Security Office, 2019) โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแก้วมีการให้บริการดูแลผู้ป่วย
ในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อ
จากโรงพยาบาลลำพูนที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน
39 ราย และ 27 ราย ในปี 2562 และ 2561 ตามลำดับ
บุคลากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลมะเขือแก้วต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านใน
แต่ละรายที่มีความต้องการในการดูแลที่แตกต่างกันไป
จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต บางรายใช้ระยะเวลาในการดูแล
มากกว่า 2 เดือนขึ้นไป นอกจากนี้ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย
ยังมีความต้องการการดูแลที่มากเป็นพิเศษทั้งทางร่างกาย
และจิตใจ การให้การดูแลในระยะสุดท้าย จึงต้องตอบสนอง
ต่อความต้องการของผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วย
อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ซึ่ง
ส่งผลให้ต้นทุนในการดูแลสูง และจากการทบทวน
งานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังไม่พบงานวิจัยที่
วิเคราะห์ต้นทุนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่
ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านแต่อย่างใด
ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว
ที่ต้องรับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย ได้เล็งเห็นความสำคัญและมีความจำเป็น
อย่างยิ่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแก้ว
จะต้องการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อที่จะนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทาง
ในการบริหารจัดการกิจกรรมในการเยี่ยมบ้าน และเป็น
แนวทางในการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมในงานอื่นๆ ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแก้ว อำเภอเมือง
จังหวัดลำพูนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน เป็นเท่าไร
2. ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูนกับอัตราที่ได้รับการจ่ายชดเชยสำหรับหน่วยบริการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดต้นทุนฐานกิจกรรม (activities-based costing) ของ Kaplan and Cooper (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) จัดทำพจนานุกรมกิจกรรม 2) กำหนดปริมาณทรัพยากรในแต่ละกิจกรรม 3) ระบุผลผลิตและบริการขององค์กร 4) เลือกตัวหลักต้นทุนกิจกรรมที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมสู่ผลผลิตบริการและลูกค้าน้ององค์กร

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. พจนานุกรมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน 3 ระยะ ได้แก่ 1) ก่อนเยี่ยมบ้าน 2) ระหว่างเยี่ยมบ้าน และ 3) หลังเยี่ยมบ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นตารางระบุกิจกรรมหลัก กิจกรรมรอง และลักษณะกิจกรรม
2. แบบบันทึกปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของบุคลากร โดยจัดทำในรูปตารางที่ระบุ

กิจกรรม ตามพจนานุกรมกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

3. แบบบันทึกต้นทุนที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง แบบบันทึกต้นทุนค่าวัสดุ และแบบบันทึกค่าลงทุนมีลักษณะเป็นตารางที่ระบุรายการของต้นทุนทั้งสามประเภท

4. นาฬิกาจับเวลา 2 เรือน ยี่ห้อคาสิโอ รุ่น HS-70W

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) หรือการตรวจสอบความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของพจนานุกรมกิจกรรมแบบบันทึกปริมาณเวลาและแบบบันทึกต้นทุน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 ท่าน แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลลำพูน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพฝ่ายงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลลำพูน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การตรวจสอบหาความเที่ยงของการสังเกตของผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล (interrater agreement) โดยผู้วิจัยนำแบบบันทึกพจนานุกรมกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกปริมาณเวลาที่บุคลากรใช้ไปในการปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ไปทดสอบจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมบ้านตามทีระบุไว้ในพจนานุกรมกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน จากนั้นนำข้อมูลของเวลาที่บันทึกได้มาตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของการสังเกต ได้ค่าความตรงกันของการสังเกตเท่ากับ 1.0

3. ความเที่ยงตรงของนาฬิกาจับเวลาทั้ง 2 เรือน ตรวจสอบความเที่ยงโดยเทียบกับสัญญาณวิทยุจากกรมอุทกศาสตร์ทหารเรือที่เวลา 8.00 น. ตำแหน่งเดียวกัน 3 วันได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผู้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำพูน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ และกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลจำนวน 1 คน และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างได้แก่บุคลากรที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงเวลาที่ศึกษาจำนวน 5 คน เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย
4. ผู้วิจัยและพยาบาลผู้ช่วยเก็บข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและการบันทึกเวลาในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน
5. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลต้นทุน คือ ต้นทุนค่าแรง (labor cost) ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (material cost) และต้นทุนค่าลงทุนจากแผนกบัญชีและพัสดุของโรงพยาบาลก่อนบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร และต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนโดยใช้สถิติพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่คัดเลือกแบบเจาะจงจากบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ และโรงพยาบาลลำพูนจำนวน 6 คน ประกอบ

ด้วย แพทย์ 2 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่บุคลากรปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในช่วงวันที่ 1 กันยายน 2562 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. บุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน ที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน บุคลากรส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 15 - 19 ปี และ 20 ปีขึ้นไปจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40 และมีเงินรายได้ตั้งแต่ 30,001 บาทขึ้นไปมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของบุคลากรปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน จำแนกตามอายุ ประสบการณ์ เงินเดือนที่ได้รับ (n = 5)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พยาบาล วิชาชีพ (n=2)	แพทย์ (n=1)	เภสัชกร (n=1)	นักกายภาพ บำบัด (n=1)	ร้อยละ
อายุ (M = 40.60 ปี; range = 25 - 53 ปี)					
ต่ำกว่า 30 ปี	-	-	-	1	20.00
30 - 39 ปี	-	-	-	-	-
40 - 49 ปี	1	1	1	-	60.00
50 ขึ้นไป	1	-	-	-	20.00
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (M = 17.60; range = 3 - 31 ปี)					
ต่ำกว่า 5 ปี	-	-	-	1	20.00
5 - 9 ปี	-	-	-	-	-
10 - 14 ปี	-	-	-	-	-
15 - 19 ปี	-	1	1	-	40.00
20 ปีขึ้นไป	2	-	-	-	40.00
เงินเดือนที่ได้รับ (Mean = 29,486 บาท; Range = 15,960 - 51,810 บาทขึ้นไป)					
15,001-20,000 บาท	-	-	-	1	20.00
20,001-25,000 บาท	1	-	-	-	20.00
25,001-30,000 บาท	-	1	-	-	20.00
30,001 บาทขึ้นไป	1	-	1	-	40.00

2. ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้ง 3 ระยะ เป็นต้นทุนรวมเท่ากับ 1,296.38 บาท โดยพบว่า เป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 807.14 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 486.91 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 2.32 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 62.26: 37.57: 0.17 ส่วนต้นทุนฐานกิจกรรมของ

การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้ง 3 ระยะ เป็นต้นทุนรวมเท่ากับ 876.09 บาท โดยพบว่า เป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 386.86 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 486.91 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 2.32 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 44.15: 55.57: 0.26

ตารางที่ 2 ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวม 3 ระยะ

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุน ค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ สิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุน ค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)
ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ				
กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน	30.77	31.03	0.00	61.80
กิจกรรมระหว่างเยี่ยมบ้าน	664.30	435.88	1.18	1101.36
กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน	112.07	20.00	1.14	133.21
รวม	807.14	486.91	2.32	1,296.38
ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านของพยาบาลวิชาชีพ				
กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน	17.86	31.03	0.00	48.89
กิจกรรมระหว่างเยี่ยมบ้าน	293.13	435.88	1.18	730.19
กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน	75.86	20.00	1.14	97.00
รวม	386.86	486.91	2.32	876.09

3. เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับงบประมาณที่ได้รับ การจ่ายชดเชยสำหรับหน่วยบริการจากสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าต้นทุนฐานกิจกรรม ของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และ ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลา 1 เดือน ซึ่งได้รับการเยี่ยมโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ 1 ครั้ง พยาบาลวิชาชีพ 3 ครั้งตาม มาตรฐาน มีต้นทุนรวมต่ำกว่าหลักเกณฑ์ในการจ่าย

ชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่ากับ 57.25 บาท และต้นทุนฐานกิจกรรมของผู้ป่วยในระยะ สุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และเสียชีวิตในเวลา 2 เดือนซึ่งได้รับการเยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2 ครั้ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ครั้งตามมาตรฐาน พบว่ามีต้นทุนรวม สูงกว่าหลักเกณฑ์ในการจ่ายชดเชยของสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ 2,849.30 บาท (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับงบประมาณที่ได้รับการจ่าย
ชดเชยสำหรับหน่วยบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กิจกรรม การเยี่ยมบ้าน	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการปฏิบัติ กิจกรรม การเยี่ยมบ้าน (ทีมสหสาขา)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการปฏิบัติ กิจกรรม การเยี่ยมบ้าน (เฉพาะ พยาบาล)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการปฏิบัติ กิจกรรม การเยี่ยมบ้าน (1 เดือน)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการปฏิบัติ กิจกรรม การเยี่ยมบ้าน (2 เดือน)	การจัดสรร จากสำนักงาน หลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ (บาท)	ผลต่าง
1.การเยี่ยมบ้าน ในผู้ป่วยระยะ สุดท้าย (เยี่ยม 4 ครั้ง) และ เสียชีวิตใน 1 เดือน	1,296.38	2,628.27	3,924.65		4,000 บาท (ระยะเวลา การดูแล ที่บ้าน < 30 วัน)	+57.35
2.การเยี่ยมบ้าน ในผู้ป่วยระยะ สุดท้าย (เยี่ยม 8 ครั้ง) และ เสียชีวิตใน 2 เดือน	2,592.76	5,256.54		7,849.30	5,000 บาท (ระยะเวลา การดูแล ที่บ้าน 31-60วัน)	-2,849.30

การอภิปรายผล

ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน

จากผลการศึกษาที่นำเสนอต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ (ตารางที่ 2) ตามมาตรฐานการเยี่ยมบ้านของสำนักงานการพยาบาล (Ministry of Public Health, Nursing

Division, 2013) ที่ระบุไว้ว่าควรจะต้องดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในครั้งแรกเพื่อประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทุกคนในทีมก็จะรับรู้ข้อมูลผู้ป่วยและสามารถจัดการการดูแลร่วมกันได้ พบว่าต้นทุนฐานกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 1 ราย มีต้นทุนเท่ากับ 1,296.38 บาท โดยเป็นต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 807.14 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 486.91 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 2.32 บาท คิดเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 62.26: 37.57: 0.17 ส่วนต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ 1 ราย เป็นต้นทุนรวมเท่ากับ

876.09 บาท โดยพบว่าเป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 386.86 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 486.91 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 2.32 บาท คิดเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 44.15: 55.57: 0.26 นอกจากต้นทุนรวมในการเยี่ยมบ้านจะแตกต่างกันแล้ว สัดส่วนต้นทุนก็แตกต่างกัน กล่าวคือในการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด แต่การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพมีต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองสูงที่สุด

บุคลากรในทีมสหสาขาที่ปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายบำบัด เป็นบุคลากรที่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานสูงและมีรายได้พิเศษต่างๆ เช่น เงินค่าตอบแทนล่วงเวลา เงินประจำตำแหน่งจึงทำให้ค่าแรงต่อหน้าที่สูงเป็นอันดับแรก อธิบายตามแนวคิดต้นทุนฐานกิจกรรมได้ว่า ตัวหลักต้นทุนในการปฏิบัติกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพคือเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม Kaplan and Cooper (1998) เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้ต้นทุนค่าแรงสูงที่สุดเนื่องจากกิจกรรมในการเยี่ยมบ้านเกือบทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่ทำโดยใช้ความรู้และทักษะของบุคลากรมากกว่าการใช้วัสดุ อุปกรณ์อื่นๆ สำหรับต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองเป็นต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงเป็นอันดับสอง ซึ่งได้แก่ค่าน้ำมันรถ ค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่ในการประสานงาน และค่าวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางกาย สำหรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายซึ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นการประเมินและให้ดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญจึงไม่จำเป็นต้องใช้วัสดุสิ้นเปลืองในการปฏิบัติกิจกรรม ต้นทุนค่าลงทุนเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนอื่น เนื่องจากในการบริการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแก้ว จังหวัดลำพูน ใช้เพียงรถยนต์เป็นพาหนะสำหรับนำพาบุคลากรไปยังบ้านผู้ป่วย ซึ่งมีอายุการใช้งานมากกว่า 5 ปี จึงไม่มีต้นทุนค่าเสื่อมราคา (Comptroller General's

Department, 2014) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าต้นทุนค่าลงทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี โดยเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับต้นทุนอื่นๆ (Singsate, 2003)

เมื่อพิจารณาสัดส่วนต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านของพยาบาลวิชาชีพใน จะเห็นว่าสัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุมีสัดส่วนสูงสุดเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระหว่างการเยี่ยมบ้านให้แก่ผู้ป่วยทั้งหมดทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจจากพยาบาลวิชาชีพ เช่น การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การทำแผลกดทับ การทำแผลจากการเจาะคอ การดูแลการให้ออกซิเจนที่บ้าน การให้สุขศึกษาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งถึงการช่วยญาติและผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตตามพจนานุกรมกิจกรรมจึงต้องใช้ทรัพยากรรวมทั้งค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมาก อีกทั้งวัสดุสิ้นเปลืองเกือบทุกอย่างเป็นวัสดุที่ใช้แล้วทิ้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ซึ่งอธิบายตามแนวคิดต้นทุนฐานกิจกรรมได้ว่าตัวหลักต้นทุนในการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพคือจำนวนวัสดุสิ้นเปลือง (Kaplan & Cooper, 1998) นอกจากนี้การดูแลทางด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย มีระยะเวลาในการดูแลที่แตกต่างกันตามโรคและอาการของผู้ป่วยจึงทำให้กิจกรรมระหว่างเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงที่สุด ผลการศึกษาคครั้งนี้คล้ายคลึงกับกับการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ของ Luanratanakorn (2017) ที่พบว่าต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในผู้ป่วย โรคปอดอักเสบ มีต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองสูงที่สุด

เมื่อพิจารณาด้านต้นทุนฐานกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมสหสาขาและพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 ระยะคือ กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน กิจกรรม

ระหว่างเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน พบว่า ได้ระยะที่มีต้นทุนน้อยที่สุดคือระยะก่อนเยี่ยมบ้าน โดยมีต้นทุนเท่ากับ 61.80 บาทเมื่อเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา และเท่ากับ 48.89 เมื่อเยี่ยมโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งกิจกรรมในระยะนี้ไม่มีต้นทุนค่าลงทุน และกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะก่อนเยี่ยมบ้านเป็นการเตรียมความพร้อมของทีมโดยการศึกษาข้อมูลผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ของใช้หรือกระเป๋าย่อมบ้าน ซึ่งเป็นการตรวจสอบของในกระเป๋าย่อมบ้านให้สอดคล้องกับความต้องการ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเท่านั้นซึ่งไม่ได้ใช้เวลามาก ต้นทุนจึงไม่สูง

2. เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูนกับอัตราที่ได้รับการจ่ายชดเชยสำหรับหน่วยบริการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากผลการศึกษาพบว่าต้นทุนฐานกิจกรรมของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และเสียชีวิตในเวลาน้อยกว่า 30 วัน ได้รับการเยี่ยมรวมทั้งหมด 4 ครั้ง (ทีมสหสาขาวิชาชีพ 1 ครั้ง พยาบาลวิชาชีพ 3 ครั้ง) พบว่ามีต้นทุนรวมต่ำกว่าหลักเกณฑ์ในการจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่ากับ 57.25 บาท และต้นทุนฐานกิจกรรมของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และเสียชีวิตในเวลา 31 - 60 วัน ได้รับการเยี่ยมรวมทั้งหมด 8 ครั้ง (ทีมสหสาขาวิชาชีพ 2 ครั้ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ครั้ง) พบว่ามีต้นทุนรวมสูงกว่าหลักเกณฑ์ในการจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2,849.30 บาท (ตารางที่ 3) กล่าวคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยบริการการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายที่บ้านตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงเสียชีวิต ดังนี้ ระยะเวลาการดูแลที่บ้านน้อยกว่า 30 วัน อัตราจ่ายเท่ากับ 4,000 บาท ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน 31-60 วัน อัตราจ่าย 5,000 บาท ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน 61-90 วัน อัตราจ่าย 6,000 บาท ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน 91-

120 วัน อัตราจ่าย 7,000 บาท ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน 121-150 วัน อัตราจ่าย 8,000 บาท ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน 151 วันขึ้นไป อัตราจ่าย 9,000 บาท (National Health Security Office, 2018) การที่ต้นทุนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาล่วงหลังจากจำหน่ายนานออกจากโรงพยาบาลนานมีต้นทุนที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจสูง จากอาการที่ไม่คงที่ของผู้ป่วยเอง หรือจากความต้องการการได้รับการตอบสนองต่างๆ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของร่างกายจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการให้การดูแลแบบประคับประคองจิตใจ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการต่างๆ โดยทีมสหสาขา โดยผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมคลินิกเลิภูหรี (Kidtipornpechdee & Yuphakdee, 2017) ที่พบว่ากิจกรรมในการให้คำปรึกษาด้านยามีต้นทุนสูงกว่ากิจกรรมอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีอุปกรณ์ที่ติดกับร่างกายหลายอย่าง ตัวอย่างเช่นสายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหารทางจมูก เมื่อถึงเวลา 1 เดือนจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนสายสวนและสายยางทางจมูกซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายของวัสดุสิ้นเปลืองเพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่มีต้นทุนฐานกิจกรรมสูงที่สุด 3 อันดับแรกในระหว่างเยี่ยมบ้านคือ การดูแลสายสวนปัสสาวะ มีต้นทุนเท่ากับ 279.58 บาท ลำดับที่ 2 คือการดูแลทำความสะอาดแผล มีต้นทุนเท่ากับ 128.39 บาท ลำดับที่ 3 คือ การเปลี่ยนสายให้อาหารทางสายยาง มีต้นทุนเท่ากับ 66.62 บาท นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังต้องการได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลมากกว่าเกณฑ์ที่ทางสำนักงานพยาบาลกำหนด หรือญาติผู้ป่วยต้องการคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือจัดการกับอาการรบกวนเหล่านั้นในระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก ทีมสหสาขาจึงต้องใช้เวลาในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณร่วมกับการดูแลทางด้านร่างกาย ทำให้หน่วยบริการที่ให้การเยี่ยมบ้านต้องรับผิดชอบต้นทุนในการเยี่ยมบ้านซึ่งสูงกว่าจำนวน

เงินที่ได้รับการจ่ายชดเชยจากสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อดำเนินการเยี่ยมบ้านหลังจาก 30 วัน

ผลการศึกษาที่พบว่า ต้นทุนค่าแรงสูงที่สุดสอดคล้องกับผลการศึกษาต้นทุนการดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลอุดรธานีของ Singasat (2003) ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนค่าแรง พบว่าค่าแรงในการให้บริการที่บ้านในส่วนที่รัฐสนับสนุน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เป็นต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงสุดเช่นกัน ส่วนผลการศึกษาที่พบว่าต้นทุนในการดำเนินการสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรนั้นก็คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของงานวิจัยที่ผ่านมาเช่น ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ของ Luanrattanakorn (2017) ที่พบว่าต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โรคเนื้อสมองตาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ที่เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้งพบว่า โรคปอดอักเสบ มีต้นทุนกิจกรรมการบริการสูงกว่าที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 3,726.55 บาท โรคเนื้อสมองตาย มีต้นทุนกิจกรรมการบริการน้อยกว่าที่ได้รับจัดสรรจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 3,612.69 บาท โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ มีต้นทุนกิจกรรมการบริการสูงกว่าที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 1,265.85 บาท และสอดคล้องกับผลการศึกษา ต้นทุนฐานกิจกรรมตามระยะเวลาของบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้บริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและเครือข่ายบริการสุขภาพตำบลไสไทย จังหวัดกระบี่ (Toathong, Trijutakarn, Sawangpon, Chantanit, & Pannoi, 2018) ที่พบว่า ต้นทุนรวมของบริการเยี่ยมบ้านมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงสูงที่สุดโดยคิดเป็นต้นทุนร้อยละ 72.79 ของบริการเยี่ยมบ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่าต้นทุนในการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาสูงกว่าการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพิจารณาจัดบุคลากรในทีมสหสาขาในการเยี่ยมบ้านให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยระยะท้าย อาการแสดงที่ต้องการการดูแลเฉพาะเจาะจงของบุคลากรวิชาชีพนั้นๆ

2. การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเดือนที่ 2 อาจจะไม่จำเป็นต้องเป็นการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขา ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ อาการแสดง หรือมีความต้องการการดูแลจากวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง โดยเฉพาะเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมในการการเยี่ยมบ้านเพียง 2 เดือน ดังนั้นควรเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทีนานกว่านี้ เพื่อที่จะได้เปรียบเทียบต้นทุนในการเยี่ยมบ้านกับอัตราค่าจ่ายชดเชยที่ได้รับให้ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด

2. ควรมีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านโดยครอบครัว ว่ามีต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเท่าใด

3. ควรมีการศึกษาต้นทุนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต้นทุนสูงเช่นกัน

4. ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้บริหารสามารถนำแนวคิดวิธีการในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการไปคำนวณต้นทุนในการให้บริการงานอื่นๆ ได้ เช่น งานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานอนามัยโรงเรียน รวมไปถึงต้นทุนของกิจกรรมบริการแต่ละประเภท เช่น การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองผู้ป่วย

วิณโรค และผู้บริหารสถานบริการด้านสุขภาพ สามารถ ลดต้นทุนโดยคงคุณภาพบริการ
นำข้อมูลต้นทุนไปปรับปรุงกิจกรรมเยี่ยมบ้านที่จะช่วย

เอกสารอ้างอิง

- Comptroller General's Department. (2014). *Criteria for calculation of depreciation of fixed assets for government agencies*. Retrieved from <https://pws.cgd.go.th/cgd/>. (In Thai)
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School.
- Kidtipornpechdee, K., & Yuphakdee, N. (2017). Activity based costing of smoking cessation clinic at Donpud Hospital, Saraburi Province. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(3), 214-225. (In Thai)
- Luanrattanakorn, S. (2017). *Activity-based costing of services in male medical ward 2, Uttaradit Hospital* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)
- Ministry of Public Health, Nursing Division. (2013). *Home health care (Home word)*. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand. (In Thai)
- Ministry of Public Health, Nursing Division. (2015). *Palliative nursing service system*. Nonthaburi: Tawan Media. (In Thai)
- Panuthai, S. (2020). Palliative care nursing for older persons. *Nursing Journal*, 41(1), 454-466. (In Thai)
- Singsate, S. (2003). Operating cost of home care services of primary care unit at Udonthani Hospital. *Nursing Journal*, 31(3), 1-15. (In Thai)
- Toathong, T., Trijutakarn, T., Sawangpon, S., Chantanis, A., & Pannoi, T. (2018). Time-driven activity-based cost of primary care pharmacy services for chronic conditions among the elderly patients at community health center and Sai Thai contract units of primary care, Krabi Province, Thailand. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 11(4), 697-707. (In Thai)



ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเกิน จังหวัดลำปาง Work - Family Conflict of Nurses in Thoen Hospital, Lampang Province.

พัชรินทร์	เขตประทุม *	Pacharin	Ketpratum *
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **

บทคัดย่อ

ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวส่งผลให้ต่อประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลและต่อการ ทำหน้าที่ ในครอบครัว การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว และ เพื่อค้นหาแนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาล-เกิน จังหวัดลำปาง ประชากรเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปจำนวน 62 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบวัดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวแบบหลายมิติ (Carlson, Kacmar, & Williams, 2000) ที่แปลเป็น ภาษาไทยโดยผู้ศึกษามีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 และคำถามปลายเปิดแนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวที่ได้รับการตรวจสอบความครอบคลุม ความสอดคล้อง และลำดับข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหา ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประชากร

ผลการศึกษาพบว่า

1. พยาบาลในโรงพยาบาลเกิน จังหวัดลำปาง มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัว ที่มีสาเหตุจากเวลา และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ส่วนความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากเวลา ความเครียด และพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

2. แนวทางในการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว คือ การลดภาระงานของพยาบาล การเพิ่มความสุขในการทำงานของพยาบาล และการให้ความรู้แก่พยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการกำหนดแนวทางเพื่อป้องกัน และลดการเกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวสำหรับพยาบาลที่จะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล

คำสำคัญ: สัมพันธภาพในครอบครัว, ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ผู้รับบริการ, คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเกิน จังหวัดลำปาง

* Registered Nurse, Thoen Hospital, Lampang Province, ketpratum15@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 1 เมษายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 6 พฤษภาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 20 พฤษภาคม 2563

Abstract

Work-family conflicts affect nurse's work efficiency and family duties. The purpose of this descriptive study was to explore the level of work-family conflict and methods to reduce work-family conflict of nurses in Thoen Hospital, Lampang Province. Population was 62 nurses with at least 1 year working experience. The tools used in the study were 1) a multi-dimensional family-to-family conflict measurement (Carlson, Kacmar, & Williams, 2000) which was translated into Thai by the researcher. The Cronbach's alpha coefficient of an instrument was 0.97, 2) open-ended questions regarding methods to reduce work-family conflict which have been reviewed for coverage, consistency and question order from experts. Data was analyzed by using frequency, percentage, range, mean, and standard deviation.

The results revealed that:

1. Nurses in the Thoen Hospital, Lampang Province, had work - family conflicts regarding work interferes with families caused by time and stress at moderate levels, and had work - family conflicts regarding work interferes with families caused by behavior at a low level. The work - family conflicts regarding family interferes with work caused by time, stress and behavior were at low levels.

2. Methods for reducing work-family conflicts were: reducing the workload of nurses, increasing the happiness of working of nurses, and educating nurse to improve skills for dealing with work-family conflicts.

Results of this study can be used as baseline information for nursing administrator to prevent and reduce work - family conflicts among nurses in order to obtain good quality of life and improve work efficiency of nurses.

Keywords: *work - family conflict, nurse*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้พยาบาลที่อยู่ในระบบต้องปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นและทำให้ชั่วโมงการทำงานของพยาบาลสูงขึ้น (Thailand Nursing Council, 2012) การใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการปฏิบัติงานทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลครอบครัวที่อาจนำไปสู่การเกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวในที่สุด (Perodeau et al., 2001) โดยความขัดแย้งระหว่างงาน และครอบครัวหมายถึงสถานการณ์ที่เกิดความไม่สมดุลหรือไม่สอดคล้องกันระหว่างบทบาทการทำงานกับบทบาทในครอบครัวและเกิดได้จากสาเหตุ 3 ประการ คือ เวลา ความเครียด และพฤติกรรม (Greenhaus & Beutell, 1985)

ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวจึงสามารถแบ่งตามสาเหตุออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากเวลา 2) ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากความเครียด 3) ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากพฤติกรรม 4) ด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากเวลา 5) ด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากความเครียด 6) ด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากพฤติกรรม (Carlson, Kacmar; & Williams, 2000) โดยพบว่าความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความคาดหวัง และความเจริญก้าวหน้าในงานของบุคคล และมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความพึงพอใจ

ในครอบครัว (Yildirim & Aycan, 2008) นอกจากนี้ยัง มีความสัมพันธ์ ทางลบกับ ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ เนื่องจากเมื่อพยาบาลมีความขัดแย้งระหว่าง งานกับครอบครัวเกิดขึ้นจะทำให้พยาบาลเกิดความกังวล ทำให้ประสิทธิภาพการทำงาน of พยาบาลลดลง (Wang & Tsai, 2014) และทำให้ผลการปฏิบัติงานขององค์กร ในภาพรวมลดลง

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 60 ของพยาบาล ในประเทศสวีเดน เคยมีประสบการณ์การเกิดความ ขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ร้อยละ 35.80 38.84 และ 25.36 ตามลำดับ (Leinneweber et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิประเทศไต้หวันมีความขัดแย้ง ระหว่างงานกับครอบครัวรูปแบบงานรบกวนครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 0.73$) และ รูปแบบครอบครัวรบกวนงานอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.41$, $SD = 0.82$) (Wang & Tsai, 2014) และในประเทศอิตาลี ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ทำงานเป็นผลัดมีระดับ ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.20$, $SD = 0.82$) (Camerino et al., 2010) ในประเทศไทยพบการศึกษาความขัดแย้งระหว่าง บทบาทในงานกับครอบครัวของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47$, $SD = 0.757$) (Chamsuk, 2013) และพบว่า พยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมีระดับความขัดแย้ง ระหว่างงานกับครอบครัว ด้านงานรบกวนครอบครัว และด้านครอบครัวรบกวนงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.22$, $SD = 0.76$; $\bar{X} = 2.64$, $SD = 0.82$ ตามลำดับ) (Boonmong, 2009) จะเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับ ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลใน ประเทศไทยยังมีจำกัด และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อ ให้ได้องค์ความรู้เพิ่มเติม และผลการศึกษาที่พบว่ามี การเกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวแสดง ให้เห็นความจำเป็นต้องจัดการความขัดแย้งระหว่างงาน กับครอบครัวเพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วย

ตัวพยาบาลและครอบครัว และองค์กรต่อไป

โรงพยาบาลเกิน จังหวัดลำปางได้รับการยกระดับ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตั้งแต่กลางและมีการ เพิ่มการจัดบริการให้สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงทำให้พยาบาลมีภาระ งานเพิ่มมากขึ้น จากการประเมินความเพียงพอของ กำลังคนด้านการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการพบว่า มีบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยเมื่อคำนวณ ตามกรอบอัตรากำลังตามที่สภาการพยาบาลกำหนด พบว่าขาดอัตรากำลังตามภาระงานในปี 2561 ถึง 8 คน (Thoen Hospital, Nursing department, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอ ผู้ป่วยวิกฤติ มีชั่วโมงการปฏิบัติงานสูงถึง 56 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ และยังพบว่าพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินมีชั่วโมงการปฏิบัติงานสูงถึง 72 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ และจากการสำรวจความสุขของเจ้าหน้าที่ ของโรงพยาบาลเกิน โดยใช้เครื่องมือวัดความสุข (happinometer) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในมิติความสุขในครอบครัว (happy family) และมิติ ความสุขในชีวิตการทำงาน (happy work life) ผลคะแนนในปี 2561 อยู่ในระดับปานกลาง (Admin- istration department, 2018) ซึ่งอาจเกิดจากความ ไม่สอดคล้องกันระหว่างงานกับครอบครัว อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลการศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับ ครอบครัวและแนวทางในการลดความขัดแย้งระหว่าง งานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเกิน จังหวัดลำปาง จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการลด ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานและมีความสุขกับ ครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี และปฏิบัติงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับ ครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเกิน จังหวัดลำปาง
2. เพื่อค้นหาแนวทางการลดความขัดแย้งระหว่าง

งานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

คำถามการวิจัย

1. ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง อยู่ในระดับใด
2. แนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แนวคิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากเวลา หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่เกิดจากสาเหตุหรือความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้หรือการให้เวลาในการทำงานมากเกินไปจนเข้าไปรบกวนหรือเป็นอุปสรรคในการทำหน้าต่อครอบครัว 2) ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากความเครียด หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่เกิดจากความเครียดหรืออารมณ์ด้านลบในรูปแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำงานเข้าไปรบกวนหรือเป็นอุปสรรคในการทำหน้าที่ต่อครอบครัว 3) ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากพฤติกรรม หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่เกิดจากพฤติกรรม การกระทำ หรือการตัดสินใจที่เป็นประโยชน์หรือใช้ไม่ได้ผลต่อการทำงาน ไม่สัมพันธ์หรือใช้ไม่ได้ผลกับการทำหน้าที่ต่อครอบครัว 4) ด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากเวลา หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่เกิดจากสาเหตุหรือความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการให้เวลากับครอบครัวมากเกินไปจนรบกวนหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน 5) ด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากความเครียด หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่เกิดจากความเครียดหรืออารมณ์ด้านลบในรูปแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ในครอบครัวเข้าไปรบกวนหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน 6) ด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากพฤติกรรม หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่เกิดจากพฤติกรรม

การกระทำหรือการตัดสินใจที่เป็นประโยชน์หรือใช้ได้ดี ผลต่อการทำหน้าที่ในครอบครัวไม่สัมพันธ์หรือใช้ไม่ได้ผลกับการทำงาน (Carlson et al., 2000) และแนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว คือ การสมดุลเวลา การสมดุลการมีส่วนร่วม และการสมดุลความพึงพอใจระหว่างงานกับครอบครัว ที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้ (Friedman & Greenhaus, 2000 as cited in Greenhaus et al., 2002)

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง และเพื่อค้นหาแนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายคือพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเถิน และไม่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารการพยาบาล การศึกษาค้นคว้าศึกษาในประชากรมีจำนวนพยาบาลรวมทั้งสิ้น 62 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีบุตรและจำนวนบุตร ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานล่วงหน้าเฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ภาระหนี้สิน และการมีผู้ช่วยเหลือในครัวเรือน โดยแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด 2) ส่วนที่ 2 แบบวัดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวที่ผู้ศึกษาแปลมาจากแบบวัดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว (Carlson et al., 2000) ประกอบด้วย 6 ด้าน

ด้านละ 3 ข้อ จำนวนข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประเมินค่า (Likert Scale) 5 ระดับ (1 = ตรงน้อยที่สุด, 2 = ตรงน้อย, 3 = ตรงพอควร, 4 = ตรงมาก, 5 = ตรงมากที่สุด) คำนวณคะแนนเฉลี่ยรายด้าน โดยนำคะแนนทุกข้อที่ได้รวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อได้ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว 3 ระดับโดยใช้สูตรภาคพื้น โดยช่วงคะแนน 1.00-2.33 = ระดับน้อย, 2.34-3.66 = ระดับปานกลาง 3.67-5.00 = ระดับมาก 3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อสอบถามข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้บริหารทางการแพทย์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกินควรดำเนินการเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาดำเนินการขออนุญาตใช้แบบวัดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของคาร์ลสัน และคณะ (Carlson et al., 2000) และทำการแปลเป็นภาษาไทยตามกระบวนการแปลย้อนกลับ โดยไม่มีการดัดแปลงจากต้นฉบับ ส่วนแบบสอบถามแนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวเป็นแบบสอบถามปลายเปิด ได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมความสอดคล้อง และลำดับข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน แบบวัดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับพยาบาลโรงพยาบาลเกาะคา อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง จำนวน 20 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขอนุมัติ 108/2091) โดยผู้ศึกษาได้ทำหนังสือชี้แจงกลุ่มประชากรเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ ประชากรสามารถถอนตัว

ออกจากการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน ข้อมูลทุกอย่างจะใช้รหัสแทนการระบุตัวบุคคล ผู้ศึกษาเก็บแบบสอบถามไว้อย่างอย่างปลอดภัยและแน่นหนา โดยมีเพียงผู้ศึกษาเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ และแบบสอบถามจะถูกทำลายหลังการศึกษาเสร็จสิ้นและผลงานการศึกษาได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแล้ว 1 ปี ซึ่งผู้ศึกษาจะนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2562 โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกินเพื่อขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล และเข้าพบหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลเกินเพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาและขอแต่งตั้งผู้ประสานงานการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัย ผู้ศึกษาเข้าพบผู้ประสานงานการวิจัยเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอน และบทบาทในการรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด จากนั้นมอบชุดแบบสอบถามให้ผู้ประสานงานการวิจัยเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อครบ 2 สัปดาห์ให้ผู้ประสานงานเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้ศึกษา โดยผู้ศึกษาได้รับแบบสอบถามคืนทั้งสิ้นจำนวน 62 ฉบับ และมีความสมบูรณ์ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดย 1) ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษาใช้การวิเคราะห์ด้วยพารามิเตอร์ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยประชากร (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประชากร (σ) ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) 2) ข้อมูลความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยประชากร และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร จากนั้นจำแนกระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเกินตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน 3) ข้อมูลแนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัววิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพจากคำถามปลายเปิดด้วยการสรุปและจัดกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลในโรงพยาบาลเถินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.50 มีอายุเฉลี่ย 38.27 ปี ($\sigma=10.16$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 95.20 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 48.38 และสถานภาพคู่ร้อยละ 45.16 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 16.19 ปี ($\sigma=10.81$) ได้รับมอบหมายงานพิเศษนอกเหนือจากงานประจำร้อยละ 96.77 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 50,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 24.19 โดยส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 88.70 รายได้ในครอบครัวมาจากตนเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวร้อยละ 83.90 และพบว่ายังมีภาระหนี้สินร้อยละ 82.26 และมี

ผู้ช่วยเหลือในครัวเรือนร้อยละ 82.26

2. ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากเวลาและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ส่วนความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากเวลา ความเครียด และพฤติกรรม อยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถินจังหวัดลำปาง (N=62)

ความขัดแย้ง	μ	σ	ระดับ
ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากเวลา	3.27	0.91	ปานกลาง
ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากความเครียด	2.57	0.92	ปานกลาง
ด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากพฤติกรรม	2.23	0.86	น้อย
ด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากเวลา	2.13	0.65	น้อย
ด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากความเครียด	1.83	0.78	น้อย
ด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจากพฤติกรรม	2.08	0.79	น้อย

3. แนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง จากการศึกษา พยาบาลในโรงพยาบาลเถินได้เสนอวิธีการเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวดังต่อไปนี้

3.1 การลดภาระงานของพยาบาล ได้แก่ จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน (59 คน) ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยงานบางอย่างของพยาบาล เช่น ระบบ paper less (54 คน) จัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่พร้อมใช้และเพียงพอต่อปริมาณงาน (53 คน) ลดงานที่ไม่ใช่ของพยาบาลลง

เช่น การเบิกจ่ายวัสดุต่างๆ งานธุรการ และการเงินต่างๆ (50 คน) มอบหมายงานอย่างเหมาะสม ตรงกับความรู้ความสามารถ และตรงกับหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละบุคคล (48 คน) กำหนดภาระงานให้เหมาะสมไม่เหลื่อมล้ำและไม่เลือกปฏิบัติ ให้ชัดเจน และเสมอภาค (45 คน) กำหนดให้การขึ้นเวรล่วงเวลา (OT) เป็นไปโดยสมัครใจ ไม่มีการบังคับ (45 คน) และจัดอัตรากำลังสำรองให้แต่ละหน่วยงานในกรณีพยาบาลในหน่วยงานไม่เพียงพอกับภาระงาน (32 คน)

3.2 การเพิ่มความสุขในการทำงานของพยาบาล ได้แก่ สื่อสารเชิงบวก ให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน (59 คน)

ให้รางวัลหรือคำชื่นชม เมื่อผลการปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด (57 คน) ปกป้องสิทธิ และความปลอดภัยของพยาบาลจากการถูกรุกรานด้วยวาจา หรือการกระทำจากญาติและผู้ป่วย (50 คน) ไม่จัดประชุมนอกเวลาทำงาน (48 คน) เปิดโอกาสให้เสนอความคิดเห็นเพื่อเสนอแนะแนวทางการ จัดอัตรา กำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน (48 คน) จัดการ จัดกิจกรรมในวันหยุดเพื่อให้พยาบาลมีเวลาพักผ่อนร่วมกับครอบครัว (45 คน) ให้ลาพักผ่อนได้ตามระเบียบข้าราชการ รวมถึงวันลาพักผ่อนสะสม ไม่ควรจำกัดสิทธิในการลาแค่ 10 วันต่อปี โดยไม่ให้น้ำวันลาสะสมมาคิดเป็นวันลาของปีนั้น ๆ (42 คน) และจัดกิจกรรมนันทนาการต่างๆ โดยให้อนุญาตให้พ่ครอบครัวเข้าร่วมงานได้ (38 คน)

3.2 การให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้แก่ให้ความรู้ในการดำเนินชีวิตตามหลักพุทธศาสนา แนวปฏิบัติตามพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (50 คน) พาไปปฏิบัติธรรม (50 คน) ให้ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การทำบัญชีครัวเรือน (36 คน) และส่งเสริมให้พยาบาลมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันตนเองจากโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ (12 คน)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลกัน จังหวัดลำปาง โดยผู้ศึกษาได้อภิปรายดังนี้

1. ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลกัน

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลกัน มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากเวลาและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งตามแนวคิดของ Carlson et al. (2000) กล่าวว่าความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว หมายถึง ความขัดแย้งกันระหว่างบทบาทหน้าที่ในการทำงานและที่บ้านโดยมีสาเหตุมาจากเวลา

ความเครียดและพฤติกรรม โดยความขัดแย้งเนื่องจากปัจจัยด้านเวลาเกิดขึ้นเมื่อบุคคลทุ่มเทเวลาให้กับงานมากเกินไป จนไม่สามารถแบ่งเวลาให้กับครอบครัวได้อย่างเต็มที่ เช่น การทำงานล่วงเวลา การทำงานเป็นกะ และตารางการทำงานที่ไม่ยืดหยุ่น ลักษณะเช่นนี้ให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว โดยโรงพยาบาลกันที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีเพิ่มบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลตติยภูมิ ทำให้จำนวนพยาบาลที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้พยาบาลในโรงพยาบาลกันต้องปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นและมีเวลาในการดูแลครอบครัวลดลง โดยจากข้อมูลพบว่าพยาบาลร้อยละ 40.30 มีการขึ้นเวรล่วงเวลา 10-20 เวรต่อเดือน นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาล ร้อยละ 96.77 มีงานพิเศษอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายที่นอกเหนือจากงานประจำทั้งในระดับหน่วยงาน โรงพยาบาล และองค์กรวิชาชีพ ซึ่งอาจทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาไปกับการปฏิบัติงานการพยาบาล และงานพิเศษอื่นๆ การปฏิบัติงานเกินเวลามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านร่างกาย (Supamane, Kunaviktikul, & Keitlertnapha, 2014) จนส่งผลกระทบต่อ การดูแลครอบครัว ประกอบกับงานของพยาบาลเป็นงานที่มุ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล (Nantsupawat, Wichaikhum, & Nantsupawat, 2010) ดังที่โรงพยาบาลกันกำหนดตัวชี้วัดของผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น ลดอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะลงเหลือน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันการ คาสายสวนปัสสาวะหรืออัตราการตกเตียงเป็น 0 เป็นต้น (Thoen Hospital, Nursing department, 2018) การมุ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลเช่นนี้อาจทำให้พยาบาลต้องทุ่มเทเวลาในการทำงานเพื่อเฝ้าระวังอุบัติการณ์ และจัดการเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่อาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียดได้ และความเครียดที่เกิดขึ้นจากงานได้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว อีกทั้งลักษณะการปฏิบัติงานเป็นกะต้อง

ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง อาจก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกันดังที่ Camerino et al. (2010) กล่าวว่า ปฏิบัติงานในเวลากลางคืน อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านสุขภาพกายที่ต้องอดนอน หรือนอนไม่เป็นเวลา ส่งผลก่อให้เกิดความเครียด มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย อย่างไรก็ตามพยาบาลได้รับการส่งเสริมให้มองโลกในแง่ดี (Boonkuna, Wannalai, & Pinprapapan, 2017) และการที่พยาบาลมีความเสียสละ มีความรู้ มีไหวพริบปฏิภาณ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างชาญฉลาด สื่อสารถีสามารถติดต่อประสานงานกับผู้อื่นหรือหน่วยงานอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Srisuphan, Chanprasit, & Sngounsiritham, 2020) อาจทำให้พยาบาลในโรงพยาบาลเกินรู้สึกมีคุณค่าและสามารถผ่อนคลายความเครียดจากการทำงานได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลร้อยละ 82.26 มีผู้ช่วยเหลือในครัวเรือน ได้แก่ บิดา มารดา สามี และญาติ ซึ่งอาจทำให้พยาบาลกังวลกับการทำบทบาทในครอบครัวลดลง และรับรู้ว่ามี ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากเวลาและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่าความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากพฤติกรรมที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติงาน คือต้องรับผิดชอบดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ปลอดภัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะอาดเพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว (Srisuphan et al., 2020) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสามารถใช้ในดูแลความเป็นอยู่และสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้เช่นกัน จึงทำให้พยาบาลมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจาก เวลา ความเครียด และพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากในสังคมไทยเห็นว่า

อาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่น่ายากยิ่ง มีเกียรติ เพราะเป็นผู้ที่ต้องคอยดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เจ็บป่วย และต้องการการดูแล โดยต้องปฏิบัติงานเป็นผลัดเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นครอบครัวจึงเห็นใจและให้ความเข้าใจการทำงานของพยาบาล และไม่ได้คาดหวังให้พยาบาลมาดูแลครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์แบบ นอกจากนี้ จากข้อมูลพบว่าพยาบาลมีผู้ช่วยเหลือในครัวเรือนเป็น บิดา มารดา สามี และญาติร้อยละ 60.78 31.37 และ 7.85 ตามลำดับ ทำให้ช่วยแบ่งเบาภาระในครอบครัวได้ เช่น ช่วยรับส่งบุตร ช่วยทำงานบ้าน จึงทำให้พยาบาลมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุจาก เวลา ความเครียด และพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา Kochasee (2006) ที่พบว่าครัวเรือนที่ไม่มีผู้ช่วยในครัวเรือนมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวในรูปแบบครอบครัวก้าวร้าวทำงานที่มีสาเหตุจากความเครียดมากกว่าครัวเรือนที่มีผู้ช่วยเหลือในครัวเรือน

2. แนวทางลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลเสนอแนะแนวทางในการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวไว้ 3 แนวทางดังนี้

2.1 การลดภาระงานของพยาบาล เช่น การจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงาน การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยงานบางอย่างของพยาบาล และลดงานที่ไม่ใช่ของพยาบาลออกไป เช่น การเบิกจ่ายวัสดุต่างๆ การเป็นกรรมการตรวจรับพัสดุ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เป็นต้น การที่พยาบาลโรงพยาบาลเกินได้ให้ข้อเสนอแนะดังกล่าว อาจเนื่องจากมองเห็นว่าภาระงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเกินมีมาก ส่งผลให้ต้องใช้เวลาในการทำงานมากเกินไปจึงควรลดภาระงานลงเพื่อให้พยาบาลจะได้มีเวลาให้กับครอบครัวมากขึ้น ดังที่ Perodeau et al. (2001) กล่าวว่า พยาบาลปฏิบัติงานเกินเวลาหรือที่มากเกินไปมักประสบกับปัญหายุ่งยาก ภายในครอบครัวโดยไม่

สามารถสร้างสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว พยาบาลในโรงพยาบาลเกินจึงได้เสนอให้มีการลดภาระงานของพยาบาลขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yuthvoravit (2007) ที่กล่าวว่าการลดงานที่ไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาลลงจะทำให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลครอบครัวเพิ่มมากขึ้น การจัดมอบหมายงานและตารางการทำงานอย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดการกับงานที่ไม่ใช่ของพยาบาลแต่พยาบาลต้องทำ เช่น งานธุรการ เพราะทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำงานประจำให้เสร็จสิ้น (Boonkuna et al., 2017) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yildirim & Ayca (2008) ที่พบว่าภาระงานเกินและลักษณะการทำงานที่ไม่เป็นเวลา เป็นปัจจัยทำนายความขัดแย้งในงานกับครอบครัว ดังนั้นการลดภาระงานของพยาบาล จะทำให้พยาบาลสามารถสมดุลเวลาระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตในครอบครัว และจะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวลงได้ (Friedman & Greenhaus, 2000 as cited in Greenhaus et al., 2002)

2.2 การเพิ่มความสุขในการทำงานให้พยาบาล เช่น การให้รางวัลหรือคำชื่นชม และรวมถึงการอนุญาตให้ครอบครัวเข้าร่วมงานกิจกรรมในโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้เพราะบรรยากาศองค์การ เป็นสิ่งแวดล้อมขององค์การทั้งทางตรงและ ทางอ้อมมีอิทธิพลต่อการมุ่งใจและการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์การ (Litwin & Stringer, 1968) การให้รางวัลหรือคำชื่นชมจะทำให้พยาบาลมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน ดังที่ Diener (2009) กล่าวว่า บุคคลจะเกิดความสุข จะต้องเกี่ยวข้องกับการรับรู้ทางบวกของทุกๆ ด้านในชีวิต โดยเฉพาะความพึงพอใจในงาน หากบุคลากรในองค์กรมีความรู้สึกพึงพอใจหรือมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน ก็จะทำให้เกิดความสุขในการทำงาน ทำงานด้วยความเต็มใจ และส่งผลต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ แม้ภาระงานจะมากก็จะสามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี การจัดกิจกรรมที่สร้างสรรค์ทั้งในและนอกสถานที่ทำงาน มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น รับประทานอาหารร่วมกันมากขึ้น มีการทำกิจกรรม

ละลายพฤติกรรมในหน่วยงาน ทำให้เกิดการประสานสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน ลดความตึงเครียด สร้างบรรยากาศของความสุข (Yuthvoravit, 2007) เมื่อพยาบาลมีความพึงพอใจต่องาน จะสามารถช่วยลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้ ดังที่ Friedman and Greenhaus, 2000 as cited in Greenhaus (2002) กล่าวว่า การสมดุลความพึงพอใจระหว่างงานกับครอบครัวที่เหมาะสม จะสามารถช่วยลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้

2.3 การให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว เช่น การให้ความรู้ในการดำเนินชีวิตตามหลักพุทธศาสนา การพาไปปฏิบัติธรรม การทำบุญซื้อข้าวเปลือก อาจเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลเกินพยาบาลนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 และเห็นว่าหลักธรรมในศาสนาพุทธสามารถช่วยลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้ โดยการพัฒนาคิด การฝึกควบคุมจิต การควบคุมอารมณ์ เพื่อให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตไปในวิถีที่ถูกต้อองดีงาม การควบคุมอารมณ์ได้ดีจึงส่งผลต่อการลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gonnelli, Agus, & Raffagnino (2018) ที่พบว่าสร้างทักษะการควบคุมอารมณ์ที่ดีเพื่อรับมือกับงานอารมณ์และความต้องการของครอบครัว สามารถช่วยลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารในองค์การพยาบาล ควรทบทวนแผนอัตรากำลังให้เพียงพออย่างต่อเนื่อง มีการออกแบบงาน (job design) อย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาบุคลากรอื่นๆ ในหน่วยงานเพื่อช่วยงานพยาบาลในกรณีขาดแคลน อัตรากำลังพยาบาล ลดงานที่ไม่ใช่ของพยาบาลลง เพื่อให้พยาบาลมีเวลาทำงาน เวลาพักผ่อนและเวลาดูแลครอบครัวอย่างเหมาะสม และหัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าหอผู้ป่วยควรดูแลภาระงานของพยาบาลแต่ละคนให้เหมาะสมที่จะไม่ก่อให้เกิดความเครียดใน

การทำงาน มีการจัดตารางปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม มอบหมายงานพิเศษอย่างให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมของหน่วยงาน เพื่อให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจและความสุขในการปฏิบัติงาน ป้องกันและลดการเกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานและมีความสุขกับครอบครัว อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวและปัจจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาโปรแกรมที่ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว เช่น โปรแกรมการควบคุมจิตตามวิถีพุทธศาสนา

เอกสารอ้างอิง

- Administration Department. (2018). *Annual summary report 2018*. Lampang: Administration Department, Thoen Hospital. (In Thai)
- Boonkuna, t., Wannalai, U., & Pinprapapan, E. (2017). Predicting factors of job stress on job retention among registered nurses in in-patient units, Lampang Hospital. *Journal of Health Science Research, 11*(1), 33-42. (In Thai)
- Boonmong, W. (2009). *Relationships between adversity quotient, job characteristics, work family conflict, and joy at work of staff nurses, hospital under the jurisdiction of the ministry of defense* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior, 56*(2), 249-276.
- Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P. M., Campanini, P., & Costa, G. (2010). Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International, 27*(5), 1105-1123.
- Chamsuk, P. (2013). *The relationship between job satisfaction, work and family interrole conflict and life satisfaction of nurses in private hospitals* (Master's thesis), Srinakharinwirot University. (In Thai)
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review, 10*(1), 76-88.
- Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shawc, J. D. (2002). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior, 63*(3), 510-531.
- Gonnelli, C., Agus, M., & Raffagnino, R. (2018). Work-family conflict in nursing: The role of work schedules, familial antecedents and emotional regulation. *Open Journal of Medical Psychology, 7*, 123-147.

- Kochasenee, D. (2006). *Work-family conflict and life satisfaction of employed married adult in Bangkok* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Runesdotter, S., & Tishelman, C. (2014). Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: A multilevel modelling approach. *PLoS One*, 9(5), e96991.
- Nantsupawat, R., Wichaikhum, O., & Nantsupawat, A. (2010). The relationship between nurses' extended work hours and patient, nurse, and organizational outcomes in general hospital. *Nursing Journal*, 41(4), 58-69. (In Thai)
- Thoen Hospital, Nursing Department. (2018). *Annual summary report 2018*. Lampang: Nurse Organization, Thoen Hospital. (In Thai)
- Perodeau, G., Paquette, S., Brissette, L., St-Pierre, C., Bernier, D., & Duquette, A. (2001). Health professional in part-time employment: The challenge of balancing work and family. *Canadian Journal of community Mental Health*, 20(1), 53-74.
- Srisuphan, W., Chanprasit, C., & Sngounsiritham, U. (2020). Associate Professor Praneet Sawasdiraksa: Nursing leader building professional advance. *Nursing Journal*, 47(1), 467-477. (In Thai)
- Supamane, T., Kunaviktikul, V., & Keitlertnapha, P. (2014). Nurses' extended work hours and nurse outcomes in community hospitals. *Nursing Journal*, 41(extra), 48-58. (In Thai)
- Thailand Nursing Council. (2012). *The nursing and midwifery profession Act 1985 and amended by the Nursing and midwifery profession act (No.2)*. Bangkok: Gold Point.
- Wang, M. L., & Tsia, L. J. (2014). Work-family conflict and job performance in nurses: The moderating effects of social support. *Journal of Nursing Research*, 22(3), 200-207.
- Yildirim, D., & Ayca, Z. (2008). Nurses' work demands and work-family conflict: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1366-1378.
- Yuthvoravit, S. (2007). *Conflict management at work: Experiences of head nurse* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)

การบริหารจัดการแผนงานการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุก ให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ Administrative Plan for Thailand to be A Quality Wellness Tourism Destination Project

วิภาดา	คุณาวิกติกุล *	Wipada	Kunaviktikul *
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล **	Petsuneey	Thungjaroenkul **
อรอนงค์	วิชัยคำ **	Orn-Anong	Wichaikhum **
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **
อภิรดี	นันท์สุวัฒน์ ***	Apiradee	Nantsupawat ***
สิริลักษณ์	วรรณะพงษ์ ****	Siriluck	Vadtanapong ****
วิไลพรรณ	ใจวิล ****	Wilaipan	Jaiwilai ****

บทคัดย่อ

การบริหารจัดการแผนงานการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และบูรณาการ ผลลัพธ์ ผลผลิต ผลกระทบ นวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบของสปาและกีฬา เพื่อจัดทำชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถในการยกระดับของธุรกิจสปาและการท่องเที่ยวเชิงกีฬา กอล์ฟ ศิลปะมวยไทย ปั่นจักรยานและวิ่ง เพื่อจัดทำ “ร่าง” แผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ เพื่อกำกับ ติดตาม เร่งรัด การดำเนินการโครงการวิจัยภายใต้แผนงานให้สำเร็จลุล่วง และส่งมอบผลสำเร็จการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนการวิจัยเป็นกิจกรรม 3 กลุ่มได้แก่ 1) กิจกรรมเพื่อการบริหารจัดการโครงการวิจัยภายใต้แผนงาน 5 โครงการ 2) กิจกรรมเพื่อจัดทำชุดความรู้ใหม่ของกีฬาและสปาทั้ง 5 โครงการ 3) กิจกรรมจัดทำ ร่างแผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน มีกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย คือ ทีมวิจัยภายใต้แผนงานทั้ง 5 โครงการ และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปา เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับติดตามโครงการวิจัยภายใต้แผนงาน 5 โครงการ

* ผู้เขียนหลัก, ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Correspondent author, Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, wipada.ku@cmu.ac.th
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
**** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
***** นักวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
***** Researcher, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 14 กรกฎาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 28 กันยายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 1 ตุลาคม 2563

3) แบบวิเคราะห์สังเคราะห์ชุดความรู้ใหม่ภายใต้โครงการแผนงาน 5 โครงการ 4) แบบบันทึกการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อจัดทำแผนบริหารจัดการฯ และ 5) แบบประเมินผลการดำเนินงานตาม CIPP model

ผลการศึกษาพบว่า

1. ชุดความรู้ใหม่ทั้ง 5 ชุด ในการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของธุรกิจสปาและยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬา กอล์ฟ ศิลปะมวยไทย ปั่นจักรยานและวิ่ง จำเป็นต้องได้รับการนำไปทดลองใช้ในแต่ละธุรกิจในปีต่อไปเพื่อพัฒนาและเพื่อเตรียมความพร้อมของประเทศไทยให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป
2. “ร่าง” แผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ ด้านกีฬาและสปา ในปีที่ 1 จะสามารถนำไปใช้ในการจัดทำแผนบริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปาเพื่อให้ประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไปในปีที่ 2
3. จากการติดตาม การวิเคราะห์ การให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานของโครงการวิจัยทั้ง 5 โครงการ ได้ผลผลิตของโครงการวิจัยที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและมีการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างชัดเจน มีการติดตามปัญหา อุปสรรค การให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเป็นระยะ ทำให้สามารถปรับกระบวนการวิจัยได้ตรงตามเป้าหมาย

ผลการวิจัยที่ได้ในปีที่ 1 จะสามารถนำไปดำเนินการในปีที่ 2 เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

คำสำคัญ: การบริหารจัดการแผนงาน, การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, ประเทศไทย

Abstract

The administrative plan for Thailand to be a quality health tourism destination aims to analyze, synthesize, and integrate outputs, outcomes, impacts and innovation based on the spa and sport developmental model. This project has three objectives, to create new knowledge models to aid in the development of the spa and tourism business as a way to increase the capacity to upgrade sport tourism in the areas of Thai boxing, golf, cycling, and running; to develop an administrative plan; and to regulate, monitor, and speed up the successful implementation and completion of spa and sport research projects. The main project activities included: 1) monitoring and consulting activities for the five sub-studies; 2) developing new spa and sports knowledge in the five sub-studies; 3) developing the administrative plan for Thailand to be a quality wellness tourism destination. The study sample included researchers from the five sub-studies as well as experts and stakeholders. The research instruments included: 1) interview guide; 2) instruments for monitoring the five sub-studies; 3) analysis and synthesis form for the five sub-studies; 4) situational analysis record form; and 5) CIPP model evaluation form.

The results revealed that:

1. The five new knowledge models for Thai boxing, golf, cycling, running, and service innovation require testing before implementation
2. The draft administrative plan which included a SWOT analysis could be used to develop the administrative plan for the second year of the project.

3. The findings from the monitoring, analysis, and suggestions from the five sub-studies were consistent with the research objectives and research outcomes. Recommendations from experts and periodic monitoring of issues and problems have aided with the achievement of research processes and project goals.

In conclusion, the study results are significant and can lead to optimal benefit for research projects to be conducted during the second year of the project.

Keywords: *Administrative plan, Wellness tourism, Thailand*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว (Tourism Industry) ประกอบด้วยธุรกิจหลายประเภทที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยทางอ้อม รวมทั้งธุรกิจสนับสนุน ซึ่งนับเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญและมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจโลกที่มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่ององค์การการท่องเที่ยวโลก (UNWTO) ประเมินการจำนวนนักท่องเที่ยวตลอดทั้งปี 2559 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.7 ส่วนในระยะยาวปี 2563 ประเมินการจำนวนนักท่องเที่ยวทั่วโลกจะเป็น 1.4 พันล้านคน และในปี 2573 จะสูงถึง 1.8 พันล้านคน อัตราการเติบโตเฉลี่ยระหว่างปี 2553-2573 คิดเป็นร้อยละ 3.3 ต่อปี หรือนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 43 ล้านคน โดยองค์กร UNWTO คาดการณ์ว่าในปี 2573 ภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ได้รับความสนใจจากนักท่องเที่ยวเพิ่มมากขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 30 (Ministry of Tourism and Sports, 2015) สำหรับการขยายตัวอย่างต่อเนื่องนั้น การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (wellness tourism) มีการเชื่อมโยงและส่งเสริมการท่องเที่ยวทุกๆ กลุ่มเป็นหนึ่งในสิบอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเป้าหมายที่ถือเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในอนาคตของโลก เป็นการท่องเที่ยวที่มีมูลค่าการตลาดสูงเป็นอันดับสี่ รองจากการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม การท่องเที่ยวเชิงอาหาร และการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ โดยรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพคิดเป็นประมาณร้อยละ 15.6 จากรายได้จากการท่องเที่ยวโดยรวม และมีอัตราการขยายตัวที่ค่อนข้างสูง เฉลี่ยร้อยละ 7.5 ต่อปี

ระหว่าง ปี 2558-2563 ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากกระแสความสนใจด้านสุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีคนสูงวัยมากขึ้น การเกิดโรคจากการทำงาน ความเครียดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต ความล้มเหลวจากการรักษาพยาบาลแบบเดิม ทำให้ผู้คนเริ่มหันมาให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองในลักษณะการป้องกันเจ็บป่วยมากขึ้น ทั้งสุขภาพทางกายและทางจิตใจรวมถึงด้านความงามและการชะลอวัย นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการซื้อพร้อมที่จะจ่ายเงินเพิ่มเพื่อซื้อสินค้าและบริการที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น จากข้อมูลของสถาบันเพื่อสุขภาพโลก (Global Wellness Institute: (GWI) ระบุว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีความเชื่อมโยงและส่งเสริมซึ่งกันและกันกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในปี 2555-2556 มูลค่าอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวโลก (global tourism industry) โดยรวม 3.2 ล้านล้านเหรียญสหรัฐฯ โดยการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีมูลค่าประมาณ 50-60 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ ต่ำกว่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพประมาณ 7 เท่า (Global Wellness Institute, 2018) นอกจากนี้ ระบุอีกว่า World Wellness Trips ในปี 2558 มีการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจำนวน 691 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นจากปี 2556 จำนวน 104.4 ล้านครั้ง ซึ่งในจำนวนนี้ยุโรปเป็นภูมิภาคที่มีนักท่องเที่ยวเดินทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมากเป็นจำนวน 250 ล้านครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36.2 ตามด้วยเอเชีย-แปซิฟิก 194 ล้านครั้ง และอเมริกาเหนือ 186 ล้านครั้ง

ขณะที่ทวีปอเมริกาเหนือมีนักท่องเที่ยวใช้จ่ายสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมากที่สุด และพบว่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีอัตราการเติบโตอย่างรวดเร็วในภูมิภาคแอฟริกา ตะวันออกกลาง และเอเชีย (Permanent Secretary Ministry of Tourism and Sports, 2016) จากข้อมูล Global Wellness Economy Monitor ในปี 2017 ประมาณการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของโลกในปี 2563 มีมูลค่าตลาด 808 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ โดยมีการขยายตัวระหว่างปี 2558-2563 ในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 7.5 ต่อปี ทั้งนี้ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นอุตสาหกรรมที่เน้นการให้บริการ ดังนั้น จึงมีการจ้างงานในจำนวนสูงถึง 17.9 ล้านคน (Chulalongkorn University Intellectual Property Institute, 2017) ทำให้เศรษฐกิจเชิงสุขภาพ (wellness economy) ของกลุ่มการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วโดยมีธุรกิจ สปา น้ำพุร้อน และบริการเชิงสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ธุรกิจส่งเสริมความงามและการชะลอวัย (beauty & anti-aging) รวมถึงการออกกำลังกายเพื่อดูแลรักษาร่างกาย (fitness & mind-body) เป็นต้น (Teeranon, 2018) มีสัดส่วนรายได้เป็นอันดับที่สามจาก 10 กลุ่มอุตสาหกรรมต่างๆ ในเศรษฐกิจเชิงสุขภาพ (Global Wellness Economy Monitor, 2017)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทย มีส่วนแบ่งการตลาดด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ประมาณ 285 พันล้านบาท สูงเป็นอันดับที่ 13 ของโลก โดย 3 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา เยอรมนี และฝรั่งเศส นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เป็นนักท่องเที่ยวระหว่างประเทศและนักท่องเที่ยวภายในประเทศ และสามารถเชื่อมโยงเป็นกิจกรรมร่วมในการส่งเสริมนักท่องเที่ยวกลุ่มอื่นๆ ได้ (Department of Tourism, 2015) แนวโน้มของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวของประเทศไทยขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ด้วยศักยภาพด้านทำเลที่ตั้ง ทรัพยากรการท่องเที่ยวที่หลากหลาย ในด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ประเทศที่มีขนาดตลาดท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ใหญ่ที่สุด 20 อันดับแรกของโลก ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 13 โดยมีการใช้จ่าย 9.4 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ มีจำนวนการเดินทาง 9.7 ล้านครั้ง ขยายตัวในอัตราร้อยละ 8.5 ต่อปี และมีการจ้างงานประมาณ 5 แสนคน การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของไทย เป็นส่วนหนึ่งของการนำวิถีความเป็นไทย และศาสตร์ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของไทยมาใช้ประกอบในการบริการทางสุขภาพทั้งร่างกายและ จากสถิติของนักท่องเที่ยวปี 2555 ประเทศไทยมีจำนวนนักท่องเที่ยวเข้ามาพักผ่อนเพื่อใช้บริการด้านท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพมากที่สุดถึง 1,200,000 คน ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในอันดับแรกของกลุ่มเป้าหมายนี้ (Kianwatana, 2018) จากการที่ภาครัฐได้กำหนดให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของบริการทางการแพทย์ (medical hub) และเป็นศูนย์กลางการให้บริการทางด้านสุขภาพ (health hub) ในระดับเอเชียตั้งแต่ปี 2546 ส่งผลให้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเริ่มเป็นที่รู้จักของคนไทย รวมไปถึงกระแสการตื่นตัวของประชากรโลกในการสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น และแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลที่ดีกว่า ถูกกว่า และได้รับบริการที่เร็วกว่า จึงทำให้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจะมีความแตกต่างจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในด้านของการตอบสนองต่อความต้องการของนักเดินทางหรือผู้ป่วย โดยการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีลักษณะของการป้องกัน การปรับปรุงสุขภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น การมาใช้บริการเชิงสุขภาพที่ช่วยฟื้นฟูร่างกายจากการเจ็บป่วย หรือทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ในขณะที่การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะเป็นลักษณะของการเข้ามาเพื่อรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วย

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มีความเกี่ยวเนื่องกับการท่องเที่ยวรูปแบบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม การท่องเที่ยวเชิงกีฬา การท่องเที่ยวเชิงอาหาร หรือการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ ฯลฯ เนื่องจากในการท่องเที่ยวแต่ละครั้ง นักท่องเที่ยวอาจจะไม่ได้มีจุดประสงค์การท่องเที่ยว

เพียงรูปแบบเดียว ดังนั้นการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถเสริมการท่องเที่ยวรูปแบบอื่นๆ ยกระดับประสบการณ์และคุณค่าจากการท่องเที่ยว (Value Proposition) ได้เป็นอย่างดี ประเทศไทยก็ได้มีการนำวิถีความเป็นไทย และภูมิปัญญาตามแนวทางและศาสตร์ในการดูแลสุขภาพดั้งเดิมมาเป็นส่วนหนึ่งในการบริการทางสุขภาพ ทำให้การบริการของไทยมีความหลากหลายและโดดเด่นจนเป็นที่ยอมรับของนักท่องเที่ยวสุขภาพทั่วโลกทั้งแนวทางการดูแลสุขภาพองค์รวม การนวดแผนไทย ฤๅษีดัดตน การฟื้นฟูจิตใจและร่างกาย รวมไปถึงการล้างพิษและการดูแลอาหารการกินตามธาตุเจ้าเรือน ซึ่งมีการรองรับผู้บริการหลายระดับตั้งแต่ระดับที่พร้อมจ่ายจนถึงระดับผู้ใช้บริการทั่วไป โดยส่วนใหญ่แล้วกิจกรรมการดูแลสุขภาพจะผนวกไปกับกิจกรรมการท่องเที่ยวด้านอื่นๆ ซึ่งอาจจะเป็ฯแพคเกจทัวร์หรือการบริการเสริมของที่พักร เช่น สปา รีสอร์ท ริทริ รีสอร์ท ทัวร์ แพทย์แผนไทยทัวร์อาหารสมุนไพร ทัวร์เกษตรธรรมชาติ เป็นต้น เอเชีย (Permanent Secretary Ministry of Tourism and Sports, 2016)

การให้บริการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในปัจจุบันยังมีการศึกษาเชิงการวิจัยถึงผลลัพธ์ของการดำเนินการไม่มากนักและยังไม่เด่นชัดในผลที่เกิดขึ้น และยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลดีของการมาใช้บริการรูปแบบต่างๆ ต่อภาวะสุขภาพไม่ว่าจะเป็นในด้านกีฬาหรือด้านบริการสปาไม่มาก รวมทั้งการเกิดนวัตกรรมจากการดำเนินการยังมีไม่มาก การดำเนินการชุดโครงการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาหาแนวทางการพัฒนาประเทศไทยสู่การเป็นจุดหมายปลายทางท่องเที่ยวเชิงกีฬา ศึกษา วิเคราะห์และกำหนดแนวทางการยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬาศักยภาพสูงกลุ่มกอล์ฟ และการท่องเที่ยวเชิงกีฬาวิ่ง จักรยาน และศิลปะมวยไทย ที่สอดคล้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยวรวมทั้งเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการให้บริการสปาในพื้นที่ภาคใต้ และเพื่อพัฒนารูปแบบ

การให้บริการสปาชั้นนำที่มีมาตรฐานเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้รับการรับรองคุณภาพทั้งการให้บริการและผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการ โดยจะก่อให้เกิดนวัตกรรมที่หลากหลายจากการดำเนินการศึกษาวิจัย ได้แก่ รูปแบบชุดความรู้ใหม่ 5 ชุด โมเดลธุรกิจการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพด้วยนวัตกรรมบริการบนฐานมรดกวัฒนธรรมและจิตบริการแบบไทย การจัดทำ platform ด้านกีฬาและสปา รวมทั้งการได้มาซึ่งรูปแบบแนวคิดใหม่ในการดำเนินการจัดการด้านกีฬาและสปาและแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้การบริหารจัดการด้านนี้รวมทั้งการพัฒนาวัตกรรมการบริการ (service innovation) พัฒนาความสามารถในการแข่งขันของผู้ประกอบการการท่องเที่ยว เป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มโดยการคำนึงถึงอัตลักษณ์และวัฒนธรรมของไทยให้มีความโดดเด่นและนำไปสู่การเป็นผู้นำและประเทศที่เป็นจุดหมายปลายทางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการขับเคลื่อนระบบการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพของไทยสู่การเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพและเกิดความยั่งยืนอย่างแท้จริง รวมทั้งก่อให้เกิดเป็นประโยชน์ในการผลักดันการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ ทั้งในเชิงนโยบายด้านชุมชนและพื้นที่ด้านพาณิชย์สาธารณะ ด้านวิชาการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

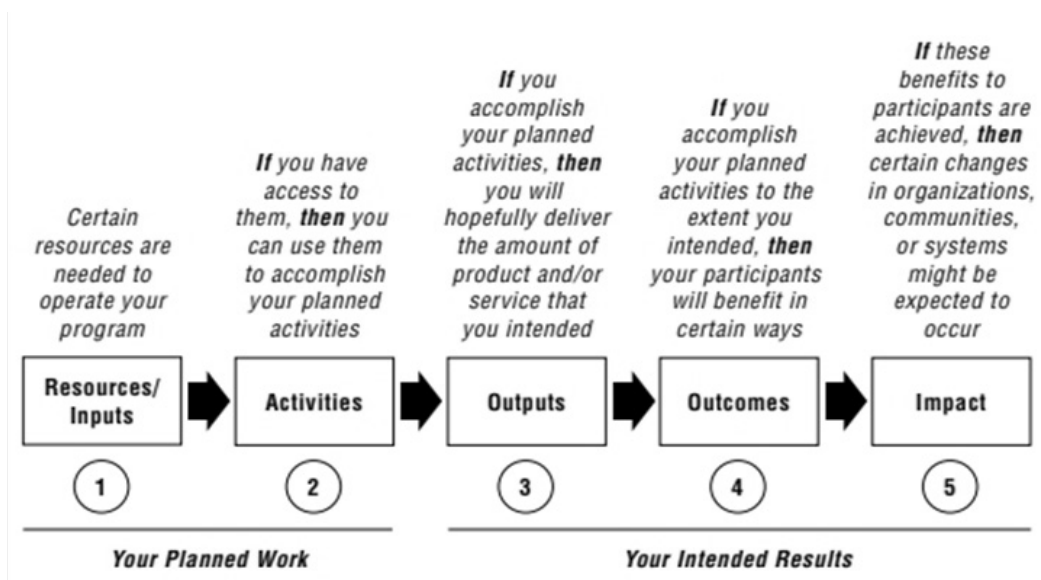
1. เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และบูรณาการ ผลลัพธ์ ผลผลิต ผลกระทบ นวัตกรรม ที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบของสปาและกีฬา
2. เพื่อจัดทำชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถในการยกระดับของธุรกิจสปาและการท่องเที่ยวเชิงกีฬา กอล์ฟ ศิลปะมวยไทย ปั่นจักรยานและวิ่ง
3. เพื่อจัดทำ “ร่าง” แผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ

4. เพื่อกำกับ ติดตาม เร่งรัด การดำเนินการ
โครงการวิจัยภายใต้แผนงานให้สำเร็จลุล่วง และส่งมอบ
ผลสำเร็จการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ
กรอบแนวคิดสำหรับการจัดทำชุดความรู้ใหม่ ของ

โครงการวิจัย 5 โครงการ การบริหารโครงการวิจัย
และการได้มาซึ่งรูปแบบชุดความรู้ในการพัฒนาและ
เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของกีฬา กอล์ฟ มวย
ปัน วิ่ง และสปาในการพัฒนาประเทศไทยให้ไปสู่จุดหมาย
ปลายทางการท่องเที่ยว โดยประยุกต์จากโมเดลตรรกะ
(Kellogg, 2004) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ
คือ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดสำหรับการจัดทำชุดความรู้ใหม่

สนับสนุนต่างๆ ผลการวิเคราะห์ SWOT ความร่วมมือ
ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

องค์ประกอบที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้มี
รายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้าหรือแหล่งทรัพยากร inputs/
resource หมายถึง 1) บุคคลซึ่งได้แก่ บุคลากรทาง
การวิจัย องค์กรและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ
วิจัย 2) งบประมาณที่ใช้ในการวิจัย จำนวนและแหล่งที่
ได้รับจัดสรร 3) ทรัพยากรที่สามารถจัดหาได้เพื่อมุ่งให้
การดำเนินงานสำเร็จ เช่น วัสดุ ครุภัณฑ์ สถานที่
4) เทคโนโลยีที่สนับสนุนการทำวิจัย เช่น โปรแกรม
คอมพิวเตอร์ นอกจากนั้นยังรวมถึง ปัจจัยนำเข้า เช่น
ความต้องการของนักท่องเที่ยว แรงจูงใจ การตอบสนอง
ต่อความต้องการของนักท่องเที่ยว รวมไปถึงการ

2. กิจกรรมของโครงการ (activities) หรือ
กระบวนการ หมายถึง กระบวนการในการดำเนินการ
วิจัยให้สำเร็จ ได้แก่ กระบวนการพัฒนาโครงการ
การดำเนินการวิจัย การบริการงบประมาณ การบริหาร
วัสดุครุภัณฑ์ และการบริหารบุคคลเช่นการสรรหา
คัดเลือกและบริหารจัดการนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัย
การพัฒนานักวิจัย นอกจากนั้นยังรวมถึงกลยุทธ์ต่างๆ
การตลาด การพัฒนาบุคคลด้านการท่องเที่ยว การพัฒนา
คุณภาพบริการ และการจัดการระบบสารสนเทศ

3. ผลผลิต (output) หมายถึงผลที่เกิดขึ้นโดยตรง
ของกิจกรรมในโครงการแต่ละโครงการ เช่น ผลิตภัณฑ์

บริการ นวัตกรรมต่างๆ ที่ได้จากการดำเนินการวิจัยที่มีความเป็นอัตลักษณ์ มีความคิดสร้างสรรค์ หรือมีมูลค่าสูง เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงลำดับความสามารถในการแข่งขัน ตัวชี้วัดด้านการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนสำหรับการท่องเที่ยว ตั้งชี้วัดด้านสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม

4. ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการดำเนินโครงการ เช่น ประสิทธิภาพ (effectiveness) ของนวัตกรรม หลักสูตร รูปแบบที่เกิดขึ้นจากโครงการ ความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (satisfaction among stakeholders) การยอมรับ รวมถึงความสามารถในการนำไปใช้ของรูปแบบชุดความรู้ใหม่ที่ได้รวมทั้งแผนที่พัฒนาขึ้นให้เกิดผลต่อการเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวที่มีคุณภาพในระยะยาวต่อไป

5. ผลกระทบ (Impact) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังให้เกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมในชุมชน หรือประเทศ และความยั่งยืนของการเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวที่มีคุณภาพของประเทศไทยและการเพิ่มรายได้ของประเทศในระยะยาว และแนวคิดในจัดทำแผนกลยุทธ์ของ Ginter, Swayne, & Duncan (2002) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ โอกาส อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน
2. การกำหนดวิสัยทัศน์
3. การระบุเป้าหมายประสงค์
4. การออกแบบกลยุทธ์
5. การจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

โครงการแผนงานนี้เป็นการวิจัยเพื่อกำกับติดตามเร่งรัด การดำเนินการโครงการวิจัยภายใต้แผนงาน 5 โครงการให้สำเร็จลุล่วง และส่งมอบผลสำเร็จการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งจัดทำชุดความรู้ใหม่และแผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสพจำนวน 42 คน และนักวิจัยภายใต้แผนงานทั้ง 5 โครงการจำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารหน่วยงาน องค์กร สมาคม หรือสถานประกอบการ หรือหัวหน้านักทีมวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างคือ ปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาหรือผู้แทน นายกสมาคมและสมาพันธ์กีฬาและสพ ผู้ประกอบการ และหัวหน้าทีมนักวิจัยรวมจำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือในงานวิจัยประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการท่องเที่ยว เป็นคำถามปลายเปิด 7 ข้อเกี่ยวกับ สถานการณ์ จุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยส่งเสริมปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และการบริหารจัดการเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับติดตามโครงการวิจัยภายใต้แผนงาน 5 โครงการให้สำเร็จลุล่วงและส่งมอบผลสำเร็จการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบเกี่ยวกับการดำเนินการในโครงการวิจัย ผลการดำเนินการ การบริหารงบประมาณ ผลสำเร็จ และระยะเวลาในการดำเนินการ และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการและความต้องการการสนับสนุน

3. แบบวิเคราะห์สังเคราะห์ชุดความรู้ใหม่ภายใต้โครงการแผนงาน 5 โครงการ เพื่อเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่ได้จากโครงการวิจัยได้แก่ 1) ปัจจัยภายนอก 2) ปัจจัยนำเข้า 3) กระบวนการหรือผลิตภัณฑ์ 4) ผลผลิต 5) ผลลัพธ์ และ 6) ผลกระทบ

4. แบบบันทึกการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อจัดทำแผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทย

เชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับ 1) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบายการเมือง ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ปัจจัยด้านเทคโนโลยี ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านกฎหมาย และ 2) ปัจจัยภายใน ได้แก่ โครงสร้าง กลยุทธ์ ระบบ รูปแบบการบริหารจัดการ บุคลากร ทักษะ และค่านิยม

5. แบบประเมินผลการดำเนินงานตาม CIPP model (Stufflebeam, 2002) ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบเกี่ยวกับ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการวิจัยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบ ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของคำถาม และการจัดลำดับคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ รวมถึงมีการทดสอบใช้เครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ซึ่งได้รับการรับรองจาก SIDCER-FERCAP และ NCAST เพื่อขอรับรองทางด้านจริยธรรมการวิจัย และทำหนังสือชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรักษาข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล รวมทั้งการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมโดยวาจาหรือลงลายมือชื่อในยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการโครงการวิจัยตามวัตถุประสงค์ 4 ข้อ โดยจำแนกเป็นกิจกรรมในโครงการวิจัยออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมเพื่อการบริหารจัดการโครงการวิจัยภายใต้แผนงาน 5 โครงการให้สำเร็จลุล่วงและส่งผลสำเร็จการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นกลุ่มกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

ของโครงการในข้อ 4 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 เตรียมการดำเนินการ ประกอบด้วย

1. วิเคราะห์รายละเอียดการดำเนินงานของ 5 โครงการ ภายใต้แผนงานเพื่อจัดทำแผนการดำเนินการโครงการ แผนการประชุม แผนการติดตามและเร่งรัดการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน/ปรับแผน ทุก 3 เดือน หรือตามความจำเป็น เพื่อให้ได้ผลผลิตจากทุกโครงการตามที่ตั้งไว้

2. จัดเตรียมแบบติดตามการดำเนินงานของโครงการทั้ง 5 โครงการ สำหรับไตรมาส 1-3 และแบบประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบ CIPP model สำหรับไตรมาสที่ 4

3. พบปะกับผู้รับผิดชอบโครงการทั้ง 5 โครงการใน 5 จังหวัดเพื่อให้ชี้แจงแผนการติดตามการดำเนินงานของแต่ละโครงการเพื่อให้ได้ผลผลิตจากทุกโครงการตามที่ตั้งไว้

ขั้นที่ 2 การดำเนินการ ประกอบด้วย

1. เข้าเยี่ยมและจัดประชุมผู้รับผิดชอบโครงการทั้ง 5 โครงการภายใต้แผนงานในแต่ละไตรมาส เพื่อติดตามการดำเนินโครงการในทุกขั้นตอนและผลผลิตที่บรรลุ และให้ตอบแบบประเมินการดำเนินงานด้วยรูปแบบ CIPP model ในไตรมาสที่ 4

2. นำข้อมูลที่ได้จากการพบปะผู้รับผิดชอบโครงการทั้ง 5 โครงการภายใต้แผนงานและการตอบแบบประเมินการดำเนินงานด้วยรูปแบบ CIPP model มาวิเคราะห์ สังเคราะห์โดยเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแต่ละโครงการภายใต้แผนงาน

3. จัดทำบทการวิเคราะห์สังเคราะห์การดำเนินงานของ 5 ชุดโครงการภายใต้แผนงานในไตรมาส 1 2 3 และ 4

ขั้นที่ 3 การรายงานผล ประกอบด้วย

1. ติดตามให้ผู้รับผิดชอบทั้ง 5 โครงการภายใต้แผนงานจัดทำรายงานผลการดำเนินงานและผลผลิตที่ได้รับในแต่ละไตรมาส

2. ถิ่นกรองผลงานที่ได้รับจาก 5 โครงการ โดยการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจาก

หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องมาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะแก่ผู้รับผิดชอบ 5 โครงการภายใต้แผนงาน เพื่อให้การดำเนินโครงการในแต่ละโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์

3. สรุปข้อค้นพบจากทั้ง 5 โครงการภายใต้แผนงานเพื่อส่งมอบงานและการเผยแพร่ผลงานเมื่อสิ้นสุดปีที่ 1

ขั้นที่ 4 การผลักดันสู่การใช้ประโยชน์ โดยการจัดให้มีการนำเสนอข้อค้นพบจาก 5 โครงการภายใต้แผนงาน (ปีที่ 1) โดยมีการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องที่จะใช้ผลงานวิจัยเข้ามารับฟังเพื่อผลักดันสู่การยกระดับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การเพิ่มรายได้ทางด้านเศรษฐกิจของประเทศและให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ

2. กิจกรรมเพื่อจัดทำชุดความรู้ใหม่ของกีฬาและสปาทั้ง 4 โครงการในการเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นกลุ่มกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการในข้อ 1 และ 2 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ทราบสถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาของประเทศไทย

2. วิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อ “ร่าง” องค์ประกอบของรูปแบบชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนาและการเพิ่มขีดความสามารถของธุรกิจสปา การยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬา กอล์ฟ ศิลปะมวยไทย ปั่นจักรยานและวิ่งของประเทศไปสู่การเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวสุขภาพที่มีคุณภาพและมีความยั่งยืน

3. นำเสนอ “ร่าง” องค์ประกอบของรูปแบบชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนา ให้ที่ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็น

4. รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อค้นพบของ 5 โครงการภายใต้แผนงานมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อจัดทำ ‘ร่าง’ รูปแบบชุดความรู้ใหม่เพื่อเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพและ

มีความยั่งยืน

5. กลั่นกรองรูปแบบชุดความรู้ใหม่เพื่อเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพและมีความยั่งยืน โดยการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทีมวิจัยภายใต้แผนงานทั้ง 5 โครงการมาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อให้ชุดความรู้ใหม่ดังกล่าวมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง

6. สรุปรูปแบบชุดความรู้ใหม่เพื่อเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพและมีความยั่งยืนเพื่อส่งมอบงานและการเผยแพร่ผลงานเมื่อสิ้นสุดปีที่ 1

3. กิจกรรมเพื่อจัดทำแผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นกลุ่มกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการในข้อ 3 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ทราบสถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาของประเทศไทย

2. สัมภาษณ์/ประชุมกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ เพื่อหาจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และ อุปสรรคของการท่องเที่ยวของประเทศไทย

3. สัมภาษณ์/ประชุมกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ประกอบการธุรกิจกอล์ฟ มวย ปั่น วิ่ง สปาล้านนา สปาได้ เพื่อหาจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และอุปสรรคของการท่องเที่ยวเชิงกอล์ฟ มวย ปั่น วิ่ง สปาล้านนา สปาได้

4. วิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์ด้านการท่องเที่ยว จุดแข็ง จุดอ่อนของการท่องเที่ยวเชิงสปาและกีฬาในประเทศไทย ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการท่องเที่ยวเชิงสปาและกีฬาในประเทศไทย กลยุทธ์และการประเมินผลการท่องเที่ยวเชิงสปาและกีฬาในประเทศไทย

5. ทำการสรุปรายงานข้อมูลเพื่อเตรียมจัดทำแผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ที่มีคุณภาพและมีความยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลในงานวิจัยมีลักษณะเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนวรรณกรรมในเรื่ององค์ประกอบและดำเนินการธุรกิจสปาและกีฬากอล์ฟมวยไทย ปั่นจักรยานและวิ่งตามแนวคิดปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลผลิต (output) ผลลัพธ์ (outcome) และผลกระทบ (impact) นำมาวิเคราะห์ด้วยการสรุปเนื้อหา จำแนกและจัดหมวดหมู่และนำเสนอในรูปแบบความเรียง ตาราง และรูปภาพตามความเหมาะสม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์และตามผลที่คาดว่าจะได้รับในระยะเวลา 12 เดือนดังนี้

1. บทวิเคราะห์และสังเคราะห์โครงการวิจัยทั้ง 5 โครงการ ในระยะเวลา 12 เดือนจากข้อมูลที่ได้จากการกำกับ ติดตามการดำเนินงานของโครงการวิจัยทั้ง 5 โครงการ ร่วมกับการสอบถามทีมวิจัยทั้ง 5 โครงการเกี่ยวกับการดำเนินงานในโครงการวิจัย ได้ผลการดำเนินงานตามกรอบการประเมินโครงการด้วยรูปแบบ CIPP model (Context, Input, Process, Product) ของ Stufflebeam & Shinkfield (2002)

2. รูปแบบชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนาและการเพิ่มขีดความสามารถของธุรกิจสปา และการยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬา กอล์ฟ ศิลปะมวยไทย ปั่นจักรยานวิ่ง ในการพัฒนาประเทศไทยสู่การเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จากการวิเคราะห์สังเคราะห์ผลงานวิจัยและการทบทวนเอกสารและสิ่งพิมพ์ต่างๆ โดยใช้กรอบแนวคิด “ชุดความรู้ใหม่เกี่ยวกับความสามารถในการแข่งขันและความยั่งยืนของการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและธุรกิจสปา (logic model)” ซึ่งได้ผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิและทีมวิจัยทั้ง 5 โครงการในวันที่ 27 เมษายน 2562 ทำให้ได้ชุดความรู้ในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและธุรกิจสปาที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยภายนอก (external factors)

ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลผลิต (output) ผลลัพธ์ (outcome) และผลกระทบ (impact)

3. “ร่าง” แผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพด้านกีฬาและสปา จากการทบทวนเอกสารวิชาการและสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการ นักวิชาการ ได้ข้อสรุปที่จะนำมาใช้ในการวางบริการจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ

4. การบริหารจัดการการดำเนินการวิจัยของแผนงานการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ จากการบริหารจัดการการดำเนินของโครงการวิจัยฯ ซึ่งประกอบไปด้วยโครงการย่อยภายใต้แผนงานทั้งหมด 5 โครงการ คณะผู้วิจัยของโครงการแผนงานฯ ได้ดำเนินการโดยยึดวัตถุประสงค์ของการวิจัยทุกข้อ และได้ผลการวิจัยดังกล่าวมาข้างต้น (ข้อ 1-3) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะได้ดำเนินการถอดบทเรียนการบริหารจัดการโครงการบริหารจัดการแผนงานการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพในการบริหารจัดการได้แผนงานทั้งหมดและจะได้จัดทำเป็นคู่มือการดำเนินการบริหารจัดการแผนงานวิจัยในปีที่ 2 กำหนด KPI ที่ชี้วัดความสำเร็จตามขั้นตอนการดำเนินงาน (milestone) ต่อไป

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่ได้รับจากการดำเนินการวิจัยไปแล้วในไตรมาสที่ 1 - 4 พบว่า

1. จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์โครงการวิจัยทั้ง 5 โครงการ รวมทั้งการติดตามผลการดำเนินการโครงการของทั้ง 5 โครงการ พบว่ามีการดำเนินงานตามแผนที่ได้วางไว้

2. ชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนาและการเพิ่มขีดความสามารถของธุรกิจสปา และการยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬา กอล์ฟ ศิลปะ มวยไทย

ป็นจรรย์ยาน วิ่ง ผลการวิจัยได้องค์ประกอบ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริหารจัดการ ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบ ในการพัฒนาประเทศไทยสู่การเป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างยั่งยืน ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

3. “ร่าง” แผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ ด้านกีฬาและสปา จากการทบทวนเอกสารวิชาการและสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการ และผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สังเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายใน จุดแข็ง จุดอ่อน วิเคราะห์สังเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายนอก โอกาส และความท้าทายของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (SWOT Analysis) เพื่อให้เพิ่มขีดความสามารถของธุรกิจสปา และยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬา โดย “ร่าง” แผนบริหารจัดการฯ จะสามารถนำไปต่อยอดในการจัดทำแผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุก ให้เป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้านกีฬาและสปาของประเทศไทยที่มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการติดตามการดำเนินงานของโครงการวิจัย ทั้ง 5 โครงการ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลผลิตที่สามารถนำไปสู่การยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาของไทย ซึ่งเห็นความสมบูรณ์ของผลผลิตของทุกโครงการ และข้อเสนอแนะจากคณะผู้วิจัยเกี่ยวกับการนำผลผลิตในทั้ง 5 โครงการดังกล่าวไปใช้ประโยชน์

2. ชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของธุรกิจสปาและยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬา กอล์ฟ ศิลปะมวยไทย ปั่นจักรยานและวิ่ง ชุดความรู้ใหม่นี้จะเป็นแนวทางให้หน่วยงานภาครัฐ เครือข่ายผู้ประกอบการและผู้ประกอบการนำไปพัฒนาการจัดการ และศักยภาพของธุรกิจและสถานประกอบการของตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมของประเทศไทยให้เป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป

3. ส่วน “ร่าง” แผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุก ให้เป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ ด้านกีฬาและสปา จะนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์ จัดทำแผนที่กลยุทธ์ และแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาและบริหารจัดการ การท่องเที่ยวเชิงกีฬา กอล์ฟ ศิลปะมวยไทย ปั่นจักรยาน และวิ่ง และธุรกิจสปาของประเทศไทยต่อไป

4. เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ผลงานชุดองค์ความรู้ และข้อมูลในวงกว้างเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการติดตามการวิเคราะห์การให้ข้อเสนอแนะ การดำเนินงานของโครงการวิจัยทั้ง 5 โครงการ ทำให้ได้ผลผลิตของการดำเนินการที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงที่เหมาะสมกับผู้จัดการเชิงกีฬา ธุรกิจและสถานประกอบการต่างๆ เพื่อนำไปสู่การยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาของไทย

2. ชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของธุรกิจสปาและยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬา กอล์ฟ ศิลปะมวยไทย ปั่นจักรยานและวิ่ง จะสามารถใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานภาครัฐ เครือข่ายผู้ประกอบการและผู้ประกอบการจำเป็นต้องได้รับการนำไปทดลองใช้ในแต่ละธุรกิจในปีต่อไปพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมของประเทศไทยให้เป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป

3. “ร่าง” แผนบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ ด้านกีฬาและสปา ในปี 1 ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล จุดแข็ง จุดอ่อน ผลกระทบ โอกาส ความท้าทาย ในการบริหารจัดการ การท่องเที่ยวของประเทศไทยในปี 1 จะสามารถนำไปใช้ในการจัดทำแผนบริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปาเพื่อให้ประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไปในปี 2

เอกสารอ้างอิง

- Chulalongkorn University Intellectual Property Institute. (2017). Industry and technology trend analysis report: Tourism industry, good income and health tourism, *Intellectual Property and innovation entrepreneur development project*. Bangkok: Chulalongkorn University Intellectual Property Institute. (In Thai)
- Department of Tourism. (2015). *ASEAN Tourism Standards*. Retrieved from <http://www.tourism.go.th/> (In Thai)
- Ginter Wellness Institute. (2017). Wellness tourism. *Global Wellness Economy Monitor, 2017*(1), 15-25.
- Ginter, P. M., Swayne, L. M., & Duncan, W. J. (2002). *Strategic management of health care organizations* (4th ed.). Oxford, UK: Blackwell Publications.
- Global Wellness Institute. (2018). *Global wellness tourism economy, november 2018*. Retrieved from https://globalwellnessinstitute.org/wp-content/uploads/2018/11/GWI_GlobalWellnessTourismEconomyReport.pdf
- Kanda, Teeranon. (2018). Thailand's wellness tourism: Situation and potential towards competition of ASEAN Region. *FEU Academic Review, 2018*(12), 22-34. (In Thai)
- Kellogg, W. K. (2004). *Logic model development guide*. Michigan: W.K. KELLOGG.
- Kianwatana,K. (2018). Situations and trends of World and Thailand health tourism. *Journal of Cultural Approach, 2018*(35), 78-87. (In Thai)
- Ministry of Tourism and Sports. (2015). *Strategic of Thailand tourism B.E. 2015 - 2017*. Retrieved from https://www.mots.go.th/ewt_dl_link.php?nid=7114. (In Thai)
- Permanent Secretary, Ministry of Tourism and Sports. (2016). *Tourism economic review*. Bangkok: Permanent Secretary Ministry of Tourism and Sports. (In Thai)
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2002). *Evaluation theory, models and applications*. San Francisco: Jossey-Bass.

ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ Activity-Based Costing of Nursing Activities for Emergency and Critical Patients in Intensive Care Unit, McCormick Hospital, Chiang Mai Province

สุทธิพร	ใจแล *	Suttiporn	Jailae *
ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี ***	Bunpitcha	Chitpakdee ***

บทคัดย่อ

การบริหารทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้ข้อมูลต้นทุน การศึกษาเชิงพรรณนารั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ และเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลกับหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หมวดที่ 12 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมพัฒนาโดย Kaplan and Cooper (1998) กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 8 คน และกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นประกอบด้วยพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และแบบบันทึกต้นทุน เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความเป็นปรนัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีต้นทุนสูงสุด 3 ลำดับแรกได้แก่ 1) กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ/วัน 2) การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ และ 3) กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ < 8 ชม.

2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จำนวน 11 กิจกรรม (ร้อยละ 52.38) มีต้นทุนสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารทรัพยากรในการให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

* สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค

* Master of Nursing Science (Nurse Administration) Nurse, McCormick Hospital, Suttiporn.jailae@gmail.com

** ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Correspondent author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, thitinut.a@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 23 เมษายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 26 พฤษภาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 5 มิถุนายน 2563

คำสำคัญ: ต้นทุนฐานกิจกรรม, กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต, หอผู้ป่วยหนัก

Abstract

The effective management of resources used in providing nursing services requires cost data. This descriptive study aims to analyze the activity-based cost of nursing activities for emergency and critical patients in the Intensive Care Unit, McCormick Hospital, Chiang Mai Province and compare the activity-based cost of nursing activities with the medical expense reimbursement guidelines of the Ministry of Public Health and the National Institute of Emergency Medicine, category 12. The conceptual framework used for Activity-Based Costing, introduced by Kaplan and Cooper (1998). The subjects of the study include 10 nurses and 8 nursing assistants, and the nursing activities provided to emergency and critical patients admitted in the Intensive Care Unit, McCormick Hospital. The instruments used in this study, developed by the investigator, consisted of the activity dictionary, time spend record form for activities, and the data record forms for labor costs, material costs, and capital costs. All instruments were confirmed for objectivity by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The activity-based costing of nursing activities for emergency and critical patients in the Intensive Care Unit, McCormick Hospital, Chiang Mai Province with the top three highest costs were: 1) nursing care for patients on volume control respirator/day; 2) large open wound dressing; 3) nursing care for patients on volume control respirator < 8 hours.

2. The cost of 11 nursing activities (52.38%) of emergency and critical patients in the Intensive Care Unit, McCormick Hospital was higher than the medical expense reimbursement guidelines.

Hospital and nursing administrators can use the results of this study as a database to manage resources effectively in nursing activities for emergency and critical patients in the Intensive Care Unit, McCormick Hospital, Chiang Mai Province.

Keywords: Activity-Based Costing, Nursing Activities for Emergency and Critical Patients, Intensive Care Unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากปัญหาการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตบางรายไม่สามารถเข้ารับบริการสถานพยาบาลของกองทุนตามสิทธิการรักษา เนื่องจากจุดเกิดเหตุกับสถานพยาบาลอยู่ไกลกัน ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเข้ารับรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญาของกองทุนตามสิทธิ

การรักษา ทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำของสิทธิการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้าถึงบริการการแพทย์ได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึงที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการได้ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหานี้ โดยกำหนดเป็นนโยบายรัฐบาล เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดจนผ่านพ้น

วิกฤต หรือสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัยแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมงโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ภายใต้แนวคิด “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล คณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉินจึงได้มอบหมายให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติทำหน้าที่บริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อดำเนินการคุ้มครองตามสิทธิที่รัฐบาลกำหนด (National Institute of Emergency Medicine, 2017)

สถานพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤต ซึ่งสถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตจนถึงเวลา 72 ชั่วโมง ตามอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลา 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บไปที่กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตสามารถย้ายสถานพยาบาลได้แต่ปฏิเสธไม่ขอย้าย ผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง (National Institute of Emergency Medicine, 2017) การรับทราบเกี่ยวกับนโยบายเรื่องนี้ของประชาชนที่ใช้สิทธิค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับในอดีต คือ มีเพียงร้อยละ 30 ของกลุ่มที่ได้ใช้สิทธิแต่ไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายนี้มาก่อน ร้อยละ 70 ทราบนโยบายเรื่องนี้โดยรับทราบมาจากโรงพยาบาลที่ให้บริการเป็นหลัก ถัดมาเป็นรับทราบทางสื่อทั้งสื่อกระแสหลักคือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสื่อสังคมออนไลน์รวมทั้งการรับทราบจากสื่อบุคคล (Srithamrongsawat, Suriyawongphaisan, & Athisawetpruek, 2018)

การให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนจะมีความแตกต่างจากการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาล

ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของการบริการรวดเร็ว สะดวกสบาย สถานที่โอเอียง สะอาดรวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการบริการที่ดีและได้รับการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐบาลมีการให้บริการที่ล่าช้ากว่าเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแต่ละวันมีจำนวนมาก ผู้มารับบริการไม่ได้รับความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลเท่าที่ควรจะเป็น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีกำลังทรัพย์ในการจ่ายจึงหันมาใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น (Glanbut, 1997) โรงพยาบาลเอกชนได้เข้ามามีบทบาทในการลดภาระของโรงพยาบาลรัฐบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ถึงแม้จะได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งจ่ายค่าชดเชยตามรายการ (National Institute of Emergency Medicine, 2017) โรงพยาบาลจำเป็นต้องรับรู้ข้อมูลต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรในการให้บริการอย่างคุ้มค่าคุ้มทุน (Karunboonyong, 2015) การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-based Costing: ABC) เป็นกระบวนการในการคิดต้นทุนของทรัพยากรที่ใช้ไปในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนเชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมเข้ากับ ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ถูกค่าใช้จ่ายกิจกรรมนั้นๆ ตามแนวคิดของ Kaplan and Cooper (1998) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) จัดทำพจนานุกรมกิจกรรม 2) กำหนดปริมาณทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม 3) ระบุผลผลิตบริการถูกค่าขององค์กร และ 4) เลือกตัวผลิตภัณฑ์กิจกรรมที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมสู่ผลผลิตบริการและลูกค้าขององค์กร

สำหรับประเทศไทยพบงานวิจัยที่วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมในหอผู้ป่วยหนัก มีดังนี้ (Bunyasana, 2006) ได้ทำการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลต่อการนอน 1 วัน ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เท่ากับ 1,568.50 บาท และ Rueangwatthana (2012) ได้ทำการศึกษา

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาล
ลำพูน โดยทำการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล
ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลัน และโรคติดเชื้อในกระแสเลือด
ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยในการทำ
กิจกรรมการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
และโรคติดเชื้อในกระแสเลือด มีต้นทุนกิจกรรมการ
พยาบาลต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง
เป็นเงิน 4,070.26 บาท, 2,177.67 บาท และ 4,992.18
บาท ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทั้งสามโรคนั้นมีต้นทุนกิจกรรม
การพยาบาลมากกว่าที่ได้รับจากการเบิกจ่ายของกรม
บัญชีกลาง จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า
เป็นการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในประเภท
ของผู้ป่วย กลุ่มโรค และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อ
การเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักใน 1 วัน หรือ
1 ครั้ง แต่ยังไม่พบว่ามีการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม
ในผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย
หนักแต่อย่างใด อีกทั้งข้อมูลต้นทุนของแต่ละหน่วย
บริการก็แตกต่างกันตามตัวหลักต้นทุนทรัพยากรของแต่ละ
บริบท ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่สถานบริการทุกแห่งจะ
ต้องวิเคราะห์ต้นทุนในหน่วยงานของตนเอง

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยสิทธิฉุกเฉินวิกฤตที่เข้ามา
รับการรักษาในโรงพยาบาลแมคคอร์มิคพบว่า ในปีแรก
ตั้งแต่เริ่มโครงการเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2560 - 31
มีนาคม 2561 มีผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่เข้ามารับการ
รักษาจำนวน 535 ราย และในปีที่ 2 มีจำนวนผู้ป่วย
ฉุกเฉินและวิกฤตที่เข้ามารับการรักษาจำนวน
1,644 ราย (Department McCormick
Hospital, 2019) ที่ผ่านมาโรงพยาบาลได้มีการ
วิเคราะห์ต้นทุนแบบถัวเฉลี่ยในภาพรวมของ
โรงพยาบาล เช่น ราคาการใช้ออกซิเจนต่อชั่วโมง
ซึ่งในปัจจุบันมีการคิดราคาออกซิเจนแบบเหมารวมต่อวัน
โดยไม่ได้มีการคิดคำนวณจากปริมาณตามที่ใช้จริง
สำหรับเครื่องช่วยหายใจแต่ละเครื่อง เป็นต้น ซึ่งราคาที่
ใช้ในการคิดค่าใช้จ่ายที่ผ่านมาประเมินจากรายจ่ายหรือ

ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยแต่ละรายที่ใช้ออกซิเจนในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาล
ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จึงเห็นความสำคัญของการ
วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วย
ฉุกเฉินวิกฤตที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเป็น
ข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาบริหารทรัพยากรให้เกิด
ความคุ้มค่าคุ้มทุนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาล
สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่เข้าพักรักษาตัวในหอ
ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาล
กับหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่กำหนด
โดยกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
แห่งชาติ หมวดที่ 12

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย
ฉุกเฉินและวิกฤตที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่เป็นเท่าไร
2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย
ฉุกเฉินและวิกฤตที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลแมคคอร์มิค กับงบประมาณที่ได้รับการ
จัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการแพทย์
ฉุกเฉินแห่งชาติมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์
ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-Based Costing: ABC)
ของ Kaplan and Cooper (1998) ที่ประกอบด้วย
4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) จัดทำพจนานุกรมกิจกรรม
2) กำหนดปริมาณทรัพยากรในแต่ละกิจกรรม
3) ระบุผลผลิตและบริการขององค์กร และ 4) เลือกตัว
หลักต้นทุนกิจกรรมที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมสู่ผลผลิต
บริการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย

1. พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค มีลักษณะเป็นตารางที่ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลตามระบบอวัยวะสำคัญตามการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตของกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หมวดที่ 12 ในส่วนของค่าบริการทางการพยาบาล ข้อ 12.2-12.7

2. แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค

3. แบบบันทึกต้นทุน ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง 2) แบบบันทึกต้นทุนค่าวัสดุ 3) แบบบันทึกต้นทุนค่าลงทุน

4. นาฬิกาจับเวลาเป็นลักษณะนาฬิกาดิจิตอล จำนวน 3 เรือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค โดยการตรวจสอบหาความตรง และความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) ผู้ศึกษานำแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น ไปหาความเป็นปรนัยโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยต้นทุนกิจกรรม 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค 1 ท่าน ภายหลังตรวจสอบความเป็นปรนัยแล้ว ผู้ศึกษานำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาได้ขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแมคคอร์มิค เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้ศึกษาจึงขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยหนัก และพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย

3. ผู้ศึกษาได้เตรียมผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลจำนวน 2 คน และได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตได้ตรงกันในทุกกิจกรรม จึงดำเนินการเก็บข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิคจำนวน 10 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 8 คน และกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค โดยคำนวณตามหลักการศึกษาเวลา (Rijiravanit, 2010)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีต้นทุนสูงสุด 3 ลำดับแรกได้แก่ 1) กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator/วัน มีต้นทุนเท่ากับ 2,065.45 บาท โดยเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 6.07: 74.56: 19.37 2) การทำแผลเปิดขนาดใหญ่

(ทำแผลใช้เวลา >15 นาที แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกระดับตั้งแต่ Second degree burn) มีต้นทุนเท่ากับ 824.91 บาท โดยเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 18.67: 81.33: 00.00 และ 3) กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator < 8 ชม. มีต้นทุนเท่ากับ 739.92 บาท โดยพบว่ สัดส่วนของต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 13.95: 70.28: 15.77 ดังตารางที่ 1

2. กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิค มีต้นทุนสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจำนวน 11 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 52.38 และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจำนวน 10 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 47.62 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิค แบ่งตามระบบอวัยวะสำคัญและระบบอื่นๆ รวม 6 ระบบ ต่อการทำกิจกรรมการพยาบาล 1 ครั้ง

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)
1. ระบบตา หู คอ จมูก				
1.1 การล้างตา/ครั้ง	N/A	N/A	N/A	N/A
2. ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน				
2.1 การช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear air way)/ครั้ง	15.94	19.85	0.00	35.79
2.2 การดูดเสมหะจากท่อหลอดลมคอ/ครั้ง	25.81	24.52	0.00	50.33
2.3 การพ่นยาขยายหลอดลม/ครั้ง	34.77	36.30	0.00	71.07
2.4 การใช้เครื่องช่วยหายใจ Pressure control respirator < 8 ชม.	N/A	N/A	N/A	N/A
2.5 การใช้เครื่องช่วยหายใจ Pressure control respirator/วัน	N/A	N/A	N/A	N/A
2.6 การใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator < 8 ชม.	103.24	520.00	116.68	739.92
2.7 การใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator/วัน	125.42	1540.00	400.03	2065.45
2.8 การใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ/วัน	141.11	0.00	79.48	220.59
2.9 การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจรแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Non-Invasive Blood Pressure, NIBP)/วัน	223.42	0.00	79.48	302.90
2.10 การใช้เครื่อง O2 sat/วัน	112.65	0.00	79.48	192.13

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุน ค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่า วัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุน ค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)
3. ระบบทางเดินอาหาร				
3.1 การใส่สายยางกระเพาะอาหาร/ครั้ง	25.98	34.41	0.00	60.39
3.2 การใช้เครื่อง Intermittent NG suction/วัน	65.02	150.00	0.00	215.02
3.3 การล้างกระเพาะอาหาร/ครั้ง	50.42	296.61	0.00	347.03
4. ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์				
4.1 การสวนปัสสาวะทิ้ง/ครั้ง	32.11	226.00	0.00	258.11
4.2 การสวนปัสสาวะคาสาย/ครั้ง	27.48	208.19	0.00	235.67
4.3 การล้างกระเพาะปัสสาวะ/ครั้ง	29.54	472.12	0.00	501.66
4.4 การตรวจภายใน/ครั้ง	N/A	N/A	N/A	N/A
5. ระบบอื่นๆ				
5.1 การทำแผลเปิด/ติดเพื่อ/ครั้ง	23.69	386.64	0.00	410.33
5.2 การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ (ทำแผลใช้เวลา >15 นาที แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกระดับตั้งแต่ Second degree burn)/ครั้ง	154.01	670.90	0.00	824.91
5.3 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพร้อมกับการ ใช้เครื่องควบคุมการให้สารละลาย (Infusion pump)/วัน	35.30	354.62	0.00	389.92
5.4 การฉีดยา IV/ครั้ง	15.15	27.97	0.00	43.12
5.5 การฉีดยา IM/ครั้ง	12.80	4.45	0.00	17.25
5.6 การฉีดยาใต้ผิวหนัง/ครั้ง	9.91	4.12	0.00	14.03
5.7 การใช้ตู้อบเด็กคลอดก่อนกำหนด/วัน	N/A	N/A	N/A	N/A
5.8 Infant radiant warmer/วัน	N/A	N/A	N/A	N/A
5.9 การใช้เครื่องตรวจสอบภาวะสุขภาพของทารก ในครรภ์แบบ Non stress test, NST หรือ acoustic stimulation test/ครั้ง	N/A	N/A	N/A	N/A
5.10 การใช้ Hypo-hyperthermia/ครั้ง	N/A	N/A	N/A	N/A

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุน ค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่า วัสดุสิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุน ค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)
6. กิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ				
6.1 ค่าบริการให้คำปรึกษาโดยพยาบาล (>30 นาที)/ครั้ง	79.29	0.00	0.00	79.29
6.2 ค่าบริการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล ระยะเวลาต่ำกว่า 4 ชั่วโมง/ครั้ง	N/A	N/A	N/A	N/A
6.3 ค่าบริการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล ระยะเวลาต่ำกว่า 4 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 8 ชั่วโมง/ครั้ง	N/A	N/A	N/A	N/A
6.4 ค่าบริการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล ระยะเวลาต่ำกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป/ครั้ง	N/A	N/A	N/A	N/A

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเมคคอมริคกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กิจกรรมการพยาบาล	ต้นทุน ฐานกิจกรรม การพยาบาล (บาท)	งบประมาณ ที่ได้รับ การจัดสรร (บาท)	ผลต่าง ของต้นทุน (บาท)
1. ระบบตา หู คอ จมูก	N/A	N/A	N/A
2. ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน			
2.1 การช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear air way)/ครั้ง	35.79	50.00	+14.21
2.2 การดูดเสมหะจากท่อหลอดลมคอ/ครั้ง	50.33	80.00	+29.67
2.3 การพ่นยาขยายหลอดลม/ครั้ง	71.07	40.00	-31.07
2.4 การใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator < 8 ชม.	739.92	1800.00	+1060.08
2.5 การใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator/วัน	2065.45	3500.00	+1434.55
2.6 การใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ/วัน	220.59	600.00	+379.41
2.7 การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจรแบบอโน คทรอนิกส์ (Non-Invasive Blood Pressure, NIBP)/วัน	302.90	100.00	-202.90
2.8 การใช้เครื่อง O2 sat/วัน	190.13	100.00	-90.13

กิจกรรมการพยาบาล	ต้นทุน ฐานกิจกรรม การพยาบาล (บาท)	งบประมาณ ที่ได้รับ การจัดสรร (บาท)	ผลต่าง ของต้นทุน (บาท)
3. ระบบทางเดินอาหาร			
3.1 การใส่สายยางกระเพาะอาหาร/ครั้ง	60.39	60.00	-0.39
3.2 การใช้เครื่อง Intermittent NG suction/ครั้ง	215.02	100.00	-115.02
3.3 การล้างกระเพาะอาหาร/ครั้ง	347.03	380.00	+32.97
4. ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์			
4.1 การสวนปัสสาวะทิ้ง/ครั้ง	258.11	80.00	-178.11
4.2 การสวนปัสสาวะคาสาย/ครั้ง	235.67	100.00	-135.67
4.3 การล้างกระเพาะปัสสาวะ/ครั้ง	501.66	200.00	-301.66
5. ระบบอื่นๆ			
5.1 การทำแผลเปิด/ติดเชื้อ/แผล	410.33	150.00	-260.33
5.2 การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ (ทำแผลใช้เวลา >15 นาที แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกระดับตั้งแต่ Second degree burn)/แผล	824.91	270.00	-554.91
5.3 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพร้อมกับการใช้ เครื่องควบคุมการให้สารละลาย (Infusion pump)/วัน	389.93	300.00	-89.93
5.4 การฉีดยา IV/ครั้ง	43.12	50.00	+6.88
5.5 การฉีดยา IM/ครั้ง	17.25	30.00	+12.75
5.6 การฉีดยาใต้ผิวหนัง/ครั้ง	14.03	30.00	+15.97
6. กิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ			
6.1 ค่าบริการให้คำปรึกษาโดยพยาบาล (>30 นาที)/ครั้ง	79.29	150.00	+70.71

การอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ตามการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต หมวดที่ 12 ค่าบริการวิชาชีพ ในส่วนของค่าบริการทางการพยาบาล แบ่งตามระบบอวัยวะสำคัญและระบบอื่นๆ รวม 6 ระบบ (National Institute of Emergency Medicine, 2015) พบว่ามีกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและ

วิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิคเพียง 5 ระบบ จากข้อมูลต้นทุนของกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงทั้งสามอันดับ สัดส่วนของต้นทุนของวัสดุสิ้นเปลืองเป็นต้นทุนที่สูงที่สุดเนื่องจากการเบิกค่าใช้จ่ายตามอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมวดที่ 12 ในกิจกรรมการใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator เป็นการคิดค่าใช้จ่ายต่อวันและการใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator น้อยกว่า 8 ชั่วโมง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีการคิดรวมค่าออกซิเจนต่อชั่วโมงและการทำ Sterile ของท่อข้อต่อต่างๆ จึงทำให้

ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองมีสัดส่วนสูง สำหรับกิจกรรมการทำแผลเปิดขนาดใหญ่นั้นจะใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้แล้วทิ้ง หรือสามารถใช้ได้เพียงครั้งเดียวเป็นส่วนใหญ่ เช่น อุปกรณ์ทำแผล ผ้าพันห้ามเลือด ผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ เป็นต้น ผู้ป่วยวิกฤตต้องการการดูแลในระดับสูงเพื่อรักษาชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Airffin, Pinyokham, & Tachaudomdach, 2018) นอกจากนี้พยาบาลยังใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรมมากหรือจะต้องให้การพยาบาลพร้อมกันหลายคนในแต่ละกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและผ่านพ้นภาวะวิกฤต จึงทำให้ต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์สูงกว่าหมวดอื่นๆ สำหรับต้นทุนค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักพบว่า ยิ่งกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนาน หรือใช้บุคลากรหลายคนย่อมส่งผลให้ต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมดังกล่าวสูงไปด้วย ทำให้วัสดุอุปกรณ์มีต้นทุนสูงกว่าหมวดอื่นๆ ซึ่งอธิบายตามแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan & Cooper (1998) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ตัวผลัดต้นทุนหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละกิจกรรมและต้นทุนที่สำคัญในแต่ละกิจกรรมได้แก่ทรัพยากรที่ใช้ ในการปฏิบัติกิจกรรม โดยกิจกรรมใดที่ใช้วัสดุมากจะทำให้ต้นทุนสูง นอกจากนี้สาเหตุของต้นทุนที่สูงขึ้นยังเกิดจากระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มาก จึงเป็นตัวผลัดต้นทุนให้เกิต้นทุนสูงเช่นกันจากการศึกษาพบว่าต้นทุนค่าการลงทุนเป็นสัดส่วนรองลงมา เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนอื่นๆ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าครุภัณฑ์ที่ใช้ในกิจกรรมการใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator/วัน และ Volume control respirator/8 ชั่วโมงนั้น ครุภัณฑ์คือเครื่องช่วยหายใจนั้นมีราคาแพง ยังมีค่าเสื่อมและค่าบำรุงรักษาจำนวนมาก จึงจะทำให้การใช้งานมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าในการศึกษารั้งนี้ไม่ได้คิดต้นทุนค่าลงทุนราคาอาคารสิ่งก่อสร้างเนื่องจากอาคารหอผู้ป่วยหนัก มีอายุการใช้งานนานเกิน 25 ปี (The Comptroller General's Department, 2014) ก็ยังพบว่าสัดส่วน

ต้นทุนค่าลงทุนยังสูงเป็นอันดับสอง สำหรับกิจกรรมการทำแผลนั้นไม่มีค่าลงทุน เนื่องจากไม่มีการใช้ครุภัณฑ์ที่มีราคามากกว่า 30,000 บาท

ในช่วงของการศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลในวันที่ 1 สิงหาคม 2562 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2562 พบว่ามีหลายกิจกรรมที่ไม่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว ได้แก่ ระบบ หู ตา คอ จมูก กิจกรรมการล้างตา เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวไม่มีผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บทางตาเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค ซึ่งในกรณีที่มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางตาแพทย์ผู้ทำการรักษาคงดำเนินการรักษาด้วยการล้างตาที่แผนกห้องฉุกเฉินก่อนส่งตัวผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ กิจกรรมการตรวจภายใน กิจกรรมการใช้เครื่องตรวจสอบภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์แบบ Non stress test, NST หรือ acoustic stimulation test ซึ่งไม่พบกิจกรรมดังกล่าวในช่วงของการเก็บข้อมูลระบบอื่นๆ ได้แก่ กิจกรรมการใช้ตู้อบอุ่นเด็กคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการใช้ Infant radiant warmer เนื่องจากบริบทของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิคให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหนักทุกช่วงอายุ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทและสมอง ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก หู คอ จมูก ตา อายุรกรรม สูติ-นรีเวชกรรม ยกเว้นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต้องรับการผ่าตัด และทารกแรกเกิด และกิจกรรมการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล ระยะเวลาต่ำกว่า 4 ชั่วโมง ระยะเวลามากกว่า 4 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 8 ชั่วโมง และระยะเวลามากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป ไม่พบกิจกรรมดังกล่าวในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เนื่องจากหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยรถพยาบาลนั้นเป็นหน้าที่ของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่นๆ ตามสิทธิ์หรือตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ

2. เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

หนักโรงพยาบาลแมคคอร์มิคกับงบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หมวด 12

จากผลการศึกษา ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิคพบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หมวด 12 มีทั้งหมด 11 กิจกรรม โดย 3 กิจกรรมแรกที่มีต้นทุนสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ได้แก่ 1) การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ 2) การล้างกระเพาะปัสสาวะ 3) การทำแผลเปิด/ติดเชื้อ การที่ทั้ง 3 กิจกรรมมีต้นทุนสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนด เนื่องจากกิจกรรมทั้ง 3 เป็นกิจกรรมที่ใช้วัสดุสิ้นเปลือง หรือใช้แล้วไม่สามารถนำกลับมาใช้อีกเป็นจำนวนมาก เช่น วัสดุอุปกรณ์ในการทำแผล ผ้ายืดสำหรับพันห้ามเลือด ผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลยังใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรมมากหรือจะต้องให้การพยาบาลพร้อมกันหลายคนในแต่ละกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและผ่านพ้นภาวะวิกฤต จึงทำให้ต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์สูงกว่าหมวดอื่นๆ สำหรับต้นทุนค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่ายังกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนาน หรือใช้บุคลากรหลายคนย่อมส่งผลให้ต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมดังกล่าวสูงไปด้วย พยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับปัจจัยอันตรายจากการทำงานที่หลากหลาย ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องจากการทำงาน (Opastiragul, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2015) เนื่องจากภาระงานในการหอผู้ป่วยหนักนั้นมาก มีกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ค่อยได้หยุดพักระหว่างการทำงาน อีกทั้งกิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่ต้องทำโดยพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ต้นทุนฐานกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล

ลำปางของ Tangphakittikun (2019) พบว่าต้นทุนฐานกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปาง รวมทั้ง 4 ระยะ คือ แรก รับ การจัดการภาวะคุกคามต่อชีวิต ดูแลรักษาพยาบาล และการจำหน่าย เป็นต้นทุน 8,474.02 บาท คิดเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 27.79: 68.86: 3.36 โดยพบว่า กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีอัตราค่าวัสดุสิ้นเปลืองสูงสุด รองลงมา คือ อัตราค่าแรงเช่นกัน

ต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลที่ต่ำกว่างบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หมวด 12 มีทั้งหมด 10 กิจกรรม โดย 3 แรกที่มีต้นทุนต่ำกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ได้แก่ 1) การใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator/วัน 2) การใช้เครื่องช่วยหายใจ Volume control respirator <8 ชม. และ 3) การใช้เครื่องติดตามการทำงานต่อหัวใจต่อ 1 วัน จากผลการศึกษาพบว่า 3 กิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพราะต้นทุนค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักแต่ละคนมีค่าตอบแทนไม่สูงมากและนอกจากพยาบาลวิชาชีพแล้วยังมีผู้ช่วยพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมด้วยมากถึง 8 คน ส่งผลทำให้ค่าแรงของบุคลากรทางการพยาบาลต่อวันที่ไม่สูง อีกทั้งอาคารและสิ่งก่อสร้างของโรงพยาบาลแมคคอร์มิค มีอายุการใช้งานมากกว่า 25 ปี จึงไม่นำมาคิดค่าเสื่อมราคาในการศึกษานี้จึงทำให้ต้นทุนรวมมีอัตราต่างงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปาง ของ Tangphakittikun (2019) พบว่า มีกิจกรรมที่มีต้นทุนรวมต่ำกว่าอัตราค่าบริการที่กำหนด โดยกรมบัญชีกลางรวม 10 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมระยะการจัดการภาวะคุกคามต่อชีวิต จำนวน 3 กิจกรรม ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การประเมินลักษณะ

การเต้นของหัวใจ การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ ซึ่งมีต้นทุน 2,056.70 บาท อัตราส่วนของต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 2.56: 97.17: 0.27 ซึ่งจะเห็นว่าต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองสูงสุด รองลงมา คือ ต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าลงทุนเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารสามารถที่จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาบริหารจัดการหรือควบคุมต้นทุนที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้วัสดุสิ้นเปลืองสูง ได้แก่ การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ การทำแผลเปิด/ติดเชื้อให้มีความคุ้มค่าคุ้มทุน
2. ที่ผ่านมาระบบโรงพยาบาลได้มีการวิเคราะห์ต้นทุนแบบถ่วงเฉลี่ยในภาพรวมของโรงพยาบาล โดยไม่ได้มี

การพิจารณาต้นทุนรายกิจกรรม เช่น ราคาการใช้ออกซิเจนต่อชั่วโมง ดังนั้นผู้บริหารสามารถที่จะนำข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาบริหารจัดการต้นทุนการใช้ออกซิเจนตามปริมาณการใช้งานจริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักในหมวดอื่นๆ
2. ศึกษาต้นทุนทางอ้อมเพื่อให้ครอบคลุมต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก
3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลให้นานกว่านี้ เนื่องจากในศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีบางกิจกรรมที่ไม่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Airffin, S. M., Pinyokham, N., & Tachaudomdach, C. (2018). Intensive care experience among intensive care unit survivors. *Nursing Journal*, 45(4), 181-191. (In Thai)
- Bunyasan, T. (2006). *Cost of nursing activities in medical intensive care units, Uttaradit Hospital* (Independent study), Chiangmai University. (In Thai)
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School.
- Karunboonyong, C. (2015). *Business Finance*. Bangkok: Se-Education. (In Thai)
- National Institute of Emergency Medicine. (2015). *A guide to guidelines for compliance criteria and methods for separating emergency patients and prioritizing care at emergency rooms in accordance with the criteria prescribed by the ERC* (3rd ed.). Nonthaburi: National Institute of Emergency Medicine (OBEC). (In Thai)
- National Institute of Emergency Medicine. (2017). *Annual report 2017*. Bangkok: Ultimate Printing. (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)
- Rijiravanit, W. (2010). *Working study principles and case studies* (7th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)

- Rueangwatana, S. (2012). *Cost of nursing activities in medical intensive care unit, Lamphun Hospital* (Independent study), Chiang Mai University. (In Thai)
- Srithamrongsawat, S., Suriyawongphaisan, P., & Athisaveetpruet, P. (2018). Patients' experiences on using non-contracted private hospitals and applying eligibility for the universal coverage for emergency patients (UCEP). *Journal of Health System Research*, 12(3), 370-383. (In Thai)
- Tangphakittikun, T. (2019). *Activity-based costing for trauma patients in emergency department Lampang Hospital* (Independent study), Chiang Mai University. (In Thai)
- The Comptroller General's Department. (2014). *Criteria for calculation of the fixed assets depreciation for government organization*. Retrieved from <https://pws.cgd.go.th/cgd/>
- McCormick Hospital, Utilization Review Department. (2019). *Annual Report 2018*. Chiang Mai: McCormick Hospital. (In Thai)



สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียน

Competencies of Professional Nurses in ASEAN Economic

โสรัตน์	วงศ์สุทธิธรรม **	Sorut	Wongsuttitham**
สุวรรณณี	มหากายนันท์ **	Suwannee	Mahakayanun**
ดาร์สนี	โพธารส **	Darussanee	Potaros**
นาริรัตน์	บุญเนตร **	Nareerat	Boonnate**
ดวงใจ	วัฒนสินธุ์ **	Duangjai	Vatanasin **
สาวิตรี	วงศ์อินจันทร์ *	Sawitree	Wonginjun *

บทคัดย่อ

พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่โดดเด่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการสุขภาพและเตรียมการพยาบาลให้ได้มาตรฐานเพื่อรองรับการบริการให้แก่ประชาคมอาเซียน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียน โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพในระดับผู้บริหารโรงพยาบาล และระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงใต้ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 22 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามวิธีการของ Miles, Huberman, & Saldana (2014)

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งแสดงให้เห็นถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียน คือ 1) ความรู้ที่ทันสมัย และเชี่ยวชาญทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 2) ความเป็น Hospitality ที่เป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลไทย 3) ความสามารถในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การจัดการรูปแบบความคิด และ 6) สามารถสืบค้นข้อมูลเทคโนโลยีเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลให้องค์กรวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน และสถาบันการศึกษาในการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการทั้งในประเทศและประชาคมอาเซียนได้

คำสำคัญ: สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ประชาคมอาเซียน

Abstract

Thai professional nurses need to have talent competencies to increase the effectiveness of nursing services and provide standards nursing to support the health care of people in ASE Economic.

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Instructor, Faculty of Nursing Burapha University, sorut@yahoo.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** Assistance Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

วันที่รับบทความ 15 มิถุนายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 15 กันยายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 1 ตุลาคม 2563

The purpose of this qualitative study was to describe the competencies of professional nurses in ASEAN Economic. Research informants of 22 were doctors, nurses director, nurses manager, head nurses and professional nurses, who worked thematic analysis methods based on Miles, Huberman & Saldana (2014).

The results showed that the competencies of professional nurses in the ASEAN community including: 1) Modern knowledge and expertise in nursing practice 2) Being the unique hospitality of Thai nurses 3) Cultural diversity nursing care 4) Communication skills 5) The management of the conceptual model and 6) Able to search technology data for evidence-based practice. The data obtained from this study can be used as information for professional organizations, health services units in both public, private and educational institutions in preparation for development competencies of professional nurses in nursing to maximize the benefits for service recipients both in the country and the ASEAN community.

Keywords: *competencies of professional nurses, ASEAN Economic*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการรวมตัวของประชาคมอาเซียนเป็นการเพิ่มอำนาจการต่อรองและขีดความสามารถในการแข่งขัน เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งของประเทศสมาชิกในด้าน เศรษฐกิจ สังคม การใช้พลังงาน การบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ตามกรอบความตกลงอาเซียนว่าด้วยการบริการ (ASEAN Framework Agreement on Service: AFAS) และในข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Agreement: MRA) ของประชาคมอาเซียน ด้านคุณสมบัติหรือมาตรฐานในสาขาวิชาชีพหลัก 8 วิชาชีพได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิศวกร นักบัญชี ช่างสำรวจ สถาปนิก และการบริการ/ท่องเที่ยว เพื่อพัฒนาระบบการศึกษาและบริการให้มีคุณภาพ โดยความรับผิดชอบของสภาการพยาบาล ได้กำหนด แนวทางการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของวิชาชีพการ พยาบาลและการผดุงครรภ์โดยการกำหนดสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ 5 ด้าน คือ จริยธรรมและกฎหมาย วิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาล ภาวะผู้นำและการบริหาร การศึกษาและวิจัย การพัฒนาคุณภาพและพัฒนาตนเอง ในวิชาชีพ

รูปแบบของการเปิดเสรีในอาเซียนทำให้เกิดการ ให้บริการข้ามพรมแดนกับผู้รับบริการที่มีความ หลากหลายทางวัฒนธรรม รวมทั้งมีการแข่งขันให้ การบริการ ผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการทางด้านสุขภาพ มากขึ้น ปรากฏการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อค่าบริการ สุขภาพจึงทำให้หน่วยงานบริการสุขภาพมีความตื่นตัว ในการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลวิชาชีพให้มี สมรรถนะที่สามารถตอบสนองผู้รับบริการ ซึ่งภูมิภาค ตะวันออกเป็นทั้งแหล่งอุตสาหกรรม แหล่งท่องเที่ยว และธุรกิจ รวมทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนา ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC หรือ Eastern Economic Corridor) จึงทำให้ผู้รับบริการ หลากหลายวัฒนธรรมเข้ามาใช้บริการ และมีความ ต้องการการดูแลสุขภาพที่หลากหลายมากขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น สภาการพยาบาล จึงมีการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมให้พยาบาลวิชาชีพ เข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลวิชาชีพ มีสมรรถนะที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้าน สุขภาพของประชาชน และรองรับการดูแลสุขภาพ ของประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียน ตลอดจนพัฒนา พยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะการให้พยาบาล มีจิตบริการ

และมีสมรรถนะที่มีความเป็นสากลสามารถติดต่อสื่อสารกับภาคีเครือข่ายของหน่วยงานในระดับนานาชาติได้ (Srisupaun, Luang-Amornlert, & Sawaengdee, 2012)

สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ แนวคิดสมรรถนะมีองค์ประกอบดังนี้ 1) ความรู้ 2) ทักษะ และ 3) ทักษะคิด พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านความรู้และทักษะเพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ต้องมีทักษะและความสามารถที่เป็นพื้นฐานในวิชาชีพแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการในบริบทต่างๆ ได้ ดังนั้นแนวคิดของสมรรถนะจึงเป็นแนวคิดที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ และบริบทที่เฉพาะเจาะจง เช่น สามารถตัดสินใจ และแก้ปัญหาเมื่อต้องดูแลผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน เป็นต้น (Garside & Nhemachena, 2013)

ความต้องการการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญา สาขาพยาบาลศาสตร์ (Meekanon & Sirikamonsathian, 2015) พบว่า ความต้องการการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญา สาขาพยาบาลศาสตร์ของนิสิตพยาบาลอยู่ในระดับที่ต้องการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความต้องการการเตรียมความพร้อมในข้อคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษให้มีประสิทธิภาพทั้งการพูด การฟัง การอ่าน การเขียน และการนำเสนอ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ความต้องการการเตรียมความพร้อมในเรื่องการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึง ความเป็นปัจเจกบุคคลและความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kongkun (2015) พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความต้องการการเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในเรื่อง

การสื่อสารภาษาอังกฤษ การเข้าใจขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม ประเพณี ศาสนาของกลุ่มประเทศอาเซียน สมรรถนะมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพที่กำหนดโดย Nursing and Midwifery Board Australia (2019) ได้แก่ สมรรถนะด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ การวิเคราะห์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การประสานงาน และการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ แต่จากการศึกษาภาพอนาคตพยาบาลไทยในประชาคมอาเซียน (Anupunpisit, Suwande, Wetcharungsri, & Sukjaroen, 2016) โดยใช้การสืบค้นข้อมูลเชิงเอกสาร และข้อมูลที่ได้จากการสอบถามและสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพพบว่า พยาบาลยังขาดทักษะด้านภาษาในการสื่อสารและทักษะการวิเคราะห์และคิดอย่างมีวิจารณญาณ นอกจากนั้นยังพบว่า ขาดการวางนโยบายการผลิตให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน รวมทั้งการผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานสากลจากการศึกษาความพร้อมของพยาบาลไทยในการก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พบว่า พยาบาลไทยมีสมรรถนะในการก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในระดับปานกลาง (Chawaphanth, LeSeure, Jantaramano, & Thana, 2016) นอกจากนั้นยังพบว่า ความพร้อมต่อการเป็นประชาคมอาเซียนของพยาบาลงานการพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (Songmuang & Siritarungsri, 2016) ดังนั้นจึงควรพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่า งานส่วนใหญ่เป็นการศึกษามุมมองของนักศึกษาพยาบาล พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลภาคเอกชนและภาครัฐ และพยาบาลตำแหน่งบริหาร ส่วนงานวิจัยในมุมมองของผู้บริหารทางการพยาบาลหรือมุมมองของผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพในภาครัฐและเอกชนยังไม่มี ความชัดเจน ซึ่งมุมมองของผู้บริหารทางการพยาบาลจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย

การกำหนดเกณฑ์ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

จากปัญหาที่กล่าวมาเบื้องต้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียนตามประสบการณ์ของผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาคตะวันออกทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลให้องค์กรวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน และสถาบันการศึกษาในการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการทั้งในประเทศและประชาคมอาเซียนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกรูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีดำเนินการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัย ดังนี้

สถานที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลในภาคตะวันออกทั้งภาครัฐและเอกชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในภาคตะวันออกทั้งภาครัฐและเอกชน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับ AEC ในตำแหน่งดังกล่าวอย่างน้อย

2 ปี และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการพยาบาลประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี และปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพในภาคตะวันออกทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับ AEC และ

- 2) มีความเต็มใจและยินดีในการให้ข้อมูล โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 อย่าง ได้แก่ ผู้วิจัย แนวทางการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกต่างๆ

- 1) คณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญที่สุดในการรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองและจดบันทึกระหว่างการสนทนา ซึ่งคณะผู้วิจัยเป็นผู้ที่ผ่านการทำวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาแล้ว

- 2) แนวทางการสัมภาษณ์ เป็นคำถามกว้างๆ และยืดหยุ่น ผู้วิจัยออกแบบแนวคำถามและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ตรวจสอบ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย ซึ่งพบว่า ควรมีการปรับภาษาที่ใช้ในข้อคำถามให้เข้าใจง่ายขึ้น จึงปรับแนวคำถามอีกครั้งก่อนนำไปสัมภาษณ์จริง ตัวอย่างคำถามเช่น AEC มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่านอย่างไร พยาบาลต้องมีความสมรรถนะที่เกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการในประชาคมอาเซียนเรื่องอะไรบ้าง ทำไมพยาบาลต้องมีความสมรรถนะในเรื่องนั้นด้วยแล้วที่ท่านบอกว่าต้องมีความสมรรถนะเรื่องนั้นหมายถึงอะไร ในสมรรถนะที่ท่านกล่าวมาจะทำให้เกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นต้น โดยผู้สัมภาษณ์ตระหนักถึงบทบาทในฐานะนักวิจัย ให้คุณค่าในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์หรือตัดสินสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออก

- 3) แบบบันทึกต่างๆ ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล และตำแหน่งปัจจุบัน นอกจากนั้นยังมีแบบบันทึกการถอดเทป การให้รหัสข้อมูล และแบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพาเลขที่ 015/2561 คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้ให้ข้อมูลก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงนามยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล (Informed consent) ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัยใช้ตัวเลขรหัสแทนผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย ข้อมูลที่เป็นไฟล์บันทึกเสียง และข้อมูลต่างๆ ในการวิจัยถูกเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัว ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดรหัสผ่านจึงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา และนำไปใช้ในเชิงวิชาการผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลังการตีพิมพ์ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่คณะผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้วผู้วิจัยเริ่มต้นการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเริ่มต้นโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยบริการสุขภาพในภาคตะวันออกทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเป็นการศึกษานำร่องสำหรับหาข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียนอย่างกว้างๆ ซึ่งได้รายชื่อของพยาบาลวิชาชีพจากคำแนะนำของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลจากภาครัฐและเอกชน มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มทั้งหมดจำนวน 6 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 2 ชั่วโมง 14 นาที หลังจากนั้นใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และลึกซึ้งมากขึ้น โดยขอคำแนะนำจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลเพื่อหาเป้าหมายเป็นผู้ให้ข้อมูลรายแรก ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตจดชื่อและเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูล เพื่อนัดหมายวัน เวลาและสถานที่

ในการให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายเลือกที่จะสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วน เช่น ห้องประชุมในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลนัดหมายเวลาตามเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เช่น ช่วงก่อนขึ้นปฏิบัติงาน ช่วงพักเที่ยง หลังลงเวรปฏิบัติงาน เป็นต้น คณะผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก และสังเกตท่าทาง สีหน้าปฏิกิริยาและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกในขณะสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60-120 นาทีในแต่ละครั้ง (เฉลี่ย 80 นาทีต่อครั้ง) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน หรือต้องการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลต่อไป คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปจนกระทั่งข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว (Data saturation) ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 22 จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึง พฤศจิกายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามแนวคิดของ Miles, Huberman, & Saldana (2014) โดยคณะผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลไปพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทำให้คณะผู้วิจัยทราบว่า ข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวและตอบคำถามการวิจัย โดยคณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมาถอดเทปคำให้สัมภาษณ์โดยการพิมพ์แบบคำต่อคำ หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยจับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญที่เป็นข้อมูลเดียวกันและเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาให้มากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลอื่นๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ได้แก่ น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล ท่าทางขณะสนทนา เป็นต้น คณะผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับในภาพรวม โดยที่ผู้วิจัยให้หมายเลขบรรทัดของข้อมูลเพื่อสะดวกต่อการอ้างอิงถึงข้อมูลนั้น คณะผู้วิจัยใส่รหัสกลุ่มคำสำคัญจากการอ่านข้อมูลการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด คณะผู้วิจัยนำความหมายที่บันทึก

ไว้มาจัดกลุ่มแก่นสาระ และนำข้อสรุปที่ได้มาบันทึกและอธิบายข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการศึกษา มีการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นว่าข้อมูลนั้นเป็นความจริง มีหลักฐานตรวจสอบได้ แสดงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนำข้อมูลที่จัดเป็นกลุ่มแก่นสาระมาเขียนบรรยายแล้วได้นำไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 รายตรวจสอบ หลังจากไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมแล้ว คณะผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

คณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือดังนี้ 1) ความเชื่อมั่น (Credibility) โดยผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมก่อนทำวิจัย โดยการศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และเอกสารตำราที่เกี่ยวกับการสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยยืนยันข้อมูลโดยการตรวจสอบการให้รหัสกับคณะผู้วิจัย รวมทั้งพูดคุยให้เหตุผลในการให้รหัสจนเห็นพ้องต้องกัน ผู้วิจัยนำข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ยืนยันความถูกต้องจำนวน 2 ราย 2) ความสามารถในการนำไปใช้ในบริบทอื่น (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของผู้ให้ข้อมูล และบริบทที่ศึกษาอย่างละเอียด เพื่อให้สามารถนำไปศึกษาในบริบทอื่นได้ 3) การพึ่งพาเกณฑ์อื่น (dependability) ผู้วิจัยบรรยายขั้นตอนเกี่ยวกับการรวบรวมการวิจัยตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านได้ทำความเข้าใจและสามารถตรวจสอบได้

ผลการวิจัย

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้เป็นแพทย์จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน รวมทั้งหมดจำนวน 22 คน ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตภาคตะวันออก มีอายุตั้งแต่ 25-63 ปี ค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 43.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.98 ผู้ให้ข้อมูล

ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 14 คน ระดับปริญญาโทจำนวน 7 คน และปริญญาเอกจำนวน 1 คน ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ระหว่าง 3-39 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.05 มีตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการพยาบาลจำนวน 2 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจำนวน 4 คน รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ผู้จัดการแผนกจำนวน 6 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 4 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจำนวน 6 คน

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาจากการสรุปประเด็นการวิเคราะห์แก่นสาระซึ่งแสดงให้เห็นถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียน คือ 1) มีความรู้ที่ทันสมัย และเชี่ยวชาญทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 2) ความเป็น Hospitality ที่เป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลไทย 3) ความสามารถในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การจัดการรูปแบบความคิด และ 6) สืบค้นข้อมูลเทคโนโลยีเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การมีความรู้ที่ทันสมัย และเชี่ยวชาญทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า พยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม หรือผู้ให้ข้อมูลใช้คำว่า พยาบาลต้องรู้จักมองไปรอบๆ ตัว (Look around) เพื่อให้มองเห็นว่า การเคลื่อนย้ายของประชากรในยุคของ AEC ทำให้มีโอกาสเกิดโรคที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น โรคอุบัติใหม่ การแพร่กระจายเชื้อโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“พยาบาลเราจะต้องมีความรู้หรือทักษะให้มันสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกนี้ ที่รู้สิกว่าเราก็ต้องเปิดมุมมองให้มันกว้างขึ้นที่จะเรียนรู้อะไรใหม่ๆ เข้ามา แล้วก็ความรู้เราก็ต้องมี ยิ่งเวลาเปิดโลก มันจะมีโรคเข้ามาซับซ้อนเข้ามาเยอะมากขึ้น เพราะพวกนี้บางทีเขาจะไม่มีโรคเดียวแล้ว เขามีหลายโรค เพราะฉะนั้นเราต้องเพิ่มทักษะความรู้ของพยาบาลเรา ที่จะสามารถ

ดูแลคนไข้ได้อย่างครอบคลุม” (14)

“เกี่ยวกับเออีซี เรื่องโรคที่เรียกว่าเดินทางมากขึ้น พวกโรคอุบัติใหม่ อะไรที่แบบมันต้องเปลี่ยนแปลง อยู่ตลอดเวลาอย่างนี้ เราถึงมีความรู้ทันตรงนั้นหรือว่า พยาบาลมีวิธีการดูแล หรือจัดการกับพวกโรคระบาด พวกนี้ได้ จัดการกับพวกป้องกันการแพร่กระจาย โรค ความรู้ต้องใหม่ให้ทัน ให้อัปเดตกับปัจจุบัน” (15)

“ในยุคที่เป็นเออีซีที่มันมีการเปลี่ยนแปลงคน ตลอดเวลา พยาบาลมันน่าจะจะต้องรู้อย่างสมมุติว่าตอนนี้ มีไข้ซาร์ระบาด อันหนึ่งเราต้องรู้แล้วว่าซาร์เป็นยังไ การดูแล แนวทางความรู้เท่าทันโรคอะไรต่างๆ ก็ต้องทัน เกี่ยวกับโรคได้ตลอดหรือตอนนี้มีโรคนี้ระบาดถึงจะไม่ถึง ที่เรา แต่เราก็น่าจะรู้ว่าเออีซีมันมีโรคอะไร ต้อง look around เราก็ต้องให้ทันในยุคปัจจุบัน” (19)

2) ความเป็น Hospitality ที่เป็นเอกลักษณ์ของ พยาบาลไทย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า พยาบาลไทยเป็น พยาบาลที่มีความละเอียดอ่อน ความอ่อนโยน และการเอาใจใส่ในการดูแลผู้รับบริการอย่างเอื้ออาทร ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“ผมว่าพยาบาลไทยจะเก่งกว่าชาติอื่นๆ ในส่วนของการเป็น Hospitality เราเป็นพยาบาล ด้วยจิตวิญญาณของการเป็นพยาบาลอันนั้นก็ดี ความเป็นคนไทย ความเป็นคนที่เอื้ออาทร ความเป็นคนที่ปฏิบัติตนต่อคนอื่นอย่างอ่อนโยน ความเป็นจิตใจ ของพยาบาลแล้วก็มีมีความเอื้ออาทร เพราะการเป็น จิตวิญญาณของการเป็นพยาบาล ซึ่งพยาบาลไทยจะ ไม่เหมือนพยาบาลชาติใดในโลก คือเขาจะมีความรู้สึก แบบนี้” (12)

“เรื่องความละเอียดอ่อน เรื่องของการดูแลคนไข้ ไม่มีที่ไหนที่สู้ไทยเราได้ เราเป็นพยาบาลที่ไม่เหมือน โลกอื่น ความเอื้ออาทร ความห่วงใย ความละเอียดอ่อน ต้องใช้คำว่าเอกลักษณ์ของพยาบาลไทย” (14)

3) ความสามารถในการดูแลผู้รับบริการที่มีความ หลากหลายทางวัฒนธรรม คือ การเตรียมความพร้อม ด้านความแตกต่างทางวัฒนธรรม การให้คำแนะนำของ ความหมายของความแตกต่างทางวัฒนธรรมตาม

ความเชื่อของผู้รับบริการ การคำนึงถึงความเป็นบุคคล การเข้าถึงผู้รับบริการที่มีความแตกต่างตามข้อปฏิบัติ ทางศาสนา และวัฒนธรรมการดำรงชีวิตประจำวัน พยาบาลพร้อมที่จะเรียนรู้ และเข้าใจความแตกต่างของ ผู้รับบริการชนชาติต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“บางทีคนละประเทศอาจจะมีความคิดแตกต่างกัน เขาก็จะบอกสิ่งที่เขามีความเชื่อแบบนั้น อย่างบางประเทศ ที่เราก็คงรู้อย่างตัวอย่างญี่ปุ่น เป็นประเทศแบบนี้เราเห็น ความคิดคนน่ารัก แต่จริงๆ เขามีความเชื่อเรื่องตัวเลข มีความเชื่อเรื่องวัฒนธรรมแบบนี้ละ ขนบธรรมเนียม ทำไมของต้องแต่งชุดนี้อะไรแบบนี้ มันอาจจะเป็นเรื่อง ของความรู้ทั่วๆ ไปในการดำรงชีวิต แต่พอมายู่ในเรื่อง ของความเจ็บป่วย ก็อาจจะมีความเชื่ออีกอย่างหนึ่งว่าถ้า เขากินอาหารแบบนี้ จะไม่ได้ ซึ่งอาหารนี้มันมีประโยชน์ มีโปรตีนแต่เขาไปกินอย่างอื่น อย่างนี้” (14)

“เราจะต้องไปรู้ถึงความเชื่อของเขา การที่เรา จะดูแลเขา มันจะต้องไปตามความเชื่อของเขาด้วย ที่มันไม่ขัดกับกฎหมายของประเทศไทย หรือว่ากลุ่ม พยานพระยะโฮวาที่บอกว่าเขาไม่รับเลือดคนอื่นต้อง เลือดตัวเองเท่านั้น เราจะต้องคุยกันให้เรียบร้อยก่อนที่จะ มีเหตุอะไรเกิดขึ้น เพราะว่าพอมันเป็นเรื่องของการขัด ความเชื่อของเขาแล้วนี้ เราก็คงเรียนรู้ลึกลงไปในเรื่อง ของความเชื่อของเค้า เช่น อาหาร ซึ่งจะมีผลต่อการ บริการพยาบาลของเราด้วย” (16)

“เตรียมของการรับรู้ด้านความแตกต่างทาง วัฒนธรรม เนื่องจากว่าลูกค้าครึ่งหนึ่งของเราเป็นต่างชาติ เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็เลยมองว่ามันเป็นความสำคัญที่เรา ต้องเรียนรู้วัฒนธรรมของเขา เพื่อที่เราจะได้ดูแลเขา ได้ดีค่ะ ถามว่าผลกระทบของเออีซีที่มาก็มีความตื่นตัวว่า ตอนนี้โลกมันจะใกล้กันมันจะข้ามโลกมาได้” (19)

“การรับรู้ได้ถึงวัฒนธรรมที่แตกต่าง ต้องรู้ตัวนี้ ให้ได้ วัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติมีอะไรเมื่อต้อง มาอยู่โรงพยาบาล หรือว่าโรงพยาบาลนั้นๆ เช่น เรื่องการให้เลือดอย่างนี้ที่เราเจอ หรือถ้าต้องเป็น บุรุษหรืออะไรอย่างนี้ มันก็จะต้องมีอะไรที่แตกต่าง แล้วก็น่าสนใจในการถ้ามีคนไข้สักคนเข้ามาพื้นที่ของเขา

แต่ละบริบทมันจะไม่เหมือนกัน” (I10)

“วัฒนธรรมของต่างชาติ อย่างบางชาติบางศาสนา ความเชื่อ เขาจะมีความเชื่อของเขา ก่อนที่เราจะให้การดูแลอย่างนี้ก็ต้องถามก็ต้องพูดคุยกันให้เข้าใจก่อน ซึ่งเป็นเรื่องที่จำเป็นมากๆ ต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลของแต่ละคนที่แตกต่างกัน จะทำให้เรามีแนวทางการดูแลตอบสนองคนไข้ได้” (I11)

“เรื่องที่มีชาวต่างชาติมากขึ้น เช่น อาหรับ อิสลาม เอธิโอเปีย เราต้องมี cultural fit กับคนไข้กลุ่มนี้ เริ่มจากที่เราต้องดูแลเรื่องความเชื่อหรือความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่มาเกี่ยวข้อง เช่น จัดห้องละหมาด หรือจัดให้มีลามูญ์ปูน กัมพูชา ช่วยให้เราเข้าใจความต้องการเค้ามากขึ้น” (I12)

“พยาบาลควรรู้ด้านธรรมเนียมปฏิบัติ อย่างถ้าคนไข้เด็ก อย่างเด็กญีปุ่นมิใช่ เขาจะไม่เช็ดตัว เขาบอกว่ามันเป็นการทรมานเด็ก ถ้าจะมีใช้อย่างนั้น ต้องกินยาลดไข้ จะให้เราได้เรียนรู้และดูแลเค้าตามความเชื่อของพ่อแม่” (I13)

4) ทักษะการสื่อสาร คือ ทำความเข้าใจกับสิ่งที่ได้รับสาร และสื่อสารในภาษาที่ทำให้เข้าใจผู้รับบริการ ที่มากกว่าการใช้ภาษาไทย เช่น การใช้ภาษาอังกฤษ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“มันจะมีสองอย่าง พูด เพื่อให้ถือว่าได้ทำหน้าที่ของตัวเองแล้ว กับพูดเพื่อให้ผู้รับสารนั้นเข้าใจและยอมรับ ทำความเข้าใจกับสิ่งที่ได้รับสารและยอมรับมัน เรียนรู้ที่จะถามผู้รับสารว่าเขาเข้าใจไหม มีวิธีการสื่อสารอย่างอื่นเพื่อให้เขาเข้าใจ” (I6)

“อย่างแรกก็คือในเรื่องของภาษาเลย เราต้องคุยกับเขาให้ได้ว่า เขาเข้ามาภาษาอะไร เช่น ภาษาอังกฤษ เราก็ต้องดูสัญชาติเขาก่อน อย่างเช่น อย่างคนไข่นอนวอร์ดอย่างนี้ เป็นชาวกัมพูชามานอน แล้วก็คือเราไม่สามารถสื่อสารกับเขาได้ เขาไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ เราจะให้เขาดินั่งดออาหารเพื่อจะผ่าตัดเข้าอย่างนี้ เราไม่สามารถจะแนะนำได้” (I12)

“การรับคนไข้จากประเทศเพื่อนบ้าน ถ้าเหมือนกับในชีวิตประจำวันของประเทศไทยตอนนี้ มันก็จะพบ

แรงงานหรือว่าคนต่างชาติเข้ามาในเมืองไทยค่อนข้างเยอะ อย่างน้อยภาษาอังกฤษต้องรู้พื้นฐานอยู่แล้ว แล้วก็ภาษาอื่นติดตามมาด้วยได้มันก็จะแบบดีมาก แต่ว่าอย่างน้อยภาษาอังกฤษต้องมีแล้วที่นี้ 18 ปีนี้ ในช่วงหลังๆ มาจะเห็นว่า มีคนใช้ชาวจีน ชาวญีปุ่นมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันนี้ พยาบาลต้องมีสมรรถนะเหล่านั้น ถึงจะตอบสนองลักษณะของคนไข้ที่เปลี่ยนแปลง” (I13)

“พยาบาลต้องมีการพัฒนาเรื่องภาษามากขึ้น อาจจะใช้ภาษาอังกฤษเป็นแกน ตอนนี้อยู่ เพราะฉะนั้น พยาบาลจะรู้แค่ภาษาเดียวไม่ได้แล้ว คือภาษาไทย เราก็ต้องมีความรู้ ภาษาอังกฤษ เป็นอย่างน้อย ความสามารถของพยาบาลที่จะดูแลคนไข้ มันไม่ใช่แค่เอเชีย เพราะว่าคนไข้เราสลิปเปอร์เซ็นต์ก็เป็นคนต่างชาติ แต่ต่างชาติส่วนใหญ่ก็จะเน้นไปทางด้านของยุโรป เป็นส่วนใหญ่ เพิ่งจะมาช่วงหลังที่มีคนชาวจีน ที่เข้ามาเราถามโต้ตอบกัน ภาษาจีน เป็นที่คุยในที่ประชุม บอกว่าตอนนี้คนไข้ผู้รับบริการชาวจีนเราค่อนข้างเยอะ เราก็เลยคิดว่าแผนต่อไปคือภาษาจีน” (I17)

5) การจัดการรูปแบบความคิด คือ การมีความรู้สึกของต่อมเอ๊ะ การคิดต่อยอด และรู้จักบูรณาการดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และลักษณะผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการ การการดูแลที่มากขึ้นกว่าเดิม พยาบาลต้องรู้จักเรื่องของการฝึกให้ตนเอง Critical thinking ให้มากขึ้น ซึ่งอันนี้มันต้องอาศัยประสบการณ์และการสังเกตการใช้ความคิดในเชิงสร้างสรรค์ในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกที่จะคิดว่าเอ๊ะถ้ามันแบบนี้ มันจะทำอะไรต่อดี หรือว่าเอาง่ายๆเลย เราจะเอายาไปให้คนไข้หนึ่งเม็ด เขาก็จะต้องไปดูว่ายาเม็ดนี้ มันมีแอ็คชั่นยังงี้ มันไม่ใช่รู้ว่ามันเป็นยาอะไรเท่านั้น” (I6)

“พยาบาลจะต้องคิดให้เป็นเหมือนจัดสรรรูปแบบความคิดของตัวเอง อย่างที่แผนกในบทบาทของเรา เป็นการดูแลคนไข้ เราก็จะรับคนไข้ที่เป็นกลุ่มเอชไอวีเข้ามาในประเทศมากขึ้น ซึ่งแต่ก่อนเราอาจจะไม่ได้

มีคนใช้ในภูมิภาคเราเยอะมากเท่าไร อย่างเช่น พวกฟิลิปปินส์ พวกอินโดนีเซีย พวกมาเลเซียอะไรอย่างนี้ อยากให้พยาบาลได้คิดต่อยอดเวลาคุณใช้ที่มีอาการ หรือความผิดปกติต่างๆ ได้ คนไข้อาจจะมีการ sepsis เกิดขึ้นก็ได้ พยาบาลต้องคิดต่อ หรือบางที order หมอบางอย่าง ทำไม่ถึงให้ตัวนี้ ยาตัวนี้เราเคยรู้ว่ามัน ครอบรักษาโรคนี้ แล้วทำไมมันมารักษาโรคนี้อะไรอย่างนี้ ต้องไปหาปัญหาต้นหลักของมันจริงๆ มีอะไรที่ผิดปกติ จะทำให้การดูแลคนไข้มันสนุก ไม่ใช่การดูแลที่ตาม routine ทั่วๆ ไป" (I4)

6) การสืบค้นข้อมูลเทคโนโลยีเพื่อใช้เป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์ คือ การมีความรู้และทักษะการใช้เทคโนโลยี และสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีหรือการพยาบาล ต่างๆ มันเปลี่ยนอยู่แล้วใหม่ คือมันก็เหมือนกับว่าพอมัน มีงานวิจัย หรือว่ามีอะไรที่ใหม่ๆ การเรียนรู้มันต้องมีตลอดเวลา เราจะอยู่นิ่งๆ อยู่กับที่ไม่ได้ เพราะว่าเวลา มันก็เปลี่ยนแปลงไปเหมือนที่โรงพยาบาลน่ะอย่างหนึ่ง ก็คือเอาเทคโนโลยีมาช่วย เข้ามาช่วยเก็บข้อมูลโน่นนี่นั่น ไม่ต้องพิมพ์ ไม่ต้องเขียน" (I1)

"พยาบาลจะต้องมีก็คือความสามารถในการที่จะ สืบค้น evidence base เอาเหล่านั้นสืบค้นเป็น แล้วก็ ต้องนำมาใช้ต่อยอดได้ เทคโนโลยีที่เข้ามาใช้ใหม่ มันก็มีส่วน ถ้าเกิดว่า เหมือนที่พี่บอกไปตอนต้นๆ ว่าเทคโนโลยีมันเข้ามา ค่อนข้างจะเยอะขึ้น ถ้าเราไม่เป็นเลย ถ้าเราใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างนี้ ไม่เป็นเลย เราก็จะเหมือนกับยังงั้น มันเป็นความจำเป็น และความสำคัญในชีวิตประจำวันไปแล้ว" (I16)

"ถ้าบอกเรื่องของคอมพิวเตอร์ก็ต้องใช้ได้ สามารถใช้ word ใช้พวก ไมโครซอฟฟอฟฟิต ง่าย ๆ ทำได้ อันนี้เป็นเรื่องพื้นฐาน แล้วก็การ search engineทั้งหลายเขาควรจะต้องรู้ ส่วนเรื่องของเทคนิคที่มัน ก็ควรจะปรับเปลี่ยนของมันไป แต่สิ่งที่การที่จะทำให้เขาพัฒนาตัวเองได้เขาจะ search engine ได้มันจะนำไปสู่การใช้ evidence ก็ได้อันนี้คือสิ่ง

ที่เขาต้องพัฒนาตัวเองการใช้ search engine ในการพัฒนาวิชาชีพของตัวเอง การเข้าถึงได้เยอะ แต่เพียงแต่คุณต้องรู้แหล่งว่าอันไหนเชื่อถือได้ อันไหนเชื่อถือไม่ได้" (I20)

"ความรู้เทคโนโลยี อันนี้ก็น่าจะเป็นตัวหนึ่ง สมรรถนะที่สำคัญสมัยใหม่ต้องเป็นเรื่องของ evidence พยาบาลถ้าไม่นำข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้มาพูด มาคุยในการทำงาน มันก็เหมือนกับที่เขาบอกว่าไดโนเสาร์พูดไปก็แค่นั้น แต่ถ้าเราพูดแล้วประกอบด้วย เหตุผลที่ฟังได้ มีอะไรที่ชัดเจน มันก็จะทำให้เราเป็น ตัวแทนคนอื่นได้ คนอื่นฟัง คนไข้ก็จะได้รับการบริการที่ดี ภายใต้อาณัติที่ดี ไม่ over การรักษา" (I21)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบแก่นสาระของสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียน ตามที่ผู้ให้ข้อมูล บอกเล่าว่า พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ที่ทันสมัย และเชี่ยวชาญทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้อธิบาย ได้ว่า การรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนส่งผลให้มีการย้าย แรงงานฝีมืออย่างเสรีพยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้อง พัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลให้ สอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของผู้รับบริการ ที่มีความเป็นมาตรฐานสากล การมีความรู้ที่ทันสมัย และสามารถด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล จึงเป็นทักษะของพยาบาลที่พึงประสงค์ (Anupunpisit et al., 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yupin & Gunawan (2015) ที่พบว่า การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน เป็นโอกาสของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาทักษะ การพยาบาลเพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และ จำเป็น ต้อง มี ระเบียบ และ มาตรฐาน การ เตรียมพยาบาลให้เก่งและมีมาตรฐาน สนับสนุน ให้เพิ่มความเชี่ยวชาญ ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการให้มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเฉพาะทางอย่าง เพียงพอตามมาตรฐานวิชาชีพและสากล (Khongkhu- natarn, Boonyoung, & Apichato, (2016) รวมทั้ง พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาล (clinical practice guideline) ตามมาตรฐานสากล (LeSeure, Aphanth, Jantaramano, & Kanjana, 2017; Efendi, Nursalam, Kurniati, & Ganawan, 2018)

ตามให้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียนในประเด็น ความเป็น Hospitality ที่เป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลไทย คือ มีความละเอียดอ่อน ความอ่อนโยน และการเอาใจใส่ ในการดูแลผู้รับบริการอย่างเอื้ออาทร เนื่องจาก คุณลักษณะของพยาบาลไทยมีอุปนิสัย และลักษณะนิสัยที่ดี เช่น การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การมีจิตใจเมตตา กรุณาปราณี การถ้อยทีถ้อยอาศัย ยิ้มแย้มเบิกบาน มองโลกในแง่ดี ช่วยเหลือผู้อื่น รักในการบริการ เป็นต้น (Anupunpisit et al. 2016) รวมทั้ง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งสร้างความโดดเด่นของวิชาชีพ ให้มีลักษณะสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของคุณลักษณะของ วิชาชีพพยาบาลไทยที่จะทำให้สามารถก้าวเป็นผู้นำ ในเชิงคุณภาพของตลาดแรงงานด้านการพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า พยาบาลไทยมี Hospitality สูง ความเป็นกุลสตรีไทย และเป็นจุดแข็งที่แข่งขันได้ (Thai nurses brand) (Luang-Amornlert, 2015) นอกจากนั้นการมีจุดเด่น ของพยาบาลไทยที่ดูแลผู้ใช้บริการครอบคลุม กาย จิต และจิตวิญญาณตามรากฐานวัฒนธรรมตะวันออก และในสายตาชาวต่างชาติที่มองว่าพยาบาลไทย มีจิตใจอ่อนโยน โอบอ้อมอารี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ยิ้มแย้ม แจ่มใส มีเมตตา มีปิยะวาจา อุดมคติ น้ำใจดี และมีไมตรีจิต (Sensai, 2015) ลักษณะ เฉพาะดังกล่าวเอื้อให้พยาบาลไทยสามารถสร้างแบรนด์ พยาบาลไทยในศตวรรษที่ 21 อันเพิ่มมูลค่าและคุณค่า กับวิชาชีพได้ (Somsap & Varee, 2019)

ความสามารถในการดูแลผู้รับบริการที่มีความ หลากหลายทางวัฒนธรรมที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าว่า เป็นการเตรียมความพร้อมด้านความแตกต่างทาง วัฒนธรรม การให้คุณค่าของความหมายของความ

แตกต่างทางวัฒนธรรมตามความเชื่อของผู้รับบริการ การคำนึงถึงความเป็นบุคคล การเข้าถึงผู้รับบริการที่มี ความแตกต่างตามข้อปฏิบัติทางศาสนา และวัฒนธรรม การดำรงชีวิตประจำวัน พยาบาลพร้อมที่จะเรียนรู้ และ เข้าใจความแตกต่างของผู้รับบริการชนชาติต่างๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผลกระทบของการเปิดสมาคมเศรษฐกิจ อาเซียน ทำให้ประชากรของประเทศสมาชิกที่มีความ หลากหลายทางวัฒนธรรม เชื้อชาติศาสนา และความเชื่อ เพิ่มจำนวนมากขึ้น การดูแลผู้รับบริการที่มีความ หลากหลายทางวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญในยุคของ การเปลี่ยนแปลง (Kaewsasri, Nillium, Ratana, & Heetaksorn, 2017) พยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรทีม สุขภาพที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นด่านแรกจึงต้อง ตระหนักถึงความแตกต่างดังกล่าว ซึ่งในยุคของ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนพยาบาลจึงจำเป็นต้อง พัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยการเคารพในความเชื่อ และวัฒนธรรมที่แตกต่างของผู้รับบริการ (Julawong, 2014) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khongkhunatarn et al. (2016) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมตาม ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลใน การเข้าสู่ประชาคม อาเซียนของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ เรื่อง วัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวและ กระบวนทัศน์ในงานบริการพยาบาล รวมทั้งผลการ ศึกษาของ Thummak & Soowit (2017) ว่าพยาบาล ควรเตรียมความพร้อมเรื่องวัฒนธรรมการให้บริการที่ แตกต่างกันของประเทศสมาชิกซึ่งเป็นสิ่งท้าทายในการ เตรียมสู่อาเซียน และให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chawaphanth et al. (2016) ที่ว่า พยาบาลวิชาชีพ สามารถการปฏิบัติการพยาบาลระดับพื้นฐานได้อย่าง เหมาะสมตามวัฒนธรรมของกลุ่มประเทศอาเซียน สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการแบบองค์รวมโดยคำนึง ถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคลตามวัฒนธรรมของ กลุ่มประเทศอาเซียน

ทักษะการสื่อสารที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า เป็นความสามารถด้านภาษาอังกฤษ และการสื่อสารให้เข้าใจผู้รับบริการ ทักษะการสื่อสารเป็นทักษะที่จำเป็นและมีความสำคัญมากโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาษาอังกฤษซึ่งเป็นผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของพยาบาลวิชาชีพ คือ ขาดความมั่นใจเมื่อต้องสื่อสารกับชาวต่างชาติเมื่อมีโอกาสในการใช้ภาษาอังกฤษทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ (Thummak & Soowit, 2017) รวมทั้งพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษสื่อสารขณะปฏิบัติงาน เนื่องจากไม่ใช้ภาษาทั่วไปที่ใช้ในชีวิตประจำวัน จึงอาจทำให้ขาดความมั่นใจและทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษ (Somsap & Varee, 2019) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Khongkhunatarn et al. (2016) พบว่า ความพร้อมทางด้านการใช้ภาษาอังกฤษของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น รวมทั้งการศึกษาของ Rungvachira, Phaktoop, Kiatkanon, and Warunsiri (2018) ที่พบว่า ความพร้อมในการเป็นประชาคมอาเซียน ด้านภาษาของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกันสำหรับความพร้อมของสถาบันการศึกษาด้านวิชาชีพมีหลักสูตรสู่ประชาคมอาเซียน และสามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ในระดับปานกลาง และต้องการเตรียมสู่ประชาคมอาเซียนมากที่สุด คือ การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ จีน ญี่ปุ่น ตามลำดับ (Zurick, 2017) ดังนั้นจึงเห็นว่า ทักษะด้านการสื่อสารโดยเฉพาะการใช้ภาษาอังกฤษควรพัฒนาให้เป็นภาษาที่สอง และควรเตรียมความพร้อมทางด้านภาษาตามพื้นที่อาณาเขตติดต่อกับประเทศสมาชิกอาเซียน เช่น บาฮามาลาย ภาษาเขมร เป็นต้น รวมทั้งการศึกษอบรมเพิ่มเติมและการฝึกฝนทักษะการใช้ภาษาอย่างจริงจัง ทั้งทักษะฟัง พูด อ่าน เขียนจนสามารถนำไปใช้สื่อสารได้จริง นอกจากนี้การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนมีความสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นสากล จึงต้องเร่งการพัฒนาทักษะด้านภาษาเพื่อสามารถสื่อสารและให้การพยาบาลกับผู้ใช้บริการ

ที่หลากหลาย ตามเชื้อชาติ และทำความเข้าใจด้านสังคม วัฒนธรรมของประเทศในกลุ่ม ประเทศอาเซียน (Artsanthia & Chaleoykitt, 2016) ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “การรับคนไข้จากประเทศเพื่อนบ้าน ถ้าเหมือนกับในชีวิตประจำวันของประเทศไทยตอนนี้ ก็จะมีแรงงานหรือว่าคนต่างชาติเข้ามาในเมืองไทยค่อนข้างเยอะ อย่างน้อยภาษาอังกฤษต้องรู้พื้นฐานอยู่แล้ว แล้วก็ภาษาอื่นติดตามมาด้วยได้ก็จะดีมาก”

ผู้ให้ข้อมูลบอกถึง การจัดการรูปแบบความคิด คือ มีทักษะการคิดต่อยอด รู้จักบูรณาการ และสืบค้นข้อมูลเทคโนโลยีเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นประเด็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่จำเป็นทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในยุคของเทคโนโลยี สารสนเทศต้องกล้าคิด กล้าตัดสินใจ แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานด้วยการนำเทคโนโลยี สารสนเทศหรือใช้นวัตกรรมในการช่วยให้งานบริการ เกิดคุณภาพและมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความก้าวหน้าทางใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ และการสร้างสรรค์ นวัตกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เช่น การเชื่อมโยงข้อมูล ระหว่างสถานพยาบาล การบริการแพทย์ทางไกล การพัฒนาระบบนัดหมาย การพัฒนาโปรแกรมหรือ แอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ การใช้หุ่นยนต์ช่วยในการดูแลรักษา การใช้อุปกรณ์ อัจฉริยะ การใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร (Akkadechanunt, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonyoung & Phumdoung (2014) ที่พบว่า ผลกระทบจาก AEC ทำให้ผู้รับบริการคาดหวังเทคโนโลยีในการให้บริการสูงถึง 96.3%

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง พยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียนต้องมีการคิดต่อยอด รู้จักบูรณาการเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ สามารถบูรณาการแนวคิดศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ศิลปะการพยาบาล ซึ่งสมรรถนะของพยาบาลในการก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในเขตภาคเหนือของ LeSeure et al. (2017) พบว่า สามารถสืบค้น และ

อ่านบทความทางวิชาการ บทความวิจัยด้านสุขภาพ และการพยาบาลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ ได้การยอมรับในระดับชาติและนานาชาติ เช่น OVID/ CINAHL/ PubMed ได้อย่างเข้าใจ พยาบาลวิชาชีพต้องสามารถ นำผลการวิจัย และ/หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการปรับปรุงการทำงาน ให้มีประสิทธิภาพ สามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติ วิชาชีพและการพัฒนางาน สอดคล้องกับการศึกษา สมรรถนะพยาบาลของ Kajander-Unkuri (2015) พบว่า สมรรถนะหลักของพยาบาลในทวีปยุโรป คือ ทักษะทางความคิด และการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลมีความ น่าเชื่อถือ

โดยสรุปแล้ว สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน ประชาคมอาเซียนที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) มีความรู้ที่ทันสมัย และเชี่ยวชาญทักษะการปฏิบัติ การพยาบาลตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม 2) ความเป็น Hospitality ที่เป็นเอกลักษณ์ของ พยาบาลไทยมีความละเอียดอ่อน ความอ่อนโยน และ การเอาใจใส่ในการดูแลผู้รับบริการอย่างเอื้ออาทร 3) ความสามารถในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การจัดการ รูปแบบความคิด และ 6) สืบค้นข้อมูลเทคโนโลยีเพื่อใช้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวทำให้ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีมาตรฐาน

เพื่อรองรับการบริการสุขภาพให้แก่ประชาคมอาเซียน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับองค์กรวิชาชีพ ผู้บริหารการพยาบาลทั้งในระดับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยภาครัฐและเอกชน ในการกำหนด นโยบายเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพต่อไป

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหาร อาจารย์ สถาบันการศึกษาพยาบาลในการวางแผนการจัดการเรียน การสอนที่เน้นการใช้องค์ความรู้และบูรณาการศาสตร์ สาขาวิชาชีพ สามารถพัฒนาต่อยอดด้วยตนเองเพื่อเตรียม ความพร้อมให้กับนักศึกษาให้มีสมรรถนะตามความต้อง การในประชาคมอาเซียน

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนา สมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพเพื่อเสริมสร้าง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับความ ต้องการของประชาคม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ร่วมแบ่งปัน เรื่องราวที่มีคุณค่า และขอขอบพระคุณคณะพยาบาล ศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนทุนจากงบประมาณ เงินรายได้

เอกสารอ้างอิง

- Akkadechanunt, T. (2019). Nurses' competency and public healthcare innovations in Thailand 4.0 Era. *Thai Journal of Nursing Council*, 34(1), 5-13. (In Thai)
- Anupunpisit, V., Suwandee, S., Wetcharungsri, P., & Sukjaroen, N. (2016). Foresight of Thai nurses in ASEAN economic community. *Journal of Police Nurses*, 8(2), 119-128. (In Thai)
- Artsanthia, J., & Chaleoykitt, S. (2016). Transcultural nursing in ASEAN community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(1), 51-66. (In Thai)

- Boonyoung, N., & Phumdoung, S. (2014). The impact of ASEAN economic community on healthcare service as expected by directors of hospitals and directors of nursing, and their intention to formulate strategic planning for preparation toward the ASEAN economic community. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 34, 65-75.
- Chawaphanth, S., LeSeure, P., Jantaramano, S., & Thana, K. (2016). The readiness of Thai nurses towards the ASEAN economic community. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 32(2), 29-41. (In Thai)
- Efendi, F., Nursalam, N., Kurniati, A., & Ganawan, J. (2018). Nursing qualification and workforce for the Association of Southeast Asian Nations Economic Community. *Nursing Forum*, 53(2), 197-203.
- Garside, J. R., & Nhemachena, J. Z. Z. A. (2013). Concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nursing Education Today*, 33, 541-544.
- Julawong, O. (2014). Transcultural care and AEC Era. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(1), 1-6.
- Kaewsasri, A., Nilliaum., Ratana., & Heetaksorn, C. (2017). Changes in Thai society and culture and trends of nursing profession. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(3), 160-169. (In Thai)
- Kajander-Unkuri, Santu. (2015). *Nurse competence of graduating nursing students* (Doctoral dissertation), University of Turku, Finland.
- Khongkhunatarn, H., Boonyoung, N., & Apichato, A. (2016). Preparedness by nursing service strategy for approaching ASEAN community of nursing divisions, general hospitals, Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36(2), 30-46. (In Thai)
- Kongkun, P. (2015). Knowledge, effect perception, and preparation guideline to ASEAN community of the students, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University. Princess of Naradhiwas University. *Journal of Humanity and Social Science*, 2(2), 27-38. (In Thai)
- LeSeure, P., Chawaphanth, S., Jantaramano, S., & Kanjana, T. (2017). Knowledge and competency of nurses in the Northern region of Thailand for the ASEAN economic community. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(1), 117-130. (In Thai)
- Luang-Amornlert, S. (2015). Into the ASEAN community: Impact, problems and trends on the nursing profession. In *the academic conference report "Nursing and the ASEAN community"*. n.p. (In Thai)
- Meekanon, P., & Sirikamonsathian, B. (2015). Factors Influencing readiness to Join the ASEAN community of nursing students from Boromarajonnani College of Nursing Nopparat Vajira. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 29(35), 19-44. (In Thai)
- Mile, M. B., Huberman, M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis*. Los Angeles: Sage.
- Rungvachira, O., Phaktoop, M., Kiatkanon, K., & Warunsiri, P. (2018). Nursing competencies, attitudes, and readiness of senior nursing students in ASEAN community. *Journal of Nursing and Education*, 11(2), 130-142. (In Thai)
- Sensai, S. (2015). Working Experiences in the United States of America of Thai Nurses. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(2), 66-82.

- Somsap, Y., & Varee, A. (2019). Thai nurse brand in 21st Century: Challenges for nursing profession. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(3), 169-178. (In Thai)
- Songmuang, J., & Siritarungsri, B. (2016). Attitude and readiness towards ASEAN community of nurses at the medical nursing department in Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand Sukhothai Thammathirat University. *Journal of Health Science*, 25, 487-494. (In Thai)
- Srisupaun, W., Luang-Amornlert, S., & Sawaengdee, K. (2012). Guidelines for entering the ASEAN community of nursing and midwifery professions. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(3), 5-10. (In Thai)
- Thummak, S., & Soowit, B. (2017). Correlations between knowledge, attitude and preparedness to enter the ASEAN economic community of professional nurses, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(2), 51-66. (In Thai)
- Zurick, P. (2017). Knowledge, attitude, and guideline of nursing education preparation for ASEAN community. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 23(1), 73-84. (In Thai)



ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย Non-technical Skills of Perioperative Nurses for Patient Safety in Tertiary Hospital, Thailand

จิรัชยา ศิวาวุธ *

Jiratchaya

Siwawut *

ปรีชญนันท์ เทียงจรรยา **

Pratyanan

Thiangchanya **

ปราโมทย์ ทองสุข **

Pramot

Thongsuk **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย โดยเคลฟายเทคนิค ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 27 คน รวม 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เคยผ่านการอบรมทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ และ 3) อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล นักวิชาการที่เกี่ยวข้องในเรื่องทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพหรือด้านความปลอดภัยผู้ป่วย วิธีการดำเนินการวิจัยมี 3 ขั้นตอน คือ 1) สัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพระดับสูง 4 คน เกี่ยวกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2) นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จำนวน 23 คน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อ และ 3) นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัย พบว่า ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย มี 6 ด้าน 45 ข้อ โดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ (situation awareness) 12 ข้อ ทักษะการสื่อสาร (communication) 7 ข้อ ทักษะการทำงานเป็นทีม (teamwork) 6 ข้อ ทักษะการจัดการงาน (task management) 7 ข้อ ทักษะความเป็นผู้นำ (leadership) 6 ข้อ และทักษะการตัดสินใจ (decision making) 7 ข้อ

ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำทักษะที่ได้ไปเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารองค์กรวิชาชีพในการกำหนดนโยบายและหารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ, พยาบาลห้องผ่าตัด, ประเทศไทย

* พยาบาลระดับปฏิบัติการ ปริญญาโท สาขาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** master's degree/Faculty of Nursing Prince of Songkla University, fujiwarambh@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** Assistant Professor, Faculty of Nursing Prince of Songkla University

วันที่รับบทความ 14 มกราคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 9 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 12 มิถุนายน 2562

Abstract

The purpose of this research is to identify non-technical skills to improve patient safety for perioperative nurses in tertiary hospital using Delphi technique. Subjects included 27 experts from among nursing administrators in tertiary hospitals, registered nurses in operation room, doctors, nursing educators and academics. The Delphi technique consisted of 3 steps. Step 1: 4 highly experienced experts in non- technical skills were selected to describe non-technical skills for perioperative nurses in tertiary hospital. Step 2: data were analyzed and developed into a rating scales questionnaire. All items in the questionnaire were ranked by importance in non- technical skills by 23 experts. Step 3: data were analyzed using median and interquartile range which was then used to develop a new version of the questionnaire. The new questionnaire was sent to previous experts to confirm the previously ranked items. Data were analyzed again using median and interquartile range to summarize the study.

Results showed that non-technical skills to improve patient safety for perioperative nurses comprised 6 skills and 45 elements as follows: 1) situation awareness with 12 elements, 2) communication with 7 elements, 3) teamwork with 6 elements, 4) task management with 7 elements, 5) leadership with 6 elements, and 6) decision making with 7 elements.

Nurse administration can apply the components of non-technical skill to be a guideline to identify policy and platform for nursing human resource development in order to improve patient safety outcome.

Keywords: *Non-technical skills, Perioperative nurses, Thailand*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นผลลัพธ์สำคัญของระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลก กำหนดให้ทุกประเทศร่วมกันสร้างกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนา สร้างความตระหนักรู้ให้แก่บุคลากร เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย (World Health Organization [WHO], 2006) สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ประเด็นความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพของสถานพยาบาลทุกระดับ และทุกหน่วยงาน รวมถึงงานห้องผ่าตัด

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค.ศ.2008 มีรายงาน ความสูญเสียที่เกิดจากความผิดพลาดทางการรักษา

เป็นมูลค่า 17,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 0.72 ของ 2.39 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ที่สูญเสีย ด้านอื่นในระบบสาธารณสุข) (The Lancet, 2011) สำหรับในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2557 พบรายงานอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ที่ได้รับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 เพิ่มขึ้นมาก (Limpanyalert, 2015) สำหรับอุบัติการณ์จากการผ่าตัด มีการศึกษาของ Weiser et al., 2008 โดยเฉลี่ยแล้วทั่วโลกมีการผ่าตัดมากกว่า 234 ล้านครั้ง โดยมีรายงานภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดปี ละประมาณ 7 ล้านครั้ง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นก่อนและ หลังผ่าตัด เมื่อวิเคราะห์หาต้นตอของความคลาดเคลื่อน พบว่า สาเหตุสำคัญ คือ ความบกพร่องด้านทักษะ นอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (non - technical

skills) ไม่ตระหนักในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา (situation awareness) การตัดสินใจผิดพลาดมากกว่าสาเหตุจากเทคนิคการผ่าตัด (Edelstein, Stevenson, & Broad, 2005) ในระยะต่อมา มีรายงานการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตั้งแต่ปี 2010-2013 พบสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกิดจากการขาดทักษะนอกเหนือจากวิชาชีพ 34 ราย (คิดเป็น 46.6% ของการเสียชีวิตจากการผ่าตัด) และมีวิจัยที่รายงานการเสียชีวิตจากการขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกและข้อถึง 112 รายจากรายงานการศึกษา 2560 (Uramatsu et al., 2017) เช่น ความผิดพลาดในการสื่อสารในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด ตลอดจนการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ปฏิบัติงาน ในงานของวิสัญญีพบว่า อุบัติการณ์ที่รายงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความผิดพลาดของบุคคลากร (human error) มากถึงร้อยละ 80 (Kirk, 2007) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ผลที่เกิดขึ้นนอกจากจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลในด้านความไว้วางใจ ภาพลักษณ์ และค่าใช้จ่ายของประเทศโดยรวม (WHO, 2006)

จะเห็นได้ว่าทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากทักษะเชิงวิชาชีพหรือทักษะทางเทคนิค (clinical/non-technical skills) แล้ว ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ (non-technical skills) ก็มีความสำคัญไม่แตกต่างกัน ทักษะนี้เกิดจากการฝึกฝนและการสร้างสมประสบการณ์ แต่ละคนจะมีการแสดงออกไม่เท่ากัน สามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อมีมากขึ้นจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานการตระหนักรู้ในสถานการณ์ มีการเฝ้าระวัง ทำให้เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยเพิ่มขึ้น (McCulloch et al., 2009) การสื่อสารและ

การทำงานเป็นทีมที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพในการทำงานได้ (Gordon, Fell, Box, Farrell, & Stewart, 2014) ทักษะนี้จึงมีความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยควบคู่กับทักษะเชิงวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงาน (Kang, Massey, & Gillespie, 2014; Yule, Flin, Paterson-Brown, & Maran, 2006)

ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทย แตกต่างจากห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและปฐมภูมิ เนื่องจากให้บริการวินิจฉัยและผ่าตัดรักษาโรคที่มีความง่ายไปจนถึงซับซ้อน ทุกระบบของร่างกายทั้งในและนอกเวลาราชการ ดังนั้น จึงเป็นพื้นที่ที่มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแต่ละสาขามาทำงานร่วมกันจำนวนมาก ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาล นักเทคนิคผู้เชี่ยวชาญด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยี เป็นต้น เพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ผู้ปฏิบัติงานต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการสื่อสารประสานงาน การบริหารจัดการและการตัดสินใจร่วมกันจึงจะทำให้งานบรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตามดังที่กล่าวมาแล้ว ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยบริการที่พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ในระดับสูง (Weiser et al., 2008) สาเหตุสำคัญของความผิดพลาดส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บุคลากรขาดทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพมากกว่าการขาดทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะทางวิชาชีพ (Yule et al., 2006) ขาดความตระหนักรู้ในสถานการณ์นำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย รองลงมาคือขาดทักษะการสื่อสารระหว่างทีม ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพจึงเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดรวมทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด (Flin, 2013) อย่างไรก็ตาม บุคคลอาจแสดงออกแตกต่างกันขึ้นกับการพัฒนา ประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Kang et al., 2015) รวมทั้งความแตกต่างของบริบทและวัฒนธรรมแต่ละภูมิภาค (Evelyn, Brigid, & Debbie, 2014) ในต่างประเทศมีการศึกษาองค์ประกอบของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพอยู่บ้าง เช่น การศึกษาของประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าทักษะการสื่อสาร

ทักษะการทำงานเป็นทีม และทักษะการตระหนักรู้ มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในห้องผ่าตัด (Wauben, Doorn, Wijngaarden, & Goossens, 2011) ในรัฐควีนแลนด์ ประเทศออสเตรเลียพบความปลอดภัยในห้องผ่าตัดส่วนหนึ่งมาจากการที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีทักษะการสื่อสารที่ดี (Gillespie, Gwinner, Fairweather, & Chaboyer, 2013) เป็นต้น ในงานของวิสัญญีได้มีการกำหนดองค์ประกอบของทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพ ที่เรียกว่า ANTS (Anesthetists' Non-technical Skills) ในประเทศไทยผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเรื่องนี้ในพยาบาลห้องผ่าตัด จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทย เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพให้กับบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการศึกษาวิจัยในประเด็นนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย

แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดความปลอดภัยผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด (safe surgery) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายมาตรฐานความปลอดภัยผู้ป่วยของประเทศไทย (Patient Safety Goals: SIMPLE) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทงานห้องผ่าตัด ผู้วิจัยใช้แนวคิดในส่วนของ S (safe surgery and invasive procedure) คือ S1 : Safe surgery and invasive procedure การป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่งในห้องผ่าตัดตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) คือ มีการตรวจสอบเพื่อยืนยันผู้ป่วย ตำแหน่ง การผ่าตัด วัสดุอุปกรณ์เทียม การนับอุปกรณ์ที่เสี่ยงกับการตกค้างในผู้ป่วย ผ้าซัลโหลติด เข็ม ก่อนการเริ่มผ่าตัดและ

ก่อนการเย็บปิดแผลผ่าตัด การขอเวลานอก (time out) ในการตรวจสอบเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง (surgical checklist) โดยให้มีส่วนร่วมทั้งตัวผู้ป่วยและทีมผ่าตัด การดูแลความปลอดภัยในห้องผ่าตัดทั้งสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ การผ่าตัดตามมาตรฐานและการป้องกันแผลติดเชื้อจากการผ่าตัด (The healthcare accreditation institute Public organization, 2018)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นสอบถามผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มโดยใช้เทคนิคการบอกต่อ (snowball technique) จนได้จำนวนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 27 คน ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย พบว่า ระดับความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่ที่ 0.02 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 17 คนขึ้นไป ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ โดยทั้งสองกลุ่มเป็นผู้มีคุณสมบัติมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด และเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับว่ามีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์งานด้านเป็นด้านทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ จำนวน 4 คนเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกให้ได้มาซึ่งทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย และนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างแบบสอบถามในรอบต่อไป

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ จำนวน 23 คน ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิชาการทางการแพทย์/พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนี้ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติเพิ่มเติม คือ ต้องปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเนื่องจากต้องการได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเข้าใจในบริบทการทำงาน of โรงพยาบาลตติยภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกลักษณะคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 และ 2) แบบสอบถามปลายปิด ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญแต่ละทักษะ ตามกระบวนการวิจัยตามเดลฟายเทคนิค

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 คน ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระโดยมีการหาความตรงของเนื้อหาในรอบที่ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการทำงานในห้องผ่าตัด 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือ 1 คน

2. แบบสอบถามปลายปิด เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ 4 คน มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ภายหลังการนำผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาสกัดเป็นข้อคำถามในแบบสอบถามปลายปิด มีการหาความตรงของเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

2.2 การหาความตรงจากแบบสอบถามปลายปิด ด้วยลักษณะการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ที่รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้มีโอกาสในการปรับแก้ข้อมูลภาษาและตรวจสอบคำถามของตนเองทั้งสิ้น 2 รอบ ซึ่งหมายถึงได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงของแบบสอบถามปลายปิด ดำเนินการโดย

1. ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทุกชุดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสมของเครื่องมือก่อนนำไปเก็บรวบรวมจากผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัย

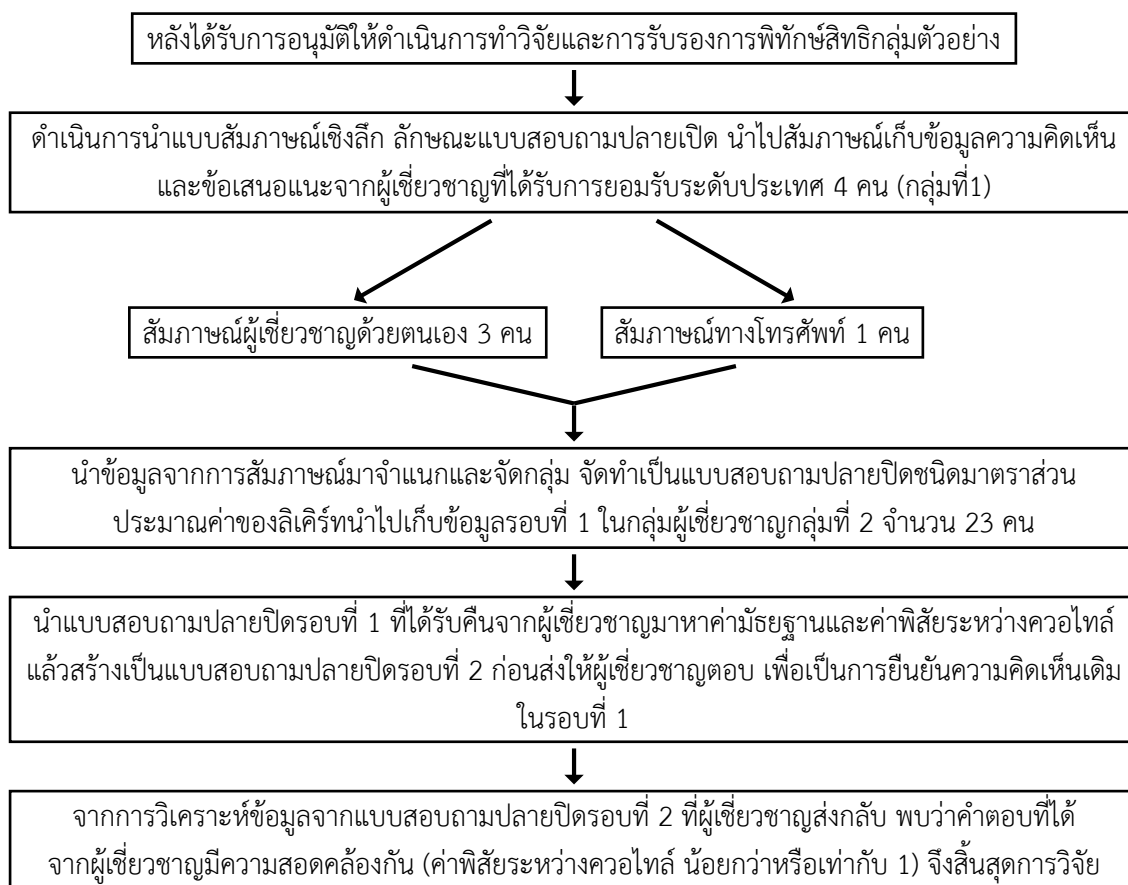
2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เกณฑ์คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม ที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษามากที่สุด และให้เวลาที่เพียงพอแก่ผู้เชี่ยวชาญในการแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามในรอบลักษณะการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค ที่รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มากกว่า 1 รอบขึ้นไป ทำให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นเดิมซ้ำ ซึ่งหมายถึงได้ตรวจสอบความเที่ยงพร้อมกับการตอบแบบสอบถาม (Poolpatarachewin, 2009) โดยยุติเมื่อมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไปและมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ไม่เกิน 1.00 ทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 จัดเตรียมโครงการวิจัย โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด กำหนดขั้นตอนการวิจัยและสร้างเครื่องมือวิจัย นำเอกสารข้อมูลโครงการวิจัยเสนอต่อศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณาการดำเนินการทำวิจัยและพิจารณารับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการ



2.1 เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัย และการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามโครงการวิจัยโดยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะแบบสอบถามปลายเปิดที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน แล้วนำไปสัมภาษณ์เก็บข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ 4 คน (กลุ่มที่ 1) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 1 สรุปการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง จำนวน 3 คน และใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 คน โดยได้รับอนุญาตให้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ และหลังจากสิ้นสุดวิจัยได้มีการทำลายไฟล์บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ทันทีที่ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน พ.ศ.2561 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2561 ใช้เวลาการสัมภาษณ์เฉลี่ยคนละ 55 นาที

2.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์มาจำแนกและจัดกลุ่ม จัดทำเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ตนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่ 2 รวมทั้งสิ้น 23 คน โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและเทคนิคการแนะนำแบบลูกโซ่จากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังจากได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว และขอความร่วมมือให้ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามและขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ ในกรณีที่เกินเวลาที่นัดหมาย 2.3 ในแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญจะลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยให้ความหมายตามระดับความคิดเห็น

กำหนดเป็นค่า 1-5 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2561 ถึง 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562

2.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 1 ที่ได้รับคืนจากผู้เชี่ยวชาญมาหาคำมีเหตุผลและคำพิสัยระหว่างควอไทล์ แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 2 ก่อนส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ เพื่อเป็นการยืนยันความคิดเห็นเดิมในรอบที่ 1 พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่ามีความคิดเห็นตรงหรือสอดคล้องกับตำแหน่งของคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นแสดงความคิดเห็นหรือไม่ หากไม่เห็นด้วยก็ให้แสดงเหตุผลเพิ่มเติม แต่ถ้าผู้สอบถามไม่แสดงเหตุผลก็จะถือว่าเห็นด้วยกับตำแหน่งของคำตอบดังกล่าว แล้วส่งคืนให้ผู้วิจัยภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2562

2.4 จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 2 ที่ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับพบว่าคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน (คำพิสัยระหว่างควอไทล์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1) จึงสิ้นสุดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิจารณาถึงความเสี่ยงด้านจริยธรรมในการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา

สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่ PSU IRB 2018 - Nst 035 และสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ REC. 62-014-19-6 และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตนเองทางโทรศัพท์ ชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการทำวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านทราบแนวทางการรักษาความลับของข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลที่เป็นไฟล์บันทึกเสียงสัมภาษณ์และแบบสอบถามจะทำลายทันทีเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จ

3. ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านทราบเกี่ยวกับวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมโดยไม่มีกระบวนการระบุตัวบุคคลหรือพาดพิงผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล

4. ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญทราบว่าก่อนเปิดเผยรายชื่อและข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญในรายงานวิจัย ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านก่อน หากไม่ได้รับการยินยอมจะปิดข้อมูลส่วนนี้เป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1	นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน มาตรวจสอบเนื้อหาและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวมทั้งสิ้น 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามย่อย 51 ข้อ
การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2	พบว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 คน มีความสอดคล้องกัน 37 ข้อ ($MD = 4-5$, $IR = 0-1$) และพบข้อรายการที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน 8 ข้อ ($MD = 4$, $IR = 2$) จึงได้มีการปรับข้อความใหม่ยังคงไว้ซึ่งความหมายเดิม และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันให้ลดจำนวนข้อย่อยในกรณีที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เหลือจำนวนข้อย่อยในแบบสอบถามรอบต่อไปทั้งสิ้น 45 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3	ผู้เชี่ยวชาญ 23 คน มีความคิดเห็นสอดคล้องกันระดับมากถึงมากที่สุด ($MD = 4-5$) และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ไม่เกิน 1.00 (Dobbins, 1999) ทุกข้อ ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัย

ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทย มีทั้งหมด 6 ด้าน รวม 45 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ (situation awareness) จำนวน 12 ข้อ ทักษะการสื่อสาร (communication) จำนวน 7 ข้อ ทักษะการทำงานเป็นทีม (teamwork) จำนวน 6 ข้อ ทักษะการจัดการงาน (task management) จำนวน 7 ข้อ ทักษะความเป็นผู้นำ (leadership) จำนวน 6 ข้อ และ ทักษะการตัดสินใจ (decision making) จำนวน 7 ข้อ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยการศึกษาพบว่าทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย ประกอบด้วย ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการจัดการงาน ภาพรวมทักษะดังกล่าวสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal safe surgery and invasive procedure (Health Care Accreditations Institute, 2018) ที่ได้นำเสนอกระบวนการทำงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ประเด็น Safe Surgery Invasive Procedure ที่ให้ความสำคัญกับการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับกับสปลินส์ (SPLINTS) ซึ่งทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัดของมหาวิทยาลัยแอร์เบอตัน ประเทศอังกฤษ ส่วนทักษะความเป็นผู้นำและทักษะการตัดสินใจสอดคล้องกับโนทซ์ (NOTSS) และแอนทซ์ (ANTS) ที่ประกอบด้วยประกอบไปด้วย 4 ส่วนหลัก ๆ คือ การทำงานเป็นทีม (team working) การบริหารจัดการงานที่สำคัญ (task management) การตระหนักถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

(situation awareness) และการตัดสินใจ (decision making) ที่เป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพของศัลยแพทย์และวิสัญญี ส่วนองค์ประกอบแต่ละด้านสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ เป็นทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าจำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยในพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศไทยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Flin (2013) ที่ระบุว่าทักษะการตระหนักรู้เป็นทักษะพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยผู้ป่วย องค์ประกอบย่อยที่สำคัญ 3 ลำดับแรกที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสำคัญ คือ ใส่ใจข้อมูลความต้องการของทีมผ่าตัดและผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการผ่าตัด และใส่ใจในการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยกับทีมผ่าตัด เป็นไปตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal Safe Surgery and Invasive Procedure ข้อ 5.1.1 เรื่อง surgical safety checklist (The Health Care Accreditations Institute, 2018) ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้ความสำคัญและตรวจสอบข้อมูลร่วมกับทีมผ่าตัดทุกครั้งในทุกกระยะของการผ่าตัด เป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวทางการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของสมาคมพยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (Association of Perioperative Registered Nurses [AORN], 2017) ส่วนองค์ประกอบย่อยลำดับถัดไป คือ การติดตาม/สังเกตขั้นตอนการผ่าตัดอย่างจริงจัง ข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Phurattanakornkul & Oumtane (2014) ที่อธิบายว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องติดตามการผ่าตัดอย่างจริงจัง เพื่อให้สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ทั้งนี้เนื่องจากการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อน

2. ทักษะการสื่อสาร ทักษะนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญรองจากทักษะการตระหนักรู้โดยส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่า การสื่อสารทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นสื่อกลางระหว่างบุคคล มีความจำเป็นในระบบการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของ Mills, Neily, & Dunn, (2008) และ Flin (2013) ที่แสดงให้เห็นว่าทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีม ศัลยแพทย์กับพยาบาลในห้องผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย การสื่อสารกับทีมผ่าตัดทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่งต่อข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงด้วยวาจาหรือสื่อผ่านช่องทางอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะราย การรับฟังข้อมูลย้อนกลับจากทีมผ่าตัดด้วยการแสดงออกที่เหมาะสม บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นครบถ้วนด้วยลายมือที่อ่านง่าย องค์ประกอบนี้สอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal 2018 (The Healthcare Accreditation Institute, 2018) ที่ระบุว่า การสื่อสาร การทำงานเป็นทีมที่คำนึงถึง Critical safety steps (Phurattanakornkul & Oumtane, 2014) การสื่อสารในการทำงานร่วมกันของทีมมีความสำคัญมากในระหว่างการผ่าตัด ช่วยป้องกันและลดความผิดพลาดที่อาจเกิดในขั้นตอนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย (Mill et al., 2008)

3. ทักษะการทำงานเป็นทีม กระบวนการผ่าตัดที่ถูกขับเคลื่อนด้วยทีมผ่าตัด ประกอบด้วย ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาล กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับบริบทของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยให้ความเห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากขาดการประสานงานร่วมกันในทีมผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ (Mills et al., (2008); Prati & Piertrantoni (2013); Flin, (2013)) ที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการประสานงานที่ดี ช่วยเหลือกันทั้งระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือกับพยาบาลรอบนอก และระหว่างพยาบาลกับทีมผ่าตัดและสอดคล้องตามทฤษฎีริสัน

(Reason, 2000) ที่อธิบายว่าความผิดพลาดในการปฏิบัติงานเกิดจากระบบป้องกันความผิดพลาดที่ไม่สมบูรณ์ การประสานงานร่วมระหว่างทีมที่ดีทำให้เกิดการปิดความไม่สมบูรณ์นั้น ความผิดพลาดจะไม่เกิดขึ้น เพราะการผ่าตัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ (Inter-Professional Practice) ทั้งในกระบวนการผ่าตัด กระบวนการระงับความรู้สึก รวมทั้งในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ทุกฝ่ายต้องรู้บทบาทของตนเองและสามารถช่วยเหลือในสถานการณ์ลักษณะนี้ ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ ความรู้ และทักษะ จะต้องสื่อสาร แลกเปลี่ยน ถ่ายทอดข้อมูลซึ่งกันและกันตามบทบาทวิชาชีพและร่วมกันตัดสินใจ เพื่อให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จและผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Sullivan, Kiovisky, Mason, Hill, & Dukes, 2015)

4. ทักษะการจัดการงาน ได้แก่ การมอบหมายงานตามหน้าที่และความเหมาะสม การแจ้งขอความช่วยเหลือกับผู้เกี่ยวข้องทันทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นในห้องผ่าตัด การเสนอตัวเพื่อช่วยเหลือการทำผ่าตัดนอกเวลากรณีมีปัญหาล่าช้ากำลัง รวมทั้งการจัดสรรแรงงานและอัตรากำลังให้สามารถปฏิบัติงานได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับประกาศของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (Thai Perioperative Nurses Association, 2011) ที่ระบุว่าผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลทุกคน ควรร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนและหาแนวทางปฏิบัติให้พยาบาลมีเวลาการทำงานที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ และการมีทักษะในการจัดการตนเองในการลดความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากการสภาวะด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการทำงานของพยาบาล (Heagsuwan, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2016) มีผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิด ความเครียดกับพยาบาล พบว่าภาระงานการบริหารงาน ในหน่วยงานสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน และสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Flin (2013)

ที่พบว่าพยาบาลต้องมีความสามารถในการวางแผน จัดการทั้งตนเอง การจัดการกับสภาวะกดดัน ความเครียด และการบริหารงานทั้งงานตามบทบาทหน้าที่ที่สิ่งแวดล้อม ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดทั้งมาตรฐานและความคุ้มค่าด้านทรัพยากรและกำลังคน

5. ทักษะความเป็นผู้นำในการผ่าตัดที่มีการทำงาน ร่วมกันเป็นทีม ผู้ร่วมทีมทุกคนจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำ กล้าแสดงความคิดเห็นและกล้าตัดสินใจที่สอดคล้องกับ สถานการณ์ในบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเอง โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ตั้งไว้ และ อำนวยความสะดวกในกระบวนการการปฏิบัติงานและการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อผลลัพธ์การให้บริการสุขภาพ ที่ดี (Gillespie et al., 2013) พยาบาลผ่าตัด ที่มีประสบการณ์การทำงานมากจะมีความชำนาญ ในการทำงาน ความราบรื่นและความคล่องตัวจะ มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย รวมทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีทักษะการเสนอ ทางเลือกที่จำเป็นกับทีมผ่าตัด/แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องอย่าง รวดเร็วเมื่อพบเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วยหรือคาดว่าจะเป็อันตรายต่อผู้ป่วย (Bogdanovic, Perry, Guggenheim, & Manser, 2015)

6. ทักษะการตัดสินใจ ประกอบด้วย การตัดสินใจ ขอความช่วยเหลือทันทีเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่นอกเหนือ บทบาทวิชาชีพ ทักษะการขอเปลี่ยนเครื่องมือทันที เมื่อรู้สึกว่ามีปัญหาการปนเปื้อนเชื้อ ผลวิจัยที่ได้สอดคล้องกับ แนวทางปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดของสมาคม พยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (AORN, 2017) เนื่องจาก พยาบาลห้องผ่าตัดต้องตัดสินใจในการจัดการความ ขัดแย้ง การบริหารทรัพยากรและการควบคุมคุณภาพ การผ่าตัด รวมทั้งการตัดสินใจที่จะยืนยันในการกิจ ต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดสมรรถนะพยาบาลห้อง ผ่าตัดของประเทศไทย (Thai Perioperative Nurses Association, 2011) การมีทักษะการตัดสินใจที่ดี เกิดจาก กระบวนการคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรองที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีทักษะการตัดสินใจ

ที่รวดเร็วทั้งในสถานการณ์ที่ปกติหรือในสถานการณ์ ฉุกเฉิน บนพื้นฐานของความรู้และประสบการณ์ใน วิชาชีพพยาบาล เพื่อยืนยันความคิดของตนเองหรือให้ ข้อมูลที่ร่วมผ่าตัด กรณีที่อาจละเอียด หรือกระทำ บางอย่างที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (Gillespie et al., 2013)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการบริหารและการพัฒนาวิชาชีพ: ผู้บริหาร ทางพยาบาลสามารถนำทักษะที่ได้ไปเป็นแนวทาง สำหรับผู้บริหารองค์วิชาชีพในการกำหนดนโยบาย และหารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้อง ผ่าตัดให้มีทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพเพื่อ ความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ด้านการวิจัย ทักษะและองค์ประกอบของทักษะ ที่ศึกษารึ้นนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สามารถนำไปต่อยอดวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) โดยใช้สถิติขั้นสูงต่อไป และสามารถนำไป พัฒนาเป็นเครื่องมือวัดทักษะนอกเหนือวิชาชีพได้

กิตติกรรมประกาศ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมูลนิธิ พระบรมราชานุสรณ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้า เจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณีที่สนับสนุน ทุนในการศึกษาค้นคว้าวิจัย

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 27 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลา ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะ และความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Association of Perioperative Registered Nurses [AORN]. (2017). *Guideline for perioperative practice 2017 edition*. Denver: AORN
- Bogdanovic, J., Perry, J., Guggenheim, M., & Manser, T. (2015). Adaptive coordination in surgical teams: An interview study. *BMC Health Service Research*, 15, 128.
- Edelstein, S., Stevenson, J. M., & Broad, K. (2005). Teaching professionalism during anesthesiology training. *Journal of Clinical Anesthesia*, 17(5), 392-8
- Evelyn, M., Brigid, M. G., & Debbie, M. (2014). *What are the non-technical skills used by scrub nurses?*, Griffith University, Australia: ACORN.
- Flin, R. (2013). Non-technical skills for anaesthetists, surgeons and scrub practitioners. *The health foundation*, 1-9.
- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Fairweather, N., & Chaboyer, W. (2013). Building shared situational awareness in surgery through distributed dialog. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 109-118.
- Gordon, M., Fell, C. W., Box, H., Farrell, M., & Stewart, A. (2017). Learning health 'safety' within non-technical skills interprofessional simulation education: A qualitative study. *Medical Education Online*, 22(1), 1272838. doi: 10.1080/10872981.2017.1272838.
- Heagsuwan, R., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2016). Work ability and health status among registered nurse in University Hospital. *Nursing Journal*, 43, 116-128. (In Thai)
- Kang, E., Massey, D., & Gillespie, B. M. (2015). Factors that influence the non-technical skills performance of scrub nurses: A prospective study. *Advance Nursing*, 71(12), 2846-57. doi:10.1111/jan.12743
- Kirk, L. M. (2007). Professionalism in medicine: Definitions and considerations for teaching (Proceedings). *PubMed*, 20(1):13-6.
- Lancet, T. (2011). Medical errors in the USA: Human or systemic?. *The Lancet*, 377, 1289.
- Limpanyalert, P. (2015). *Engagement for patient safety*. Retrived January 14, 2018, from http://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdftitle/Tue24545uFpjMOP.pdf
- McCulloch, P., Mishra, A., Handa, A., Dale, T., Hirst, G., & Catchpole, K. (2009). The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Quality and Safety in Health Care*, 18(2), 109-115.
- Mills, P., Neily, J., & Dunn, E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: Implication for patient safety. *Journal of the American College of Surgeons*, 206(1), 107-112.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2013). Attitude to teamwork and safety among Italian Surgeons and operating room nurses. *A Journal of Prevention Assessment and Rehabilitation*, 49(4), 669-677. doi:10.3233/WOR-131702

- Phurattanakornkul, P., & Oumtanee, A. (2014). Experiences of being a perioperative nurse working in tertiary government hospital. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(1), 114-128. (In Thai)
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, (320), 768-770.
- Sullivan, M., Kiovsky, R. D., Mason, D. J., Hill, C. D., & Dukes, C. (2015). Interprofessional collaboration and education. *American Journal of Nursing*, 115(3), 47-54.
- Thai Perioperative Nurses Association. (2011). *Competency of perioperative nurses*. Bangkok: TPNA. (In Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2018). *Healthcare standard (4th ed.)*. Bangkok: D-one. (In Thai)
- Uramatsu, M., Fujisawa, Y., Mizuno, S., Souma, T., Komatsubra, A., & Miki, T., (2017). Do failure in non-technical skills contribute to fatal medical accidents in japan? A review of the 2010-2013 national accident reports. *British Medical Journal*, 7(2), 1-7.
- Wauben, L. S. G. L., Doorn, C. D., Wijngaarden, J. V., & Goossens, R. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 159-166.
- Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A .B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data. *The Lancet*, 372(9633), 139-144.
- World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. Geneva: World Health Organization.
- Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., Maran, N., & Rowley, D. (2006). Development of a rating system for surgeons' non-technical skills. *Medical Education*, 40(11), 1098-1104.
- Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., & Maran, N. (2006). Non-technical skills for surgeons in the operating room: A review of the literature. *Surgery*, 139(2), 140-149.

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง

Predicting Factors of Self-Management Among Persons with Chronic Back Pain

รู่จาดhorn	อินทรตุล *	Rujadhorn	Indratula *
วันชัย	เลิศวัฒนวิลาส **	Wanchai	Lertwatthanawilat **
เบญญาภา	พรมพุก ***	Benyapa	Promphuk ***
อภิชาติ	ภาคโฮสธ *	Apichat	Kardosod *
วิไลลักษณ์	วงศ์เจริญ ****	Wilailak	Wongcharoen ****

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุซึ่งจะมีผลต่อร่างกาย อารมณ์ เศรษฐฐานะ ตลอดจนคุณภาพชีวิต ดังนั้นการจัดการตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในบุคคลกลุ่มนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง โดยศึกษาอำนาจการทำนายของ การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ จำเพาะเจาะจง จำนวน 400 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการจัดการตนเอง 3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง และ 5) แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้ง 4 ชุด โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .81, .92, .80 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62 มีการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean= 72.72, SD = 9.9) โดยการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งอายุ เพศหญิง และระยะเวลาของการปวดหลัง สามารถร่วมทำนายการจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังได้ร้อยละ 35.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการให้ความสำคัญกับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพ และควรมีการจัดทำโปรแกรมและสื่อเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมศักยภาพการจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย การจัดการตนเอง ปวดหลังเรื้อรัง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, rujadhorn.i@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช สถาบันบรมราชชนก

***** Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Praboromarajchanok Institute

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

***** Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤศจิกายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 8 ธันวาคม 2563

Abstract

Chronic back pain is an important health problem in adult and older adult which severely affect patient's physical, emotional, economic, and also their quality of life. Therefore, self-management is very important among these people. This study aimed to determine predictive factors of social support, self-efficacy, and health literacy on self-management among persons with chronic back pain. Four hundred persons with chronic back pain were purposively selected from the orthopedic outpatient department, the university hospital in the northern part of Thailand. Data were collected by four assessment tools, which consisted of five parts: 1) demographic data form, 2) Self-Management Scale 3) Social Support scale 4) Self-Efficacy for Chronic Back Pain Management Scale and 5) Health literacy Scale. Reliability of Social Support Scale yielded Cronbach's Alpha coefficient of .81, .92, .80, .80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

The results revealed that 62 percent of samples had a self-management scores at a high level (Mean= 72.72, SD = 9.90). The social support, health literacy, age, male gender, and duration of chronic back pain can explain the self-management among persons with chronic back pain for 35.6% ($p < .001$). The results indicated that nurses can use these significant factors to enhance self-management among persons with chronic back pain. Development of a program and media to improve health literacy based on these significant factors to improve self-management among persons with chronic back pain are suggested.

Keywords: *Predicting factors, Self-Management, Chronic Back Pain*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังเรื้อรัง (chronic back pain) เป็นปัญหาสำคัญในลำดับต้นของประเทศในวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุของประเทศไทย (Strategy and Planning Division, 2020) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือพบว่า มีผู้ป่วยที่มาารับการรักษาด้วยอาการปวดหลังเรื้อรังในปี 2560-2562 จำนวน 4,200 คน 4,859 คน และ 5,482 คน (Medical Records and Statistics Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2020) ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้น และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับอาการปวดหลัง

เรื้อรังนี้ได้อย่างใกล้เคียงภาวะปกติที่สุด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อาการปวดหลังเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีอาการปวดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอ ส่วนอก และส่วนเอว ที่มีระยะเวลายาวนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป (American College of Physicians, 2017; Institute of Health Economics, 2015) ภาวะนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความพิการซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและอาจส่งผลให้เกิดความพิการถาวรได้ นอกจากนี้อาการปวดหลังเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์ (Moore & Tollison, 2014) ทำให้เกิดภาวะทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการใช้ยาที่ราคาค่อนข้างสูง ค่ารักษา การผ่าตัด การเดินทางเพื่อมาการรักษา การต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ตลอดจนจากการหยุดจากการทำงานประจำ ทั้งนี้การรักษาส่วนใหญ่

มุ่งเน้นที่การบรรเทาปวด การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการปวดหลัง เช่น อาการปวดหลังและอาการปวดร้าวลงขาซ้าย และอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (American College of Physicians, 2017; Institute of Health Economics, 2015) นอกจากนี้ การได้รับยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่องยังอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งทำให้ต้องได้รับการรักษาต่อ เช่น เลือดออกในทางเดินอาหารหรือกระเพาะอาหารทะลุ ความดันโลหิตสูง ไตวาย และกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น (Harirforoosh, Asghar, & Jamali, 2013) ด้วยเหตุนี้ ผู้ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังจึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิตที่มีสุขภาวะ ดังนั้นการสร้างเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การจัดการตนเองตามแนวคิดของของ Lorig & Holman (2003) เป็นการเรียนรู้และการปฏิบัติทักษะที่จำเป็นเพื่อที่จะจัดการกับปัญหาในผู้ที่มีโรคเรื้อรังเพื่อที่จะมีชีวิตที่มีได้อย่างใกล้เคียงปกติ โดยมีการจัดการตนเองมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับอาการของตนเองในชีวิตประจำวันในภาวะที่มีโรคเรื้อรัง และไม่แยกจากการรักษาทางการแพทย์เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะได้ โดยการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการกับบทบาทหน้าที่ (role management) 2) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (emotional management) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองพบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (Kawi, 2014; Prompuk, Lertwatthanawilat, Wonghongkul, Sucamvang, & Bunmaprasert, 2018) และภาวะหรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020; Li, Jiang, & Lin, 2013; Sritarapipat, Pothiban, Panuthai, Lumlertgul & Nanasilp, 2012). โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองได้แก่การสนับสนุน

ทางสังคม สมรรถนะแห่งตน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนำไปสู่การจัดการตนเองได้ (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกโดยตรงกับการจัดการตนเอง (Prompuk et al., 2018; Sritarapipat et al., 2012) การสนับสนุนทางสังคมแนวคิดของ Houses (1981) สนับสนุนว่าหากผู้ทีปวดหลังเรื้อรังได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร จะทำให้มีจัดการกับปัญหาและสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ทำงานบ้าน ทำงานต่าง ๆ และใช้ชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

นอกจากนี้แล้ว การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ และผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่าสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการจัดการตนเอง (Boonprasit, Somanusorn, & Sumngern, 2017; Prompuk et al., 2018; Sritarapipat et al., 2012) ดังนั้นหากอธิบายเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) นั้นจะพบว่า หากบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำบางอย่างให้ประสบความสำเร็จ จะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจึงน่าจะมีความเชื่อมั่นในการที่จะดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ไปสู่เป้าหมายในการจัดการตนเองด้วย

จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบอีกว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Noppakraw et al., 2020; Li, Jiang, & Lin, 2013; Sritarapipat et al., 2012) และ มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าหากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำมักมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการตนเองได้ต่ำด้วยเช่นเดียวกัน (Geboers, de

Winter, Spoorenberg, Wynia, & Reijneveld, 2016) จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่จำเป็นในการควบคุมภาวะสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถเฉพาะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท จึงจะการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนปฏิบัติพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง โดย Nutbeam (2000) ได้แบ่งความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์หรือการติดต่อสื่อสาร และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจรรณญาณ จะเห็นได้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงจะมีการเปลี่ยนแปลงความคิดและมีแรงจูงใจที่จะพาตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ด้วยเหตุนี้หากผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจึงน่าจะมีการจัดการตนเองที่ดีด้วย

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และระยะเวลาความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเอง โดยจากการศึกษาของ Lee et al. (2010) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า อายุ และเพศ มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง โดยอายุเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ รวมถึง ประสบการณ์ต่าง ๆ ในการจัดการตนเอง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคล อายุที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองที่ต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มากกว่าสามารถปรับตัวให้เข้ากับโรค ควบคุมไปกับวิถีชีวิตได้ และมีแนวโน้มการดูแลตนเองที่ดีกว่า สำหรับเพศพบว่าเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านความต้องการหรือปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ซึ่งเพศที่ต่างกันมีผลต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่ต่างกัน โดยการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าเพศชาย สำหรับระยะเวลาความเจ็บป่วยจากการศึกษาของ Ardkhithkarn,

Pothiban, & Lasuka (2013) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายพบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยที่ยาวนานจะมีทักษะในการจัดการตนเองได้นั่นเอง

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจน อายุ เพศ และระยะเวลาความเจ็บป่วย (หรือระยะเวลาของการปวดหลัง) มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยเชิงทำนายสำหรับผู้ปวดหลังเรื้อรัง ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ปวดหลังเรื้อรังมีการจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ทีมผู้วิจัยจึงศึกษาถึงปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ปวดหลังเรื้อรัง เพื่อให้พยาบาลตลอดจนบุคลากรทางสุขภาพมีข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ปวดหลังเรื้อรังให้มีการจัดการตนเองที่ดีและลดผลกระทบอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการปวดหลังเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในผู้ปวดหลังเรื้อรัง
- 2) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจน อายุ เพศ และระยะเวลาของการปวดหลังต่อการจัดการตนเองในผู้ปวดหลังเรื้อรัง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การจัดการตนเองตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการกับบทบาทหน้าที่ 2) การจัดการทางการแพทย์ และ 3) การจัดการกับอารมณ์ การจัดการตนเองทั้ง 3 ด้านจะมีประสิทธิภาพได้ ผู้ปวดหลังเรื้อรังจำเป็นต้องมีการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้าน

ทรัพยากร เพื่อให้ผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม การทำงาน การทำงานบ้านได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นหากผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้มีการจัดการตนเองที่ดีด้วย ในทำนองเดียวกัน หากผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังมีสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ในระดับที่สูงจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกล่าวคือมีการจัดการตนเองได้ดีด้วย นอกจากนี้หากผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นความสามารถในการเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถนำข้อมูลไปใช้ติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่น รู้จักคิดสรรหาข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เพื่อควบคุมการดำเนินโรคและมีชีวิตให้ใกล้เคียงกับปกติตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่แบ่งความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสาร และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจรรณญาณ ดังนั้นหากผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงจะทำให้มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ เพศ และระยะเวลาของการปวดหลังเรื้อรัง อาจมีผลต่อการจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังได้ด้วยเช่นเดียวกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ชนิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนาย (predictive study) การจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการตรวจที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการตรวจที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนกันยายนถึงตุลาคม 2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัยตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีการปวดหลัง ที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไป
2. แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการปวดหลังเรื้อรัง
3. เป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
4. มีสติสัมปชัญญะ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

โดยใช้ตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) จากสถิติที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีประมาณ 5,000 คนต่อปี (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2563) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวนทั้งสิ้น 357 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณ ร้อยละ 10 เพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจขาดหายหรือไม่สมบูรณ์ ทีมผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 400 คน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งหมด 2 ส่วน ส่วนแรกประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ลักษณะอาการปวด ประวัติการสูบบุหรี่ สิทธิในการรักษา และส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ สาเหตุของอาการปวดหลัง น้ำหนักตัว ความสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความปวด และยาที่ใช้ในการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการตนเอง ดัดแปลงจากแบบวัดการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังด้วยตนเองของ Prompuk et al. (2018) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการกับบทบาทหน้าที่

2)การจัดการทางการแพทย์และ 3)การจัดการกับอารมณ์ มีจำนวนข้อทั้งหมด 16 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 6 ตัวเลือกเกิรต์ คะแนนจาก 1 คือ ไม่ปฏิบัติเลย ถึง 6 คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ มีคะแนนระหว่าง 16 ถึง 96 แล้วนำมาแบ่งเป็นระดับการจัดการตนเอง 3 ระดับ คือ ต่ำ (16-43), ปานกลาง (44-70), และสูง (71-96) โดยการแบ่งระดับนำมาใช้สำหรับการอธิบายผล แต่ผู้วิจัยใช้คะแนนที่ได้สำหรับการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Lortrakul (2000) โดยแบบประเมินประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านการประเมินค่า 5 ข้อ และด้านทรัพยากร 5 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 คือ ไม่เป็นจริง ถึง 4 คือ เป็นจริงมากที่สุด มีคะแนนระหว่าง 20-80 คะแนน แล้วนำมาแบ่งเป็นระดับ ระดับ คือ ต่ำ (20-39), ปานกลาง (40-59), และสูง (60-80) โดยการแบ่งระดับ นำมาใช้สำหรับการอธิบายผล แต่ผู้วิจัยใช้คะแนนที่ได้ สำหรับการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับ อาการปวดหลังเรื้อรัง ดัดแปลงจากแบบวัดสมรรถนะ แห่งตนสำหรับการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ของ Prompuk et al. (2018) เป็นการวัดความมั่นใจ ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง โดยแบบสอบถามมี 6 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 1 คือ ไม่มีความมั่นใจเลย ถึง 10 คือ มีความมั่นใจมากที่สุด มีคะแนนระหว่าง 6-60 แล้วนำมาแบ่งเป็นระดับสมรรถนะ แห่งตน 3 ระดับ คือ ต่ำ (6-23), ปานกลาง (24-41), และสูง (42-60) โดยการแบ่งระดับนำมาใช้สำหรับการ อธิบายผล แต่ผู้วิจัยใช้คะแนนที่ได้สำหรับการนำไป วิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ วัดโดยใช้แบบประเมินของ Ishikawa, Takeuchi, & Yano (2008) ซึ่งใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) แล้วนำมาผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับโดย Manee-sriwongkul (2013) แบบสอบถามเป็นแบบลิเกิรต์

จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 คือ ไม่เคย ถึง 4 คือ ทุกครั้ง มีคะแนนระหว่าง 14-56 คะแนน หากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสูงหมายถึงมีความรอบรู้ทาง สุขภาพสูง ซึ่งผู้วิจัยจะนำเครื่องมือดังกล่าวมาเติมคำว่า มืออาการปวดหลังเรื้อรังใส่เข้าไปแทนชื่อโรค

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือในส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 5 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว และเป็นค่าที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยเพียงเปลี่ยนคำที่ใช้จาก คำว่าปวดหลังส่วนล่างเป็นสำหรับปวดหลังเรื้อรังใน เครื่องมือส่วนที่ 2 ส่วนที่ 4 และในส่วนที่ 5 ผู้วิจัยได้เติม ชื่อโรคปวดหลังเรื้อรังเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมิน ทั้ง 4 ส่วน คือแบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมิน สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับอาการปวดหลังเรื้อรัง และ แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพไปทดสอบหาความ เชื่อมั่นของเครื่องมือผู้วิจัยกับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยค่าความเชื่อมั่น ที่ยอมรับได้ คือ 0.80 (Polit & Beck, 2016) โดยเครื่องมือแต่ละส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 5 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81, .0.92, .0.80, 0.80 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ ของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ห้องตรวจ กระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โดยปฏิบัติตามระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยคณะแพทยศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็น พยาบาลจากหน่วยงานที่ไม่ใช่หน่วยให้บริการผู้ป่วย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงระเบียบและขั้นตอนของการวิจัยให้ กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัย

ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลที่ห้องตรวจเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือยินยอมก่อนการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินระหว่างที่รอเข้าพบแพทย์ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีในห้องที่เงียบและเป็นส่วนตัว โดยระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคอยดูแลดับของการตรวจให้กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมอบของที่ระลึกรวมทั้งแผ่นพับความรู้การปฏิบัติตัวในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 095/2020 และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 342/63COA095/63 จากนั้นผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงเริ่มรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย แบบแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูลวิเคราะห์คะแนนการจัดการตนเอง ด้วยการหาพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละ

ทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนการจัดการตนเอง คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม คะแนนสมรรถนะแห่งตน และคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งอายุ เพศ ระยะเวลาของการปวดหลัง ด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์หิอทธิพลในการทำนายการจัดการตนเอง ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับอาการปวดหลังเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ เพศ และระยะเวลาของการปวดหลัง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสถิติแล้วพบว่า การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับอาการปวดหลังเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ เพศ และระยะเวลาของการปวดหลัง ไม่มีความสัมพันธ์กันและไม่พบ multicollinearity ของตัวแปรดังกล่าว จากนั้นประมาณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยได้ค่า $B = .468$ ซึ่งเป็นค่าที่เหมาะสมแล้วตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วยการทดสอบ - 2 Log likelihood และการทดสอบ Hosmer and Lemeshow พบว่า โมเดลมีความเหมาะสม จึงนำไปทดสอบอำนาจการทำนายต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ร้อยละ 74.80 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 24-77 ปี (อายุเฉลี่ย 56.80 ปี, S.D.=10.70) ร้อยละ 40.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่มากกว่า 60 ปีขึ้นไป และร้อยละ 71.30 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 43.80 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และใน 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีอาชีพ/ไม่ได้ทำงานแล้ว โดยการวินิจฉัยโรค 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม โดยร้อยละ 72.80

มีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังระดับเอว และร้อยละ 50.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังอยู่ในช่วง 3 เดือน - 20 ปี (ฐานนิยม 3 เดือน) คะแนนความปวดอยู่ในช่วง 2- 10

(คะแนนความปวดเฉลี่ย 6.08, S.D. = 1.90)

2. การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.50 อยู่ในระดับสูง (พิสัย 53-90, Mean= 72.72, SD=9.90) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับการจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง (n = 400 คน)

ระดับการจัดการตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
สูง	246	61.50
ปานกลาง	154	38.50
ต่ำ	0	0

2. การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งอายุ เพศหญิง และระยะเวลาของการปวดหลัง สามารถร่วมทำนายการจัดการตนเอง

ในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังได้ร้อยละ 35.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อทำนายการจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง (n=400)

ตัวแปร	B	SE	Wald	Df	p-value	Exp(B)
การสนับสนุนทางสังคม	.138	.017	64.712	1	.000	1.14
สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับอาการปวดหลังเรื้อรัง	-.019	.026	.537	1	.463	.98
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.065	.032	4.171	1	.041	1.06
อายุ	.037	.017	4.605	1	.032	1.04
เพศหญิง	-1.079	.325	11.002	1	.001	.340
ระยะเวลาของการปวดหลัง	.026	.004	34.176	1	.000	1.03
คะแนนความปวด	.009	.075	.014	1	.907	1.00
Constant	-12.812	2.158	35.237	1	.000	.00

$$Rcs^2 = .356 \quad RN^2 = .483$$

หมายเหตุ Rcs^2 หมายถึง ร้อยละการทำนายตามสูตรของ Cox & Snell

RN^2 หมายถึง ร้อยละการทำนายตามสูตรของ Nagelkerke

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ ระยะเวลาของการปวดหลังมาก มีการจัดการตนเองได้ดีกว่า 1.14, 1.06, 1.04, และ 1.03 ตามลำดับ

เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีปัจจัยเหล่านี้ต่ำกว่า ($p < .05$) ในผู้ป่วยเพศหญิงมีการจัดการตนเองได้ 0.34 เท่าเทียบกับเพศชาย หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่ง เพศชายมีการจัดการตนเองได้สูงกว่า 2.94 เท่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง

($p < .05$) ปัจจัยที่มีผลอย่างนัยสำคัญดังกล่าว ส่งผลต่อการจัดการตนเองร้อยละ 35.60 และ 48.30 ตามลำดับตามสูตรของ Cox & Snell หรือ Nagelkerke ตามลำดับ ในขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับอาการปวดหลังเรื้อรัง หรือคะแนนความปวด ไม่มีผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ปวดหลังเรื้อรัง

การอภิปรายผล

1. การจัดการตนเองอยู่ในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรัง ในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบ 2 ใน 3 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในด้านอายุจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.75 เป็นวัยกลางคน หรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่สภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยา เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ดี มีสติปัญญาดีสามารถสร้างประโยชน์ให้แก่ครอบครัว และสังคมได้เป็นอย่างมาก (Jandeekaewsakul, Watthayu & Suwonnaroop, 2018) โดยปกติผู้ที่อยู่ในวัยนี้จะมีความสามารถและทักษะเฉพาะในการเข้าถึงข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและมีแรงจูงใจใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วย จึงจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean = 44.32, SD = 4.6) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีร้อยละ 45.2 มีระยะเวลาปวดหลังเรื้อรังมากกว่า 1 ปี สูงสุด 20 ปี ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ยาวนานอาจสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการปวดหลังเรื้อรังอยู่ในระดับสูงได้ และยังอาจมีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับอาการปวดหลังเรื้อรังอยู่ในระดับสูงได้เช่นเดียวกัน

2. การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งอายุ เพศหญิง และระยะเวลาของการปวดหลัง สามารถร่วมทำนายการจัดการตนเองในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังได้ร้อยละ 35.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นั้นหมายความว่าถ้าผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น และมีระดับ

ความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูง มีอายุมากขึ้น เป็นเพศชาย และมีระยะเวลาของการปวดหลังนาน จะทำให้ผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่สูงขึ้น

ทั้งนี้ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมอาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.3) มีสถานภาพสมรสคู่ จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว คู่สมรส บุตร บางส่วนเป็นครอบครัวขยาย นอกจากนี้สภาพสังคมที่อยู่อาศัยมีญาติพี่น้องที่อยู่ใกล้เคียงบ้าน มีผู้คอยช่วยเหลือให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจ เอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการรักษาที่ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก โดยร้อยละ 88 กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการเบิกตรงและประกันสังคม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม หันมาดูแลตนเอง และทำให้สามารถจัดการอาการปวดหลังเรื้อรังของตนเองให้ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่ว่าหากบุคคลได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินค่า ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากรที่ดี บุคคลจะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันในบ้าน การทำงาน ตลอดจนในสังคมได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นหากผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจึงทำให้มีการจัดการตนเองที่ดีด้วย ในทำนองเดียวกันจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกโดยตรงกับการจัดการตนเอง (Prompuk et al., 2018) และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Boonprasit et al., (2017) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงจะทำให้มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งความรอบรู้ทางด้าน

สุขภาพนั้นเกิดจากการมีทักษะในการเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์ ประเมินการจัดการตนเอง นำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ย่อมทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ หรือมีพฤติกรรม การจัดการตนเองที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jandeeakaewsakul et al. (2018) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 23.20 ($R^2 = .232, F = 12.259, p = .000$)

จากการศึกษานี้พบว่าสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับ อาการปวดหลังเรื้อรังไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังได้นั้น ทั้งที่ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสมรรถนะแห่งตนสามารถ อธิบายการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้และเป็นปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ด้านบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อ พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เรื้อรัง (Prompuk et al., 2018) แต่ผลการศึกษาใน ครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาของการปวดหลังเรื้อรังอยู่ในช่วงค่อนข้างกว้าง กล่าวคือ 3 เดือน - 20 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.8 มีระยะเวลาปวดหลังอยู่ในช่วง 3 เดือนถึง 1 ปี จึงอาจมี ผลทำให้มีประสบการณ์ในการเรียนรู้กับการจัดการอาการ ปวดหลังที่ค่อนข้างน้อย ทำให้มีการรับรู้ถึงความสามารถ ของตนเองและมีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยัง ไม่มากเพียงพอที่จะทำให้มีความมั่นใจในการจัดการ กับอาการปวดหลังเรื้อรังของตนเอง อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Lee et al. (2010) ที่ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มของ อเมริกันเชื้อสายเกาหลี พบว่าสมรรถนะแห่งตนไม่ได้เป็น ตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งอาจนำมาใช้อธิบายในการศึกษาครั้งนี้ได้

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล กล่าวคือ อายุที่ เพิ่มขึ้นมีผลทำให้มีการจัดการตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2010) ที่ศึกษา

การจัดการตนเองในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง โดยอายุเป็นปัจจัย ที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ รวมถึง ประสบการณ์ต่าง ๆ ในการจัดการตนเอง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดความสามารถในการจัดการตนเอง ของบุคคล อายุที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์มากกว่าสามารถปรับตัวให้เข้ากับ โรคความดันโลหิตสูงได้ และมีแนวโน้มการดูแลตนเอง ที่ดีกว่า ในส่วนของเพศสามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่ปวดหลัง เรื้อรังเพศหญิงจะมีการจัดการตนเองได้ดีน้อยกว่าเพศ ชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่มี ระยะเวลาของการปวดหลังเรื้อรังอยู่ในช่วงค่อนข้าง กว้าง กล่าวคือ 3 เดือน - 20 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง มีระยะเวลาปวดหลังอยู่ในช่วง 3 เดือนถึง 1 ปี จึงอาจ มีผลทำให้มีประสบการณ์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับการ จัดการอาการปวดหลังที่ค่อนข้างน้อย ในการศึกษา ครั้งนี้พบว่าเพศชายมีการจัดการตนเองได้ดีกว่าเพศ หญิงอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากเหตุผลทาง สรีรศาสตร์ ดังที่ Sung et al. (2017) ได้มีการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในเพศชาย และเพศหญิงมีความต่างกัน เนื่องจาก ความสมดุลของ การยืนและการเดินของเพศชายกับเพศหญิงมีความ ต่างกัน โดยจากการศึกษาดังกล่าวพบว่า เพศชายมี ความสมดุลของการยืนและการเดินดีกว่าเพศหญิง ส่งผลให้การรับน้ำหนักและการควบคุมการมีกิจกรรม ต่าง ๆ ของร่างกายแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งส่งผลให้การ จัดการตนเองแตกต่างกันไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวส่งผล ให้เพศชายจัดการตนเองได้ดีกว่าเพศหญิง ซึ่งผลการ ศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ Lee et al. (2010) ที่พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแล ตนเองสูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้เมื่อกล่าวถึงระยะเวลา ของการปวดหลังในการศึกษานี้พบว่าหากผู้ที่ปวดหลัง เรื้อรังมีระยะเวลาความปวดที่มากขึ้นจะมีการจัดการ ตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ardthitkarn, Pothiban, & Lasuka (2013) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็น

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายพบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยที่ยาวนานจะมีทักษะในการจัดการตนเองได้ดีขึ้นนั่นเอง

สำหรับการศึกษานี้ที่พบว่าสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับอาการปวดหลังเรื้อรังไม่สามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ปวดหลังเรื้อรังได้นั้น ทั้งที่การศึกษาที่ผ่านมาของ Prompuk et al. (2018) พบว่าสมรรถนะแห่งตนสามารถอธิบายการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาของการปวดหลังเรื้อรังอยู่ในช่วงค่อนข้างกว้าง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีระยะเวลาปวดหลังอยู่ในช่วง 3 เดือนถึง 1 ปี ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวอาจยังไม่มากพอที่จะทำให้มีประสบการณ์ในการเรียนรู้กับการจัดการอาการปวดหลัง จึงทำให้มีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังไม่มากเพียงพอที่จะทำให้มีความมั่นใจในการจัดการกับอาการปวดหลังเรื้อรังของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการประเมินและส่งเสริมแหล่งการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง นอกจากนี้ควรมีการประเมินและส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของผู้ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาในหัตถ์ตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อกำหนดแนวทางวางแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระดับอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ปวดหลังเรื้อรัง โดยเน้นองค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ทางสุขภาพ อายุ เพศ ตลอดจนระยะเวลาของการปวดหลังเรื้อรัง เข้ามาเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดทำโปรแกรม
2. ควรพัฒนาสื่อหรือ นวัตกรรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ ผู้ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังเพื่อใช้ในการเรียนรู้หรือทบทวนเพื่อให้ความรู้ในการจัดการตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- American College of Physicians. (2017). *Noninvasive treatment for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians*. Retrieved from <http://annals.org/aim/fullarticle/2603228/noninvasive-treatments-acute-subacute-chronic-low-back-pain-clinical-practice>
- Ardkhitkarn, S., Pothiban, L., Lasuka, D. (2013). Self-management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal*, 40(Supplement), 22-32.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Boonprasit, S., Somanusorn, S., & Sumngern, C. (2017). Factors related to self-management for controlling plasma glucose in uncontrolled diabetes elderly. *Journal of Health and Nursing Research*, 33(3), 70-80.

- Geboers, B., de Winter, A. F., Spoorenberg, S. L., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of life research: An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(11), 2869–2877. doi.org/10.1007/s11136-016-1298-2
- Harirforoosh, S., Asghar, W., & Jamali, F. (2013). Adverse effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: An update of gastrointestinal, cardiovascular and renal complications. *The Journal of Pharmacy Practice*, 16(5), 821-47.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Institute of Health Economics. (2015). *Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain*. 3rd ed. Retrieved from http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/?sid=65&cpg_cats=90
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-877.
- Jandeekaewsakul, P., Watthayu, N., Suwonnaroop, N. (2018). Factors predicting self-management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension. *Journal of Nursing Science*, 36(1), 31-43.
- Kawi, J. (2014). Predictors of self-management for chronic low back pain. *Applied Nursing Research*, 27, 206-212.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lee, J. E., Han, H. R., Song, H., Kim, J., Kim, K. B., Ryn, J. P., et al. (2010). Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 411-17.
- Li, H., Jiang, Y. F., & Lin, C. C. (2013). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. *The International Journal of Nursing Studies*, 13, 1-9.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1):1-7.
- Maneesriwongkul, W. (2013). *Needs assessment among people living with HIV and receiving antiretroviral therapy medication.*: Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University (In Thai).
- Medical Records and Statistics Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2020). *Outpatient Statistics A.D. 2019*. Personal contact on June, 2020.
- Moore, J. E., & Tollison, S. J. (2014). *Psychosocial factors in low back pain management*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118453940.fmatter/summary>
- Noppakraw, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health literacy and Self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Promptuk, B., Lertwatthanawilat, W., Wonghongkul, T., Sucamvang, K., & Bunmaprasert, T. (2018). Self-management among adults with chronic low back pain: A causal model. *The Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(3):223-236. Retrieved from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/91486>
- Strategy and Planning Division. (2020). *Health illness summary report A.D. 2019*. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2562_full_20200921.pdf.
- Sritarapipat, P., Pothiban, L., Panuthai, S., Lumlertgul, D., & Nanasilp, P. (2012). Causal model of elderly Thais' self-management behaviors of pre-dialysis chronic kidney disease. *The Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 277-293.
- Sung, P. S., Zipple J. T., Danial, P. (2017). Gender differences in asymmetrical limb support patterns between subjects with and without recurrent low back pain. *Human Movement Science*, 52, 36-44. doi: 10.1016/j.humov.2017.01.002.

Self-Leadership of Nurses in Tertiary Hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China

ภาวะผู้นำในตนเองของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิณฑลยูนนาน
สาธารณรัฐประชาชนจีน

จินยัน	นางหลิว *	Jinyan	Liu *
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **
ฐิติณัฐ	อัครเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt **

บทคัดย่อ

ภาวะผู้นำในตนเองมีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเนื่องจากช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน เพิ่มความเป็นผู้นำกลุ่มและคุณภาพของการดูแล การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำในตนเองของพยาบาลประจำการและผู้จัดการพยาบาลและเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะผู้นำในตนเองระหว่างทั้งสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลประจำการ 406 คน และผู้จัดการพยาบาล 316 คน ซึ่งถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 5 แห่งในมณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามภาวะผู้นำในตนเองฉบับแก้ไข (RSLQ) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของ RSLQ ที่ใช้ทดสอบในพยาบาลประจำการเท่ากับ 0.97 และผู้จัดการพยาบาล เท่ากับ 0.91 ตามลำดับซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบแมนวิทนียูและการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า

1. สำหรับพยาบาลประจำการ คะแนนเฉลี่ยของภาวะผู้นำในตนเองโดยรวม ($\bar{X} = 3.50$, $SD = .59$) และคะแนนรายด้าน ประกอบด้วย กลยุทธ์การมุ่งเน้นพฤติกรรม ($\bar{X} = 3.53$, $SD = .60$) กลยุทธ์การให้รางวัลตามธรรมชาติ ($\bar{X} = 3.53$, $SD = .68$) และกลยุทธ์ในการสร้างสรรค์แบบแผนความคิด ($\bar{X} = 3.45$, $SD = .65$) อยู่ในระดับปานกลาง
2. สำหรับผู้จัดการการพยาบาล คะแนนเฉลี่ยของภาวะผู้นำในตนเองโดยรวม ($\bar{X} = 4.02$, $SD = .45$) และคะแนนรายด้าน ประกอบด้วย กลยุทธ์การมุ่งเน้นพฤติกรรม ($\bar{X} = 4.03$, $SD = .46$) กลยุทธ์การให้รางวัลตามธรรมชาติ ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .54$) และกลยุทธ์ในการสร้างสรรค์แบบแผนความคิด ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .49$) อยู่ในระดับสูง
3. มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างคะแนนภาวะผู้นำในตนเองโดยรวมของพยาบาลประจำการและผู้จัดการการพยาบาล ($t = -13.32$, $p < .01$) และข้อมูลด้านอื่น ได้แก่ กลยุทธ์การมุ่งเน้นพฤติกรรม ($t = -12.77$, $p < .01$) กลยุทธ์การให้รางวัลตามธรรมชาติ ($z = -9.90$, $p < .01$) และกลยุทธ์ในการสร้างสรรค์แบบแผนความคิด ($t = -12.80$, $p < .01$)

* พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิณฑลยูนนานสาธารณรัฐประชาชนจีน

* Nurses in Tertiary Hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China, 1301141130@qq.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 17 ธันวาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 3 มิถุนายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 16 กันยายน 2562

ผลลัพธ์ที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะภาวะผู้นำในตัวเองของพยาบาล เพื่อที่จะพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาล ภาวะผู้นำของกลุ่ม และคุณภาพการดูแล

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำในตนเอง, ขบวนการประจำการ, ผู้จัดการการพยาบาล, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Abstract

Self-leadership is important in changing environments because it improves job performance, enhances group leadership and quality of care. The purposes of this descriptive comparative study were to explore the self-leadership of staff nurses and nurse managers and to compare the differences between these groups. The sample included 406 staff nurses and 316 nurse managers who were selected using multistage sampling technique from five tertiary hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China. Research instruments included the Demographic Data Form and the Revised Self-Leadership Questionnaire (RSLQ). The Cronbach's alpha coefficients of RSLQ for staff nurses and nurse managers were .97 and .91 respectively. Descriptive statistics, Mann-Whitney U test, and independent t-test were used for data analysis.

The results revealed that:

1. For staff nurses, the overall mean score of self-leadership ($\bar{X} = 3.50$, $SD = .59$) and its three dimensions including behavior-focused strategies ($\bar{X} = 3.53$, $SD = .60$), natural reward strategies ($\bar{X} = 3.53$, $SD = .68$), and constructive thought pattern strategies ($\bar{X} = 3.45$, $SD = .65$) were at a moderate level.

2. For nurse managers, the overall mean score of self-leadership ($\bar{X} = 4.02$, $SD = .45$) and its three dimensions including behavior-focused strategies ($\bar{X} = 4.03$, $SD = .46$), natural reward strategies ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .54$), and constructive thought pattern strategies ($\bar{X} = 4.00$, $SD = .49$) were at a high level.

3. There were significant differences between staff nurses and nurse managers in overall mean score of self-leadership ($t = -13.32$, $p < .01$) and its dimensions including behavior-focused strategies ($t = -12.77$, $p < .01$), natural reward strategies ($z = -9.90$, $p < .01$), and constructive thought pattern strategies ($t = -12.80$, $p < .01$).

These results provide baseline information for nurse administrators to enhance the self-leadership skills of nurses in order to improve job performance, group leadership, and quality of care.

Keywords: *Self-Leadership, Staff Nurse, Nurse Manager, Tertiary Hospital*

Background and significance

Healthcare reform has been a major economic and political focus worldwide as many

countries face the pressure to improve or re-structure their healthcare delivery system. The aim of this reform is to provide cost-effective

service and increase the quality of care (Twaddle, 2002). In China, Li & Fu (2017) reported that new health care reform had focused on increasing the satisfaction of patients and improving the quality and patient safety. In Yunnan province the patient safety culture at a moderate level (Ling, Petsunee, & Bunpitcha, 2019).

Ugurluoglu, Saygili, Ozer, & Santas (2015) stated that in today's health care conditions, it is appropriate for organizations to encourage leaders to lead others towards self-leadership. Self-leadership is a concept that has attracted attention in recent years with regard to changes in leadership trends (Choi & Kim, 2014). According to its definition, self-leadership is a process that is composed of specific sets of designed behavioral and cognitive strategies involving behavior-focused strategies, natural reward strategies and constructive thought pattern strategies to shape individual performance outcomes (Houghton & Neck, 2002). Self-leadership can guide nurses to cultivate their sense of solidarity with the organization as well as motivate nurses to participate actively in the work with autonomy and independence (Won & Cho, 2013). As for nurse managers, self-leadership may help them improve their critical thinking and decision making as Furtner, Hiller, Martini, & Sachse (2012) proposed, self-leadership can also enable leaders to think effectively, behave congruently and relate empathetically to others. Moreover, self-leadership can help to improve the quality of care for patients. Adequate self-leadership enhances nurses' effort on their job and influences their mental stability, improving job satisfaction

by improving productivity and efficiency of nursing practices. It works as a key factor affecting high quality nursing service for patients (Choi & Kim, 2014).

Based on the literature review, in other countries, there are a lot studies about self-leadership had been conducted in non-nursing fields (Şahin, 2011; Carmeli, Meitar, & Weisberg, 2006; Megheirkouni, 2018; Norris, 2008; Rickets, Carter, Place, & McCoy, 2012). Only two studies (Moradpour, Abedi, & Bahonar, 2017; Van Zyl, Mokuoane, & Nel, 2017) were conducted with nurse managers and three studies (Kang, Choi, Park, & Kim, 2010; Ugurluoglu et al., 2015; Yu & Ko, 2017) were conducted with staff nurses. In China, no previous studies had been conducted to study on self-leadership among nurses in China. Moreover, there were no studies about self-leadership that compared the difference of self-leadership between staff nurses and nurse managers in China.

Through the literature review, it was found that the job position was associated with self-leadership among nurses. Two studies (Jooste & Cairns, 2014; Min et al., 2009) have been found the self-leadership had a significant difference between staff nurses and nurse managers and nurse managers had a higher mean score of self-leadership than staff nurses in different countries using different instruments. However, there were no studies about self-leadership that compared the difference of self-leadership between staff nurses and nurse managers in China.

In China, the job position of nurses who work in nursing units can be categorized into

staff nurse and nurse manager including the assistant head nurses, head nurses, supervisors, directors (Li, Zeng, Yang, & Wang, 2016). Based on the job description of staff nurses and nurse managers in hospitals of Yunnan Province such as Puer People's hospital (2012), the main responsibility of the staff nurse was clinical works under the nurse manager's leadership and assists the nurse manager to accomplish organization work and to achieve the nursing goals. The nurse manager plays the main role of nursing management, using some organizational forms and methods to conduct, coordinate and control the subordinates to achieve the nursing goal. Because of the different job characteristics, the nurse managers have more sense of self-determination, autonomy and more self-awareness as a leader. Thus, it seems that staff nurses have less opportunities to develop their self-leadership than nurse managers.

However, there is no evidence regarding self-leadership among staff nurses and nurse managers in China, especially in Yunnan province. Therefore, this study aimed at identifying self-leadership among staff nurses and nurse managers in Yunnan province as well as to identify the difference between them. The result of this study will provide basic knowledge regarding nurses' self-leadership for nurse administrators as well as hospital administrators in order to enhance self-leadership skills, job performance, group leadership, and job satisfaction among nurses, which lead to the improvement of quality of nursing care and organizational effectiveness.

Objectives

The purposes of this descriptive comparative study were to explore self-leadership of staff nurses and nurse managers as well as to compare the differences of self-leadership between them.

Conceptual Framework

The conceptual framework was based on the self-leadership concept developed by Manz (1986, 1992), Manz & Neck (1991), and Manz and Sims (1991). Self-leadership is a self-influence process that comprises specific sets of behavioral and cognitive strategies designed to shape nurse performance outcomes. Self-leadership strategies can be categorized into three categories: behavior-focused strategies, natural reward strategies, and constructive thought pattern strategies. Behavior-focused strategies aim to enhance self-awareness and manage behaviors involving necessary but potentially unpleasant tasks. Natural reward strategies emphasize the pleasant aspects of a given task or activity. Natural or intrinsic rewards arise from the task itself, when a person is motivated or rewarded by the task itself. The constructive thought pattern strategies aim to promote the formation of constructive thinking patterns and habitual ways of thinking which can have a positive impact on performance. According to job description of staff nurses and nurse managers in China, nurse managers' responsibilities help to develop their self-leadership more than those of staff nurses. Thus, in this study, the comparison of self-leadership between staff nurses and nurse managers was conducted.

Until now, only two studies were conducted between staff nurses and nurse managers in other countries using different instruments rather than RSLQ (Houghton & Neck, 2002). Besides, there has been no research on self-leadership among nurses in China as well as to look at the difference of self-leadership between staff nurses and nurse managers.

Methodology

Population and sampling

A descriptive comparative study was conducted among staff nurses and nurse managers in five tertiary A hospitals in Yunnan province which included The First Affiliated Hospital of KMU (1stAH), The Second Affiliated Hospital of KMU (2ndAH), The Affiliated Yan'an hospital of KMU (YAH), The First people's hospital of Honghe state (1stHHH), and Puer People's Hospital (PEH). Multi-stage sampling methods was used to select the samples including 432 staff nurses and 331 nurse managers from the specific hospitals. The inclusion criteria of the samples of this study include being a registered nurse (staff nurses and nurse managers) from the specified hospitals, work in probation period in hospital, and willing to participate in this study. The Taro Yamane's formula at the level of significance 0.05 was used to determine the sample size. Questionnaires were distributed based on the sample size. For staff nurse, four hundred and six (93.40%) of them were used for data analysis. For nurse managers, three hundred and sixteen (95.47%) of them were used for data analysis including assistant head nurse (125), head nurse (175), supervisor (12),

and director (4).

Research Instruments

The Instrument used included two parts: 1) the Demographic Data Form 2) the Revised Self-Leadership Questionnaire (RSLQ) developed by Houghton and Neck (2002) and translated into Chinese by Wang (2014). The RSLQ was a 5-point Likert scale (1 = not at all accurate, 2= somewhat accurate, 3= a little accurate, 4= mostly accurate, and 5= completely accurate) and consisted 35 items within three dimensions including behavior-focused strategies (18 items), natural reward strategies (5 items) and constructive thought pattern strategies (12 items). The mean score interpretation of self-leadership was categorized into three levels: low (2.00 -3.00), moderate (3.01-4.00), and high (4.01-5.00) (Suggested by Houghton). It has a very good construct validity (GFI = 0.94, NNFI = 0.88, IFI = 0.91 and CFI = 0.91) which verified by Houghton and Neck (2002). The reliability of the instrument in this study was tested by the internal consistency of Cronbach's alpha. The Cronbach's alpha was .97 for staff nurses and .91 for nurse managers.

Ethical Considerations

Before data collection, approval was provided by the Research Ethics review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. The permission for data collection was obtained from the directors of the nursing departments in 5 tertiary A hospitals in Yunnan Province. All participants were notified about the study purpose and methods. They were informed that they have the right to refuse and withdrawal this study at any time. A research

consent form was given to the subjects to assure the protection of human right of the participants. A statement was included in a cover letter to grantee confidentiality and anonymity of individual responses.

Data Analysis

Demographic data were analyzed by using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The level of self-leadership was analyzed by the mean and standard deviation. The difference of self-leadership and its dimensions between staff nurses and nurse managers were analyzed by using two independent t-test and Mann-Whitney U- test. The assumption of normal distribution of data was tested by Kolmogorov- Smirnov (KS) test before comparing the difference between staff nurse and nurse managers. At last, the result showed that overall self-leadership, behavior-focused strategies, and constructive thought pattern strategies were of normal distribution. However, the natural reward strategies was unnormal distribution. Thus, two independent t-test was used to analyze the difference of overall self-leadership, behavior-focused strategies, and constructive thought pattern strategies between staff nurses and nurse managers. While the Mann-Whitney U-test was used to analyze the difference of natural reward strategies between staff nurses and nurse managers.

Results

In this study, both staff nurses and nurse managers have a similar proportion in some demographic characteristics such as department, gender, and educational level. The largest number of subjects work in the medical

department both staff nurses (33.5%) and nurse managers (30.79%). The vast majority of staff nurses (97.04%) and nurse managers (97.15%) are women. And most of them are married, staff nurse (74.14%) and nurse managers (89.56%). The proportion of staff nurse (79.8%) and nurse manager (92.72%) who hold a bachelor degree has the highest percentage.

The staff nurses and nurse managers have a very different demographic data in age, professional title, years of work experience, and employment type. For staff nurses, the age in 21-30 years old takes the largest percentage (43.83%). However, 49.37% of nurse managers are aged in 31-40 years old. In the professional title group, more than half of the staff nurses are senior nurses (51.23%). For nurse managers, nurses in charge (60.76%) accounted for the largest percentage. In the years of work experience group, the staff nurse who have worked for 4-9 years was (38.92%) the largest percentage. But for nurse managers, most of them have worked more than 15 years (73.42%). More than half of the staff nurses are temporary nurses (70.2%). On the contrary, the majority of nurse managers are permanent nurses (91.77%).

For staff nurse, the mean score of self-leadership was 3.50 (SD = .59). Behavior-focused strategies, natural reward strategies and constructive thought pattern strategies were 3.53 (SD = .60), 3.53 (SD = .68) and 3.45 (SD= .65), respectively. Self-leadership and its dimension were at a moderate level. The mean score of self-leadership and its dimension among nurse managers was 4.02 (SD = .45), 4.03 (SD = .46), and 4.01 (SD = .54) and 4.00 (SD = .49) respec-

tively. So, the self-leadership and its dimensions among nurse managers were at a high level.

The results also showed that the overall

mean score of self-leadership and its dimension had a significant difference between staff nurses and nurse managers (Table 1).

Table 1 Comparison of Self-Leadership and its dimension between Staff Nurse and Nurse Managers

	Staff nurses (n=406)		Nurse managers (n=316)		t/z	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Self-leadership	3.50	.59	4.02	.45	-13.32*	.01
Behavior-focused strategies	3.53	.60	4.03	.46	-12.77*	.01
Natural reward strategies	3.53	.68	4.01	.54	-9.90**	.01
Constructive thought pattern strategies	3.45	.65	4.00	.49	-12.80*	.01

Note: * independent t-test, ** Mann Whitney U-test

Discussion

Self-leadership of staff nurses

The result of this study showed that the overall mean score of self-leadership among staff nurses was at a moderate level ($\bar{X} = 3.50$, $SD = .59$). This finding was consistent with the results of two previous studies using the same instrument; which was conducted among nursing undergraduates (Li, Li, Du, Zhang, & Chen, 2016) and intern nursing students (Yang, Ge, & Yang, 2018), respectively. It seems that there are some situational benefits for staff nurses to develop self-leadership in China, and some factors that may interfere with the development. The reasons are as follows.

The market-oriented health system, beginning in the 1980s (Yip et al., 2012) in China may be the first factor that may promote self-leadership development of staff nurses. Under the market-oriented health system, hos-

pitals in China had to adopt a decentralized, organic organizational structure (Sun & Han, 2011); which requires employees to improve the ability of self-motivation and self-direction, and then improve the self-leadership skill to take more responsibilities about their work (Costello, Brunner, & Hasty, 2002). Therefore, staff nurses had more opportunities to develop self-leadership than before. Empowerment management is another possible reason which can help staff nurses improve the self-leadership skill. Empowerment management has gradually played an important role in the management of nursing human resources in Chinese hospitals; which helps to exert the highest potential of existing personnel and improve the quality of nursing care on the premise of limited medical resources (Cui, Xuan, & Yin, 2010). Amundsen and Martinsen (2015) stated that empowerment behavior of a leader has a pos-

itive impact on employees' self-leadership.

However, some factors can also hinder staff nurses to develop the self-leadership skill. Firstly, both hospitals and staff nurses do not realize the importance of nurses' competence in leadership. Jia (2013) found that both leaders and staff nurses didn't realize leadership as a necessary ability for every nurse, which is a factor that impacts the staff nurses' development of self-leadership. In addition, based on the investigation of this study, staff nurse scarcely received the leadership training. Thus, the staff nurses work under nurse managers and lack the self-awareness about their work and the ability of self-motivation and self-direction. Secondly, the shortage of nurses, the lack of respect for nurses and nursing professions, were also factors that may hinder the staff nurse to development self-leadership. There were 5.3 nurses per 1,000 people, the highest level in China, but only 1.3 nurses in Yunnan province in 2015 (Wang, 2016). The China Social Welfare foundation 919 Nurse Care Program (2017) found that 41.2% of nurses suffered from excessive behavior of patients or family members in the past year, 83.3% of nurses could not clearly feel the respect of patients to nurses. Besides, emphasis on rewards of organization in Tertiary Hospitals of Yunnan Province at a less prominent level (Yao, Ratanawadee, & Thitinut, 2016). Based on Ross (2014), positive experiences have beneficial impacts on the individual's self-esteem and self-concept because success stems from external and internal rewards that reinforce the individual's commitment to improve self-leadership. At the same time, the lack of

self-esteem will reduce the individual's commitment to improve self-leadership.

The result also shown that the constructive thought pattern strategies dimension has a lower score than other aspects that are in the same middle level within staff nurses. The difficult or troubling situation with heavy workloads and stress may lead to a lower score of constructive thought pattern strategies. The difficult or troubling situation can lead to dysfunctional beliefs and assumptions (Houghton, Neck, & Manz, 2003). Under the difficult or troubling situation, the obstacles in thinking will produce and involve a focus on the negative aspects of challenge situations (Houghton et al., 2003). The tendency to think in extreme, black or white categories will emerge (Burns, 1980). Consequently, staff nurses may not identify the dysfunctional beliefs and assumptions and replace them with more rational and realistic ones. The staff nurses also cannot build positive dialogues. The high level stress can also lead to anxiety, depression or frustration which lead to unclear thinking and the lack of using the purposeful use of imagination to picture successful performance of important tasks or reactions to certain pressures (Mokuoane, 2014).

Self-leadership of the nurse managers

The result of this study showed that the overall mean score of self-leadership of nurse managers was at a high level ($\bar{X} = 4.02$, $SD = .45$). The result of this study got a higher mean score than another study conducted by Moradpour et al., (2017); which used the same instrument in Iran. It indicated the self-leadership was at a moderate level. One possible explanation

for this finding may be nurse managers have a strong self-awareness as a leader. A person who has strong self-awareness will find it is easy to regulate their emotional expressions, their fears and impulsive behavior when threatened or rejected (George, 2010). Thus, nurse managers will achieve the self-direction and self-motivation necessary to perform. In addition, practicing nursing experience from the perspective of leadership requires head nurses to be responsible and autonomous in their daily work. In order to perform tasks effectively, the nurse manager has to control personal actions, to be self-aware and to utilize personal strength.

To compare the self-leadership between staff nurses and nurse managers

The results of this study showed that the overall mean score of self-leadership had a significant difference between staff nurses and nurse managers (Table1). This result was consistent with two previous studies. Two studies stated that self-leadership had a significant difference between the staff nurse and nurse managers (Min et al., 2009; Jooste & Cairns, 2014). Several reasons can explain this result. They are as follows.

Firstly, compared with staff nurses, nurse managers have a stronger sense of self-awareness as a leader. A person who has strong self-awareness will find it is easy to regulate their emotional expressions, their fears and impulsive behavior when threatened or rejected (George, 2010). Thusly, nurse managers will have a greater ability for self-direction and self-motivation than staff nurses. Consequently, nurse managers will have a higher leadership

skill than staff nurses.

Secondly, nurse managers have more opportunities to take part in leadership training. Nurse managers receive leadership training at least three times a year through seminars inside or outside of the hospital (Puer people's hospital, 2012). Ugurluoglu et al. (2015) found that the participants trained in leadership are observed to give higher scores of self-leadership.

Lastly, in this study, the demographic data is also a factor that might be related to the difference of self-leadership between staff nurses and nurse managers. In the age group, the staff nurses aged from 21 to 30 years old group have the largest percentage (43.84%). However, the nurse managers have the largest percentage (49.37%) in ages from 31 to 40 years old. Several studies have stated self-leadership grows with age (Kang et al., 2010; Jung & Koh, 2012; Şahin, 2011). In this study, average work experience of nurse managers is higher than staff nurses, 38.82% of staff nurses work in the hospital for 4 to 9 years and 73.42% of nurse managers work in hospital over than 15 years. Several studies have indicated that the self-leadership grows with years of experience (Jung & Koh, 2012; Kang et al., 2010; Moradpour et al., 2017). In this study, 70.2% of staff nurses were temporary nurses. On the contrary, 91.77% of nurse managers were permanent nurses. Jooste and Le Roux (2014) stated that compared with the temporary, permanent nurse feel valued, job security, and more, these benefits may increase their motivation and self-leadership in the organization.

Conclusions and Implications

The results of this study showed that the overall mean score of self-leadership and its dimensions were at a moderate level among staff nurses and at a high level among nurse managers. There were significant differences in the overall mean score of self-leadership and its dimensions between a staff nurse and nurse manager.

The findings of this research present the basic information of self-leadership for nursing and hospital administrators under the current situations in five tertiary hospitals of Yunnan Province, the P.R. China.

Based on the findings, the staff nurses' self-leadership was at a moderate level while the nurse managers' self-leadership was at a high level. The results of this study indicate that nurse managers and hospital administrators should pay attention to improve the self-leadership of staff nurses through seminars or workshops. Meanwhile, for the nurse managers, in order to keep the high level of self-leadership, it is necessary to take part in the staff nurses' workshops or seminars as an organizer and share the experience with staff nurses.

Nursing and hospital administrators could use the results of this study as basic information to consider the specific strategies to increase the self-leadership skill of staff nurses. The possible strategies could include: 1) guiding staff nurses to set career goals for themselves based on the career ladder of the hospital; 2) cultivating the leadership behavior through a leadership training program to improve staff nurses' self-awareness as a leader; and 3) encourage

and openly discuss the beliefs and assumptions by the team to develop and maintain more functional and realistic beliefs and assumptions.

Conclusions and Recommendations

Recommendations for future research studies are as follows:

Replicate this study in other types of hospitals or other regions of China.

Other personal characteristics such as self-control, self-esteem, emotional balance, and self-determination which have an impact on self-leadership should be conducted with a correlation study or predictive study.

The intervention studies should be conducted among nurses in the future.

Acknowledgement

I would also like to express my deepest gratitude to the Puer People's Hospital for its support, which gave me the opportunity to further my nursing education in Chiang Mai University and provided financial support for my study in Thailand. I would like to express deep and sincere appreciation to my major advisor Assistant Professor. Dr. Bunpitcha Chitpakdee and co-advisor Assistant Professor. Dr. Thitinut Akkadechanunt for their inspiring suggestions and support throughout my study. Finally, my thanks go to all of the people who have supported me to complete the research work directly or indirectly.

References

- Amundsen, S., & Martinsen, O. L. (2015). Linking empowering leadership to job satisfaction, work effort, and creativity: The role of self-leadership and psychological empowerment. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 22(3), 304-323.
- Burns, D. D. (1980). *Mood therapy: The new approach to feeling good*. New York: Morrow.
- Carmeli, A., Meitar, R., & Weisberg, J. (2006). Self-leadership skills and innovative behavior at work. *International Journal of Manpower*, 27(1), 75-90.
- China Social Welfare Foundation 919 Nurse Care Program. (2017). *Investigation on the current situation of nurse group development in China*. Retrieved from <https://vcbeat.net/OTJkYmVhYWZlOTU0Nzk2ODJkYTZhODc5ZTQwODQzMtA=>
- Choi, Y. H., & Kim, H. M. (2014). Effect of self-leadership recognized by newly-employed nurses on job satisfaction: Mediating effect of organizational commitment. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(4), 242-249.
- Costello, M. L., Brunner, P. W., & Hasty, K. (2002). Preparing students for the empowered workplace: The risks and rewards in a management classroom. *Active Learning in Higher Education*, 3(2), 117-127.
- Cui, W., Xuan, M., & Yin, J. (2010). The concept of empowerment and its application in nursing human resource management. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 26(3), 67-70.
- Furtner, M. R., Hiller, L. N., Martini, M., & Sachse, P. (2012). Self-leadership, motivation to lead, transformational leadership and super leadership: A key to organizational success in the 21st Century. *International Journal of Business and Management Tomorrow*, 2(7), 1-8.
- George, B. (2010). *True north: Discover your authentic leadership* (Vol. 143). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Houghton, J. D., & Neck, C. P. (2002). The revised self-leadership questionnaire: Testing a hierarchical factor structure for self-leadership. *Journal of Managerial Psychology*, 17(8), 672-691.
- Houghton, J. D., Neck, C. P., & Manz, C. C. (2003). We think we can, we think we can, we think we can: The impact of thinking patterns and self-efficacy on work team sustainability. *Team Performance Management: An International Journal*, 9(1/2), 31-41.
- Jia, J. (2013). *Nurse leadership and its influencing factors* (Doctoral dissertation), Hangzhou Normal University, China.
- Jooste, K., & Cairns, L. (2014). Comparing nurse managers and nurses' perceptions of nurses' self leadership during capacity building. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 532-539.
- Jooste, K., & Le Roux, L. Z. (2014). The practice of self-leadership in personal and professional development of contract nursing staff in the environment of a higher education institution: Leadership and management. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*, 20(Suppl. 1), 275-285.

- Jung, M. H., & Koh, M. S. (2012). The effects of preceptor nurses' self-leadership on role recognition and job satisfaction. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 18(2), 146-154.
- Kang, Y. S., Choi, Y. J., Park, D. L., & Kim, I. J. (2010). A study on nurses' self-leadership, self-esteem, and organizational effectiveness. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 16(2), 143-151.
- Li, C., Zeng, T., Yang, Y., & Wang, Y. (2016). Challenge and reflect of nursing stratification management in China. *Nursing Management in China*, 16(10), 1430-1433.
- Li, L. Y., Li, L., Du, J., Zhang, X., & Chen, L. (2016). The status and influencing factors of self-leadership among undergraduate nursing students in Beijing. *Chinese Journal of Nursing*, 51(8), 967-970.
- Li, L., & Fu, H. (2017). China's health care system reform: Progress and prospects. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32(3), 240-253.
- Ling, Z., Petsunee, T., Bunpitcha, C., (2019). Perceived leader-member exchange and patient safety culture among nurses in tertiary hospitals, Kunming, Yunnan Province, the people's Republic of China. *Nursing Journal*, 46(2), 210-223.
- Manz, C. C. (1986). Self-leadership: Toward an expanded theory of self-influence processes in organizations. *Academy of Management Review*, 11(3), 585-600.
- Manz, C. C. (1992). *Mastering self-leadership: Empowering yourself for personal excellence*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Manz, C. C., & Neck, C. P. (1991). Inner leadership: Creating productive thought patterns. *Academy of Management Perspectives*, 5(3), 87-95.
- Manz, C. C., & Sims, H. P., Jr. (1991). Superleadership: Beyond the myth of heroic leadership. *Organizational Dynamics*, 19(4), 18-35.
- Megheirkouni, M. (2018). Self-leadership strategies and career success: Insight on sports organizations. *Sport, Business and Management: An International Journal*, 8(4), 393-409.
- Min, S., Jeong, Y. J., Kim, H. S., Ha, S. Y., Ha, Y. J., & Kim, E. A. (2009). The moderating effect of self-leadership in relationship between self-image and work performance of nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 15(3), 355-364.
- Mokuoane, M. L. (2014). *The effect of work-stress and emotional intelligence on self-leadership amongst nurses in leadership positions in the Ministry of Health and Social Welfare in Lesotho* (Doctoral dissertation, University of the Free State).
- Moradpour, S., Abedi, H. A., & Bahonar, A. (2017). Investigating the relationship between self-leadership and resistance to organizational changes in the nursing managers of hospitals affiliated with Isfahan University of Medical Sciences, 2015. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(5), 1333-1340.
- Norris, S. E. (2008). An examination of self-leadership. *Emerging Leadership Journeys*, 1(2), 43-61.

- Puer People's Hospital. (2012). *Handbook for nursing staff in Puer People's Hospital*. China: The department of nursing.
- Rickets, K., Carter, H., Place, N., & McCoy, T. (2012). A look inside: Self-leadership perceptions of extension educators. *Journal of Extension*, 50(5), v50-5a3.
- Ross, S. (2014). A conceptual model for understanding the process of self-leadership development and action-steps to promote personal leadership development. *Journal of Management Development*, 33(4), 299-323.
- Şahin, F. (2011). The interaction of self-leadership and psychological climate on job performance. *African Journal of Business Management*, 5(5), 1787-1794.
- Sun, R., & Han, G. (2011). Discussion on the organization structure of medical quality management in tertiary hospitals. *Jiangsu Health Service Management*, 3, 42-43.
- Twaddle, A. C. (Ed.). (2002). *Health care reform around the world*. Westport, CT: Greenwood.
- Ugurluoglu, O., Saygili, M., Ozer, O., & Santas, F. (2015). Exploring the impacts of personal factors on self leadership in a hospital setting. *The International Journal of Health Planning and Management*, 30(1), 3-13.
- Van Zyl, E., Mokuoane, M., & Nel, P. (2017). The effect of work stress and emotional intelligence on self-leadership among nurses in leadership positions in the Lesotho Ministry of Health and Social Welfare. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 19(1), 88-104.
- Wang, J. (2016). *Nurses in China are short of millions due to the low salaries, which makes it impossible to retain them*. Retrieved from <http://politics.people.com.cn/n1/2016/0520/c1001-28365329.html>
- Wang, W. (2014). *Investigation and development strategies of college students' self-leadership in Hui Areas of China* (Doctoral dissertation, Central China Normal University, China).
- Won, H. J., & Cho, S. H. (2013). A review of research on self-leadership in nurses'. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 19(3), 382-393.
- Yao, L., Ratanawadee, C., & Thitinut, A., (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.
- Yang, M., Ge, M., & Yang, X. (2018). Correlation between self-leadership and self-efficacy of nursing students. *Nursing Study*, 11(32), 1753-1754.
- Yip, W. C. M., Hsiao, W. C., Chen, W., Hu, S., Ma, J., & Maynard, A. (2012). Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *The Lancet*, 379(9818), 833-842.
- Yu, S., & Ko, Y. (2017). Communication competency as a mediator in the self-leadership to job performance relationship. *Collegian*, 24(5), 421-425.



พยาบาลสาร : Nursing Journal

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

