

วารสารการแพทย์

โรงพยาบาลอุดรธานี



UDONTHANI HOSPITAL MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561

VOL.26 NO.3 SEPTEMBER - DECEMBER 2018

ISSN 0858 - 6632



# วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

เจ้าของ	โรงพยาบาลอุดรธานี	
ที่ปรึกษา	นพ.ณรงค์ ธาดาเดช นพ.เทียนชัย รัศมีมาสเมือง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนา ระบบบริการฯ
บรรณาธิการ	พญ.สุกัญญา ภัยหลีกถึ	โรงพยาบาลอุดรธานี
กองบรรณาธิการ	พญ.ปิยรัตน์ โรจน์สง่า พญ.นิษฐา นิภาวงศ์ นพ.ศรารุช ลอมศรี ทพญ.สิริรัตน์ วีระเศรษฐกุล นางสาวจิรารวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์ นางเนาวนิตย์ พลพินิจ นางสาวพิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี นางสาววาสนา วงษ์ศิลป์ ดร.ชลกร ทรงศรี	โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ฝ่ายธุรการประสานงาน	นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว	โรงพยาบาลอุดรธานี
กำหนดออก	ราย ๔ เดือน (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม) แจกจ่ายแก่ รพศ., รพท., รพช., และคณะแพทยศาสตร์ทั่วประเทศ	
ส่งต้นฉบับที่	นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ๓๓ ถ.เพาะนิยม ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี ๔๑๐๐๐ โทร. ๐๔๒-๒๔๕๕๕๕ (ต่อ ๓๔๑๙-๒๑)	

## ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ วิวิจารณ์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้นิพนธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

ออกแบบและจัดพิมพ์ ไทยชบา กราฟฟิกเฮ้าส์ เอเจนซี  
๔๗๐/๕ ถ.อดุลยเดช ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี โทร. ๐๔๒-๑๘๑๘๔๔

ฉบับออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/udhosmi/index>

# คำแนะนำสำหรับผู้ลงบทความตีพิมพ์

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นวารสารการแพทย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยและค้นคว้าวิชาแพทย์ บทความพื้นฐาน การบรรยายพิเศษ รายงานผู้ที่เป็นที่น่าสนใจ เป็นต้น วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยแล้ว

## การลำดับต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft word พิมพ์หน้าเดียวกันด้วยกระดาษ A4 คอลัมน์เดียว ตัวอักษร AngsanaUPC ขนาด ๑๖ รวมแล้วเอกสารไม่ควรเกิน ๑๐ – ๑๒ หน้า ส่งต้นฉบับ ๒ ชุด พร้อม handy drive หรือแผ่น CD และมีจดหมายเขียนถึงบรรณาธิการ เพื่อส่งต้นฉบับลงพิมพ์และจะต้องลงลายมือชื่อของผู้พิมพ์ทุกคนในจดหมาย

## การเตรียมต้นฉบับ

**ชื่อเรื่อง** ควรกระชับและสื่อความหมายชัดเจนมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อผู้พิมพ์ใช้ระบบชื่อนามสกุล คุณวุฒิ และสถานที่ทำงานด้วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**บทคัดย่อ** ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยคสมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสังเขป หลัฐาน และผลสรุป และข้อมูลทางสถิติที่สำคัญ ภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต จำนวนคำไม่เกิน ๓๐๐ ตัวอักษร ไม่ควรมีคำย่อ ควรมีคำสำคัญ (Key word) สั้นๆ ไม่มีการอ้างอิงเอกสาร

**เนื้อเรื่อง** ควรเสนอตามลำดับขั้นตอนคือ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

**เอกสารอ้างอิง** ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอาราบิก(Arabic) เอกสารอ้างอิงไว้บนไหล่บรรทัดด้านขวาไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจากชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียน

ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

**การอ้างอิงเอกสาร** ให้ใช้ชื่อเรียงตามรูปแบบของ International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Last updated: 15 July 2011 ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก Website [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงหรือใช้ตามเอกสารนั้นๆ

บทความทุกบทความจะได้รับการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์ และต่างหน่วยงาน/ต่างสถาบัน อย่างน้อยจำนวน ๒ ท่าน โดยผู้ประเมินจะไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์บทความ

## ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

### ๑. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่ (Vol):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน ๖ คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี ๗ คนหรือเกินกว่านี้ ให้ใส่เพียง ๖ ชื่อแรกและตามด้วย et al

๑. สันทิต บุญยสัง. สาเหตุการขาดอากาศของทารกแรกคลอดในโรงพยาบาลศรีสังวาล. วารสารกรมการแพทย์ 2540;24:7-16

๒. Apgar. A Proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Anes Analog 1953;32:260

### ๒. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

**๒.๑ หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม**  
ลำดับที่.ผู้พิมพ์/หน่วยงาน.ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

๑. พรจันท์ สุวรรณชาติ. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร: เดอะเบสท์กราฟฟิคแอนด์ปริ้นท์; ๒๕๔๒

๒. Jones KL. Smith's recognizable patterns of human malformation. 5th ed. Philadelphia:

WB Saunder; 1997.

## ๒.๒ หนังสือมีบรรณาธิการ

ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อบทความ. ใน: ชื่อ บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

๑. วิลาวรรณย์ จิ่งประเสริฐ, สุจริต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. อาชีวเวชศาสตร์ ฉบับพิเศษวิทยา. กรุงเทพ มหานคร: ไชเบอร์เพรส; 2542.

๒. Norman IJ, Reddfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

## ๒.๓ บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีพิมพ์: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

๑. วีระ สีสานันทกิจ, ชูเกียรติ ปานปรีชา. นิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ใน: เกษม ดันติผลลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม ๒. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๓๖: ๙๖๑-๙๙๖.

๒. Merrill JA, Creasman WT. Lesions of corpus uteri. In : DN, Scott JR, eds. Obstetrics and gynecology. 5th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1986:0368-83.

## ๓. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา

(Conference Proceedings)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

๑. Kimura J, Shibasaki H, editors. recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

## ๔. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา] ภาควิชา, คณะ. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

๑. พรทิพย์ อุโนโกลม. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ

งานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรคในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

## ๕. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปี พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

๑. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis (serial-online) 1995; Jan-Mara (cited 1996 Jun 5) :1(1) : [24 screens]. Available from : URL; <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/edi.htm>.

๒. Hemodynamics III: the ups and down of hemodynamics (computer program). Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational systems; 1993.

## ๖. อื่นๆ

### ๖.๑ เอกสารอ้างอิงประเภทพจนานุกรม

ลำดับที่. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี. คำศัพท์; หน้า.

๑. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; ๒๕๓๘. ๕๔๕.

### ๖.๒ การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

๑. ซี ๑๒. ตุลาคมศาล ปค, เข้ารอบ. ไทยรัฐ. ๒๕๕๓ พ.ย. ๒๐; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: ๑๒ (คอลัมน์ ๑).

๒. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).

## สำเนาพิมพ์ (Reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสาร จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน ๒ ชุด

# วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
นิพนธ์ต้นฉบับ	
แนวทางพัฒนากระบวนการบอกข่าวร้าย (ผลการวิจัยฉัยว่าเป็นมะเร็ง) แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจ เฉพาะโรคมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี วาสนา ฉายาวุฒิพงศ์	93
ปัญหาและแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัทมาภรณ์ บอนขุนทด, ณรงค์กร ชัยวงศ์, พิมพ์รดา ธรรมมีภักดี, ชมภู๋ บุญไทย, ศรันย์ ปองนิมิตรพร	103
พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตาม การรับรู้ของอาจารย์และนิสิตพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ณรงค์กร ชัยวงศ์, ปัทมาภรณ์ บอนขุนทด, พิมพ์รดา ธรรมมีภักดี, ชมภู๋ บุญไทย, ศรันย์ ปองนิมิตรพร	113
การศึกษาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู อุบล ศรีนากรุง	126
ผลของการใช้แบบการบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่าน พรพิไล นิยมถิ่น	135
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ภัทรริกา ภูทวี	144
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบึงกาฬ ศิรดา ทวีวัน	153
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นแรกโรงพยาบาลบึงกาฬ จุฬารัตน์ คำวงษา	164

เรื่อง	หน้า
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>	
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย ส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจ ในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลหนองบัวลำภู สุปราณี บัวขาว	176
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ในหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 2 โรงพยาบาลอุดรธานี พัชรา ประเสริฐวิทย์	185
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ปิติณัฐ ราชภักดี, ภาวิณี ศรีลันต์, ทศพล ศิวรรณ, วณิดา ผันผ่อน, ชนิษฐา ซาลีกุล, ณัฐิดา สาชนะโสภณ, ณัฐริกา คุณณา, ภัทริยา ฎุกองไชย, สุทธิดา พันธุ์มุย	199
<b>กรณีศึกษา</b>	
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย เปรมจิต เกตษา	208
<b>บทความวิชาการ</b>	
ผู้สูงอายุในสังคมสารสนเทศ ชลการ ทรงศรี, ภัณฑิรา เพ็ญทอง, ทรงสุดา หมื่นไธสง	216



# แนวทางพัฒนากระบวนการบอกข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจ เฉพาะโรคมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

วาสนา ฉายาวุฒิพงศ์ พยาบาลวิชาชีพ ห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็ง โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

## บทคัดย่อ

บทนำ:โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรโลกและในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งย่อมเป็นข่าวร้ายที่ทำให้เกิดความเครียดสูงจึงเป็นที่มาของการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ (1) ศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) (2) นำผลการศึกษาไปจัดทำแนวทางพัฒนาการปฏิบัติงานเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็ง

วิธีดำเนินการวิจัย: เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสาร/การสังเกต/การสัมภาษณ์เชิงลึก/การสนทนากลุ่ม/บันทึกภาคสนาม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 15 คน ญาติ 15 คน แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ทำหน้าที่ช่วยแพทย์) 5 คน ระยะเวลาเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2560- 30 กรกฎาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา:พบว่าบริบทที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) คือ (1) การจัดระบบบริการและสถานที่ในการแจ้งข่าวร้าย (2) ทักษะการใช้กระบวนการบอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ (3) ความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่รับฟังข่าวร้ายความเห็นของผู้ป่วยและญาติต่อวิธีแจ้งข่าวร้าย(ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) มี 5 แบบ (1) ก่อนตัดสินใจส่งตรวจแพทย์ควรแจ้งเหตุผลว่าตรวจหาเซลล์มะเร็งเพื่อเตรียมใจล่วงหน้า (2) ควรบอกตรงๆว่าเป็นมะเร็ง (3) การบอกโดยใช้คำที่มีความหมายใกล้เคียงทำให้เกิดความไม่แน่ใจและสับสน (4) แพทย์ไม่แนะนำรายละเอียดเรื่องโรคหลังแจ้งผลการวินิจฉัยครั้งแรก (5) ไม่ให้เวลาในการตัดสินใจเลือกการรักษา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติจากทีมสุขภาพมี 3 แบบ (1) วันที่มาฟังผลชิ้นเนื้อ (pathology) ต้องการพบแพทย์เร็วเพราะมีความเครียดและกังวล (2) อยากรู้รายละเอียดของโรค/ระยะของโรค/วิธีรักษา/โอกาสรอดชีวิต (3) ต้องการสัมพันธ์ภาพที่ดีจากทีมสุขภาพ

สรุป: กระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) ของโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานียังไม่มีรูปแบบเฉพาะและแพทย์ผู้แจ้งผลการวินิจฉัยไม่ได้ใช้กระบวนการแจ้งข่าวร้าย (six-step-protocol) ครบทุกขั้นตอนเพราะสถานที่ไม่เอื้อให้พูดคุยนานและมีผู้ป่วยจำนวนมากรอตรวจ ผู้ป่วยเครียดเพราะไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการทราบหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก

**คำสำคัญ:** ข่าวร้าย. วินิจฉัย. มะเร็ง. วิจัยเชิงคุณภาพ.

# Guidelines for development a bad news process (diagnosis of cancer) at Cancer Clinic Udonthani Hospital

Wasana chayawuttipong, Nurses, Department of Cancer clinic udonthani hospital

## Abstract

**Introduction:** Cancer is the leading cause of death in the world and in Thailand. Patients who have been diagnosed with cancer will be aware of the high levels of stress that are the source of this qualitative research. There are two objectives. (1) Study context associated with the bad news (the diagnosis of cancer). (2) The study led to the preparation of guidelines. To reduce the stress of new cancer patients.

**Method:** Data were collected by reviewing documents / observations / in-depth interview/ group discussion/ Field notes. Select a specific data provider. Key informants were 15 patients, 15 relatives, 2 physicians,/ 5 nurses / 5 nurese aids (as physician assistants). Data were collected between May 1, - July 30, 2017. Then analyzed using by content analysis.

**Result:** Context related to the bad news process (The diagnosis of cancer), (1) Service system and the place to report bad news. (2) Skills in using the process to tell the bad news of the officers (3) Availability of patients and relatives to hear bad news (The diagnosis of cancer) Patient and relative comments on how to report bad news are as follows. (1) Clarified that biospy shall be done for determine malignancy, this help them prepare thire mind. (2) It should be flankly speaking that it is cancer. (3) Avoid to use unclear words to make confusion. (4) Doctor did not give enough information about disease. (5) Do not give the time to make decision the treatment. Patients and relatives need three issues from health professionals, (1) On, they want to see a doctor as soon as possible because of anxiety and stress. (2) Need more information about the disease/ stage of disease / treatment / survival. (3) Need a good relationship from the health team.

**Conclusion:** The process of reporting bad news (the diagnosis of cancer) in Udonthani Hospital was no specific formats or Six-step-protocol. Because the place is not suitable and there are many patients waiting, them patients was stressed because they received less information than they need after first time cancer diagnosis. So can not take long time to explained.

**Keywords:** Bad news, Diagnosis, cancer, qualitative research

## บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและเป็นสาเหตุแห่งการเสียชีวิตราวๆ ร้อยละ 13 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลกหรือประมาณ 8 ล้านคน จากการรายงานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>1</sup> ในปี พ.ศ.2537 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งประมาณ 11 ล้านคนและเพิ่มขึ้นทุกปีชนิดของโรคมะเร็งที่พบในแต่ละประเทศหรือภูมิภาคอาจแตกต่างกันเนื่องจากวิถีชีวิตความเป็นอยู่ การบริโภคอาหารการได้รับสารเคมี/รังสี หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมือนกัน สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทยในปี 2557 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายสูงเป็นอันดับ 1 ของคนไทยต่อเนื่องมา 13 ปี นับแต่ปี 2543 ข้อมูลล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> พบว่าคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งกว่า 60,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ย 7 คน/ชม. และเสียชีวิตมากถึง 8 ล้านคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลก<sup>2</sup> คาดว่าอีก 21 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 24 ล้านคนจากการรายงานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>1</sup> และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ<sup>2</sup> ในปี 2555-2559 พบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีและมีอัตราการเสียชีวิตสูงสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>1</sup> รายงานอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของประชากรไทยเป็นอันดับ 1 ติดต่อกันมา 10 ปี ตั้งแต่ปี 2550-2557 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 3.9 จากข้อมูลแสดงว่ายังมีแนวทางรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดได้แม้จะมีมะเร็งบางชนิดสามารถรักษาและยืดอายุให้ยาวขึ้นได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มต้นถ้าเป็นระยะท้ายๆ ของโรคมียุทธศาสตร์การเสียชีวิตสูงสำหรับโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีเริ่มจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล<sup>3</sup> เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2557 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปี 2557 = 1124 ราย ปี 2558 = 1204 ราย ปี 2559 = 1590 ราย (อ้างอิงข้อมูลจากหน่วยทะเบียนมะเร็ง รพ.ศูนย์อุดรธานี)<sup>3</sup> แนวทางการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งมีหลายวิธีเช่น การตรวจทางเซลล์/เลือด/ทางรังสีวินิจฉัย/ส่องกล้อง/การตรวจชิ้นเนื้อแต่ที่มีการยอมรับว่ามีความถูกต้องตามมาตรฐานคือการ

ตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (Pathology) ขั้นตอนการวินิจฉัยที่จะระบุว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งจึงต้องผ่านการตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology) เพื่อหาเซลล์มะเร็งก่อนและแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาฟังผลชิ้นเนื้อ ผู้มีหน้าที่โดยตรงในการแจ้งผลชิ้นเนื้อแก่ผู้ป่วยคือแพทย์ผู้ตัดชิ้นเนื้อ หลังจากนั้นจึงส่งผู้ป่วยมาพบแพทย์อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยาเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป แต่เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีพยากรณ์โรคไม่คอยดีนักและมีอัตราการเสียชีวิตสูงการแจ้งผลการวินิจฉัยครั้งแรกแก่ผู้ป่วย จึงนับว่ามีความสำคัญที่สุดเนื่องจากความสามารถในการยอมรับข่าวร้ายของแต่ละคนไม่เหมือนกันและย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมากมาย เพราะเมื่อพูดถึง “โรคมะเร็ง” ผู้คนส่วนใหญ่มักจะนึกถึงความตายความทุกข์ทรมาน<sup>4</sup> ดังนั้นขั้นตอนการแจ้งข่าวร้าย<sup>5,6</sup> (SPIKES-six-step-protocol) มีแนวทางการปฏิบัติ 6 ขั้นตอนคือ

**ขั้นตอนที่ 1** เตรียมความพร้อมก่อนสนทนา (S-Setting up the Interview) ขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมตัวก่อนเริ่มพูดคุยทำความเข้าใจภูมิหลังของผู้ป่วยประวัติการเจ็บป่วยผลการวินิจฉัยแนวทางการรักษาและทางเลือกต่างๆและควรทำในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวถ้าไม่มีห้องก็อาจจะกั้นม่านเป็นสัดส่วนควรถามผู้ป่วยก่อนว่าอยากให้การมารับฟังหรืออยู่ด้วยหรือไม่

**ขั้นตอนที่ 2** ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด (P-Assessing the patient's Perception) ใช้หลักการ “ถามก่อนบอก” เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยคาดเดาไว้อย่างไรและเคยมีประสบการณ์หรือรู้อะไรมาก่อนหน้า เกี่ยวกับโรคนั้น จะช่วยทำให้แพทย์สามารถแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้ป่วยได้และปรับเนื้อหาหรือข่าวร้ายที่จะแจ้งให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

**ขั้นตอนที่ 3** ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง (I-Obtaining the patient's Invitation) เป็นระยะที่มีความสำคัญในการแจ้งข่าวร้าย ควรประเมินว่าผู้ป่วยต้องการรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับความ

เจ็บป่วยของตนเองและต้องการทราบมากขึ้นเพียงใด เช่น “คุณอยากให้หมอบอกรายละเอียดของโรคที่คุณเป็นไหม” “คุณต้องการให้หมอบอกผลการตรวจอย่างไร” ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงท่าทีหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ด้วยการเปลี่ยนประเด็นหรืออาจจะอยู่ในระยะปฏิเสธแพทย์ก็จะสามารถประเมินได้ว่าขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่พร้อมจะรับฟังข่าวร้าย

**ขั้นตอนที่ 4** การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (K-Giving Knowledge and information to the patient) การให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับโรค การรักษา การดำเนินของโรค และพยากรณ์โรค วิธีการอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงความสนใจของผู้ป่วยข้อมูลที่ผู้ป่วยอยากทราบหรือไม่อยากทราบ ความคาดหวังของผู้ป่วย และการตอบสนอง ก่อนที่จะแจ้งข่าวร้ายหรือให้ข้อมูลควรส่งสัญญาณเตือนผู้ป่วยก่อนเพื่อให้เตรียมใจขั้นต้น เช่น “ผลการตรวจเพิ่งกลับมาหมอมีข่าวไม่ดีที่จะแจ้งให้ทราบ” ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้และเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน หลีกเลี่ยงศัพท์แพทย์ เพราะผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจแต่ไม่กล้าถามหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลแบบทื่อๆ เช่น “คุณเป็นมะเร็งที่พยากรณ์โรคไม่ดีถ้าไม่รักษาจะตายได้” ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกโดดเดี่ยวและโกรธได้ควรบอกข้อมูลที่ละเอียด เพราะเป็นเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจและอาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยควรสังเกตและประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นระยะๆ และสังเกตว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่อย่างไร ควรใช้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามโดยหยุดเป็นระยะๆ จนสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเริ่มยอมรับได้แล้ว

**ขั้นตอนที่ 5** การตอบสนองต่อความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้ที่ได้รับข่าวร้าย (E-Emotion and Empathic response) เป็นเรื่องท้าทายเรื่องหนึ่งในการแจ้งข่าวร้าย แต่มีความสำคัญมากปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคนตั้งแต่เฉยๆ ปฏิเสธไม่ยอมรับ โกรธ หรือร้องไห้ แพทย์ควรเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” ท่าทีของแพทย์การสะท้อนความคิดของผู้ป่วยการให้กำลังใจและใช้คำพูดที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจได้

**ขั้นตอนที่ 6** สรุปและวางแผน (S-Strategy

and Summary) การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติ เป็นสิ่งที่แพทย์หลีกเลี่ยงไม่ได้ดังนั้นวิธีแจ้งข่าวร้ายจะมีผลต่อการจัดการและปรับตัวของผู้ป่วยต่อข่าวร้ายนั้นอย่างไรผู้แจ้งข่าวร้ายควรทำด้วยความเห็นอกเห็นใจเอาใจเขามาใส่ใจเราและให้เกิดความรู้สึกดีของผู้ป่วยรับฟังด้วยความตั้งใจรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน

ดังนั้นกระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) ของแพทย์หรือบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยนำแนวทาง (SPIKES-six-step-protocol) มาใช้จึงนับว่ามีส่วนสำคัญที่จะทำให้การแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) ไม่ร้ายแรงเกินไปจนผู้ป่วยยอมรับไม่ได้<sup>7</sup> และทำให้ผู้ป่วยลดความกังวลและความเครียดสามารถยอมรับความจริงได้ในที่สุดและเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการรักษาซึ่งจะเป็นผลดีต่อกระบวนการรักษาโรคมะเร็งของผู้ป่วยต่อไป<sup>8</sup>

### วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาริบทที่เกี่ยวกับกระบวนการบอกข่าวร้าย(ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง)มุมมองและความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี
2. เพื่อนำผลการศึกษาพัฒนาแนวทางการบอกข่าวร้าย(ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง)แก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการที่ห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนากระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) แก่ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มารับบริการที่ห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

### ผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาผู้วิจัยทำการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามลักษณะของแหล่งข้อมูลที่มีข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 15 ราย
2. ญาติที่มากับผู้ป่วย 15 ราย
3. เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งข่าวร้าย

(ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) ประกอบด้วย

- 3.1 แพทย์เฉพาะทาง 2 ราย
- 3.2 พยาบาลวิชาชีพ 5 ราย
- 3.3 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 ราย

ระยะเวลาทำการวิจัย 3 เดือน

(1 พฤษภาคม 2560–31 กรกฎาคม 2560)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยทั้งด้านการใช้ระเบียบวิธีวิจัยผู้วิจัยหลักเข้ารับการฝึกอบรมทักษะวิจัยเชิงคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีระหว่างวันที่ 14 มีนาคม-8 กันยายนพ.ศ. 2559 และทีมผู้ช่วยนักวิจัยได้รับการฝึกทักษะในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้วิจัยหลัก

2. จัดเตรียมเทปบันทึกเสียง/สมุดบันทึก/แบบฟอร์มสำหรับบันทึกภาคสนาม (ในการสังเกต/การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม) ใช้แบบบันทึกส่วนบุคคลของผู้วิจัยเป็นการสะท้อนความคิดของผู้วิจัยต่อข้อมูลทุกครั้งที่มีการเก็บข้อมูลในการใช้เครื่องบันทึกเสียงผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง

### ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลหลักเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยและเก็บข้อมูลดังนี้

1. ทบทวนเวชระเบียนและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแหล่งข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล

2. การสังเกตใกล้ชิด ผู้วิจัยทำการสังเกตการซักประวัติและพูดคุยระหว่างผู้ให้ข้อมูลหลักกับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแจ้งผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและบันทึกในแบบบันทึก

3. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มไว้เป็นหลักฐานก่อนการพูดคุย ขั้นตอนนี้ใช้เครื่องบันทึกเสียงช่วยการจำ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยอ่านข้อมูลทั้งหมดและกำหนดรหัสจัดหมวดหมู่ข้อมูลและเชื่อมโยงความสัมพันธ์มีขั้นตอนดังนี้

1. ถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำบันทึกในแบบบันทึก อ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างละเอียดเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความรู้สึกตามการบรรยายของข้อมูลนั้นแต่ละราย

2. จัดระเบียบข้อมูลโดยกำหนดรหัสข้อมูลโดยเลือกข้อมูลที่ตรงกับประเด็นคำถามหลักในการวิจัยและกำหนดรหัสแทนความหมาย

3. จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายคล้ายกันมารวมกันจากนั้นสรุปและหาความเชื่อมโยงของข้อมูลหรือประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นจากข้อมูลที่นำมาจัดกลุ่มแล้วเลือกข้อมูลที่มีความหมายตรงกับวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัยออกมารวมทั้งประเด็นที่ค้นพบเพิ่มเติมจากการเก็บข้อมูล

4. การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือโดยใช้วิธี 3 เสา (Triangulation) ด้านผู้ให้ข้อมูล/ด้านผู้วิจัย/ด้านวิธีการเก็บข้อมูล

### ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 15 ราย/ญาติที่มากับผู้ป่วย 15 ราย/เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) มีแพทย์ 2 คน/พยาบาล 5 คน/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน โรคมะเร็งที่วินิจฉัยมีหลายชนิด การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติใช้ห้องให้คำแนะนำที่ห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็งส่วนผู้เกี่ยวข้องที่เป็นเจ้าหน้าที่ใช้ห้องพักเจ้าหน้าที่ในห้องตรวจผู้ให้ข้อมูลทุกคนเต็มใจพูดคุยและให้ข้อมูลตามประสบการณ์ตรงที่ได้รับคล้ายกับการระบายความรู้สึกของตนเองมากกว่าเป็นการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ

จากผลการศึกษาคั้งนี้พบข้อมูลสำคัญดังต่อไปนี้

1. บริบทที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง)

1.1 ระยะเวลาการรอคอยผลชิ้นเนื้อ 2 อาทิตย์หลังแพทย์ทำการตัดชิ้นเนื่อนานเกินไปเพราะรอด้วยความเครียด “2 อาทิตย์ นานมากในความรู้สึกของคนรอ ใจมันวุ่นวายไปหมดแหละ ผลมันก็วันออกเคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ผลออกเขาโทรเลยนะเราจะได้รีบมาหาหมอปรึกษา” (จาก CCA-id-6)

1.2 การรอเข้าพบแพทย์หน้าห้องตรวจในวันที่มาฟังผลชิ้นเนื้อผู้ป่วยและญาติต้องการควรวางตัว

1.2.1 มุมมองผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยผู้ป่วย 1 ราย ให้ความเห็นว่าควรจะมีคนมาตรวจก่อน เพราะรอมา 2 อาทิตย์ มีความเครียด “เอกสารฉัน/ผลตรวจของฉัน มันกองอยู่น่าสมเจ้า ฉันมาแต่เช้าๆ (เช้า) โปกะฮู้ว่าฉันเป็นมะเร็ง (เสียงดังขึ้นและน้ำตาคลอ) ค้นบอกแต่เช้าส่งฉันมานี้ (ห้องตรวจเฉพาะมะเร็ง) ฉันกะสิได้พ้อหมอผู้นี้เลย นี่ถ้า (รอ) ตั้งเหม็ดมื่อ (ทั้งวัน) มากะ 4 โมงเพิ่น เลิกงานแล้ว ผู้ใดสิมานั่งถ้าหละ” (จาก PCA-id-2)

1.2.2 มุมมองผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลประจำห้องตรวจ 2 คน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดลำดับคิวผู้ป่วยเข้าตรวจของห้องตรวจว่า แนวทางปฏิบัติที่ใช้คือเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยโดยการประเมินสัญญาณชีพไม่ใช่ระดับความเครียดจากการรอผลชิ้นเนื้อ 2 อาทิตย์ “เรื่องเรียกเข้าตรวจมันก็มีเกณฑ์นะที่ เกณฑ์จำแนกคนไข้เราใช้อะไร เราใช้ Vital sign เราไม่มีเกณฑ์ความเครียดนะที่ เราจะตอบว่าเรา เห็นเขาเครียด แล้วให้เขาก่อนได้หรือที่นี้คนไข้เยอะมากพื้ก็เห็น” (จาก Nu1-id-1)

1.3 จำนวนผู้ป่วยที่รอพบแพทย์มีจำนวนมากจัดเข้าพบแพทย์ในห้องตรวจพร้อมกันหลายคนไม่เป็นส่วนตัว“กะทำอยากถามรายละเอียด แนน มีคนอื่นกะอยากอายุเขา เขาเป็นมะเร็ง” (จากบทสัมภาษณ์ CCA-id-13)

1.4 ญาติผู้ป่วยที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งให้เหตุผลว่ากลัวคนไข้จะรับไม่ได้ มี 2 กลุ่มคือ

1.4.1 คนไข้ที่อายุอยู่ในวัยทำงานและมีตำแหน่งหน้าที่ในสังคม (ญาติเป็นสามี/ภรรยา) “แต่เราไม่ได้ให้คนไข้รู้นะกะ แกไม่เคยป่วยเลยกะจะเป็นครู ฉันทันเป็นภรรยาสอนที่เดียวกัน ฉันทันกลัวกรับไม่ได้ ตอนเข้าไปฟังหมอบอกแกไม่ได้เข้าไป” (จาก CCA-id-2)

1.4.2 คนไข้ที่อายุมากแล้วญาติไม่อยากจะรู้กลัวเสียใจ (ญาติเป็นลูก) “หนูไม่อยากให้แม่รู้กลัวแกทรุด น้องชายแกก็ตาย เป็นคนไข้ของที่นี่แหละจำได้มีัยกะ (PCA-id-6)

1.5 ผู้ป่วยที่มาคนเดียวเมื่อแพทย์แจ้งผลชิ้นเนื้อว่าเป็นมะเร็งมีอาการตกใจแต่ไม่มีญาติปลอบใจ “แต่บางทีถ้าซักประวัติแล้วเห็นว่าคนไข้มาฟังผลคนเดียว หนูก็จะคอยฟังอยู่ถ้าเห็นว่าหมอบอกเสียงดังหนูก็จะเข้าไปเรียกออกมา เพราะบางคนเขออกมากี่มีนะ ตกใจใจไม่มีญาติมาด้วยจะทำไ้ เชอเลยสงสารทีเพราะหมอบอกพูดคำเดียวเรื่องอ้อมๆค่อยๆบอกนะไม่มีทรอกคำ มีแต่จะพ่าไม่พ่าถ้าหากแกก็จะบอกออกไปคุยกับพยาบาลข้างหน้า” (จาก Nu2-id-2)

1.6 การใช้คำที่มีความหมายใกล้เคียงกับ “มะเร็ง” ในการแจ้งผลชิ้นเนื้อทำให้ผู้ฟังเกิดความไม่แน่ใจและสับสน” หมอว่าเป็นเนื้อร้ายนะยาย ฉันทันกะคิดว่าเป็นมะเร็งแน่ๆ แม่นปั้งนี้ (จาก PCA-id-5)

1.7 ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการรับแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง)“เพิ่นไปได้ว่าสงสัยทางมะเร็งเต้เพิ่นว่าเป็นเนื้ออกสิเจอะนมส่งตรวจซื่อๆ (เฉยๆ) กะนำลิเว้าตรงๆ โลดมันกะสิต้องได้ยอมรับนั่นหละเป็นหลายเป็นน้อย (น้อย) กะบอกโลดตัว รักษาได้บได้กะบอกมาสิได้เตรียมตัว มือนี้มาฮู้ กะ ฟ่าปั้งบั้ง (ตกใจ) โลดแหละ” (จากPCA-id-9)

1.8 สถานที่และความเป็นส่วนตัวในการแจ้งผลการวินิจฉัย “ทีละ 3-4 คนกะ เรียกเข้าปั้งในห้องเลยเราก่อยเรียกตรวจให้ปั้งกับหมอทีละคนไม่ปั้งไม่ทันหมอ (จากบทสัมภาษณ์ Aide-id-2)

1.9 ทักษะของเจ้าหน้าที่ในการแจ้งข่าวร้าย “หนูเคยได้ยินแกบอกคนไข้ เป็นมะเร็งนะต้องผ่าตัด จะผ่าไม่ผ่า จะนัดวันให้ คนไข้เป็นลมเลยที่หมายตั้งเลยไม่รู้ว่าจะตกใจหรือเหนื่อยเพราะรอนานนะ (จาก Nu5-id-5)

2. ทักษะในการใช้กระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) ของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร

2.1 จากการสัมภาษณ์แพทย์เฉพาะทาง 2 คน ไม่กล่าวถึงการใช้กระบวนการแต่ใช้วิธีสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการอย่างไรถ้าประเมินว่ารับข้อมูลได้ก็บอกเลยแต่แพทย์ทั้ง 2 คนให้ความเห็นว่าควรบอกผลขึ้นเนื้อว่าเป็นมะเร็งให้ผู้ป่วยทราบตรงๆ เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่อง “ไม่หรอกค่ะ ก็ไม่ต้องขนาดนั้นเราก็บอกเขาไปเลย เพราะส่วนใหญ่เวลาจะทำ Biopsy เราแจ้งอยู่แล้วว่าเอาไปตรวจเพื่ออะไร” (จากบทสัมภาษณ์แพทย์ D1-id-1)

2.2 พยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจทั้ง 5 คน ให้ความเห็นว่าไม่ได้คิดถึงการใช้กระบวนการแจ้งข่าวร้ายขณะพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ใช้ทักษะการพูดคุยและการซักประวัติก่อนตรวจที่ใช้ทั่วไปของพยาบาล และให้ความเห็นเกี่ยวกับการใช้กระบวนการว่าเป็นหน้าที่แพทย์ส่วนเรื่องกระบวนการแจ้งข่าวร้าย 6 ขั้นตอนเคยเรียนไม่ค่อยได้ใช้จึงจำไม่ได้ทั้งหมดถ้าจะนำมาใช้เป็นแนวทางก็น่าจะทำได้ยากเพราะจำนวนคนไข้มากบางที่แพทย์ก็บอกผู้ป่วยแบบอ้อมๆ โดยใช้คำใกล้เคียงแล้วส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง ทำให้การซักประวัติก่อนเข้าตรวจกับแพทย์เฉพาะทางมะเร็งต้องใช้ความระมัดระวัง ในกรณีผู้ป่วยยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยชัดเจน เพราะอาจเกิดผลกระทบรุนแรงด้านจิตใจในรายที่ไม่ได้เตรียมใจมาล่วงหน้า เสี่ยงต่อการร้องเรียนและความไม่พึงพอใจของญาติที่ต้องการปกปิดไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้

2.3 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ทำหน้าที่ช่วยแพทย์ตรวจให้ข้อมูลว่า แพทย์จะแจ้งผลตรวจขึ้นเนื้อว่าเป็นมะเร็ง โดยตรงเป็นส่วนใหญ่ไม่ได้ให้เวลาผู้ป่วยและญาติซักถามหรือทำใจเนื่องจากผู้ป่วยรอตรวจจำนวนมากไม่มีเวลาพอ กรณีผู้ป่วยที่ไม่ค่อยตอบสนองหรือ

รับรู้เรื่องแนวทางการรักษาหลังแจ้งผลการวินิจฉัยจะนัดหมายครั้งต่อไปหรือส่งต่อให้พยาบาลหน้าห้องตรวจดูแล

3. มุมมองและความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการแจ้งผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของแพทย์

1. ต้องการให้แจ้งผลขึ้นเนื้อตรงๆ ว่าเป็นมะเร็ง เพราะต้องการเตรียมตัวและวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป “จริงๆ น่าจะบอกตรงๆ ผมจะได้ทำตัวถูก เราทราบราชการด้วย บางทีก็ต้องลางาน” (จาก PCA-id-9)

2. แพทย์ไม่ควรบอกอ้อมโดยใช้คำใกล้เคียง เพราะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไม่แน่ใจและสับสน “ค้นเว้ามาโลดทะลือจุกแต่ที่แรกเนาะนี่เพิ่นบ่เว้ามีแต่ว่าเป็นเนื้อร้ายๆหรือว่าเพิ่นกะบู้คือกัน” (PCA-id-9)

3. บอกตรงหรืออ้อมก็ได้แต่ควรมีรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติมด้วยเช่นระยะของโรค/วิธีการรักษา/ทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย/โอกาสรอดชีวิตและเวลาที่เหลืออยู่ “ถ้าว่ากันตรงๆนะ จะบอกตรงก็ได้อ้อมก็ได้แต่ที่ไม่ชอบคือมันไม่มีโอกาสได้คุยคุยไม่ได้ อยากถามอะไรมันไม่มีโอกาสคนไข้เยอะเต็มห้อง” (จาก CCA-id-6)

4. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นญาติบางรายต้องการให้บอกกับญาติเพราะกลัวคนไข้เสียใจรับไม่ได้แต่ไม่สามารถให้ ให้ความเห็นว่าควรบอกเมื่อไหร่

5. ควรแจ้งผู้ป่วยและญาติถึงเหตุผลอย่างชัดเจนก่อนว่าต้องเจาะชิ้นเนื้อตรวจหาเซลล์มะเร็งจะได้เตรียมใจ

6. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยและญาติในขณะที่มีการแจ้งผลการวินิจฉัยผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าแพทย์พูดสั้นๆ มีสีหน้าเรียบเฉยเกินไปทำให้ไม่กล้าถามข้อมูลที่ต้องการทราบหลังฟังผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง “หมอเว้าดีแต่เพิ่นบ่ค่อยคุยคับ แกบอกแล้วกะแล้วคนไข้กะหลายผมกะบ่กล้าถามหลายคุณหมอนี้ (ผู้วิจัย) ยังเว้าหลายก้ออีก คือ มันเป็นฟาวๆ (รีบ) ผมกะคิดบ่ออกเฮ็ดจังได้มันเป็นแล้วเนาะ ถ้าหมอบอกอัน

นั้นอันนี้ก็ยังพอได้คิดได้ฟังแต่กะบ่ว่าเพ็นดอกเข้าใจอยู่” (จาก PCA-id-1)

4. สิ่งที่อยู่ป่วยและญาติต้องการจากทีมสุขภาพหลังรับรู้ว่าป็นมะเร็ง

1. ต้องการให้แพทย์ให้ความเป็นกันเอง และพูดกับผู้ป่วยมากขึ้น เพราะบางครั้งแพทย์แจ้งผลการวินิจฉัยแล้วไม่อธิบายหรืออธิบายสั้นๆ สีหน้าเรียบเฉยทำให้ผู้ป่วยเกรงใจและไม่กล้าถามต่อแต่ผู้ให้ข้อมูลก็เข้าใจว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากแพทย์ต้องรีบตรวจ “บางทีก็เห็นใจอยู่ แก่เสียงดังคนไข้ก็กลัวเวลาแกพูดเรื่องรักษา แกจะพูดเร็วๆ ต่อๆ กันแล้วก็จบ แกอยากให้พยาบาลช่วยพูดแต่ข้างหน้าก็ยุ่งนะ คนไข้เยอะ” (จาก Aide-id-1)

2. ขอให้แพทย์แนะนำรายละเอียดของโรค/ระยะของโรค/วิธีการรักษา/โอกาสรอดชีวิต

3. ต้องการเวลาในการคิดและตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วย”แกบอกให้ผมผ่าตัด แต่แกไม่บอกรายละเอียดไม่แนะนำอะไรเลย ผมคิดว่าผมยังไม่พร้อม แหมคนเรามันก็ต้องคิดก่อน ผมต้องทำงานมันต้องวางแผนชีวิต คนมันมีการะ มึ่งงานทำ แล้วก็ ไม่บอกว่าทำอะไร แบบไหน จะได้ผ่าตัดเมื่อไหร่ มีรายละเอียดยังไง ต้องให้เวลาผมด้วย ผมต้องจัดการอะไรหลายอย่าง (จาก PCA-id-8)

4. ญาติผู้ป่วย (1 ราย) ต้องการให้แพทย์กำหนดเวลาที่คนไข้จะมีชีวิตอยู่เพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย “อยากอู้จักว่าเป็นระยะได้ออยู่ได้โดนปานได้ค้นรักษาได้ ฉันทิได้เบ็งเลาเฮ็ดนำเลาติๆ ก่อนตาย (ร้องไห้) (จาก CCA -id-3)

5. ต้องการการบริการอื่นๆ

1. อยากให้โทรติดต่อแจ้งผลการตรวจชิ้นเนื้อทันทีที่ผลชิ้นเนื้อออกเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบผลว่าเป็นมะเร็งเร็วกว่ากำหนดนัดเพื่อเข้าสู่อการรักษาเร็วขึ้น

2. อยากให้มีเบอร์ติดต่อเวลามีปัญหาต้องการปรึกษา

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) ของโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานียังไม่มีรูปแบบเฉพาะและ

แพทย์ผู้แจ้งผลการวินิจฉัยไม่ได้ใช้กระบวนการแจ้งข่าวร้าย (six-step-protocol) ครบทุกขั้นตอนเพราะสถานที่ไม่เอื้อให้พูดคุยนานและมีผู้ป่วยจำนวนมากรอตรวจพยาบาลวิชาวชิพประจำห้องตรวจมีความรู้เรื่องกระบวนการแจ้งข่าวร้าย แต่ขาดทักษะเนื่องจากไม่ค่อยได้ใช้และยังไม่มีการจัดอบรมเป็นรูปแบบหรือกำหนดเป็นนโยบายชัดเจน ผู้ป่วยมีความเครียดและกังวลเพราะได้รับข้อมูลหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก

กระบวนการวินิจฉัยโรคมะเร็งเริ่มจากผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติมาพบแพทย์และเข้าตรวจตามแผนกต่างๆ เมื่อแพทย์ตรวจพบความผิดปกติหรือสงสัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งโดยแนวทางการวินิจฉัยตามมาตรฐานที่ยอมรับคือการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ส่งตรวจหลังจากนั้นก็รอผลตรวจโดยนั้ดอีก 2 อาทิตย์ แพทย์นัดมาพบที่ห้องตรวจเดิม จึงเริ่มเข้าสู่กระบวนการแจ้งผลการวินิจฉัยผู้ป่วยมารอพบแพทย์เพื่อฟังผลชิ้นเนื้อตามนัดผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลตรงกันว่ามีอาการเครียดและกังวลมากบริบทที่มาเกี่ยวข้องมีทั้งระยะเวลารอคอยหน้าห้องตรวจ/การจัดระบบบริการของห้องตรวจ/สถานที่ไม่เป็นส่วนตัว/การรับรู้ข้อมูลเดิมเกี่ยวกับสาเหตุที่ต้องตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจและสำคัญที่สุดคือความพร้อมของผู้ป่วยซึ่งกำลังจะเป็นผู้รับข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) สำหรับผู้ป่วยคงไม่อาจปฏิเสธได้เลยว่าเป็นข่าวร้ายที่สุดครั้งหนึ่งในชีวิตและย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมากมาย กลายเป็นที่มาของความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกส่งมารอพบแพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคมะเร็งที่ห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตใกล้ชิด/สัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ทราบว่า แม้การรับรู้ว่าคุณเองเป็นมะเร็งจะเป็นข่าวร้ายที่สุดแต่การดำเนินชีวิตต่อไปหลังรับรู้ผลการวินิจฉัยนั้นกลับสำคัญยิ่งกว่าพยาบาลประจำห้องตรวจจึงควรเข้ามามีบทบาทในกระบวนการนี้เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพและมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องดังนั้นประสบการณ์และทักษะที่ดีในการใช้กระบวนการแจ้งข่าวร้ายจึงน่าจะช่วยลดความเครียด

ของผู้ป่วยรายใหม่ได้อีกทั้งการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการแจ้งข่าวร้ายอย่างสม่ำเสมอแม้จะอ้างว่าผู้ป่วยมีจำนวนมากแต่กับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่กำลังตกใจ/กังวลใจเนื่องจากเพิ่งรับฟังข่าวร้ายที่สุดมาไม่นานวิธีนี้จะช่วยให้พวกเขาได้เตรียมความพร้อมด้านจิตใจและเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยจิตใจที่มั่นคง เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการคือความเป็นกันเอง/คำแนะนำ/ความเห็นอกเห็นใจจากทีมสุขภาพมากที่สุด แม้ว่าคำบอกเล่าในเรื่องผลการวินิจฉัยว่า “เป็นมะเร็ง” จะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมากเพียงใดแต่กลไกการปรับตัวตามธรรมชาติของมนุษย์ จะช่วยให้เขายอมรับได้ในที่สุด จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและญาติยอมรับข่าวร้ายได้และส่วนใหญ่ต้องการให้บอกตรงๆ แต่ต้องการคำอธิบาย/คำแนะนำทางเลือกในการรักษาเพิ่มเติมหลังจากนั้นเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วยที่จะเลือกว่าจะเข้ารับการรักษาต่อเนื่องหรือเลือกใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีค่ากับครอบครัวเพื่อทำในสิ่งที่เขาต้องการแม้ว่าปลายทางของโรคมะเร็งมักจะจบลงด้วยการเสียชีวิต หากผู้มีหน้าที่แจ้งข่าวร้ายนี้ใช้กระบวนการแจ้งข่าวร้ายครบทุกขั้นตอนเชื่อว่าจะช่วยเตรียมความพร้อมของจิตใจผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความจริงว่าเป็น “มะเร็ง” ได้ดีที่สุด ดังนั้นการนำทฤษฎีกระบวนการแจ้งข่าวร้าย (six-step-protocol) มาใช้ในการแจ้งผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจึงน่าจะลดความเครียดของผู้ป่วยและเป็นผลดีเพราะผู้ป่วยจะรับรู้ข่าวร้ายในสภาพที่จิตใจมีความพร้อมสามารถดำเนินชีวิตไปพร้อมๆกับโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารและการจัดระบบบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

1. ควรมีการนำแนวทางปฏิบัติตามกระบวนการแจ้งข่าวร้าย (SPIKES) มาปรับใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ให้สามารถปรับสภาพจิตใจและยอมรับผลการวินิจฉัย นำไปสู่การเตรียมความพร้อมที่จะเข้าสู่ขั้นตอนการรักษาด้วยจิตใจที่เข้มแข็งอันจะเป็นผลดีต่อการรักษาโรคมะเร็ง

1.1 ควรกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนใน

เรื่องการรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกส่งต่อมาพบแพทย์เฉพาะทางที่ห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็ง โดยจัดส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมทักษะกระบวนการแจ้งข่าวร้ายเพื่อดูแลผู้ป่วยรายใหม่แม้หน้าที่โดยตรงในการแจ้งผลขึ้นเนื้อว่าเป็นมะเร็งเป็นหน้าที่แพทย์ แต่พยาบาลอาจช่วยลดภาระงานในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยจำนวนมากพยาบาลสามารถกรีนนำให้ผู้ป่วยเตรียมใจก่อนที่จะฟังผลการวินิจฉัยจากแพทย์ พยาบาลที่ได้รับการอบรมเสริมทักษะแล้วจะมีความมั่นใจและสามารถใช้กระบวนการบอกข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) อย่างถูกต้องและได้ผลดี

1.2 ส่งเสริมให้มีการอบรมเรื่อง “กระบวนการบอกข่าวร้าย (SPIKES)” แก่เจ้าหน้าที่ระดับแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการแจ้ง “ข่าวร้าย” ซึ่งไม่จำเป็นว่าจะต้องเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเท่านั้น เช่น ในห้องฉุกเฉินหรือ หอผู้ป่วยหนัก เป็นต้นเป็นการเสริมทักษะในการใช้กระบวนการให้แก่เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่นๆ ด้วยด้วย

2. การจัดระบบบริการควรมีช่องทางที่เอื้อให้ผู้ป่วยที่มาฟังผลตรวจชิ้นเนื้อได้เข้าพบแพทย์ก่อนแม้จะไม่ได้มีอาการหนักตามเกณฑ์การจำแนกทางร่างกายที่ใช้อยู่ทั่วไปของห้องตรวจ แต่จิตใจก็สำคัญเช่นกันแม้จะไม่มีเกณฑ์วัดด้านจิตใจที่จะได้รับการจัดลำดับคิวเข้าตรวจก่อน เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการของโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ยังไม่ได้รวมอยู่กับห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็ง ขั้นตอนการวินิจฉัยอยู่ที่แพทย์สาขาต่างๆ เมื่อมีการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ผู้ป่วยรอผลชิ้นเนื้อถ้าเป็นมะเร็งจึงจะส่งต่อไปพบแพทย์อายุรศาสตร์โรคมะเร็งเพื่อปรึกษาเรื่องการรักษาต่อเนื่องถ้าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งได้เข้าพบแพทย์เร็ว ขั้นตอนต่อไปก็จะแล้วเสร็จในวันเดียวกันทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยและรายละเอียดขั้นตอนการรักษาของตนจากแพทย์เฉพาะทางอย่างครบถ้วนในวันเดียวจะทำให้ลดความเครียดของผู้ป่วยและญาติโดยไม่ต้องรอวันต่อไปซึ่งทำให้เพิ่มความเครียดยิ่งขึ้นอีก

3. กำหนดระบบติดตามผู้ป่วยทันทีที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology) ส่งมาที่ห้องตรวจเช่น

ในกรณีที่ผลชิ้นเนื้อออกก่อนถึงวันนัด (2 อาทิตย์หลังตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ) และผลอ่านว่าเป็นมะเร็งควรจะมีการติดตามผู้ป่วยมาพบแพทย์ให้เร็วที่สุดนับเป็นข้อดีที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอด้วยความเครียดนานและได้เข้าสู่กระบวนการรักษาเร็วขึ้น

4. การแจ้งผลชิ้นเนื้อ (Pathology) ที่ห้องตรวจเฉพาะมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีการตัดชิ้นเนื้อเมื่อผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและแพทย์เห็นว่าไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (ผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมส่วนใหญ่จะมีการผ่าตัดก่อนส่งพบแพทย์เฉพาะทางมะเร็ง) ควรส่งผู้ป่วยพร้อมผลไปที่ห้องตรวจมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการแจ้งข่าวร้าย (ผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง) ครั้งเดียวโดยแพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์และวางแผนการรักษาต่อเนื่องเป็นการลดภาระงานของห้องตรวจเดิม เพราะจากผลการศึกษาค้างนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเจ้าหน้าที่ทุกคนให้ความเห็นตรงกันว่าจำนวนผู้ป่วยที่รอตรวจในแต่ละห้องตรวจมีจำนวนมากจึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการบอกข่าวร้าย (SPIKES) ได้ทุกขั้นตอน

5. พยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจเฉพาะโรคมะเร็งควรได้รับการอบรมเรื่องการให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มาใช้บริการหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างขั้นตอนการรักษาที่เกิดปัญหาเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยลง

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติโรคมะเร็งของคนไทย. บทความสุขภาพ.[อินเทอร์เน็ต]กรุงเทพฯ: 2559 (เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2560) เข้าถึงได้จาก <https://www.healthyhitech.net>
2. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2555. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ตะวันออกการพิมพ์: กรุงเทพฯ
3. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี.งานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. 2557-2560.
4. จุฬารัตน สุรกุล. ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับ

ความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร 2545; 20(4): 1-9

5. วิโรจน์ วรรณะภีระ และปานจิต วรรณะภีระ. แจ้งข่าวร้าย:หนามยอกเอาหนามบ่ง.พุทธชินราชเวชสาร 2550; 24:358-68

6. อานุกาฬ เลขะกุล. การแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news). สงขลานครินทร์เวชสาร 2556; 31(3): 1-10

7. กฤตชญา ฤทธิฤกษ์ชัย. ความเครียดกับมะเร็ง. วารสารโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2555; 4-6

8. สายพิณ หัตถิรัตน์. การแจ้งข่าวร้ายไม่ให้ร้าย. คู่มือหมอฉบับสมบูรณ์ 2549; 316-23

9. พงศกร เล็งดี และคณะ. มุมมองของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อการได้รับการแจ้งผลวินิจฉัยโรค. วารสารโรคมะเร็ง 2552; 29 (4). 143-51

10. จิตชญา บุญนันท์และปรางทิพย์ ฉายพุทธ. บทบาทพยาบาลในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสภาการพยาบาล 2552; 24(3) 7-18

# ปัญหาและแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปณณทัต บนขุนทด อาจารย์, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

ณรงค์กร ชัยวงศ์ อาจารย์, มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

พิมพ์รดา ธรรมภักดิ์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ชมภู บุญไทย อาจารย์ประจำวิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ศรัณย์ ปองนิมิตรพร อาจารย์ประจำวิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน 5 ด้านคือ ด้านส่วนตัวของนักศึกษา ด้านการเรียนการสอนในคลินิก ด้านอาจารย์นิเทศ ด้านแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ และด้านสวัสดิการของสถาบัน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นิสิตนักศึกษาพยาบาล และอาจารย์นิเทศ จำนวน 306 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.50-1.00 และหาความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการตีความสร้างข้อสรุป ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 19 สถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range) ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean :  $\bar{x}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.)

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ด้านส่วนตัวของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.51$ , S.D.=0.90) ด้านการเรียนการสอนในคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.64$ , S.D.=0.86) ด้านอาจารย์นิเทศอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x}=2.42$ , S.D.=0.85) ด้านแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.95$ , S.D.=0.96) ด้านสวัสดิการของสถาบันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.03$ , S.D.=0.96) และภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.91$ , S.D.=0.90) และแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ด้านส่วนตัวของนักศึกษาได้แก่ ต้องปลูกฝังความรักต่อวิชาชีพพยาบาลให้กับนักศึกษาเมื่อเริ่มเข้าเป็นนักศึกษาพยาบาลและควรต้องมีการคัดเลือกนักศึกษาที่ชอบวิชาการพยาบาล พร้อมกับจัดให้นักศึกษาได้มีเวลาพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อการเข้ารับการฝึกประสบการณ์วิชาชีพพยาบาล ด้านการเรียนการสอนในคลินิกได้แก่ ต้องจัดให้มีการปฐมนิเทศและกำหนดวัตถุประสงค์ พร้อมกับวางแผนในการเรียนการสอน การมอบหมายงานในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพให้กับนักศึกษาตามความรู้ความสามารถและควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเรียนการสอนในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพด้วยด้านอาจารย์นิเทศได้แก่ แจ้งวัตถุประสงค์และแผนการสอนต่ออาจารย์นิเทศและให้อาจารย์นิเทศศึกษาหลักสูตรการเรียนการสอนก่อนออกปฏิบัติงานกับนักศึกษา พร้อมกับจัดปฐมนิเทศอาจารย์ก่อนที่จะร่วมออกปฏิบัติงานกับนักศึกษา ด้านแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพได้แก่ จัดแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพให้เหมาะสมกับนักศึกษาและตรงตามวิชาที่จะต้องฝึกปฏิบัติ ให้ความสำคัญและความเชื่อมั่นต่อนักศึกษาในการให้การพยาบาลที่แหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ พร้อมทั้งให้มีค่าตอบแทนอย่างเหมาะสมกับการฝึกปฏิบัติงาน รวมทั้งแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพและด้านสวัสดิการของสถาบันได้แก่ ขอให้มีการจัดรถรับ-ส่งให้กับนักศึกษาอย่างเพียงพอหรือประสานงานในการจัดที่พักให้เหมาะสมและพอดีกับจำนวนนักศึกษา พร้อมกับให้มีบริการอาหารแก่นักศึกษาในช่วงเวลาที่ฝึกปฏิบัติงานนอกเวลา

**คำสำคัญ:** ปัญหาและแนวทางการพัฒนา, การฝึกประสบการณ์วิชาชีพ, นักศึกษาพยาบาล

# PROBLEMS AND GUIDED DEVELOPMENT IN PROFESSIONAL PRACTICES OF NURSING STUDENTS IN THE NORTHEAST

Punnathut Bonkhunthod Instructors, Western University, Buriram

Narongkorn Chaiwong Instructors, Buriram Rajabhat University

Pimradar Tummeepukdee Lecturer, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

Chompoo Boonthai Lecturer, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

Sarun Pongnimitporn Lecturer, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

## ABSTRACT

The objective of this descriptive study research was to study the problems and the guidelines development in professional practices 5 aspects of nursing students in the North East of Thailand: personal data, clinical teaching, faculty supervision, the field experience and the institution welfare. The sample consisted of 306 nursing students and faculty supervision, with tools in this study was a questionnaire. Consistency indices (IOC) between 0.80-1.00 and reliability find out by using coefficient Cronbach's alpha was 0.92. Qualitative data analysis by interpreting the conclusions, quantitative data was analyzed by SPSS program version 19. The statistics used in the research include the median and inter-Quartile range. Frequency, Percentage, Average and standard deviation (S.D.).

The research findings: Problems in professional practices of nursing students. The students' personal, a high level ( $\bar{x}=3.51$ , S.D.=0.90). The teaching in the clinic, in the medium ( $\bar{x}=2.64$ , S.D.=0.86). The supervising faculty, at a low level ( $\bar{x}=2.42$ , S.D.=0.85). The field experience, in the medium ( $\bar{x}=2.95$ , S.D.=0.96). Welfare institutions, in the medium ( $\bar{x}=2.95$ , S.D.=0.96) and snapshots, in the medium ( $\bar{x}=3.03$ , S.D.=0.96). Over all, in the medium ( $\bar{x}=2.91$ , S.D.=0.90). And the guidelines development in professional practices of nursing students. Including the students' personal to instill a love of nursing to students when starting a nursing student and should be subject to qualifying students like nursing. And to arrange for students to have time to socialize and exchange ideas and experiences in the nursing profession. The teaching in the clinical area. Must provide orientation and objectives. And to plan instruction. Assigned the task of training experience to students as appropriate. Knowledge and understanding and the teaching practice of professional experience. Faculty supervision, including the notify objectives and lesson plans, teacher supervision and supervisory faculty teaching courses before working with students. With an orientation prior to joining the faculty work with students. Including the field experience. The field experience to suit the students and meet the subjects to practice on. Focus and confidence to students in the nursing field experience. Along with providing compensation appropriately to practice with field experience and the welfare of the institution, including. Have a car-send to a student or adequate coordination arrangements. Accommodation to suit and fit the student. Along with providing food to students during the practice sessions.

**Keywords:** The problems and the guidelines development, Professional practices, Nursing students

## บทนำ

ในโลกยุคสังคมแห่งการเรียนรู้ (Learning Society) ที่ความรู้และภูมิปัญญาของแต่ละสังคม ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพและความสามารถในการแข่งขันกับนานาชาติ ได้ส่งผลให้หลายประเทศทั่วโลกต่างหันกลับมาทบทวนบทบาทและแนวทางการจัดการศึกษาของตนอย่างจริงจังด้วยเป้าหมายเพื่อสร้างและพัฒนากำลังคนที่มีความสามารถที่จะนำการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรมของประเทศให้ก้าวสู่ศตวรรษใหม่ได้อย่างมั่นคงสมภาคภูมิ<sup>1</sup> สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีบทบาทสำคัญยิ่งในการจัดการศึกษาทุกยุคทุกสมัย ภารกิจหลักของมหาวิทยาลัยคือ การสอน การวิจัย การบริการวิชาการแก่สังคมและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โดยเฉพาะการสอนนับว่ามีบทบาทสำคัญประการหนึ่งเพราะการสอนจะส่งผลผลิตด้านกำลังคนคือ แนวความคิดในคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ 3 ประการคือ<sup>2</sup> มีความรู้วิชาการสาขาของตน มีความรอบรู้ในวิทยาการต่างๆ ศิลปวัฒนธรรมและมีคุณธรรมจริยธรรม ในการผลิตบัณฑิตที่พึงประสงค์นั้น มีความสำคัญยิ่งในการจัดประสบการณ์การเรียนการสอนอย่างเหมาะสม ถึงแม้ว่า มหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาจัดวางแผนหรือการจัดเตรียมหลักสูตรได้ดีและมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าการจัดประสบการณ์การเรียนการสอนไม่ดีแล้ว ย่อมจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ยาก

ประเทศไทยมีการจัดการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. 2499 โดยมุ่งจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ปกป้องดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะพิศปกติ ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม กระแสความตื่นตัวในการดำเนินงานด้านสุขภาพตามแนวคิด “การสาธารณสุขแนวใหม่ (New public Health)” ที่เสนอแนะให้ใช้การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ดังปรากฏตามประกาศ “กฎบัตร

ออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion)” ที่กำลังมีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบันนั้น นำไปสู่คำถามที่ว่า การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในปัจจุบันได้มีการปรับปรุง พัฒนารูปแบบ วิธีการเรียนการสอนหรือเนื้อหาสาระที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร ดังรายละเอียดวิชาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพหรือประสบการณ์ภาคสนาม (Field experience specification) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (มคอ.) และตามกรอบมาตรฐานของสภาการพยาบาล (มคอ.4)

จากสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน นิสิต/นักศึกษาพยาบาลมักจะมีปัญหาด้านการเรียนการสอนอยู่เสมอ ซึ่งประเด็นปัญหาการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยคือ วิธีการถ่ายทอดความรู้และสมรรถภาพในการเรียนของผู้เรียนยังได้รับความสนใจน้อย แม้ว่า ได้มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการสอนและวิทยาการเกี่ยวกับการเรียนรู้ให้ก้าวไปมากแล้วก็ตาม แต่ผู้สอนยังไม่ได้นำวิธีการดังกล่าวมาใช้ให้เหมาะกับลักษณะของการศึกษาในระดับนี้และจากรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย<sup>4</sup> โดยการศึกษาและรวบรวมปัญหาจากบทความการศึกษารายงานการประชุมสัมมนา การสัมภาษณ์และการใช้แบบสอบถามกับอาจารย์และนิสิตนักศึกษา ได้รวมปัญหาคือ ปัญหาด้านจุดมุ่งหมาย เป็นต้นว่า การกำหนดจุดมุ่งหมายในการวางแผนหลักสูตรและการเรียนการสอนไม่ชัดเจน, ปัญหาหลักสูตรและสภาพการเรียนการสอน ต้องมีการปรับปรุงการจัดหลักสูตร การจัดประสบการณ์การเรียน รวมถึงวิธีการสอน, ปัญหาการใช้เทคโนโลยีทางการศึกษา ต้องมีการส่งเสริมการใช้สื่อการสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและปัญหาการประเมินผลก้าวหน้าของผู้เรียนและผู้สอน ซึ่งควรจะต้องให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การจัดการศึกษาพยาบาล ก็เช่นเดียวกับสาขาวิชาชีพอื่น พยาบาลเป็นบุคคลที่ต้องมีบทบาทต่องานด้านการพยาบาลและด้านสาธารณสุข ทั้งในด้าน

การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ พยาบาลระดับวิชาชีพจะต้องสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพสูง พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเฉลียวฉลาด สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา มีคุณธรรม มีทักษะในการปฏิบัติพยาบาล ดังนั้น การจัดการศึกษาพยาบาล นอกจากจะต้องมีระบบการบริหารหลักสูตรที่ดีแล้ว ส่วนที่เป็นหัวใจสำคัญยิ่งคือ การจัดประสบการณ์ การเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพราะมีความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลิกภาพและวิชาการ เพื่อให้พยาบาลที่ผลิตออกมานั้นมีความสามารถปฏิบัติงานกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สาเหตุที่นิสิต/นักศึกษาพยาบาลมีปัญหาในการฝึกภาคปฏิบัติและไม่สามารถที่จะนำความรู้ทางทฤษฎีไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์ เช่น ผู้บริหารการศึกษายาบาลขาดการวางแผนในการให้การศึกษาภาคปฏิบัติ, การกำหนดวัตถุประสงค์ในการฝึกภาคปฏิบัติยังไม่ชัดเจนเน้นสอนและผู้เรียน, เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและหน่วยงานที่นิสิต/นักศึกษาเข้าฝึกภาคปฏิบัติงาน มิได้เข้าใจวัตถุประสงค์ในการฝึกภาคปฏิบัติของนิสิต/นักศึกษา นอกจากมุ่งหวังเพียงแรงงานจากนิสิต/นักศึกษาเป็นประการสำคัญและการนิเทศ การประเมินผลยังไม่เกิดผลอย่างเที่ยงตรงและครอบคลุม<sup>๑</sup>

ด้วยเหตุที่ วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องอาศัยทักษะความชำนาญ เพื่อสามารถปฏิบัติกรพยาบาลให้กับผู้ใช้บริการ โดยให้เกิดความปลอดภัย (Safety Patient) มากที่สุด โดยอาศัยองค์ความรู้ที่เชี่ยวชาญให้เหมาะกับหอผู้ป่วยหรือภาคนาสนาที่ต้องไปฝึกประสบการณ์วิชาชีพ การจัดการเรียนการสอนสำหรับนิสิต/นักศึกษาพยาบาล จึงมีทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อใช้ความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้กับภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริง ให้เกิดความชำนาญพร้อมที่จะจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการ ได้อย่างเต็มความสามารถ จึงถือได้ว่า การจัดการเรียนการสอนในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพมีความสำคัญต่อหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเป็นความสำคัญและความจำเป็นต่อการประกอบ

วิชาชีพพยาบาล เพราะเป็นการให้โอกาสแก่ผู้เรียนในการนำความรู้ทางทฤษฎีมาฝึกปฏิบัติกับผู้ใช้บริการในสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลประจำการและยังเป็นการช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีเจตคติของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลอีกด้วย<sup>๒</sup> ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สนใจที่จะศึกษาความเหมาะสมของการฝึกประสบการณ์วิชาชีพและเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลระดับอุดมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อที่จะนำผลและแนวทางแก้ปัญหามาใช้ประกอบการพิจารณาปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนและการจัดตั้งอำนวยความสะดวกเพื่อให้การสอนมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อหาแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

### ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากร (Population) ได้แก่ นิสิต/นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์นิเทศ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 20 สถาบันการศึกษา ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรธานี จังหวัดอุตรธานี วิทยาลัยพยาบาล ศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรจังหวัดสุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม คณะพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น และคณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดบุรีรัมย์

2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ได้ประชากรคือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์, สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข และคณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย สังกัดสถาบันการศึกษาเอกชน ในปีการศึกษา 2559 จำนวน 1,500 คน และได้กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากตารางของ Krejcie and Morgan<sup>7</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 306 คน<sup>8</sup> และดำเนินการวิจัยด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ

3. กลุ่มเป้าหมาย (Target Group) ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์, วิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนีสุนทรินทร์ และคณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, คณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ทั้ง 6 สถาบันอุดมศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์/นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์นิเทศ

4. ช่วงเวลาในการวิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี หลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยและเพื่อให้ได้ข้อคำถามสำหรับการวิจัยในขั้นตอนต่อไป ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

ขั้นตอนที่ 2 การร่าง แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาล การศึกษาปัญหา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การศึกษาเอกสารและการสังเกต (Best Practice) สถาบันอุดมศึกษาที่จัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาล เพื่อแสดงทั้งภาพรวมและรายละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาล หลังจากนั้น สังเคราะห์และบูรณาการสารสนเทศ ที่ได้สรุปจากผลการสัมภาษณ์เข้ากับแนวคิด ทฤษฎี ที่ได้ศึกษาไว้ในขั้นตอนที่ 1 เพื่อร่างแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร่าง 1)

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (ร่าง 1) แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยคณะผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความเป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์นิเทศ ว่ามีความสอดคล้องกับ (ร่าง) แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มากน้อย แດไหน พร้อมทั้งขอทราบข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม (ร่าง) แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการนำผลสรุปของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ มาพิจารณาดำเนินการโดยผู้วิจัยได้ (ร่าง 2)

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบเพื่อยืนยัน (Confirm) และขอคำชี้แนะเพิ่มเติม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ร่าง 2) แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยวิธีประชาพิจารณ์ (Public Hearing) ตามแบบประเมินความเป็นไปได้ (ความเหมาะสม) และแบบประเมินความพึงพอใจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลประจำการ หัวหน้าตึกและนิสิต/นักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 2

1. แบบสอบถามส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งเป็น 5 ด้านคือ

- 1.1 ด้านส่วนตัวของนิสิต/นักศึกษา
- 1.2 ด้านการเรียนการสอนในคลินิก
- 1.3 ด้านอาจารย์นิเทศ
- 1.4 ด้านแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ
- 1.5 ด้านสวัสดิการของสถาบัน

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของแต่ละด้าน

### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อให้ได้เนื้อหาสาระตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษามากที่สุด โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.50-1.00 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาก่อนจำนวน 30 คน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ซึ่งไม่ได้นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง และหาความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.92

### ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ จข. 2559/0070 หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้ข้อมูลและอธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษารั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ โดยจะใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามแทนชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนด โดยไม่มีผลกระทบอื่นๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

ทางสถิติ ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้ จากแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพ ส่วนตัว บทบาทหน้าที่ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ อายุ เพศ และภูมิฐานะ ของครอบครัว วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาและ แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของ นิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range) ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean :  $\bar{x}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของ นิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ใช้วิธีตีความ สร้างข้อสรุปโดยการพรรณนา (Descriptive Method) ตามรูปแบบ ความหมาย ความสัมพันธ์และผลกระทบ ของปรากฏการณ์ที่ได้พบเห็นและเกิดขึ้น รวมถึง การใช้ประสบการณ์ของผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูล

### ผลการวิจัย

1. ปัญหาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของ นิสิต/นักศึกษาพยาบาล ด้านส่วนตัวของนิสิต/นักศึกษ อยู่ในระดับมาก ด้านการเรียนการสอนในคลินิกอยู่ใน ระดับปานกลาง ด้านอาจารย์นิเทศอยู่ในระดับน้อย ด้านแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพอยู่ในระดับปาน กลาง ด้านสวัสดิการของสถาบันอยู่ในระดับปานกลาง และภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับปัญหาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/ นักศึกษาพยาบาล ในรายด้าน และภาพรวม

ปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ	ระดับการรับรู้ (n=306)		ระดับ
	X	S.D	
1. ด้านส่วนตัวของนักศึกษา	3.51	0.90	มาก
2. ด้านการเรียนการสอนในคลินิก	2.64	0.86	ปานกลาง
3. ด้านอาจารย์นิเทศ	2.42	0.85	น้อย
4. ด้านแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ	2.95	0.96	ปานกลาง
5. ด้านสวัสดิการของสถาบัน	3.03	0.96	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>2.91</b>	<b>0.90</b>	<b>ปานกลาง</b>

2. แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์ วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาล ด้านส่วนตัว ของนิสิต/นักศึกษาได้แก่ ต้องปลูกฝังให้มีความรักใน วิชาชีพพยาบาลตั้งแต่นิสิต/นักศึกษาเริ่มเข้าเป็นนิสิต/ นักศึกษาพยาบาล ( $\bar{x}$ =4.61, S.D.=0.97) ควรมีการคัด เลื่อนนิสิต/นักศึกษาที่ชอบวิชาการพยาบาล ( $\bar{x}$ =4.53, S.D.=1.02) และจัดให้นิสิต/นักศึกษาได้มีเวลาพบปะ กับอาจารย์เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกันก่อน เข้ารับการฝึกประสบการณ์วิชาชีพพยาบาล ( $\bar{x}$ =4.53, S.D.=1.02) ด้านการเรียนการสอนในคลินิกได้แก่ ต้อง ประชุมนิเทศ และแจ้งวัตถุประสงค์พร้อมทั้งวางแผนการ จัดการเรียนการสอนในคลินิก ( $\bar{x}$ =3.67, S.D.=1.03) มอบหมายงานในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพให้กับ นิสิต/นักศึกษิตตามความรู้ความสามารถ ( $\bar{x}$ =3.52, S.D.=0.76) และทำความเข้าใจ และใช้วิธีการเรียน การสอนที่เหมาะสมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพแก่ นิสิต/นักศึกษา ( $\bar{x}$ =3.48, S.D.=0.98) ด้านอาจารย์ นิเทศได้แก่ แจ้งวัตถุประสงค์ และแผนการสอนต่อ อาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง ( $\bar{x}$ =4.28, S.D.=0.51) รับฟัง และขอคำแนะนำเกี่ยวกับหลักสูตรการเรียน การสอนกับอาจารย์นิเทศก่อนการฝึกประสบการณ์ วิชาชีพ ( $\bar{x}$ =3.58, S.D.=1.09) และประชุมนิเทศอาจารย์ นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนที่จะปฏิบัติงานกับนิสิต/ นักศึกษา ( $\bar{x}$ =3.47, S.D.=0.75) ด้านแหล่งฝึกประสบการณ์ วิชาชีพได้แก่ จัดแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพให้ เหมาะสมกับนิสิต/นักศึกษา และตรงตามวิชาที่จะต้อง ฝึกปฏิบัติ ( $\bar{x}$ =4.54, S.D.=0.78) ให้มีความสำคัญ และ

ความเชื่อมั่นต่อนิสิต/นักศึกษาในการให้การพยาบาลที่แหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ( $\bar{x}=4.48$ , S.D.=1.04) และจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับปฏิบัติการพยาบาลให้มีจำนวนเพียงพอ ( $\bar{x}=4.13$ , S.D.=0.96) และด้านสวัสดิการของสถาบันได้แก่ จัดรถรับ-ส่งให้นิสิต/นักศึกษา โดยมีการควบคุมให้เป็นไปตามตารางที่กำหนด ( $\bar{x}=4.48$ , S.D.=0.74) ติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจากสถานที่ ฝึกปฏิบัติจัดที่พักให้กับนิสิต/นักศึกษา ( $\bar{x}=3.52$ , S.D.=0.97) และติดต่อประสานงานให้สถานที่ที่ฝึกปฏิบัติจัดบริการอาหารให้กับนิสิต/นักศึกษาในช่วงเวลาที่ฝึกปฏิบัติ ( $\bar{x}=3.01$ , S.D.=0.88)

### การอภิปรายผล

ปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นหัวใจของการสอนหลักสูตรพยาบาลเพราะเป็นการให้โอกาสแก่ผู้เรียนในการนำความรู้ทางทฤษฎี มาฝึกปฏิบัติกับผู้รับบริการในสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการในฐานะพยาบาลประจำการ ซึ่งประสบการณ์ทักษะด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะด้านความคิดในเชิงวิเคราะห์ ตัดสินใจแก้ปัญหา และทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ นอกจากนี้ การฝึกภาคปฏิบัติยังเป็นการช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีเจตคติของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>9</sup> การจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ และบรรลุจุดมุ่งหมายจากแหล่งบริการและคลินิกที่ใช้ในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพควรมีประสิทธิภาพ ทั้งบุคลากร อุปกรณ์ วิธีการบริหารงาน ตลอดจนการให้โอกาสนิสิต/นักศึกษาใช้วิธีการใหม่ๆ ในการให้การพยาบาลร่วมด้วยนั้น จะทำให้ไม่ค่อยมีปัญหามากนัก และจากการพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า

1. ด้านส่วนตัวของนิสิต/นักศึกษา เนื้อหาวิชาที่มีรายละเอียดมากเกินไป ไม่เหมาะสมกับจำนวนชั่วโมง จะทำให้นิสิต/นักศึกษาไม่มีเวลาทบทวนวิชาที่เรียนไปแล้วก่อให้เกิดความเครียดในการเรียนวิชาชีพ

พยาบาลได้<sup>10</sup> และนิสิต/นักศึกษาพยาบาลต้องรับผิดชอบงานมากเกินไป ทำให้เกิดความตึงเครียดและเบื่อหน่าย อันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นิสิต/นักศึกษาพยาบาลลาออก และเปลี่ยนจากการเรียนวิชาชีพพยาบาลไปเรียนวิชาชีพอื่น<sup>11</sup> แนวทางการพัฒนา เช่น ควรมีวิธีการคัดเลือกนิสิต/นักศึกษาที่ชอบวิชาชีพการพยาบาล, ปลูกฝังให้มีความรักในวิชาชีพพยาบาล ตั้งแต่นิสิตเริ่มเข้าศึกษาต่อและสร้างความตระหนัก และมีส่วนสนับสนุนให้นิสิตพัฒนาและปรับปรุงตนเอง ด้านความรู้ความเข้าใจในระหว่างการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เป็นต้น

2. ด้านการเรียนการสอนในคลินิก ในการเตรียมการด้านสถานที่ฝึกปฏิบัติของนิสิต/นักศึกษาพยาบาล ต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคคลของแหล่งฝึกปฏิบัติทุกระดับ ทั้งนโยบายผู้ปฏิบัติการและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ประเมินความพร้อมและความสมัครใจ เมื่อแหล่งฝึกปฏิบัติตกลงใจรับนิสิต/นักศึกษาแล้ว ควรจัดให้มีการประชุมบุคลากรทุกระดับอีกครั้ง เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางในการประสานงาน การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก พร้อมทั้ง กำหนดเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน<sup>12</sup> แนวทางการพัฒนาเช่น จัดปฐมนิเทศและแจ้งวัตถุประสงค์พร้อมกับวางแผนการจัดในการเรียนการสอนในคลินิก, จัดกิจกรรมและการเสริมทักษะประสบการณ์วิชาชีพให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของนิสิต/นักศึกษา ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกประสบการณ์วิชาชีพและทบทวนวัตถุประสงค์รายวิชาให้เหมาะสมและถูกต้อง ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกประสบการณ์วิชาชีพพยาบาล เป็นต้น

3. ด้านอาจารย์นิเทศ<sup>13</sup> การจัดการศึกษาพยาบาลภาคปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมียาจารย์พยาบาลรับผิดชอบในแหล่งฝึกปฏิบัตินั้น อย่างเพียงพอในสัดส่วนที่เหมาะสมตามลักษณะของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ แนวทางการพัฒนาเช่น จัดอบรมอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อเพิ่มทักษะความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดประสบการณ์แก่นิสิต/นักศึกษาอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ, ส่งเสริมให้อาจารย์นิเทศได้มีการสอน

และใช้ประสบการณ์วิชาชีพและช่วยชี้แนะเพื่อให้ นิสิต/นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้ในสถานการณ์จริง และส่งเสริมให้นิสิต/นักศึกษา ได้มีส่วนร่วมในการจัด กิจกรรมการเรียนรู้และการปฏิบัติงานในคลินิกร่วมกับ อาจารย์นิเทศ เป็นต้น

4. ด้านแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ การคัดเลือกแหล่งฝึกปฏิบัติ ควรศึกษาวัตถุประสงค์ของการ จัดฝึกปฏิบัติว่าต้องการให้นิสิต/นักศึกษาพยาบาล เกิด การเรียนรู้หรือเกิดทักษะด้านใดบ้าง พิจารณาปัจจัย ที่จำเป็นต้องมีในแหล่งฝึกปฏิบัติและดำเนินการคัดเลือก แหล่งฝึกปฏิบัติ โดยพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ ลักษณะ ของประสบการณ์ที่นิสิต/นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติและ สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ<sup>14</sup> แนวทางการพัฒนา เช่น ศึกษาความเหมาะสมของจำนวนนิสิต/นักศึกษา ต่อผู้รับบริการในแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพก่อน การฝึกปฏิบัติและประสานงานขอความร่วมมือของเจ้า หน้าที่ระดับต่างๆ ในแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่ออำนวยความสะดวกการฝึกปฏิบัติ เป็นต้น

5. ด้านสวัสดิการของสถาบัน เกณฑ์ของ แหล่งฝึกปฏิบัติทางด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จะต้อง มีสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกแก่การจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ที่จำเป็นอย่างเพียงพอเช่น เครื่องมือในการ พยาบาลและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านควหาความรู้เพิ่มเติมได้เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน ตำราทางการแพทย์ ห้องอ่านหนังสือหรือห้องสมุด ตลอดจนที่ สำหรับจัดการประชุมปรึกษา สำหรับอาจารย์และ นิสิต/นักศึกษาพยาบาล ใช้ในขณะที่ฝึกปฏิบัติงานและมี ที่สำหรับเก็บสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัวขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่แหล่งฝึกปฏิบัตินั้นด้วย<sup>15</sup>

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. สำหรับผู้บริหารการศึกษาพยาบาล

1.1 ควรมีการประสานงานระหว่าง ผู้บริหารของสถาบันการพยาบาลกับสถาบันแหล่ง ฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการในการดำเนินการจัดการเรียนการสอน

1.2 ควรมีการเตรียมการในสถาน

ที่และทรัพยากรอื่นที่จำเป็น เพื่อให้สอดคล้องและ สนับสนุนแผนการดำเนินงานและเป้าหมายของการ ศึกษาภาคปฏิบัติ

1.3 ต้องกำหนดจุดมุ่งหมายของ การศึกษาภาคปฏิบัติให้ชัดเจนกล่าวคือ ต้องการสร้าง หรือปรับปรุงกิจกรรมของนิสิต/นักศึกษาในด้านใด เป้า หมายจะช่วยในการวางแผนจัดการศึกษาได้ถูกทิศทาง

#### 2. สำหรับนิสิต/นักศึกษาพยาบาล

2.1 ควรมีวิธีการหรือแนวทางใน การคัดเลือกนิสิต/นักศึกษาหรือการฝึกหัดปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อนเข้าศึกษาวิชาชีพ การพยาบาล เพื่อเป็นการสำรวจความพร้อมทั้งด้าน ร่างกายและด้านจิตใจ

2.2 ควรมีการฝึกปฏิบัติเสริมทักษะ ก่อนและหลังการฝึกประสบการณ์วิชาชีพและมีการ ประเมินผลการฝึกปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางให้ นิสิต/นักศึกษาพยาบาลได้เตรียมความรู้และศึกษาเพิ่ม เต็มให้เหมาะสมกับการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ

#### 3. สำหรับอาจารย์นิเทศ

3.1 ควรมีการสอบถามความคิดเห็นของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลที่มีต่ออาจารย์นิเทศ ในแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางใน การจัดดำเนินการโครงการอบรมอาจารย์นิเทศหรือ อาจารย์ใหม่

3.2 ควรจัดสัดส่วนที่เหมาะสม ระหว่างนิสิต/นักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์นิเทศที่ แหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพตามลักษณะของการ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทางการ พัฒนาในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพ

3.3 ควรมีการติดตามผลการปฏิบัติงาน ของนิสิต/นักศึกษาพยาบาล เมื่อเสร็จสิ้นการฝึก ประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อนำผลการฝึกปฏิบัติมาใช้ พัฒนาหลักสูตรให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

#### 4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4.1 ควรศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและ แนวทางการพัฒนาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของ นิสิต/นักศึกษาพยาบาล สังกัดการศึกษาหรือวิชาชีพอื่นๆ

4.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนิสิต/นักศึกษาพยาบาล ในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพทางด้านความรู้สึก เจตคติและความรับผิดชอบ

4.3 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนิสิต/นักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาจริยธรรมของนิสิต/นักศึกษาพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน. การศึกษาค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานของโรงเรียนเอกชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษา: 2554.
2. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. การประชุมหารือคณะกรรมการการอุดมศึกษาและคณะอนุกรรมการด้านมาตรฐานการอุดมศึกษาเรื่อง “กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ”. ความเป็นมาและขั้นตอนการดำเนินการโครงการกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา. วันเสาร์ที่ 18 เมษายน 2552 เวลา 09.00-16.00 น. ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพฯ: 2552.
3. สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อผลิตนิสิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ 26 ฉบับพิเศษ. นนทบุรี : 2554.
4. บุญส่ง ไกรสังข์. การศึกษาปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยบูรพา: 2540.
5. กุลยา ตันติผลาชีวะ. การฝึกประสบการณ์วิชาชีพ. วารสารการศึกษาพยาบาล. (1) 35-45: กันยายน: 2541
6. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานผลการศึกษาเรื่อง การติดตามผลการดำเนินการตามมติและข้อเสนอแนะของการสัมมนาพยาบาลศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: 2546.
7. Krejcie. Robert V. and Daryle W. Morgan. “Determining Sample Size for Research Activities,” Educational and Psychological Measurement 1970 ; 30 (3): 607-610
8. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ โอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด: 2553.
9. วัลลา ตันตโยทัย. บ่มเพาะนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดอุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์ : 2555.
10. จิราภรณ์ มั่นสุข. แนวโน้มและพัฒนาการของวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. ลำปาง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง : 2552.
11. มณฑา ล้อมทองกุล, สุภาพ อาธิเอื้อ. แหล่งความเครียดวิธีการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2552; 15: 192-205.
12. สมศรี ทาทาน, อัมพร ยานะ. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อทักษะปฏิบัติการพยาบาลและทัศนคติต่อวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี: 2551
13. อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, ฟ่องศรี เกียรติเลิศสนา, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, ศรีนวล วิวัฒน์คุณุปรการ. ความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นหลัก. พยาบาลสาร 2551; 35: 1-9.
14. สมทรง มณีรอด. สภาพความเป็นอยู่ของนักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดน. ชัยนาท. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท: 2551.
15. Donald, Ogston G. and Raren M. Ogston. “Counselling Students in Hospital School of Nursing,” The Canadian Nurse. 53; April: 1970.

# พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์และนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

ณรงค์กร ชัยวงศ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ปิ่นฉัตร บินขุนทด พย.ม., ป.ร.ด (บริหารการศึกษา) อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

พิมพ์รดา ธรรมมีภักดี อาจารย์ประจำวิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ชมภู บุญไทย อาจารย์ประจำวิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ศรันย์ ปองนิมิตรพร อาจารย์ประจำวิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

## บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นหัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พยาบาลจะมีพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรได้มากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับการศึกษาในระบบการศึกษาศึกษาพยาบาล การเป็นแบบอย่างในเรื่องของพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

รูปแบบ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาจารย์พยาบาลที่สอนภาคปฏิบัติจำนวน 36 คน และนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จำนวน 173 คน ที่ได้ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติมาแล้วอย่างน้อย 1 ภาคการศึกษา ในปีการศึกษา 2560 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของวัตสัน (Watson) จำนวน 51 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test

ผลการศึกษา: พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.52, S.D 0.21) และการรับรู้ของนิสิตพยาบาล ถึงพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.51, S.D 0.36) ส่วนค่าเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาลไม่แตกต่างกัน ( $t_{86.54} 0.25, p 0.79$ )

สรุป: พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาลที่ไม่มีความแตกต่างกันจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการเรียนรู้ของนิสิต นิสิตพยาบาลได้มีโอกาสในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมั่นใจกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าที่จะซักถามปัญหา ส่งเสริมศักยภาพในการเรียนรู้ เพิ่มทักษะในการคิดวิเคราะห์ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการคิดแก้ไขปัญหา รวมถึงช่วยพัฒนาให้นิสิตมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมความเอื้ออาทร, การสอนภาคปฏิบัติ

# CARING BEHAVIOR OF NURSE INSTRUCTORS IN NURSING PRACTICUM BY PERCEPTION BETWEEN INSTRUCTORS AND NURSING STUDENT, FACULTY OF NURSING BURIRAM WESTERN UNIVERSITY

Narongkorn Chaiwong, M.N.S (Adult nursing), Nurse Instructors, adult and elderly nursing at Faculty of Nursing Buriram Rajabhat University

Punnathad Bonkhunthod, M.N.S., Ph.D (Educational Administration), Nurse Instructors, community nursing at Faculty of Nursing Buriram Western University

Pimradar Tummeepukdee Lecturer, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

Chompoo Boonthai Lecturer, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

Sarun Pongnimitporn Lecturer, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

## บทคัดย่อ

Background: Caring is central focus of humanistic care. Nurses are compassionate, caring behavior was much depends refined in nursing education system. Exemplary nursing care behaviors of nurse instructors are important issue.

Objective: To explore and compare caring behavior of nurse instructors in the nursing practicum by perception between instructors and nursing student at faculty of nursing Buriram western university

Material and Method: This research was descriptive research. The population groups were 36 nurse instructors and 173 nurse students. They had practiced for one semester in 2017. The research tool was a set of questionnaires consisting of a general question and a questionnaire about caring behavior of nurse instructors in the nursing practicum by perception between instructors and nursing student, total 51 questions. The Questionnaire was formed according to the theoretical framework of Watson. The value of reliability was 0.95. Data was analyzed by percentage, means, standard deviation values and t-test, use SPSS version 19.

Results: The average score of caring behavior of nurse instructors in the nursing practicum by perception of instructors was highest level (Mean 4.52, S.D 0.21) and nurse students perception of caring behavior of nurse instructors in the nursing practicum was highest level (Mean 4.51, S.D 0.36). Caring behavior of nurse instructors in the nursing practicum by perception between instructors and nursing student was no difference ( $t_{86.54} = 0.25$ ,  $p = 0.79$ )

Conclusion: There was no different between instructors and nursing student in perception of caring behavior of nurse instructors in the nursing practicum by perception was no difference will help to promote students' learning ability. Students have the opportunity to practice, dare to comment and ask for problem solving. The ability to learn can promote critical thinking skills, decision making skills, problem solving and thinking skills and help to develop the students' attitude toward the profession nurse.

**Keywords:** caring behavior, nursing practicum

### บทนำ

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรมีความสำคัญยิ่งในวิชาชีพการพยาบาล โดยเฉพาะในวงการการศึกษาทางการพยาบาลนั้นจะต้องมีการเตรียมนิสัยให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการสอนนิสัยให้เข้าใจว่าการพยาบาลคือการดูแลอย่างเอื้ออาทรนั้น อาจารย์จะต้องช่วยนิสัยให้รู้และเกิดค่านิยมที่จะชื่นชมและยินดีที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น<sup>1</sup> นอกจากนี้ อาจารย์พยาบาลจะต้องมีบทบาทในการกระตุ้นให้นิสิตพยาบาลสามารถเชื่อมโยงแนวคิดระหว่างการเรียนภาคทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติจริงให้ได้<sup>2</sup> จากความสำคัญดังกล่าวการเริ่มต้นหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทั่วไปจึงมักจะสอนนิสัยถึงพื้นฐานการพยาบาลที่เป็นการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นได้แก่ ทักษะการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลโดยเน้นการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร<sup>3,4</sup>

ในประเทศไทยมีการจัดการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. 2499 โดยการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะตามความคาดหวังโดยมีการกำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ คือผู้สำเร็จการศึกษาจะต้องมีความสามารถในการพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในสภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความรับผิดชอบ ยึดหลักคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ ซึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดในการผลิตบัณฑิตให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์คือ กระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยเฉพาะในรายวิชาภาคปฏิบัติ อาจารย์นิเทศนอกจากจะเป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในศาสตร์ทางวิชาชีพให้กับนิสิตแล้วยังเป็นแม่แบบสำหรับนิสัยทั้งทางด้านบุคลิกภาพพฤติกรรม และทัศนคติการปฏิบัติที่ดี<sup>5</sup> พฤติกรรมการนิเทศด้วยความเอื้ออาทรของอาจารย์นิเทศจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการเรียนรู้ของนิสิต

ทำให้นิสิตกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าที่จะซักถามปัญหา ส่งเสริมศักยภาพในการเรียนรู้ ส่งเสริมทักษะในการคิดวิเคราะห์ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการคิดแก้ไขปัญหา ช่วยให้นักศึกษามีพัฒนาการด้านต่างๆ ตามวัตถุประสงค์รายวิชาและยังช่วยพัฒนาให้นิสิตมีเจตคติของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลด้วย<sup>6</sup> จากการศึกษาของเดวิสและโอริเซน<sup>7</sup> พบว่า พฤติกรรมการแสดงออกทางวิชาชีพของพยาบาลเกิดขึ้นจากการที่มีอาจารย์และพยาบาลเป็นแบบอย่าง นอกจากนี้พบว่า บุคลิกลักษณะของอาจารย์ พฤติกรรมการสอนและการให้คำปรึกษาให้กำลังใจแก่นักศึกษาในการทำงานมีผลต่อการพัฒนานักศึกษา<sup>8</sup> การบ่มเพาะพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาลและการพัฒนาพฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทรของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ในอนาคต นิสิตควรเริ่มต้นจากการได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทรจากอาจารย์พยาบาล โดยเฉพาะอาจารย์ผู้นิเทศในรายวิชาฝึกภาคปฏิบัติ ซึ่งมีความใกล้ชิดและเป็นแบบอย่างสำหรับนิสิต พฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทรนั้นเป็นทั้งกระบวนการและพฤติกรรมที่สามารถสอนและเรียนรู้กันได้<sup>9</sup> พฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทรนิสัยจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่ออาจารย์ใช้วิธีการสอนแบบเอื้ออาทร<sup>10</sup> เมื่อนิสิตมีประสบการณ์พฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทรที่ดีจากอาจารย์แล้ว บัณฑิตก็จะเรียนรู้ที่จะดูแลแบบเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่นต่อไป

คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เป็นสถานศึกษาทางการพยาบาลเอกชน เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต มีวิสัยทัศน์ คือ มุ่งมั่นในการพัฒนาระบบการศึกษาและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาขีดความสามารถของบัณฑิตให้เป็นปัญญาชน ที่มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดำเนินชีวิตและการประกอบวิชาชีพ มีคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีวิสัยทัศน์กว้างไกล มีภาวะผู้นำ พัฒนatanเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และเป็นพลเมืองที่ดีของสังคมไทยและสังคมโลก เน้นการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดความเอื้ออาทรโดยอาจารย์พยาบาลนำมาใช้ในการดูแลนิสิตอย่างเหมาะสม เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีและ

ปลูกฝังพฤติกรรมความเอื้ออาทรให้กับนิสิตพยาบาล อีกทั้งก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่มีการให้กำลังใจทำให้นิสิตสำเร็จเป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีความเอื้ออาทรแต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและพัฒนาอาจารย์ให้นำความเอื้ออาทรมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีความสุขแก่นิสิตพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

### กรอบแนวความคิดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎี การประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ตามแนวคิดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ของวัตสัน (Watson)<sup>11</sup> ประกอบด้วย ปัจจัยการดูแล 10 ประการ ได้แก่ 1) สร้างระบบ ค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตา ต่อเพื่อนมนุษย์ 2) สร้างความศรัทธาและความหวัง 3) ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น 4) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ 5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ 6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่าง เป็นระบบเพื่อการตัดสินใจ 7) ส่งเสริมการเรียนรู้ การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น 8) ประดับประคอง

สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ 9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น และ 10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นพลังที่มีอยู่ ซึ่งในการสอนนักศึกษา จำเป็นอย่างยิ่งที่อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ตีร่วมกันเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ของนักศึกษา ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสันก็มีโมเดลหลักประการหนึ่งคือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล พยาบาลจะมีพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรได้มากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับ การขัดเกลาในการศึกษาพยาบาล การเป็นแบบอย่างในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นอาจารย์พยาบาลที่ขึ้นนิเทศ จำนวน 36 คน และนิสิตพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ชั้นปีที่ 2, 3, 4 จำนวน 173 คน ที่ได้ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติมาแล้วอย่างน้อย 1 ภาคการศึกษา ในปีการศึกษา 2560 จำนวน 173 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน ธันวาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวิจัยของปีณธร ชัชวรัตน์<sup>12</sup> ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของ

วัดสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ด้าน 51 ข้อ แต่ละข้อถามถึงระดับของพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ในด้านการสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ต่อผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ด้านการสร้างศรัทธาและความหวัง ด้านการไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกันด้านการยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบด้านการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน ด้านการประทับประคองสนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ ด้านการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ด้านการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ (Rating Scale) ผู้ตอบสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น

ผู้วิจัยดำเนินการหาค่าเฉลี่ยของคำตอบแบบสอบถามโดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ของ บุญชม ศรีสะอาด<sup>13</sup> ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง พฤติกรรมความเอื้ออาทรอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง พฤติกรรมความเอื้ออาทรอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง พฤติกรรมความเอื้ออาทรอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง พฤติกรรมความเอื้ออาทรอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้วิจัยนำเครื่องมือฉบับนี้ไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ที่คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha

Coefficient) โดยได้ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น (เลขที่รับรอง WTU 2560-009) ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อจัดการเรียนการสอนใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับโดยจะใช้รหัสแทนชื่อสกุล และข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอโดยภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ชั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาจารย์และนิสิตพยาบาล

2) ชั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ต่ออาจารย์พยาบาล และนิสิตพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่กำหนดไว้ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 19 และนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้อ

อาหารของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ตามการรับรู้ของอาจารย์ผู้สอนกับนิสิต โดยใช้สถิติ t-test

**ผลการวิจัย**

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาจารย์นิเทศ พบว่าอาจารย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.8) มีอายุตั้งแต่ 26 ปี จนถึง 62 ปี อายุเฉลี่ย 41.75 ปี มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 87.5) มีประสบการณ์การสอนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 75) และประสบการณ์การสอนสิบปีขึ้นไปจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.25)

ข้อมูลทั่วไปของนิสิตพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.9) มีอายุระหว่าง 21-32 ปี อายุเฉลี่ย 21.78 ปี โดยชั้นปีที่มีนิสิตมากที่สุดคือ ชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 35.5) รองลงมาคือชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 33.7) มีค่าคะแนนเฉลี่ยของผลการเรียน (GPA) เท่ากับ 2.65

2. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นพบว่าพฤติกรรมด้านการสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ต่อผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.70 รองลงมาคือ ด้านการสร้างศรัทธาและความหวัง มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.67 ส่วนด้านการยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบมีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 4.29

ส่วนพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของนิสิตพยาบาล พบว่า ด้านการสร้างศรัทธาและความหวังมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.60 รองลงมาคือ ด้านการสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ต่อผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.59 ส่วนด้านการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลและด้านการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 4.39

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความเอื้ออาทร

ของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นโดยรวม ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าการรับรู้พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติแตกต่างกัน 14 ข้อ จากทั้งหมด 51 ข้อ ดังตารางที่ 1

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จำแนกตามรายชื่อของแต่ละด้าน

พฤติกรรมความเอื้ออาทร	อาจารย์พยาบาล (n=36)		นิสิตพยาบาล (n=173)		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
<b>I ด้านการสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ต่อผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์</b>						
1. อาจารย์ทักทายนิสิตด้วยคำสุภาพนุ่มนวลและให้เกียรติ	4.69	.66	มากที่สุด 4.66	.52	มากที่สุด 29	.76
2. อาจารย์แสดงความเต็มใจช่วยเหลือนิสิตทุกครั้งโดยไม่มีท่าทีเฉยเมย เมื่อหน้า	4.77	.42	มากที่สุด 4.65	.52	มากที่สุด 147	.14
3. อาจารย์ยอมรับนิสิตในความเป็นบุคคลหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะของตน	4.55	.55	มากที่สุด 4.55	.65	มากที่สุด 05	.99
4. อาจารย์เอาใจใส่ดูแลนิสิตแม้จะล่วงเลยเวลาทำงานไปบ้าง	4.83	.37	มากที่สุด 4.63	.59	มากที่สุด 262	.01*
5. อาจารย์ให้การดูแลนิสิตทุกคนอย่างเสมอภาค	4.80	.40	มากที่สุด 4.52	.66	มากที่สุด 341	.00**
6. เมื่อนักศึกษาไม่เข้าใจในการเรียนอาจารย์จะสอนนิสิตใหม่อีกครั้งโดยไม่รู้สึกหงุดหงิด	4.55	.60	มากที่สุด 4.55	.68	มากที่สุด 00	.99
<b>เฉลี่ยรายด้านที่ 1</b>	<b>4.70</b>	<b>.50</b>	<b>มากที่สุด 4.59</b>	<b>.60</b>	<b>มากที่สุด 1.69</b>	<b>.09</b>
<b>II ด้านการสร้างศรัทธาและความหวัง</b>						
7. อาจารย์ให้การช่วยเหลือนิสิตเมื่อนิสิตเกิดปัญหาได้	4.72	.45	มากที่สุด 4.70	.49	มากที่สุด 19	.84
8. อาจารย์พูดปลอบโยนให้กำลังใจเมื่อนิสิตรู้สึกท้อแท้หมดหวัง	4.58	.60	มากที่สุด 4.57	.66	มากที่สุด 09	.92
9. อาจารย์ส่งเสริมให้นิสิตมีความเข้มแข็งในการเผชิญกับความเครียดในการเรียน	4.66	.47	มากที่สุด 4.56	.64	มากที่สุด 1.13	.26

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย เวสเทิร์น จำแนกตามรายชื่อของแต่ละด้าน (ต่อ)

พฤติกรรมความเอื้ออาทร	อาจารย์พยาบาล (n=36)		นิสิตพยาบาล (n=173)		t	p
	Mean	S.D. แปลผล	Mean	S.D. แปลผล		
10. อาจารย์พูดให้กำลังใจแก่นิสิตและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือให้คำปรึกษาตลอดเวลา	4.72	.88	มากที่สุด	4.58 .63	มากที่สุด	1.05 .29
<b>เฉลี่ยรายด้านที่ 2</b>	<b>4.67</b>	<b>.41</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>4.60 .53</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>.69 .48</b>
<b>III ด้านการไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น</b>						
11. อาจารย์เข้าใจและรับรู้อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของนิสิต	4.52	.50	มากที่สุด	4.45 .70	มาก	.62 .53
12. อาจารย์สรุปความรู้สึกรู้สึกของนิสิตให้นิสิตเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น	4.41	.64	มาก	4.52 .66	มากที่สุด	.90 .36
13. อาจารย์รับฟังปัญหาและความต้องการของนิสิตอย่างเต็มใจและตั้งใจ	4.58	.60	มากที่สุด	4.50 .78	มากที่สุด	.54 .58
14. อาจารย์ไม่แสดงท่าทีรีบเร่งให้การสอนเมื่อนิสิตยังไม่พร้อม	4.41	.64	มาก	4.46 .71	มาก	.35 .72
15. อาจารย์เก็บเรื่องส่วนตัวของนิสิตไว้เป็นความลับ	4.58	.60	มากที่สุด	4.57 .65	มากที่สุด	.04 .96
16. อาจารย์ช่วยเหลือนิสิตทันทีเมื่อเห็นว่านิสิตมีความต้องการโดยไม่รู้ให้ร้องขอ	4.61	.59	มากที่สุด	4.56 .63	มากที่สุด	.38 .69
<b>เฉลี่ยรายด้านที่ 3</b>	<b>4.52</b>	<b>.41</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>4.51 .59</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>.10 .91</b>
<b>IV ด้านการสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน</b>						
17. อาจารย์จำชื่อและชั้นปีของนิสิตได้	3.75	.76	มาก	4.57 .58	มากที่สุด	7.31 .00**
18. อาจารย์เข้าใจความรู้สึกและแสดงความรู้สึกเห็นใจเมื่อนิสิตประสบปัญหา	4.75	.43	มากที่สุด	4.57 .64	มากที่สุด	1.94 .05*
19. อาจารย์มองและสบตานิสิตด้วยสายตาที่เป็นมิตรในขณะที่พูดคุย	4.72	.45	มากที่สุด	4.54 .70	มากที่สุด	1.93 .05*
20. อาจารย์สนใจสอบถามความต้องการและความสนใจของนิสิตเสมอ	4.58	.50	มากที่สุด	4.59 .59	มากที่สุด	.11 .91
<b>เฉลี่ยรายด้านที่ 4</b>	<b>4.45</b>	<b>.39</b>	<b>มาก</b>	<b>4.57 .51</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>1.59 .11</b>

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย เวสเทิร์น จำแนกตามรายชื่อของแต่ละด้าน (ต่อ)

พฤติกรรมความเอื้ออาทร	อาจารย์พยาบาล (n=36)		นิสิตพยาบาล (n=173)		t	p
	Mean	S.D. แปลผล	Mean	S.D. แปลผล		
<b>V ด้านการยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ</b>						
21. อาจารย์ช่วยนิสิตวิเคราะห์ความรู้สึกของนิสิตเอง	4.22	.72	มาก	4.58 .67	มากที่สุด	2.65** .00
22. อาจารย์ไม่ตำหนินิสิตเมื่อนิสิตแสดงอารมณ์โกรธหรือไม่พอใจ	4.13	.76	มาก	4.39 .80	มาก	1.44 .08
23. อาจารย์แสดงการยอมรับการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของนิสิตได้ทุกเรื่อง	3.72	.91	มาก	4.40 .86	มาก	4.25** .00
24. อาจารย์กระตุ้นให้นิสิตเปิดเผยหรือระบายความรู้สึกของตนเองออกมา	4.41	.64	มาก	4.52 .65	มากที่สุด	.91 .36
25. อาจารย์พูดชมเชยเมื่อนิสิตปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	4.77	.48	มากที่สุด	4.56 .71	มากที่สุด	2.22* .02
26. เมื่อนิสิตมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเองและผู้อื่น อาจารย์ช่วยแนะนำให้นักศึกษายอมรับได้	4.50	.65	มากที่สุด	4.50 .81	มากที่สุด	.06 .95
<b>เฉลี่ยรายด้านที่ 5</b>	<b>4.29</b>	<b>.56</b>	<b>มาก</b>	<b>4.49 .60</b>	<b>มาก</b>	<b>1.78 .07</b>
<b>VI ด้านการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ อย่างสร้างสรรค์</b>						
27. อาจารย์รับปัญหาและความต้องการของนิสิตได้อย่างรวดเร็ว	4.36	.72	มาก	4.55 .56	มากที่สุด	1.51 .13
28. อาจารย์สนใจสอบถามปัญหาความต้องการและความเปลี่ยนแปลงของนิสิตอย่างสม่ำเสมอ	4.22	.76	มาก	4.56 .56	มากที่สุด	2.57 .01*
29. อาจารย์ให้คำปรึกษาและเสนอแนะวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมให้แก่ นิสิต	4.55	.50	มากที่สุด	4.59 .54	มากที่สุด	.40 .68
30. อาจารย์อธิบายให้เข้าใจเหตุผลทุกครั้งเมื่อกำลังตักเตือนนักศึกษาเมื่อนิสิตทำผิด	4.66	.47	มากที่สุด	4.56 .64	มากที่สุด	.92 .35
31. อาจารย์ติดตามซักถามภายหลังให้การช่วยเหลือแก่นิสิตทุกครั้ง	4.50	.91	มากที่สุด	4.57 .64	มากที่สุด	.56 .57
<b>เฉลี่ยรายด้านที่ 6</b>	<b>4.46</b>	<b>.54</b>	<b>มาก</b>	<b>4.56 .51</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>1.14 .25</b>

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จำแนกตามรายชื่อของแต่ละด้าน (ต่อ)

พฤติกรรมความเอื้ออาทร	อาจารย์พยาบาล (n=36)		นิสิตพยาบาล (n=173)		t	p
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean		
<b>VII ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการสอน</b>						
32. อาจารย์ประเมินความต้องกรการเรียนรู้ของนิสิตก่อนมีการเรียนการสอน	4.22	.63	มาก	4.54	.56	มากที่สุด 3.09 .00**
33. อาจารย์เลือกใช้เวลาที่เหมาะสมในการพูดคุยกับนิสิต	4.38	.64	มาก	4.52	.61	มากที่สุด 1.20 .22
34. อาจารย์ให้เวลาพูดคุยกับนิสิตจนเกิดความเข้าใจชัดเจน	4.52	.55	มากที่สุด	4.56	.57	มากที่สุด .31 .75
35. อาจารย์ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์และสามารถนำไปปฏิบัติได้แก่นิสิต	4.42	.45	มาก	4.61	.53	มากที่สุด 1.20 .23
36. อาจารย์เปิดโอกาสให้นิสิตมีส่วนร่วมและเสนอความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอน	4.58	.60	มากที่สุด	4.61	.53	มากที่สุด .22 .82
<b>เฉลี่ยรายด้านที่ 7</b>	<b>4.48</b>	<b>.47</b>	<b>มาก</b>	<b>4.57</b>	<b>.51</b>	<b>มากที่สุด .89 .37</b>
<b>VIII ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการสอน</b>						
37. อาจารย์ดูแลจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศการเรียนการสอนทำให้นิสิตรู้สึกสบายและปลอดภัย	4.52	.69	มากที่สุด	4.60	.56	มากที่สุด .87 .38
38. อาจารย์ให้การสอนและคำแนะนำแก่นิสิตโดยคำนึงถึงความเข้าใจแก่นิสิตเป็นหลัก	4.63	.48	มากที่สุด	4.41	.69	มากที่สุด 1.49 .14
39. อาจารย์จัดหาหรืออนุญาตให้นิสิตนำสิ่งอำนวยความสะดวกมาใช้ที่หอผู้ป่วยตามความเหมาะสม	4.47	.65	มาก	4.50	.54	มากที่สุด .49 .61
40. อาจารย์ช่วยให้นิสิตได้พูดคุยกับนิสิตคนอื่นที่มีปัญหาคล้ายกัน	4.63	.54	มากที่สุด	4.52	.57	มากที่สุด 2.35 .02*
41. อาจารย์เปิดโอกาสให้ญาติและเพื่อนมาเยี่ยม นิสิตที่หอผู้ป่วย	4.66	.58	มากที่สุด	4.39	.68	มากที่สุด 2.14 .03*
<b>เฉลี่ยรายด้านที่ 8</b>	<b>4.58</b>	<b>.46</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>4.44</b>	<b>.51</b>	<b>มากที่สุด 1.49 .13</b>

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จำแนกตามรายชื่อของแต่ละด้าน (ต่อ)

พฤติกรรมความเอื้ออาทร	อาจารย์พยาบาล (n=36)		นิสิตพยาบาล (n=173)		t	p
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean		
<b>IX ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการสอน</b>						
42. อาจารย์ดูแลให้ความช่วยเหลือให้นิสิตได้รับสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิตเช่นอาหาร เครื่องนุ่งห่มยารักษาโรคที่พกแก่นิสิตในขณะที่ฝึกภาคปฏิบัติ	4.58	.60	มากที่สุด	4.41	.66	มาก 1.32 .18
43. อาจารย์ช่วยเหลือ นิสิตในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพเช่นการนอนหลับให้เพียงพอการรับประทาน อาหารที่เหมาะสมการจัดการกับความเครียด เป็นต้น	4.72	.45	มากที่สุด	4.42	.67	มาก 3.98 .00**
44. อาจารย์สนับสนุนให้นิสิตปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการและความถนัด	4.58	.55	มากที่สุด	4.34	.73	มาก 1.58 .11
45. อาจารย์ให้ความช่วยเหลือทันทีเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน	4.47	.60	มาก	4.38	.71	มาก .64 .52
46. อาจารย์อนุญาตให้นิสิตได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของครอบครัวและสังคม เช่น อนุญาตให้ลาเพื่อไปดูแลญาติที่เจ็บป่วยหรือเสียชีวิต	4.61	.54	มากที่สุด	4.43	.69	มาก 1.44 .15
<b>เฉลี่ยรายด้านที่ 9</b>	<b>4.59</b>	<b>.43</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>4.39</b>	<b>.62</b>	<b>มาก 2.29 .02*</b>
<b>X ด้านการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่</b>						
47. อาจารย์รับฟังและยอมรับความเชื่อทางศาสนาและความเชื่ออื่น ๆ ของนิสิต	4.41	.60	มาก	4.39	.67	มาก .14 .88
48. อาจารย์ส่งเสริมให้นิสิตปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ	4.41	.64	มาก	4.41	.65	มาก .05 .95
49. อาจารย์เปิดโอกาสให้นิสิตร่วมงานสำคัญทางศาสนาที่ สังคมจัดขึ้น	4.58	.60	มากที่สุด	4.38	.65	มาก 1.71 .08
50. อาจารย์ใช้หลักการทางศาสนาในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและแนะนำแก่นิสิต	4.44	.65	มาก	4.36	.67	มาก .65 .51

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จำแนกตามรายข้อของแต่ละด้าน (ต่อ)

พฤติกรรมความเอื้ออาทร	อาจารย์พยาบาล (n=36)		นิสิตพยาบาล (n=173)		t	p		
	Mean	S.D.	แปลผล	แปลผล				
51. อาจารย์ยอมรับและสะท้อนให้เห็นสิ่งที่ดีในตัวนิสิต และส่งเสริมให้นิสิตปฏิบัติในทางที่ตรง	4.66	.47	มากที่สุด	4.41	.61	มาก	2.76	.00**
เฉลี่ยรายด้านที่ 10	4.50	.50	มากที่สุด	4.39	.57	มาก	1.08	.08
เฉลี่ยโดยรวมทั้งหมด	4.52	.21	มากที่สุด	4.51	.36	มากที่สุด	.25	.79

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาลไม่แตกต่างกัน ( $t_{86.54} = 0.25, p = 0.79$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

พฤติกรรมความเอื้ออาทร	Mean	Mean Difference	df	t	p-value
อาจารย์พยาบาล	4.52				
นิสิตพยาบาล	4.51	.01	86.54	.25	.79

### บทวิจารณ์

1. พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M 4.52, S.D 0.21) เมื่อพิจารณาจาก 51 ข้อ ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย

ของพฤติกรรมความเอื้ออาทรอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 34 ข้อ (ร้อยละ 66.66) ทั้งนี้เนื่องจากความเอื้ออาทรเป็นหัวใจของการพยาบาลและเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลทุกคนจะต้องมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย<sup>14</sup> ซึ่งถ้าบุคคลใดรู้ว่าจะให้ความเอื้ออาทรผู้ป่วยอย่างไรในฐานะพยาบาล บุคคลนั้นก็สามารถให้ความเอื้ออาทรต่อนิสิตพยาบาลได้ในฐานะการเป็นอาจารย์พยาบาลได้เช่นกัน<sup>15</sup> นอกจากนี้ อาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.8) เป็นเพศหญิง ซึ่งมีสัญชาตญาณของความเป็นแม่อยู่ในตัวทุกคนอยู่แล้ว แม่ย่อมต้องมีความเอื้ออาทรต่อลูกทุกคน และการแสดงบทบาทคล้ายแม่ของอาจารย์พยาบาลนั้น ช่วยส่งเสริมบรรยากาศของสถาบันให้อบอุ่นปลอดภัยคล้ายบ้าน<sup>16</sup> นอกจากนี้พฤติกรรมทั้งหมดนี้มีความสอดคล้องกับจรรยาบรรณและคุณลักษณะของอาจารย์พยาบาลที่มีความเอื้ออาทรได้แก่ มีความรัก ความเมตตา เอาใจใส่ ช่วยเหลือ ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ศิษย์ตามบทบาทหน้าที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ทักทาย และนิสัยที่ถูกต้องดีงาม รวมถึงประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งทางกายวาจา และใจยอมรับความคิดเห็นของนิสิตอย่างมีเหตุผลและระดับประคองจิตใจนิสิต มีศิลปะแห่งการพูดเพื่อส่งเสริมกำลังใจมีความใกล้ชิดกับนิสิต<sup>17</sup> ซึ่งจะส่งผลต่อนิสิตพยาบาลทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ศรัทธาต่ออาจารย์และวิชาชีพ เป็นพลังให้นักศึกษาเกิดแรงจูงใจต่อการศึกษายากขึ้น รวมทั้งพัฒนาความสามารถของนักศึกษาให้มีความเอื้ออาทรต่อบุคคลอื่นต่อไป<sup>18</sup> สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลด้านการสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ต่อผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.70 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นพฤติกรรมที่อาจารย์นิเทศแสดงออกถึงความตั้งใจที่จะสอนหรือให้คำแนะนำแก่นักศึกษา โดยไม่แสดงท่าทีเบียดเบียน แสดงพฤติกรรมกับนักศึกษาทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

การพูดกับนักศึกษาด้วยถ้อยคำที่สุภาพและให้เกียรติในทุกสถานการณ์ การแสดงพฤติกรรมช่วย

ปกป้องผลประโยชน์ตามสิทธิประโยชน์ที่นักศึกษาพึงได้รับ การใช้วิธีการสอนที่ทำให้นักศึกษาได้รับความรู้เพิ่มเติม การมีส่วนร่วมช่วยทำให้นักศึกษามีแนวทางค้นคว้าด้วยตนเองมากขึ้น อุทิศเวลาในการสอนนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง แม้จะล่วงเลยเวลาในการทำงานหรือเวลาในความเป็นส่วนตัวของอาจารย์<sup>5</sup>

2. พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนิสิตพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M 4.51, S.D 0.36) เมื่อพิจารณารายข้อจาก 51 ข้อ ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมความเอื้ออาทรอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 37 ข้อ (ร้อยละ 72.54) แสดงว่าอาจารย์ได้แสดงพฤติกรรมความเอื้ออาทรในขณะที่สอนนิสิตในภาคปฏิบัติ

ให้นิสิตได้รับรู้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของความเอื้ออาทรในการแสดงพฤติกรรมทั้งทางกาย จิตใจและอารมณ์ความรู้สึกโดยผู้ดูแลแสดงให้ผู้รับการดูแลรับรู้ได้ถึงความรัก ความเอาใจใส่ สนใจ ห่วงใย ปกป้องคุ้มครองช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมและเอื้ออำนวย โดยมุ่งหวังให้บุคคลอ้ารับรักษาปรับปรุงหรือพัฒนาตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณค่า<sup>11</sup> สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลด้านการสร้างศรัทธาและความหวัง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.60 ซึ่งการสร้างให้เกิดความศรัทธาและความหวัง หมายถึง อาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติต่อผู้อื่น

ด้วยความอ่อนโยนและเอื้ออาทร ช่วยให้นิสิตเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติกิจการพยาบาล และเห็นคุณค่าของวิชาชีพพยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำรงชีวิต การวางตนได้อย่างเหมาะสมกับวิชาชีพ มีพฤติกรรมส่งเสริมให้นิสิตเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ เช่น การปกป้องศักดิ์ศรีของนิสิตหรือผู้ป่วย เมื่อนิสิตทำผิดอาจารย์จะชี้แนะแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและให้กำลังใจแก่นิสิตเพื่อให้พัฒนาตนเองได้ดีขึ้น อาจารย์มีวิธีการสอนที่ทำให้นิสิตมั่นใจว่าตนเองสามารถพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนเพิ่ม

ขึ้นได้<sup>5</sup> ผลลัพธ์จากการนิเทศด้วยความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้ นิสิตคลายความกลัว ความวิตกกังวล รู้สึกมั่นคง รู้สึกเป็นมิตร สัมพันธภาพระหว่างอาจารย์นิเทศและนิสิตดีขึ้น นิสิตรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น เมื่อมีอาจารย์นิเทศอยู่เคียงข้างส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนิสิตคือ กล้าที่จะซักถาม หรือกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น กล้าแสดงออกมากขึ้น ความกล้าในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยลดน้อยลง มีความมั่นใจมากขึ้น ส่งผลให้นิสิตมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาลโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาลโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ( $t_{86.54} = 0.25, p = 0.79$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า แตกต่างกัน 14 ข้อ จากทั้งหมด 51 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 28, 32, 40, 41, 43 และ 51 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลเกิดมาจากการตีความหรือแปลความอาการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งในที่นี้หมายถึง การที่นิสิตรับรู้ถึงการได้รับความเอื้ออาทรจากอาจารย์พยาบาลบนหอผู้ป่วยตามความคาดหวัง เนื่องจากอาจารย์พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการผลิตพยาบาลจำเป็นต้องมีความเอื้ออาทรเป็นพื้นฐานของจิตใจและแสดงออกซึ่งความเอื้ออาทร หากอาจารย์พยาบาลขาดความเอื้ออาทรก็มิอาจเรียกตนเองได้ว่าเป็น “ครูพยาบาล”<sup>17</sup> รวมถึงการใช้ชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัย อาจารย์และนิสิตพักอาศัยอยู่หอในด้วยกัน ความเป็นอยู่ในหอพักจะเป็นลักษณะการดูแลซึ่งกันและกันเปรียบเสมือนแม่ดูแลลูกๆ ในบ้าน จึงทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันอันดีระหว่างอาจารย์และนิสิต ซึ่งอาจทำให้การรับรู้พฤติกรรมความเอื้ออาทรในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล ไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมความเอื้ออาทรบางข้อยังมีความแตกต่างกันอย่างเด่นชัด เช่น

1) อาจารย์ให้การดูแลนิสิตทุกคนอย่างเสมอภาค (ค่าเฉลี่ยของอาจารย์เท่ากับ 4.80 ค่าเฉลี่ยของนิสิตเท่ากับ 4.52) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บุคลิกภาพของอาจารย์พยาบาลตามความคิดเห็นของนิสิตพยาบาลส่วนใหญ่ พบว่า อาจารย์พยาบาลเป็นผู้ที่มีบุคลิกเคร่งขรึม มีระบบระเบียบทำให้นิสิตกลัว ไม่กล้าเข้าหา ไม่กล้าบอกความต้องการหรือบอกล่ามปัญหาของตัวเองให้อาจารย์ได้รับรู้ รวมถึงในบางครั้ง อาจารย์มีภาระงานมากหลายด้าน ต้องรีบเร่งในการทำงาน ไม่มีเวลาในการพูดคุยหรือค้นหาปัญหาของนิสิต ทำให้ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือนิสิตได้อย่างเต็มที่<sup>16</sup>

2) อาจารย์จำชื่อและชั้นปีของนิสิตได้ (ค่าเฉลี่ยของอาจารย์เท่ากับ 3.75 ค่าเฉลี่ยของนิสิตเท่ากับ 4.57) ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากในแต่ละชั้นปีมีจำนวนนิสิตมากกว่า 80 คนต่อชั้นปี ทำให้อาจารย์ไม่สามารถจดจำชื่อนิสิตได้ทั้งหมด ซึ่งในบางครั้งอาจจดจำใบหน้าได้แต่ไม่สามารถระบุชื่อนิสิตคนนั้นๆ ได้ โดยส่วนใหญ่อาจารย์มักจะจดจำชื่อได้เฉพาะนิสิตที่มีความโดดเด่นในชั้นเรียนหรือในกลุ่มแต่ในมุมมองของนิสิตมองว่าอาจารย์พยาบาลมักจดจำตนเองได้ เนื่องจากการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยอาจารย์จะคอยติดตามนิเทศและคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดในระหว่างให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งอาจารย์มักจะเรียกชื่อตามป้ายชื่อนิสิต ทำให้นิสิตได้รับรู้ถึงคุณค่าที่ได้รับจากอาจารย์

3) อาจารย์แสดงการยอมรับการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของนิสิตได้ทุกเรื่อง (ค่าเฉลี่ยของอาจารย์เท่ากับ 3.72 ค่าเฉลี่ยของนิสิตเท่ากับ 4.40) ทั้งนี้เนื่องมาจากบุคลิกอาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระเบียบวินัย มีการวางตัวเหมาะสมเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับนิสิต เพื่อให้ นิสิตมีกิริยามารยาทเรียบร้อยตามความคาดหวังของสังคม ดังนั้นการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของนิสิตจะถูกอาจารย์ว่ากล่าวตักเตือนเสมอมา

4) อาจารย์ประเมินความต้องการการเรียน

รู้ของนิสิตก่อนมีการเรียนการสอน (ค่าเฉลี่ยของอาจารย์เท่ากับ 4.22 ค่าเฉลี่ยของนิสิตเท่ากับ 4.54) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆเกิดขึ้นในแต่ละบุคคลเกิดมาจากการตีความหรือแปลความอาการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมและปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการรับรู้ได้แก่ความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีตความต้องการและความสนใจในขณะนั้น ความคาดหวัง เจตคติสภาพอารมณ์ที่พร้อมจะรับรู้ตลอดจนพื้นฐานทางวัฒนธรรมจึงทำให้การรับรู้พฤติกรรมเอื้ออาทรบางอย่างมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพิพย์ ตั้งตรีจักรและ ปารีชาติ เมืองขวา<sup>16</sup> ที่พบว่า พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ สุปจน์ แก้วบุตตี<sup>19</sup> ศึกษาเรื่องพฤติกรรมเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลที่ใช้แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรทำให้นิสิตรับรู้ได้ถึงพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์ในการสอนภาคปฏิบัติซึ่งตรงกับความเป็นจริงที่ได้รับจากอาจารย์ผู้สอน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการเรียนรู้ของนิสิตนิสิตได้มีโอกาสในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมั่นใจกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าที่จะซักถามปัญหา ส่งเสริมศักยภาพในการเรียนรู้ทักษะในการคิดวิเคราะห์ทักษะการตัดสินใจและทักษะการคิดแก้ไขปัญหา รวมถึงช่วยพัฒนาให้นิสิตมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาลโดยรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ายังมีบางประเด็นที่มีความแตกต่างกันเด่นชัด เช่น อาจารย์ให้การดูแลนิสิตทุกคนอย่างเสมอภาค อาจารย์แสดงการยอมรับการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของนิสิตได้ทุกเรื่อง และอาจารย์ประเมินความต้องการการเรียนรู้ของนิสิตก่อนมีการเรียนการสอน เป็นต้น ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรจัดกิจกรรมที่เอื้อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างอาจารย์พยาบาลและนิสิตพยาบาล เพื่อลดช่องว่างระหว่างอาจารย์พยาบาลและนิสิต ทั้งนี้จะช่วยเสริมสร้างความใกล้ชิดซึ่งกันและกันและมีบรรยากาศของสถานศึกษาที่ผ่อนคลายอันจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ต่อผู้เรียนได้

2. ควรมีการศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลเพื่อใช้เป็นตัวบ่งชี้การวัดประเมินผลการดำเนินงาน

### เอกสารอ้างอิง

1. Boykin A. & Schoenhofer S. Nursing as caring. New York, USA: National League for Nursing; 1993.
2. Gillespie M. & McFetridge B. Nursing education—the role of the nurse teacher. J Clin Nurs 2006; 15(5): 639-44.
3. Bishop A.H. Nursing education as authentic nursing care. In Leininger M & Watson, J (editor). The caring imperative in education. New York, USA: National League for Nursing; 1990.
4. Watson J. Transformative thinking and a caring curriculum. In Bevis O & Watson J (editor). Toward caring curriculum: A new pedagogy for nursing. New York, USA: National League for Nursing; 1989.
5. ศศิกานุจน์ สกกุลปัญญาวัฒน์. การนิเทศ

ด้วยความเอื้ออาทร. วารสารพยาบาลตำรวจ 2557; 6(2): 200-08.

6. ศศิกานุจน์ สกกุลปัญญาวัฒน์. พฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลที่สอน รายวิชาภาคปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานตามการรับรู้ของอาจารย์ผู้สอนกับนักศึกษาระดับปริญญาตรี เอกชน 2557. วารสารเกื้อการุณย์; 21 (ฉบับพิเศษ): 108-23.

7. Davis, James R. Interdisciplinary Course and Team Teaching. Phoenix American Council Education and the Oryx Press 1995; 40(7): 127-40.

8. Astin, Alexander W. What Matters in College? Four Critical Years Revisited. San Francisco: JosseyBass Publishers; 2006.

9. Hesieh, J. L., Kuo, C. L & Tsai, Y. H. An action research on the development of a caring

curriculum in Taiwan. Journal of Nursing Education 2004; 43(9): 391-400.

10. Wade, G. H. & Kasper, N. Nursing students's perceptions of instructor caring: an instrument based on Watson's theory of transpersonal caring. Journal of Nursing Education 2006;45(5): 162-68.

11. Watson, J. Nursing: human science and human care a theory of nursing. New York: Jones & Bartlett Publishers; 1999.

12. ปันณธร ชัชวรัตน์. ความเอื้ออาทรของอาจารย์ที่มีต่อนักศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. อัดสำเนา; 2546.

13. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2545.

14. Leininger M. The caring imperative in education. New York: National league for nursing; 1990.

15. Tanner C.A. Caring as a value

in nursing education. Nursing Outlook 1990; 38(2): 70-2.

16. นภาพิพย์ ตั้งตรีจักร และปาริชาติ เมืองขวา. พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2555; 31(3): 60-74.

17. วาสนา นัยพัฒน์. “ความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาล: เสี่ยงสะท้อน” จากนักเรียนพยาบาล.วารสารการศึกษาพยาบาล 2545; 13(2): 1-7.

18. Halldorsdottir S. The essential of a caring and uncaring encounter with a teacher: The perspective nursing student. New York: National league for nursing; 1990.

19. สุปจน์ แก้วบุตดี. พฤติกรรมเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2550; 1(1) : 93-104.

# การศึกษาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

อุบล ศรีนากรุง พยม. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

## บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: ภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ เป็นสาเหตุ การเสียชีวิตของมารดา การคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงสามารถช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

รูปแบบการศึกษา: แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การจัดทำแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 นำแนวปฏิบัติไปใช้ และระยะ ที่ 3 การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด จำนวน 9 คน (2) มารดาที่ได้รับการวางแผนคลอดทางช่องคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน มกราคม 2561 จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติ การคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้หลัก 4T (Tone, Thrombin, tear, tissue) ในระยะแรกรับ ระยะรอคลอดและ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (2) แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด

ผลการศึกษา: พบว่าระยะแรกรับ มารดาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากสาเหตุ (1) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atomy) ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 16.67 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 27.67 (2) เกร็ดเลือดเม็ดเลือดผิดปกติก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 10.33 ระยะรอคลอดพบว่ามารดาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากสาเหตุ (1) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 12 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 20.33 ระยะคลอดพบว่ามารดาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากสาเหตุ 1) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.67 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 7 (2) เสียเลือด  $\geq 300$  มิลลิลิตร ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 และ (3) รกค้าง ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 ระยะหลังคลอดพบว่ามารดาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากสาเหตุ (1) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 7.33 (2) มีเลือดคั่งในแผลและปากมดลูกมีแผลฉีกขาด ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.33 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 (3) เสียเลือด  $\geq 300$  มิลลิลิตร ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 4.67 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.33 (4) รกค้าง ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 มารดาตกเลือดหลังคลอด ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.12 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 จำนวน 2 คน จากสาเหตุ รกค้างและมีเลือดคั่งในแผลฝีเย็บ ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ที่เห็นด้วยมากคือ แนวปฏิบัติเป็นสื่อให้ทีมเข้าใจตรงกันและใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย (ร้อยละ 88.89 และร้อยละ 77.78)

สรุป: แนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ช่วยคัดกรองความเสี่ยงของมารดาในทุกระยะการคลอดได้เพิ่มมากขึ้น โดยพบความเสี่ยงมารดาต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดีพบมากที่สุด แนวปฏิบัตินี้ จะช่วยให้พยาบาลห้องคลอดใช้ความเสี่ยงในทุกระยะการคลอดเป็น Warning signs ในการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดหรือเป็นแนวทางการมอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่ ในแต่ละระดับ เช่น พยาบาลใหม่ นักศึกษาฝึกงานและเมื่อพบมารดาที่มีความเสี่ยงสูง จะได้มีการจัดทีมที่มีประสบการณ์และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

**คำสำคัญ:** การคัดกรอง ความเสี่ยงมารดา ภาวะตกเลือดหลังคลอด

# The study maternal risk screening protocol to prevent early 2 hours post partum hemorrhage, Nongbualumphu Hospital

Ubol Srinakrungsri, MS., Nongbualumphu hospital.

## Abstract

**Introduction:** Post partum hemorrhage was the major cause of the maternal death. Mostly within early 2 hours after delivery. Screening risk of post partum hemorrhage was helped to prevent early 2 hours post partum hemorrhage. The purpose of this study was to developed a screening protocol to prevent early 2 hours post partum hemorrhage.

**Material and method:** The study was divided into 3 phase: preparation phase, action phase and evaluation phase. The sample consisted of 9 professional nurses and 300 mothers who have vaginal delivery at Nongbualumphu hospital. The instrument used in the study included maternal risk screening protocol for early 2 hours post partum hemorrhage in admission period, attention period, delivery period and 2 hours post partum period.

**Result:** The maternal risk for early 2 hours post partum hemorrhage, In admission period were (1) uterine atony before developing the practice was 16.67 % and after was 27.67%. (2) Blood disorder before developing the practice was 1 % and after was 10.33%, In attention period, maternal risk for early 2 hours post partum hemorrhage was uterine atony before developing the practice was 12 % and after was 20.33%, In delivery period, maternal risk for early 2 hours post partum hemorrhage were (1) Uterine atony before developing the practice was 1.67 % and after was 7%. (2) Blood loss  $\geq$  300 c.c. before developing the practice was 0 % and after was 1.33% and (3) Retained placenta before developing the practice was 1.33 % and after was 0.67%. Maternal risk for early 2 hours postpartum period were (1) Uterine atony before developing the practice was 0.67 % and after was 7.33%. (2) Hematoma & tear cervix before developing the practice was 0.33 % and after was 0.67%. (3) Blood loss  $\geq$  300 c.c. before developing the practice was 4.67 % and after was 0.33%. (4) Retained placenta before developing the practice was 1.33 % and after was 0.67%. Postpartum hemorrhage before developing the practice was 1.12 % and after was 0.67%, (2 mothers from retained placenta and tear cervix). There weren't from uterine atony. Nurses's opinion for the practiced, was absolute clearly communication with team. Suitable language and easy to understand (88.89% and 77.78%)

**Conclusion:** Risks of screening mothers at all stages of childbirth has increased. It was found that the most risk for maternal postpartum hemorrhage caused by uterine atony, This screening protocol may help nurse take the risk at all stages of childbirth warning signs of surveillance maternal postpartum hemorrhage, so anyway mother no risk postpartum hemorrhage may be have postpartum hemorrhage too. There fore, should be monitored in all mother. Considerations for assigning tasks to staff at each level such as students who come to study, new officer, experienced nurses are closely supervised

**Key word:** Screening protocol, Maternal risk, Post partum hemorrhage

## บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การสูญเสียเลือดจากการคลอดปกติ ตั้งแต่ 500 มิลลิลิตร หรือ 1,000 มิลลิลิตร ขึ้นไปจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง<sup>1</sup> เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ที่เป็นสาเหตุการตายจากการคลอด ปี 2558 ประเทศไทยมีอัตราการตาย 24.6 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีวิตและเพศหญิงมีสาเหตุการป่วยจากตกเลือดหลังคลอด จำนวน 11,505 คน (34.76 ต่อแสนประชากร)<sup>2</sup> โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2558 2559 และ 2560 มีมารดาคลอดทางช่องคลอด ทั้งหมดจำนวน 1,140 1,190 และ 1,075 คนตามลำดับ มารดาตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 1.49 1.08 และ 1.12 ตามลำดับ สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก อันดับหนึ่งคือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) คิดเป็นร้อยละ 63.64 71.43 และ 41.17 ตามลำดับ<sup>3</sup> เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก งานห้องคลอดได้มีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการมาตลอด แต่ยังคงพบปัญหานี้อยู่เรื่อยๆ อีกทั้งมีการลาออก การย้ายหน่วยงานและรับพยาบาลใหม่ทดแทน การเป็นสถานที่ศึกษาของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายและฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลที่ชัดเจน อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้คลอดได้<sup>4,5</sup> ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ซึ่งอาจมีประโยชน์ต่อการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดและนักศึกษาพยาบาลให้สามารถประเมินความเสี่ยงวางแผนการดูแลและให้การรักษายาบาลมารดาได้ถูกต้องทันเวลาและเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้มารดามีความปลอดภัยจากการคลอดได้

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการ

คัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก

## คำนิยาม

1. แนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก หมายถึง การคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้หลัก 4 T คือ Tone, Thrombin, Tear, Tissue ในระยะแรกเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก

2. มารดา หมายถึง มารดาคลอดทางช่องคลอด จำนวน 300 คน ที่คลอดที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง มกราคม 2561

3. ผลลัพธ์การดูแลมารดา หมายถึง ความเสี่ยงของมารดาในระยะแรกเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด ที่อาจเป็นสาเหตุให้มารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก รวมทั้งจำนวนมารดาและสาเหตุที่ทำให้มารดาตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก

4. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การแสดงความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบประเมิน ความคิดเห็น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (1 คะแนน)

## ประชากรและวิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด 9 คน 2) มารดาที่ได้รับการวางแผนคลอดทางช่องคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือนมกราคม 2561 จำนวน 300 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากปีงบประมาณ 2560 มีผู้คลอดทางช่องคลอด เท่ากับ 1,075 คน นำมาคำนวณจากสูตรเครซีและมอร์แกน<sup>6</sup> ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1)+x^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{3.841^2 \times 1,075 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (1,075-1) + 3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

$$n = 282.81 \text{ คน}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง  
 N = ขนาดประชากร  
 e = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5 %  
 $x^2$  = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ( $X^2 = 3.841$ )  
 p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ซึ่งกำหนดให้เท่ากับ 0.5  
 แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{3.841 \times 1,075 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (1,075-1) + 3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

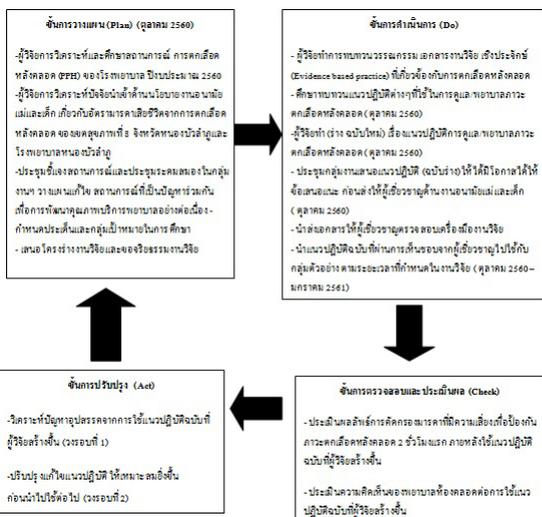
$$= 282.81 \text{ คน}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 282.81 คน แต่เพื่อให้ประชากรที่ศึกษามากขึ้นและค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนมีค่าน้อยที่สุด จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 18 คน รวมทั้งหมด 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

- 1) แนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก
- 2) แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด

วิธีการศึกษา ใช้กรอบแนวคิดเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA ของ Deming<sup>7</sup>



### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลมารดาตามแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ใช้จำนวน ร้อยละ
2. แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ใช้จำนวน ร้อยละ

### ผลการศึกษา

ข้อ 1. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีดังนี้ ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
1. เมื่อรับมีการคัดกรองความเสี่ยงมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอดและบันทึกลงในสัญญาณการตุนมิกก็เฝ้า และเมื่อมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด PPH ในใบ Labour record	1. มีแนวทางคัดกรองความเสี่ยงมารดาในทุกระยะการคลอด <b>ระยะรับใหม่</b> ประเมินภาวะเสี่ยงตามหลัก 4 T Tone – มีการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกมาก เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป</li> <li><input type="checkbox"/> ทารกตัวโต น้ำหนัก 3,500 กรัมขึ้นไป</li> <li><input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์แฝด</li> <li><input type="checkbox"/> ประวัติ Previous C/S</li> <li><input type="checkbox"/> มารดามีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ</li> <li><input type="checkbox"/> มารดามีภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรม เช่น เนื้องอก</li> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะติดเชื้ในร่างกาย มีไข้</li> <li><input type="checkbox"/> มีประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน</li> <li><input type="checkbox"/> มีประวัติน้ำเดินร่วมกับมีไข้ / R/O chorioamnionitis</li> </ul> Thrombin <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มีประวัติ APH, HELLP Syndrome</li> <li><input type="checkbox"/> มีผล Hct<math>\leq</math>33%,</li> <li><input type="checkbox"/> เป็นหรือเป็นพาหะ thalassemia</li> <li><input type="checkbox"/> มีผลเกร็ดเลือดต่ำ</li> </ul>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
	กว่าค่าปกติขณะตั้งครรภ์
	<input type="checkbox"/> มีRh negative
	<input type="checkbox"/> มีประวัติ DFIU
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)
Tissue	<input type="checkbox"/> มีประวัติชูดมดลูก
	<input type="checkbox"/> มีประวัติล้วงรก
Tear	<input type="checkbox"/> มีประวัติ Trauma ที่ท้อง
	<input type="checkbox"/> มีVaricose vein
	<input type="checkbox"/> Vaginal septum
	<u>ระยะรอคคลอด</u> ประเมินภาวะเสี่ยงตามหลัก 4 T
Tone	<input type="checkbox"/> Prolong 1 stage of labour (Latent phase ครรภ์แรก $\geq 20$ ชม. ครรภ์หลัง $\geq 14$ ชม. และ Active phase ครรภ์แรก $\geq 7$ ชม., ครรภ์หลัง $\geq 5$ ชม.)
	<input type="checkbox"/> ได้รับ induction of labour
	<input type="checkbox"/> ได้รับยาป้องกันและแก้ไขภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ
	<input type="checkbox"/> Prolong PROM (น้ำเดิน $\geq 18$ ชม.)
	<input type="checkbox"/> มีประวัติน้ำเดินมีเชื้อ chorioamnionitis
	<input type="checkbox"/> มีประวัติ APH
	<input type="checkbox"/> มี tetanic contraction
Thrombin	<input type="checkbox"/> มีประวัติความเสี่ยงเหมือนระยะรับใหม่
Tissue	<input type="checkbox"/> .....
Tear	<input type="checkbox"/> ขณะรอคคลอดพบปากมดลูกมีอาการบวม
	<u>ระยะคลอด</u> ประเมินภาวะเสี่ยงตามหลัก 4 T
Tone	<input type="checkbox"/> Prolong 2 stage

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
	of labour (ครรภ์แรก > 2 ชม., ครรภ์หลัง > 1 ชม.)
	<input type="checkbox"/> ได้ใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น V/E, F/E
	<input type="checkbox"/> คลอดติดไหล่คลอดทำกัน
	<input type="checkbox"/> Uterine Atony
	<input type="checkbox"/> Precipitate labour ( $\leq 3$ ชม.)
Thrombin	<input type="checkbox"/> มีประวัติความเสี่ยงเหมือนระยะรับใหม่ / ระยะรอคคลอด
	<input type="checkbox"/> หลังคลอด พบ EBL > 500 ml
Tissue	<input type="checkbox"/> retained placenta
Tear	<input type="checkbox"/> มีการฉีกขาดช่องทางคลอดเพิ่ม
	<input type="checkbox"/> แผลช่องทางคลอดบวม
	<u>ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด</u> ประเมินภาวะเสี่ยงตามหลัก 4 T
Tone	<input type="checkbox"/> มดลูกไม่แข็งตัวเป็นก้อน (Uterine Atony)
	<input type="checkbox"/> มี Full bladder
	<input type="checkbox"/> Precipitate labour ( $\leq 3$ ชม.)
	<input type="checkbox"/> ได้ใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น V/E, F/E
	<input type="checkbox"/> คลอดติดไหล่คลอดทำกัน
	<input type="checkbox"/> Prolong 2 stage of labour (ครรภ์แรก > 2 ชม., ครรภ์หลัง > 1 ชม.)
Thrombin	<input type="checkbox"/> ผ่าอนามัยชุ่ม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
	เลือด 1 ฟิน ใน 1 ชั่วโมง
	<input type="checkbox"/> เกร็ดเลือดต่ำกว่าค่าปกติ
	<input type="checkbox"/> ประวัติ APH
	<input type="checkbox"/> Rh negative
Tissue	<input type="checkbox"/> retained placenta
	<input type="checkbox"/> มี blood clot
Tear	<input type="checkbox"/> แผลช่องทางคลอดลึกและมีเลือดซึมตลอดเวลา
	<input type="checkbox"/> Tear cervix
	<input type="checkbox"/> แผลมี Hema-toma
2. การรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR	2. การรายงานแพทย์เวร แยกเป็นรายงานแพทย์ทันที / ส่วน ออกจากกรณีมารดาที่มีความเสี่ยงแทรกซ้อนทั่วไป ภาวะเสี่ยงที่ต้องรายงานแพทย์ <u>ระยะรับใหม่</u> - Placenta previa with active bleeding per vagina, APH - Previous C/S with active phase of labour - Hx. Trauma ที่ท้อง with Severe pain - Severe pain $\geq$ Pain score $\geq$ 5 คะแนน แต่ cx. Dilatation $\leq$ 2 cms. <u>ระยะรอคลอด</u> - มี Tetanic contraction - Severe pre Eclampsia, Eclampsia <u>ระยะคลอด</u> - คลอดติดไหล่ - Prolong 2 <sup>nd</sup> stage of labour - Blood loss > 500 ml - รกค้าง (ไม่คลอดภายใน 30 นาที)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (ต่อ)

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
	- Tear rectum
	- Severe pre-eclampsia, Eclampsia
	<u>สิ่งที่ต้องรายงานแพทย์เวร</u>
	- Large size
	- Twins pregnancy
	- GDM
	- Prolong PROM
	- Prolong labour
	- Hct $\leq$ 33%, Rh negative
	- Platelet น้อยกว่าปกติ
	- BP $\geq$ 140/90 mmHg, Albumin $\geq$ 2+
	- Vaginal septum
	- Pregnancy with myoma
3. การดูแลระยะที่ 3 ใช้ Active management of third stage of labour	3. เพิ่มพยาบาลผู้ช่วยคลอดช่วย คลึงมดลูกจนกลมแข็งดีหลังรกคลอดและสาริตการคลึงมดลูกแก่มารดาและญาติ พร้อมแนะนำความสำคัญการคลึงมดลูกทุก 15 นาทีหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ทำ Skin to skin contact และ Early breast feeding บนเตียงคลอด
4. เจ้าหน้าที่ มีการปฐมพยาบาลก่อนการปฏิบัติงาน และขึ้นปฏิบัติงานโดยไม่นับรวมเป็นอัตรา กำลัง นาน 1 เดือน หรือจนกว่าหัวหน้างานจะประเมินสมรรถนะให้ผ่านเกณฑ์การประเมิน	เพิ่มการซ้อมทักษะทีมการดูแลช่วยเหลือนมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดแก่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกคน
	ข้อ 2 ผลลัพธ์การดูแลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก
	เปรียบเทียบกลุ่มประชากรมารดาคลอดทางช่องคลอด ปิงบประมาณ 2560 (ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ) กับ 2561 (หลังใช้แนวปฏิบัติฯ) ในช่วงเวลาเดียวกัน คือระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง มกราคม จำนวน 300 คน จากการศึกษาพบว่าความเสี่ยง

ของมารดาต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ดังนี้ ระยะแรกรับ ความเสี่ยงต่อการหดตัวมดลูกไม่ตี (Tone) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 16.67 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 27.67 ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือด/เม็ดเลือดผิดปกติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 1 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 10.33 ระยะรอคลอด ความเสี่ยง ต่อการหดตัวมดลูกไม่ตี (Tone) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 12 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 20.33 ระยะคลอด ความเสี่ยงต่อการหดตัวมดลูกไม่ตี (Tone) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.67 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 7 ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือด/เม็ดเลือดผิดปกติ (Thrombin) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ไม่พบ และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 ความเสี่ยงรก/ส่วนของเนื้อเยื่อรกค้าง (Tissue) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 1.33 และหลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 ระยะหลังคลอด พบ ความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด จากการหดตัวมดลูกไม่ตี (Uterine atony) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 7.33 แผลมี Hematoma/ Tear cervix ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.33 และหลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.67 และ Blood loss  $\geq$  300 c.c. ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 4.67 และหลังใช้ แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.33 รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลมารดา ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=300)

ปัจจัยเสี่ยง PPH	ก่อนใช้ (ร้อยละ)	หลังใช้ (ร้อยละ)
<b>ระยะแรกรับ</b>		
1. Uterine Atony : ความเสี่ยงต่อการหดตัวมดลูกไม่ตี	16.67	27.67
- multipara	15	14.33
- Gestational diabetic mellitus (GDM)	0	4.67
- Large for gestational age (LGA>3,500 gms)	0	2.67
- Prolong premature rupture of membrane (Prolong PROM)	0	3.33
- Pregnancy induce hypertension (PIH)	0.67	0.67
- Fever	0	0.67

**ตารางที่ 2** แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลมารดา ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง PPH	ก่อนใช้ (ร้อยละ)	หลังใช้ (ร้อยละ)
- เคยตกเลือดในครรภ์ก่อน	0	0.33
- HIV positive	0	0.33
- Twin	1	0.33
- Myoma	0	0.33
2. Thrombin : ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือดต่ำ	1	10.33
- Hct $\leq$ 33%	0.33	10
- Blood group Rh negative	0	0.33
- Dead Fetus in Utero (DFIU)	0.33	0
- Placenta previa c Bleeding per vagina	0.33	0
<b>ระยะรอคลอด</b>		
1. Uterine Atony : ความเสี่ยงต่อการหดตัวมดลูกไม่ตี	12	20.33
- Induction of labour	10.33	17.67
- Prolong labour	0.67	2
- ได้รับความยาก Mgso <sub>4</sub>	0.67	0.33
- Prolong PROM	0	0.33
- ได้รับความยาก Bricanyl	0.33	0
<b>ระยะคลอด</b>		
1. Uterine Atony : ความเสี่ยงต่อการหดตัวมดลูกไม่ตี	1.67	7
- Precipitate labour	0	4
- Prolong labour	0	2.33
- Shoulder dystocia	0	0.67
- Abnormal delivery เช่น V/E, Breech	1.67	0
2. Thrombin : ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือดต่ำ		
- Blood loss $\geq$ 300 c.c.	0	1.33
3. Tissue : ความเสี่ยงรก/ส่วนของเนื้อเยื่อรกค้าง		
- รกค้าง	1.33	0.67
<b>ระยะหลังคลอด</b>		
- Uterine atony : ความเสี่ยงจากการหดตัวมดลูกไม่ตี	0.67	7.33
- Tear : การฉีกขาดช่องทางคลอด/เลือดคั่งในแผล	0.33	0.67
- Thrombin : ความเสี่ยงจากเกร็ดเลือดต่ำ - Blood loss $\geq$ 300 c.c.	4.67	0.33
- Tissue : ความเสี่ยงรก/ส่วนของเนื้อเยื่อรกค้าง	1.33	0.67

ข้อ 3 ผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงแรก พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 2 อันดับแรกคือ เป็นสื่อที่ทำให้ทีมสุขภาพเข้าใจตรงกัน (ร้อยละ 88.89) ใช้ภาษาที่เหมาะสมเข้าใจง่าย (ร้อยละ 77.78) โดยมีข้อเสนอแนะ ควรสรุปแบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงในทุกกระยะการคลอด ให้เสร็จในหน้าเดียว เพื่อความสะดวกในการลงบันทึก ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้หลัก 4T (n=9)

ความคิดเห็นของพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติใหม่	ระดับความคิดเห็นของ พยาบาล (ร้อยละ)		
	มาก(3)	ปานกลาง(2)	น้อย(1)
1. สามารถนำไปใช้ได้จริง	55.56	44.44	
2. มีรูปแบบที่สะดวกเหมาะสมกับการใช้งาน	66.67	22.22	11.11
3. เป็นสื่อที่ทำให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจตรงกัน	88.89	11.11	
4. ใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย	77.78	22.22	
5. สามารถให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอด เมื่อเกิดปัญหาได้ทันที	55.56	33.33	11.11
6. ทำให้บันทึกการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว	55.56	33.33	11.11
7. สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปส่งต่อเพื่อวางแผนการพยาบาลได้เร็ว	66.67	22.22	11.11
8. เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล	66.67	33.33	
9. มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม	66.67	22.22	11.11
10. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการดูแลมารดา	55.56	44.44	

### สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติ ช่วยคัดกรองความเสี่ยงของมารดาในทุกกระยะการคลอดได้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบได้มากที่สุด สอดคล้องกับ WHO ระบุว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการตกเลือดคือ

Uterine atony<sup>8</sup> ซึ่งการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาใช้ พบว่าสามารถคัดกรองความเสี่ยงที่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีได้เพิ่มมากขึ้น ดังนี้ ระยะแรกรับคัดกรองความเสี่ยงได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 27.67 ระยะคลอดเพิ่มจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 20.33 ระยะคลอดเพิ่มจากร้อยละ 1.67 เป็นร้อยละ 7 และระยะหลังคลอดเพิ่มจากร้อยละ 0.67 เป็นร้อยละ 7.33 ดังนั้น แนวปฏิบัตินี้จะช่วยให้พยาบาลห้องคลอด ใช้เป็น warning signs ในการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด จากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดีได้เป็นอย่างดี แต่การศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติยังไม่สามารถคัดกรองความเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะรक्त้างและการเสียเลือด  $\geq 300$  มล. ได้ดีพอ โดยในระยะคลอด คัดกรองความเสี่ยงรक्त้างได้ลดลงจากร้อยละ 1.33 เป็น ร้อยละ 0.67 ระยะหลังคลอด คัดกรองการเสียเลือด  $\geq 300$  มล. ได้ลดลงจากร้อยละ 4.67 เป็นร้อยละ 0.33 และพบว่า มารดาที่คลอดทางช่องคลอดตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 1.12 เป็นร้อยละ 0.67 (2 ราย มีสาเหตุจากรक्त้างและ Tear ช่องทางคลอด) อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สามารถลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดได้โดยเฉพาะที่มีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดี แต่ยังไม่สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากรक्त้าง ช่องทางคลอดและรक्त้างได้

ส่วนความคิดเห็นของพยาบาล พบว่า เห็นด้วยมากที่สุดที่แนวปฏิบัติ เป็นสื่อที่ทำให้ทีมสุขภาพเข้าใจตรงกัน ใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ควรปรับปรุงแบบบันทึกผลการคัดกรองทุกกระยะให้มาอยู่ในหน้ากระดาษเดียว เพื่อให้สะดวกต่อการบันทึก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติเพิ่มเติม เพื่อให้พยาบาลสามารถคัดกรองความเสี่ยงการเสียเลือด  $\geq 300$  มล., Tear ช่องทางคลอด และรक्त้างให้ได้ครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรเพิ่มการฝึกทักษะพยาบาล ในการทำคลอดรกและการตรวจเช็คและการเย็บแผล เนื่องจากมีประสบการณ์ต่างกัน

3. ควรนำผลการศึกษามาทบทวนในทีม เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล, ประนอม บุพศิริ, ศรีนารี แก้วฤดี, โฉมพิลาศ จงสมชัย, และเจน โสธรวิทย์. สื่อดิจิทัลในเวชปฏิบัติทั่วไป. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2559

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. ค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2561 จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/health\\_statistic2558.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf)

3. งานเวชระเบียนห้องคลอด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. สรุปรายงานการคลอดประจำปี 2558-2560

4. ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย, สุชาตา วิภวานนท์, และ อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3 (3): 127-41.

5. ปทุมมา กังวานตระกูล และ อ้อยอิน อื่นยาศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ. 2560; 33(2): 121-34.

6. ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. ศิลปะศาสตร์ประยุกต์. 2557; 7(2): 112-120.

7. สุธาสินี โปธิจันทร์. PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. บทความสำหรับบุคคลทั่วไป ค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561 จาก <http://www.ftpi.or.th/2015/2125>

8. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2560; 6(2): 145-57.

# ผลของการใช้แบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย

พรพิไล นียมถิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย 2) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะส่งต่อด้านคุณภาพการส่งต่อและ 3) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายจำนวน 50 คน ได้จากการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยคือ ต้องปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป และยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย 2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย ได้จากการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 44 ฉบับ ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา เป็นแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีพยาบาลนำส่งได้มีการบันทึกการดูแลตั้งแต่ขั้นเตรียมการ ขั้นการดูแลขณะนำส่งและขั้นสิ้นสุดการส่งต่อและ เป็นแบบบันทึกในการดูแลขณะส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายกับโรงพยาบาลเลยเท่านั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น 2) โครงการอบรมพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบประเมินคุณภาพการส่งต่อจากโรงพยาบาลปลายทางและ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะส่งต่อ เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ได้แบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายที่พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการแพทย์ด้านการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ 2) ร้อยละคุณภาพการส่งต่อหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกด้านและ 3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อแบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการพัฒนาในด้านประโยชน์ต่อการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คุณภาพการส่งต่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย

# Effect of Implementing of Quality and satisfaction a Referral Nursing Record at Dansai Crown Prince Hospital, Loei Province

Pornpilai Niyomtin, Registered Nurse, Emergency room unit, Dansai Crown Prince Hospital, Dansai District, Loei

## Abstract

The purposes of this study were: (1) to develop a new nursing record model based on a nursing report to be used during referral at Dansai Crown Prince Hospital, Loei Province, (2) to study the outcomes of the new model in terms of the quality of the referring report before and after implementation, and 3) to evaluate nurses' satisfaction to the referral report using developed nursing documentation.

The research sample group consisted of 50 professional nurses. The research consisted of 3 phases. First, prior to the model development phase: studying problems and guidelines for developing the model. Second, the development phase: training nurses and developing the model. Third, after the model development: implementing the model. Research tools included 1) current nursing form and the nursing report developed from the model, 2) the quality of the referral nursing report, and 3) questionnaire of professional nurse satisfaction to the developed documentation. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results of this study were as follows. 1) The developed nursing documentation was effective and complied to procedure by the National Institute of Emergency Medicine. The patients were cared for in accordance with the standard of effective continuous nursing care. (2) Percentage of quality of referral nursing report after development was higher than before development. (3) The mean score of Nurses' satisfaction of quality nursing care after the development was significantly higher than that prior to the development ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** referral system nursing report, satisfaction, dansai crown prince hospital

## บทนำ

การส่งต่อผู้ป่วยเป็นนโยบายของระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ผ่านทางสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ<sup>1</sup> ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ<sup>2</sup> ได้กำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพไว้มีขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นตอนก่อนการส่งต่อ 2) ขั้นตอนการดูแลขณะส่งต่อ และ 3) ขั้นตอนสิ้นสุดการส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานสำนักการพยาบาล<sup>3</sup> ที่ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้านการดูแลต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ เมื่อทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของการส่งต่อผู้ป่วยแล้วจะพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลในขณะส่งต่อผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะใช้เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลและสื่อสารกับผู้ร่วมงานในการรายงานความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วยและเป็นหลักฐานสำคัญที่จะทำให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องแสดงถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพ<sup>4</sup> รวมทั้งใช้ประกอบเป็น หลักฐานทางกฎหมายให้ได้ข้อเท็จจริงตามสภาพการดูแลผู้ป่วย<sup>5</sup> ตลอดจนเป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการบริการผู้ป่วยตามมาตรฐาน โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เป็นภาวะที่เร่งรีบ การให้บริการพยาบาลต้องแข่งกับเวลาต้องมีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ อย่างชัดเจน รอบด้านเพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ<sup>5</sup>

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ 4 สาขาหลัก มีระยะทาง ห่างจากโรงพยาบาลเลยที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระยะทาง 82 กิโลเมตร ประกอบกับภูมิประเทศเป็นภูเขา การเดินทางในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจนผู้ป่วยพ้นขีดอันตรายแล้วจำเป็นต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่าง

มีประสิทธิภาพ จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ปี 2560 พบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมากมีอาการคุกคามถึงชีวิตเกินศักยภาพที่โรงพยาบาลชุมชนจะรับไว้รักษาได้ เฉลี่ย 40 รายต่อเดือน<sup>6</sup> จากการทบทวนข้อมูลการประเมินคุณภาพการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย พบมีการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อไม่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและคณะกรรมการส่งต่อจังหวัดเลยได้กำหนดไว้ ทั้งด้านการดูแลทางเดินหายใจ การดูแลการหายใจ การดูแลระบบไหลเวียน และการดูแลเบื้องต้นที่จำเป็นตามแผนการรักษา รายโรค เมื่อได้ทบทวนการประเมินคุณภาพการส่งต่อแล้วจึงพบว่าการบันทึกการดูแลตามกระบวนการส่งต่อไม่ครบถ้วน แบบบันทึกที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่ครอบคลุมกระบวนการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ วัชชรีภรณ์รัตนสาร<sup>7</sup> ที่ได้พบว่าปัญหาบันทึกทางการพยาบาลยังด้อยในด้านคุณภาพ ทั้งเนื้อหาและรูปแบบการบันทึกที่เหมาะสม และพบว่าการศึกษาเกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานในการปฏิบัติ ให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะด้านการบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและรับผิดชอบในระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาล ได้ทบทวนข้อมูลการประเมินคุณภาพการส่งต่อ จากโรงพยาบาลปลายทาง พบปัญหา การบันทึกการดูแลตามกระบวนการส่งต่อไม่ครบถ้วน แบบบันทึกที่ใช้อยู่ไม่ครอบคลุมการปฏิบัติตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดไว้ จึงต้องการพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

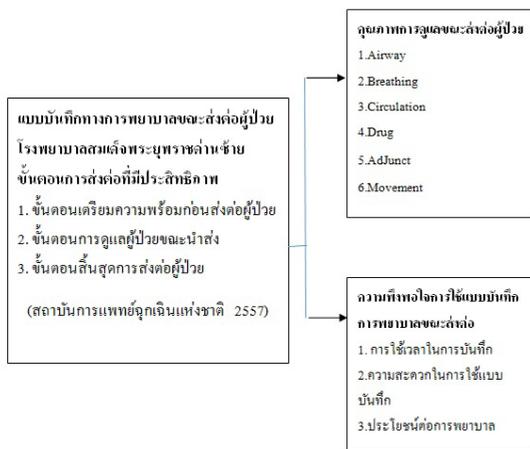
1. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล

ขณะส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานทางการพยาบาล

2. เพื่อศึกษาผลการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยในด้านคุณภาพการดูแลขณะส่งต่อ และศึกษาความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกการส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนา

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การวิจัยเพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการส่งต่อผู้ป่วยได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาลทั้งหมด 60 คนเลือกเฉพาะเจาะจงจำนวน 50 คนตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชอำนาจชัย และมีประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วย (3) ยินดี

และเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและยึดเกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria) เนื่องจากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ถ้าถูกคัดเลือกเข้าโครงการแล้ว อาจมีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงจากการวิจัยได้มากกว่าคนปกติคือ มีโรคประจำตัว มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่บนรถส่งต่อได้ 2) แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลเลย โดยมีพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยนำส่งทั้งก่อนและหลังการพัฒนา อย่างละ 44 ฉบับ มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็นแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีพยาบาลนำส่งที่ได้บันทึกการดูแลตั้งแต่ขึ้นเตรียมการ ขึ้นการดูแลขณะนำส่งและขึ้นสิ้นสุดการส่งต่อ (2) เป็นแบบบันทึกในการดูแลขณะส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชอำนาจชัยกับโรงพยาบาลเลยเท่านั้นและมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria) คุณสมบัติของแบบบันทึกที่เลือกออกจากการวิจัยดังนี้ (1) เป็นแบบบันทึกที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพนำส่ง เช่นกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน เป็นเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉินนำส่งและมีกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ไม่มีเจ้าหน้าที่นำส่ง หรือ (2) กลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลข้างเคียงตามสิทธิ เช่นโรงพยาบาลในเขตจังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์หรือโรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินคุณภาพการส่งต่อ 6 ด้าน จากโรงพยาบาลปลายทาง ตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการการส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดเลยกำหนด 2) แบบประเมินความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อโดย นำมาจากแนวคิดแบบประเมินความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของ ฦกัทร พุฒินารณัฎ์ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับกำหนดความคิดเห็นมากที่สุดถึงน้อยที่สุด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อ

ผู้ป่วยผู้วิจัยนำแบบบันทึกที่สร้างขึ้นไปผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วย หัวหน้างานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินโรงพยาบาลทั่วไป 1 ท่านและหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และแพทย์ที่รับผิดชอบด้านการส่งต่อจังหวัดเลย จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา กับวัตถุประสงค์ระหว่างคำถามกับตัวแปร (IOC : Index of item objective congruence) จากนั้น แบบบันทึกทางการพยาบาลนำไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยไปทดลองใช้ (Tryout) กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลกที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ความเที่ยงได้เท่ากับ 0.887 2) แบบประเมินคุณภาพการส่งต่อ 6 ด้าน เป็นการนำแบบประเมินจากโรงพยาบาลปลายทาง ใช้เกณฑ์การประเมินตามที่คณะกรรมการการส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดเลยกำหนดในการประชุมคณะกรรมการส่งต่อของจังหวัดเลยปี 2560 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลได้ขอใช้เครื่องมือจากแบบประเมินความพึงพอใจของ ฦภัทร พุฒินารถ<sup>๑</sup>

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 60011 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2560 ได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย แล้วดำเนินการดังนี้ 1) แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลขณะส่งต่อมีผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาอย่างละ 44 ฉบับ และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการ ใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งต่อเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้งคือ ก่อนและหลังการพัฒนา โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมเองทั้งหมด ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2561 ถึง เดือนมีนาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติพรรณนา ค่าร้อยละ 3) ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้บันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อ ก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติทดสอบที โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

### ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย มีอายุเฉลี่ย 33 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.37 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 36-40 ปี (ร้อยละ 28) อายุต่ำสุด 24 ปี มีอายุสูงสุด 54 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 30 ปี มีประสบการณ์เฉลี่ย 10 ปี ส่วนมากมีประสบการณ์อยู่ในช่วง 6 – 10 ปี (ร้อยละ 34) มีประสบการณ์ในท้องฉุกเฉิน เฉลี่ย 2 ปีส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในท้องฉุกเฉิน (ร้อยละ 56) และมีประสบการณ์สูงสุดในท้องฉุกเฉิน 15 ปี

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
21-25	9	18
26-30	13	26
31-35	8	16
36-40	14	28
41-45	3	6
46 ปีขึ้นไป	3	6
$\bar{X}(SD)=33.48 (7.37), \text{min-max}=24-54$		

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=50) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	50	100
<b>ประสบการณ์การทำงาน(ปี)</b>		
1-5	0	28
6-10	17	34
11-15	5	10
16-20	10	20
21 ปีขึ้นไป	4	8
$\bar{X}(SD)=10.38 (6.77), \text{min-max}=2-30$		
<b>ประสบการณ์การทำงานในห้องฉุกเฉิน (ปี)</b>		
ไม่มีประสบการณ์	28	56
1-5	13	26
6-10	4	8
11-15	5	10
$\bar{X}(SD)=2.4 (4.08), \text{min-max}=0-15$		
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
	0 ปี	15 ปี

2. แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ได้พัฒนาบนพื้นฐานบริบทของปัญหาที่พบจริงด้วยการนำแนวคิดการส่งต่อผู้ป่วยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ<sup>4</sup> โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการส่งต่อมีส่วนร่วมในการพัฒนาพบประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขดังนี้

**ตารางที่ 1** การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อจากปัญหาที่พบและแนวทางการพัฒนาเป็นรูปแบบใหม่

ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบเดิม	แนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อรูปแบบใหม่
1.1 แบบบันทึกการส่งต่อไม่ครอบคลุมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย ตั้งแต่ ขั้นตอนเตรียมพร้อมผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่งจนถึงสิ้นสุดการส่งต่อมีวิธีการส่งตอดังนี้	1.1 กำหนดขั้นตอนการบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2557) จำแนกตาม ขั้นตอนการส่งตอดังนี้

**ตารางที่ 1** การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อจากปัญหาที่พบและแนวทางการพัฒนาเป็นรูปแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบเดิม	แนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อรูปแบบใหม่
1.1.1 ขั้นตอนเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อแบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย ไม่มีรายการประเมินเพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ	1.1.1 ขั้นตอนเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการส่งต่อประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมก่อนออกเดินทาง
1.1.2 ขั้นตอนการดูแลขณะส่งต่อ	1.1.2 ขั้นตอนการดูแลขณะส่งต่อ
1) แบบบันทึกการพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไม่ได้ระบุเวลาการประเมินผู้ป่วย	1) พัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยให้มีการประเมินกำหนดเวลาอย่างต่อเนื่อง
1.1.3 ขั้นตอนสิ้นสุดการส่งต่อแบบบันทึกการพยาบาลส่งต่อไม่ได้มีการบันทึกประเมินผู้ป่วยก่อนส่งมอบให้โรงพยาบาลปลายทาง	1.1.3 ขั้นตอนสิ้นสุดการส่งต่อพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยให้มีการเตรียมพร้อมก่อนส่งมอบผู้ป่วย

จากตารางที่ 1 พบว่าแบบบันทึกการส่งต่อไม่ครอบคลุมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยทั้งสามขั้นตอนไม่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งต่อได้ร่วมกันพัฒนาเป็นแบบการบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยใหม่โดยได้มีการกำหนดขั้นตอนการการบันทึกทางการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อผลการพัฒนาจึงได้แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

3. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ พบว่าคุณภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้านในการส่งต่อผู้ป่วยโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาจำแนกเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพด้านดูแลการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต่อผู้ป่วย มีคุณภาพสูงกว่ารูปแบบเดิมมากที่สุด

## ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อผู้ป่วยตามแบบบันทึกรูปแบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น

การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ	รูปแบบเดิม			รูปแบบใหม่		
	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
1. การดูแลทางเดินหายใจ	44	100	ดีมาก	44	100	ดีมาก
2. การดูแลระบบหายใจ	42	95.45	ดีมาก	44	100	ดีมาก
3. การดูแลระบบไหลเวียน	40	90.90	ดีมาก	44	100	ดีมาก
4. การดูแลการได้รับยา	43	97.72	ดีมาก	43	97.72	ดีมาก
5. การดูแลเครื่องมือที่จำเป็น	34	77.30	ดี	43	97.72	ดีมาก
6. การดูแลการเคลื่อนย้าย	42	95.50	ดีมาก	43	97.72	ดีมาก
<b>คุณภาพโดยรวม</b>	<b>245</b>	<b>92.80</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>261</b>	<b>98.86</b>	<b>ดีมาก</b>

4. ความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย จำแนกเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนในด้านประโยชน์ต่อการพยาบาลสูงกว่ารูปแบบเดิมมากที่สุด

## ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบเดิมและที่พัฒนาขึ้นจำแนกรายเป็นรายด้านและโดยรวม

ความพึงพอใจของผู้ใช้แบบบันทึก	รูปแบบเดิม		รูปแบบใหม่		P-value
	M	S ระดับ	M	S ระดับ	
1.การใช้เวลาในการบันทึก	4.14	.63 มาก	3.96	.63 ปานกลาง	0.001*
2.ความสะดวกในการใช้แบบบันทึก	4.78	.41 มากที่สุด	3.18	.87 ปานกลาง	0.001*
3.ประโยชน์ต่อการพยาบาล	3.68	.97 ปานกลาง	4.16	.37 มาก	<0.001*
<b>รวม</b>	<b>4.20</b>	<b>.67 มาก</b>	<b>3.76</b>	<b>.62 ปานกลาง</b>	<b>&lt;0.001*</b>

\*p &lt; 0.001

## การอภิปรายผล

1. แบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระพรชด้านซ้าย จากผลการศึกษาพบว่า แบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อที่พัฒนาขึ้นได้นำแนวคิดการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบบันทึกที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ เนื่องจาก 1) พัฒนาจากบริบทปัญหาที่พบจริง 2) มีแนวทางการบันทึกตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 4) มีการทำงานเป็นทีม โดยบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งต่อทั้งหมดร่วมกันพัฒนา จึงทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยส่งต่อดีขึ้น ดังนั้น ผลการศึกษาที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้แบบบันทึกมีประโยชน์ต่อการพยาบาลสูงกว่ารูปแบบเดิมสอดคล้องกับผลการศึกษาของวัชรวิกรม รัตนสาร<sup>7</sup> ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พบว่าการบันทึกข้อมูลที่มีโครงสร้างการบันทึกที่ดีส่งผลถึงคุณภาพการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา ลุนจักร์ และ มาริสา ไกรฤกษ์<sup>9</sup> ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแบบฟอร์มปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน นำผลการพัฒนาไปปฏิบัติร่วมกันปรับปรุงทำให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

2. คุณภาพของแบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย การศึกษาพบว่า ร้อยละคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา มีข้อมูลสนับสนุนจากผลการวิจัยนี้ คือค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังจากการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยรวมสูงกว่าแบบเดิมสอดคล้องกับการศึกษาของณภัทร ธนะพุดมินา<sup>8</sup> และ เพ็ญศรี บำรุง และคณะ<sup>11</sup> ที่พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังการพัฒนาแบบบันทึกการมีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนทำให้เกิดคุณภาพด้านความปลอดภัยกับผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการพัฒนา

3. ความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย การศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการใช้เวลาในการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับมากหลังการพัฒนาอยู่ในระดับ

ปานกลาง ความพึงพอใจด้านความสะดวกในการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุดหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจการใช้แบบบันทึกลดลงจากก่อนการพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจากแบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อที่พัฒนาขึ้นเป็นการบันทึกตามขั้นตอนกระบวนการส่งต่อตามที่ตั้งบ้านการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและสำนักงานการพยาบาลได้กำหนดไว้ จึงทำให้มีการปฏิบัติตามการพยาบาลด้านการส่งต่อตามระบบ ตามขั้นตอนต้องเวลามากกว่าเดิม ส่วนผลการศึกษาด้านความพึงพอใจต่อประโยชน์ต่อการพยาบาลก็พบว่าก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางหลังการพัฒนาอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ซึ่งแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นนี้ ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อครอบคลุมเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สแตกเกอร์และเจเนนิง<sup>12</sup> ที่พบว่า รูปแบบรายงานที่ดี จะสร้างความเข้าใจในทีมพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ดีมีความปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ

#### ข้อเสนอแนะ

1) ให้มีการนำแบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยไปใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยเป็นมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ไปพัฒนาในโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดเลย เพื่อให้บันทึกการดูแลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การบริการงานพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายทุกท่าน ที่สนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2555-2559. นนทบุรี: สำนักงานบริหารการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข; 2555.

2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล

(Interfacility Patient Transfer) นนทบุรี:บริษัทอัลทิเมทพรีนติ้งจำกัด; 2557.

3. สำนักการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.

4. สุริย์ ธรรมมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: นิวเวฟพัฒนาจำกัด; 2540.

5. ศากุล ปวีรัตน์. “การสื่อสารในหน่วยฉุกเฉิน” ใน สุตาพรรณ ธัญจิรา วนิดา ออประเสริฐศักดิ์ บรรณาธิการ การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ หมู่พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:สามเจริญพาณิชย์; 2546.

6. สรุปลงานประจำปีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย; 2560.

7. วัชชรีภรณ์ รัตนสาร. ประสิทธิภาพของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์ วิทยานิพนธ์การบริหารการพยาบาล ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.

8. ณภัทร ธนะพุดนิพาท. ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน วารสาร มจร.วิชาการ 2554; 14(28): 5-21.

9. Cheevakasemsook, Aree. Facilitating Change: The development of An Effective Nursing Documentation System In a Medical-Surgical Ward In Thailand. (Doctoral dissertation). Charles Sturt University. NSW Australia; 2005.

10. มัลลิกา ลุนจักร์, มาริสสา ไกรฤกษ์. การพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวจังหวดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(4): 164-178.

11. เพ็ญศรี บำรุง และคณะ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโรงพยาบาล

มหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายจังหวัด  
มหาสารคาม.วารสารการพยาบาลและการดูแล  
สุขภาพ 2559; 34(1): 37-45.

12. Staggers N, Jennings BM. "The  
content and context of Change of shift report  
on Medical and Surgical unit." The Journal of  
Nursing Administration 2009; 39(9): 393-398.

# ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

ภัทรริกา ภูทวี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 0.86 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ( $P < 0.01$ ) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

# Relationships between Basic Conditioning Factors, Health Promoting Behaviors, Social support and Quality of Life in Breast Cancer Patient Receiving Chemotherapy at Daycare Centre Udonthani Hospital

Pattarika Poothavee, Register Nurse, Chemotherapy Day Care Centre, Udonthani hospital

## Abstract

The purpose of this research is to study the relationships between basic conditioning factors, health promoting behaviors and quality of Life in patients with breast cancer in chemotherapy daycare centre Udonthani hospital. The samples consisted 80 breast cancer patients stage 1 and stage 2 who received chemotherapy Udonthani hospital during February to July 2018, were selected by purposive sampling. The instruments were demographic questions, health promoting behaviors questionnaire, social support questionnaire and functional assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT). FACT-B: For patient with breast cancer for Quality of Life questionnaire. These instruments were tested for content validity by a panel of experts and Chronbach's alpha were 0.82 0.86 and 0.81 respectively. The data were analyzed using SPSS for Windows for frequency, mean, standard deviation, Fisher's Exact Test, Eta's correlation and Pearson's product moment correlation.

The findings showed quality of life of breast cancer is moderate level, relationship between health promoting behaviors, social support and quality of Life at a significant level of 0.01, relationship between basic conditioning factors and quality of life no significant.

**Keyword:** Health promoting behavior, Social support, Quality of Life, Breast cancer patient receiving chemotherapy

## บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 พบว่ามะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์มากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตามลำดับ<sup>1</sup> ผู้ป่วยส่วนมากมักพบโรคในช่วงอายุ 50-60 ปี โดยแตกต่างกันตามเชื้อชาติ ในประเทศไทยพบมากในช่วงอายุ 45-50 ปี เมื่อเริ่มวินิจฉัยพบว่าร้อยละ 80 เป็นมะเร็งในระยะแรก (ระยะที่ 1-3) ร้อยละ 10 เป็นมะเร็งในระยะกระจาย (ระยะที่ 4) ในปัจจุบันแนวโน้มอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมโดยเฉพาะในประเทศไทยกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อมที่เป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม<sup>2</sup> ทั้งนี้มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายได้ถึงร้อยละ 97 หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยแนวทางการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามระยะของโรคและใช้วิธีการร่วมกันหลายๆ วิธีในการรักษา ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา ฮอร์โมนบำบัดและการใช้ยาเคมีบำบัด การใช้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษาวินิจฉัยอื่นๆ (Neoadjuvant chemotherapy) เพื่อลดขนาดและป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็ง ช่วยให้การรักษาดูด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนการให้ยาเคมีบำบัดหลังการรักษาวินิจฉัยอื่นๆ (Adjuvant chemotherapy) เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำภายหลังการรักษา<sup>3</sup> และในระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปเนื้อเยื่ออื่นๆ การให้ยาเคมีบำบัดนั้นเพื่อลดจำนวนของเซลล์ และทำให้อายุยืนยาวขึ้น แต่ยาเคมีบำบัดไม่ได้มีผลเฉพาะกับเซลล์มะเร็งเท่านั้น ยังมีผลต่อเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเร็ว จึงทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อบุช่องปากอักเสบ ภูมิคุ้มกันต้านโรครดต่ำ เลือดออกง่าย ผอมลงและขาดตามปลายมือปลายเท้า เป็นต้น ประกอบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเข้ารับการรักษาดูด้วยยาเคมีบำบัด

เป็นชุด (cycle) หรือเป็นระยะเวลา 3-6 เดือน จึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ<sup>4</sup> ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว เนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคมักมีการเปลี่ยนแปลง และมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาหรือแผนการรักษาซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สบาย

ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและการรักษาที่ใช้เวลานาน จึงส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบกลุ่มอาการที่สำคัญ คือ วิดกกังวล ซึมเศร้า, คลื่นไส้ อาเจียน, คลื่นไส้ เบื่ออาหาร และอ่อนล้า, หายใจลำบาก ง่วงซึม ปวดซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง<sup>5,6</sup> ทั้งนี้เป้าหมายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง คือการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการและการลุกลามของโรค โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และมีแหล่งประโยชน์จากครอบครัว สถานบริการ และชุมชน ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงทำการการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยไปสู่การพัฒนารูปแบบหรือแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

## วัตถุประสงค์

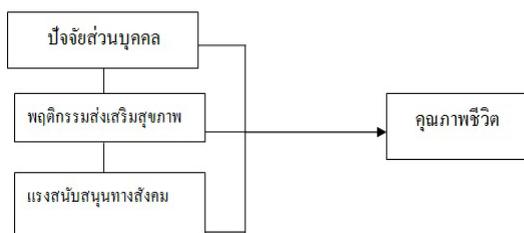
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ นำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>7</sup> และแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาโดยเฮ้า<sup>8</sup> มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2. ด้านกิจกรรมทางร่างกาย 3. ด้านโภชนาการ 4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และ 6. ด้านการจัดการความเครียด และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน 2. ด้านข้อมูลข่าวสาร 3. แรงสนับสนุนจากเพื่อน 4. แรงสนับสนุนด้านลบ 5. แรงสนับสนุนด้านการเงิน ส่วนคุณภาพชีวิตใช้แบบสอบถามของ Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT). FACT-B: For patient with Breast cancer<sup>9</sup> ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1. ความผาสุกด้านร่างกาย 2. ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว 3. ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ 4. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม 5. ความผาสุกเฉพาะด้านของโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า หากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับยาเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 80 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะจงตามเกณฑ์ดังนี้คือ

1.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และระยะที่ 2

1.2 ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ อาชีพ โรคประจำตัว และผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยขออนุญาตและดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งพัฒนาโดย ทรงเดช ประเสริฐศรี<sup>13</sup> ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 47 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขออนุญาตและดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สิริรัตน์ ลีลาจรัส และพิศสมัย อรทัย<sup>14</sup> ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยขออนุญาตและใช้แบบสอบถามของ Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)

FACT-B: For patient with Breast cancer<sup>9</sup>  
ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 36 ข้อ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) ของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งและเคมีบำบัด พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง และปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แบบสอบถามมีความตรงตามเนื้อหา และมีข้อคำถามที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน คำนวณหาค่า Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.82 0.86 และ 0.81 ตามลำดับ

**3. การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อพิจารณาตรวจสอบตามขั้นตอน

2. ผู้วิจัยนำโครงร่างการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานีเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ จากนั้นผู้วิจัยลงบันทึกให้

**4. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้น

ฐานกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติ Eta และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ระหว่าง 26 ถึง 71 ปี อายุเฉลี่ย 54.60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษามีตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับสูงกว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง แม่บ้าน ค้าขาย และรับราชการ ตามลำดับ โรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 50 คือ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
• หญิง	80	100
อายุ (ปี)		
• น้อยกว่า 40	8	10
• 40 – 60	44	55
• มากกว่า 60	28	35
สถานภาพสมรส		
• โสด	8	10.00
• คู่	50	62.50
• หม้าย	22	27.50
ระดับการศึกษาสูงสุด		
• ประถมศึกษา	23	28.75
• มัธยมศึกษา/ปวช.	36	45.00
• อนุปริญญา/ปวส.	14	17.50
• ปริญญาตรี	6	7.50
• สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.25
อาชีพ		
• ไม่ได้ทำงาน	11	13.75
• เกษตรกรรม	29	36.25
• ค้าขาย	20	25
• รับราชการ/บ้านาญ	8	10
• รับจ้าง	12	15

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
• น้อยกว่า 5,000 บาท	18	22.50
• 5,000-10,000 บาท	34	42.50
• 10,000-20,000 บาท	20	25.00
• มากกว่า 20,000 บาท	8	10.00
โรคประจำตัว (อาจมีมากกว่า 1 โรค)		
• เบาหวาน	11	13.75
• ไขมันในเลือดสูง	7	8.75
• ความดันโลหิตสูง	2	2.50

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอารมณ์/จิตใจ ด้านสังคม/ครอบครัว รวมอยู่ในระดับ และเฉพาะด้านของโรคมะเร็งเต้านม ด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี (n = 80)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
<b>โดยรวม</b>	<b>3.31</b>	<b>.67</b>	<b>ปานกลาง</b>
รายด้าน			
ด้านร่างกาย	3.24	.72	ปานกลาง
ด้านสังคม/ครอบครัว	3.35	.59	มาก
ด้านอารมณ์/จิตใจ	3.37	.69	มาก
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	3.28	.73	ปานกลาง
เฉพาะด้านของโรคมะเร็งเต้านม	3.32	.65	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ

รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.289, P<0.01$ ) ( $r=.462, P<0.01$ ) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังแสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี (n = 80)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต				Eta
	ดี		ไม่ดี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					
โสด	6	7.50	2	2.50	0.160
คู่	35	43.75	15	18.75	
หม้าย	14	17.50	8	10.00	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	13	16.25	10	12.50	0.025
มัธยมศึกษา/ปวช.	25	31.25	11	13.75	
อนุปริญญา/ปวส.	10	12.50	4	5.00	
ปริญญาตรี	4	5.00	2	2.50	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.25	0	0.00	
การมีโรคประจำตัว					
มี	16	20.00	8	10.00	0.126
ไม่มี	46	57.50	10	12.50	

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี (n = 80)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. อายุ	1.00			
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.148	1.00		
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	-1.87	.132	1.00	
4. คุณภาพชีวิต	-0.80	.462*	.289*	1.00

### อภิปรายผล

#### 1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากต้องเผชิญกับโรคแล้วยังต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด จึงส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายจิตใจ และแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสรัจญา สุริยันต์ และคณะ<sup>10</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในระดับปานกลาง และอาการข้างเคียงจากการรักษามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านร่างกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล เลิศพานิช และคณะ<sup>11</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่มีความถี่และรุนแรงที่เกิดจากอาการของโรคและการได้รับยาเคมีบำบัดคือ 1. อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง 2. กังวล กลุ้มใจ 3. นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก 4. ไม่อยากอาหาร เบื่ออาหาร 5. ปากแห้ง และความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

#### 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทับทิม เปาอินทร์ และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่าอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จากการศึกษาในครั้งนี้ อภิปรายผลการศึกษาได้ตามประเด็นต่อไปนี้ อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 54.60 ปีอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีประสบการณ์สูง สามารถใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยพบมาดัดแปลง

และแก้ไขปัญหา และจัดการความเครียดได้ดี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง เมื่อเจอสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ก็สามารถจัดการกับปัญหาได้ สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล เอาใจใส่ช่วยเหลือให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาในขณะเจ็บป่วย ระดับการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้ โดยการอธิบาย แจกแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และมีเจ้าหน้าที่ที่คอยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความรู้แตกต่างกันก็สามารถเรียนรู้ในการดูแลตนเองได้เช่นเดียวกัน การมีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการได้ และผู้ป่วยได้รับการรักษาและคำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากแพทย์ พยาบาล จึงมีความมั่นใจและรับรู้ว่าจะสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการมีโรคประจำตัวได้

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=462, p<0.01$ ) ( $r=289, p<0.01$ ) ตามลำดับ โดยเมื่อพิจารณาจากค่าความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงเดช ประเสริฐศรี และนิธิตา ธารีเพียร<sup>13</sup> ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ โสรัจญา สุริยันต์ และคณะ<sup>10</sup> ที่พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หมายความว่าหากผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริม

เสริมสุขภาพ ประกอบด้วยความรับผิดชอบตนเองในการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีความครอบคลุมถึงการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไข ปัญหา ดังนั้นการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจึงส่งผลถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยตรง และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนที่จะช่วยเสริมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ร่วมกับการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน มีความสอดคล้องกับบริบท ซึ่งจะเป็นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป
2. ควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล/ นวัตกรรมพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะการลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Nation Cancer Institute Department of Health Ministry of Public Health. Hospital-based Cancer Registry Annual report 2012. Bangkok: Eastern Printing Public Company; 2014.
2. ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล. มะเร็งเต้านม: ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง. Chula Med J. 2016; 60(5): 497-507.
3. American Cancer Society. 2014. Cancer facts and figures 2014. Retrieved from <http://www.cancer.org>
4. Pongpradit P, Arpanantikul M, Sirapo-ngam Y. Selected Factors Related to

Health-Promoting Behaviors in Women with Brest Cancer Undergoing Adjuvant Chemotherapy. Rama Nurs J 2012; 18(1): 70-83.

5. Dong, S. T., Butow, P. N., Costa, D.S., Lovell, M. R., and Ager, m., 2014. Symptom cluster in patients with advanced cancer a systematic review of observational studies. Journal of Pain and Symptom Management. 48(3): 411-450.

6. Wongjunlongsin S. Sumdaengrit B. Symptom Cluster in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy A Longitudinal study Approach. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division. 2015; 33 (2): 122-131.

7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in nursing practice. 5th ed. Newjersey: Pearson Education; 2006

8. Toljamo,M., Hentinen, M. (2001). Adherence to self care and social support. Journal of Clinical Nursing. 10. 618-627.

9. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT). FACT-B: For patient with Breast cancer [database on the internet]. 2014 [cited 2014 August 27]: Available from <http://www.facit .org/FACITOrg/Questionnaires>.

10. โสรัจญา สุริยันต์ วรณิ เดียววิเศษ และนุจรี ไชยมงคล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด: แบบจำลองเชิงสาเหตุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558; 33(4): 131-140.

11. พรพิมล เลิศพานิช อัมภาพร นามวงศ์ พรหม และน้ำอ้อย กักตึงค์. ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560; 6(1): 45-55.

12. ทับทิม เปาอินทร์ เขาวรัตน์ รุ่งว่าง

และเรวัต เตียสกุล. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัด. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2553; 4(1) : 28-37.

13. ทรงเดช ประเสริฐศรี และนิธิตา ธารีเพียร. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558; 3(22): 6-15.

# ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึก สัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบึงกาฬ

ศิรดา ทวีวัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบึงกาฬ

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยรับใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 60 คน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 30 คน และ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 30 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกสัญญาณเตือนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Modified Early Warning Scores: MEWS) และแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพแบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 4 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงของแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความเป็นไปได้ และแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ 0.92, 0.90, 0.85 ตามลำดับ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คิดเป็น ร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 10.00 โดยภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง เป็นร้อยละ 6.70 จากเดิม ร้อยละ 16.90 ส่วนภาวะไตวายเฉียบพลันลดลงเป็นร้อยละ 3.30 จากเดิมร้อยละ 26.40 และไม่มีอัตราการเสียชีวิต 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก และมีระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, แบบบันทึกสัญญาณเตือน

# Effects of Using Nursing Practice Guidelines Based on “Modified Early Warning Scores” for Patients with Sepsis in the Medicine Women Department at Buengkan Hospital

Sirada Taweewan, Professional Nures, Buengkan Hospital

## Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study effects of using nursing practice guidelines based on “Modified Early Warning Scores” for patients with Sepsis in the Medicine Women Department at Buengkan Hospital.

The purposive sample was composed of 2 groups: 60 patients with sepsis and 12 nurses. The first group included 30 patients with sepsis before using nursing practice guidelines based on the MEWS , who were admitted from 1–30 March 2018 and the other 30 patients with sepsis after using nursing practice guidelines based on the MEWS, who were admitted from 1–30 May 2018. The second group comprised 12 professional nurses who worked at Medicine Women Department at Buengkan Hospital. Research tools were 2 types: 1) tools for using samples included Modified Early Warning Scores (MEWS) record form and nursing practice guidelines based on the MEWS for patients with sepsis. 2) tool for evaluation included the nurse’s personal data, medical records, 6 the nurse’s possibility questionnaires and 4 the nurse’s satisfaction questionnaires. The questionnaires were approved by 3 experts in terms of content validity. The content validity index of the nursing practice guidelines based on the MEWS, the nurse’s possibility questionnaires and the nurse’s satisfaction questionnaires were 0.92, 0.90 and 0.85 respectively. Statistical techniques utilized in data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test

The major findings were as follows. 1) The complication rate of patients with sepsis after using nursing practice guidelines based on the MEWS was 10.00%: Septic shock was decrease from 16.90% to 6.70%, acute renal failure was decrease from 26.40% to 3.30% and the mortality rate of those patients was zero. 2) The complication rate of patients with sepsis before using nursing practice guidelines based on the MEWS was significantly higher than the complication rate of patients with sepsis after using nursing practice guidelines based on the MEWS ( $p < 0.05$ ). 3) professional nurses rated their possibility on nursing practice guidelines based on the MEWS at the high level. and their satisfaction on nursing practice guidelines based on the MEWS as a whole and each aspect at the high level.

**Keywords:** Nursing practice guideline, Sepsis, Modified Early Warning Scores

## บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการเป็นเป้าหมายหลักของการบริการพยาบาลและเป็นหนึ่งในมาตรฐานโรงพยาบาลและการจัดบริการสุขภาพที่ผลักดันให้เกิดการควบคุมคุณภาพการบริการและการให้บริการที่ยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางรวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถสนับสนุนยืนยันความมีประสิทธิภาพของแนวทางการปฏิบัติที่จะทำให้เกิดคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการวิจัยกับการปฏิบัติการพยาบาลที่จะนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพทำให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถยืนยันเชิงวิทยาศาสตร์ถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ<sup>1</sup> การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพโดยเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางและการประสานการทำงานที่ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพช่วยทำให้ผู้ให้บริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง มีมาตรฐานลดโอกาสเกิดความผิดพลาดตกกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นทำให้ผู้ให้บริการได้รับประโยชน์สูงสุดนอกจากนั้นยังช่วยทำให้องค์กรมีการปรับปรุงคุณภาพการบริการอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์คือตัวชี้วัดคุณภาพของการบริการที่ดีขึ้น<sup>2</sup>

แนวปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรวมทั้งผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการใช้มาตรการอย่างต่อเนื่องในการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างไรก็ตามมีประสิทธิภาพ จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น 7-8% ต่อปี และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 30-40% ในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรม ส่งผลให้ในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวถึงประมาณ 25 ล้านราย และเสียชีวิต 8 ล้านราย ซึ่งนับเป็นภาระที่ยิ่งใหญ่ทางเศรษฐกิจ และเป็นการสูญเสียชีวิตที่น่าเศร้า<sup>3</sup>

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็น

สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่าผู้ป่วย sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 5 ราย ทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากแม้ว่าปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อคือมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง โดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 อยู่ที่ร้อยละ 32.03<sup>4</sup> สอดคล้องกับข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบึงกาฬ ระหว่างปีพ.ศ. 2558-2560 พบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของทุกปีโดยมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมารับบริการจำนวน 710, 753 และ 1,100 ราย ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 15.21, 13.28 และ 12.55 ตามลำดับ ซึ่งในกลุ่มที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าว พบว่ามีภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ร่วมกับอวัยวะสำคัญต่างๆล้มเหลวและเสียหายที่ (organ dysfunction) ร้อยละ 95.63, 89.37 และ 85.54 ตามลำดับ<sup>5</sup>

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือภาวะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อแบคทีเรียไวรัส หรือเชื้อราอย่างรุนแรงที่สุด ระบบภูมิคุ้มกันจะถูกกระตุ้นทำให้เกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) โดยผู้ป่วยต้องมีอาการทางคลินิกต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อประกอบด้วย 1) อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียสหรือน้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส 2) ชีพจรมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที 3) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาทีหรือความดันของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด

แดง (PaCO<sub>2</sub>) น้อยกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท 4) เม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 หรือน้อยกว่า 4,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรหรือมีเม็ดเลือดขาวชนิดแบนด์มากกว่าร้อยละ 10 หากผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขหรือมีความล่าช้าในการรักษาจะทำให้เกิดภาวะช็อกทำให้อวัยวะต่างๆขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลให้อวัยวะเหล่านั้นทำงานล้มเหลวและสูญเสียหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้แต่อย่างไรก็ตาม การให้การรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่ในระยะที่มีกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายก็ไม่สามารถพยากรณ์ผลการรักษาและการดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างชัดเจนการสังเกตอาการเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความจำเป็นสำหรับการดูแลรักษาพยาบาล<sup>6</sup> และการเฝ้าติดตามประเมินการไหลเวียนเลือดและการทำงานของอวัยวะต่างๆ และแก้ไขอย่างทันท่วงทีจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาภาวะนี้<sup>7</sup>

แผนกอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬให้บริการผู้ป่วยหญิงด้านอายุรกรรม ที่ผ่านมาแผนกอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1,030 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีความรุนแรงและเข้าสู่ภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 91.35 และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 4.75 ซึ่งสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก็คือ การเกิดภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลต่อการเกิดความล้มเหลวของอวัยวะและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ซึ่งเนื้อหาส่วนใหญ่ในแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวมุ่งเน้นที่การวินิจฉัยที่รวดเร็วและให้การรักษาที่เหมาะสมซึ่งเป็นบทบาทของแพทย์ยังขาดในส่วนซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะคือการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนอย่างถูกต้องและเป็นระบบอย่างต่อเนื่องได้แก่แนวทางในการประเมินการสังเกตการเฝ้าระวังและการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยรวมทั้งแนวทางในการตัดสินใจ

ให้ การปฏิบัติการพยาบาลหรือจัดกิจกรรมต่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการแสดงเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสมซึ่งแบบแผนในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปัจจุบันยังขาดความชัดเจนไม่มีความเหมาะสมและไม่แสดงให้เห็นถึงความเร่งด่วนของกิจกรรมที่พยาบาลต้องให้การดูแลและถูกกำหนดให้ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมโดยเฉพาะในกลุ่มงานอายุรกรรมหญิง ซึ่งมีอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอนอกจากนี้ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยน้อย คือ 2-8 ปี คิดเป็น ร้อยละ 83.30 จึงอาจส่งผลต่อการดูแลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ผู้วิจัยในฐานะของผู้บริหารระดับต้นและเป็นผู้ประสานงานระดับเครือข่ายของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจึงเห็นว่า การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนมาใช้จะมีประสิทธิภาพจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการแก้ไขอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติได้อย่างรวดเร็วรวมถึงสามารถตัดสินใจในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับของความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะสะท้อนให้เห็นถึงผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพของระบบการบริการพยาบาลที่ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาล การใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนที่พัฒนาขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬ
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬ
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬ
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบึงกาฬ ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือผู้ป่วยรับใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบึงกาฬและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยรับใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 60 คน

ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 30 คนและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 30 คนและ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่แบบบันทึกสัญญาณเตือนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Modified Early Warning Scores: MEWS) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนของแบบบันทึกสัญญาณเตือนและแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด<sup>๒)</sup> เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตและแบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 4 ข้อได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะได้ค่าความเที่ยงของแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความเป็นไปได้ และแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ 0.92, 0.90, 0.85 ตามลำดับ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คิดเป็น 100.00% วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อขออนุญาต

ทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยได้รับใบอนุญาต เลขที่ BKHEC2018-10 ในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2561

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 30 คนและผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 30 คนมีอายุระหว่าง 18-90 ปีคิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 65.86 ปีและ 64.46 ปีตามลำดับส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 76.70 และ 73.40 ตามลำดับระบบที่พบว่ามี การติดเชื้อมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคือ ระบบทางเดินปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 30.00 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคือระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 43.30 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 83.30 และ 100.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคคิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 40.00 ตามลำดับแหล่งที่มาของการติดเชื้อมากที่สุดคือการติดเชื้อนอกโรงพยาบาลมีจำนวนเท่าๆกันคิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ	
	การพยาบาล (n=30)	การพยาบาล (n=30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ(ปี)		
18 - 90	30(100.00%)	30(100.00%)
	( $\bar{x}$ =65.86, S.D.=1.27)	( $\bar{x}$ =64.46, S.D.=1.89)
การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด		
การวินิจฉัยหลัก	23 (76.70%)	22 (73.40%)
การวินิจฉัยร่วม	7 (23.30%)	8 (26.60%)
ระบบที่มีการติดเชื้อ		
ทางเดินปัสสาวะ	9 (30.00%)	6(20.00%)
ทางเดินหายใจ	9(30.00%)	6(20.00%)
ประสาท	1 (3.30%)	1(3.30%)
เนื้อเยื่อ	3(10.00%)	3(10.00%)
ทางเดินอาหาร	7(23.40%)	13(43.40%)
หัวใจและหลอดเลือด	1 (3.30%)	1(3.30%)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ	
	การพยาบาล (n=30)	การพยาบาล (n=30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ที่มาของการรักษา		
อยู่ในเขตเมือง	25(83.30%)	30(100.00%)
ถูกส่งตัวมารักษาต่อ	5(16.70%)	0 (0.00%)
จำนวนโรคประจำตัว		
1 โรค	5(16.70%)	7(23.30%)
มากกว่า 1 โรค	24(80.00%)	12(40.00%)
ปฏิเสธโรคประจำตัว	1(3.30%)	11(36.70%)
ลักษณะการติดเชื้อ		
ติดเชื้อนอก รพ.	30(100.00%)	30(100.00%)
ติดเชื้อใน รพ.	0(0.00%)	0 (0.00%)

2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพทุกคนเป็นเพศหญิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีอายุระหว่าง 24 - 44ปีคิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 29.08 ปีทุกคนมีระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย 2 - 8 ปีคิดเป็นร้อยละ 83.30 โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 5.25 ปีส่วนใหญ่มีประสบการณ์การได้รับการอบรม/ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 83.30 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=12)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	12 (100.00%)
ชาย	0 (0.00%)
อายุ(ปี)	
24-44	12 (100.00%)
( $\bar{x}$ =29.08, S.D.=5.71, Min =24, Max=44)	
การศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12 (100.00%)
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.00%)
ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย (ปี)	
2-8	10(83.30%)
9-15	1(8.35%)

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=12) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
มากกว่า 15 ( $\bar{x}$ =5.25, S.D.=5.17, Min=2, Max=20) ประสบการณ์การได้รับการอบรม/ความรู้ ไม่เคย	1(8.35%)
เคย	2(16.70%)
	10(83.30%)

3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 43.30 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนไม่พบว่าการเสียชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต	แนวปฏิบัติการพยาบาล	
	กลุ่มก่อนใช้ (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มหลังใช้ (n=30) จำนวน (ร้อยละ)
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน		
ไม่พบ	17 (56.70)	27 (90.00)
พบ	13 (43.30)	3 (10.00)
อัตราการเสียชีวิต		
ไม่เสียชีวิต	29 (96.70)	30 (100.00)
เสียชีวิต	1 (3.30)	0 (0.00)

4. เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลลดลงเป็นร้อยละ 10.00 จากเดิมร้อยละ 43.30 โดยภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงเป็นร้อยละ 6.70 จากเดิมร้อยละ 16.90 ส่วนภาวะไตวายเฉียบพลันลดลงเป็นร้อยละ

3.30 จากเดิมร้อยละ 26.40 กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไม่พบอัตราการเสียชีวิตส่วนกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.30 ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนร้อยละอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n=30)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน				
ภาวะช็อก	5	16.90	2	6.70
ภาวะไตวายเฉียบพลัน	8	26.40	1	3.30
อัตราการเสียชีวิต	1	3.30	0	0.00

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนด้วยสถิติ Chi-square test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n=30, n=30)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ภาวะแทรกซ้อน		รวม	P-value
	เกิด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เกิด จำนวน (ร้อยละ)		
ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	13 (43.30)	17 (56.70)	30	<0.000
หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	3 (10.00)	27 (90.00)	30	

\* p< 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาที่มีความชัดเจน เข้าใจง่ายแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้ง่ายมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง และแนวปฏิบัติระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 91.70, 91.70, 100.00, 75.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยที่มีภาวะ

ติดเชื้ในกระแสเลือด และแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน/องค์กรมีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.70, 66.70 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n=12)

ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาล	ระดับความคิดเห็น					
	น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เนื้อหามีความชัดเจน เข้าใจง่าย	-	-	1	8.30	11	91.70
2. แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้ง่าย	-	-	1	8.30	11	91.70
3. มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง	-	-	-	-	12	100.00
4. แนวปฏิบัติระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์	-	-	3	25.00	9	75.00
5. แนวปฏิบัติทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	-	-	8	66.70	4	33.30
6. แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	-	-	8	66.70	4	33.30

**6. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล**

พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้าน ( $\bar{x}$ =3.91-4.08, S.D.=0.28-0.51) และโดยรวม ( $\bar{x}$ =4.00, S.D.=0.00) อยู่ในระดับสูงดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน (n=12)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	ระดับ
1. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	4.08	.28	สูง
2. การนำไปปฏิบัติจริง	4.08	.51	สูง
3. การนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง	3.91	.51	สูง
4. ความพึงพอใจในภาพรวม	3.91	.51	สูง
<b>รวม</b>	<b>4.00</b>	<b>.00</b>	<b>สูง</b>

**การอภิปรายผล**

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 43.30 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 10.00 โดยภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงเป็นร้อยละ 6.70 จากเดิมร้อยละ 16.90 ส่วนภาวะไตวายเฉียบพลันลดลงเป็นร้อยละ 3.30 จากเดิมร้อยละ 26.40 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไม่พบว่ามี การเสียชีวิตเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุการวินิจฉัยระบบที่มีการติดเชื้อที่มาของการติดเชื้อของทั้งสองกลุ่มพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันแต่มีส่วนที่แตกต่างกันคือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนอภิปรายได้ว่า การที่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงนั้น เหตุผลหนึ่งน่าจะเป็นผลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลแก้ไขอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติอย่างรวดเร็วรวมถึงพยาบาลสามารถตัดสินใจจัดกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับระดับของความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยได้ ดีขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะช็อกและความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจากก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิศตรีบุษชาติสกุล 25507 ที่พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลลดลง

ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนพบว่าทั้งสองกลุ่มมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้บันทึกสัญญาณเตือนซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทุกรายที่รับใหม่ได้รับการประเมินแรกรับและได้รับการเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดโดยการใช้ระดับคะแนนที่แสดงถึงความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งระดับคะแนนที่ประเมินได้จะช่วยทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากทีมผู้ให้การดูแลที่รวดเร็วผลคือจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะไตวายเฉียบพลันลดลงและมีอัตราการเสียชีวิตลดลงในงานวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่การวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากแพทย์ผู้ให้การรักษามีการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะตลอดจนการดูแลตามมาตรฐานของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบดังนั้นจึงทำให้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยลดลง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาความชัดเจน เข้าใจง่ายแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้ง่าย มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง และแนวปฏิบัติระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 91.70, 91.70, 100.00, 75.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน/องค์กรมีความเป็นไปได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.70, 66.70 ตามลำดับ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทุกรายจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จึงเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ และมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง

และพัฒนางานผู้ที่มีการศึกษาสูง และผู้ที่มีทัศนคติที่ดีจะมีความเข้าใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ตลอดจนพยาบาลวิชาชีพได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาโดยตลอด ทำให้เข้าใจการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนและขั้นตอนการนำไปใช้ ทำให้ผลการวิจัยความเป็นไปได้เกี่ยวกับเนื้อหาที่มีความชัดเจน เข้าใจง่ายแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้ง่ายมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง และแนวปฏิบัติระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมากส่วนในการปฏิบัติงานจริง พยาบาลวิชาชีพบางส่วนที่มีประสบการณ์ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลน้อย ไม่ชำนาญในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ความเป็นไปได้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน/องค์กรในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่า ผู้ปฏิบัติมีประสบการณ์น้อย ทำให้การประเมินและการติดตามผู้ป่วยไม่สมบูรณ์

ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้าน ( $\bar{x}$ =3.91-4.08, S.D.=0.28-0.51) และโดยรวม ( $\bar{x}$ =4.00, S.D.= 0.00) อยู่ในระดับสูงอภิปรายได้ว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงอาจเกิดจากผู้ศึกษาได้นำขั้นตอนของพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการใช้ผลการวิจัย (research utilization) มาใช้จากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ามาร่วมการวิเคราะห์สังเคราะห์ผ่านการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงนอกจากนี้แนวปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงซึ่งพัฒนาเพื่อใช้ในหน่วยงานตนเองรวมทั้งการฝึกทักษะการปฏิบัติข้างเคียงจนบุคลากรทุกคนสามารถใช้เครื่องมือประเมินต่างๆได้อย่างถูกต้องและสามารถประเมินได้ตรงกับการประเมินของผู้ศึกษาจะทำให้เกิดความพึงพอใจแก่

ผู้ใช้แนวปฏิบัติได้เป็นอย่างดี<sup>๘</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์วีรภักดีและคณะ<sup>๙</sup> ที่ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการใช้ผลการวิจัย (research utilization) ของ Iowa Model<sup>10</sup> ผลที่ได้คือทำให้อัตราการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลงอีกประการหนึ่งที่ทำให้ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้มีส่วนร่วม โดยการประเมินถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยเนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความชัดเจนเข้าใจง่ายนำไปใช้ได้ง่าย มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และมีประโยชน์ต่อหน่วยงานและหรือองค์การแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เห็นถึงประโยชน์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง มีมาตรฐานลดโอกาสเกิดความผิดพลาดตกกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือการทำงานที่ซ้ำซ้อนเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุดค่าใช้จ่ายต่ำและปรับปรุงคุณภาพการบริการสม่ำเสมอให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการและผู้รับบริการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยวัดจากตัวชี้วัดคือคุณภาพการบริการดีขึ้น เช่นอัตราการตายภาวะแทรกซ้อนจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายลดลงในขณะที่คุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>๒</sup>

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่เริ่มแรก ที่ห้องฉุกเฉินเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและความต่อเนื่องในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การส่งต่ออาการของผู้ป่วยที่ครบถ้วนไปยังหน่วยงานอื่นๆ ต่อไป
2. นำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
3. ควรพัฒนาความรู้สมรรถนะของพยาบาล

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดูแลรักษามีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

4. ควรนำแบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไปใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป เพื่อพัฒนาการพยาบาลต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบบันทึกสัญญาณเตือนโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการคำนวณค่าความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือที่รวดเร็วขึ้นรวมทั้งใช้ในการบันทึกและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการประมวลผลที่มีความละเอียดมากขึ้น และมีความสะดวกในการนำข้อมูลไปใช้
2. ควรศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกสัญญาณเตือนให้มีความเหมาะสมในการจำแนกประเภทผู้ป่วยหรือระดับความรุนแรงของผู้ป่วยต่อไป
3. ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายและมีจำนวนที่มากพอโดยเพิ่มระยะเวลาในการศึกษามากขึ้นประมาณ 3-6 เดือนเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ณรงค์ ธาดาเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลงานชิ้นนี้ และ รศ. ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย ที่เป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก: Clinical Practice Guidelines Development. วารสารการพยาบาล 2548; 20: 63-76.
2. National Health and Medical Research Council: NHMRC. A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice

guideline. 1998. [cited 2018 April 9]. Available from URL: <http://www.ausinfo.gov.au>.

3. สมาพันธ์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโลก. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; 2556: [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2561]. จาก: <http://www.world-sepsis-day.org>.

4. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561; 2561: [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2561]. จาก: <http://www.inspection.dms.moph.go.th>.

5. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารงานเวชสถิติโรงพยาบาลบึงกาฬ. สถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2561. บึงกาฬ: โรงพยาบาลบึงกาฬ; 2561.

6. สุดฤทัย พสกภักดี และคณะ. ลักษณะเสี่ยงของการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยเนื้อเยื่ออักเสบ; 2553: [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2561]. จาก: [http://www.Vichakarn.tsm.go.th/Index\\_\\_htm\\_\\_files/R2R010.pdf](http://www.Vichakarn.tsm.go.th/Index__htm__files/R2R010.pdf).

7. พรพิศตรี บุญชาติสกุล, นาทยา คำสว่าง และปัญญา เกื้อนด้วง. ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้แนวทางเวชปฏิบัติ. พุทธชินราชเวชสาร 2550; 24: 33-47.

8. สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, ฉวีวรรณ ธงชัย และ มยุรี สำราญญาติ. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26: 82-95.

9. ศิริรัตน์ วีรภักดีและคณะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนคาสายสวนปัสสาวะ. วารสารกองการพยาบาล 2553; 37: 51-65.

10. Tittler, MG. and others. The Iowa Model of Evidence-based Practice to Promote QualityCare. Critical Care Nursing Clinics of North America.2001; 13: 479-509.

# ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกโรงพยาบาลบึงกาฬ

จุฬารัตน์ คำวงษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกโรงพยาบาลบึงกาฬกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบึงกาฬ ศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วนคือส่วนที่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล คู่มือสำหรับหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอด และแผนปฏิบัติการหายใจบรรเทาปวด และส่วนที่ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการตั้งครรภ์จำนวน 11 ข้อ แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดจำนวน 6 ข้อ และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดจำนวน 5 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยทดลองใช้ (try out) กับหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 10 ราย นำแบบสังเกตพฤติกรรมไปหาค่าความเที่ยง (inter-rater reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Extract test) สถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood Ratio) สถิติทีอิสระ (independent t-test) และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับ 2) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับ 3) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับ 4) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับ

ผลการวิจัย โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดีขึ้นในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก จึงควรส่งเสริมให้นำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก เพื่อช่วยบรรเทาปวดและให้เผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ:** การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง, พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด, หญิงวัยรุ่นครรภ์แรก

# The Effects of Continuous Support Program During Labor by Nurses on Pain Levels and Pain Coping Behaviors in Primiparous Adolescents at Buengkan Hospital

Juraporn Khamvongsa Professional Nures, Buengkan Hospital

## Abstract

This quasi-experimental research (two-group pre-test post-test design) aimed to examine the effects of a continuous support program during labor by nurses on pain levels and pain coping behaviors in primiparous adolescents at Buengkan Hospital. The sample comprised 60 primiparous adolescents who were labor pain, cervical dilatation less than 4 cms., younger than 20 years old, admission at Labor Room, Buengkan Hospital. Study compare 2 groups were the experimental group receiving a continuous support program during labor by nurses and the control group received standard nursing care. The sample were purposive sampling during April to July 2018. The instruments consisted of 2 items were 1. the experimental instrument consisted of the continuous support program, primiparous adolescents manual, and how to breathing relief brochures and 2. the data-collecting instruments consisted of 11 items a personal profile recording form, 6 items a numeral rating scale for pain, and 5 items an observation scale of pain coping behavior in labor. Which was content validated by three experts. The observational scale of pain coping behavior try out 10 primiparous adolescents at Labor Room, Buengkan Hospital. The reliability yielded a value of 0.92. The data-collecting were during April to July 2018. The data analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, fisher,s extract test, likelihood ratio, independent t-test and paired t-test.

The results showed that 1) The experimental group had the level score of pain during cervical dilatation less than 4 cms., 4-7 cms., 8-10 cms. statistically significantly less than the control group ( $p<0.001$ ), ( $p<0.001$ ), ( $p<0.001$ ). 2) The experimental group had pain coping behavior score during cervical dilatation less than 4 cms., 4-7 cms., 8-10 cms. Statistically significantly more appropriate than the control group ( $p<0.001$ ), ( $p<0.001$ ), ( $p<0.001$ ). 3) The experimental group after received the continuous support program during labor by nurses had the level score of pain during cervical dilatation less than 4 cms., 4-7 cms., 8-10 cms. statistically significantly less than before received the continuous support program ( $p<0.001$ ), ( $p<0.001$ ), ( $p<0.001$ ). 4) The experimental group after received the continuous support program during labor by nurses had pain coping behavior score during cervical dilatation less than 4 cms., 4-7 cms., 8-10 cms. Statistically significantly more appropriate than before received the continuous support program ( $p<0.001$ ), ( $p<0.001$ ), ( $p<0.001$ ).

The results the continuous support program during labor by nurses can reduce labor pain and increase pain coping behaviors among primiparous adolescents. So its use should be recommended in clinical practice in order to pain relief and promote appropriate labor pain coping.

**Keywords:** continuous support program, pain coping behavior, primiparous adolescents

## บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติกำหนดให้ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่นานาชาติต้องบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573<sup>1</sup> ปัจจุบันการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นมีอัตราสูงขึ้นในปี 2553 มีวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี 16 ล้านคนทั่วโลกมีการตั้งครรภ์และคลอดร้อยละ 11 ของประชากรทั่วโลกและร้อยละ 95 เป็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่คลอดบุตรมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเช่นกันซึ่งในปี 2558 พบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นเท่ากับ 44.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน และ 1.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน<sup>3</sup>

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นนับว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขระดับประเทศส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์หลายประการเช่นการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกมีอัตราการตายสูงกว่ามารดาผู้ใหญ่ ภาวะครรภ์เป็นพิษและการได้รับบาดเจ็บของช่องทางการคลอด รวมทั้งผลกระทบต่อจิตใจของผู้คลอด โดยเฉพาะผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก เช่น ระยะเวลาคลอดมีการเผชิญและตอบสนองต่อการคลอดในลักษณะที่ไม่เหมาะสม มีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด มีความกลัวและวิตกกังวลสูงกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทการเป็นมารดา การเลี้ยงดูบุตรในระยะหลังคลอดและมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าปกติ ดังนั้นหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกจึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดผลกระทบหรือปัญหาต่าง ๆ ที่มีต่อมารดาและทารกต่อไป<sup>4</sup>

การเจ็บครรภ์เป็นกลไกเริ่มต้นไปสู่การคลอดเริ่มจากการเจ็บครรภ์จริงซึ่งทำให้เกิดเป็นความเจ็บปวดต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดการคลอดและระดับความเจ็บปวดจะเปลี่ยนแปลงไปตามความแรงของการหดตัวของมดลูกและความก้าวหน้าของการคลอดในวัยรุ่น การตั้งครรภ์จัดว่าเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นตาม

วุฒิภาวะเป็นวัยที่ยังไม่บรรลุลวุฒิภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ<sup>5</sup> เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกจะเผชิญกับความเจ็บปวดนี้โดยการแสดงออกทางพฤติกรรมตอบสนองโดยตรงเพื่อบรรเทาปวดในด้านของเสียงการเคลื่อนไหว การหายใจ ใบหน้าและคำพูด โดยเฉพาะผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกซึ่งมักจะขาดประสบการณ์ ขาดทักษะการเผชิญการคลอด ขาดการเตรียมความพร้อมในการคลอดและการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกจะแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมหรือเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ ไม่เพียงพอใจผิดหวัง ควบคุมตนเองไม่ได้<sup>6</sup> กระตุ้นให้เกิดความโกรธก้าวร้าวแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเช่น เอะอะโวยวาย ส่งเสียงกรีดร้อง ดิ้นทุรนทุราย กระสับกระส่ายและมักเรียกร้องการดูแลรักษามากกว่าปกติ ตลอดจนไม่ให้ความร่วมมือในขณะคลอดทำให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกได้รับประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีมีผลกระทบต่อวงจรความกลัวความวิตกกังวลและความเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การคลอดล่าช้าและทารกมีความเสี่ยงสูง<sup>7</sup>

รูปแบบในการให้การสนับสนุนในระยะคลอดมีความสัมพันธ์กับบุคคลซึ่งให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ได้แก่ พยาบาลผดุงครรภ์ สามี เพื่อนมารดา หรือผู้ที่ได้รับการอบรมจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการได้รับการดูแลสนับสนุนในระยะคลอดจากบุคคลต่างๆ หรือจากบุคคลที่สามารถให้ความใกล้ชิดได้อย่างมากทั้งด้านร่างกาย และจิตใจและการสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งเกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกขณะเจ็บครรภ์ช่วยให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกเผชิญสถานการณ์ ระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดได้ดีขึ้น<sup>8</sup>

ปัจจุบัน พบว่าหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอดยังได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในการเผชิญความเจ็บปวดไม่เพียงพอกับความ ต้องการ โดยเฉพาะวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอด นับเป็นประสบการณ์แรกจึงมีความต้องการได้รับการ

สนับสนุนให้สามารถเผชิญกับการคลอดได้ดีขึ้นแต่เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีนโยบายให้ญาติผู้ใกล้ชิดเฝ้าคลอดทำให้หญิงวัยรุ่นแรกได้รับการดูแลโดยพยาบาลในห้องคลอดเท่านั้น และได้รับการดูแลโดยพยาบาลตลอดการคลอดเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 99 จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้การคลอด มีผลลัพธ์ที่ดีและจากการศึกษาพบว่าหญิงวัยรุ่นแรกร้อยละ 76.70 มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้ประสบการณ์การคลอดเตรียมตัวคลอดหรือได้รับการดูแลสนับสนุนไม่เพียงพอกับความต้องการมีผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าผลลัพธ์และประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด<sup>๑</sup> จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดโดยบุคคลหลายกลุ่มเช่นสามี มารดาผู้ใกล้ชิดผู้มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือ ทำให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อการคลอดและการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ด้านข้อมูล ด้านความสบาย และด้านการพิทักษ์สิทธิช่วยบรรเทาปวด ช่วยให้หญิงวัยรุ่นแรกสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม<sup>๑</sup> เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงวัยรุ่นแรก จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากพยาบาลในห้องคลอดเป็นส่วนใหญ่จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้การสนับสนุนในระยะคลอดเพื่อช่วยให้การคลอดดำเนินไปในด้านบวก<sup>๑</sup>

โรงพยาบาลบึงกาฬ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยในเขตจังหวัดบึงกาฬ และประเทศเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียง โดยเฉพาะงานด้านสูติกรรมที่ให้บริการทางสูติกรรมตลอด 24 ชั่วโมง ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีภาวะแทรกซ้อน บริการทำคลอดปกติ ผิดปกติ ดูแลมารดาหลังคลอดทางช่องคลอด 2 ชั่วโมง และดูแลทารกแรกเกิดทั้งภาวะปกติและผิดปกติใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รวมทั้งมารดาที่คลอดระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล

หรือคลอดนอกสถานบริการที่ยังไม่สิ้นสุดกระบวนการคลอด ซึ่งงานห้องคลอดมีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการคลอดเป็นจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2560 มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการคลอด จำนวน 1,713 ราย ในจำนวนนี้มีหญิงวัยรุ่นแรก จำนวน 225 ราย<sup>10</sup>

จากการติดตามประเมินของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องคลอดพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในห้องคลอดยังไม่เพียงพอกับความต้องการของหญิงวัยรุ่นแรกเนื่องจากพยาบาลขาดทักษะหรือประสบการณ์ในการให้การสนับสนุน เวลาในการดูแลผู้คลอดส่วนใหญ่เป็นการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือเทคโนโลยีและการบันทึกข้อมูลต่างๆจึงมีเวลาในการสนับสนุนการคลอดน้อยและไม่มีเวลาให้การสนับสนุนจากภรรยาที่ค่อนข้างมาก ส่งผลให้หญิงวัยรุ่นแรกได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอในการบรรเทาความเจ็บปวดดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลหญิงวัยรุ่นแรกในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลในหญิงวัยรุ่นแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experi-

mental research)

ประชากร คือ หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. อายุ น้อยกว่า 20 ปี มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาล บึงกาฬ

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. อายุ น้อยกว่า 20 ปี มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาล บึงกาฬ ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 60 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ใช้วิธีสุ่มจัดกลุ่มหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 และกลุ่มทดลองดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องคือ 1. โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล 2. คู่มือสำหรับหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอด 3. แผ่นพับวิธีการหายใจบรรเทาปวดในระยะคลอดโดยพยาบาลและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่  
1.1 โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดของ Hodnett et al., (2012)<sup>9</sup>

1.2 คู่มือสำหรับหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอด

1.3 แผ่นพับวิธีการหายใจบรรเทาปวด

ส่วนที่ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ จำนวน 11 ข้อ

2.2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวดใน

ระยะคลอด จำนวน 6 ข้อ สร้างขึ้นจากแนวคิดมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) ของวิคตอเรียควอลลิตีเคานซิล (Victoria Quality Council, 2007)<sup>11</sup>

2.3 แบบสังเกตพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดจำนวน 5 ข้อสร้างขึ้นจากแนวคิดแบบสังเกตพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของวิการ์ตัน<sup>12</sup> ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสังเกตพฤติกรรมเท่ากับ 0.92

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุมมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่เจ็บครรภ์คลอดได้รับการดูแลปกติตามระยะคลอดจากพยาบาลประจำห้องคลอด หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินระดับความเจ็บปวดให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกประเมินระดับความเจ็บปวด และผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2561

กลุ่มทดลองมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่เจ็บครรภ์คลอดได้รับการดูแลตามกิจกรรมในโปรแกรมโดยผู้วิจัย ตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จริงต่อเนื่องจนปากมดลูกเปิดหมดหลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินระดับความเจ็บปวดให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกประเมินระดับความเจ็บปวดและผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2561 โดยมีรายละเอียดการทำกิจกรรมดังนี้

ระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.

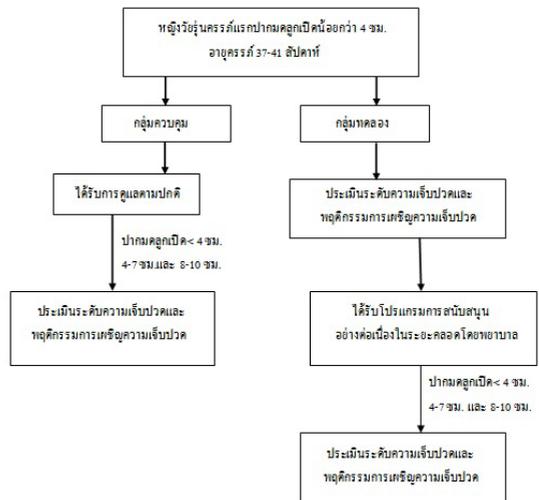
1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจใช้เวลา

- 10 นาที
- กิจกรรมที่ 2 การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจทุก 30 นาที ครั้งละ 10 นาที
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้กระบวนการคลอดใช้เวลา 10 นาที
- กิจกรรมที่ 4 การให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวใช้เวลา 10 นาที
- กิจกรรมที่ 5 การสอนวิธีบรรเทาปวดและการเผชิญความเจ็บปวดใช้เวลา 30 นาที
3. การสนับสนุนด้านความสุขสบายประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 6 การดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายใช้เวลา 10 นาที
- กิจกรรมที่ 7 ดูแลความสุขสบายทั่วไปใช้เวลา 20 นาที
4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ
- กิจกรรมที่ 8 ให้โอกาสและการตัดสินใจใช้เวลา 10 นาที
- กิจกรรมที่ 9 การพิทักษ์สิทธิผู้คลอดใช้เวลา 10 นาที
- ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.
1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 10 การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจทุก 30 นาที ครั้งละ 10 นาที
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 11 การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวการบรรเทาปวดใช้เวลา 30 นาที
3. การสนับสนุนด้านความสุขสบายประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 12 การดูแลความสุขสบายทั่วไปใช้เวลา 30 นาที
4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 13 ให้โอกาสและการตัดสินใจใช้เวลา 10 นาที

- ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.
1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 14 การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจทุก 30 นาที ครั้งละ 10 นาที
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 15 การสอนและแนะนำวิธีการบรรเทาปวดใช้เวลา 20 นาที
3. การสนับสนุนด้านความสุขสบายประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 16 การดูแลความสุขสบายทั่วไปใช้เวลา 30 นาที
4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 17 การพิทักษ์สิทธิผู้คลอดใช้เวลา 10 นาที

**สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมาคิดเป็นร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) สถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood Ratio) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยใช้สถิติที่ t-test

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 17.26 ปี (SD 1.25) สถานภาพสมรสคู่ มากถึงร้อยละ 93.30 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.30, ประกอบอาชีพแม่บ้าน และทำสวน จำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 40.00, มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 8883.30 บาท (SD 4114.00) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง ร้อยละ 60.00 ส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่ามีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6-12 สัปดาห์ ร้อยละ 43.30, ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ (4 ครั้ง) ร้อยละ 63.30, ประวัติการฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัดร้อยละ 56.70, มีอายุครรภ์เมื่อมาคลอด 40 สัปดาห์ ร้อยละ 46.70 และมีความตั้งใจในการตั้งครรภ์หรือต้องการมีบุตร ร้อยละ 80.00

กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 17.26 ปี (SD 1.20), สถานภาพสมรสคู่ ทั้งหมดร้อยละ 100.00, มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.00, ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 70.00, มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 9700.00 บาท (SD 3914.10), อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี ร้อยละ 60.00, ส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6-12 สัปดาห์ ร้อยละ 66.70, มีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ (4 ครั้ง) ร้อยละ 73.30, มีประวัติการฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 63.30, มีอายุครรภ์เมื่อมาคลอด 40 สัปดาห์ ร้อยละ 53.30 และมีความตั้งใจในการตั้งครรภ์หรือต้องการมีบุตร ร้อยละ 83.30

คุณลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในด้านจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์, ความตั้งใจในการตั้งครรภ์หรือต้องการมีบุตร ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ทดสอบประวัติการฝากครรภ์ ด้วยสถิติของฟิชเชอร์

(Fisher's exact test) และทดสอบระดับการศึกษา, ลักษณะการอยู่อาศัย ด้วยสถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood Ratio) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** จำนวนร้อยละและผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 60)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง	
	(n=30) จำนวน(ร้อยละ)	(n=30) จำนวน(ร้อยละ)
สถานภาพสมรส	N/A	
- โสด	2 (6.70)	- -
- คู่/สมรส	28 (93.30)	30 (100)
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	11 (36.70)	12 (40.00)
- มัธยมศึกษา	19 (63.30)	18 (60.00)
อาชีพ	N/A	
- แม่บ้าน	12 (40.00)	21 (70.00)
- ทำสวน	12 (40.00)	5 (16.70)
- ค้าขาย	1 (3.30)	3 (10.00)
- รับจ้าง	3 10.00	1 (3.30)
- นักเรียน/นักศึกษา	2 6.70	- -
ลักษณะการอยู่อาศัย		
- อยู่กับสามี 2 คน	1 (3.30)	3 (10.00)
- ครอบครัวสามี	11 (36.7)	18 (60.00)
- ครอบครัวตนเอง	18 (60.00)	9 (30.00)
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์		
- ตามเกณฑ์ (4 ครั้ง)	19 (63.30)	22 (73.30)
- ไม่ตามเกณฑ์	11 (36.70)	8 (26.70)
ประวัติการฝากครรภ์		
- สม่ำเสมอตามนัด	17 (56.70)	11 (36.70)
- ไม่สม่ำเสมอ	13 (43.30)	19 (63.30)
ความตั้งใจหรือความต้องการมีบุตร		
- มีความตั้งใจ/ต้องการมีบุตร	17 (56.70)	25 (83.30)
- ไม่มีความตั้งใจ/ไม่ต้องการมีบุตร	13 (43.30)	5 (16.70)

N/A = non analysis

ns = non significant

\* กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

Chi-square วิเคราะห์ด้วย Fisher, s Exact test

a = กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

Chi-square วิเคราะห์ด้วย Likelihood Ratio

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุรายได้ของครอบครัวต่อเดือน อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกและอายุครรภ์เมื่อมาคลอด (N = 60)

คุณลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	M	S.D.	M	S.D.
อายุ (ปี)	17.26	1.25	17.26	1.20
รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน (บาท)	8883.30	4114.00	9700	3914.10
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ ครั้งแรก (สัปดาห์)	15.43	6.39	11.96	6.44
อายุครรภ์เมื่อมาคลอด (สัปดาห์)	38.96	1.44	39.46	.62

ns = nonsignificant,  $p < 0.05$

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=60)

ระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่ม	M (S.D)	คะแนนความเจ็บปวด	
			Min-Max	P-value
น้อยกว่า 4 ซม.	กลุ่มควบคุม (n=30)	3.26 (0.57)	1-5	.001
	กลุ่มทดลอง (n=30)	2.15 (0.62)		
4-7 ซม.	กลุ่มควบคุม (n=30)	8.47 (0.69)	4-9	.001
	กลุ่มทดลอง (n=30)	5.39 (0.45)		
8-10 ซม.	กลุ่มควบคุม (n=30)	9.55 (0.53)	7-10	.001
	กลุ่มทดลอง (n=30)	7.24 (0.48)		

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=60)

ระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่ม	M (S.D)	คะแนนความเจ็บปวด	
			Min-Max	P-value
น้อยกว่า 4 ซม.	กลุ่มควบคุม (n=30)	7.21 (0.73)	6-10	.001
	กลุ่มทดลอง (n=30)	10.00 (0.00)		
4-7 ซม.	กลุ่มควบคุม (n=30)	5.32 (0.49)	4-9	.001
	กลุ่มทดลอง (n=30)	8.27 (0.62)		
8-10 ซม.	กลุ่มควบคุม (n=30)	3.82 (0.41)	3-9	.001
	กลุ่มทดลอง (n=30)	7.19 (0.36)		

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะของกลุ่มทดลอง (N = 30)

ระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่ม	M (S.D)	คะแนนความเจ็บปวด	
			Min-Max	P-value
น้อยกว่า 4 ซม.	ก่อนได้รับโปรแกรม	3.14 (0.51)	1-5	.001
	หลังได้รับโปรแกรม	2.15 (0.62)		
4-7 ซม.	ก่อนได้รับโปรแกรม	8.08 (0.35)	4-9	.001
	หลังได้รับโปรแกรม	5.39 (0.45)		
8-10 ซม.	ก่อนได้รับโปรแกรม	9.03 (0.29)	7-10	.001
	หลังได้รับโปรแกรม	7.24 (0.48)		

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดในกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ), ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 6

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะของกลุ่มทดลอง (N=30)

ระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่ม	M(S.D)	คะแนนความเจ็บปวด	
			Min-Max	P-value
น้อยกว่า 4 ซม.	ก่อนได้รับโปรแกรม	7.92 (0.68)	6-10	.001
	หลังได้รับโปรแกรม	10.00 (0.00)		
4-7 ซม.	ก่อนได้รับโปรแกรม	6.16 (0.34)	4-9	.001
	หลังได้รับโปรแกรม	8.27 (0.62)		
8-10 ซม.	ก่อนได้รับโปรแกรม	5.37 (0.21)	3-9	.001
	หลังได้รับโปรแกรม	7.19 (0.36)		

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยซึ่งแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์<sup>13</sup> กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ที่ทั้งผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุนต่างรับรู้ว่าจะช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้รับการสนับสนุนผู้ให้แรงสนับสนุนต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการก่อนที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อเข้าใจตรงกันแหล่งสนับสนุนทางสังคมของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกในระยะคลอดที่ได้จากพยาบาลช่วยทำให้หญิงวัยรุ่นครั้งแรกมีความมั่นคงทางอารมณ์

รู้สึกปลอดภัย มีความพึงพอใจต่อการคลอดและมีผลลัพธ์การคลอดที่ดี ความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยมีปัจจัยทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและวัฒนธรรมด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งการนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงวัยรุ่นครั้งแรกในระยะคลอดให้สอดคล้องกับปัจจัยดังกล่าวจะช่วยลดความเจ็บปวดลงได้ ดังนั้นหญิงวัยรุ่นครั้งแรกจึงต้องการผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดการประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการในการดูแลหญิงวัยรุ่นครั้งแรกระยะคลอดสร้างเป็นโปรแกรมในการดูแลหญิงวัยรุ่นครั้งแรกระยะคลอด ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ด้านข้อมูลด้านความสบายและด้านการพิทักษ์สิทธิ โดยพบว่าสามารถทำให้บรรเทาความเจ็บปวดลงได้สอดคล้องกับการศึกษาของ มาณีจันทร์โสภา<sup>4</sup> ที่พบว่าการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลตั้งแต่ระยะเริ่มเจ็บครรภ์และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอดด้วยการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ มีผลช่วยให้หญิงวัยรุ่นครั้งแรกมีความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลมีระดับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยอภิปรายได้ว่า การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดด้วยการที่พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดและคอยให้กำลังใจตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ต่อเนื่องไปตลอดระยะคลอด การสร้างสัมพันธภาพพูดคุยด้วยความเป็นกันเองให้ความช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจทำให้รู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่รู้สึกมีกำลังใจอบอุ่น และหญิงวัยรุ่นครั้งแรกมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถผ่านการคลอดไปได้ด้วยดีมีการแสดงออกอย่างเหมาะสมอีกทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลในระยะคลอด โดยการที่พยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลต่างๆ ตามระยะคลอดและการรับรู้ของผู้คลอดทำให้หญิงวัยรุ่นครั้งแรกได้รับความรู้

คำแนะนำข้อเสนอแนะช่วยลดความวิตกกังวลช่วยให้หญิงวัยรุ่นแรกเข้าใจกระบวนการคลอดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอดรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการเผชิญกับความเจ็บปวดในการคลอดช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายหญิงวัยรุ่นแรกมีพลังสำรอง พร้อมทั้งจะปรับตัวและสามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีความเจ็บปวดได้ต่อไป<sup>5</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทวี สุนทรลิ่มศิริศรี และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่าทำให้การพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอดในหญิงวัยรุ่นแรกด้วยการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารมีผลให้หญิงวัยรุ่นแรกมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ดี ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) อภิปรายได้ว่า หญิงวัยรุ่นแรกที่ได้รับ การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดจากพยาบาลห้องคลอดจะรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้มีความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีรับรู้ความเจ็บปวดลดลง เป็นการสร้างความมั่นใจในการคลอดเกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อพยาบาลห้องคลอด ผู้ดูแลความรู้สึกเหล่านี้จะส่งเสริมให้หญิงวัยรุ่นแรกสามารถเผชิญและปรับตัวต่อกระบวนการการคลอดได้ดี นำไปสู่ความรู้สึกภาคภูมิใจความรู้สึกยินดี และรู้สึกมีความสามารถในการคลอด นอกจากนี้ การสนับสนุนของพยาบาลในระยะคลอดยังมีประโยชน์ต่อการคลอดโดยพบว่าทำให้หญิงวัยรุ่นแรกมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์คลอดสูงมีความวิตกกังวลลดลงช่วยลดความเครียดของหญิงวัยรุ่นแรกในระยะคลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดที่ดีหรือในทางบวกสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมเกิดความสุขสบายมีความทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าและต้องการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่าหญิงวัยรุ่นแรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ<sup>5</sup>

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เหมาะสมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) อภิปรายได้ว่า

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมจะทำให้การคลอดสามารถดำเนินไปได้ด้วยดีแต่ในทางตรงข้าม ถ้าหญิงวัยรุ่นแรกมีความกลัววิตกกังวลสูงแล้วแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมก็จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการคลอดล่าช้าอันอาจทำให้หญิงวัยรุ่นแรกและทารกได้รับอันตรายได้แต่การใช้โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลในการช่วยเหลือหญิงวัยรุ่นแรกเพื่อให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เป็นอย่างดี<sup>15</sup> ส่งผลให้การคลอดมีประสิทธิภาพมีการเผชิญความเจ็บปวดในระดับที่ดีการสนับสนุนการคลอดทางสังคมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนระยะเบ่งคลอดจากพยาบาลช่วยให้หญิงวัยรุ่นแรกสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม<sup>16</sup>

การวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลทำให้หญิงวัยรุ่นแรกที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเหมาะสมกว่าหญิงวัยรุ่นแรกกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งนี้สามารถอธิบายผลการศึกษาดังกล่าวด้วยหลักของการสนับสนุนการคลอดทั้ง 4 ด้าน อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนคลอดได้แก่ 1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ทำให้รู้สึกว่าได้ความรักความไว้วางใจการเอาใจใส่การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจทำให้สามารถบรรเทาความเจ็บปวดช่วยให้ตัดสินใจและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ด้วยความมั่นใจ 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลทำให้ได้รับความรู้คำแนะนำข้อเสนอแนะการชี้แนะแนวทางช่วยลดความวิตกกังวลลดความเจ็บปวดเกิดการจัดรูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม 3. การสนับสนุนด้านความสุขสบายทำให้ได้รับการดูแลความสุขสบายทั่วไปช่วยบรรเทาความเจ็บปวดช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายมีพลังสำรองพร้อมที่จะปรับตัวและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ต่อไป 4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิทำให้ได้รับการดูแลตามสิทธิที่ควรได้รับจากผู้ให้บริการในระยะคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเป็นบทบาท

อิสระของพยาบาลห้องคลอดเป็นคุณภาพการให้บริการที่ครอบคลุมทุกด้านและตรงกับความต้องการทุกระยะของการคลอดทำให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกบรรเทาความเจ็บปวดและสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาลห้องคลอดสามารถนำไปโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมาให้บริการหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกร่วมกับการพยาบาลตามปกติเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม. ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องตามมาตรฐานการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดโดยกิจกรรมการสนับสนุนครอบคลุมทั้ง 4 ด้านตามระยะของการคลอดคือการสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์การสนับสนุนด้านความสุขสบายการสนับสนุนด้านข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิเพื่อช่วยให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกมีความเจ็บปวดลดลงและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อการคลอด

2. ด้านการบริหารผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดโดยให้พยาบาลห้องคลอดนำไปใช้ในการดูแลหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกร่วมกับการให้บริการพยาบาลตามปกติในแต่ละระยะของการคลอดเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและมีการประเมินผลการใช้เป็นระยะ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น

3. ด้านการบริการนำผลที่ได้จากการวิจัยถ่ายทอดแก่พยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลตลอดระยะคลอดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอกับความต้องการและสามารถปฏิบัติได้ตามบทบาทหน้าที่อิสระเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกให้มี

การแสดงออกอย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลในผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์หลังหรือผู้คลอดวัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อนในการคลอดด้วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยบรรเทาปวดและส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะคลอดเช่นกัน

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยะคลอดระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเช่นมารดาหรือสามีผู้คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเพื่อนำมาปรับหรือร่วมใช้ในการดูแลหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านอื่นๆเช่นระยะเวลาคลอดความพึงพอใจประสบการณ์คลอดภาวะแทรกซ้อนต่างๆเป็นต้นเพื่อพัฒนาระบบการดูแลหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกให้ครอบคลุมทุกด้านตามระยะของการคลอดต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ณรงค์ ธาดาเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลงานชิ้นนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ขอขอบคุณคุณสุนันท์ นกทอง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬ พยาบาลห้องคลอดและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม คุณวัลลภา ช่างเจรจา พี่เลี้ยงงานวิจัย และรศ. ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย ที่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Unicef Thailand. Country programme 2012-2016. Thailand: 2013. [cited 2018 April 20]. Available from URL: <http://www.unicef.org>.
2. World Health Organization. Ado-

lescent pregnancy.Thailand: 2010: [cited 2018 April 20]. Available from URL:[http://www.who.int/making\\_\\_pregnancy\\_\\_safer/topics/adolescent\\_\\_pregnancy/en/print.html](http://www.who.int/making__pregnancy__safer/topics/adolescent__pregnancy/en/print.html).

3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. นนทบุรี: 2561: [เข้าถึงเมื่อ 17เมษายน 2561]. จาก: <http://www.bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic57>

4. มาณี จันทร์โสภา. ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.

5. Sauls, D. J. Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2010; 39: 703-712.

6. จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ. ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ความวิตกกังวลระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.

7. สุภาวดี หาญวาระ. ผลการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด. *วารสารการพยาบาล* 2554; 13: 5-15.

8. Barrett, S. J., & Stark, M. A. Factors associated with labor support behaviors of nurses.*Journal of Perinatal Education*. 2010; 19: 12-18.

9. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., & Sakala, C. Continuous support for women enduring childbirth (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library, 10. The Cochrane Collaboration. Pub-

lished: John Wiley & Sons, Ltd. 2012.

10. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารงานเวชสถิติ โรงพยาบาลบึงกาฬ. สถิติงานห้องคลอด โรงพยาบาลบึงกาฬ. 2561.

11. Victoria Quality Council. Acute pain management measurement toolkit. Thailand: 2007. [cited 2018 April 20]. Available from [http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/apmm\\_\\_toolkit.pdf](http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/apmm__toolkit.pdf).

12. วิภารัตน์ สอดส่อง. ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัยมหิดล; 2548.

13. Schaffer, M. A. Social support. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research*. Philadelphia, PA:Wolters Kluwer Health/ Lippincott, Williams & Wilkins.2009; 163-187.

14. บุญทวี สุนทรลัมศิริศรี, สมร ภูมณสกุล, และอรพินธ์เจริญผล. ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารพยาบาลรามธิบดี* 2552; 15: 361-371.

15. Lliadou, M. Supporting women in labor. *Health Science Journal*. 2012; 6: 385-391.

16. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก : *Clinical Practice Guidelines Development*. *วารสารการพยาบาล* 2548; 20: 63-76.

# การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย ส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

สุปราณี บัวขาว โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และความปลอดภัย ส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย กับการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 272 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม จำนวน 272 ชุด สถิติที่ใช้การวิจัย ได้แก่ การหาค่าร้อยละ การแจกแจงความถี่ การหาค่าเฉลี่ยการหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่า t-test และการหาค่าสถิติสหสัมพันธ์หรือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 29–39 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 39 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.9 ระดับการศึกษาต่ำกว่า ปวส. ประเภทตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาในการทำงานอยู่ระหว่าง 1–5 ปี รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 8,001–16,000 บาท ต่อเดือน ค่าเฉลี่ย 9,455.30 บาทต่อเดือน ปัจจัยส่วนบุคคลเพศชายและเพศหญิงมีความคิดเห็นที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย กับการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุปผลจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าถึงแม้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่ได้รับดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย แต่การสร้างแรงจูงใจในการทำงานยังอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และพบว่าแรงจูงใจทางด้านรายได้/ค่าตอบแทนอยู่ในระดับสูง ดังนั้นจึงควรมีแนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพและการเพิ่มรายได้ที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลหนองบัวลำภูต่อไป

**คำสำคัญ:** การบริหารจัดการ, สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ, ความปลอดภัย, การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

# Physical Environment Management And security effect to Motivation to work of personnel in Nong Bua Lamphu Hospital.

Supranee buakow, Nongbualamphu hospital

## Abstract

This study was conducted. Purpose To study Physical Environment Management And security effect to Motivation to work Of personnel in Nong Bua Lamphu Hospital. And study relationships. During physical and physical environment management with motivation to work. of personnel in Nongbua lamphu Hospital. By quantitative research the samples were those working in Nong Bua Lam Phu Hospital. Fiscal year 2016 272 people the research instrument was a questionnaire. 272 sets Statistics used in research. Include the percentage frequency distribution average, standard deviation, t-test, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The study indicated that Most of the samples were male. Ages 29-39 Average age 39 years The standard deviation was 5.9. Education Lower than Diploma Position Type Ministry of Public Health Time to work Between 1 and 5 years Average income Between 8,001-16,000 Baht per month The average is 9,455.30 baht per month. Personal factors Male and female There are no different opinions. Statistically significant at the 0.05 level Physical and Safety Environment Management With motivation to work. Relationship in the same direction. Statistically significant at the 0.05 level Summarized The study points out that although most people care. Physical and Safety Environment However, motivation to work is still moderate. And found Income/compensation incentives Is high so that should have a way to promote career advancement. And increase the revenue. To lead to motivation in the work of personnel. Nong Bua Lam Phu Hospital.

**Key words:** Management, Physical Environment, Safety, Promoting quality of work life

## บทนำ

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) ในโรงพยาบาล คือ การจัดสภาพของอาคาร สถานที่ ขนาดของพื้นที่ เส้นทางสัญจร แสง เสียง อุณหภูมิ การระบายอากาศของพื้นที่ต่างๆภายในโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสมในการทำงานของบุคลากร มีเป้าหมายที่สำคัญคือเพื่อให้เกิดความปลอดภัย (Safety) เพื่อให้เอื้อต่อการเรียนรู้ (Learning) และเพื่อให้เอื้อต่อการเยียวยา (Healing) การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างความปลอดภัยจึงเป็นการพัฒนาจัดการพื้นที่ การจัดระบบในการให้บริการการดูแล การจัดเตรียมอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ระบบตรวจสอบ และการบำรุงรักษาที่ทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานปลอดภัยไม่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอันตรายจากการอยู่ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและพัฒนาอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน เป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้น มีแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความสุขจากสภาพที่ตนเองได้รับในขณะที่ปฏิบัติงาน ผู้ทำงานรู้สึกพึงพอใจในการทำงานและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ความพึงพอใจการทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลทำงานได้อย่างมีคุณภาพและส่งเสริมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานสูง<sup>1</sup>

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้เล็งเห็นความสำคัญและตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร บุคลากรอาจมีโอกาสนสัมผัสความเสี่ยงจากการทำงานได้ เช่น การได้รับอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำ ถูกของมีคมบาด การถูกสารคัดหลั่งของผู้ป่วย กระเด็นเข้าตา การลื่นล้มหรือหกล้ม ระบบไฟฟ้าขัดข้องและน้ำประปาขัดข้อง เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้จากลักษณะงานของบุคลากรทางการแพทย์อันก่อให้เกิดความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจได้ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จึงมีการวางระบบการเพื่อค้นหาและป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากการทำงาน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบรายงานความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัยปี พ.ศ. 2558 จำนวน 150 ครั้ง ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 162 ครั้ง และปี พ.ศ. 2560 จำนวน 217 ครั้ง นับว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาด้านการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัยส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรผลการศึกษาในครั้งนี้ จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหนองบัวลำภูในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย และการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัยกับการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาการและการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

## สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันทำให้การสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภูแตกต่างกัน
2. ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัยที่แตกต่างกันทำให้การสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภูแตกต่างกัน

## คำนิยาม

การบริหารจัดการ<sup>2</sup> หมายถึง การดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานใดๆ ของหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งของและหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่างๆ เช่น การบริหาร

นโยบาย (Policy) การบริหารอำนาจหน้าที่ (Authority) การบริหารคุณธรรม (Morality) การบริหารที่เกี่ยวข้องกับสังคม (Society) การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Staffing) การอำนวยการ (Directing) การประสานงาน (Coordinating) การรายงาน (Reporting) และการงบประมาณ (Budgeting)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ<sup>3</sup> หมายถึง องค์ประกอบที่ไม่มีชีวิตทุกอย่างที่มีอยู่ในธรรมชาติ เช่น แสงสว่าง อุณหภูมิ แร่ธาตุ ความชื้น อากาศและก๊าซต่างๆ ความเป็นกรด-เบสของดินและน้ำ ความเค็ม กระแสลม กระแสน้ำ จะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในระบบนิเวศ และจะมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของสิ่งมีชีวิตในระบบนิเวศ

ความปลอดภัย (SAFETY) คือ สภาพที่ไม่มีภัยอันตราย ดังนั้น ความปลอดภัยในการทำงานจึงหมายถึง การทำงานที่ไม่มีอันตราย ไม่อยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือไม่มีเชื้อโรค โดยจะไม่ก่อให้เกิดสิ่งต่างๆ เหล่านี้

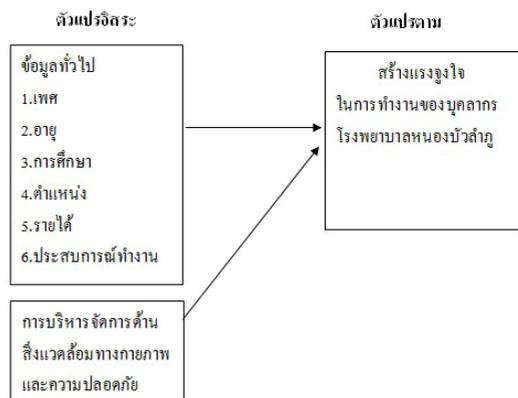
แรงจูงใจในการทำงาน<sup>4</sup> หมายถึง แรงผลักดันหรือเงื่อนไขต่างๆ ที่มีอยู่ภายในและภายนอกตัวบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการทำงาน ทิศทางในการกระทำ ความเข้มข้นและระยะเวลาในการกระทำ ดังนั้นแรงจูงใจจึงเป็นกระบวนการทางจิตใจที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม

### ประชากรและวิธีการศึกษา

ประชากร (Population) ในการวิจัย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 853 ราย

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจำนวน 272 คน โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการกำหนดขนาดตัวอย่างของยามานะ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ 5% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 272 คน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### ขั้นตอนในการดำเนินการ

1. ทบทวนแนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัย

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instrument Measurement)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (checklist) และมาตรจำแนกความหมายโดยลักษณะของคำถามจะมีข้อความที่มีคำตอบ 5 ระดับและแบบสอบถามแบบปลายเปิดสำหรับการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (Test of Quality-Instrument)

3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือแบบสอบถามขึ้นมาและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

3.2 การตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุดและทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปริมาณคือการแจกแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา ทฤษฎีแนวความคิด

คิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) และการนำเสนอรายงานการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ (Data Analysis and Statistics)

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การหาค่าร้อยละ (percentage) ประกอบตารางแจกแจงความถี่ (frequency) ที่แสดงผลข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามการหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) เพื่อหาค่า คะแนนเฉลี่ยในคำถามแต่ละข้อการหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การแปลความความของระดับความคิดเห็น โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 1.00 – 1.08 ระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด
- 1.81 – 2.60 ระดับความคิดเห็นน้อย
- 2.61 – 3.60 ระดับความคิดเห็นปานกลาง
- 3.61 – 4.20 ระดับความคิดเห็นมาก
- 4.21 – 5.00 ระดับความคิดเห็นมากที่สุด

2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inferencial statistics) ได้แก่ การทดสอบค่า t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) หรือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient/the Pearson Product-Moment Correlation) เพื่อศึกษาระดับและทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัยส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยแสดงระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

- 0.81 – 1.00 หมายความว่า สัมพันธ์สูงมาก
  - 0.61 – 0.80 หมายความว่า สัมพันธ์สูง
  - 0.41 – 0.60 หมายความว่า สัมพันธ์ปานกลาง
  - 0.21 – 0.40 หมายความว่า สัมพันธ์ต่ำ
  - 0.01 – 0.20 หมายความว่า สัมพันธ์ต่ำมาก
- สำหรับค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ กำหนดไว้ที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	154 (56.62)
หญิง	118 (43.38)
$(\bar{X}= 39.0$ S.D.=5.9)	
<b>อายุ (ปี)</b>	
18–28	42 (15.44)
29–39	102 (37.50)
40–50	92 (33.82)
50 ปีขึ้นไป	36 (13.24)
<b>ระดับการศึกษา</b>	
ปริญญาโท	3 (2.21)
ปริญญาตรี	26 (7.35)
ปวส.	62 (45.59)
ต่ำกว่า ปวส.	181 (56.44)
<b>ประเภทตำแหน่ง</b>	
ข้าราชการ	12 (4.41)
พนักงานราชการ	30 (11.03)
ลูกจ้างประจำ	22 (8.09)
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	144 (52.94)
ลูกจ้างชั่วคราว	64 (23.53)
<b>ระยะเวลาในการทำงาน (ปี)</b>	
1-5	104 (38.24)
6-10	92 (33.82)
11-15	34 (12.50)
15 ขึ้นไป	42 (15.44)
$(\bar{X}=9,455.30$ S.D.=7,416.67)	
<b>รายได้ต่อเดือน</b>	
8,000	101 (37.00)
8,001–16,000	146 (53.67)
16,001–24,000	12 (4.41)
24,001–32,000	4 (1.47)
32,000 ขึ้นไป	9 (3.30)

จากผลการวิเคราะห์ ตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 56.62 มีอายุระหว่าง 29–39 ปี จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่า ปวส. จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 56.44 รองลงมาระดับ ปวส. จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 45.59 และน้อยที่สุดระดับ ป.โท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.21 ประเภทตำแหน่งส่วนใหญ่คือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 144 คน

คิดเป็นร้อยละ 52.94 รองลงมาคือลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 23.53 และน้อยที่สุดคือข้าราชการ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.41 ระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 38.24 รองลงมาอยู่ระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 92 คิดเป็นร้อยละ 33.82 และน้อยที่สุดอยู่ระหว่าง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8,001-16,000 บาทต่อเดือน

## ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

การบริหารจัดการ ด้านสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ โรงพยาบาล หนองบัวลำภู	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$ (S.D)	แปล อัน ผล ตับ
	5	4	3	2	1		
1. มีการจัดระบบ การจราจร สะดวก ปลอดภัยได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	33.09%	27.57%	22.06%	14.71%	2.57%	3.74 (1.09)	มาก 5
2. มีการจัดการขยะ มูลฝอย คัดแยกขยะ มูลฝอย และจัดการ ระบบบำบัดน้ำเสียได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	31.99%	40.07%	25.00%	2.94%	-	4.01 (0.71)	มาก 3
3. มีการวางมาตรการ จัดสภาพแวดล้อมให้ เป็นสถานที่ทำงานนำ อยู่ นำทำงาน มีภูมิ ทัศน์สวยงามร่มรื่น และมีพื้นที่ในการจัด กิจกรรมต่างๆ อย่าง เหมาะสม	38.60%	31.25%	28.31%	1.84%	-	4.07 (0.93)	มาก 2
4. มีแสงสว่างเพียงพอ เหมาะแก่การ ปฏิบัติงานและไม่มี เสียงรบกวน/ก่อกวน	37.50%	31.99%	20.22%	10.29%	-	3.97 (0.83)	มาก 4
5. มีวัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ต่างๆในการ ปฏิบัติงานทันสมัย เพียงพอเหมาะสม	34.30%	36.82%	27.08%	1.84%	-	4.11 (0.90)	มาก 1
รวม						3.98 (0.90)	มาก

จากผลการวิเคราะห์ ตารางที่ 2 พบว่า ผลรวมของการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.98 ซึ่งสามารถเรียงคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ดังนี้ ลำดับที่ 1 คือ มีวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในการปฏิบัติงานทันสมัย เพียงพอเหมาะสม รองลงมา คือ มีการวางมาตรการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสถานที่ทำงาน นำอยู่ นำทำงาน มีภูมิทัศน์สวยงามร่มรื่น และมีพื้นที่ในการจัดกิจกรรมต่างๆ อย่างเหมาะสม มีการจัดการขยะมูลฝอย คัดแยกขยะมูลฝอย และจัดการระบบบำบัดน้ำเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแสงสว่างเพียงพอเหมาะแก่การปฏิบัติงานและไม่มีเสียงรบกวน/ก่อกวนและมีการจัดระบบการจราจรสะดวก ปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามลำดับ

## ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย

การบริหารจัดการ ด้านความ ปลอดภัย โรงพยาบาล หนองบัวลำภู	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$ (S.D)	แปล อัน ผล ตับ
	5	4	3	2	1		
1. มีนโยบายการ รักษาความปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สิน	14.71%	24.26%	41.18%	16.18%	3.68%	3.30 (1.04)	ปาน 5
2. มีการจัดการซ่อม แผนเพื่อป้องกันการ เกิดอัคคีภัยอย่างต่อเนื่อง	11.03%	26.10%	57.35%	3.68%	1.84%	3.41 (0.72)	ปาน 4
3. มีการจัดการความ เสี่ยงด้านสุขภาพของ บุคลากร	12.87%	30.51%	45.59%	11.03%	-	3.45 (0.83)	ปาน 3
4. มีการจัดอบรมให้ ความรู้ตามลักษณะ งาน เพื่อความ ปลอดภัยขณะปฏิบัติ งาน	16.54%	28.68%	41.18%	13.60%	-	3.48 (0.97)	ปาน 2
5. ปฏิบัติตามข้อห้าม การเตือนต่าง ๆ ใน การปฏิบัติงานอย่าง เคร่งครัด	11.03%	32.35%	52.94%	3.68%	-	3.51 (0.65)	ปาน 1
รวม						3.43 (0.83)	ปาน กลาง

จากผลการวิเคราะห์ ตารางที่ 3 พบว่า ผลรวมของการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.43 ซึ่งสามารถเรียงคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ดังนี้ ลำดับที่ 1 ปฏิบัติตามข้อห้ามการเตือนต่างๆ ในการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด รองลงมา คือ มีการจัดอบรมให้ความรู้ตามลักษณะงานเพื่อความปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน มีการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากร มีการจัดการซ่อมแผนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง และมีนโยบายการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินตามลำดับ

**ตารางที่ 4** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร

บุคลากร โรงพยาบาล หนองบัวลำภู	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D	แปล ผล	อัน ดับ
	5	4	3	2	1				
1. ความสำเร็จในงาน ที่ปฏิบัติภาระงานที่ เหมาะสม	25.00%	26.84%	21.32%	13.97%	12.87%	3.36	1.15	ปาน	4
2. การได้รับความ ยอมรับนับถือจาก ผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร	15.81%	39.34%	24.26%	11.03%	9.56%	3.41	1.19	ปาน	2
3. การได้รับความ ก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ การทำงาน	19.49%	30.51%	27.57%	9.56%	12.87%	3.34	1.12	ปาน	5
4. รายได้/ค่า ตอบแทนต่างๆ	28.68%	31.25%	19.49%	9.56%	11.03%	3.57	1.35	ปาน	1
5. การบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ และความ ปลอดภัย	21.32%	28.68%	26.84%	12.13%	11.03%	3.37	1.15	ปาน	3
รวม						3.41	0.97	ปาน	กลาง

จากผลการวิเคราะห์ ตารางที่ 4 พบว่า ผลรวมของการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.41 ซึ่งสามารถเรียงคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ดังนี้ ลำดับที่ 1 รายได้/ค่าตอบแทนต่างๆ รองลงมาคือ การได้รับความยอมรับนับถือจากผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย ความสำเร็จ

ในงานที่ปฏิบัติภาระงานที่เหมาะสม และการได้รับความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ตามลำดับ

**ตารางที่ 5** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย และการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

การบริหารจัดการ	แรงจูงใจในการทำงาน		
	Pearson Correlation	Sig (2 - tailed)	ระดับ ความ สัมพันธ์
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	0.559	0.032*	ปานกลาง
ความปลอดภัย	0.628	0.026*	ปานกลาง

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน จากการศึกษา พบว่า การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับการสร้างแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $p=0.032$ ) ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงสามารถปฏิเสธสมมติฐานหลัก  $H_0$  และยอมรับ  $H_1$  ดังนั้น การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยกับการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน จากการศึกษา พบว่า การบริหารจัดการด้านความปลอดภัยกับการสร้างแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $p=0.032$ ) ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงสามารถปฏิเสธสมมติฐานหลัก  $H_0$  และยอมรับ  $H_1$  ดังนั้น การบริหารจัดการด้านความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยมีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

### อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย ส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่า ข้อมูลด้านการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย บุคลากรในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้ให้ความสำคัญอันดับแรก คือ ด้านมีวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในการปฏิบัติงานทันสมัย เพียงพอเหมาะสม รองลงมา คือ มีแสงสว่างเพียงพอเหมาะแก่การปฏิบัติงาน และไม่มีเสียงรบกวน/กลิ่น อันดับสุดท้าย คือมีการจัดระบบการจราจร สะดวกปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลด้านการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรบุคลากรในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้ให้ความสำคัญอันดับแรก คือ รายได้/ค่าตอบแทนต่างๆ รองลงมาคือ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย อันดับสุดท้าย คือ การได้รับความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ส่วนผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน สมมติฐานที่ 1 การทดสอบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภูแตกต่างกัน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีเพศแตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ฉัตรแก้ว ละครชัย<sup>๖</sup> ศึกษาถึงการประเมินการจัดการความปลอดภัยในโรงพยาบาลและความสัมพันธ์กับอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุของพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ระบุว่า เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งงานที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อความสัมพันธ์กับอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุของพยาบาลและสมมติฐานที่ 2 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย กับการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ จำนวน 5 ด้าน และปัจจัยด้านความปลอดภัย จำนวน 5 ด้าน มีความสัมพันธ์กับการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของ

บุคลากรโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ชนิษฐา นิ่มแก้ว<sup>๖</sup> ศึกษาถึงปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันของบุคลากรในองค์กร ระบุว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมทั้ง 10 ด้าน มีความสัมพันธ์กับความผูกพันของบุคลากรในองค์กร

### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยที่ได้ สามารถนำมาพัฒนาแนวทางในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานต่อไป
2. พัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะของบุคลากรในองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณบุคลากรของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอคุณนางมาริสมา มหาวงค์ ที่เป็นผู้ช่วยงานวิจัย และขอบคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่สนับสนุนในครั้งนี้

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาแนวทางการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานและปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. ความปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://th.wikipedia.org/wiki>.
2. วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. การบริหารจัดการของหน่วยงานของรัฐ: การวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัด. กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์โพธิ์เพชร; 2552.
3. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง/กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. การจัดการสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา

อย่างยั่งยืน. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์จินตนาอินทปัญญา; 2548.

4. แรงจูงใจในการทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://th.wikipedia.org/wiki>.

5. ฉัตรแก้ว ละครชัย. ศึกษาถึงการประเมินการจัดการความปลอดภัยในโรงพยาบาลและความสัมพันธ์ กับอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุของพยาบาลกรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6; 2558; 2(6): 173-87

6. ชนิษฐา นิ่มแก้ว. ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันของบุคลากรในองค์การ [การค้นคว้าอิสระ ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.

# ผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ในหอผู้ป่วย สูติกรรมชั้น 2 โรงพยาบาลอุดรธานี

พัชรา ประเสริฐวิทย์ พย.ม (สาขาการบริหารการพยาบาล) โรงพยาบาลอุดรธานี

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว โดยวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ มารดาหลังคลอด จำนวน 30 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรแบบไม่อิสระ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อส่งเสริมการให้นมแม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้นมลูกได้ 6 เดือนเป็นอย่างน้อย

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ความรู้, การรับรู้ความสามารถ, พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาหลังคลอด

# **The effects of formal education program for breastfeeding on knowledge, perceived self-efficacy and health behavior on breastfeeding of postpartum mothers at Postpartum ward, Udonthani Hospital.**

Patchara Prasertwit. RN. (Nursing Administration) Udonthani Hospital.

## **Abstract**

This study was a quasi-experimental research. One group pretest-posttest was used to study the effects of formal education program for breastfeeding on knowledge, perceived self-efficacy and health behavior on breastfeeding of postpartum mothers.

The samples were 30 postpartum mothers; purposive sampling. Tool used in research was the formal education program for breastfeeding. The data were collected before and after experiment by using questionnaire. The questionnaire consisted of 4 parts: personal information, knowledge, perceived self-efficacy and health behavior on breastfeeding of postpartum mothers. Statistical analyzed by percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results were as follows: knowledge, perceived self-efficacy, and health behavior of postpartum mothers about breastfeeding after the intervention were higher than before the intervention was different significant at 0.05 levels.

In this study, the effects of formal education program for breastfeeding on knowledge, perceived self-efficacy and health behavior on breastfeeding of postpartum mothers. This can be used as a means of educating postpartum mothers in breastfeeding. To promote breastfeeding effectively, and breastfeed for 6 months at least.

**Key word:** The formal education program for breastfeeding, breastfeeding, knowledge, perceived self-efficacy, health behavior on breastfeeding, postpartum mothers

### บทนำ

ประชากรที่มีคุณภาพ มีพื้นฐานมาจากการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพของเด็กตั้งแต่แรกเกิดการพัฒนาเด็กในช่วงปฐมวัย (แรกเกิด-5 ปี) เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนามนุษย์ เนื่องจากช่วงปฐมวัยเป็นช่วงที่มีพัฒนาการด้านสมองและการเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุด หากเด็กปฐมวัยได้รับการดูแล อย่างเหมาะสมตามช่วงวัย จะมีทักษะทางกายภาพ สติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์สูงนำไปสู่โอกาสในการเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามนุษย์การเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยพร้อมที่จะเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไปอย่างมั่นคง ปัจจัยสำคัญของการที่เด็กจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดีได้นั้นขึ้นอยู่กับ การเลี้ยงดูของพ่อแม่และการได้รับอาหารที่เหมาะสมตั้งแต่แรกเกิดคือ การให้นมแม่แก่ทารกตั้งแต่แรกเกิดเพราะน้ำนมแม่เป็นแหล่งอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก มีสารอาหารที่มีคุณค่ามากกว่า 200 ชนิด และมีภูมิคุ้มกันโรคที่ไม่สามารถหาได้ในอาหารทดแทนชนิดอื่นๆ และการเฝ้าระวังและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลดีต่อพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ และการสร้างสายใยผูกพันระหว่างแม่ลูก<sup>1</sup> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดอัตราการตายและอัตราเจ็บป่วยในเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสาเหตุของโรคติดเชื้อ ตลอดจนช่วยส่งเสริมพัฒนาการในเด็กและส่งเสริมความรักความผูกพันระหว่างแม่และลูก อีกทั้งยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและเป็นประโยชน์ต่อสิ่งแวดล้อม องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้แนะนำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนลูกมีอายุน้อย 2 ปี<sup>2</sup> อย่างไรก็ตามจากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทยล่าสุด ในปีพ.ศ. 2558-2559 พบ

ว่ามีมารดาเพียงร้อยละ 23.1 ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวแก่ลูกที่มีอายุอยู่ในช่วง 0-5 เดือนได้<sup>3</sup> ทั้งนี้เป็นจำนวนที่ห่างไกลจากเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกได้ตั้งไว้ที่ร้อยละ 50<sup>2</sup> อยู่มาก โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่า หากแม่ได้รับการดูแลทั้งการส่งเสริม สนับสนุน และปกป้อง จะมีโอกาสให้นมแม่สำเร็จได้เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า<sup>1</sup>

กรมอนามัยเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงมีนโยบายในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสนับสนุนและคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องโดยนำเครื่องมือใหม่ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล คือ เครื่องมือในการวางแผนการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (Life Course Approach) มาเป็นหลักในการดำเนินงานเพื่อให้เด็ก ทุกคนได้ดื่มนมแม่อย่างเต็มที่ บรรลุเป้าหมายให้เด็กทั่วโลกอย่างน้อยร้อยละ 50 ได้รับนมแม่อย่างเหมาะสม ตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ “1-6-2” หรือโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต คือ ดื่มนมแม่ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ดื่มนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก และดื่มนมแม่ต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น<sup>4</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้มารดาหลังคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น มีปัจจัยทางด้านตัวมารดา ทารก สังคม สิ่งแวดล้อมและนโยบาย แต่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือจากตัวของมารดาเกี่ยวกับความเชื่อมั่นหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังเช่นการศึกษาของดเนีย โรจนชีวะ<sup>5</sup> พบว่ารูปแบบการให้ความรู้ การใช้คำพูดชักจูงให้มารดาหลังคลอดครั้งแรกเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การใช้สื่อหรือตัวแบบสัญลักษณ์ที่ดี และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบโดยการจัดประสบการณ์ทางอ้อมมีผลทำให้มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีความรู้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จและเกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตน สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ยวงทอง และคณะ<sup>6</sup> เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกต่อ

ระยะเวลาและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา<sup>7</sup> พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้เห็นตัวแบบวิธีปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องผ่านคู่มือและตัวแบบมารดาที่มีชื่อเสียงที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์ทางอ้อมจากการสังเกตตัวแบบ ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี มีความเชื่อมั่น เกิดการเรียนรู้จากการเชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ ทำให้พัฒนาความคิดของตนเองเกิดขึ้น เมื่อมีความรู้ที่ถูกต้องและความคาดหวังจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้เกิดแรงจูงใจและมุ่งมั่นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

โรงพยาบาลอุดรธานีได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก และได้ปฏิบัติตามนโยบาย “บันได 10 ขั้น สู่อุบัติสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” มาโดยตลอดตั้งแต่ พ.ศ.2535 จนปัจจุบัน มีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่เริ่มให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาเรื่องหัวนม จะได้รับการแก้ไขและแนะนำ จากเจ้าหน้าที่คลินิกนมแม่ และปัจจุบันได้ปรับนโยบายให้ย้ายทารกมาอยู่กับแม่ทันทีหลังคลอด ผู้วิจัยได้สำรวจปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกคลอดจนถึง 48 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย พบว่ามารดาหลังคลอดโดยส่วนใหญ่ มักมีปัญหาหน้านมมาช้า มาจำนวนน้อย เจ็บหัวนม หัวนมแตก เต้านมคัดตึง ทารกไม่ยอมดูดนมแม่ และมารดาหลังคลอดยังให้นมลูกไม่ถูกวิธี ไม่เข้าใจ 4 จุด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้า ซึ่งหอผู้ป่วย สูติกรรมชั้น 2 มีการให้ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มโรงเรียนพ่อแม่ สอนและประเมินการให้นมลูกโดยใช้เครื่องมือ LATCH score<sup>8</sup> แต่ไม่มีโปรแกรมการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม่ จากการประเมินความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย แม่หลังคลอดมีคะแนนทั้ง 3 ข้อน้อยที่สุดคือ การให้บุตรดูดนมตนเองถูกวิธี 4 ค การบอกระยะเวลาให้นมบุตรและการแก้ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนของโรงพยาบาลอุดรธานี ยังไม่เป็นตามเป้าหมายที่กำหนด

จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การส่งเสริมให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของลูก และทีมงานวิจัยจำนวนมากที่ได้กล่าวถึงปัญหาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงปัญหาดังกล่าวจึงมีความสนใจที่จะจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ในหอผู้ป่วย สูติกรรมชั้น 2 โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้ การรับรู้ความสามารถ และมีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ที่ถูกต้องเหมาะสม อันเป็นแนวทางที่จะส่งเสริมให้ทารกมีพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังจากการทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดแล้ว คะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดจะสูงกว่าก่อนการทดลอง

### รูปแบบงานวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment study) ชนิดกลุ่มเดียว โดยวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลัง (one group pretest-posttest) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความรู้ การรับรู้ ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ในหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 2 โรงพยาบาลอุดรธานี ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน มกราคม 2561 ถึงเดือน ตุลาคม 2561

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ มารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 2 โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ 1) มารดาหลังคลอดปกติ 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด 3) มีความสามารถในการใช้ภาษาไทย 4) บุตรมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความพิการแต่กำเนิด และ 5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลักษณะของครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ตั้งใจให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2) แบบสอบถามความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน

3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วยข้อคำถาม

จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและคำตอบ มี 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 4 คะแนน เมื่อท่านตอบมั่นใจมากที่สุด 3 คะแนน เมื่อท่านตอบมั่นใจมาก 2 คะแนน เมื่อท่านตอบมั่นใจน้อย และ 1 คะแนน เมื่อท่านตอบมั่นใจน้อยที่สุด

4) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและคำตอบมี 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1 คะแนน หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติ 2 คะแนน หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง และ 3 คะแนน หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้ที่มีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร บทความ วิชาการ งานวิจัย และหนังสือคู่มือต่างๆ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับกลไกการเกิดน้ำนม ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมตัวเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยหลัก 4 ดูด วิธีการเก็บรักษาน้ำนม และการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โปรแกรมการให้ความรู้ที่มีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคู่มือส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาและครอบครัว เสนอตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมถูกต้องของภาษา (Wording) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ สูติแพทย์เชี่ยวชาญ ประจำกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี 1 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ประจำกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี 1 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งพบว่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ 0.80, 0.85 และ 0.85 ตามลำดับ แสดงว่าแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับสามารถนำไปใช้ได้

#### การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ณ หอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 2 โรงพยาบาลอุดรธานี แล้วนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 และเท่ากับ 0.71ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) คัดเลือกมารดาหลังคลอดเพื่อเข้าร่วมการวิจัย ตรวจสอบจำนวน และข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากมารดาหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมและสมัครใจเอง
- 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้มารดาหลังคลอดทำแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อน และหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สำหรับการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น ผู้วิจัยจะให้ความรู้เป็นรายบุคคล ตามเนื้อหาในคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เรียงลำดับไว้ และภายหลังจากให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะให้คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดา เพื่อไว้ศึกษาทบทวนอย่างต่อเนื่อง

#### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้วิจัยยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในใบยินยอมร่วมวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีโรคประจำตัว ลักษณะของครอบครัวของท่าน ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของท่าน ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนอายุ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาที่ท่านตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว และระยะเวลาที่สมาชิกในครอบครัวตั้งใจให้ท่านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่าง จะใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดก่อน และหลังการทดลองวิเคราะห์โดยใช้สถิติ การทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรแบบไม่อิสระ (Paired T-test)

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด ได้แก่ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะของครอบครัวของท่าน ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และผู้ที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของท่าน

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	6(20.0)
มัธยมต้น	10(33.3)
มัธยมปลาย	7(23.3)
อื่นๆ	7(23.3)
<b>รวม</b>	<b>100(100)</b>
สถานภาพสมรส	
คู่	30(100)
<b>รวม</b>	<b>100(100)</b>
อาชีพ	
เกษตรกร	2(6.7)
รับจ้าง	6(20.0)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4(13.3)
แม่บ้าน	18(60)
<b>รวม</b>	<b>100(100)</b>
ลักษณะของครอบครัวของท่าน	
ครอบครัวเดี่ยว	5(16.7)
ครอบครัวขยาย	25(83.3)
<b>รวม</b>	<b>100(100)</b>
ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา	
เคย	15(50.0)
ไม่เคย	15(50.0)
<b>รวม</b>	<b>100(100)</b>
ผู้ที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาของท่าน	
สามี	2(6.7)
แม่และพ่อตนเอง	20(66.7)
แม่และพ่อสามี	6(20.0)
อื่นๆ	2(6.7)
<b>รวม</b>	<b>100(100)</b>

จากตารางที่ 1 พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมต้น จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 อาชีพแม่บ้าน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 เคยและไม่เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ผู้ที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ แม่และพ่อตนเอง จำนวน 20 คน คิด

เป็นร้อยละ 66.7

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ท่านตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และระยะเวลาที่สมาชิกในครอบครัวตั้งใจให้ท่านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อมูลพื้นฐาน	$\bar{X}$ (SD)
อายุ	24.73 (5.09)
รายได้	15,166.67 (11,546.26)
ระยะเวลาที่ท่านตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว	8.70 (5.85)
ระยะเวลาที่สมาชิกในครอบครัวตั้งใจให้ท่านเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา	9.00 (5.79)

จากตารางที่ 2 พบว่า มารดาหลังคลอดมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 24.73 ปี (SD 5.09) รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 15,166.67 บาท (SD 11,546.26) ระยะเวลาที่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 8.70 เดือน (SD 5.85) และระยะเวลาที่สมาชิกในครอบครัวตั้งใจให้ท่านเลี้ยงลูกด้วยนมมารดามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 9.00 เดือน (SD 5.79)

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในรายข้อและรายรวมก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	
1. การให้ลูกดูดนมแม่เป็นการกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วและมีจำนวนมาก	0.97(0.18)	1.00 (0.00)	0.16
2. การให้ลูกดูดนมแม่ จะทำให้มีความเป็นแม่อย่างสมบูรณ์	0.73(0.45)	0.93 (0.25)	0.03
3. การให้นมผสมแก่ลูกเมื่อน้ำนมมีน้อย เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาที่ไม่ถูกต้อง	0.60(0.49)	0.63 (0.49)	0.40

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในรายชื่อและรายรวมก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	p-value
4. มารดาที่มีสุขภาพอ่อนแอไม่ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	0.57 (0.50)	0.80 (0.41)	0.03
5. เมื่อต้องทำงานนอกบ้านมารดาสามารถบีบเก็บน้ำนมไว้สำหรับเลี้ยงลูกได้	0.93 (0.25)	1.00 (0.00)	0.08
6. การทำอารมณ์ของมารดาให้แจ่มใสจะทำให้ให้น้ำนมไหลมากขึ้น	0.83 (0.38)	1.00 (0.00)	0.01
7. การให้ลูกดูดนมแม่เป็นสาเหตุทำให้เต้านมหย่อนยานและเสียทรวดทรง	0.60 (0.49)	0.70 (0.47)	0.16
8. มารดาที่มีเต้านมเล็กจะมีน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับเลี้ยงลูก	0.67 (0.48)	0.90 (0.31)	0.03
9. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มดลูกเข้าูเร็วและช่วยขับน้ำคาวปลา	0.60 (0.49)	1.00 (0.00)	0.00
10. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยให้คุณกำเนิดได้	0.20 (0.41)	0.87 (0.35)	0.00
11. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ป้องกันอาการเกิดดกเลือดหลังคลอดได้	0.47 (0.51)	0.93 (0.25)	0.00
12. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้ลูกฉลาด และอารมณ์ดี	0.97 (0.18)	1.00 (0.00)	0.16
13. น้ามนแม่ช่วยให้ลูกแข็งแรง มีภูมิต้านทานโรคและไม่ป่วยง่าย	0.97 (0.18)	1.00 (0.00)	0.16
14. มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้หน้าหนักลดลงและรูปร่างคงเดิม	0.47 (0.51)	0.97 (0.18)	0.00
15. มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	0.16
16. การอุ้มลูกเรือเป็นการป้องกันภาวะท้องอืดหลังดูดนมเสร็จ	0.87 (0.35)	1.00 (0.00)	0.09
17. สาเหตุของการเกิดหัวนมแตกที่พบบ่อยคือลูกดูดไม่ถูกวิธี	0.73 (0.45)	0.97 (0.18)	0.02
18. หัวนมแตกสามารถป้องกันได้โดยทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด และเช็ดให้แห้ง	0.20 (0.41)	0.67 (0.48)	0.00
19. การอยู่น้านมที่แช่แข็งจะต้องอุ่นในน้ำร้อนหรือเตาไมโครเวฟ	0.40 (0.49)	0.93 (0.25)	0.00

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในรายชื่อและรายรวมก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	p-value
20. การใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบเต้านมเป็นวิธีการแก้ปัญหาเต้านมคัดตึง	0.53 (0.51)	0.63 (0.49)	0.50
<b>ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด</b>	<b>0.67 (0.14)</b>	<b>0.89 (0.07)</b>	<b>0.00</b>

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความรู้ในภาพรวม ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ยังมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด จะสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้ฯ ส่วนในรายชื่อ พบว่า ข้อ 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 18 และข้อ 19 จะมีคะแนนความรู้แตกต่างกัน คือ คะแนนความรู้ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ฯ จะสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้ฯ ส่วนข้ออื่นๆ พบว่าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ฯ คะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน

**ส่วนที่ 3** การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในรายชื่อและรายรวม ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	p-value
1. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถหาความรู้ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้	0.19 (0.76)	3.13 (0.57)	<0.00
2. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อทำให้น้ำนมมีคุณภาพและปริมาณเพียงพอ	2.40 (1.00)	3.20 (0.61)	<0.00
3. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งก่อนให้ลูกดูดนม	1.93 (0.91)	2.63 (0.72)	<0.00

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในรายข้อและรายรวม ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	p-value
4. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถอุ้มลูกดูนมแม่ในท่าต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง	1.47 (0.68)	2.77 (0.68)	<0.00
5. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถมองสบตา ยิ้มและพูดคุยกับลูกทุกครั้งขณะที่ให้ลูกดูนมแม่	2.33 (0.99)	3.50 (0.63)	<0.00
6. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถดูแลเด็ตามไม่ให้เกิดดิ่งและอึกเสอในระยะที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้	1.87 (0.82)	2.80 (0.71)	<0.00
7. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถดูแลหัวนมของฉันไม่ให้แตกเป็นแผลในระยะที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้	1.67 (0.76)	2.77 (0.68)	<0.00
8. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถให้ลูกดูนมแม่ในเวลากลางคืน ตามที่ต้องการได้ ถึงแม้ว่าฉันจะเหนื่อยและอยากพักผ่อนก็ตาม	2.33 (0.92)	3.40 (0.561)	<0.00
9. ฉันมั่นใจว่า ถ้าเกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฉันสามารถหาวิธีแก้ไขเพื่อให้ลูกดูนมแม่ต่อไปได้	1.67 (0.66)	2.90 (0.66)	<0.00
10. ฉันมั่นใจว่า ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฉันสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ได้	2.07 (0.83)	3.23 (0.63)	<0.00
11. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียวยังไม่ให้น้ำหรืออาหารใดๆ อย่างน้อย 6 เดือน ถึงแม้ว่าฉันจะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน	1.97 (0.99)	3.33 (0.71)	<0.00
12. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถทำความสะอาดขณะที่จะเก็บนํ้านมที่บีบได้ถูกต้อง	1.70 (0.88)	3.27 (0.52)	<0.00
13. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถล้างมือด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดทุกครั้งก่อนบีบนมแม่	1.70 (0.88)	3.27 (0.58)	
14. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถบีบนํ้านมด้วยมือได้ถูกต้องโดยไม่ทำให้เต้านมเจ็บ	1.37 (0.67)	3.07 (0.69)	
15. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถเก็บนํ้านมที่บีบไว้ให้ลูกกินภายหลังได้ถูกต้อง	1.27 (0.69)	3.10 (0.66)	

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในรายข้อและรายรวม ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	p-value
16. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถป้อนนมแม่ด้วยถ้วยให้ลูกได้อย่างถูกต้อง	1.17 0.46	2.97 (0.67)	<0.00
17. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถบีบนํ้านมไว้ให้ลูกขณะอยู่ที่ทำงานได้ทุก 2 ชั่วโมง ถึงแม้ว่างานจะยุ่งหรือไม่สะดวกก็ตาม	1.27 0.58	2.87 (0.63)	<0.00
18. ฉันมั่นใจว่า ในระยะที่กลับไปทำงาน ฉันสามารถให้ลูกดูนมจาก เต้าได้ทุกมือในเวลาที่ยังอยู่บ้าน	1.33 0.76	3.30 (0.70)	<0.00
19. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถฝึกผู้ดูแลลูก ให้ป้อนนมแม่ด้วยถ้วยให้ลูกในเวลาที่ยังไปทำงานได้	1.20 0.48	2.77 (0.73)	<0.00
20. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถแก้ไขปัญหาที่นํ้านมไหลเปราะจะเลื้อยในขณะที่อยู่ที่ทำงานได้	1.20 0.48	2.97 (0.72)	<0.00
<b>การรับรู้ความสามารถของมารดาหลังคลอด</b>	<b>1.69 0.54</b>	<b>3.06 (0.43)</b>	<b>&lt;0.00</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในภาพรวม ภายหลังจากใช้โปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดจะสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนในรายข้อพบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถภายหลังจากใช้โปรแกรมการให้ความรู้ จะสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้ ทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**ส่วนที่ 4** พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาหลังคลอดในรายข้อและรายรวม ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	
1. ขณะให้นมลูกท่านนั่งหรือนอนในท่าที่สบายไม่เกร็งส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย	1.80 (0.48)	2.47 (0.57)	0.00
2. ท่านฝึกจิตใจไม่ให้เครียดหรือกังวลกับการให้นมลูก	1.93 (0.45)	2.53 (0.57)	0.00
3. ท่านให้ลูกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง หรือตามความต้องการของลูก	1.80 (0.76)	2.83 (0.38)	0.00
4. ทุกครั้งที่ลูกดูดนม ท่านจะให้อมลึงถึงลานนม	1.60 (0.62)	2.67 (0.48)	0.00
5. ในแต่ละครั้งของการให้นม ท่านจะให้ลูกดูดนมสลับกันทั้งสองข้าง	1.83 (0.69)	2.47 (0.63)	0.00
6. การให้นมแต่ละมือควรให้ลูกดูดแต่ละข้างจนเกลี้ยงเต้า	1.17 (0.46)	2.60 (0.49)	0.00
7. ขณะนำหัวนมออกจากปากลูก ท่านจะกดปลายคางลูกเบาๆ หรือสอดปลายนิ้วแทรกผ่านเหงือกเพื่อให้ลูกคายหัวนมออกเอง	1.10 (0.40)	2.60 (0.49)	0.00
8. ภายหลังจากลูกตีมนมอิ่มแล้ว ท่านจะอุ้มลูกให้เรอโดยการอุ้มพาดบ่าหรือนั่งตักแล้วลูบหลัง	1.83 (0.65)	2.57 (0.50)	0.00
9. ภายหลังจากลูกดูดนมแม่อิ่มแล้ว ท่านไม่ได้ให้น้ำตาม	2.20 (0.71)	2.60 (0.77)	0.03
10. เมื่อท่านไปทำธุระหรือทำงานนอกบ้าน ท่านจะเตรียมบิบเก็บน้ำนมไว้ทุกครั้ง	1.43 (0.63)	2.57 (0.63)	0.00
11. ก่อนและหลังให้นมลูก ท่านจะทำความสะอาดหัวนมด้วยน้ำอุ่น	2.20 (0.81)	2.07 (0.64)	0.22
12. ท่านให้ลูกดูดจนมยางขณะลูกร้องให้	2.57 (0.73)	2.73 (0.58)	0.12
13. ท่านจะทำความสะอาดหัวนมก่อนบิบเก็บน้ำนม	1.70 (0.75)	2.33 (0.71)	0.00
14. ท่านรับประทานอาหารที่บำรุงน้ำนม เช่น มะละกอ ฟักทอง หัวปลี ไบกะเพรา ซึ่งเป็นต้น	1.90 (0.66)	2.53 (0.57)	0.00

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาหลังคลอดในรายข้อและรายรวม ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	
15. เมื่อท่านคัดติงเต้านม ท่านจะประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่น 3-5 นาทีหรือจะบีบน้ำนมออกเล็กน้อยก่อนให้นมลูก	1.43 (0.57)	2.47 (0.57)	0.00
16. เมื่อท่านมีปัญหาหัวนมแตก ท่านจะทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดแล้วเช็ดให้แห้ง	2.43 (0.86)	1.60 (0.77)	0.00
<b>พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด</b>	<b>1.80 (0.24)</b>	<b>2.48 (0.26)</b>	<b>0.00</b>

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในภาพรวม ภายหลังจากใช้โปรแกรมการให้ความรู้ที่มีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด จะสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในรายข้อ พบว่า ข้อ 11 และ ข้อ 12 จะมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ที่มีแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด

ข้อความ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	
1. ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด	0.67 (0.14)	0.89 (0.07)	0.00
2. การรับรู้ความสามารถของมารดาหลังคลอด	1.69 (0.54)	3.06 (0.43)	0.00
3. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด	1.80 (0.24)	2.48 (0.26)	0.00

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ

### การอภิปรายผล

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ฯ มารดาหลังคลอดมีค่าคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. คะแนนความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐาน ข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการให้ความรู้ฯ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับกลไกการเกิดน้ำนม ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมตัวเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยหลัก 4 ดูด วิธีการเก็บรักษาน้ำนม และการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยได้ทำการสอนเป็นรายบุคคล มีการสาธิตและให้มารดาหลังคลอดสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งมีคู่มือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไว้ให้ศึกษา ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลจะพบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวชาย ซึ่งมีผู้ช่วยหรือผู้มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่มารดา รวมทั้งยังมีมารดาหลังคลอดที่เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน ก่อนที่จะเข้ามาในโปรแกรมการให้ความรู้ฯ ของผู้วิจัย ซึ่งความรู้ที่ได้จากผู้มีประสบการณ์และความรู้เดิมที่ได้จากการปฏิบัติในครรภ์แรกทำให้มารดามีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาแต่เดิม

ดังนั้น การนำโปรแกรมการให้ความรู้ฯ มาใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือมีความรู้ที่ทันสมัยและเพิ่มความน่าสนใจมากขึ้น จึงมีผลต่อการเสริมแรงให้มารดาหลังคลอดมีการตอบสนองต่อการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ฯ ในครั้งนี้ อีกทั้งการที่ผู้วิจัยได้มีการ

สาธิตเป็นการสร้างความเข้าใจ จึงกล่าวได้ว่า การเรียนรู้โดยการสร้างความเข้าใจในเรื่องที่เรียน เมื่อประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันก็สามารถจะทำความเข้าใจโดยอาศัยประสบการณ์เดิมได้ พร้อมทั้งแผนกฝากครรภ์ยังได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการเตรียมตัวให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวต้องเข้าโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่เพื่อเตรียมตัวเป็นพ่อและแม่ของลูกที่กำลังจะเกิดมา รวมถึงแม่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวนม เต้านม พยาบาลจะส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินโครงการสายสัมพันธ์แม่ลูก ตามบันไดสิบขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมีการให้ความรู้และสร้างทัศนคติให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเมื่อคลอดบุตร จนถึงการติดตามเยี่ยมหลังคลอดจึงทำให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และควรเน้นย้ำให้มารดาหลังคลอดได้รู้ว่ามารดาที่มีสุขภาพอ่อนแอ สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

2. คะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดจะสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 โดยพบว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนให้ความรู้แบบแผนทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการให้ความรู้ฯ มีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของมารดาหลังคลอด การส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาหลังคลอดมีความเชื่อมั่นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น รวมถึงมารดาหลังคลอดเองมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่แล้ว หรือได้รับการถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงทำให้มารดาหลังคลอดมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การจดจำความรู้เนื้อหาของโปรแกรมทดลองกระทำด้วยการสาธิตย้อนกลับ และทำให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับการ

เรียนรู้จากต้นแบบหรือประสบการณ์ สามารถทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ (Bandura, 1997) เช่น จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของมารดาหลังคลอดในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการศึกษาที่ได้สังเกตต้นแบบ อาทิ แม่ของตนเอง แม่ของสามีหรือผู้ดูแล การจดจำประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ก่อน ก็จะทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกว่าคุณเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เช่นกัน และก่อนโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้วิจัยจะประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของมารดาหลังคลอดก่อน โดยการประเมินอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาการปวดแผล ความวิตกกังวลหรือความเครียดต่างๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนคลอดปกติทางช่องคลอด จึงมีความพร้อมทางด้านร่างกายสามารถขยับลุกนั่งได้ภายหลังคลอด และย้ายออกจากห้องคลอดมาพร้อมบุตรจึงมีความพร้อมทางด้านจิตใจไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร ซึ่งผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้ฯ เมื่อหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว ซึ่งเป็นระยะที่มารดาสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้พอสมควร มีความพร้อมและมีความสนใจเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงบุตร ช่วยเพิ่มให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และถ้ามารดาหลังคลอดมีความเชื่อว่าตัวเองก็สามารถทำได้ ทำให้เกิดการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรมหรือรับรู้ว่าคุณสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนขึ้นไปได้สูง สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณวิมล วิเชียรฉาย และคณะ<sup>9</sup> ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้แรงสนับสนุนของสังคมที่ดีย่อมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนมากขึ้น และโปรแกรมการให้ความรู้ฯ นี้ ได้ส่งเสริมให้เกิดเจตคติทางด้านบวกและร่วมกันส่งเสริมให้คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ ญาติหรือสามี หากมารดาหลังคลอดเชื่อว่าญาติหรือสามีเห็นด้วยกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดก็มีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

### 3. คะแนนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ของมารดาหลังคลอดจะสูงกว่าก่อนการทดลอง จากสมมติฐานการวิจัย ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพอย่างเป็นกันเองกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการช่วยให้มารดาหลังคลอดมีการผ่อนคลาย ความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้เกิดความรู้สึกว่า ได้รับการยอมรับและเอาใจใส่ มีความรู้สึกปลอดภัย และมีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น มีการสาธิตและฝึกทำทางในการอุ้มบุตรดูนมแม่ในท่านั่ง และ ท่านอน วิธีการจับประคองเต้านม มีการสาธิตย้อนกลับถ้ามารดาหลังคลอดปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้งมีอุปสรรคต่างๆ ได้แก่ บุตรไม่ยอมดูดนมแม่ นมแม่ไม่ไหล ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือและแนะนำเพิ่มเติมในการปฏิบัติ ที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับมารดาในแต่ละราย มีการเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบปัญหาเกี่ยวกับความข้องใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ช่วยให้เกิดความมั่นใจและมีการเตรียมตัวก่อนเผชิญสถานการณ์จริง มีการมอบคู่มือการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดาหลังคลอดสามารถทบทวนและนำมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ การให้คู่มือการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เพื่อทบทวนช่วยให้มารดาเกิดความเข้าใจสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและจดจำได้มากขึ้น เพราะสื่อการเรียนการสอนที่เป็นคู่มือ เอกสารต่างๆ จัดเป็นสิ่งง่ายที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้คู่มือยังมีภาพประกอบ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายจึงเป็นการเพิ่มสิ่งเร้าในการเรียนรู้ได้และจากการซักถาม พบว่า มารดาได้อ่านคู่มือที่ได้รับแล้วปฏิบัติตามในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ โดยส่วนใหญ่บอกว่าได้อ่านมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งการนำคู่มือกลับไปอ่านทบทวนทำความเข้าใจหลายๆ ครั้ง จะเป็นการเรียนรู้ช่วยให้เกิดความจำดีขึ้น ส่งผลให้มารดาในกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในรูปแบบแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในส่วนข้อที่ไม่มีความแตกต่างกันของพฤติกรรมภายหลังการทดลอง ควรให้ความรู้อย่างต่อเนื่องแก่มารดาหลังคลอดและญาติ พร้อมทั้งประเมิน

ผลเพื่อดูความก้าวหน้าในการปฏิบัติตนของมารดา หลังคลอดในแต่ละครั้งควรเจาะจงรายบุคคลเพื่อจะได้ทราบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมการให้น้ำตามภายหลังให้ลูกดูดนมแม่ได้แล้ว การทำความสะอาดหัวนมด้วยน้ำอุ่นหรือแม้กระทั่งการให้ลูกดูดจุกนมยางขณะลูกร้องให้ ซึ่งสาเหตุอาจเนื่องมาจากการมีค่านิยมและเป็นความเคยชินมาเป็นเวลานาน ดังนั้น จึงควรให้ความรู้ คำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องดังกล่าวเพื่อเกิดความตระหนักในผลเสียของพฤติกรรมดังกล่าว

### สรุปผลการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด มีคะแนนความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด มีคะแนนพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการให้ความรู้ต่อมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อส่งเสริมการให้นมแม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้นมลูกได้ 6 เดือนเป็นอย่างน้อย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เปรียบเทียบประชากรเป็น 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ นางอัญชลี อ้วนแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอุดรธานี และ ดร.วัลภาศรีบุญพิมพ์สวยาพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พัฒนาตามแนวคิด พัฒนาคนตามช่วงวัย; 2560: (เข้าถึงเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2561) จาก [www.thaigov.go.th/news/contents/details/10312](http://www.thaigov.go.th/news/contents/details/10312)
2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชุมวิชาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รากฐานของชีวิต; 2561: (เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2561) จาก [http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/conference/breastfeeding2018\\_\\_conference.html](http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/conference/breastfeeding2018__conference.html)
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2558.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัยตั้งเป้าเพิ่มการเลี้ยงลูกนมแม่ให้ได้ 50%; 2561: (เข้าถึงเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2561) จาก <https://www.dailynews.co.th/regional/659067>
5. ดนยา โรจนวิชะ. ผลของการจัดการรูปแบบการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดครั้งแรกต่อการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.

6. สุจิตรา ยวงทอง. วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. วรณี เดียววิศเรศ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกต่อระยะเวลาและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2555: 7(2): 100-115.

7. Bandura, A: Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company: 1997.

8. พาวิณ พัวพรพงษ์. การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; 2558: (เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2561) จาก <file:///C:/Users/ASUS/Desktop/ประเมิน%20latch%20score.pdf>

9. วรณวิมล วิเชียรฉาย, ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์, จันทรมาศ เสาวรส. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน หลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี 2549: 18: 1-13.

# พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

ปิติณัช ราชภักดี พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

ภาวณิ ศรีสันต์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี  
ทศพล ศีวรรณ, วนิดา พันพอน, ชนิษฐา ซาลิกุล, ณัฐิศา สาขนะโสภณ, ณัฐริกา คุณณา, ภัทริยา ฎกของไชย  
สุทธิดา พันธุ์มยุ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขต  
อุดรธานี

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุสงฆ์ จำนวน 160 รูป จำแนกเป็นพระมหานิกาย จำนวน 116 รูป พระธรรมยุต จำนวน 44 รูป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของเครื่องมือ (IOC) เท่ากับ 1 และหาค่าความเที่ยงตรงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.72$ ,  $SD=0.68$ ) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์รายด้าน พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{x}=3.08$ ,  $SD=0.72$ ) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นด้านความเครียด ( $\bar{x}=2.75$ ,  $SD=0.68$ ) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการบริโภคอาหาร ( $\bar{x}=2.33$ ,  $SD=0.65$ ) อยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์รายข้อ 5 อันดับสูงสุดส่วนใหญ่เป็นด้านการออกกำลังกาย ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ 5 อันดับต่ำสุดทั้งหมดเป็นด้านการบริโภคอาหาร 3 การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของด้านการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.67$ ,  $SD=1.35$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อด้านการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ 5 อันดับแรก สูงสุด ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารทาง หนังสือพิมพ์ วารสาร อินเทอร์เน็ต การเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์ รายการทางโทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และการอ่านหนังสือต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้น่าจะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ และส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, พระภิกษุสงฆ์, การได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

# The health care behaviors of monks in Udon Thani municipality Udon Thani Province

Pitinut Ratchapakdee (MNS. Adult Nursing) Faculty of Nursing, Ratchathani University  
Udonthani campus

Pawinee Srison (MNS.Adult Nursing). Faculty of Nursing, Ratchathani University  
Thotsapon. Sriwan, Vanida Phanphon, Khanittha Chaleekul, Nutthida Sachanasophon,  
Nattarika Kunna, Phatariya phokongchai, Sutthida Phanmui. Third Year Nursing Students.  
Faculty of Nursing, Ratchathani University Udonthani campus

## Abstract

This descriptive research aimed to study the health care behaviors of monks in Udon Thani municipality. The participants of the study were 160 monks there are 116 of Maha Nikai and 44 of Phra Dhammakut monks. Research instrument was a questionnaire including three parts: 1) personal data 2) The rating scale for asking the health care behaviors 3) The rating scale for asking the receiving health care information. Content validity of the questionnaire was confirmed by three experts. The index of item-objective congruence were 1 and the Cronbach's Alpha Coefficient were 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics. The results of the study found that: 1) The health- care behaviors of monks as a whole, were moderate level ( $\bar{x}=2.72$ ,  $SD=0.68$ ) when separate parts of the health care behaviors : most is the exercise ( $\bar{x}=3.08$ ,  $SD=0.72$ ,) were the moderate level, the stress ( $\bar{x}=2.75$ ,  $SD=0.68$ ) were the moderate level and the food consumption behavior ( $\bar{x}=2.33$ ,  $SD=0.65$ ) were the lowest level. 2) The highest ranked health care behaviors five sub-item the most of the exercise were the moderate level and the lowest ranked health care behaviors five sub-item the five sub-item the most were the food consumption behavior 3) The receiving health care information as a whole, were moderate level

( $\bar{x}=2.67$ ,  $SD=1.35$ ). The highest ranked the receiving health care information five sub-item Were: received health care information from newspaper, journals and Internet, counseling from a doctor, television programs, village health volunteers and reading health books. Findings from the study would be a guide to developing ,planning and promoting programme health behaviors of monks

**Keywords:** Self-care behaviors, The Buddhist monks, Receiving health care information



### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ พระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 696 รูป กลุ่มตัวอย่าง คือ พระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานีจังหวัดอุดรธานี 160 รูป โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างในการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีทราบประชากรแน่นอน (Cochran, 1977, วรรณชนก จันทพุม, 25456)

$$n = \frac{NZ^2O^2}{Nd^2 + Z^2 O^2}$$

N คือ ขนาดของประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 696 รูป

n คือ ขนาดของตัวอย่าง

Z คือ ค่าจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 =  $\alpha/2$

$O^2$  คือ ค่าความแปรปรวนของประชากรซึ่งไม่ทราบค่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาจากการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานครกรณีศึกษา วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญของสุชาติ วงศ์สืบชาติ<sup>7</sup> (2554) นำค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพที่มีค่าสูงสุดมาใช้คำนวณให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์มาใช้ในการคำนวณ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.17

d คือ ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดให้ไม่เกิน 5% ของค่าเฉลี่ยด้านที่นำค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาคำนวณที่นำค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาคำนวณซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.34

แทนค่าในสูตรคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 159 รูป แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย อีก ร้อยละ 10 คือ เพิ่มอีก ประมาณ 15.9 คน จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บทั้งหมด 174 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธี

การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยสุ่มวัดที่จะศึกษาในเขตเทศบาลนครอุดรธานี ใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อวัดมาร้อยละ 30 ได้ชื่อวัดมา 26 วัด

จากนั้นสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของวัดและจำนวนของพระสงฆ์ในวัด ให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและดัดแปลงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของ สุชาติ วงศ์สืบชาติ<sup>7</sup> เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีลักษณะการวัดเป็นมาตราเรียงลำดับ (Ordinal scale)
2. ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 21 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 13 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ
  - 5 หมายถึง ปฏิบัติตามข้อนั้นเป็นประจำ
  - 4 หมายถึง ปฏิบัติตามข้อนั้นเกือบทุกครั้ง
  - 3 หมายถึง ปฏิบัติตามข้อนั้นเป็นบางครั้ง
  - 2 หมายถึง ปฏิบัติตามข้อนั้นนานๆครั้ง
  - 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามข้อนั้น

และเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงพระสงฆ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงพระสงฆ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงพระสงฆ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง พระสงฆ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง พระสงฆ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปทุกข้อและหาความเที่ยง (Reliability) ทั้งฉบับ คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

### วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ในการรวบรวมข้อมูล ถึงเจ้าคณะอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยแบ่งเป็นสองนิคม คือ มหานิกาย และธรรมยุติ เพื่อนำตัวและผู้วิจัยทำการพบกลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลวิจัยและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามในข้อสงสัยและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for window version 20 ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของพระภิกษุสงฆ์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย  $\bar{x}$  , SD

### ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 จำนวนพรรษาที่บวช ส่วนใหญ่มีพรรษา น้อยกว่า 5 พรรษา คิดเป็นร้อยละ 50 พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่สังกัดมหานิกาย คิดเป็นร้อยละ 72.50 ธรรมยุต

คิดเป็นร้อยละ 27.50 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.80 ระดับการศึกษาทางธรรมส่วนใหญ่จบนักธรรมตรี คิดเป็นร้อยละ 39.40 พระภิกษุสงฆ์มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 66.60 มากที่สุด คือ ปวดหลังปวดเอว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ การตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 73.10 พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 57.50 และการรักษาเมื่ออาพาธส่วนใหญ่ซื้อยาตนเอง คิดเป็นร้อยละ 38.80

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$ =2.72, SD=0.68) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านที่มีคะแนนสูงสุด พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$ =3.08, SD=0.72) รองลงมาเป็นด้านความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$ =2.75, SD=0.68) และด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x}$ =2.33, SD=0.65) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์รายด้าน (N=160)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านการออกกำลังกาย	3.08	0.72	ปานกลาง
ด้านความเครียด	2.75	0.68	ปานกลาง
ด้านการบริโภคอาหาร	2.33	0.65	น้อย
<b>รวม</b>	<b>2.72</b>	<b>0.68</b>	<b>ปานกลาง</b>

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี เป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงสุด 5 อันดับแรก คือ การทำกิจกรรมพัฒนาวัด เช่น กวาดลานวัด ทำความสะอาดโบสถ์ ศาลา (ด้านการออกกำลังกาย) การพักผ่อนเพียงพอเพื่อทำให้ร่างกายและจิตใจสดชื่น (ด้านการจัดการกับความเครียด) การทำวัตรสวดมนต์ แผ่เมตตา เพื่อ

ให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และสบายใจ (ด้านการจัดการกับความเครียด) การออกกำลังกายด้วยการทำความสะอาดห้องถูกฏิกและของใช้ส่วนตัว (ด้านการออกกำลังกาย) และการออกกำลังกายด้วยการซักเครื่องนุ่งห่ม เช่น จีวร สังฆาฏิ อังสะ เป็นต้น(ด้านการออกกำลังกาย) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ลำดับ 5 อันดับแรก ซึ่งทั้งหมดเป็นด้านการบริโภคอาหาร ได้แก่ การฉันทน์เครื่องตีประเภทชุก้าล้างชนิดต่างๆ เช่น ลิโพ กระทั่งแดง M150 เป็นต้น การฉันทน์อาหารที่มีรสหวาน การฉันทน์อาหารประเภทผักทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด ผัดผัก เป็นต้น การฉันทน์อาหารประเภทที่มีส่วนประกอบของกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ท่อหมก แกงกะทิ เป็นต้น และการฉันทน์อาหารที่มีรสเผ็ดมาก ตามลำดับดังตาราง 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุดรธานี รายข้อ (N=160)

ข้อ	พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>5 อันดับสูงสุด</b>				
1	การร่วมทำกิจกรรมพัฒนาวัด เช่น กวาดลานวัด ทำความสะอาดโบสถ์ ศาลาวัด เป็นต้น (ด้านการออกกำลังกาย)	4.09	1.17	ระดับมาก
2	การพักผ่อนเพียงพอเพื่อทำให้ร่างกายและจิตใจสดชื่น(ด้านการจัดการกับความเครียด)	4.02	1.08	ระดับมาก
3	การทำวัตรสวดมนต์ แผ่เมตตา เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจ(ด้านการจัดการกับความเครียด)	4.01	1.07	ระดับมาก
4	การออกกำลังกายด้วยการทำความสะอาดห้องถูกฏิกและของใช้ส่วนตัว(ด้านการออกกำลังกาย)	3.94	1.15	ระดับมาก
5	การออกกำลังกายด้วยการซักเครื่องนุ่งห่ม เช่น จีวร สังฆาฏิ อังสะ เป็นต้น(ด้านการออกกำลังกาย)	3.94	1.16	ระดับมาก
<b>5 อันดับต่ำสุด</b>				
1	การฉันทน์เครื่องตีประเภทชุก้าล้างชนิดต่างๆ เช่น ลิโพ กระทั่งแดง	2.34	1.34	ระดับน้อย

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุดรธานี รายข้อ (N=160) (ต่อ)

ข้อ	พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
M150	เป็นต้น (ด้านการบริโภคอาหาร)			
2	การฉันทน์อาหารที่มีรสหวาน (ด้านการบริโภคอาหาร)	2.27	1.38	ระดับน้อย
3	การฉันทน์อาหารประเภทผักทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด ผัดผัก เป็นต้น (ด้านการบริโภคอาหาร)	2.13	1.26	ระดับน้อย
4	การฉันทน์อาหารประเภทที่มีส่วนประกอบของกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ท่อหมก แกงกะทิ เป็นต้น(ด้านการบริโภคอาหาร)	2.09	1.18	ระดับน้อย
5	การฉันทน์อาหารที่มีรสเผ็ดมาก (ด้านการบริโภคอาหาร)	2.06	1.11	ระดับน้อย

สำหรับการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยรวมของด้านการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.67$ ,  $SD=1.35$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อด้านการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ 5 อันดับแรก สูงสุด ได้แก่ หนังสือพิมพ์วารสาร อินเทอร์เน็ต การเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์ รายการทางโทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการอ่านหนังสือต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 5 อันดับสูงสุด (N=160)

ข้อ	การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1	การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหนังสือพิมพ์ วารสาร อินเทอร์เน็ต	3.31	1.37	ปานกลาง
2	การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากการเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์	3.16	1.41	ปานกลาง
3	การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากรายการทางโทรทัศน์	3.09	1.40	ปานกลาง

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 5 อันดับสูงสุด (N=160) (ต่อ)

ข้อ	การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
4	การได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	3.06	1.36	ปานกลาง
5	การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพ	2.71	1.29	ปานกลาง

### อภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จ.อุดรธานี ซึ่งแบ่งออกเป็น พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พระภิกษุสงฆ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากพระสงฆ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพอสมควร จึงทำให้พระสงฆ์สามารถปฏิบัติตนเองมีสุขภาพดี และเนื่องจากวัดที่อยู่ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยของสิ่งแวดล้อม ของประชาชน และชุมชน จึงทำให้พระภิกษุสงฆ์ตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อเป็นแบบอย่างของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร ของพระมินภัทร คำชะนาม<sup>3</sup> และ สุชาติดา วงศ์ลีปชาติ<sup>7</sup> ที่พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

1. เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายมากที่สุด รองลงมาเป็นการจัดการกับความเครียด และการบริโภคอาหารตามลำดับ ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายมากที่สุด ( $\bar{X}$ =3.08, SD=0.72)

ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของพระพิพัฒน์อภิวัตน์<sup>๖</sup> และสุชาติดา วงศ์ลีปชาติ<sup>7</sup> ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในด้านออกกำลังกายนี้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นเพราะการออกกำลังกายของพระสงฆ์สามารถกระทำได้อย่างสม่ำเสมอ เช่นการทำวัตรประจำวัน การกวาดวิหาร ลานเจดีย์ การทำความสะอาดห้องกุฏิ และของใช้ส่วนตัว เป็นต้น และสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎกของพระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทธิโส)<sup>๙</sup> และมณฑิชา นงนุช นิคม มูลเมือง และวรรณิกา อัครชัยวิกรม<sup>10</sup> พบว่า พระภิกษุสงฆ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 61.0

1.2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทางด้านการจัดการความเครียด ( $\bar{X}$ =2.75, SD=0.68) อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากพระภิกษุสงฆ์มีการทำวัตรสวดมนต์ การเดิน จงกรม การฝึกสมาธิ การแผ่เมตตา ซึ่งเห็นหนทางในการพ้นจากทุกข์ และมีการใช้หลักอริยสัจ 4 ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งหลักอริยสัจ 4 คือการทำความเข้าใจปัญหา เพื่อการแก้ปัญหาให้พ้นทุกข์ และกลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุสงฆ์ที่พำนักวัดในเขตเทศบาลนครอุดรธานี ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทำให้พระภิกษุได้สนทนารธรรมกับญาติธรรม เพื่อผ่อนคลาย และเวลาที่ไม่สบายใจจะปรึกษาพูดคุยกับพระภิกษุด้วยกัน โยมพ่อโยมแม่และคนในครอบครัว จึงทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พระพิพัฒน์อภิวัตน์<sup>๖</sup> ที่พบว่า การปฏิบัติตนด้านอารมณ์ของพระสงฆ์อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยพฤติกรรมที่มีระดับการปฏิบัติมากคือเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ นั่งสมาธิไหว้พระ

1.3 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับน้อย อาจเป็นเพราะว่าอาหารที่พระฉันส่วนใหญ่มาจากบิณฑบาต ญาติโยมถวายอะไรมาก็ฉันแบบนั้น ไม่สามารถปฏิเสธและเลือกรับประทานได้ และจะเห็นได้ว่าพระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองยังไม่ดีนัก ยังขาดการตระหนัก

รู้ในการดูแลตนเอง จะเห็นได้จาก คำถามรายข้อเกี่ยวกับบริการบริโภคอาหาร มีค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย เช่น การฉันทันเครื่องตีมีประเภทชุกำลังชนิดต่างๆ เช่น ลิโพ กระทั่งแดง M150 เป็นต้น ( $\bar{X}=2.34$ ,  $SD=1.34$ ) การฉันทันอาหารที่มีรสหวาน ( $\bar{X}=2.27$ ,  $SD=1.38$ ) การฉันทันอาหารประเภทพื้ทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด ผัดผัก เป็นต้น ( $\bar{X}=2.13$ ,  $SD=1.26$ ) และเนื่องจากวัดอยู่ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี การถวายภัตตาหารของพุทธศาสนิกชนที่บางส่วนอาจจะซื้ออาหารปรุงตามท้องตลาดแล้วนำมาใส่บาตรหรือถวายภัตตาหารที่วัด ซึ่งอาหารส่วนใหญ่เค็มจัด มันจัด หรือหวานจัด ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 15 สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต ปรานณปริยา โคละสุ และศิริดา ศรีโสภา<sup>11</sup> พบว่า ลักษณะของการฉันทันภัตตาหารของพระสงฆ์จะฉันทันเป็นสำรับรวม ไม่สามารถเลือกฉันทันได้ และฉันทันภัตตาหารประเภทไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมันภัตตาหารประเภททอดหรือผัด ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และพระภิกษุสงฆ์บางรูปชอบฉันทันอาหารที่มีอาหารรสเผ็ด และพบว่าอาหารที่พระภิกษุสงฆ์ชอบฉันทันเป็นอาหารสุกๆดิบๆบ้างนานๆครั้ง จึงส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งพระภิกษุสงฆ์บางรูปอาจขาดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การร่วมทำกิจกรรมพัฒนาวัด เช่น กวาดลานวัด ทำความสะอาดโบสถ์ ศาลา วัด (ด้านการออกกำลังกาย) การพักผ่อนเพียงพอเพื่อทำให้ร่างกายและจิตใจสดชื่น (ด้านการจัดการกับความเครียด) การทำวัตร สวดมนต์ แผ่เมตตา เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และสบายใจ (ด้านการจัดการกับความเครียด) การออกกำลังกายด้วยการทำความสะอาดห้องกุฏิและของใช้ส่วนตัว (ด้านการ

ออกกำลังกาย) และ การออกกำลังกายด้วยการซักเครื่องนุ่งห่ม เช่นจีวร สังฆาฏิอังสะ (ด้านการออกกำลังกาย) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า 5 อันดับสูงสุดของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างรายข้อส่วนใหญ่เป็นด้านออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา นงนุช นิคม มูลเมือง และวรรณิภา อัครชัย วิกกรม<sup>10</sup> พบว่า พระภิกษุสงฆ์มีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับสูงมากที่สุด และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาพรายข้อของกลุ่มตัวอย่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การฉันทันเครื่องตีมีประเภทชุกำลังชนิดต่างๆ เช่น ลิโพ กระทั่งแดง M150 เป็นต้น การฉันทันอาหารที่มีรสหวาน การฉันทันอาหารประเภทพื้ทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด ผัดผัก เป็นต้น การฉันทันอาหารประเภทที่มีส่วนประกอบของกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ห่อหมก แกงกะทิ เป็นต้น และการฉันทันอาหารที่มีรสเผ็ดมาก ตามลำดับ สอดคล้องกับหลายการศึกษา<sup>3,5,10</sup> ที่พบว่า อาหารที่พุทธศาสนิกชน นำไปทำบุญถวายพระสงฆ์ มักเป็นอาหาร ที่มีไขมันสูง เช่น แกงกะทิ ขนมหวานต่างๆ นอกจากนี้ พระสงฆ์บางรูปยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ฉันทันกาแฟ หรือตีมีเครื่องตีมีชุกำลังและประกอบกับจำนวนพระภิกษุที่เป็นโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมฉันทันอาหารมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

3. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.67$ ,  $SD=1.35$ ) โดย 5 อันดับแรกของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ วารสาร อินเทอร์เน็ต การได้รับข้อมูลข่าวสารจากการเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ การได้รับข่าวสารจาก อสม. และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากประชาชนที่อยู่ใกล้ๆวัด ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสื่อเป็นที่แพร่หลายและเข้าถึงได้มากขึ้น เห็นได้จากค่าเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ วารสาร อินเทอร์เน็ต อยู่ในอันดับแรก ( $\bar{X}=3.31$ ,  $SD = 1.37$ ) อีกทั้งวัดอยู่ในเขตเทศบาลเมือง และส่วนใหญ่เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้พระภิกษุได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมาก

ขึ้น และจากการสำรวจการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พระภิกษุสงฆ์เคยเข้ารับตรวจร่างกายประจำปี คิดเป็นร้อยละ 73.10 ซึ่งในการเข้าตรวจร่างกายประจำปี ที่สถานพยาบาลต่างๆ กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุย ชักถาม และได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ซึ่งการที่ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพมีแนวโน้มให้มีการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพระมินภัทร คำชะนาม<sup>3</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์ในเขตเมือง จ.นครปฐม ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ โดยการจัดโปรแกรมให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติแก่พระสงฆ์ โดยอาศัยความร่วมมือทางสำนักงานพระพุทธศาสนา หน่วยงานสาธารณสุขและชุมชน

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์โดยสังเกตพฤติกรรม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความละเอียดมากขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักข่าวไทยรัฐ. จัดระเบียบใส่บาตร เล็กถวายของฆ่าพระ, [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thairath.co.th/content/>

2. ปันณธร ชัชวรัตน์.งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน: สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวง สาธารณสุข, 2553.

3. พระมหามินภัทร คำชะนาม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชนบัณฑิต. วิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2552.

4. ศนิกานต์ ศรีมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร, 2556.

5. สุวัฒน์ รักขันโท และคณะ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน, รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2551.

6. วรณชนก จันทุม, การวิจัยทางการแพทย์: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย ขอนแก่น, 2545.

7. สุชาติ วงศ์สืบชาติ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษา วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญ.พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต (พระพุทธศาสนา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2554.

8. พระพิพัฒน์ อภิวิฑฒโน (อายุะนันท์). การศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่. พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต(พระพุทธศาสนา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2554.

9. พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทธิโธ). พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2551.

10. มณฑิชา นงนุช นิคม มูลเมืองและวรรณภา อัครชัยวิกรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปราจีนบุรี วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 2552: 4(1): 15-28.

11. ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต ปราณปรียา โดสะสุ และศิริดา ศรีโสภา สุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี, [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก [http://guideubon.com/news/view.php?t=115&s\\_id=472&d\\_id=472](http://guideubon.com/news/view.php?t=115&s_id=472&d_id=472).

# การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย

เปรมจิต เกตษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางพลี

## บทคัดย่อ

ภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เกิดจากภาวะกระดูกพรุน และการกระแทกอย่างรุนแรงของกระดูกต้นขา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนับเป็นการรักษาที่ดีสำหรับการหักของกระดูกข้อสะโพก

ปัจจุบันโรงพยาบาลบางพลี สามารถให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียมประมาณ 10 รายต่อปี ผู้ศึกษาจึงนำกรณีศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม เปรียบเทียบ 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง กระดูกข้อสะโพกซ้ายหักมีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รับประทานยาละลายลิ่มเลือด ต้องงดยาก่อนผ่าตัด 7 วัน ขณะผ่าตัดหลังผ่าตัดดูแลประเณิน และเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดบวม เป็นต้น ทั้งตัวโรค และโรคร่วมของผู้ป่วย สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายถูกกระแทกต้นขาอย่างแรง ข้อสะโพกขวาหัก มีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูงและตับแข็ง ผู้ป่วยเอะอะโวยวาย หงุดหงิด เนื่องจากติดสุรา ดับทำงานผิดปกติ ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา การควบคุมความดันโลหิตขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติที่แผลผ่าตัด ท่อระบาย และการสังเกตสัญญาณชีพ

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายหลังผ่าตัด ได้รับการดูแล วางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นัดติดตามอาการ อีก 1 เดือน

**คำสำคัญ:** กระดูกสะโพกหัก ภาวะแทรกซ้อน ข้อสะโพกเทียม กระดูกพรุน ผู้สูงอายุ

# Nursing care of hip arthroplasty patient with comorbidities: Report of the 2 cases

Premjit Ketsa, RN, Bangphli hospital

## Abstract

Hip fracture is the common problem in elderly patient with osteoporosis. The hip arthroplasty is one of the best treatment for hip fracture in patient with comorbidities such as diabetes, dyslipidemia, cirrhosis, etc. Postoperative nursing care plan in comorbid patient should increase carefully in preoperative, perioperative, and postoperative period for patient safety and decrease postoperative complication.

In the present day, Bangphli hospital serves hip arthroplasty for 10 patients per year. We reported 2 cases of patients with comorbidity operated hip arthroplasty. First, Elderly female patient presented with hip fracture that had diabetes and dyslipidemia, take blood thinner medication. Abstain from surgery 7 days after surgery, care for complications, such as pressure ulcers, urinary tract infections, pneumonia, etc. Both disease and disease patients. Observe the symptoms closely. Second, Male patient presented with hip fracture that had hypertension and cirrhosis. Patients fret over irritability due to alcohol. Liver dysfunction Describe the patient. And the opportunity to ask patients. Patients are encouraged to cooperate in the treatment. Control of blood pressure during surgery. Postoperative bleeding should be noted for surgical wounds, drainage and vital signs. Two of them operated with hip arthroplasty with some of different nursing care planning and both of them remained safety without postoperative complication and stayed in hospital for 1 month.

**Keywords:** Hip fracture, Complication, Hip arthroplasty, Osteoporesis, Elderly

### บทนำ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากการหักของข้อสะโพก รวมทั้งการดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหว และความมั่นคงของข้อสะโพก ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลีด้วยกระดูกสะโพกหัก และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเฉลี่ยประมาณ 10 รายต่อปี ในผู้ป่วยบางรายพบว่ามีโรคร่วม เช่นโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคตับ เป็นต้น การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และมีโรคร่วม มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ ซ็อกจากการเสียเลือด ข้อสะโพกหลุด แผลกดทับ ปอดอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหลังผ่าตัด ถ้าได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเป็นระบบและต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว จะทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลโดยการซักถามผู้ป่วย และญาติ รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการเยี่ยมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลบางพลีจำนวน 2 ราย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยทั้งสองรายที่มีความแตกต่างกัน
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการให้พยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคร่วม

การวินิจฉัยในกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

#### กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 80 ปี เข้ารับการรักษา

ที่โรงพยาบาลบางพลี เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2561 ด้วยอาการ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลสิ้นลม ปวดสะโพกซ้าย ลุกเดินไม่ได้ ไม่สลบ รู้สึกตัวดี มีประวัติโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมา 20 ปี ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รักษาโดยรับประทานยา Metformin, Enalapril, HCTZ, Omeprazole, ASA gr.I ไม่เคยผ่าตัด ปฏิเสธแพ้ยา ญาตินำส่งที่โรงพยาบาลบางพลี แรกเริ่มรู้สึกตัวดี หูตึง ต้องให้เสียงในการสื่อสาร ไม่มีการตามกระดูกก่อนเข้ารับการรักษา ตรวจร่างกาย GCS: E4V5M6, pupil 3 mm. RTLBE, fully consciousness, lung: clear, Extremities: Painful limited range of motion of the hip, no foot drop, EKG: normal sinus rhythm, X-ray: CXR: normal, both hip: fracture neck Lt. Femur, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: normal, Dextrostrip 223 mg% แพทย์ตรวจรักษาให้นอนโรงพยาบาล เตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจมวลกระดูก แต่เข้าเกณฑ์ capture the fracture ไม่ได้รักษาโรคกระดูกพรุน งดยาลดไขมันเลือดก่อนผ่าตัด 7 วัน และให้ on skin traction 3 kgs

การวินิจฉัย: Closed fracture neck femur Lt

#### กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเพศชายอายุ 62 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลี เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2561 ด้วยอาการ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลถูกรถยนต์ชน ขณะผู้ป่วยขับมอเตอร์ไซด์ ปวดสะโพกขวา ลุกเดินไม่ได้ ไม่สลบ รู้สึกตัวดี มีประวัติความดันโลหิตสูงและตับแข็ง รักษาโดยรับประทานยา Atenolol 50 mg ไม่เคยผ่าตัด แพ้ยา Salfacetamide มีอาการปากบวมพอง ญาตินำส่งที่โรงพยาบาลบางพลี แรกเริ่มรู้สึกตัวดี ไม่มีการตามกระดูกก่อนเข้ารับการรักษา ตรวจร่างกาย GCS: E4V5M6, pupil 3 mm. RTLBE, fully consciousness, lung: clear, Extremities: Slightly external rotated of leg, Painful limited range of motion of the hip, no foot drop, EKG: normal sinus rhythm, X-ray: CXR: normal, both hip:

fracture neck Rt. Femur ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: การทำงานของตับผิดปกติ (LFT): Globulin 4.3 mg/dl (ค่าปกติ 2.0-3.5mg/dl), D-bilirubin 0.6mg/dl (ค่าปกติ 0-0.3 mg/dl) แพทย์ตรวจรักษา ให้นอนโรงพยาบาล เตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด และให้ on skin traction 3 kgs

การวินิจฉัย: Closed fracture neck femur Rt.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งได้จากประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็น ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาที่จะต้องดูแล จึงได้วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็น 2 ราย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

#### กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ ปอดบวม การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

- มีโอกาสเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ

- ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัว และปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียม

#### กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

- ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด

- ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมตัว และปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียม

กิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัดให้การพยาบาล ดังนี้

#### กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ ปอดบวม การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล

- ดูแลจัดท่านอน และพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย

- ดูแลให้ใช้เตียงลมตลอดระยะเวลาอนในโรงพยาบาล

- ดูแลให้ขยับตัวให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย

- ดูแลประเมินสัญญาณชีพ ตามแผนการรักษา

- กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ 6-8 แก้วต่อวัน

- ดูแลแนะนำการทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะเรื่องการขับถ่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2. มีโอกาสเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- ดูแลประเมินสัญญาณชีพ ตามแผนการรักษา

- ดูแลจัดให้ได้รับอาหาร และยาตามแผนการรักษา

- เฝ้าระวังอาการผิดปกติ เนื่องจากภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำที่สามารถเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัว และปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียม

กิจกรรมการพยาบาล

- อธิบายวิธีปฏิบัติในระยะก่อนผ่าตัด แนะนำการเตรียมตัวด้านร่างกายก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ เช่น การงดน้ำ และอาหาร การพักผ่อน การถอดเครื่องประดับ การดูแลความสะอาดของร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด

- อธิบายขั้นตอนทำผ่าตัดคร่าวๆ เช่น การจัดทำผ่าตัด ระยะเวลาการทำผ่าตัด และสภาพผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัด

- อธิบายวิธีปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการดูแลผ่าตัด การรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างกระดูก

- แนะนำการดูแลปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยมีอยู่ ร่วมกับการเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจจะเกิดตามมา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

หรือสูง ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น

### กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- แนะนำตนเองให้ผู้ป่วยและญาติทราบ แจ่มชัด ประสงค์การมาเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

- อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหัก ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์ และพักรักษาตัวอีกประมาณ 2-3 เดือน

- แนะนำให้ผู้ป่วยถามแพทย์ในเรื่องที่สงสัย เช่น ผ่าตัดแล้วกังวลว่าขาไม่เสมอกัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัว และปฏิบัติตัวก่อน-หลัง ผ่าตัดข้อสะโพกเทียม

กิจกรรมการพยาบาล

- อธิบายวิธีปฏิบัติในระยะก่อนผ่าตัด แนะนำการเตรียมตัวด้านร่างกายก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ เช่น การงดน้ำ และอาหาร การพักผ่อน การถอดเครื่องประดับ การดูแลความสะอาดของร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด

- อธิบายขั้นตอนทำผ่าตัดคร่าวๆ เช่น การจัดทำผ่าตัด ระยะเวลาก่อนผ่าตัด และสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

- อธิบายวิธีปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการดูแลผ่าตัด การรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างกระดูก

- แนะนำการดูแลปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยมีอยู่ ร่วมกับการเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจจะเกิดตามมา เช่น ภาวะเลือดออกง่าย ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในระยะผ่าตัด ข้อสะโพกเทียม

### กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการจัดทำผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัด

- มีโอกาสเกิดสิ่งตกค้างจากการผ่าตัด

- มีโอกาสเกิดอันตรายต่อเป้าสะโพก และเส้นเลือดฉีกขาดขณะผ่าตัด

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการจัดทำผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัด

- มีโอกาสเสียเลือดมากขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล ในระยะผ่าตัดให้การพยาบาล ดังนี้

### กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการจัดทำผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนจัดทำ ชุดอุปกรณ์ด้านหน้า-ด้านหลัง

- ใช้เชือกหรือสายรัด เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง

- ใช้เจลนุ่น รองรับบริเวณศีรษะ หลัง บั้นเอว เพื่อป้องกันการกดทับของกล้ามเนื้อ และเส้นประสาท ปุ่มกระดูกต่างๆ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2. มีโอกาสเกิดสิ่งตกค้างจากการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- ก่อนปฏิบัติการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องตรวจนับเครื่องมือ ผ้าก๊อซ ผ้าซับโลहित ร่วมกับผู้ช่วยรอบนอก ลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

- ก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ตรวจนับอุปกรณ์กับผู้ช่วยรอบนอกให้ครบถ้วน และขานให้แพทย์รับทราบร่วมกัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3. มีโอกาสเกิดอันตรายต่อเป้าสะโพก และเส้นเลือดฉีกขาดขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน เพื่อให้ผ่าตัดรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

- พยาบาลช่วยผ่าตัดต้องระมัดระวังในการส่งเครื่องมือ และช่วยดึงแผลด้วยความนุ่มนวล

- ประเมินการสูญเสียเลือด ขณะผ่าตัดของ

วิสัญญีหากเลือดออกมากผิดปกติต้องแจ้งคัลยแพทย์

#### กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการจัดทำผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนจัดทำ ชุดอุปกรณ์ดันด้านหน้า-ด้านหลัง

- ใช้เชือกหรือสายรัด เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง

- ใช้เจลนุ่น รองรับบริเวณศีรษะ หลัง บั้นเอว เพื่อป้องกันการกดทับของกล้ามเนื้อ และเส้นประสาท ปุ่มกระดูกต่างๆ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2. มีโอกาสเสียเลือดมากขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมิน และมีการวัดสัญญาณชีพ จำนวน ปัสสาวะทุก 1 ชม.

- ประเมินการสูญเสียเลือด ขณะผ่าตัดจากขวดดูดสารคัดหลั่ง และผ้าซับโลหิต

- เตรียมเครื่องจี้ไฟฟ้าห้ามเลือด ให้พร้อมขณะผ่าตัด

- ตรวจสอบความพร้อมการจ้องเลือด pack red cell 1 ถุง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในระยะหลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียม

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

- เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

- ไม่สุขสบายเนื่องจากคลื่นไส้ อาเจียน

- มีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อน หรือหลุดไปด้านหลัง หรืออุบัติเหตุซ้ำซ้อน

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

- มีสภาวะเครียด

- มีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อน หรือหลุดไปด้านหลัง

กิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังผ่าตัดให้การพยาบาล ดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินสภาวะความเจ็บปวด (pain score)

- จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย พลิกตะแคงตัวให้นอนหนีบหมอนสามเหลี่ยมช่วย support ลดอาการปวดแผล

- แนะนำการผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้าออกลึกๆทางปาก เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินภาวะการติดเชื้อแผลผ่าตัด สังเกตลักษณะบาดแผล บวมแดง และมี discharge ชี้ออกจากแผล

- ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

- ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์

- แนะนำการดูแลบาดแผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากคลื่นไส้ อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการซักถามและ สังเกตอาการวัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกาย

- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า อาจเป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด ของยาระงับปวด

- จัดทำให้นอนราบ หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อระบายอาเจียนออกได้ดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4. มีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อน หรือหลุดไปด้านหลัง

กิจกรรมการพยาบาล

- แนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอก และเข้าในมากเกินไป

- จัดท่านอนราบหัวสูง 30 องศาที่ฝ่าออก

150-300 โดยใช้หมอนสามเหลี่ยมวางระหว่างขาทั้งสองข้าง

ดูแลช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวให้กับผู้ป่วย  
กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินสภาวะความเจ็บปวด (pain score)
- จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย พลิกตะแคงตัวให้นอนหนีบหมอนสามเหลี่ยมช่วย support ลด

- อาการปวดแผล

- แนะนำการผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้าออกลึกๆทางปาก เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2. มีสภาวะเครียด

กิจกรรมการพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยและญาติ
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ตามความเหมาะสม และความต้องการของผู้ป่วย

- ดูแลด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติ

กิจกรรมทางศาสนา เพื่อหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3. มีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อน หรือหลุดไปด้านหลัง

กิจกรรมการพยาบาล

- แนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอก และเข้าในมากเกินไป

- จัดทำนอนราบหัวสูง 30 องศาที่ฝ่าออก

150-300 โดยใช้หมอนสามเหลี่ยมวางระหว่างขาทั้งสองข้าง

- ดูแลช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวให้กับผู้ป่วย

### สรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 มาด้วยอาการลิ้นล้ม ปวดสะโพกซ้าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง X-ray พบ fracture neck Lt. Femur วินิจฉัย

โรค Closed fracture neck femur Lt ผู้ป่วยมีโรคร่วมปัญหาความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาโดยให้ยาลดไขมันเลือดอยู่เดิม จึงจำเป็นต้องนอนรักษาตัวนานมากขึ้น เนื่องจากต้องงดยาลดไขมันเลือดก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะเสี่ยงหลายอย่าง เด่น คือ ฝ้าระวังจากการงดยาลดไขมันเลือด ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด อายุ การสื่อสาร เป็นต้น ดำเนินการผ่าตัด ดูแลประเมิน และฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งตัวโรค และโรคร่วมของผู้ป่วย สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด วางแผนการ พยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นัดติดตามอาการ อีก 1 เดือน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการถูกรถยนต์ชนขณะผู้ป่วยขับมอเตอร์ไซด์ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง X-ray พบ fracture neck Rt. Femur วินิจฉัยโรค Closed fracture neck femur Rt. ผู้ป่วยมีโรคร่วมปัญหาความดันโลหิตสูง และตับแข็ง ได้รับการรักษาโดยผ่าตัด ดูแลประเมิน และฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งตัวโรค และโรคร่วมของ วางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นัดติดตามอาการ อีก 1 เดือน

การให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมดังกล่าวต้องเพิ่มความระมัดระวังในการดูแล ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย โดยให้ผู้ป่วย และญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแล

### เอกสารอ้างอิง

1. จอมศรี โพธิสาร. ภาวะหลอดเลือดดำลึกลงตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก. ประเด็นท้าทายในการป้องกัน. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย; 2554; 16(1), 513.

2. ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2550.

3. นางเยาว์ สมพิทยานุรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร; โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.

4. นันทา ชวีญดี. การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย; (2556);18(2), 73-83.

5. บวรฤทธิ จักรไพวงศ์ และคณะ. การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2556.

6. วรณิ สัตยวิวัฒน์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ : เอ็นพี เพรส, 2551.

7. วราภรณ์ ตุ่มทอง. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554, 16(2), หน้า 62-74.

8. วิชระ วิไลรัตน์ และคณะ. บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์ข้อสะโพกและข้อเข่าเทียม. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2559.

9. สุจิตรา ลีมนานวยลาก และชวนพิศ ทำนอง, การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2559.

## ผู้สูงอายุในสังคมสารสนเทศ

ชลกร ทรงศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรธานี  
ภณทิรชา เฟื่องทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรธานี  
ทรงสุดา หมื่นไธสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอนแก่น

### บทคัดย่อ

ความเจริญก้าวหน้าของโลกปัจจุบันที่กลายเป็นสังคมสารสนเทศควบคู่ไปกับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ เทคโนโลยีสารสนเทศมีความเกี่ยวข้องและจำเป็นสำหรับทุกคนรวมถึงผู้สูงอายุและเกี่ยวข้องไปตลอดชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ ซึ่งผู้สูงอายุในปัจจุบันมีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่ดีและมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ดังนั้นการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีและมีโอกาสเข้าถึงและใช้ประโยชน์สารสนเทศได้โดยเท่าเทียม การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเป็นผู้สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, สารสนเทศ

## Older Adults in Information Society

Chonlakarn Songsri, Ph.D, Senior Professional Level, Boromarajonani college of nursing, Udonthani  
Panthiracha Fuongtong, Mns., Senior Professional Level, Boromarajonani college of nursing, Udonthani  
Songsuda Muenthaisong Mns., Professional Level, Boromarajonani college of nursing, Khon khaen

### Abstract

Currently, Increase of the world has been witnessing the society of adopting accelerate information technology alongside the remarkable increase in longevity. Information society involving with new technology is emerged to be an essential and inevitable community for every generation including older adults. In information society, being able to utilize new technology is amongst the most powerful ability for older adults in particular as they could surf through numerous useful information and adapt it for keeping healthy, independent and longer life expectancy. Therefore, knowledge and ability to access through information in older adults should take into account no less than other younger generations. Promoting older adults to maximize the potential of technology would provide opportunities for this population, for example, to assist them in facilitating independent and maintaining their quality of life. Such ability is also a lifelong learning - an essential ability.

**Keywords:** Older adults, Information society

## บทนำ

จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนผู้สูงอายุในประเทศเพิ่มขึ้นเรื่อยๆพบประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีจำนวนมากถึงร้อยละ 15 หรือราว 10 ล้านคน จนทำให้โลกปัจจุบันกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ นอกจากนั้นแล้วความเจริญของสังคมปัจจุบันยังเป็นสังคมสารสนเทศและยังเป็นสังคมผู้สูงอายุควบคู่ไปด้วยกัน<sup>1</sup> โดยที่เราไม่อาจหลีกเลี่ยงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ ซึ่งในปัจจุบันคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตมีพลังในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก<sup>2</sup> ดังนั้นการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีใหม่จึงจำเป็นสำหรับคนทุกวัยอย่างไรก็ตามยังพบว่าปัจจุบันผู้สูงอายุยังมีความเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสารสนเทศน้อยกว่าคนกลุ่มอายุอื่น โดยที่ในสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 21.0 ที่มีคอมพิวเตอร์เป็นของตนเอง และมีเพียงร้อยละ 8.8 ที่คอมพิวเตอร์สามารถเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตได้ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้รู้คอมพิวเตอร์ (Computer literate) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการเรียนรู้และเข้าถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศน้อยกว่าคนกลุ่มอายุอื่นๆ ทั้งนี้สืบเนื่องจากผู้สูงอายุปัจจุบันเป็นผู้ที่เกิดและเติบโตมาก่อนที่จะมีเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ จึงไม่มีโอกาสสัมผัสกับเทคโนโลยีนี้ทั้งในสถาบันการศึกษาและที่ทำงาน และในสภาพที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดหลายประการ อาทิ สภาพทางร่างกายและจิตใจ สภาพเศรษฐกิจ บทบาทและหน้าที่ต่อครอบครัวและสังคม ขณะเดียวกันถึงแม้อายุจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ กล่าวคือ ยิ่งอายุมาก โอกาสในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศน่าจะน้อยลง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี และมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้นกว่าคนรุ่นก่อน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีมีโอกาสเข้าถึงและใช้ประโยชน์สารสนเทศได้โดยเท่าเทียมกับบุคคลวัยอื่นๆ ซึ่งเทคโนโลยีสารสนเทศจะช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต นอกจากนี้ ยังช่วยให้สังคมเป็นสังคมสารสนเทศที่สมบูรณ์และลดความเหลื่อมล้ำทาง

สารสนเทศด้วย (digital divide)

### 1. ผู้สูงอายุกับสังคมอนาคต

ในปัจจุบันประชากรสูงอายุมีการเจริญเติบโตเร็วกว่าประชากรทั้งหมดและในทุกภูมิภาคของโลก โดยจำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบันเพิ่มขึ้นจากเมื่อ 50 ปี ที่ผ่านมาถึง 3 เท่า และจะเพิ่มขึ้นอีก 3 เท่าใน 50 ปีข้างหน้า ในปี 2040 คาดว่าประชากรโลกที่เป็นผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 พันล้านคน คือเพิ่มจากร้อยละ 11.0 เป็นร้อยละ 22.0 โดยประชากรกลุ่มนี้ได้เพิ่มขึ้น 10.4 ล้านคน ตั้งแต่ปี 2007 เฉลี่ยเพิ่มขึ้นวันละ 30,000 คน ซึ่งไม่เคยปรากฏมาก่อนในประวัติศาสตร์ของมนุษยย์<sup>3</sup> นอกจากนี้ ประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ได้เพิ่มสูงขึ้นด้วย ดังเช่น ในปี 2010 ประเทศญี่ปุ่นและเยอรมันมีประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี จำนวนร้อยละ 23.2 และร้อยละ 20.7 เป็นต้น ในด้านความยืนยาวของอายุ ยังพบว่าแนวโน้มของประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้นด้วย ซึ่งอายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกทั้งสองเพศ คือ 70 ปี และเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 68 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 72 ปี นอกจากนี้ ยังพบว่า ประชากรหลายประเทศในทวีปเอเชียมีอายุขัยที่สูงกว่าประเทศอื่นๆ อาทิ ประเทศสิงคโปร์ อายุขัยเฉลี่ยของทั้งสองเพศ คือ 81 ปี โดยเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 75 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 84 ปี ประเทศเกาหลีใต้ อายุขัยเฉลี่ยของทั้งสองเพศ คือ 81 ปี โดยเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 77 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 84 ปี ประเทศญี่ปุ่นและฮ่องกง มีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเท่ากัน คือ อายุขัยเฉลี่ยของทั้งสองเพศคือ 83 ปี โดยเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 80 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 86 ปี เป็นต้น นอกจากนี้ การคาดการณ์ว่า ประชากรผู้สูงอายุในอนาคตจะแตกต่างจากผู้สูงอายุในทศวรรษที่ผ่านมา กล่าวคือ จะเป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่ดีกว่า มีสุขภาพที่ดีกว่า เป็นผู้รู้ทางวัฒนธรรม (culturally literate) มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่กระฉับกระเฉงกว่า เป็นผู้บริโภคฉลาดมากขึ้น และที่สำคัญคือ จะเผชิญกับความเจริญเติบโต ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และความท้าทายอย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีการเริ่มปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีที่ทันสมัย แม้ผู้สูงอายุจะเริ่มปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ แต่ก็ยังเป็นส่วนน้อย ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากยังไม่สนใจเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ความยากในการใช้งานและผู้สูงอายุไม่มีประสบการณ์หรือมีประสบการณ์น้อยอีกทั้งเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มีก้าวหน้าเร็วมาก ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังล่าช้าและขาดทักษะการรู้คอมพิวเตอร์ยากที่จะติดตามความก้าวหน้าได้ทัน

## 2. สังคมเทคโนโลยีสารสนเทศ

โลกปัจจุบันเป็นยุคเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งคอมพิวเตอร์ได้สร้าง “ยุคแห่งข้อมูล” ขึ้นและได้เปลี่ยนแปลงสังคมในทุกด้าน<sup>1</sup> คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตได้ให้ประโยชน์อย่างมากสำหรับชีวิตสมัยใหม่ และยังก่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงอย่างมากต่อชีวิตและสังคม อาทิ วิธีการทำงาน การสื่อสาร การใช้เวลาและความสามารถในการเชื่อมต่อกับทุกแห่งทั่วโลก ซึ่งช่วยให้ผู้คนจากทั่วโลกสามารถแบ่งปันแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ และประสบการณ์ในสาขาต่างๆ ได้สะดวก นอกจากนี้ เทคโนโลยีสารสนเทศยังเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ที่สำคัญโดยช่วยให้การเรียนรู้มีความยืดหยุ่นและความสะดวกมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับโลกได้โดยง่าย อีกทั้งเป็นวิธีการให้การศึกษามีคุณภาพและเป็นวิธีที่ก้าวหน้าและก่อนให้เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้อย่างมากมายและกว้างขวาง<sup>4</sup> อาจกล่าวได้ว่า ไม่มีพื้นที่ส่วนใดในชีวิตของเราที่ไม่ได้รับผลกระทบจากคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์จึงกลายเป็นอุปกรณ์ที่สำคัญของครัวเรือน ซึ่งจำนวนครัวเรือนที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์และใช้อินเทอร์เน็ตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตถึง 2,095,006,005 คน คิดเป็นร้อยละ 30.2 ของประชากรโลก และในช่วงปี 2000-2011 อัตราการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 480.4 สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมากถึงร้อยละ 51.7 ของประชากรทั้งประเทศ ส่วนในเอเชีย ซึ่งมีประชากรทั้งสิ้น 3,879,740,877 คน มีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ต

932,393,209 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 ของประชากรสำหรับประเทศไทยซึ่งมีประชากรทั้งสิ้น 66,720,153 คน มีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ต 18,310,000 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4<sup>5</sup> จากสถิติดังกล่าวจึงทำให้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในสังคมสารสนเทศ

## 3. สังคมเทคโนโลยีกับผู้สูงอายุ

ในยุคหลอมรวมเทคโนโลยีนี้พบว่าโลกในภาพรวมกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุพร้อมๆ กับพัฒนาการทางด้านเทคโนโลยีสู่ยุคแห่งการหลอมรวมเทคโนโลยี (Convergence) และที่สำคัญในปัจจุบันและในอนาคตทุกอย่างจะเป็น Internet of Things คือทุกอย่างจะต้องเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตทั้งหมด แม้ที่ผ่านมามีการยอมรับการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตแก่ผู้สูงอายุ เช่น การใช้อีเมล การใช้ Facebook ฯลฯ แลผู้สูงอายุพร้อมที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่อยู่รอบตัว แต่หน่วยงานต่างๆ ที่พร้อมจัดอบรมให้กับผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอ ในขณะที่ศูนย์การเรียนรู้หรือบริการอินเทอร์เน็ตตามชุมชนต่างๆ ที่หน่วยงานภาครัฐจัดตั้งขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังไม่กล้าที่จะเข้าไปใช้บริการ นอกจากนี้ ความแตกต่างทางเศรษฐกิจได้ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้สูงอายุในเมืองกับผู้สูงอายุในชนบท ผู้สูงอายุในเมืองจะมีความรู้มีการศึกษา มีรายได้พอที่จะซื้อหาสมาร์ตโฟน แท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ แต่ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทส่วนใหญ่จะไม่มีรายได้พอที่จะซื้อหาเช่นนั้นได้ รวมถึงขาดความรู้ในการเข้าถึง การเรียนรู้ การใช้สื่อต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง ดังนั้น การเข้าถึงของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีกลไกสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในการจัดหาสมาร์ตโฟน แท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ฟรีหรือในราคาถูก ควรมีการพัฒนาซอฟต์แวร์ แอปพลิเคชัน เนื้อหาสาระของรายการวิทยุ โทรทัศน์ เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่างๆ ที่เหมาะสม เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ เข้าใจได้ง่าย นอกจากนี้ควรมีการจำแนกเทคโนโลยีให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลด้วย

รวมทั้งความสามารถในการควบคุมการกำกับ ไม่ให้มีการหลอกลวงจากโฆษณาชวนเชื่อทั้งหลาย ที่เอาเปรียบผู้บริโภคที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่อาจจะหลงเชื่อได้ง่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ในยุคหลอมรวมเทคโนโลยีบางหน่วยงานมีการสนับสนุนผู้สูงอายุในเรื่องของอุปกรณ์ไอที เช่น การสนับสนุนการจัดหาสมาร์ตโฟน แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ฯ โดยอาจตั้งเป็นกองทุนขึ้นมาสสนับสนุนการฝึกอบรมการใช้งานแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าไปเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากศูนย์การเรียนรู้ไอซีทีชุมชน หรือศูนย์อินเทอร์เน็ตชุมชนให้มากขึ้น ประเด็นต่อมาก็คือการพัฒนาผู้สูงอายุให้รู้เท่าทันสื่อไม่ให้โดนหลอกลวงผ่านทางเว็บไซต์ เครือข่ายสังคมออนไลน์ รายการวิทยุ โทรทัศน์ แต่บางครั้งการหลอมรวมเทคโนโลยีการนำแอปพลิเคชันต่างๆ มาไว้รวมกันจึงเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุบางท่านจะได้รับการแนะนำและสามารถใช้งานได้ แต่ในภาพรวมซอฟต์แวร์ แอปพลิเคชัน หรือเนื้อหาต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุยังมีค่น้อย ดังนั้นควรมีการพัฒนาเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้มากขึ้น เช่น มีแอปพลิเคชัน ช่องรายการโทรทัศน์ธรรมะ สุขภาพ อาหาร การเรียนรู้ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสังคมผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้ก็จะเป็นช่วยให้ท่านมีความสุขจากการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนฝูง รวมถึงการใช้งานแอปพลิเคชันต่างๆ ในการติดต่อสื่อสารและติดตามข่าวสาร ดังนั้น ควรมีการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับสมาร์ตโฟน แท็บเล็ต สำหรับผู้สูงอายุให้มีความง่ายต่อการใช้งาน เช่น กดปุ่มเดียวก็สามารถโทรหาลูกหลาน เรียกรถพยาบาล หรือขอความช่วยเหลือต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว

#### 4. ความสำคัญของเทคโนโลยีต่อผู้สูงอายุ

การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตในผู้สูงอายุนั้นในอดีต ผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มที่ใช้สื่อมวลชนสูง โดยผู้สูงอายุจะใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อการดูโทรทัศน์มากกว่าการอ่านหนังสือพิมพ์ และถือว่าเป็นกลุ่มที่ดูโทรทัศน์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในปัจจุบัน แม้

ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่กำลังเติบโต แต่ก็ยังเป็นกลุ่มที่เข้าถึงและใช้คอมพิวเตอร์น้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่ง Selwyn, Gorard, Furlong and Madden<sup>2</sup> ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพียงกลุ่มน้อยที่มีกิจกรรมการใช้คอมพิวเตอร์นอกจากนี้ การใช้คอมพิวเตอร์ยังมีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ สถานะสุขภาพการสมรส และพื้นฐานการศึกษาอีกด้วย และพบว่าผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่เข้าถึงแหล่งข้อมูลออนไลน์มีเพียงร้อยละ 31.0 เท่านั้น ทั้งที่อินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ สำหรับเหตุผลที่ผู้สูงอายุใช้คอมพิวเตอร์แตกต่างกัน อาทิ Selwyn (2004)<sup>1</sup> พบว่าผู้สูงอายุบางคนต้องการให้ตัวเองมีความเท่าทันกับเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ ส่วนบางคนมองถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีนี้ต่อตนเองในอนาคต โดยเทคโนโลยีจะทำให้มีความเป็นอิสระ สามารถพึ่งตนเองได้ แม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวจะไม่คล่องตัวในอนาคต อันเนื่องจากอายุที่สูงขึ้น แต่ก็สามารถซื้อสินค้าผ่านระบบออนไลน์ หรือทำธุรกรรมการเงินกับธนาคารได้ เป็นต้น ส่วนลักษณะการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ พบว่า มีความแตกต่างกันเช่นเดียวกับกลุ่มอายุอื่น เนื่องจากความสนใจ ความสามารถ ประสบการณ์ และเงื่อนไขเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลการศึกษาผู้สูงอายุที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีข้อสรุปบางประการคือ เป็นผู้สูงอายุที่แต่งงานแล้ว เป็นผู้มีการศึกษาสูง เป็นผู้ที่มิรายได้สูงหลังการเกษียณอายุ เป็นผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นของตนเอง และผู้สูงอายุเพศชายใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่าเพศหญิง

ส่วนในแง่วัตถุประสงค์การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต พบว่า ผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์การใช้ที่แตกต่างกัน ซึ่งสรุปได้ดังนี้ 1) เพื่อติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ญาติ และเพื่อนด้วยจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ 2) เพื่อเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศต่างๆ ที่สนใจ เช่น สภาพภูมิอากาศ ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางท่องเที่ยว และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ เป็นต้น 3) เพื่อซื้อสินค้าออนไลน์และการ

ประมูลสินค้า 4) เพื่อความบันเทิง เช่น เล่นเกม  
5) เพื่อการศึกษาและค้นคว้าวิจัยในประเด็นต่างๆ  
6) เพื่อพิมพ์งาน 7) เพื่อจัดเกี่ยวกับการเงิน เช่น บันทึก  
รายงานการเงินภายในครอบครัว และ 8) เพื่อประโยชน์  
ในด้านการสังคม เช่น การทำงานอาสาสมัครให้กับ  
หน่วยงานต่างๆ การเรียนรู้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และ  
อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ<sup>6,7,8</sup>

สำหรับเหตุผลในการเรียนรู้คอมพิวเตอร์ของ  
ผู้สูงอายุมีหลายประการ อาทิ เพื่อการเรียนรู้ตลอด  
ชีวิตเพื่อพัฒนาความจำให้ดีขึ้นและเป็นสิ่งท้าทาย เพื่อ  
การดูแลสุขภาพ เพื่อการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์  
ทางสังคม และเพื่อการทำธุรกิจ ส่วนรูปแบบการเรียนรู้  
นั้น พบว่า ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ในหลายรูปแบบ อาทิ  
การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากที่ทำงาน การไป  
เข้าชั้นเรียน และการเรียนรู้จากเพื่อนและญาติพี่น้อง  
เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าการเรียนรู้  
การใช้คอมพิวเตอร์โดยการเรียนสอนเป็นรายบุคคล  
จะให้ผลมากกว่าการเรียนรู้จากเอกสารคู่มือด้วย  
ตนเอง ส่วนการเรียนการสอนและการให้คำแนะนำ  
ต้องค่อยเป็นค่อยไป และสอนไปที่ละขั้นตอนเนื่องจาก  
ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านสายตาและการเคลื่อนไหวมือ  
(Saunders, 2004) ในการพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยี  
สารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง  
เข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงและข้อจำกัดต่างๆ  
ของผู้สูงอายุแม้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้  
และมีความเต็มใจในการเรียนรู้ แต่ผู้สูงอายุก็มีข้อ  
จำกัดในการเรียนรู้เทคโนโลยีหลายประการ<sup>9,10,11</sup> ดังนี้

1)ทัศนคติต่อเทคโนโลยีและการต่อต้านการ  
เปลี่ยนแปลง ด้วยยังมีความเชื่อว่าคอมพิวเตอร์เป็น  
เรื่องของคนหนุ่มสาวเท่านั้น และคิดว่า ตนเองแก่เกิน  
ที่จะเรียนรู้ดังกล่าวที่ว่า “เราไม่สามารถสอนเทคนิค  
ใหม่ๆ ให้กับสุนัขแก่ได้ (You can't teach an old  
dog new tricks) กล่าวว่าคุณเองไม่มีความสามารถใน  
การเรียนรู้ทักษะคอมพิวเตอร์ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็น  
ผู้ที่เกิดและเติบโตมาก่อนที่จะมีเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์  
ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงไม่มีโอกาสสัมผัสกับเทคโนโลยีนี้ทั้ง  
ในโรงเรียนและที่ทำงาน ดังนั้น จึงไม่กล้าที่จะเรียน  
และรู้สึกลำบากใจในการเรียน กลัวการฝึกอบรม กลัว

ว่าจะทำผิด มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ และมีทัศนคติ  
ในเชิงลบต่อเทคโนโลยี

2) สภาพทางกายภาพของผู้สูงอายุที่เสื่อมลง  
 อาทิ ด้านการมองเห็น การได้ยิน ความไม่คล่องแคล่ว  
ว่องไวในการเคลื่อนไหวมือ เวลาในการตอบสนองช้า  
ความเจ็บป่วยและโรคประจำตัว และรวมถึงความจำ  
คือการสูญเสียความจำระยะสั้น ซึ่งเป็นอุปสรรคของผู้  
สูงอายุส่วนใหญ่

3) ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ  
ของคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต จากการที่ผู้สูงอายุ  
มีชีวิตอยู่ยาวนานโดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับคอมพิวเตอร์  
และอินเทอร์เน็ต และการที่มีโอกาสน้อยที่จะได้รับ  
รู้ถึงความสำคัญของเทคโนโลยีสารสนเทศต่อการ  
ดำรงชีวิตจึงทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากมองไม่เห็น  
ว่าเทคโนโลยีสารสนเทศมีความเกี่ยวข้องและเป็นสิ่ง  
จำเป็น ดังนั้นจึงต้องช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึง  
ประโยชน์ของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างแท้จริง

4) ความสามารถทางภาษาและการรู้หนังสือ  
เนื่องจากบริการต่างๆ จำนวนมากและภาษาที่ใช้ใน  
คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเป็นภาษาอังกฤษ ดังนั้น  
จึงเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้และใช้เทคโนโลยี  
สารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานการศึกษาต่ำ

ในศตวรรษนี้ เทคโนโลยีเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่  
อาจละเลยหรือไม่ใส่ใจได้ เนื่องจากเทคโนโลยีได้เข้าไป  
แทรกในทุกส่วนของชีวิตและเทคโนโลยียังถือว่าเป็น  
เรื่องสากลอีกด้วย

ด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพช่วยปรับปรุง  
และส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยแก้ปัญหา โดยจะ  
ช่วยให้สามารถเข้าถึงสารสนเทศได้รวดเร็วและได้ง่าย  
ยิ่งขึ้น อาทิ สารสนเทศด้านการดูแลสุขภาพ เป็นต้น  
ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่ใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตจะ  
ไม่ได้ใช้ทรัพยากรสารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
เฉกเช่นกับผู้ที่มีโอกาสใช้ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี  
ความรู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้ทั้งพา  
ผู้อื่นน้อยลง และการที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพ  
ได้ด้วยตนเองอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุ  
มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของ  
ครอบครัวและรัฐในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอีกด้วย อีก

ทั้งเป็นการให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายได้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วย ตนเอง เช่น การสื่อสาร การใช้บริการต่างๆ ของรัฐ กิจกรรมพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ ความบันเทิง และบริการอื่นๆ เป็นต้นช่วยในการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้สูงอายุโดยการเคลื่อนไหวมือในขณะที่ทำงานกับแป้นพิมพ์และเมาส์ ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงรักษารูปแบบการดำรงชีวิตเป็นอิสระ เป็นเครื่องมือเพื่อชดเชยความเสื่อมสภาพของร่างกาย และเงื่อนงำ ไชทางสังคม

ด้านการเรียนรู้ ช่วยกระตุ้นความสามารถในการคิดการเรียนรู้ การอ่านและการทำความเข้าใจกับสิ่งที่อ่าน ความจำ และชะลออาการภาวะสมองเสื่อม ช่วยให้เป็นผู้ที่มีความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิต และเป็นการขยายโอกาสในการศึกษาและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ช่วยให้มองเห็นถึงคุณค่าและประโยชน์ของการใช้คอมพิวเตอร์

ด้านการติดต่อสื่อสารและสังคมช่วยอำนวยความสะดวกในการสื่อสารสามารถติดต่อสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ ที่อยู่ห่างไกลได้สะดวกและดีขึ้น เช่น โดยการใช้จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และการที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยมีโอกาสติดต่อกับโลกภายนอกใหม่อีกครั้งนั้น ช่วยให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน และยังเป็นวิธีการเชื่อมช่องว่างระหว่างวัยอีกด้วย ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าต่อสังคม เพิ่มระดับการทำกิจกรรมเพื่อสังคมความเกี่ยวข้องกับชุมชน และความเป็นพลเมืองที่ดีและที่กระตือรือร้น

ด้านจิตวิทยาและสุขภาพจิตช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจตนเองและสังคมช่วยลดความรู้สึกเหงา หดหู่ และอาการซึมเศร้าลง และเพิ่มความมั่นใจในตนเองมากขึ้นเนื่องจากมีเพื่อนและติดต่อกับเพื่อนบนอินเทอร์เน็ต จะช่วยให้มีจิตใจกระปรี้กระเปร่าขึ้น ซึ่งอาจทำให้ลืมความเจ็บปวดจากการป่วยไข้ และรวมถึงการคิดฆ่าตัวตาย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจส่งเสริมความมีอำนาจ และความเป็นตัวของตัวเอง

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเรียนรู้และการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ

5.1 ลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และโครงสร้างของครอบครัว เป็นต้น ซึ่ง Adler<sup>12</sup> ได้ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความพึงพอใจในการใช้อินเทอร์เน็ต และพบว่า ผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่เป็นคนผิวดำ มีการศึกษาดี และมีรายได้สูงจะเป็นผู้เข้าใช้ระบบออนไลน์ เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่จะไม่หลีกเลี่ยงการใช้เทคโนโลยี เพียงแต่จะมีความรู้สึกว่าการใช้งานมีความสะดวกน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า<sup>2</sup>

5.2 สภาพร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยเฉพาะความเสื่อมสภาพทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลต่อความสามารถของประสาทสัมผัสต่างๆ และความสามารถทางสมองด้วย อาทิ การเป็นต้อหิน และความผิดปกติอื่นๆ ทางสายตา เป็นต้น<sup>12</sup>

5.3 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 40.0 ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อทำธุรกรรมทางธุรกิจ และผู้สูงอายุผู้หญิงมีความมั่นใจน้อยกว่าผู้ชาย และยิ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมีความสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของตนเองน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า<sup>8</sup>

5.4 การส่งเสริมสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิด การกระตุ้นการให้กำลังใจ และการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวลูกหลาน หรือเพื่อนๆ มีส่วนส่งเสริมการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ เช่น จัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์มาให้ใช้

5.5 โอกาสในการสัมผัสกับเทคโนโลยี ผู้สูงอายุมีโอกาสในการสัมผัสกับเทคโนโลยีใหม่น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศน้อยกว่าบุคคลกลุ่มอื่นด้วย ดังจะเห็นว่า มีผู้สูงอายุบางส่วนเชื่อว่าคอมพิวเตอร์ไม่ได้เพิ่มอะไรให้ในการดำรงชีวิตประจำวัน และการใช้คอมพิวเตอร์ไม่ใช่กิจกรรมที่น่าตื่นเต้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ทราบชัดเจนว่าจะสามารถทำอะไรกับคอมพิวเตอร์ได้บ้างและยังกลัวว่าจะทำคอมพิวเตอร์เสียหายอีกด้วย<sup>9</sup>

5.6 สภาพเศรษฐกิจและการมีรายได้ที่จำกัด ค่าใช้จ่ายถือว่าเป็นปัจจัยของการใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุบางส่วนมองว่าการมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตที่สิ่งพิมพ์และสื่อผู้สูงอายุบางส่วนอาจจะไม่มีเงินเพียงพอในการซื้อคอมพิวเตอร์เป็นของตนเอง อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุหลายคนมีคอมพิวเตอร์ใช้ เพราะลูกหลานนำเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้แล้วมาให้ นอกจากนี้ในหลายพื้นที่ การเข้าถึงคอมพิวเตอร์ที่เป็นสาธารณะยังมีข้อจำกัดอย่างมาก

5.7 อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และซอฟต์แวร์ผู้ผลิตไม่ได้ออกแบบอุปกรณ์และซอฟต์แวร์ให้เหมาะสมกับผู้ใช้ที่ผู้สูงอายุ อาทิ ปุ่มกดต่างๆ ปลิ๊กสำหรับเชื่อมต่อกับอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องซึ่งส่วนใหญ่จะมีที่ขนาดเล็กมากเป็นต้น ซึ่งยากสำหรับผู้สูงอายุในการมองเห็นและการใช้งาน นอกจากนี้ยังรวมถึงการออกแบบเว็บไซต์ด้วยปกติเว็บไซต์ที่มีอยู่ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกแบบโดยคำนึงถึงผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เพิ่งเริ่มต้นเรียนรู้การใช้อินเทอร์เน็ตและผู้ที่มีปัญหาด้านสายตา ความจำ และปัญหาการเคลื่อนไหว<sup>7</sup>

6. รูปแบบการจัดการเรียนรู้การใช้คอมพิวเตอร์สำหรับผู้สูงอายุ

เพื่อการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร แบ่งรายองค์ประกอบของรูปแบบ ดังนี้

6.1 องค์ประกอบของการรับข้อมูล (Information Receiving) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ที่ถูกเรียกว่าไซเบอร์ ซึ่งประกอบด้วยสืบค้น สานต่อ สะสม สม่ครสอนและสานสัมพันธ์ มีความสอดคล้องกับการเรียนรู้เท่าทัน

6.2 องค์ประกอบของการหยุดคิด (Stop Thinking) หมายถึงการหยุดคิดเพื่อไตร่ตรองข้อมูลที่ได้รับมากโดยใช้หลักการ 5 ส ซึ่งประกอบด้วย13 สมจริง สร้างประโยชน์ สำคัญ สร้างสรรค์ และสุขภาพ มีความสอดคล้องกับการเรียนรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร องค์ประกอบการประเมินโดยองค์ประกอบ 5 ส มีความสอดคล้องกับหลักคิดเป็นซึ่ง สมจริงตรงกับการเข้าใจในหลักวิชาการสำคัญ

สร้างประโยชน์ ตรงกับการเข้าใจตนเอง สร้างสรรค์สุขภาพ ตรงกับการเข้าใจต่อสังคมและผู้อื่น

6.3 องค์ประกอบของการปฏิบัติ (Acting) หมายถึง พฤติกรรมหลักของผู้สูงอายุในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆหลังจากได้ใช้หลัก 5ส. ในการประเมินข้อมูลซึ่งมีรายละเอียดพฤติกรรมใหม่ในเรื่องของ การสืบค้น สานต่อ สะสม สม่ครสอนและสานสัมพันธ์ มีความสอดคล้องกับการเรียนรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ใน 4 องค์ประกอบคือ การเข้าถึง การจัดการ การรวบรวม และการสร้าง

6.4 รูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยเพื่อการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ควรเริ่มต้นฝึกฝนจากในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด โดยการสร้างความถี่ในการใช้รูปแบบดังกล่าวเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการสรุปผลการวิจัยประเด็นด้านเทคนิควิธีการสื่อสารเรื่องสุขภาพกับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว ที่ประกอบด้วย

6.4.1 ด้านสภาวะจิตใจ เกิดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันแบบสม่ำเสมอมากขึ้น ด้วยการถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ การเป็นที่ปรึกษาหารือซึ่งกันและกันในทุกเรื่อง เมื่อมีปัญหาความคับข้องใจหรือมีเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจและต้องการคำปรึกษา

6.4.2 ด้านสภาวะกาย เกิดการส่งข่าวสารและปรึกษาหารือกันเมื่อเกิดอาการผิดปกติด้านร่างกายเกิดอาการเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวก่อนไปพบแพทย์

6.4.3 มิติด้านสังคม เกิดการส่งข่าวสารข่าวสารของสมาชิกครอบครัวเพื่อช่วยให้รับรู้ความเป็นไปของสถานการณ์ต่างๆ ในสังคมรอบตัวมากขึ้น นอกจากนั้นยังช่วยให้การใช้ชีวิตประจำวันระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น แม้ไม่ได้พบหน้ากันระหว่างวัน ถือเป็นการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด (Life-long Learning) ในการพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น<sup>14</sup>

ในส่วนประโยชน์ของเทคโนโลยีกับผู้สูง

อายุมีดังนี้ 1) ช่วยเปิดโลกกว้างให้กับผู้สูงอายุเทคโนโลยีที่ทันสมัย อย่างสมาร์ตโฟน ไอแพด แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ เป็นต้น ช่วยเปิดโลกกว้างให้กับผู้สูงอายุได้ ไม่ว่าจะอยากทราบเรื่องใด สนใจเรื่องใด ก็สามารถหาข้อมูลได้ในทันที ทำให้ไม่ตกข่าว ได้รับความเคลื่อนไหวในสังคม และช่วยสอนเรื่องต่างๆ ได้ เช่น อยากรู้เรียนทำขนม ก็สามารถเปิดดูในอินเทอร์เน็ตได้ 2). ช่วยสร้างความเพลิดเพลิน อินเทอร์เน็ตเป็นโลกใบใหญ่ที่ไม่มีที่สิ้นสุด และยังช่วยสร้างความเพลิดเพลินได้อีกด้วย เช่น การดูหนัง ฟังเพลง หรือการค้นหาสิ่งที่ชอบหรือสนใจ การอ่านเรื่องราวต่างๆ นิยาย ข่าวสาร เรื่องสุขภาพในอินเทอร์เน็ต ก็ทำให้จิตใจเบิกบาน มีความสุข และช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น 3). ช่วยฝึกพัฒนาสมองการเรียนรู้ในการใช้เทคโนโลยี เป็นการช่วยฝึกความจำ ช่วยพัฒนาสมอง และช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นการฝึกใช้สมองที่ต่อเนื่อง และยังเป็นการปรับตัวเข้ากับสังคมอีกด้วย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองยังก้าวทันโลก และยังทันสมัยอยู่ 4). ช่วยให้ครอบครัวใกล้ชิดกันโลกสังคมออนไลน์ สามารถย่อโลกอันกว้างใหญ่ให้เหลือนิดเดียวได้ หากอยากคุยกับลูกหลานที่อยู่ทางไกล ก็สามารถสไกป์ เฟซบุ๊ก แชท หรือติดต่อกันได้อย่างง่ายดาย โดยเห็นหน้ากันได้อีกด้วย ช่วยให้ครอบครัวได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น และได้พูดคุยกันมากขึ้นแม้จะอยู่ไกลกัน

ในปัจจุบันการใช้เทคโนโลยี ช่วยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำเพิ่มอีกมากมาย ช่วยสร้างความเพลิดเพลิน และเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ในการพัฒนาสมองและถึงแม้ว่าเทคโนโลยีจะช่วยให้ลูกหลานที่อยู่ไกล ใกล้ชิดกับญาติผู้ใหญ่ได้มากขึ้นก็ตาม แต่กำลังใจที่ดีและสิ่งที่คุณค่าผู้ใหญ่ต้องการมากที่สุด คือความรักความอบอุ่น และการดูแลใกล้ชิดจากลูกหลาน เมื่อใช้เทคโนโลยีก็ควรระวังอย่าให้เทคโนโลยีทำให้ห่างเหินจากญาติผู้ใหญ่ในบ้านไป

7. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต

ผู้สูงอายุ เป็นประชากรกลุ่มที่ใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตน้อยที่สุด แม้แนวโน้มการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ของกลุ่มนี้จะเพิ่มสูงขึ้น แต่ยังมีผู้สูง

อายุอีกจำนวนมากที่ขาดโอกาสในการเรียนรู้และการเข้าถึงเทคโนโลยีดังกล่าว ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการส่งเสริมและกระตุ้นผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่างๆ ดังเช่น Rickettes<sup>8</sup> ได้ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ไว้ดังนี้

1) จัดให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงคอมพิวเตอร์ได้ในราคาที่ถูกลง

2) จัดให้มีสถานที่ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงคอมพิวเตอร์ได้ง่ายโดยมีจำนวนมากแห่ง

3) จัดให้มีชั้นเรียนรู้เรื่องคอมพิวเตอร์สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

4) กระตุ้นความสนใจโดยการส่งเสริมการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลินพยายามสอนให้ง่ายที่สุด และต้องมีผู้ช่วยสอนที่ดี อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุและสะดวกในการใช้งาน

5) การประชาสัมพันธ์โดยผู้สูงอายุแบบปากต่อปาก

6) จัดสภาพห้องเรียนได้ดี มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม เช่น แก้วน้ำที่เหมาะสมและสะดวกสบายในการนั่ง

7) กระตุ้นให้ครอบครัวหรือลูกหลานซื้อคอมพิวเตอร์เป็นของขวัญให้กับผู้สูงอายุ

8. ข้อควรระวังสำหรับผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล  
ปัจจุบันเทคโนโลยีก้าวหน้ามากขึ้นหลายระดับ แน่แน่นอนว่าการติดต่อสื่อสารของมนุษย์เราก็นิยมพัฒนาขึ้นตาม จากอดีตที่เราสื่อสารกันด้วยท่าทางการพูด การเขียน หรือการวาดรูป จนกระทั่งในยุคปัจจุบัน ยุคโลกาภิวัตน์ที่เทคโนโลยีช่วยลดทอนระยะทางและระยะเวลา อินเทอร์เน็ตทำให้เราสามารถติดต่อผ่านกันได้อย่างรวดเร็ว แม้จะอยู่ห่างไกลกันคนละฝั่งโลก ส่งผลให้ผู้คนสามารถทำความรู้จักและเข้าถึงกันมากขึ้นได้อย่างง่ายดาย การศึกษาหาความรู้หรือธุรกิจเองก็เช่นกัน แน่แน่นอนว่าผู้ที่เข้ามาใช้บริการส่วนมากจะอยู่ในวัยเรียนถึงวัยทำงาน แต่นั่นก็ไม่ใช่อีกแล้วในปัจจุบัน มีผู้สูงอายุจำนวนมากเริ่มที่จะศึกษาการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆ เพื่อที่จะได้ใกล้ชิดกับ

ลูกหลาน เพื่อน หรือคนอื่น ๆ ได้สะดวกและรวดเร็ว มากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเกิดจากพวกเขาต้องการเรียนรู้ เองหรือมีลูกหลานมาสอนก็ตาม ซึ่งอายุก็ไม่ใช่ว่าจะทำให้พวกเขาไม่สามารถใช้เทคโนโลยีได้ ด้วยความที่ เทคโนโลยีก้าวหน้าไปไกล และถูกทำขึ้นเพื่อเพิ่มความ สะดวกสบายให้กับผู้คนที่ใช้งาน อุปกรณ์เทคโนโลยี ส่วนใหญ่จึงไม่ได้มีขั้นตอนซับซ้อนมากนัก ออกจะ ค่อนข้างเข้าใจง่าย เรียนรู้นิดหน่อย ก็สามารถใช้งาน ขึ้นพื้นฐานได้แล้ว และนั่นก็ทำให้คนเกือบทุกช่วงวัย สามารถเป็นเพื่อนกับเทคโนโลยีได้ เทคโนโลยีอันดับ ตันๆ ที่ผู้สูงอายุมักจะใช้กัน แน่แน่นอนว่าไม่พ้นสื่อสังคม ออนไลน์ต่างๆ เช่น เฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ไลน์ ฯลฯ สื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้พวกเขาสามารถ ติดต่อกับผู้คนได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น ไม่ว่าจะ เป็นลูก หลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่อาจจะอยู่ห่างไกลกัน ซึ่งนั่นก็ถือว่าเป็นข้อดี การได้ติดต่อกับผู้อื่นจะทำให้พวกเขาไม่รู้จักเหงา และมีความสุขได้มากกว่า เดิม แต่ในทางกลับกัน สื่อสังคมออนไลน์ก็เป็นเหมือน กับดาบสองคม ไม่เพียงแต่กับเหล่าวัยรุ่นวัยทำงานที่ ใช้งานทั่วไปเท่านั้น แต่กับผู้สูงอายุที่อาจจะเหมือนคน แปรลกหน้ากับสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้เกิดเป็นช่องโหว่ ที่เหล่ามิชชันนารีเห็น และไม่พลาดที่จะเข้ามา กอบ โภชจุดบดพร่องตรงนี้

เราเห็นกันได้บ่อย โดยเฉพาะจากข่าวในสื่อ หนังสือพิมพ์ หรือสื่อโทรทัศน์ ที่บางครั้งเราจะ ได้ เห็นข่าวผู้สูงอายุถูกหลอกลวงจากการเล่นสื่อสังคม ออนไลน์ เช่น การถูกหลอกลวงโอนเงินช่วยเหลือ ที่อาจ จะเกิดจากการเข้าไปในบัญชีสื่อสังคมออนไลน์ของคน รู้จัก และจะได้ผลอย่างยิ่งหากเป็นลูกหลานของพวกเขา แล้วติดต่อมาว่าต้องการใช้เงินด่วน ด้วยเหตุผล ต่างๆ นานา และขอร้องให้ญาติผู้ใหญ่ของเขาโอนเงิน มาหน่อยผู้สูงอายุหลายๆ คนก็อาจจะไม่รู้จักรักการเข้า ถึงข้อมูล พวกเขาไม่รู้หรือว่าคนที่คุยกับพวกเขาผ่าน ทางสื่อสังคมออนไลน์นั้น อาจจะไม่ใช่มิตรที่พวกเขา รู้ จักจริงๆ ก็เป็นไปได้ ทำให้เขาพลาดและอาจจะเสียเงิน ก้อนใหญ่ให้กับเหล่ามิชชันนารีได้อย่างง่ายดาย โดยไม่ ได้ตั้งใจใดๆ เลย วิธีของเหล่ามิชชันนารีไม่ได้มีเพียงวิธี นี้วิธีเดียว ยังมีอีกหลายรูปแบบที่ต้องพึงระวัง อีกอย่าง

ที่เราเห็นกันอย่างแพร่หลายก็คือ เรื่องของข่าวลือ หลายคนคงเคยได้รับการติดต่อจากผู้สูงอายุที่เคารพ นับถือ บ้างก็ว่าเป็นเทคนิคให้ร่างกายแข็งแรง บ้าง ก็ว่าเป็นวิธีคิดที่ทำให้รวย หรือในรูปแบบของรูปภาพ อย่างเช่น สวัสดิ์วันจันทร์ สวัสดิ์วันอาทิตย์ ขอให้ โชคดีมีสุข และอื่นๆ อีกมากมาย ถ้าเป็นเพียงแค่การ ทักทายก็คงไม่น่าเป็นห่วงอะไร แต่อย่างพวกเทคนิค สารพัดอย่างที่ช่วยพัฒนานู่นนั่นนี่ เราควรเริ่มที่จะ เป็นกังวล เพราะหากพวกเขาได้รับข้อมูลผิดๆ มา แล้ว ทำตามข้อมูลนั้นจนบาดเจ็บ เกิดอุบัติเหตุ หรือ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เกิดขึ้น คงไม่ใช่เรื่อง ดีแน่นอน ยิ่งในกรณีข่าวลือ เราปฏิเสธไม่ได้เลยว่า ผู้สูงอายุนี้แหละ ที่เป็นช่องทางการเผยแพร่ข่าวลือที่ ดีที่สุด เนื่องจากหากมีคนหนึ่งเชื่อ เขาก็จะส่งต่อไป ให้ผู้อื่น ด้วยคิดว่าข่าวนี้จะช่วยเตือนให้คนอื่นระวัง ได้ หรือเพียงแค่อยากให้เขาารู้ข้อมูลข่าวนี้ เพราะเป็น เรื่องที่น่าสนใจ ตัวอย่างกรณีที่ข่าวแพร่ไปแล้วจะเกิด ความวุ่นวายก็คือ ข่าวลือเกี่ยวกับเรื่องโรคร้ายและ โรคระบาดต่างๆ ในจังหวัดนี้พบว่ามีคนติดเชื้ออีโบล่า แล้วก็คน ก็ว่ากันไป มีโรคนี้เกิดขึ้นแล้ว ให้กระทำ ตามสิ่งที่แนะนำเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อ การ เผยแพร่ข่าวลือในเชิงนี้ถือว่าเป็นความหวังดีก็จริง แต่ หากมันไม่ใช่เรื่องจริง เมื่อถูกเผยแพร่ออกไปแล้ว มัน ก็สามารถก่อความวุ่นวายในหมู่คนที่ได้รับข่าวสารผิดๆ ไปได้เช่นกัน การสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตนั้นรวดเร็ว ยิ่งกว่าสิ่งใด หย่อนข่าวลงสื่อออนไลน์เพียงแค่นี้ก็ วินาทีก็สามารถส่งถึงผู้คนได้ทั่วโลกแล้วในยุคปัจจุบัน การเสพติดเทคโนโลยีจนลืมบุคคลรอบข้าง ครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์เสื่อมถอยลง รวมไปถึงการรับ ข้อมูลข่าวสารในโลกออนไลน์ โดยอาจรับข้อมูลมาโดย ไม่ได้พิจารณาอย่างถี่ถ้วน ทั้งนี้อาจเพราะยังไม่เท่าทัน ข่าวที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอย่างรวดเร็วของ สื่อออนไลน์นั่นเอง

### สรุป

ผู้สูงอายุนั้นเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทั้งการใช้คอมพิวเตอร์ และ อินเทอร์เน็ตเพื่อติดต่อสื่อสาร โดยติดต่อสื่อสาร

ผ่านการใช้โปรแกรมสนทนาหรือเว็บไซต์ที่เป็นเครือข่ายสังคม ออนไลน์ และการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่สนใจ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุอีกด้วย ผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารจะรู้สึกโดดเดี่ยวและช่วยเหลือภาวะซึมเศร้า ในปัจจุบันพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นและมีโอกาสเป็นคนกลุ่มใหม่ที่เสี่ยงต่อการถูกหลอกลวง และรู้เท่าไม่ถึงการณ์จากภัยของโลกไซเบอร์ได้ เราควรมีการส่งเสริมการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดกระบวนการในการรู้เท่าทัน ประเทศไทยได้มีการวางนโยบายเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้ผู้สูงอายุในการปกป้องตนเองจากภัยรอบด้านด้วยการให้ข่าวสารความรู้ รวมทั้งพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของผู้สูงอายุที่ยังใช้ข้อมูลโดยไม่ได้คำนึงถึงความถูกต้อง จึงทำให้ถูกหลอกลวงไปในที่สุด<sup>15</sup> สำหรับรูปแบบการเรียนรู้ในเรื่องการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารให้กับผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงการเรียนรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ เช่น ธรรมชาติของผู้สูงอายุ หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ที่ผ่านมามีการสำรวจจิตความสามารถการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่าผู้สูงอายุมีการเล่นโซเชียลมีเดียเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก<sup>16</sup> ทั้งจากการที่ลูกหลานต้องการจะให้ ผู้สูงอายุใช้โทรศัพท์ Smart Phone ไว้ติดต่อสื่อสาร จะกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเองก็สามารถเข้าถึงสังคมออนไลน์เหล่านี้ได้เช่นกันและยังสามารถสร้างความสะดวกสบายให้กับผู้สูงอายุ และเป็นเสมือนเพื่อนให้กับผู้สูงอายุได้ แต่ก็ต้องอยู่บนความพอดี โดยลูกหลานก็ต้องให้ความดูแลอย่างรอบคอบ

### เอกสารอ้างอิง

1. Selwyn, N. The information aged: A qualitative study of older adults' use of information and communication technology. *Journal of Aging Studies*. 2004: 18: 369-384.
2. Selwyn, N.; Gorard, S.; Furlong, J.

& Madden, L. Older adults' use of information and communications technology in everyday life. *Aging & Society*. 2003: 23: 561-582

3. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. *World Population Ageing 2009*. ST/ESA/314. United Nations publication: New York. 2009.

4. Daniel, W. The importance of internet in education., [Accessed April 10, 2018] Available from [http://www.associatedcontent.com/article/1185828/the\\_importance\\_of\\_internet\\_in\\_education.html](http://www.associatedcontent.com/article/1185828/the_importance_of_internet_in_education.html)

5. Internet World Stats. *Internet Usage Statistics: The Internet Big Picture*. [Accessed April 10, 2018] Available from <https://www.internetworldstats.com/>

6. Billipp, S. H. The psychological impact of interactive computer use within a vulnerable elderly population: A report on a randomized prospective trial in a home health care setting. *Public Health Nursing*. 2001: 18(2): 138-145

7. Kuhlmeier, D.B & Eastman, J.K. The elderly's internet usage: an updated look. *Journal of Consumer Marketing*. 2007: 24(7): 406-418

8. Reisenwitz, T.; Iyer, R.; Kuhlmeier, D.B & Eastman, J.K. The elderly's internet Usage: an updated look. *Journal of Consumer Marketing*. 2007: 24(7): 406-418

9. Rickettes, D.M. Understanding older adults' basic computer learning experiences. The Pennsylvania State University. Ph.D. Dissertation, 2002.

10. Saunders, E.J. Maximizing computer use among the elderly in the rural senior centers. *Educational Gerontology*. 2004: 30: 573-585

11. Abbey, R. &Hude, S. No country for older people? Age and the digital divide. *Journal of Information, Communication & Ethics in Society*. 2009: 7 (4): 225-242.

12. Billipp, S. H. The psychological impact of interactive computer use within a vulnerable elderly population: A report on a randomized prospective trial in a home health care setting. *Public Health Nursing*. 2001: 18(2): 138-145

13. Educational Testing Service. "Digital Transformation: A Framework for ICT Literacy." Canada: Educational Testing Service. [Accessed April 10, 2018] Available from [http://www.ets.org/Media/Tests/Information\\_and\\_Communication\\_Technology\\_Literacy/ictreport.pdf](http://www.ets.org/Media/Tests/Information_and_Communication_Technology_Literacy/ictreport.pdf)

14. ณัฐนันท์ ศิริเจริญ. "กรณีศึกษาการใช้สื่อใหม่ผ่านโซเซียลมีเดียในโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว ณ ประเทศนิวซีแลนด์" *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*. 8(3), 96-116. 2558.

15. กิรณา สมวาทสรณ์ และกุลทิพย์ ศาสตร์ระจุจิ. พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของคนในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2559.

16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการวิเคราะห์เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการใช้อินเตอร์เน็ตสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น. 2558.





# วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี



เลขที่ 33 ถ.เพาะนิยม ต.หมากแข้ง  
อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000