ISSN 0125-7242 (print)
ISSN 2673-0326 (online)

NDJ วารสารกองการพยาบาล
Journal of Nursing Division

ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564 Vol 48 No.2 May-August 2021



วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม–สิงหาคม 2564 Vol. 48 No.2 May–August 2021 ISSN 0125-7242

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรทางการพยาบาล ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่สนใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ชื่อวารสาร ภาษาไทย : วารสารกองการพยาบาล

ภาษาอังกฤษ : Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลการผดุงครรภ์การสาธารณสุข หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

1. บทความวิจัยทุกประเภท ทั้งจากส่วนบริการ ส่วนการศึกษา และส่วนสนับสนุน
2. บทความวิชาการได้แก่ บทความด้านการศึกษา การบริหาร และบริการพยาบาล (ผลงานการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีทางการพยาบาล)
3. ข่าวสาร สาระน่ารู้ ที่มาจากองค์กรพยาบาล องค์กรสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม –เมษายน พฤษภาคม –สิงหาคม กันยายน –ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิกประเภทบุคคล (ฉบับละ 1 เล่ม) 450 บาท/ปี

อัตราค่าสมาชิกประเภทหน่วยงาน (ฉบับละ 3 เล่ม) 1,350 บาท/ปี

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง อย่างไรก็ตามกองการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

กองบรรณาธิการ วารสารกองการพยาบาล

(EDITORIAL BOARD Journal of Nursing Division)

ที่ปรึกษา (Advisory Board)

ดร.กาญจนา จันทร์ไทย Dr.Kanjana Chunthai กองการพยาบาล

ดร.ธีรพร สถิรอังกูร Dr.Teeraporn Sathira-angura สำนักวิชาการสาธารณสุข

บรรณาธิการ (Editor)

ศิริมา ลีละวงศ์ Sirima Leelawong กองการพยาบาล

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.แสงทอง ธีระทองคำ Assoc.Prof.Dr.Sangthong Terathongkum ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.สุนทราวดี เธียรพิเชษฐ์ Assist.Prof.Dr.Suntharawadee Theinpichet ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ สภาการพยาบาล

ผศ.ดร.ดนุลดา จามจุรี Assist.Prof.Dr. Danulada Jamjuree มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ Dr.Sasamon Srisuthisak กองการพยาบาล

อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ Armarapas Atthachaiwat กองการพยาบาล

ผู้จัดการ (Manager)

นายนิชฌาน เทือกปัญโญ Nichan Thueakpanyo กองการพยาบาล

ผู้จัดการอิเล็กโทรนิกส์ (Manager)

นายชัชนน เทพวงค์ Chatchanon Thepphawong กองการพยาบาล

เจ้าของ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-6294 โทรสาร 0-2590-6295
Website: https://www.don.go.th/

Copyright

Nursing Division, Office of Permanent Secretary
Building 4, 4thFloor Department of Medical Services,
Ministry of Public Health
Tiwanon Rd, Muang District, Nonthaburi 11000
Website: https://www.don.go.th/
Tel. 0-2590-6294 Fax 0-2590-6295
E-mail: ndjournal@gmail.com

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)
รายนามผู้พิจารณากลั่นกรองบทความวิจัย/วิชาการ (Peer review)

1. รศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ คณะพยาบาลศษสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. รศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.พัศมณฑ์ คุ้มทวีพร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
8. ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
9. ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ โฟน โบร์แมนน์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
12. ดร.เมทณี ระดาบุตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
13. ดร.มาสธิน ศุกลปักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
14. ดร.สุนทรีภรณ์ ทองไสย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
15. ดร.นรีมาลย์ นีละไพจิตร ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
16. ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์
17. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร.กนกพร แจ่มสมบูรณ์ กองการพยาบาล
19. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ กองการพยาบาล
20. นางอัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ กองการพยาบาล
21. นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ กองการพยาบาล
22. นางสาวโศภิษฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ กองการพยาบาล
23. นางสาวอุไรพร จันทะอุ่มเม้า กองการพยาบาล

สารจากบรรณาธิการ

วารสารกองการพยาบาล ฉบับที่ 2 ปี 2564 มีบทความวิจัย และบทความวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นบทความวิจัย จำนวน 10 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง โดยอัตราค่าสมาชิกวารสารกองการพยาบาล ประเภทบุคคล 450 บาท/ปี และ ค่าสมาชิกประเภทหน่วยงาน 1,350 บาท/ปี ขอชวนเชิญให้สมาชิกทุกท่าน และหน่วยงานช่วยสมัครเป็นสมาชิกอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งขอเชิญหน่วยงาน และบุคลากรสมัครเป็นสมาชิกใหม่ของวารสาร

ท้ายนี้ ขอประชาสัมพันธ์การเปลี่ยนแปลงการเข้าใช้งานระบบวารสารอิเลคทรอนิกส์ ของกองการพยาบาล จากระบบเดิมมาเป็นระบบ THAIJO อีกครั้งหนึ่ง เป็นการเริ่มต้นก้าวสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ ทั้งนี้ สมาชิกสามารถเข้าใช้งานระบบวารสารอิเลคทรอนิกส์ระบบใหม่ ได้แล้ว หวังว่าสมาชิกทุกท่าน และหน่วยงานยังคงเป็นแฟนคลับพันธ์แท้ของวารสารกองการพยาบาล และส่งผลงานวิจัย หรือบทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ด้วยค่ะ

กองบรรณาธิการ

ISSN 0125 – 7242 ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม– สิงหาคม 2564

สารบัญ

สารจากบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ

ศิริมา ลีละวงศ์

รายงานการศึกษาวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ: การวิจัยและพัฒนา

กัลยารัตน์ วรรณวงศ์, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กาญจนา ดาวประเสริฐ, รัตนาภรณ์ รักชาติ.....1

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

เกษร ทับทอง, พัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล.....15

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สรินดา น้อยสุข, พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์.....30

ผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละอุ่น จังหวัดระนอง

กชมล นีติโสภณ, ศิราณีย์ ช่วยชะนะ.....42

การรับรู้ของอาจารย์พยาบาลต่อสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของบัณฑิตพยาบาล

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ, ณัฏฐากุล บึงกุม, อัญชลี อ้วนแก้ว, ธนพร แย้มศรี.....54

การพัฒนารูปแบบบริการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ภัทรภร ติยสถาพร 66

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2

สิตานันท์ ศรีใจวงศ์, ดุจเดือน เขียวเหลือง, ปฐพร แสงเขียว, สืบตระกูล ต้นตลานุกูล.....80

การกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ

ปิยะนุช บังเอิญ, ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน.....96

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ทัศนีย์ บุญวานิตย์, ศรินรา ทองมี, ชนิกานต์ พละศักดิ์, สกุณา รุ่งเรือง, คำปิ่น แก้วกนก.....106

การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

วรศักดิ์ ขวัญเจริญทรัพย์.....123

บทความวิชาการ

ภาวะสุขภาพพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นจากสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย

ณัชศฟา หลงผาสุข, อภิวันทน์ อ่อนนิ่ม..... 139

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด

สินีนาฏ ทิพย์มูสิก..... 149

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ: การวิจัยและพัฒนา

กัลยารัตน์ วรรณวงศ์* พ.ย.บ.
สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์** พ.ย.ด.
กาญจนา ดาวประเสริฐ* พ.ย.ม.
รัตนาภรณ์ รักชาติ* พ.ย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2) พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาล 3) นำรูปแบบไปทดลองใช้ และ 4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 33 คน และผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนารายบุคคล รายกลุ่ม การใช้แบบสอบถาม และถอดบทเรียน เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์รายบุคคล แบบประเมินความรู้และทักษะกระบวนการเรียนรู้ และแบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ เครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้าง และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank test และ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การกำหนดคุณลักษณะการบริการพยาบาล 2) การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ 3) การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการพยาบาลโดยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และ 4) การกำกับติดตามและประเมินผล ประสิทธิผลของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนเฉลี่ยของคุณลักษณะการบริการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.25, SD 0.45) ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้ในหอผู้ป่วยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.18, SD 0.43) และผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล สรุปรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

คำสำคัญ: การบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์, ผู้ป่วยมะเร็ง, กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

* พยาบาลวิชาชีพ สังกัดภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
Correspondence e-mail: gwannavongs@gmail.com
** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

Development of Humanized Care Model for Cancer Patients among Professional Nurses: Research and Development

Galyarath Wannavongs* B.N.S.
Suphaphon Udomluck** Ph.D
Karnchana Daoprasert* M.N.S
Ratanaporn Rakchate* B.N.S.

Abstract

This study aimed to develop humanized care model for cancer patients among professional nurses and to evaluate the efficacy of the model. The research and development study consisted of 4 steps: 1) situational analysis on nursing care of the cancer patients, 2) development the humanized care model of the cancer patients, 3) model implementation, and 4) model evaluation. The sample consisted of 33 professional nurses and 10 cancer patients. Data were collected using individual interview, group discussion, questionnaires and lesson learned. Research instruments were individual interview form, transformative knowledge and skills evaluation form, and the model's efficacy evaluation form. The construct validity was correlated and Cronbach's alpha coefficient was 0.92. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed-Rank test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The result revealed that the humanized care model of the cancer patients among professional nurses consisted of 4 compositions: 1) identified the humanized nursing care characteristics, 2) formulated the policy and management of humanized care, 3) developed humanized care knowledge and skills through transformative learning process and 4) directed and evaluated the implementation of the policy and managements. After implementation of the model, the humanized care knowledge and skills via transformative learning process of the nurses significantly increased at the level of 0.001. The overall average score of the humanized care characteristics was at a high level (Mean 4.25, SD 0.45). The overall average score of the model implementation at the patient unit was at a high level (Mean 4.18, SD 0.43), In addition, the cancer patients were satisfied with humanized nursing care. In conclusion, the humanized care model of the cancer patients among professional nurses was appropriate and applicable to practice.

Key words: humanized nursing care, cancer patients, transformative learning

* Registered nurse, Nursing Department, Lampang Cancer Hospital
Correspondence e-mail: gwannavongs@gmail.com
** Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Nation University

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง[1] และแนวโน้มโรคมะเร็งในภาคเหนือตอนบนช่วง 25 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิมเฉลี่ยประมาณ 7,900 รายต่อปี เป็น 14,000 รายต่อปี[2] จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม[3-5] บางรายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการปวดจากมะเร็งที่ลุกลามเพิ่มขึ้น ร่วมกับมีความกลัว ความวิตกกังวล และความหงุดหงิดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก[5-6]

พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การเผชิญกับโรคตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมถึงสามารถจัดการอาการรบกวนหรืออาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากการป่วยด้วยโรคมะเร็ง วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ผลลัพธ์จากการรักษาโรคมะเร็งในมิติต่าง ๆ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว

ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้มีการนำเทคโนโลยีที่หลากหลายหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งมากขึ้น และสภาวการณ์ขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ผู้รับบริการมีความต้องการและความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ส่งผลให้พยาบาลต้องทำงานหนัก อาจทำให้มีการสื่อสารกับผู้ป่วยน้อยลง เกิดเป็นช่องว่างในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งในบางกรณีอาจนำไปสู่ความขัดแย้ง ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิ หรือการฟ้องร้องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาลหน่วยงาน และโรงพยาบาล[7-10]

กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จึงมอบนโยบายให้ทุกหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยปลูกฝังค่านิยมให้บุคลากรด้านสุขภาพเป็นคนดี เก่ง และมีจิตวิญญาณที่รักประชาชน[11] และให้บริการด้วยความเป็นมิตรที่มีความเมตตา ความรัก ใส่ใจต่อปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งการให้การดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ก่อให้เกิดความสุขใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาโรคมะเร็งที่ครอบคลุมผู้รับบริการใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ในปี พ.ศ 2562 ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 2,426 ราย และจำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี [12] มีการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงาน พ.ศ. 2563-2565 ไว้ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ บริการเป็นเลิศ บุคลากรเป็นเลิศ และบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล องค์กรและภารกิจด้านการพยาบาลเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีเป้าหมายให้บริการพยาบาลด้านโรคมะเร็งที่ครอบคลุมการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมผสม

ผสานกับการดูแลแบบประคับประคอง แม้ว่าจะมีการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ามีรายงานข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการบริการของพยาบาล เฉลี่ย 5 เรื่องต่อปี ในปีพ.ศ.2560-2562 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลมากที่สุด เช่น ไม่มีเวลาอธิบายข้อมูลหรือตอบคำถามผู้ป่วย พูดจาไม่ไพเราะ ไม่ค่อยยิ้มแย้ม ประเด็นข้อร้องเรียนอันดับรองลงมา ได้แก่ กระบวนการบริการ และคุณภาพบริการ[13] นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ในด้านการสร้างความเชื่อมั่น การเอาใจใส่ และการตอบสนองความต้องการแก่ผู้รับบริการ[14]

ดังนั้น องค์กรและภารกิจด้านการพยาบาล จึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพการให้ บริการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมะเร็งโดยเพิ่มเติมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ลงในแนวทางปฏิบัติที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พบว่า การดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการของพยาบาล และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวได้[5-6, 15] ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารภารกิจด้านการพยาบาล จึงสนใจศึกษาการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

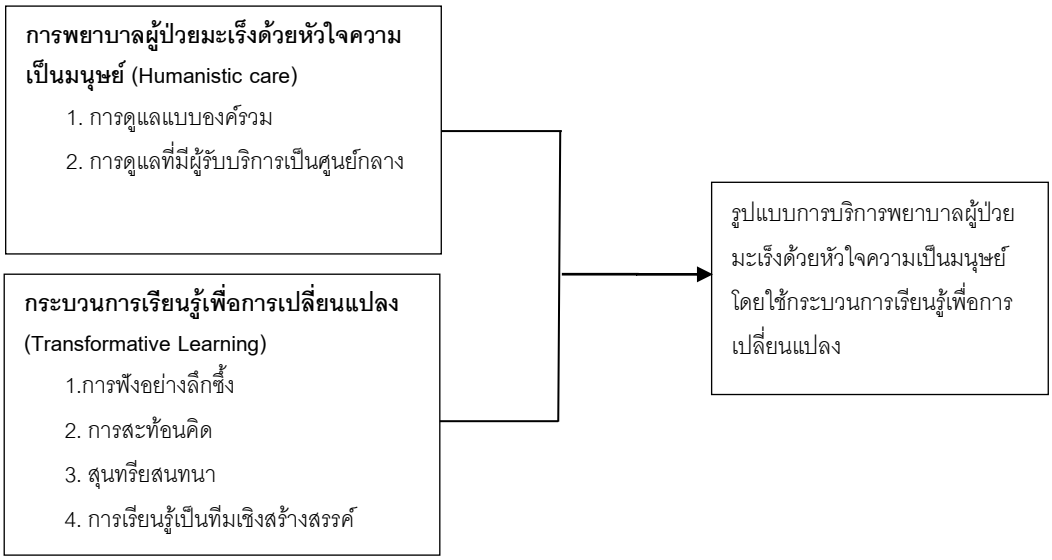
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Humanistic Care)[16] ซึ่งมีความเชื่อว่าการพยาบาลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการแบบองค์รวมอย่างให้เกียรติ มองเห็นคุณค่าและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เพื่อให้พยาบาลเกิดเข้าใจปรากฏการณ์การให้บริการทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น และเกิดความเข้าใจในตนเองและผู้รับบริการมากขึ้น ร่วมกับใช้แนวคิดการพัฒนาบุคลากรด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ประกอบด้วย การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การสะท้อนคิด (reflection) สุนทรียสนทนา (dialogue) และการเรียนรู้เป็นทีมเชิงสร้างสรรค์ (Creative team learning)[17] เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ (Research 1) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2563 ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 25 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้บริหารในหน่วยงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 7 คน โดยดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป

2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป

3) ผู้รับบริการ จำนวน 10 คน โดยเป็นผู้ป่วยและญาติที่ได้รับบริการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยนัดหมายวันเวลาและสถานที่ตามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ใช้เวลาสัมภาษณ์นาน 45 นาที และขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์ จากนั้นดำเนินการถอดเทปการสัมภาษณ์รายบุคคล

วิเคราะห์ข้อมูล ผลการสนทนา/ สัมภาษณ์รายบุคคล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และจัดกลุ่ม (Categorized)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนา “ร่าง” และแบบประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ (Development 1) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2563 ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน ด้านการวิจัย 1 คน และด้านการบริหารการพยาบาล 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

2) แบบวัดประสิทธิผลของ “ร่าง” รูปแบบฯ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมินฯ (2) การบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 ข้อ และ (3) การส่งเสริมการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ (ร่าง) รูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกัน

2) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดประสิทธิผลของ “ร่าง” รูปแบบฯ กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวน 30 คน ด้วย Cronbach’s Alpha Coefficient มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) สังเคราะห์ “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการประชุมคณะผู้วิจัยโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และวิเคราะห์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2) พัฒนาแบบประเมินประสิทธิผลของ “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

3) นำ “ร่าง” รูปแบบบริการพยาบาลฯ และเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสม พร้อมทั้งแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ “ร่าง” และประเมินประสิทธิผลของ “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ (Research 2) ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 33 คน โดยมีคุณสมบัติ คือ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2) ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินความรู้และทักษะการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ของพยาบาลวิชาชีพ

2) แบบวัดประสิทธิผล “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

3) แบบสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้างความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้รับบริการ จำนวน 4 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความรู้และทักษะการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 3 คน พบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกัน

2) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดประสิทธิผล “ร่าง” รูปแบบฯ ด้วย Cronbach’s Alpha Coefficient มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

3) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสนทนากลุ่มฯด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 3 คน พบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกัน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทดลองใช้ “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยดำเนินการ ดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ด้วยการพัฒนาทักษะการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นเวลา 1 วัน

1.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง” แก่พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 33 คน ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม ถึงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ประเด็น ได้แก่ (1) การฟังอย่างลึกซึ้ง (2) การสะท้อนคิด (3) สุนทรียสนทนา และ (4) การถอดบทเรียน

2) นำรูปแบบฯ ไปใช้ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ประกาศนโยบายส่งเสริมการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยการประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย

2.2 กำกับติดตามการให้บริการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

2.3 ประเมินประสิทธิผล ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ที่หอผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพใช้แบบสอบถาม และกลุ่มผู้รับบริการใช้การสนทนากลุ่ม ๆ ละ 4-5 คน นานครั้งละ 45 นาที

วิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน และพิสัย เปรียบเทียบความรู้และทักษะเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ ก่อนและหลังการอบรม ใช้สถิติ Wilcoxon sign range test

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) (Development 2) เพื่อประเมินและปรับปรุงรูปแบบฯ ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ดังนี้

1) ผู้วิจัยจัดสัมมนาการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ในวันที่ 19 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564

2) ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

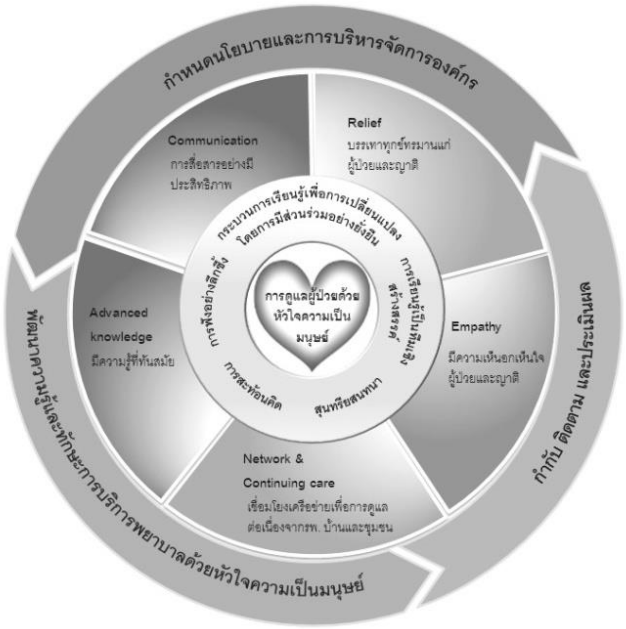
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลขที่ 036/2563 เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2563 และเลขที่ 036/2564 เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2563 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การกำหนดคุณลักษณะที่สำคัญของการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ 6 ด้าน ได้แก่ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้ที่ทันสมัย ให้การดูแลต่อเนื่อง มีความเห็นอกเห็นใจ

ผู้ป่วยและญาติ ให้การดูแลบรรเทาทุกข์ทรมานผู้ป่วยและญาติ และมีเครือข่ายการดูแลเชื่อมโยงตั้งแต่ รพ. บ้าน และชุมชน 2) การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ 3) การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วย การฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนคิด สุนทรียสนทนา การเรียนรู้เป็นทีมเชิงสร้างสรรค์ และการถอดบทเรียน และ 4) การกำกับติดตามและประเมินผล รูปแบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ รายละเอียดแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีดังนี้

2.1 การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน มีดังนี้

ข้อมูลทั่วไป คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.18 และเพศชายร้อยละ 8.82 มีอายุเฉลี่ย 33.73 ปี (SD 7.45 ปี) โดยมีอายุต่ำสุด 23 ปี และอายุสูงสุด 51 ปี และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 63.64 รองลงมา คือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 33.33 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง คือ 9.88 ปี (SD 6.27 ปี)

การเปรียบเทียบข้อมูลการพัฒนาทักษะกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง จากการสังเกตทักษะกระบวนการเรียนรู้ ทั้งก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test พบว่าภายหลังได้รับการพัฒนากระบวนการ เรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ฯ (N 33 คน)

รายการทักษะ	คะแนนก่อนอบรม			คะแนนหลังหลังอบรม			p-value
	มัธยฐาน (median)	พิสัย (range)	ระดับการเรียนรู้	มัธยฐาน (median)	พิสัย (range)	ระดับการเรียนรู้	
1. การฟังอย่างลึกซึ้ง	3	2	ปานกลาง	4	2	มาก	< 0.001*
2. การใช้สุนทรียสนทนา	3	2	ปานกลาง	4	2	มาก	< 0.001*
3. การสะท้อนคิด	3	2	ปานกลาง	4	2	มาก	< 0.001*
4. การเรียนรู้เป็นทีมแบบสร้างสรรค์	3	3	ปานกลาง	4	2	มาก	< 0.001*
รวม	**3**	**3**	**ปานกลาง**	**4**	**2**	**มาก**	< 0.001*

2.2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ หลังทดลองใช้ 3 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 พบว่า องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของรูปแบบมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านคุณลักษณะของการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับ “มาก” (Mean 4.25, SD 0.45) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาบุคลากร (Mean 4.13, SD 0.61) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ (N 33 คน)

รายการประเมิน	จำนวนข้อ/ด้าน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการประเมิน
1. ด้านคุณลักษณะการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	25	4.25	0.45	มาก
2. ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ	8	3.99	0.55	มาก
3. ด้านพัฒนาบุคลากร	5	4.13	0.61	มาก
4. ด้านการกำกับติดตามและประเมินผล	2	4.11	0.54	มาก
รวมทุกด้าน	**40**	**4.18**	**0.43**	**มาก**

2.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 10 ราย ภายหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในหอผู้ป่วย พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ ดังคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“...การบริการพยาบาลค่อนข้างดีมาก พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวแก่คนไข้ได้ดี... รู้สึกประทับใจ พึงพอใจมากถึงมากที่สุดในการปฏิบัติกับคนไข้ในครั้งนี้...”

“...พยาบาลดูแลดี ประทับใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้ง

ปัญหาเรื่องการเงิน ก็มีคำแนะนำแหล่งกองทุนช่วยเหลือ ทำให้ไม่เครียดระหว่างการรักษา..."

อภิปรายผล

1. รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่

1) การกำหนดคุณลักษณะที่สำคัญของการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ควรมีคุณลักษณะสำคัญเพิ่มเติมจากที่ปฏิบัติอยู่ 6 ด้าน คือ (1) มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภา: effective communication (2) มีความรู้ด้านโรคมะเร็งที่ทันสมัย: advanced knowledge (3) มีเครือข่ายการดูแลเชื่อมโยง ตั้งแต่โรงพยาบาล บ้าน และชุมชน: networks (4) ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย: continuing care (5) มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและญาติ: empathy (6) บรรเทาทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย: relief suffering ที่เป็นเช่นนี้เพราะการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ยังเป็นการให้บริการพยาบาลแบบทั่วไป คือ มีมนุษยสัมพันธ์ มีจิตใจดี มีบุคลิกภาพที่ดี และการบริการดี เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งอาจตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาคุณลักษณะสำคัญเพิ่มเติมมากกว่าที่ปฏิบัติอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ได้ถึงการบริการพยาบาลที่พยาบาลได้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของนายแพทย์ รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ[18] ที่อ้างถึง ศ.เกียรติคุณ พญ.สุมาลี นิมมานนิตย์ อาจารย์แพทย์ที่เป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โดยกล่าวว่า แพทย์ พยาบาล มีบทบาทหน้าที่หลายประการในการดูแลผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องฝึกฝนให้ตนเองเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ดังนี้ มีความรู้และทักษะด้านการรักษา การทำงานเป็นทีม การพูด การถาม เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความเมตตา กรุณา และอุเบกขา รู้จักสังเกต ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น ไหวพริบปฏิภาณ สามัญสำนึก และที่สำคัญที่สุดต้องมีสติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Calegari et al.[19] ที่ศึกษาการรับรู้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลและแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน ในเมืองเซาเปาโล ประเทศบราซิล ที่พบว่า การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คือ การให้เกียรติ การเอาใจใส่ และการเห็นอกเห็นใจ ร่วมกับการมีนโยบายในการบริหารจัดการที่ดี

2) การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการในการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ อธิบายได้ว่า การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางในปัจจุบัน พบว่า มีเพียงการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การพัฒนาองค์ความรู้พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง แต่ยังไม่มีการกำหนดนโยบายหรือการจัดทำแผนงานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบกับการสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ผ่านมายังไม่เป็นรูปธรรม และไม่ได้กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้พยาบาลบางส่วนขาดความตระหนักและมีพฤติกรรมการบริการพยาบาลไม่เหมาะสม เพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ของคุณลักษณะของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ค้นพบในข้อที่ 1 จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาพยาบาลในการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เพิ่มขึ้น

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการบริการ สอดคล้องกับความคิดเห็นของพิภพ จิตรนำทรัพย์[7] ที่กล่าวถึง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรของสถานบริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น และมีประสิทธิภาพด้วยการให้การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จำเป็นต้องมีการพัฒนาในระดับองค์กร ได้แก่ ผู้นำ การปรับระบบงาน และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ อุบล จ่วงพานิช[3] ที่กล่าวถึงแนวทางการพัฒนาการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ว่าจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการองค์กรเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนปัจจัยเอื้อต่าง ๆ ในการดำเนินงานในดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเพียงพอและเหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้น่าอยู่ ปลอดภัยในการทำงาน ให้ความร่วมมือกับเครือข่ายทีมสหวิชาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Calegari et al.[19] ที่ระบุว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งของวัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

3) การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยการเปลี่ยนแปลงเจตคติภายในตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน โดยอาศัยเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกัน 3 องค์ประกอบ คือ (1) ค้นหาคุณค่าภายในตนเอง (2) การทำงานร่วมกันด้วยการสื่อสารที่ดี หรือสุนทรียสนทนา: dialogue ซึ่งต้องอาศัย การฟังอย่างลึกซึ้ง: deep listening การสะท้อนคิด: reflection และต้องมีความคิดทางบวกกับคนและกับงาน (3) ค่านิยมขององค์กร[7] การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง: transformative learning เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านกิจกรรม คือ (1) การฟังอย่างลึกซึ้ง (2) การสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้าสามใบ (3) สุนทรียสนทนา และ (4) การเรียนรู้เป็นทีมอย่างสร้างสรรค์ และการถอดบทเรียน ซึ่งสุรเกียรติ อาชานุภาพ[20] กล่าวถึง กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองในการปฏิบัติท่ามกลางความเป็นจริงผ่านกระบวนการฝึกฝนต่าง ๆ ดังนี้ (1) การฟังอย่างลึกซึ้ง: deep listening คือ การรู้จักนิ่งฟังด้วยสติ โดยไม่ด่วนตัดสินและไม่ขัดจังหวะ สร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน (2) การสัมผัสความเป็นจริง: exposure โดยใช้กระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมเติบโต (3) การสะท้อนคิด: reflection เป็นการนำประสบการณ์มาใคร่ครวญ และนำมาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันท่ามกลางบรรยากาศที่สนิทสนม เป็นกันเองและสนุกสนาน (4) การควบคุมตนเอง: self-control เป็นการฝึกให้มีสติ รู้ตน รู้เขา รู้เรา รู้ทันความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ที่ผุดขึ้นในใจขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน และควบคุมให้เกิดความสัมพันธ์ในเชิงบวกแทนเชิงลบ นอกจากนี้ยังให้ข้อคิดเห็นว่า อันดับแรกสุดของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองคือ การเรียนรู้ให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองใหม่ เปิดใจใฝ่รู้ ยอมรับความจริงและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ความสัมพันธ์ใหม่ การอยู่ร่วมกันและการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น[19] กล่าวโดยสรุป การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงคือการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นหลังจากผ่านประสบการณ์ นำมาคิดใคร่ครวญ สะท้อนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยใช้การสนทนา เพื่อให้ได้ข้อสรุป จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองจากภายใน การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดอบรมกลุ่มแกนนำพยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนคิด สุนทรียสนทนา การเรียนรู้เป็นทีมเชิงสร้างสรรค์ และการถอด

บทเรียน ผลพบว่า ภายหลังการอบรมแกนนำพยาบาลวิชาชีพมีทักษะกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการอบรม

4) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข สอดคล้องกับพันธกิจการนำองค์กรของประชิด ศราธพันธ์ [21] หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ที่มุ่งมั่นในการบริหารจัดการการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงระดับสากลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยผสมผสานการใช้ความรู้ เทคโนโลยี การวิจัย และทรัพยากรมนุษย์ เพื่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และยังสอดคล้องกับ วิภาพร วรหาญ[22] ซึ่งกล่าวถึงการกำกับติดตามและประเมินผลว่า เป็นขั้นตอนที่สำคัญประการหนึ่งของการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ทางการพยาบาล ภายหลังการนำแผนกลยุทธ์และนโยบายสู่การปฏิบัติช่วยทำให้กลุ่มการพยาบาล มีทิศทางการดำเนินงานทั้งเชิงรุก และเชิงรับที่ชัดเจน สอดรับไปในทิศทางเดียวกันกับแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ช่วยลดความสับสนในการทำงาน มีเป้าหมายของงานชัดเจนร่วมกัน และมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถนำผลที่เกิดขึ้นไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงแผนปฏิบัติการในแต่ละรอบปีต่อไป

2. ประเมินผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผลของการนำรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับพยาบาลวิชาชีพไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริการพยาบาล และมีคุณลักษณะของการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หลังการอบรม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.25, SD 0.45) และผลลัพธ์ของการนำรูปแบบบริการพยาบาลไปใช้ในหอผู้ป่วย พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.05, SD 0.51) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยจำนวน 10 ราย มีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง สอดคล้องกับการศึกษาของโรส[23] ที่พัฒนารูปแบบการปฏิบัติพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยวิธีรังสีรักษาด้วยการใช้แนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์และพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ ที่แผนกรังสีรักษาแห่งหนึ่ง ในเมืองบริสเบน ประเทศออสเตรเลีย โดยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพแผนกรังสีรักษา ใช้เวลาในการศึกษาติดตามเป็นเวลา 1 ปี 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ถึงแม้ว่าจะยังคงได้รับผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของการใช้รังสีรักษาและความผาสุกในชีวิต ส่วนพยาบาลและทีมสุขภาพ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเข้าใจและประทับใจในการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่สำคัญในการนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาคือ ควรปรับเปลี่ยนการดูแลจากรูปแบบเดิมมาเป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างจริงจัง ได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และทรัพยากรต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และการสนับสนุนของผู้บริหารในการเตรียมทีมสุขภาพให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ และสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพในการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงหลากหลายรูปแบบเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้พัฒนาสมรรถนะการบริการพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการบริการพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในการประเมินการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม

References

1. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics A. D. 2019. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. Thai.
2. Pongnikorn P, Daoprasert K, Wongkeaw B, et al. Trends in cancer incidence and mortality in Northern, Thailand, 1993-2017. Lampang: Good work media; 2020. Thai.
3. Jungpanich U. Humanized nursing care: Chemotherapy patients care. Srinagarind Med J. 2007; 22 suppl. Thai
4. Panuthai S. Palliative care nursing for older persons. Nursing Journal. 2020;47(1):454-66. Thai.
5. Yu M, Wang Z. Role of humanized nursing care in relieving cancer pain and improving quality of life of patients with advanced liver cancer. Int J Clin Exp Med. 2020;13(3):1809-15.
6. Avila-Hermosilla AEH, Avarado-Sanhueza O. Intervention of humanized nursing accompaniment and quality of life in people with advanced cancer. ANO.2019;19(3):1-13.
7. Jitnumsup P. Hospital administration focusing on humanistic care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2010;16(2):64-71. Thai.
8. Sanguansiritham U, Sirakamon S. Ethical behaviors of professional nurses. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2017. Thai.
9. Intawat J, Bundasak T, Jangasem N. Humanized care paradigm: the chapter of Gilanadhamma camp. Journal of MCU Peace Studies. 2017;5(2):376-87. Thai.
10. Silva JNB, Gomes ACMS, Guedes HCS, et al. Behavior of nursing professionals and the implementation of humanization policy. R. pesq cuid. Fundam. 2020;12:471-78.

11. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Twenty-year national strategic plan for public health (2017-2036) 2nd revision. Ministry of Public Health; 2018. Thai.
12. Cancer Registry Unit. Cancer statistic Lampang Cancer Hospital A.D. 2019. Lampang: Good work printing; 2020. Thai.
13. Nursing department. Lampang Cancer hospital. Annual report of customer complaints A.D. 2019. Lampang Cancer hospital. Lampang; 2020. Thai.
14. Wangchai W, Boonnak S, Kanchanadit W. et al. Customer Expectations and satisfactions on quality of early cancer screening services at Lampang Cancer Hospital; R2R annually report 2018, Lampang Cancer Hospital; 2018. Thai.
15. Delmas P, O-Reilly L, Cara C, et al. Effects on nurses' quality of working life and on patients' quality of life of an educational intervention to strengthen humanistic practice among hemodialysis nurses in Switzerland: a protocol for a mixed-methods cluster randomized controlled trial. BMC Nursing. 2018;17(47):1-11.
16. Kleiman S. Human centered nursing: the foundation of quality care. Philadelphia:F.A. Davis; 2009.
17. Mezirow J, Taylor EW. Transformative learning in practice: Insights for community, workplace, *and* higher education. San Francisco: CA: Jossey-Bass; 2009.
18. Praditsuwan R. Palliative care with late stage patients [Internet]. 2010 [cited 2021 April 1]; Available from https://www.si.mahidol. ac.th/Th/healthdetail. Thai.
19. Calegari R, Massarollo M, Santos M. Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital. Journal of School of Nursing USP. 2015; 49(2):41-46.
20. Archananuphab S. Learning to change and develop yourself. Bangkok: Moh Chao Ban Publishing House. 2019;40(480):6-8. Thai.
21. Sarathaphan P. Leadership of nursing organizations. [Internet]. 2014 [cited 2021 April 10]; Available from https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/download/meeting/.
22. Worahan V. Strategic management in nursing. Journal of nurses' association of Thailand, north-eastern division. 2013;31(4):6-15. Thai.
23. Rose PMT. Implementation and evaluation of a new model of nursing practice in radiation oncology. Dissertation. Doctor of Philosophy. School of Nursing. Faculty of Health, Queensland University of Technology; 2010.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน ต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

เกษร ทับทอง* พย.บ.(พยาบาลศาสตร์)

พัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล** วท.ม.(พยาบาลสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านมีเจตคติและความตั้งใจ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ 6 เดือน การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่มารดาหลังคลอดปกติ แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 35 คน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามมี 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent t-test และ paired samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน มีประสิทธิผลทำให้มารดาหลังคลอดมีความตั้งใจ และมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกลุ่มอื่น ที่คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน, มารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Correspondence author E-mail: kesorn.tubtong@gmail.com

The Effects of the Breastfeeding Promoting Program for Working Postpartum Mothers on Intention and Behavior to Exclusive Breastfeeding at Kratumban Hospital

Kesorn Tubtong* B.N.S, RN

Patcharin Viriyasirisakul** M.S, Public Health

ABSTRACT

Encouraging working postpartum mothers to have a positive attitude and intention of breastfeeding to succeed in exclusive breast-feeding for 6 month is quite important. The objective of this quasi-experimental study was to investigate the effects of breastfeeding promoting program on intention in exclusive breastfeeding for 6 months and breast-feeding behaviors. The breastfeeding promoting program was developed based on the theory of planned behavior. The sample were divided into 2 groups, in which each group consisted of 35 normal delivery postpartum working mothers. The pre and post-test measures was employed before and after the program intervention. The experimental group participated in 6-sessions activities for 6 weeks. Data were collected using 3-part questionnaires: personal information, intention in exclusive breast-feeding for 6 months, and breast-feeding behaviors. Descriptive data were analyzed using descriptive statistics; while comparison data were analyzed using Independent t-test, and paired samples t-test.

The results revealed that after 6 weeks of participating in the breastfeeding promoting program, the mean score on intention in exclusive breastfeeding for 6 months of the experimental group were significantly higher than before joining the program and significantly higher than the control group ($p < .05$), and breastfeeding behaviors significantly higher than the control group ($p < .001$). The results suggest that the breastfeeding promoting program on intention in exclusive breastfeeding can be used to promote working postpartum mothers. So, the program can be effectively applied to other groups of mothers with characteristics are similar to the mothers in this study.

KEYWORDS: breastfeeding, intention to Exclusive Breastfeeding, working postpartum mothers

Registered Nurse, Kratumban Hospital *

Nurse's instructor in Nursing faculty, Christian University of Thailand **

Correspondence author E-mail: kesorn.tubtong@gmail.com

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ว่าเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ทารกเจริญเติบโต สมบูรณ์ แข็งแรง เสริมสร้างระดับสติปัญญา รวมทั้งยังเป็นการแสดงถึงความรัก และความผูกพันธ์ระหว่างมารดา และบุตรอย่างลึกซึ้ง [1] ในช่วงหนึ่งขวบปีแรกของทารกนั้น ถือเป็นช่วงระยะที่สำคัญของการมีชีวิตรอด และพัฒนาการในด้านต่าง ๆ การที่ทารกได้รับน้ำนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน จะส่งเสริมทำให้มีภูมิต้านทานต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เช่น โรคท้องร่วง การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร โรคปอดบวม และโรคภูมิแพ้ต่าง ๆ มีโอกาสที่จะเป็นโรคอ้วน น้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสม รวมทั้งในระยะยาวยังสามารถช่วยป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน [2] นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังมีประโยชน์ต่อตัวมารดาหลังคลอด คือ ลดความเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอด เพราะในขณะที่มาดาหลังคลอดให้บุตรดูดนม จะทำให้ร่างกายของมารดาหลังคลอดมีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน เพื่อกระตุ้นทำให้มดลูกหดมีการรัดตัวดี และช่วยขับน้ำคาวปลา รวมทั้งทำให้ขนาดของมดลูกหลังคลอดกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น อีกทั้งมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความเสี่ยงน้อยมากที่จะเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และโรคกระดูกพรุน [3]

การรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการ “โรงพยาบาล สายสัมพันธ์แม่ลูก” (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) โดยกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพที่เรียกว่า บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขององค์การอนามัยโลก และใช้เป็นมาตรฐานในการติดตามค่าเป้าหมายของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน [4] ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555- 2559) ตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ไว้ที่ ร้อยละ 30 และเพิ่มเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในปีค.ศ. 2068 ขององค์การอนามัยโลก[4]

การสำรวจสถานการณ์เด็ก และสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2558-2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ข้อมูลสำคัญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียว 6 เดือน ปีพ.ศ. 2555 และ พ.ศ.2559 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 12.3 และ 23.1 ตามลำดับ [5] ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายมาก แม้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมานั้น มีการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วนนมแม่อย่างจริงจังมาโดยตลอด การมีกฎหมายการลาคลอดอย่างน้อย 3 เดือนที่เอื้อต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพนักงานในสถานประกอบการ หรือการอนุญาตให้สามีสามารถลางาน ไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตรได้ รวมทั้งการออกพระราชบัญญัติควบคุมด้านการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ที่ห้ามการโฆษณาประชาสัมพันธ์นมผสมในทุกรูปแบบ

การทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีองค์ประกอบ 2 ส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมของมารดาหลังคลอด ได้แก่ (1) การมีความรู้และประสบการณ์ของมารดาเกี่ยวกับการให้นมบุตร (2) การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (3) การรับรู้อุปสรรค (4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (4) การมีทัศนคติทางบวก (5) มีความตั้งใจ (6) การวางแผนในการให้นมบุตร และ (7) การทราบนโยบายเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ [6-10]

2. ปัจจัยภายนอก หรือปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ได้แก่ (1) อุปสรรคต่อการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ (2) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (3) การได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการพยาบาล (4) การได้รับความสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ย่ายาย และ (5) ระยะเวลาลางานหลังคลอดบุตร หรือการไม่ได้ทำงาน

จากปัจจัยภายใน และภายนอกดังกล่าวข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่า การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนนั้น เป็นทั้งศาสตร์ และศิลป์ เพราะนอกจากการมีนโยบายที่ดี มีพระราชบัญญัติควบคุมด้านการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็ก พ.ศ.2560 และมีกฎหมายที่สนับสนุนแล้ว การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือน ในระดับบุคคลยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเช่นกัน [8-12]

จากความสำคัญที่กล่าวแล้วข้างต้น ผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของผู้ปฏิบัติงานโดยตรงในการดำเนินงานด้านอนามัยมารดา และทารก ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน โดยมีหน้าที่หลักในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จากการวิเคราะห์อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าในปีพ.ศ.2560 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ19.14 ต่อมาในปีพ.ศ. 2561 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 21.36 และในปี 2562 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 22.16 ซึ่งสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนนั้น ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50

การวิเคราะห์สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนย้อนหลัง 3 ปี ในปีพ.ศ.2560-2562 ผู้วิจัยได้สำรวจสภาพปัญหาเบื้องต้น (pilot study) เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยสุ่มสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด จำนวน 20 คน พบว่าร้อยละ 91 เป็นมารดาหลังคลอดที่จำเป็นต้องไปทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 72 เป็นมารดามีบุตรคนแรก ร้อยละ 80 ไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และร้อยละ 90 มีมารดาของตนเอง หรือมารดาของสามีเป็นผู้เลี้ยงดูบุตร และในมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านทั้งหมด ตอบว่า ไม่มั่นใจว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว จนครบ 6 เดือน เพราะว่าต้องไปทำงาน และไม่มีความมั่นใจว่า จะน้ำนมเพียงพอในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 6 เดือน

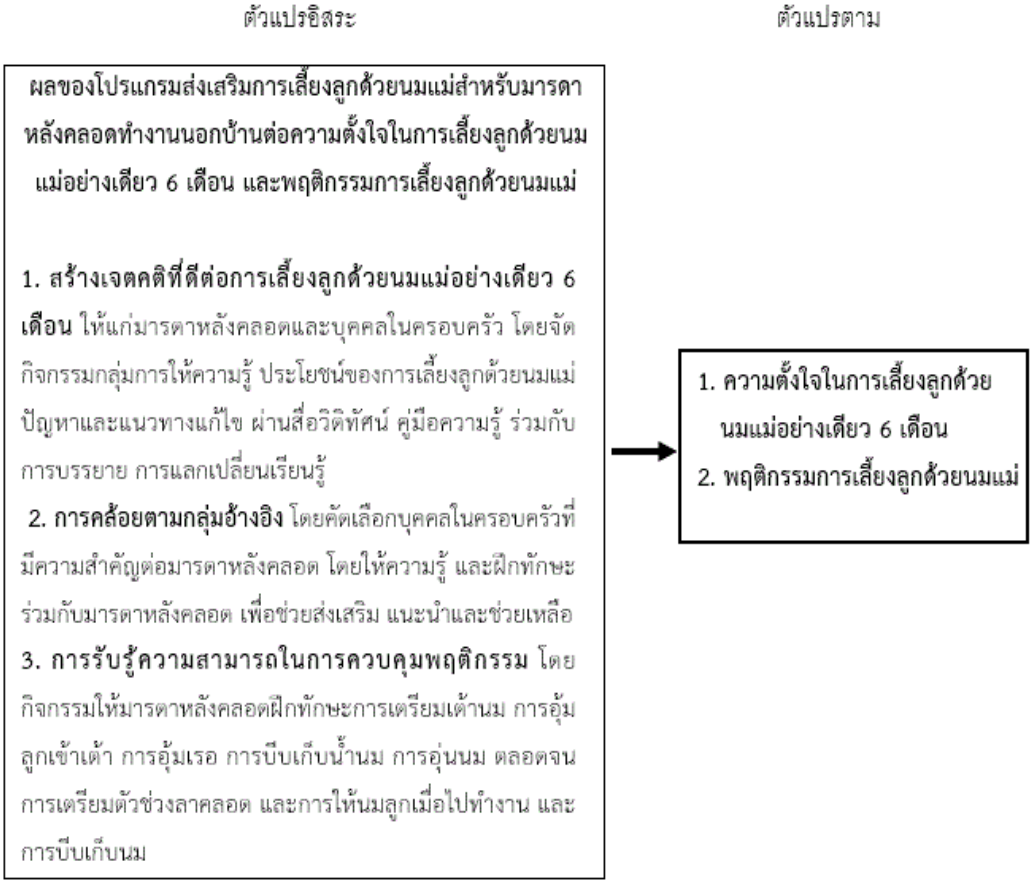
การสำรวจสภาพปัญหาข้างต้นจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีความสอดคล้องกันในประเด็นปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไม่ประสบความสำเร็จนั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่มารดาหลังคลอดต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เมื่อครบกำหนดลาคลอด 3 เดือน ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขาดความต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน เพื่อหากระบวนการกระตุ้นส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ มีแนวทางปฏิบัติตัวด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องไปทำงานนอกบ้าน การสร้างเจตคติที่ดี และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียว 6 เดือน โดยให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นเตือน และช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรเมื่อใสรดาหลังคลอดต้องไปทำงานนอกบ้าน

การทบทวนกรอบแนวคิดทฤษฎี เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถคงไว้ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องไปทำงานนอกบ้าน การสร้างเจตคติที่ดี และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียว 6 เดือนนั้น พบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (the theory of planned behavior) ของเอจเซน[13] เป็นทฤษฎีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหา และความท้าทายเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ซึ่งทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน[13] มีโครงสร้างพื้นฐานจากความเชื่อ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมจะส่งผลต่อเจตคติที่ดี (2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง จะส่งผลต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ (3) ความเชื่อเรื่องความสามารถในการควบคุมตนเองจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอดที่ต้องทำงานนอกบ้าน ในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกระทุ่มแบนได้ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้โครงสร้างหลักตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน[13] 3 ด้าน คือ (1) การสร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้แก่มารดาหลังคลอด และบุคคลในครอบครัวที่เป็นบุคคลอ้างอิง (2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยคัดเลือกบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อมารดาหลังคลอดเพื่อช่วยเหลือเมื่อมารดาหลังคลอดอยู่ที่บ้าน และ (3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านที่มารับบริการในหอผู้ป่วยสูตินรีเวช โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ระหว่างวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2563 ถึง วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2564 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power [14] โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 ความความเชื่อมั่น 95% โดยปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างมีจำนวนไม่เพียงพอจากการขอลาออกจากการศึกษา ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน และคัดเลือกแบบสุ่ม (random assignment) เข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่

(1) มารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน อายุ 20-35 ปี มีสัญชาติไทย อ่านเขียนภาษาไทยได้

(2) มีบุตรคนแรก โดยไม่จำกัดจำนวนการตั้งครรภ์

(3) คลอดบุตรทางช่องคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ และอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์

(4) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมารดามีเต้านมและหัวนมปกติ

(5) พักอาศัยร่วมกับบุตรในเขตอำเภอกระทุ่มแบน

(6) มีบุคคลในครอบครัว 1 คนที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มอ้างอิงตลอดการทดลอง

(7) สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยโดยลงนามในเอกสารยินยอมตนด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออกจากการทดลอง (exclusion criteria) ได้แก่

(1) ขอออกจากการศึกษาก่อนสิ้นสุดการทดลอง

(2) ย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการวิจัย

(3) ไม่สามารถติดต่อได้ในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป

(4) บุตรมีภาวะตัวเหลือง

(5) ไม่มาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ตามนัดที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

เครื่องมือในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ รายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมของเอจเซน[13] มีคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

(1) ข้อมูลทั่วไปของมารดา และทารก

(2) แบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ

(3) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 33 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ เท่ากับ 0.90 และ 0.86 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน จำนวน 20 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ 0.84 และ 0.82 ตามลำดับ โดยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลอง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และภาพพลิกสื่อการสอน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ด้วยการใช้ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (OIC) ของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแผ่นพลิกสื่อการสอน เท่ากับ 1.00 เครื่องเล่นแผ่นซีดี แผ่นซีดี รูปภาพต่าง ๆ เต้านมสาธิต เครื่องปั๊มน้ำนม ถุงและอุปกรณ์เก็บน้ำนม ถ้วยป้อนนม รายละเอียดของการจัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฯ แสดงในตารางที่ 1

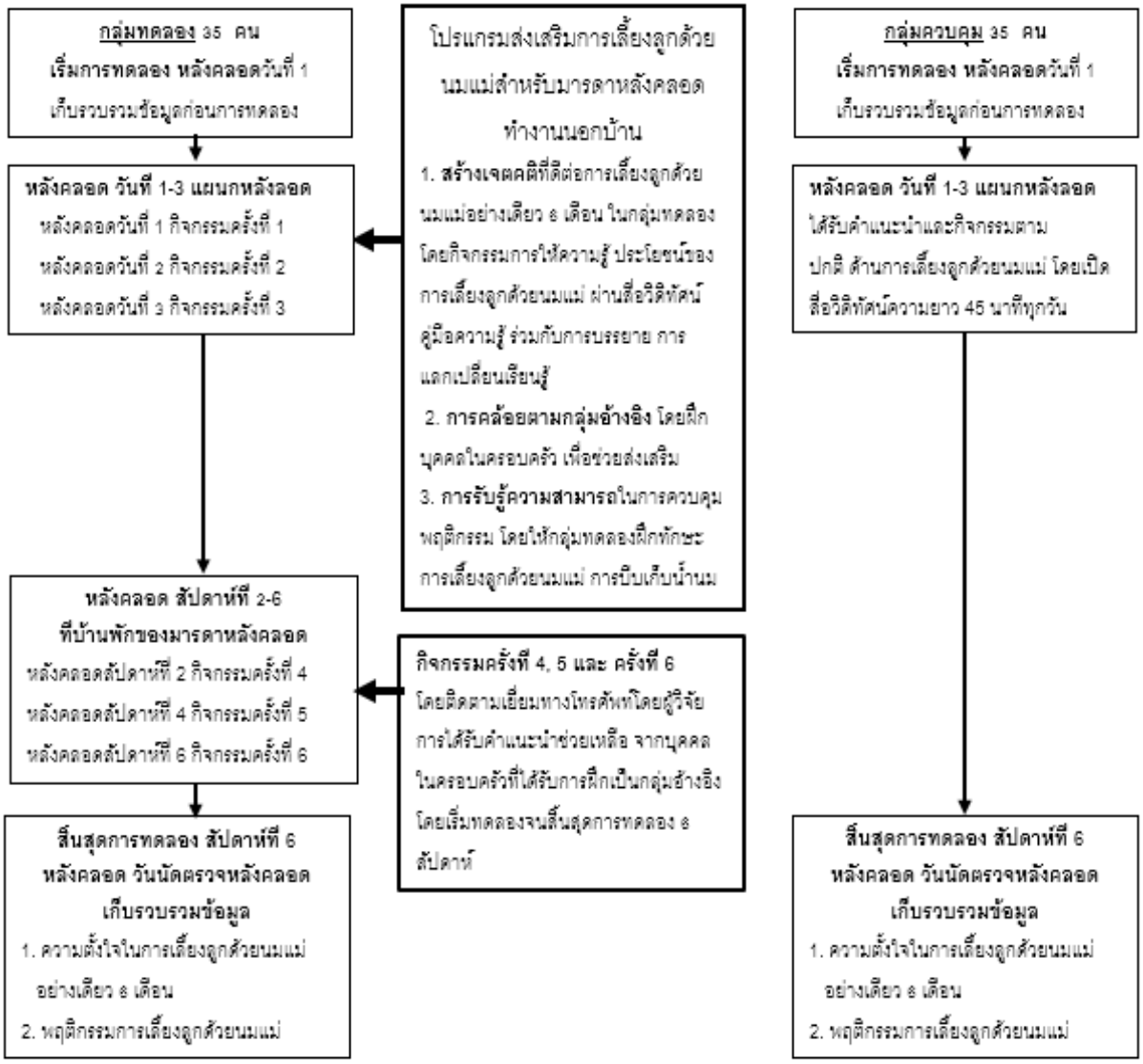
ตารางที่ 1 โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การส่งเสริมตามหลักพฤติกรรมตามแผน	**กิจกรรม**	**ระยะเวลา/สถานที่**
ครั้งที่ 1, 2 **และ** 3 1. สร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	- กิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างสัมพันธภาพ - เปิดวิดิทัศน์ความรู้และประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - สาธิต และให้ฝึกทักษะการให้นมลูก ท่าการอุ้มลูกดูดนม การเข้าเต้า การอมหัวนม การให้ดูดจนเกลี้ยงเต้า การอุ้มเรอ รวมทั้งการบีบเก็บน้ำนม การใช้เครื่องปั๊มนม การป้อนนมจากถ้วย การเก็บน้ำนมในตู้เย็นและ และตลอดกิจกรรมบุคคลในครอบครัวที่เลือกเป็นกลุ่มอ้างอิงจะเข้าร่วมกิจกรรมคู่กับกลุ่มทดลองทุกครั้ง - กลุ่มทดลองจับคู่กับบุคคลในครอบครัว เพื่อฝึกทักษะการเตรียมตัวช่วงลาคลอด และการให้นมลูกเมื่อไปทำงาน และการบีบเก็บน้ำนมเมื่ออยู่ที่ทำงาน โดยกลุ่มอ้างอิงจะได้รับการฝึกทักษะการป้อนนมด้วยถ้วยเพิ่มเติม - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มในปัญหาและอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกบ้าน รวมทั้งแนวทางแก้ไขต่าง ๆ	- ครั้งละ 45 นาที - แผนกสูติ-นรีเวชกรรม ห้องนมแม่ - จำนวนที่เข้ากลุ่มครั้งละ 4-8 คน

ตารางที่ 1 โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฯ (ต่อ)

การส่งเสริมตามหลักพฤติกรรมตามแผน	**กิจกรรม**	**ระยะเวลา/สถานที่**
ครั้งที่ 1, 2 **และ** 3 3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ต่อ)	- เปิดโอกาสให้แต่ละคนได้เล่าประสบการณ์ ความรู้สึก ความมุ่งมั่นที่คิดว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ - มอบคู่มือ และแผ่นซีดีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดาหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนการฝึกทักษะที่บ้าน	
ครั้งที่ 4, 5 **และ**6 การติดตาม และสอบถามปัญหา รวมทั้งให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง	- ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกลุ่มทดลองตามวันและเวลาที่นัดไว้ในสัปดาห์ที่ 4, 5, 6 โดยซักถามปัญหาต่าง ๆ และให้กำลังใจในการปฏิบัติ ทั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่เป็นกลุ่มอ้างอิงที่ได้รับการฝึกทักษะแล้วตลอดระยะเวลาหลังคลอด 6 สัปดาห์	- คนละ 15-20 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เลขที่ 032/63 พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ของการศึกษาวิจัย การตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุ หรือพาดพิงถึงตัวบุคคล นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม แผนการดำเนินการวิจัยแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภาพดำเนินการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent และ paired t-test

ผลการวิจัย

มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 24.60 และ 24.60 ปี ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 เท่ากัน มีอาชีพเป็นพนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 85.72 และ 71.43 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 48.85 และ 45.72 ตามลำดับ รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 19,897.14 บาท และ 20,642.86 บาท ตามลำดับ หลังคลอดได้ลางาน 3 เดือน ร้อยละ 85.72 และ 80.00 ตามลำดับ และมีบุคคลอ้างอิงเป็นสามี ร้อยละ 82.86 และ 88.57 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

การเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สูงกว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน	N	Mean	SD	*t*	*p*
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	35	91.26	14.31	-3.87	0.000
หลังการทดลอง	35	98.29	9.89		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	35	86.51	18.64	-3.68	0.001
หลังการทดลอง	35	92.46	14.20		

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ามาดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	N	Mean	SD	*t*	*p*
กลุ่มทดลอง	35	131.26	10.31	7.230	0.000
กลุ่มควบคุม	35	113.74	9.95		

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผล ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 พบว่า ภายหลังการทดลอง มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน มีการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน กล่าวคือ มีคาวมตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .001 และ .05 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นผลมาจากมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ เอจเซ็น[13] และการจัดกิจกรรมให้กับมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลอง

โดยกำหนดให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมตามโครงสร้างหลัก 3 ประการของทฤษฎีตามแผนเอจเซ็น[13] เพื่อให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ดังนี้

1. การเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1, 2 และ 3 โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ความรู้ และประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านสื่อวิดิทัศน์และคู่มือความรู้ ร่วมกับการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ร่วมกับการได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยในการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4, 5 และ 6 ซึ่งเป็นกิจกรรมกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองจะได้รับการส่งเสริมสนับสนุน และช่วยเหลือจากกลุ่มอ้างอิง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ที่ได้รับการฝึกทักษะร่วมกับมารดาหลังในกลุ่มทดลอง

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 และ 3 โดยให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการเตรียมเต้านม การอุ้มลูกเข้าเต้า การอุ้มเรอ การบีบเก็บน้ำนม การอุ่นนม ตลอดจนการเตรียมตัวในช่วงลาคลอด และการให้นมลูกเมื่อกลับไปทำงาน และการบีบเก็บน้ำนมในที่ทำงานที่ถูกต้อง โดยการฝึกทักษะ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองจะต้องกระทำ และทบทวนด้วยตนเองทุกขั้นตอน จนทำให้มีความมั่นใจในตนเอง ดังนั้น เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการมีเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร่วมกับการมีบุคคลอ้างอิงคอยสนับสนุนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการฝึกทักษะจนมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จึงเป็นผลทำให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่า มารดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทดลองที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาริน ด่านเทศ [15] ซึ่งจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมเจตคติที่ดี และความตั้งใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยให้ความรู้ การค้นหาเจตคติเดิม เปิดโอกาสให้เปิดเผยความรู้ ความเชื่อเดิม เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมเจตคติที่ดี ร่วมกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยให้บุคคลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจมีทัศนคติที่ดี และตั้งใจสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสอดคล้องกับ นภา ศรีทองใบ [16] โดยจัดโปรแกรมส่งเสริมความตั้งใจ และระยะเวลาที่ตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยให้ความรู้ในบทบาทของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือการวิจัยของ ไซดิ และคณะ [17] โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กลุ่มทดลอง มีความรู้ และทัศนคติทางบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับให้สามีเป็นบุคคลอ้างอิง เพื่อคอยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ เจฮูนี และคณะ [18] และ ยู่ชิว และคณะ [19] โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำแนะนำเพื่อให้มีความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และกลุ่มอ้างอิงเป็นสามี หรือมารดา เพื่อร่วมส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการศึกษาทดลองข้างต้นทั้งหมด พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ทัศนคติทางบวก และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว สูงกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานข้อที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลอง มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน มาดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดีกว่ามารดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุม ซึ่งตามโครงสร้างหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซ็น[13] ได้สรุปว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ได้สำเร็จนั้น เป็นผลมาจากการที่บุคคลนั้นมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก่อน ร่วมกับการได้รับการส่งเสริมให้รับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม จึงจะเกิดเป็นพฤติกรรมตามความตั้งใจนั้นได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อส่งเสริมการมีเจตคติที่ดี ร่วมกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนทำให้เกิดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลอง ตามสมมุติฐานที่ 1 ดังกล่าวข้างต้น ทำให้เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองจึงมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทดลอง

ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรษชล พิเชียรวิไล [20] โดยพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน ผ่านการจัดกิจกรรมทดลอง (1) การสร้างทัศนคติและความเชื่อที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอด การอภิปรายถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ ย่า/ยาย ใช้การให้ความรู้แก่ย่า/ยาย การสาธิต ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของย่า/ยาย และฝึกทักษะของย่า/ยาย (3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จผ่านกระบวนการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสูงกว่ากลุ่มควบคุม หรือการศึกษาของ เดลเล็น และคณะ [21] เจฮูนี และคณะ [18] และ จู และคณะ[22] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในมารดาหลังคลอด ซึ่งการจัดกิจกรรมประยุกต์ตามตัวแปรหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนคือ สร้างทัศนคติทางบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้ความรู้อย่างครอบคลุมด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว การเลือกสามี หรือมารดาของกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มอ้างอิง และการฝึกและพัฒนาทักษะต่างๆด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ยาวนานกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยเชิงนโยบาย

หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ควรจัดให้มีการฝึกอบรมพยาบาลผู้ที่มีบทบาทด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้มีทักษะในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติงาน

ควรจัดกิจกรรมให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง

เดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านการจัดกิจกรรมทั้ง 3 ด้านดังนี้ 1) สร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้แก่มารดาหลังคลอดและบุคคลในครอบครัวที่เป็นบุคคลอ้างอิงโดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้ ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยคัดเลือกบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อมารดาหลังคลอด เพื่อช่วยส่งเสริม แนะนำและช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยกิจกรรมให้มารดาหลังคลอดได้ฝึกทักษะจนมีความมั่นใจด้าน การเตรียมเต้านม การอุ้มลูกเข้าเต้า การอุ้มเรอ การบีบเก็บน้ำนม

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ วัดผลการทดลองภายในเวลา 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งอาจสั้นเกินไป ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูล และวัดผลการทดลองที่ระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการทดลอง ว่าส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือนได้ตามค่าเป้าหมายจริงหรือไม่

References

1. Godfrey J, Lawrence, R. Toward optimalh health: The maternal benefts of breastfeeding. Journal of Women's Health. 2010;19(9):1597-1602.
2. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, Tselentis Y and Galanakis E. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: A prospective study. Arch Dis Child. 2010;95(12):1004-8.
3. Weerapong Chattranon. Why Breastfeeding, In: Nipan Woramongkol, eds. Training manual breastfeeding specialist. Bangkok: War Veterans Organization of Thailand; 2010. Thai.
4. World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding (Revised 2018). Geneva: WHO Document Production Service; 2019.
5. National Statistical Office of Thailand. Multiple Indicators Cluster Survey: MICS, Surveying the situation of children and women In Thailand 2016. Bangkok: NSO Press; 2016. Thai.
6. Fitria SU. Factors related to exclusive breastfeeding behavior among postpartum mothers with six-month-old infants in Yogyakarta, Republic of Indonesia. [Thesis] . Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. Thai.
7. Jiranun Weerakul. Factors Associated with success in promoting exclusive breastfeeding for 6 months in Naresuan University Hospital. Proceeding of the National Academic Conference "Naresuan Research" 12th; 2016 Juily 21-22; Phitsanulok: Thailand. Thai.
8. Pataraporn Chuprapan, Weena Thiangthum, & Panun Pichayapinyo. Factors influencing exclusive breastfeeding within a 6 months' period among mothers in South Central Region of Thailand. Proceeding of Graduate research conference; 2014; Khon Kaen: Thailand. Thai.
9. Natthaporn Chanthanyakam. Factor predicting behaviors for breastfeeding postpartum women in Wachirabaramee distric, Prichit Province. Thai.
10. Kanetporn Techasoavapak. Infuencing factors to 6 months exclusive breastfeeding among mothers in Bangkok metropolitan. [Thesis]. Bangkok: Mahidol university; 2011. Thai.
11. Jettapon Sangkla. Factor associated with exclusive breastfeeding: A case study in semi-urban area, Kanchanabury. [Thesis]. Bangkok: Mahidol university; 2014. Thai.
12. Chayapa chaisuwan. Predictive power of support of husbands, grandmothers and nurses on duration of exclusive breastfeeding. [Thesis]. Bangkok: Mahidol university; 2011. Thai.
13. Ajzen I. The theory of planned behavior. oOrganization behavior and human decision processes. 1991; 50(2): 179-211.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang, A.G, & Buchner, A. G*Power 3 : A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39: 175-91.

15. Darin Danthes. Effects of breastfeeding promoting program for working pregnant woman on attitude and intention to exclusive breastfeeding. [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016. Thai.
16. Napa Sritongbai. Effectiveness of promoting family participation in breastfeeding program of primigravida pregnant women. [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016. Thai.
17. Zeidi M, Hajiagha AP, & Zeidi B.M. Effectiveness of educational intervention on exclusive breast feeding in primipara women: application of planned behavior theory. Razi Journal of Medical Sciences. 2015; 127(21): 12-23.
18. Jeihooni AK., Kashfi SM., Harsini P.A. Impact of an educational intervention on breastfeeding behaviour among pregnant women. British Journal of Midwifery. 2019; 27(1). 131-40.
19. Yu Z, Zhihong Z, Zhang Yu, & Hongwei W. Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. Women and Birth. 2017; 30(2): 146-52.
20. Wassachol Pichianwilai. The effect of a planed behavior program on excvlusive breastfeeding behavior among working mothers. . [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. Thai.
21. Dellen SA, Wisse B, Mobach M.P, & Dijkstra A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. BMC Public Health. 2019;(19): 1-12.
22. Gu Y, Zhu Y, Zhang Z, & Wan H. Effectiveness of a theory-based breastfeeding promotion intervention on exclusive breastfeeding in China: A randomised controlled trial. Midwifery. 2016; 42(1): 93-99.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สรินดา น้อยสุข* พย.ม.
พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์** พย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์ คือ (1) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี (2) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ปี (3) ไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัล (4) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ (5) ยินดีให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และ (6) มีค่าคะแนนการประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (3) เสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (4) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (5) เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง และ (6) สรุปกิจกรรมกลุ่ม เครื่องมือเก็บรวมรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (2) แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ (3) โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: ภาระการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Corresponding e-mail: pimpimol@bcnsprnw.ac.th

The Effects of Empowerment Program on Caring Burden for Caregivers of Persons with Schizophrenia

Sarinda Noisuk* M.N.S.

Pimpimol Rueangrit** M.N.S.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of empowerment program on caring burden for caregivers of persons with schizophrenia. A sample of 20 caregivers were purposively recruited according to the criteria: (1) aged between 20-60 years, (2) be the primary caregiver who has been continuously taking care of the patients for more than 2 years, (3) did not get any compensation, wages or rewards, (4) resided in Nakhonsawan Province, (5) willing to collaborate and voluntarily participate in the research project, and (6) the burden assessment scores of the caregivers of the schizophrenia patients were at a moderate to a high level. The research instrument included the empowerment program, developed by the researcher in which consisted of 6 activities: (1) relationship building (2) exchange experiences about the disease and caring for the schizophrenic (3) foster empowerment on caring of the schizophrenia patients (4) exchange experiences in caring of the schizophrenia patients (5) strengthen self-confidence on continuous caring of the schizophrenia patients, and (6) summary of group activities. Date were collected using: (1) caregivers' demographic data questionnaire, (2) caring burden questionnaire of caregivers of the schizophrenia patients, and (3) the schizophrenic caregivers' empowerment program. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results showed that the average caregiving burden scores of caregivers of the schizophrenia patients after entering the developed empowerment program was lower than before entering the developed empowerment program at statistically significant level of .001.

Key words: caregiving burden, caregivers of persons with schizophrenia, empowerment program

* Registered Nurse, Senior professional level, Nakhonsawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital

** Registered Nurse, Senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan

Corresponding e-mail: pimpimol@bcnsprnw.ac.th

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มาก และมีความสำคัญเป็นอันดับแรก ๆ เมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่น มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลกและมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 2 ล้านคนต่อปี[1] ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศในปี พ.ศ.2558-2560 มีจำนวน 44,759 ราย 99,759 ราย และ 99,865 ราย ตามลำดับ[2]

สถิติของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ พบว่า ในปีงบประมาณ 2558-2560 ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ มีจำนวน 13,743 ราย, 12,007 ราย และ 10,708 รายตามลำดับ[3]

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแล และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลกระทบทำให้ผู้ดูแลคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลหรือจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดหวัง หมดกำลังใจ และรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจของตนเอง[4]

การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล และครอบครัวอย่างมาก เนื่องจากเป็นภาระในระยะยาวนาน หรือตลอดชีวิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งมักจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ รายละเอียด ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ดูแลอาจนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หรือรับประทานอาหารได้น้อย ทำให้สุขภาพทรุดโทรม

2. ด้านจิตใจ และอารมณ์ พบว่าผู้ดูแลรู้สึกเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย หวาดกลัว และจะเกิดความเครียดสูงสุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น

นอกจากนี้ การศึกษาของ Doombos[5] พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจลดน้อยลง ผู้ดูแลหลายคนมักจะมีสุขภาพแย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาการนอนหลับ และมีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน

Montgomery &et al.[6] กล่าวถึงภาระในการดูแลซึ่งแบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ (1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) และ (2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) รายละเอียดดังนี้

1. ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเป็นทุกข์ความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นการที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต

2. ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลงการมีกิจกรรมทางสังคมลดลงหน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการลดความรู้สึกเป็นภาระ (burden) เพิ่มความสามารถและศักยภาพให้ผู้ดูแลมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงบทบาทอิสระของพยาบาลจิตเวช และเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ถ้าหากผู้ดูแลไม่มีความสามารถ สูญเสีย

พลังอำนาจหรือไม่มีความพึงพอใจในความสามารถของตน รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สนใจดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และรับรู้พลังอำนาจของตนเองที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดพลังในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

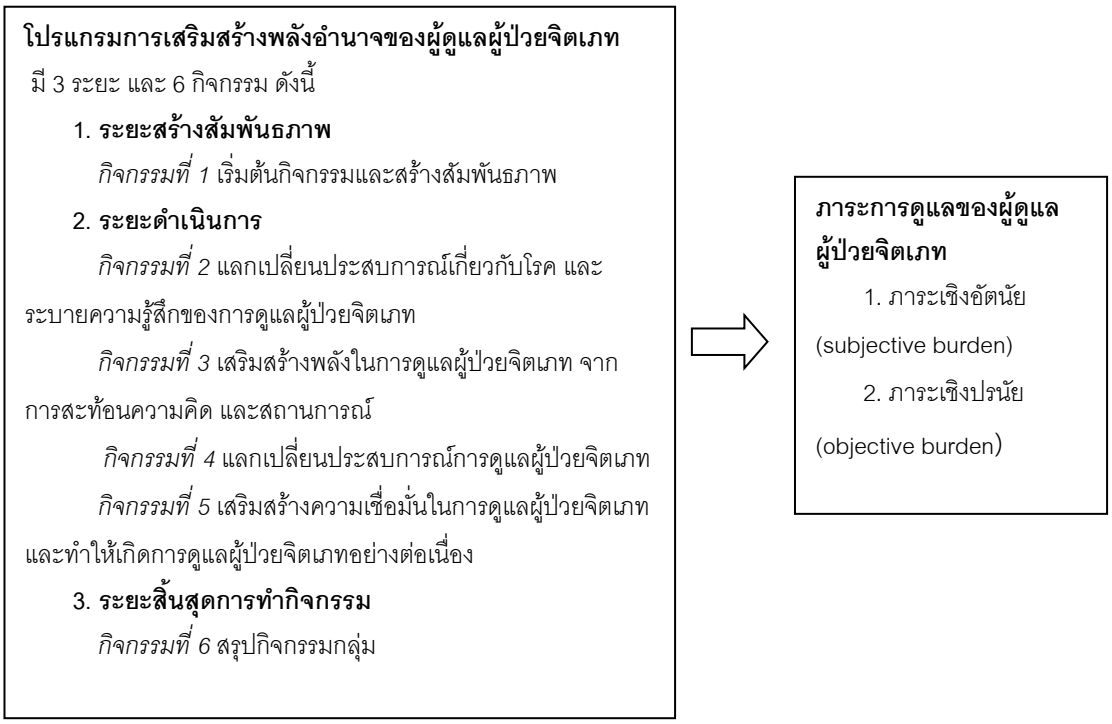
เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดทฤษฎีของ Gibson[7] รายละเอียดของกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องนี้ แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (one group pre-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการเข้าโปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คนที่เป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี

2. เป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 2 ปี

3. ไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัล

4. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์

5. ยินดีให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

6. ได้รับการประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีค่าคะแนนการประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2) แบบสอบถามภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล เป็นแบบวัดภาระการดูแลของ Montgomery et al.[6] ที่ดัดแปลง และแปลเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยชำนิ[8] มี 2 ส่วน ได้แก่

2.1 ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ

2.2 ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง แผนกผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.89

2. เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson[7] ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็น 3 ระยะ และมี 6 กิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 1 การเริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างความรู้จักคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจกันในกลุ่ม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์การดูแล และอภิปรายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อพัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการสะท้อนความคิดและสถานการณ์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูล และระบายความรู้สึกที่มีต่อตนเองและผู้ป่วย และเกิดความ

ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล เป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล

กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการนำไปปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยและกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมถึงการนำไปปฏิบัติจริง มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้น ส่งเสริมให้กำลังใจ เป็นผู้ตอบข้อสงสัยและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมุ่งมั่นในการดูแล ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ถ้าพบปัญหาในการปฏิบัติการดูแล ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา โดยผู้ดูแลจะมีความรู้สึกมั่นใจ มีพลัง มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติและสามารถนำวิธีการแก้ปัญหานั้นไปใช้ได้ในครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 การสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นระยะสุดท้ายของการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อสรุปผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด และให้กำลังใจสมาชิกในการคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1) เตรียมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล บุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บข้อมูล การใช้สถานที่ และวัน เวลาในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการทดลอง

2) เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ เป็นผู้ที่มีความรู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และมีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามวันและเวลาที่กำหนด เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม การทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง ใช้เวลานาน 60-90 นาที กลุ่มตัวอย่างทุกคน ต้องเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมของตนจนครบทั้ง 6 กิจกรรม การทำกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างนำวิธีการที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการบันทึก และวิเคราะห์กระบวนการกลุ่มภายหลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมทุกครั้ง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องตอบแบบสอบถามภาระการดูแลของผู้แลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนดำเนินการทดลองและหลังจากสิ้นสุดการทำกิจกรรมครั้งที่ 6 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อน และหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เลขที่ 06/2560 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล การตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยการทดสอบค่าที (dependent t-test)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 30 สถานภาพคู่ ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45 รองลงมา คือ รับจ้าง ร้อยละ 30 รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 50 มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดามารดา ร้อยละ 60 เป็นสามีภรรยา ร้อยละ 20 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนาน 6-10 ปี ร้อยละ 60 ระยะเวลา 2-5 ปี ร้อยละ 30

คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาระเชิงอัตนัย ภาระเชิงปรนัย และภาระโดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงอัตนัยลดลงจาก 2.98 เป็น 2.33 ลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.65 โดยลดลงทั้ง 20 คน และคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงปรนัยลดลงจาก 3.11 เป็น 2.28 ลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 โดยลดลงจำนวน 18 คน และเท่าเดิม จำนวน 2 คน คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมลดลงจาก 3.05 เป็น 2.31และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.74 โดยลดลงทั้ง 20 คน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (N 20 คน)

คนที่	ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระรายด้าน และ โดยรวม		
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง					
	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม
1	3.08	3.33	3.21	2.67	2.42	2.55	0.41	0.91	0.66
2	3.08	2.92	3.00	2.42	2.42	2.42	0.66	0.50	0.58
3	3.25	3.42	3.34	2.67	1.83	2.25	0.58	1.59	1.09
4	2.92	2.92	2.92	2.25	2.92	2.59	0.68	0.00	0.34
5	2.67	2.67	2.67	2.25	1.83	2.04	0.42	0.84	0.63
6	3.08	3.17	3.13	1.92	2.50	2.21	1.16	0.67	0.92
7	2.75	2.92	2.84	1.92	1.50	1.71	0.83	1.42	1.13
8	3.25	3.17	3.21	2.42	2.42	2.42	0.83	0.75	0.79
9	2.67	2.67	2.67	2.42	2.67	2.55	0.25	0.00	0.13
10	2.75	2.92	2.84	2.25	1.83	2.04	0.50	1.09	0.80
11	2.92	3.33	3.21	2.25	2.25	2.25	0.67	1.08	0.88
12	2.67	3.42	3.05	1.92	2.67	2.30	0.75	0.75	0.75
13	2.92	3.17	3.05	2.67	2.67	2.67	0.25	0.50	0.38
14.	3.42	3.25	3.34	3.08	2.42	2.55	0.34	0.83	0.59
15.	2.42	3.17	3.25	2.25	1.83	2.04	0.17	1.34	0.76
16.	2.92	3.33	3.13	2.25	2.42	2.34	0.67	0.91	0.79
17.	3.08	3.17	3.13	2.00	2.42	2.21	1.08	0.75	0.92
18.	3.33	2.92	3.13	1.92	2.00	1.96	1.41	0.92	1.17
19.	3.08	3.17	3.13	2.75	2.25	2.50	0.33	0.92	0.63
20.	3.33	3.25	3.29	2.25	2.42	2.34	1.08	0.83	0.96
Mean	2.98	3.11	3.05	2.33	2.28	2.31	0.65	0.83	0.74
SD	0.27	0.23	0.34	0.32	0.37	0.25	0.39	0.40	0.26

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	คะแนนภาระการดูแล		t	df	p-value
	Mean	SD.			
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.05	0.34	12.52	19	.000
หลังการทดลอง	2.31	0.25			
ภาระเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	2.98	0.27	8.64	19	.000
หลังการทดลอง	2.33	0.32			
ภาระเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	3.11	0.23	9.36	19	.000
หลังการทดลอง	2.28	0.37			

* p< 0.001

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุภาพร แนวบุตร ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ[9] และสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมคิด ปุณศิริ ที่พบว่าผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้รับความรู้และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้เกิดการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพอย่างเป็นขั้นตอนผ่านกระบวนการกลุ่ม[10] ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า การดำเนินกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม และรายด้าน ดังนี้

การดำเนินกิจกรรมที่ 1 เป็นการเริ่มต้นกิจกรรม และการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน และกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นการดำเนินการที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของตนเอง เป็นการสร้างแรงจูงใจ และชี้ให้ผู้ดูแลเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่ม ถือเป็นการสนับสนุนทางสังคม

ด้านการยอมรับ และมองเห็นคุณค่าที่เกิดขึ้นจากกระบวนการกลุ่ม โดยเป็นการช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง รู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง และไม่รู้สึกถึงความแปลกแยกจากสังคม[8] ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง มีพลังที่จะดูแลตนเอง และผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลงได้

การดำเนินกิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดำเนินการในครั้งนี้ช่วยทำให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหา และความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น รวมถึงทำให้เกิดการแบ่งปันความรู้สึกจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีโอกาสระบายความรู้สึกทั้งทางบวก และทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง เนื่องจากมีการรับรู้ว่ายังมีบุคคลอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกับตนเอง ประกอบกับการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยมีผู้วิจัยช่วยเสริมในส่วนที่ขาด และสนับสนุนข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

การดำเนินกิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการสะท้อนความคิด และสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ระบายความรู้สึกของตนเองที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สถานการณ์ และบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การส่งเสริมบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มองเห็นความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย และเกิดพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด ตรีราภี[11] ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย และความรู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ ทำให้เต็มใจยอมรับภาระการดูแลต่อไป

การดำเนินกิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เน้นการนำไปปฏิบัติ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน ทำให้มีความเข้าใจกัน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มยอมรับคำแนะนำ และความคิดเห็นจากผู้ดูแลคนอื่น ๆ โดยผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มจะได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีส่วนส่งเสริมทำให้เกิดการเรียนรู้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะเครียด มีความมั่นใจในการตัดสินใจ มีความหวังในชีวิตมากขึ้น รู้สึกมีพลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสุข และพึงพอใจ มีความรู้สึกถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในสังคมจะทำให้ความรู้สึกถึงภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง

นอกจากนี้ กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกิจกรรมที่ 6 การสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากที่ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในความดูแลของตนเอง นำไปทดลองปฏิบัติ ร่วมกันประเมินผล ทำให้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และเมื่อการดูแลตามวิธีที่เลือกนั้นประสบความสำเร็จจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ขั้นสรุปกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยประเมินผลทางบวก และการให้กำลังใจซึ่งกันและกันจากผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเอง มีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และของตนเองเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลทำให้ลดภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นความรู้สึกทางบวก ทำให้ผู้ดูแลเข้มแข็ง มีความหวังและกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมทั้งมีทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถปรับรูปแบบและระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม

2. บุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป สามารถนำวิธีการของกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เพื่อลดภาระของผู้ดูแล และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของภาระการดูแล และเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสมทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างดีที่สุดต่อไป

2. ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ญาติหรือผู้ดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับออกสู่ชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ มีกำลังใจ ไม่ย่อท้อต่อการดูแลผู้ป่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
2. Department of Mental Health. Annual report on the number of patients under the Department of Mental Health Ministry of Public Health. Nonthaburi; 2017. Thai.
3. Nakhonsawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Annual Report Nakhonsawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2017. Thai.
4. Parker B.A. Living with mental illness: the family as caregiver. Journal of Psychosocial Nursing. 1993;31(3):19-21.
5. Doombos M.M. Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams. Archives of Psychiatric Nursing. 2002;16(1):39-46.
6. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations. 1985;34(1):19-26.
7. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995; 21(6):1201-10.
8. Nopparat Chaichumni. Effects of using holistic caring program for caregiver on burden and capabilities in caring for schizophrenic patients [Thesis]. Bangkok: Chulalongkon University; 2001. Thai.
9. Supaporn Naewbood. Effects of Empowerment program on Self-care Ability of a Family Caregiver. Journal of Nursing and Education. 2015;8(4):30-40. Thai.
10. Somkid Punasiri, et al. The Effects of Empowerment Program on The caregiver's ability for Stroke Patients. Journal of Nursing Division.2009; 36(3): 47-57. Thai.
11. Somkid Treerapee. Effects of using empowerment program on burden of psychiatric patients' caregivers. (dissertation). Bangkok: Chulalongkon University; 2002. Thai.

ผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละอุ่น จังหวัดระนอง

กชมล นีติโสภณ* พ.ย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
การพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
ศิราณีย์ ช่วยชะนะ** พ.ย.บ (การพยาบาลและผดุงครรภ์)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (pre- experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน คัดเลือกตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ภาพเบาหวานขึ้นจอตาในระยะต่างๆ เครื่อง Fundus camera แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้ Cronbach's coefficient alpha ได้ค่า 0.89 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และ pair t- test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.30 เป็นเพศหญิง โดยร้อยละ 46.60 ป่วยเป็นเบาหวานนานประมาณ 2-11 ปี ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนั้น ควรใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ไปใช้ในคลินิกเบาหวาน เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, เบาหวานขึ้นจอตา, การสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
Corresponding email: sp.suksumran@gmail.com
** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลละอุ่น

Effects of Diabetic Retinopathy Images and Self-Management Support of Type 2 Diabetic Patients, La-Un Hospital, Ranong Province

Kotchamon Neetisophon* M.N.S. (Family Nurse Practitioner)
Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner
Siranee Chauychana** B.N.S. (Nursing)

Abstract

This pre-experimental research study aimed at comparing self-management behaviors of type-2 diabetic patients and their blood sugar levels at pre-post activity participation. A sample of 30 type-2 diabetic patients visiting the diabetic clinic was randomly recruited through drawing technique. The research instruments consisted of different stages of diabetic retinopathy images, fundus camera, and questionnaires on personal information and self-management behaviors of the diabetic patients. Content validity of the questionnaires was assessed by 3 experts and reliability was examined using Cronbach's coefficient with a value of 0.89. Data were collected during June 2019-January 2020 and were analyzed using mean, standard deviation, percentage, and pair t- test.

The results revealed that the majority of diabetic patients was female (63.30%) and has been diagnosed with type-2 diabetes approximately 2-11 years (46.60%). After participating in the activities, self-management behaviors of the diabetic patients were significantly increased ($p < .001$); while their blood sugar levels were significantly decreased ($p < .05$). Those results demonstrated that the blended of diabetic retinopathy images and diabetic self-management support could encourage the patients to better perform self-management behaviors, thereby reducing their blood sugar levels. Therefore, diabetic retinopathy images and diabetic self-management support should be applied in the diabetic clinic to motivate and promote the patients' diabetic self-management behavior continuously, that leads to well control of their blood sugar levels.

Key words: Type 2 diabetes patients, diabetic retinopathy, diabetes self-management support

* Registered Nurse, Professional Level, Ranong Provincial Health Office
Corresponding e-mail: sp.suksumran@gmail.com
** Registered Nurse, Professional Level, La Un Hospital

บทนำ

เบาหวานขึ้นจอตา เป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดในผู้ป่วยเบาหวาน หากปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษาองค์การอนามัยโลก ได้ประเมินผู้ป่วยตาบอดที่มีสาเหตุมาจากเบาหวานขึ้นจอตาทั่วโลกร้อยละ 4.8 คิดเป็น 1.8 ล้านคน ส่วนในประเทศไทยพบเบาหวานขึ้นจอตาเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดทั้งหมดร้อยละ 5.1[1] และร้อยละ 10 ที่มีสายตาเลือนลาง[2] สาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดเบาหวานขึ้นจอตาเร็วขึ้นเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมได้และปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและระยะเวลาการเกิดโรค[3] นอกจากนี้ การศึกษาของกัญญ์ชิสา วงศ์ไชยกิจ, ชยวิญญ์ ขจิตตานนท์ และ ชื่นฤทัย ยี่ขัน[4] พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตามีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตา และการศึกษาของพราวมาศ วิมลธรรม และนิรมล เมืองโสม[5] พบว่า การควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะจอประสาทตาผิดปกติ ดังนั้น การป้องกันการเกิดเบาหวานขึ้นจอตาได้ดีที่สุดคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[1]

โรงพยาบาลละอุ่น จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2557-2561 คือ 166, 170, 185, 214 และ 428 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 75.22, 57.93, 67.05, 77.71 และ78.71 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาด้วยการถ่ายภาพจอประสาทตา (fundus camera) และพบว่าเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอตา ในปีพ.ศ.2557-2559 และ พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 3.82, 0, 0 และ 2.80 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีผู้ป่วยตาบอดจากเบาหวานขึ้นจอตา[6] ดังนั้น การนำภาพถ่ายจอประสาทตามาใช้โดยให้ผู้ป่วยได้ดูภาพถ่ายจอประสาทตาของตนเองทำให้ผู้ป่วยทราบความก้าวหน้าในการเกิดเบาหวานขึ้นจอตา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น

ปัจจุบันการคัดกรองเบาหวานของโรงพยาบาลละอุ่น ได้รับสนับสนุนเครื่องมือตรวจจอประสาทตา (fundus camera) ดังนั้น คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลละอุ่น จึงปรับเปลี่ยนระบบบริการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น โดยการจัดบริการตรวจตาด้วย fundus camera ในวันนัดคลินิกเบาหวาน คือ ทุกวันพุธ เวลา 08.30-16.30 น. ทำให้มีเวลาในการคัดกรองมากขึ้น สามารถให้บริการผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น ซึ่งผลการตรวจเบาหวานขึ้นจอตาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเสี่ยงที่อาจทำให้ตนเองตาบอด ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ถ้านำมาใช้ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานโดยการให้ความรู้เรื่องเบาหวานขึ้นจอตา และการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากขึ้น

การสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเอง ซึ่งมีวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอนเป็นรายบุคคล การสอนเป็นกลุ่มย่อย การอภิปรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล[7] การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน[8] และความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขึ้นจอตาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เห็นความเสี่ยงและผลกระทบต่อการใช้ชีวิต อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานที่ดีขึ้นได้ การศึกษา

ของดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และนิลาวรรณ งามขำ[9] พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อจัดการกับความเจ็บป่วย[7] ได้อย่างเหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองจึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานทั้งด้านอาหาร และการออกกำลังกายด้วยตนเอง การศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุนีย์ ละกำปั่น[10] พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

การวิจัยครั้งนี้ จึงศึกษาผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละอุ่น จังหวัดระนอง โดยใช้ผลตรวจ fundus camera ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขึ้นจอตา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นความเสี่ยงของตนเอง และตระหนักความสำคัญในการจัดการควบคุมเบาหวาน จากนั้น เสริมความรู้เรื่องการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในด้านอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ดีขึ้น และระดับน้ำตาลลดลง ส่งผลต่อการชะลอการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอตา และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอื่น ๆ เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับใช้ในกิจกรรมการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาในคลินิกเบาหวานตามบริบทของโรงพยาบาลละอุ่น และสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอละอุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเบาหวานขึ้นจอตา พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดเบาหวานขึ้นจอตา คือ การควบคุมเบาหวาน และระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวาน[11] ดังนั้น การป้องกันการเกิดเบาหวานขึ้นจอตาจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคเบาหวาน แต่เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายในการควบคุมโรคเบาหวานในระยะเวลาที่ยาวนาน การสนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยเมีความต่อเนื่องในการควบคุมเบาหวาน[12] ซึ่งช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ การสนับสนุนสามารถทำได้โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพเพิ่มทักษะโดยการให้ความรู้ในการจัดการโรคเบาหวานจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่จะนำไปปฏิบัติการควบคุมเบาหวานได้ [8] และทฤษฎีของบลูม อ้างใน พิศิษฐ ตัณฑวณิช[13] ที่กล่าวว่า การเรียนรู้มีจุดมุ่งหมาย 3 ด้าน คือ ด้านพุธพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ประสบการณ์ และการเชื่อมโยง ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ความคิด ความรู้สึกและค่านิยม การให้ความรู้การจัดการตนเองเพื่อควบคุมเบาหวานทั้งด้านอาหาร และ

การออกกำลังกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยควบคุมเบาหวานด้วยตนเองโดยให้เห็นถึงความเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น ดังโรเซนสต๊อก[14] กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรค ความรุนแรง อันตรายและผลเสียของโรคที่มีผลกระทบต่อชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม หน้าที่การงาน หากบุคคลนั้น ๆ เกิดโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวาน (วรรณรา ชื่นวัฒนา, ณิชานาฏ สอนภักดี [15] ดังนั้น การใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาของผู้ป่วยเองมาใช้ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเห็นความเสี่ยงและความรุนแรงของการไม่ควบคุมเบาหวาน อาจส่งผลให้ตาบอดจากเบาหวานขึ้นตา ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ จากการศึกษาของเรย์ ศรีรัตนา ทาบูกานน [16] ที่พบว่า การใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาของผู้ป่วยประกอบการให้คำแนะนำช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง และมีแนวโน้มทำกิจกรรมระดับปานกลาง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (pre- experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทำกิจกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลละอุ่น ในเขตอำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร two dependent means ในapp N4studies จากการศึกษาของศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล[17] ที่กำหนดผลต่างคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 0.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมเท่ากับ 1.3 เมื่อกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจทดสอบ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ (1) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (2) มารับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลละอุ่น (3) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

2. เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ (1) มีภาวะทุพพลภาพ เช่น เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต (2) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เช่น เดินไม่สะดวก (3) มีอาการทางจิตเวช หรือมีภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน เช่น ไต หัวใจ (4) ปฏิเสธการตรวจ fundus camera (5) ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ได้จากการเจาะเลือดผู้ป่วยหลังงดอาหาร 6-8 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ดัดแปลงจากเครื่องมือของสุพาพร เพ็ชรอาวุธ[12] เป็นแบบคำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบตามสภาพ

การปฏิบัติจริง ทั้งมิติเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยมีคำถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร จำนวน 12 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ รวม 20 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าเท่ากับ 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ นำไป try out กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เท่ากับ 0.89

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ตัวแบบภาพเบาหวานขึ้นจอตา และเครื่อง fundus camera

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ และ recruit กลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่มารับบริการตามทะเบียนนัดในคลินิกเบาหวาน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง และ กระบวนการให้ความยินยอม ในคลินิกเบาหวาน ทุกวันพุธ เวลา 08.30-16.30 น. โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการทำวิจัย การตอบรับปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ลงนามในใบยินยอมในผู้ป่วยเบาหวานตามรายชื่อที่จับฉลากไว้ และประเมินพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดำเนินการวิจัย โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที และดำเนินกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลละอุ่น

1. ตรวจตาให้กับผู้ป่วยเบาหวานด้วยเครื่อง fundus camera และให้ดูภาพถ่ายจอประสาทตาของผู้ป่วย เพื่อประเมินระยะของโรคเบาหวานขึ้นจอตา พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องเบาหวานขึ้นจอตาเป็นรายบุคคล ตั้งแต่การเกิดเบาหวานขึ้นจอตา การรักษา และการป้องกันเบาหวานขึ้นจอตา โดยใช้สื่อการสอนเป็นตัวแบบภาพถ่ายจอประสาทตาในระยะต่าง ๆ ร่วมกับการให้ความรู้ กิจกรรมนี้ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที /ผู้ป่วย 1 ราย

2. สนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเพื่อเสริมทักษะการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านอาหาร และการออกกำลังกาย กิจกรรมนี้ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

สัปดาห์ที่ 2 การติดตามทางโทรศัพท์

1. ติดตามสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และปัญหาการปฏิบัติตน

สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้การจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลละอุ่น

1. สนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยให้ความรู้เป็นรายบุคคลเสริมทักษะการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองครั้งที่ 2 เป็นรายบุคคลเน้นการแก้ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติพฤติกรรมด้านอาหาร และการออกกำลังกาย กิจกรรมนี้ ใช้เวลา 10-15 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามทางโทรศัพท์

1. ติดตามสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และปัญหาการปฏิบัติตน

สัปดาห์ที่ 8 ติดตามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านอาหารและออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด fasting blood sugar

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดระนอง เลขที่ COA_PHARN 002/2562.0305 การดำเนินการทดลองปฏิบัติตามการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 มีช่วงอายุระหว่าง 47-63 ปี มีอายุเฉลี่ย 55 ปี SD 11.72 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.30 ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมงเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 63.30 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมและปริญญาตรี ร้อยละ13.30 รายได้ในครอบครัวมีเพียงพอเลี้ยงชีพ ร้อยละ 60.00 โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระหว่าง 2-30 ปี และส่วนใหญ่ป่วยเป็นเบาหวานนานประมาณ 2-11 ปี ร้อยละ 46.60

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 รายละเอียดในดังตารางที่ 1 สำหรับผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดในดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ก่อน-หลังทำกิจกรรม (N 30 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทำกิจกรรม (ทดลอง)		หลังทำกิจกรรม		t
	Mean	SD	Mean	SD	
1. พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง	42.30	8.63	52.0	3.87	5.79*
ด้านการควบคุมอาหาร	23.40	5.87	31.53	1.61	-7.02*
ด้านการออกกำลังกาย	18.90	3.35	20.47	2.85	2.12**
2. ระดับน้ำตาลในเลือด	142	39.35	132	29.74	2.29**

* $p < 0.001$, ** $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการประเมินผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ทั้งพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองภาพรวม และรายด้าน หลังการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา ดวงแก้ว และจริยวัตร นภาพร[18] ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ และการศึกษาของถาวร ศรชัย[19] ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า หลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความสนใจในการควบคุมโรคเบาหวานจากการได้รับรู้ถึงความเสี่ยงจากโรคเบาหวานโดยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาแล้วได้เห็นภาพถ่ายจอประสาทตาของตนเอง จึงเกิดความตระหนักในการควบคุมโรคเบาหวานและยังได้รับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวาน ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานทำให้มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเห็นถึงผลเสียของการไม่ควบคุมเบาหวานจนก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตนเอง อาจทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานมากขึ้น รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติการควบคุมเบาหวานที่สามารถปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, นิลาวรรณ งามขำ[9] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นหลังทำกิจกรรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานดีขึ้น อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจากการได้เห็นภาพถ่ายจอประสาทตาของตนเอง และได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้าใจและได้ฝึกปฏิบัติการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทั้งในด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย แล้วยังมีการติดตามผู้ป่วยทั้งทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถนำไปปฏิบัติได้จนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ ศิริแก่นทราย[20] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางหลวงเหนือ ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด และธนวัฒน์ สุวัฒนกุล[21] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สูงมีโอกาสควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี แต่การวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในระดับหนึ่ง และพบว่ามีผู้ป่วยบางรายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยมากกว่า 130 มก/ดล อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา ดวงแก้ว, จริยวัตร คมพยัคฆ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย[18] ศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ดังนั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ทั้งด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยใช้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่ส่งผลต่อทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ และมองเห็นภาพภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยสนใจปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการจัดการโรคเบาหวานโดยการควบคุมด้านอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และสนับสนุนความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ไปใช้ในคลินิกเบาหวาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาหรือตัวแบบภาพถ่ายจอประสาทตา ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองไปใช้ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเมื่อออกหน่วยตรวจเบาหวานขึ้นจอตา

2. จากการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตามาใช้ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลดีขึ้น จึงควรนำเอาภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ มาสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวาน

References

1. Waruttaporn Chanlalit . Ocular complications from diabetes mellitus. Journal of Medicine and Health Science. [Internet]. 2559 [cited 2561 Sep 17]; 23(2): 36-45. Available from: https://he01.tci-thaijo.org
2. Arpichart singkalawanich. Ocular complications from diabetes mellitus and screening. [Internet]. 2561; [cited 2018 Sep 17]. Available from: www.si.mahidol.ac.th
3. Aritach Eiamudomsuk , Kannika Eiamudomsuk. Prevalence and related factors of Diabetic Retinopathy in type 2 Diabetic Patients at Raj Pracha Samasai Institute. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. [Internet]. 2557 [cited 2561 Sep 17]; 4(2): 109-117. Available from: http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOMAT/JOMAT-Y04v02S02.pdf
4. Gaanchisa Vongchaiyakit, Jayawin Kajittanon, Chuenrutai Yeekian. Comparison of Glycosylated Hemoglobin (HbA1C) betweenDiabetic Retinopathy and Non- Diabetic Retinopathy Patients. Thammasat Thai Journal of Ophthalmology. [Internet]. 2556 [cited 2561 Sep 17]; 11(2): 22-28. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/eyesea/article/view/47405/39293
5. Prawmas Wimontham and NiramonMuangsom. Factors Associated with Diabetic Retinopathy among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Pak Thong Chai Nakhon Ratchasima. Journal for Public Health Research. [Internet]. 2556 [cited 2561 Sep 17]; 6(3): 93-101. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/117983/90535
6. Diabetic clinic. Annual report 2018. La-Un hospital, Ranong Province.
7. Chodchoi Wattana. Self Management: Strategic Approach of disease promotion and control. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2558; *26*(1).
8. Wiroj Jiamjarasrangsi. Self-management support interventions for type 2 diabetic patients. Chula Med J. [Internet]. 2556 [cited 2561 Sep 17]; 57(3): 279-291. Available from: http://clmjournal.org/_fileupload/journal/29-2.pdf
9. Duanghathai Sangsawang, Anothai Palitnonkert and Nilawan Ngamkham. Factors Affecting Behaviors to Reduce Blood Sugar Levels of Diabetic Patients in Bangpoomai Tambon Health Promoting Hospital, Samutprakarn Province. Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science). [Internet]. 2561 [cited 2561 Sep 17]; 8(1): 103-117. Available from: http://acad.vru.ac.th/Journal/journal%208_1/8_1_08.pdf
10. Krittakorn Munsrakeat, Tassanee Rawiworrakul and Sunee Lagampan. Effects of Self-Management

Program for Glycemic Control Among Insulin Depen-dent Type 2 Diabetes Patients. The Journal of Barommarajonani College of Nursing, Nakonratchasima. [Internet]. 2019 [cited 2561 Sep 17]; 25(2): 87-103. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/233384

11. Anupot Sompopsakun, Yupayao Uaarayaporn, Phnom Sukchan, et.al. Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy among registered diabetic patient in Songkhla general Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal. [Internet]. 2012 [cited 2561 Sep 17]; 4(3): 29-43. Available from: https://li01.tci-thaijo.org
12. Supaporn Phetarvut, Nantiya Watthayu, and Nantawon Suwonnaroop. Factors Predicting Diabetes Self-management Behavior among Patients with Diabetes Mellitus Type 2. Journal of Nursing Science. [Internet]. 2010 [cited 2561 Sep 17]; 29(4): 18-26. Available from: https://ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol29/issue4/supaporn.pdf
13. Bloom, B.J. et. al. Taxonomy of Educational Objectives, Cognitive Domain Based on the Concept of Benjamin S. Bloom : Revision Edition. cited Pisit Tuntavanitch 2557. Lampang Rajabhat University Journal. 1956; 3(2).
14. Rosenstock, I. M. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974; 2(4), 328-334.
15. Wannara Cheinwattana and Nichanat Sornpakdee. Self-Care Behaviors in diabetes mellitus Tumbon Bangmaenang Ampher Bangyai Nontaburi Province. Pathumthani University Academic Journal. [Internet]. 2557 [cited 2561 Sep 17]; 6(3):163-170. Available from: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Documment/diabetes/research/d%202-3-8.pdf
16. Ray Sriratana Tabookanon. Visual feedback of patients' retinal photograph results for coronary heart disease risk factors reduction in type 2 diabetes mellitus with diabetic retinopathy and coronary heart disease. 2555. [Cited 2018 Sep 17]. Available from: http://cuir.cor.chula.ac.th
17. Sirirat Kanjanawachirakul. A Study of Self-Care Behaviors in diabetes mellitus at Regional Health Promotion Center 3 Chonburi. [Internet]. 2553. [cited 2560 Oct 10]. Available from: http://hpc6.anamai.moph.go.th
18. Kritsana Duangkaew, Jariyawat Kompayak and Napaporn Kaewnimitchai. Effects of educative supportive nursing system on self-care behaviors fasting plasma glucose and level of diabetic retinopathy in type 2 diabetes mellitus patients. Thammasat Thai Journal of Ophthalmology. [Internet]. 2559 [cited 2561 Sep 17]; 11(2):34-53. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/eyesea/article/view/91297/71715

19. Thavorn Sornchai. The Outcomes of Knowledge Providing Program for Diabetic Type II Patients at Risk of Diabetic Retinopathy. (Thesis): Bangkok; Graduate School of Christian University; 2557.
20. Suwat Sirikaensine. Health Belief Related to Blood Glucose Control Among Patients With Diabetes Mellitus Type II In Kut Chik Subdistrict, Mueang District, Nongbua Lamphu Province. Southeast Bankok Jouurnal. [Internet]. 2562 [cited 2561 Sep 17]; 5(1):55-68. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/SB_Journal/article/view/150099
21. Thanawat Suwattanakul. Factors Related to Blood Sugar Control among Diabetes Mellitus Type 2 Patients. Journal of Health Systems Research. [Internet]. 2561 [cited 2561 Sep 17]; 12(3):515-522. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4946/hsri-journal-v12n3-p515-522.pdf

การรับรู้ของอาจารย์พยาบาลต่อสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของบัณฑิตพยาบาล

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล* ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)

ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ** พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

ณัฏฐากุล บึงกุม* พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)

อัญชลี อ้วนแก้ว* พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

พวงผกา อินทร์เอี่ยม* พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

บัณฑิตพยาบาลจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ในระดับพื้นฐานและต้องอาศัยการกำกับดูแล แต่บัณฑิตพยาบาลจะถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้มีสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยที่สมบูรณ์และเพียงพอ ทั้งจากผู้รับบริการและผู้ใช้บัณฑิต การศึกษาเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะของบัณฑิตพยาบาลที่คาดหวังและที่สามารถปฏิบัติได้จริงตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้ผลิตบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 15 คน จากสถาบันการศึกษาพยาบาล 3 แห่ง ๆ ละ 5 คน จากสาขาวิชาละ 1 คน ที่มีประสบการณ์การสอนและนิเทศอย่างน้อย 10 ปี เก็บข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 147 ทักษะทั้งสมรรถนะที่คาดหวังและที่สามารถปฏิบัติได้จริงในแต่ละทักษะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่ามัธยฐานและสถิติการทดสอบ chi-square

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ต่อระดับสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริงอยู่ในระดับ 3 ถึงระดับ 5 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 ส่วนสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังอยู่ในระดับ 4 ถึงระดับ 5 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 และพบว่าการรับรู้ระดับสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังสูงกว่าระดับที่สามารถปฏิบัติได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สรุปว่าสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังแต่ละทักษะอยู่ในระดับ 4 ขึ้นไป ส่วนทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริงยังมีอยู่ในระดับ 3 ทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริงที่ต่ำกว่าระดับ 4 จึงควรได้รับการฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนก่อนจบการศึกษา เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: สมรรถนะวิชาชีพ บัณฑิตพยาบาล ทักษะพิสัย

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

**อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Corresponding Author: e-mail: soianu@kku.ac.th

The Perception of Nursing Instructors towards Entrustable Professional Activities of Newly Graduated Nurses

Soiy Anusornteerakul*	Ph.D. (Development Science)
Saranya Tienprasert **	M.N.S. (Nursing Administration)
Natthakul Buengmoom*	M.N.S. (Public Health Nursing)
Anchalee Ounkaen*	M.N.S. (Nursing Administration)
Puangpaka Iniam *	M.N.S. (Nursing Administration)

Abstract

Newly graduated nurses will be able to practice nursing at a basic level and require supervision, they are expected to be of sufficient and complete competencies from both clients and graduate users. The objective of this descriptive study aimed to study the perception of nursing instructors towards entrustable professional activities (EPAs) of newly graduated nurses. The samples consist of study 15 nursing instructors from 3 nursing education institutes, 5 nursing instructors from each of institute, and 1 from each of nursing department, with at least 10 years of teaching and supervisory experience. The research instrument was the questionnaire consisting of 147 specific EPAs scored on a 5-point Likert scale with providing the actual and expected ideal scores for each of the EPAs. The Delphi technique was used to collect the data. Data analysis were conducted via median, and Chi-square.

The results showed that the actual EPAs were most commonly perceived to be at the fourth level, followed by the third and fifth level, respectively. The expected EPAs were the fourth and fifth level, mostly at the fifth level. The expected ideal levels of EPAs were consistently higher than actual levels with a statistical significance at the level of 0.001. The expected EPAs were at the fourth level or higher, whereas the actual EPAs was also available at the third level. For the safety of clients, the actual EPAs below the fourth level should receive more practices before graduation.

Key words: professional competency, graduated nurse, psychomotor skill

*Nursing instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus, Thailand

**Nursing instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, Thailand

Corresponding Author: e-mail: soianu@kku.ac.th

บทนำ

สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะเบื้องต้นของพยาบาลวิชาชีพไว้เพื่อให้เข้าใจตรงกันว่า สมรรถนะวิชาชีพสามารถแบ่งได้หลายระดับตามความยากง่ายและความซับซ้อนของปัญหาของผู้รับบริการ พยาบาลวิชาชีพในระดับปริญญาตรีจะสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้ทุกเพศ ทุกวัย ทั้งที่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยงและมีภาวะเจ็บป่วย ในสถานบริการได้ทุกระดับ เป็นผู้ที่มีความรู้กว้างในการพยาบาลผู้ป่วย และความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ มีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ภาวะเรื้อรังด้วยความรู้และทักษะพื้นฐานที่ไม่มีความซับซ้อน[1] สอดคล้องกับระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามรูปแบบของ Benner (Benner's model) ที่กล่าวว่าบัณฑิตพยาบาล คือพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ที่เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพ 1-2 ปี ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต้องอาศัยการชี้นำจึงจะทำได้ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลในระดับพื้นฐานได้[2] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบัณฑิตพยาบาลจะถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้มีสมรรถนะวิชาชีพที่สมบูรณ์ ทั้งจากผู้รับบริการและผู้ใช้บัณฑิต ทำให้ผลการประเมินสมรรถนะวิชาชีพบัณฑิตพยาบาลยังไม่เป็นที่พอใจโดยเฉพาะด้านทักษะพิสัย ทำให้บัณฑิตพยาบาลเกิดความเครียดที่ต้องปรับตัวต่อสถานการณ์การทำงาน และความเครียดจากการปรับเปลี่ยนจากบทบาทนักศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ[3] สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า บัณฑิตพยาบาลมีข้อจำกัดในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ มีทักษะจำกัดในการแก้ปัญหา การเป็นผู้นำ การสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ที่จำเป็นในคลินิก ไม่มั่นใจในการทำงานและต้องใช้เวลามากในการปรับตัวจากการเป็นนักศึกษาพยาบาลไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ[4]

จากสถานการณ์ดังกล่าว สถาบันการศึกษาการพยาบาลมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาทักษะของนักศึกษาและบัณฑิตพยาบาล โดยมีการพัฒนาการเรียนการสอนและฝึกปฏิบัติประสบการณ์ให้กับนักศึกษาทุกสาขาการพยาบาล ตลอดจนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดก่อนจบการศึกษา ส่วนใหญ่การกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพขึ้นอยู่กับการกำหนดของแต่ละสถาบันการศึกษาและเป็นมุมมองการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาและบัณฑิตพยาบาลให้ได้ตามความคาดหวัง จึงเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของผู้ผลิตบัณฑิตที่ต้องรับรู้สมรรถนะวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน การบริหารหลักสูตรพยาบาล และการจัดประสบการณ์ทางคลินิกให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริง (actual entrustable professional activities: EPAs) ตามสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวัง (expected entrustable professional activities) และเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถใช้กำหนดหรือเป็นข้อตกลงเกี่ยวกับสมรรถนะวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลกับผู้ใช้บัณฑิตพยาบาลให้ชัดเจน

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะของบัณฑิตพยาบาลที่

สามารถปฏิบัติได้จริงโดยปราศจากการกำกับตามที่คาดหวังและที่สามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนและการเตรียมบัณฑิตพยาบาลก่อนออกไปปฏิบัติงานจริง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

EPAs เป็นภาระงานหรือความรับผิดชอบ (task or responsibilities) ที่สถาบันการศึกษามอบหมายความรับผิดชอบให้ผู้เรียนดำเนินการได้ โดยไม่ต้องมีผู้นิเทศและมีสมรรถนะที่เพียงพอที่สามารถสังเกตและประเมินได้ และดำเนินการภายใต้เวลาที่กำหนด [5] เป้าหมายของ EPAs คือ การไว้วางใจในการปฏิบัติงานโดยปราศจากการนิเทศ[6] แนวคิดการแบ่งระดับ EPAs ออกเป็น 5 ระดับ [5,7-9] คือ ระดับ 1 ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ให้สังเกตเท่านั้น หรือต้องช่วยเหลือทั้งหมด ระดับ 2 สามารถปฏิบัติได้ภายใต้การนิเทศอย่างใกล้ชิด ระดับ 3 สามารถปฏิบัติได้ภายใต้การนิเทศเมื่อต้องการ และพร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที ระดับ 4 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือภายใต้การนิเทศห่างๆ และระดับ 5 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถให้การนิเทศผู้อื่นได้ มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรแห่งชาติ (ศสช)[8] และสภาการพยาบาล[9] กำหนดให้ EPAs ระดับ 4 ขึ้นไปถือว่าเป็น EPAs ที่เพียงพอ สมบูรณ์และยอมรับได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายในผลิตบัณฑิตพยาบาลและการจัดการเรียนการสอน[8-9] การประเมิน EPAs ของบัณฑิตพยาบาลจะใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) ซึ่งเป็นวิธีที่ยอมรับประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล จำนวน 10-15 คน [10-12] ผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษาพยาบาลที่เป็นผู้ประเมินต้องมีประสบการณ์การสอนและนิเทศในคลินิกไม่น้อยกว่า 10 ปีขึ้นไป [2]

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงพรรณนา ด้วยเทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีส่วนในการผลิตบัณฑิตพยาบาล ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ที่มีประสบการณ์การสอนในมหาวิทยาลัยและในคลินิกเฉพาะสาขาการพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 ปี ครอบคลุม 5 สาขาการพยาบาล สาขาละ 3 คน ได้แก่ สาขาการพยาบาลเด็ก สาขาการพยาบาลชุมชน สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สาขาการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมเป็นจำนวน 15 คน เพื่อลดอัตราการคลาดเคลื่อนของข้อมูลให้น้อยที่สุดตามเทคนิคเดลฟาย [10-12] ระยะเวลาดำเนินการเริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2563

เครื่องมือการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากคู่มือประสบการณ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาตรบัณฑิต (checklist) ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-4 ของมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน 4 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 4 แห่ง รวมทั้งหมด 8 แห่ง ในภาคกลาง 4 แห่ง ภาคเหนือ 1 แห่ง ภาคใต้ 1 แห่ง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 แห่ง นำมาพิจารณาและประยุกต์เป็นแบบสอบถามที่มีทักษะการพยาบาลที่ครอบคลุมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ครอบคลุมทั้ง 5 สาขาการพยาบาล และเป็นทักษะที่บัณฑิตพยาบาลควรปฏิบัติได้ ประกอบด้วยคำถาม 2

ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย จำนวน 147 ทักษะ แต่ละทักษะแบ่งการรับรู้ออกเป็น 2 ส่วนคือ การรับรู้ต่อสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวัง และการรับรู้ต่อสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริง แต่ละส่วนแต่ละทักษะเป็นคำตอบแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามระดับของ EPAs [7-8,13]

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูล 3 รอบด้วยเทคนิคเดลฟาย ดังนี้

ระยะที่ 1 นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลในสถาบันศึกษาการพยาบาลมีประสบการณ์การสอนในมหาวิทยาลัยและในคลินิกเฉพาะสาขาการพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 5 คน ครอบคลุม 5 สาขาการพยาบาล เช่นเดียวกัน ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา นำไปหาค่าความตรงทางเนื้อหา (content validity) ได้ค่า item objective congruence (IOC) เท่ากับ 0.90

ระยะที่ 2 นำแบบสอบถามให้อาจารย์พยาบาล จำนวน 15 คน โดยแยกความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ 5 สาขาวิชาการพยาบาล สาขาละ 3 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อให้ความคิดเห็นตามการรับรู้ต่อระดับทักษะการพยาบาลที่บัณฑิตพยาบาลสามารถปฏิบัติได้จริงและตามที่คาดหวัง โดยกำหนดการส่งแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์ นำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยการหาค่าแอลฟ่าครอนบาค (cronbach' alpha) ได้ค่าการรับรู้ต่อระดับสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติได้จริงเท่ากับ 0.99 และการรับรู้ต่อระดับสมรรถนะที่คาดหวังเท่ากับ 0.98 จากนั้นวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (median) ของแต่ละทักษะการพยาบาล

ระยะที่ 3 นำแบบสอบถามที่มีค่ามัธยฐานของแต่ละทักษะการพยาบาล ให้อาจารย์พยาบาลคนเดิมในรอบที่ 2 จำนวน 15 คน พิจารณาระดับสมรรถนะวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลแต่ละทักษะอีกครั้ง ทั้งสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริงและตามที่คาดหวัง ซึ่งสามารถยืนยันคำตอบเดิมหรือให้ระดับสมรรถนะวิชาชีพแต่ละทักษะการพยาบาลในระดับใหม่ได้ตามการรับรู้ โดยกำหนดการส่งแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์ นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) และค่าความแปรปรวน (standard deviation) ของแต่ละทักษะการพยาบาล จากนั้น ผู้วิจัยประชุมทีมเพื่อพิจารณาและสรุปผลร่วมกัน

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหมายเลขโครงการ HE 612275 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 1 ใช้ค่าความตรงของเนื้อหา รอบที่ 2 ใช้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และค่ามัธยฐานของแต่ละทักษะการพยาบาล รอบที่ 3 วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าความแปรปรวนของแต่ละทักษะการพยาบาล การจัดระดับทักษะการพยาบาลแต่ละทักษะด้วยค่ามัธยฐาน ทดสอบความแตกต่างของระดับสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริงและตามที่คาดหวัง ด้วยการทดสอบสถิติ chi square

ผลการศึกษา

อาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 38-66 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 38-50 ปี อายุเฉลี่ย 50.67±8.49 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโทร้อยละ 73.3 ทำงานในคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชนจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ

การรับรู้ของอาจารย์พยาบาลต่อระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของบัณฑิตพยาบาล โดยใช้ค่ามัธยฐาน พบว่าการรับรู้ต่อสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีตั้งแต่ระดับ 3 ถึงระดับ 5 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 71.43 รองลงมาเป็นระดับ 3 และระดับ 5 ร้อยละ 22.45 และ 6.12 ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังว่าต้องปฏิบัติได้ อยู่ในระดับ 4 และระดับ 5 เท่านั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 ร้อยละ 87.07 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของบัณฑิตพยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาล (N 15)

ระดับสมรรถนะวิชาชีพ	ทักษะพิสัยที่ปฏิบัติได้จริง		ทักษะพิสัยที่คาดหวัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ต้องช่วยเหลือทั้งหมด	0	0	0	0
ระดับ 2 สามารถปฏิบัติได้แต่ต้องมีผู้นิเทศใกล้ชิด	0	0	0	0
ระดับ 3 สามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้นิเทศที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือได้ทันที	33	22.45	0	0
ระดับ 4 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีผู้นิเทศสังเกตอยู่ห่างๆ	105	71.43	19	12.93
ระดับ 5 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถนิเทศผู้อื่นได้	9	6.12	128	87.07
รวม	147	100	147	100

การรับรู้ของอาจารย์พยาบาลต่อระดับสมรรถนะวิชาชีพที่บัณฑิตพยาบาลสามารถปฏิบัติได้จริงและที่คาดหวัง ด้วยการทดสอบไคว์สแควร์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่าการรับรู้ต่อระดับสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังสูงกว่าระดับสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 การทดสอบระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของบัณฑิตพยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาล

ระดับสมรรถนะวิชาชีพ	ปฏิบัติได้จริง	ตามความคาดหวัง	chi square	P value
ระดับ 3	33	0	196	0.001
ระดับ 4	105	19		
ระดับ 5	9	128		
รวม	147	147		

สมรรถนะวิชาชีพที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติได้จริงในระดับ 3 ซึ่งเป็นระดับที่ยังไม่ยอมรับในด้านวิชาชีพ 33 ทักษะ ได้แก่

1. ตรวจร่างกายทั่วไป
2. จัดท่า/ เคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ
3. ตรวจสอบการทำงานของสายสวนทางหลอดเลือดดำใหญ่
4. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ thoracentesis
5. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ bone marrow biopsy/ aspiration
6. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ lumbar puncture
7. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ chest drainage
8. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ vein section (cut down)
9. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ abdominal paracentesis
10. จัดท่าผู้ใช้บริการเพื่อรับการรักษาด้วยไฟฟ้า
11. สวนล้างลำไส้ใหญ่
12. สวนล้างช่องคลอด
13. จัดและส่งเครื่องมือผ่าตัด
14. ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support)
15. ให้ภูมิคุ้มกันโรค
16. ตรวจครรภ์ด้วยมือคลำ (Leopold maneuver)
17. ใช้เครื่อง electronic fetal monitoring (EFM) เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์
18. ตรวจการหดรัดตัวของมดลูก ตรวจทางช่องคลอด ตรวจทางทวารหนักเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
19. ใช้ partograph เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
20. ทำคลอดทารกปกติ
21. ทำคลอดรก/ ตรวจรก
22. ตัดและซ่อมแซมฝีเย็บ
23. เตรียมหรือช่วยคลอดผิดปกติ/ การช่วยทำสูติศาสตร์หัตถการเช่น vacuum/ forceps extraction
24. ฉีดยาระงับความรู้สึกทางผิวหนัง
25. ตรวจร่างกายทารกแรกเกิดเพื่อประเมิน APGAR scores
26. ตรวจร่างกายทารกแรกเกิด

27. ใช้เครื่อง phototherapy
28. กู้ชีพทารกแรกเกิดเบื้องต้น
29. เจาะเลือดในทารกแรกเกิดเพื่อส่งตรวจ
30. ผ่าฝีในตำแหน่งไม่อันตราย
31. ถอดเล็บ
32. จี้หูดหรือตาปลา
33. ผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอมออกในตำแหน่งไม่อันตราย

การอภิปรายผล

ทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริงในระดับ 4 และ 5 เป็นทักษะการพยาบาลพื้นฐานที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ เป็นทักษะที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้รับบริการทุกวัน (routine) เป็นส่วนใหญ่ เช่น การดูแลความสุขสบายของผู้รับบริการ การป้องกันและควบคุมโรค การเก็บสิ่งคัดหลั่งส่งตรวจ เป็นต้น ทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริงในระดับ 3 มีถึง 33 ทักษะ ส่วนใหญ่เป็นทักษะที่เป็นหัตถการ ต้องใช้ประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติค่อนข้างมาก ต้องใช้ความสามารถพิเศษและต้องใช้เวลาในการฝึกฝนซ้ำๆหลายๆครั้ง และให้โอกาสผู้ถูกประเมินได้ทำทักษะเหล่านั้นหลายๆครั้งจึงจะเกิดความชำนาญ[14] นอกจากนั้น หัตถการบางอย่างนักศึกษาพยาบาลและบัณฑิตพยาบาลมีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติน้อยมาก ส่วนใหญ่นักศึกษาแพทย์หรือแพทย์เป็นผู้ทำ เช่น ทักษะที่ 13 การจัดและส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นทักษะที่นักศึกษาพยาบาลในบางสถาบันไม่ได้ฝึกปฏิบัติมาก่อน เนื่องจากบางสถาบันการศึกษาพยาบาลไม่ได้จัดประสบการณ์ให้กับนักศึกษาพยาบาล บางสถาบันการศึกษาพยาบาลจัดประสบการณ์ให้ทำการสังเกตเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การจัดและส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นทักษะเฉพาะ ซึ่งบัณฑิตพยาบาลจำเป็นต้องฝึกเพิ่มเติมและจำเป็นต้องมีผู้นิเทศหรือผู้ดูแลกำกับในระยะแรก ทักษะที่ 14 และทักษะที่ 28 การฟื้นคืนชีพพื้นฐาน และการกู้ชีพทารกแรกเกิดเบื้องต้น เป็นทักษะการพยาบาลขั้นสูง บัณฑิตพยาบาลจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม เพราะบัณฑิตพยาบาลคือผู้เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพ 1-2 ปี ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลในระดับพื้นฐานได้เท่านั้น จึงต้องอาศัยการกำกับดูแลจากผู้นิเทศก่อน[2] ทักษะที่ 15-29 เป็นทักษะเฉพาะทางการผดุงครรภ์ ส่วนทักษะที่ 30-33 ผ่าฝีในตำแหน่งไม่อันตราย ถอดเล็บ จี้หูดหรือตาปลา และผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอมออกในตำแหน่งไม่อันตราย เป็นหัตถการเฉพาะซึ่งต้องการประสบการณ์การฝึกปฏิบัติที่ค่อนข้างมาก เช่นเดียวกัน จึงจะเกิดความชำนาญและสามารถไว้วางใจให้ปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล[14] ดังนั้น ในการประเมิน EPAs ของบัณฑิตพยาบาลในทักษะเหล่านี้ จึงต้องคำนึงถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติทักษะเหล่านี้ด้วย เพราะในการเรียนการสอนภาคปฏิบัตินั้น บางทักษะการพยาบาลในแบบประเมินทักษะหรือจัดประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล (checklist) กำหนดให้นักศึกษาพยาบาลสังเกตทักษะการพยาบาลได้ สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงต้องพิจารณาถึงความจำเป็นในการประเมิน EPAs ของทักษะเหล่านี้ เพราะการเรียนรู้ด้านทักษะจะถูกสร้างขึ้นหรือหล่อหลอมโดยประสบการณ์ และต้องเรียนรู้ในสถานการณ์ที่เป็นจริง เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิด

จากประสบการณ์หรือการฝึกฝน[14] นอกจากนั้น ในปัจจุบันการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละสาขาวิชาการพยาบาลมีระยะเวลาน้อยลง แต่ละสถาบันการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่กำหนดระยะเวลาการฝึกปฏิบัติงาน 1 หน่วยกิตเท่ากับ 45 ชั่วโมง หรือประมาณ 6-7 วันเท่านั้น ตามเกณฑ์การศึกษาหลักสูตรพยาบาลบัณฑิตของสภาการพยาบาล อาจไม่เพียงพอกับการสร้างเสริมประสบการณ์ให้กับนักศึกษาพยาบาลในแต่ละสาขาวิชาการพยาบาล และสมรรถนะวิชาชีพตามที่คาดหวังของผู้ผลิตบัณฑิต ผู้ใช้บัณฑิตและผู้รับบริการ ประกอบกับจำนวนผู้รับบริการน้อยลง จำนวนนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมาก จึงต้องการการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาพยาบาลให้มากขึ้น โดยจัดให้ฝึกปฏิบัติงานมากขึ้น ในกรณีที่นักศึกษาพยาบาลยังไม่สามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้ ในการจัดการเรียนการสอนทางคลินิกนั้น นักศึกษาพยาบาลควรได้ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการก่อนจนเกิดความชำนาญจึงให้ฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย นอกจากนั้น ก่อนจบการศึกษานอกจากการสอบรวบยอดในวิชาทฤษฎีแล้ว ควรมีการสอบรวบยอดทางคลินิกด้วย เพื่อให้นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและมีทักษะที่ไว้วางใจได้

อย่างไรก็ตาม การจะเปลี่ยนแปลงระดับสมรรถนะวิชาชีพระดับ 3 เป็นระดับ 4 หรือระดับ 5 ได้นั้น จะต้องให้เวลาได้ฝึกปฏิบัติทักษะนั้นๆหลายครั้ง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าทักษะพิสัยสามารถเปลี่ยนจากระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 เป็นระดับ 4 และ 5 ได้ตามระยะเวลาและประสบการณ์การทำงาน[13] และการฝึกฝนหรือปฏิบัติซ้ำๆแล้วไม่ได้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ก็จะไม่เกิดทักษะ เช่นเดียวกัน[14-15] ดังนั้น แม้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการมาแล้วก็ตาม หากไม่ได้ทำงานในหอผู้ป่วยนั้นๆหรือไม่ได้ทำทักษะนั้นๆอย่างต่อเนื่อง ก็จะไม่เกิดสมรรถนะตามความคาดหวัง[16] EPAs ของบัณฑิตพยาบาลจึงเป็นเพียงทักษะการพยาบาลพื้นฐานที่ต้องทำเท่านั้น ยังไม่ใช่ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง[17-18] สถาบันการให้บริการสุขภาพที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติงานควรทำการประเมิน EPAs ของบัณฑิตพยาบาลก่อนให้ปฏิบัติงานได้อย่างอิสระหรือปราศจากการกำกับดูแล และควรจัดหาผู้นิเทศหรือพยาบาลวิชาชีพพี่เลี้ยงให้กับบัณฑิตพยาบาลที่ยังมี EPAs ไม่สมบูรณ์เพียงพอ ส่วนการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาลจะเป็นการนิเทศแบบใกล้ชิด ทำให้อาจารย์พยาบาลคาดหวังระดับทักษะของนักศึกษาไว้สูง และคาดหวังว่าเมื่อจบเป็นบัณฑิตพยาบาลแล้วจะสามารถปฏิบัติทักษะต่างๆได้ตามที่คาดหวังในระดับที่ยอมรับได้ ดังนั้น ทักษะการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้จริงในระดับที่ 3 ตามการรับรู้ของอาจารย์นั้น สถาบันการศึกษาพยาบาลจะต้องจัดเตรียมกิจกรรมหรือประสบการณ์ที่เอื้อให้บัณฑิตพยาบาลมีส่วนร่วมอย่างตื่นตัว จัดการฝึกประสบการณ์ในห้องปฏิบัติการให้มากขึ้น ต้องเน้นที่ทักษะการพยาบาลระดับบุคคล ต้องใช้ทั้งการสอนและการเรียนรู้จากประสบการณ์ในคลินิก เน้นเนื้อหาที่จำเป็นและนำไปใช้ในคลินิก เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ได้จริง ลดบทบาทของผู้สอนลงเพื่อเปลี่ยนบทบาทจากการถ่ายทอดประสบการณ์เป็นผู้อำนวยความสะดวก เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลได้ฝึกทักษะการพยาบาลมากที่สุด

เพื่อให้สามารถปรับทักษะระดับ 3 เป็นระดับ 4 หรือ 5 ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งต่อไปการประเมินระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะ ควรแยกทักษะการพยาบาลแต่ละสาขาการพยาบาลให้ชัดเจน และประเมินเฉพาะบัณฑิตพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานนั้นเท่านั้น และผู้ประเมินจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในหอผู้ป่วยเดียวกัน เพื่อให้ได้ระดับสมรรถนะวิชาชีพที่ชัดเจนขึ้น

2. ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหรือผู้นิเทศในคลินิกที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติงาน ต่อสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะของบัณฑิตพยาบาลในสาขาการพยาบาลเดียวกัน เพื่อให้เห็นทักษะที่มีความจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดในระดับ 4 และระดับ 5 และทักษะใดที่ผู้นิเทศต้องดูแลกำกับอย่างใกล้ชิด

References

1. Nursing Council. Professional competency in nursing and midwifery. Nonthaburi: Siriyod Printing; 2010. Thai

2. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison-Wesley; 1984.

3. Prousoonthorn Mareum, Oumtanee Areewan. Nurse role practice of mentors of professional nurses. Journal of Nursing Naresuan University 2008; 2(2): 15-23. Thai

4. Lowden K, Hall S, Elloit D, Lewin J. Employers' perception of the employability skills of new graduates. London: Edge Foundation; 2011.

5. ten Cate O. AM last page: what entrustable professional activities add to a competency-based curriculum. Acad Med 2014; 89(4): 691.

6. Englander R, Flynn T, Call S, Carraccio C, Cleary L, Fulton, TB, Aschenbrener CA. Toward defining the foundation of the MD degree: Core entrustable professional activities for entering residency. Acad Med 2016; 91(10): 1352-58.

7. Amy LP, Scott AC, Caitlin KF, Jean YM, Megan RU, Jordan HQ. Entrustable professional activities for pharmacy practice. Am J Pharm Educ 2016; 80(4): 1-4.

8. National Education Personnel Health Development Foundation. Recommendations for the development of specialized health education for reforming educational institutions and teaching. Nonthaburi: Office of International Health Policy Development Ministry of Public Health; 2017. Thai

9. Nursing Council. Bachelor of Nursing Program: The Nursing Council's Model Program. Nonthaburi: Nursing Council; 2021. Thai

10. Bhuyan N, Miser, WF, Dickson GM, et al. From family medicine milestones to entrustable professional activities [EPAs]. Ann Fam Med 2014; 12(4): 380-1.

11. ten Cate O, Hart D, Ankel F, et al. Entrustment decision making in clinical training. Acad Med 2016; 91: 191-8.

12. Wagner SJ, Reeves S. Milestones and entrustable professional activities: The key to practically translating competencies for inter-professional education? J Interprof Care 2015; 29(5): 507-8.

13. ten Cate O. Nut and bolts of entrustable professional activities. J. Grad Med Edue. 2013; 15(1): 157-8.

14. Haberlandt K. Cognitive psychology. 2nd ed. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1997.

15. Callen B, Smith CM, Joyce B, Lutz J, Brown Schott N, Block D. Teaching learning strategies for the essentials of baccalaureate nursing education for entry level community public health nursing. PHN 2013; 30(6): 537-47.
16. Natthaphon Intuayot. General psychology. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013. Thai
17. ten Cate O, Chen HC, Hoff RL, Peters H, Bok H, Vander Schaafm. Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE Guide No.99. Med Teach 2015; 37(11): 983-1002.
18. Mulder H, ten Cate O, Daalder R, Berkven J. Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: the case of physician assistant training. Med Teach 2010; 32(10): e453-59.

การพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ Laminectomy โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ภัทรภร ติยสถาพร* พย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ เป็นการพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy วิธีการดำเนินงานมี 4 ขั้นตอน (1) ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบ (3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ (4) ประเมินผลการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือวิสัญญีพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Laminectomy เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จัดท่าคว่ำ การกำหนดสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติและแบบประเมินสมรรถนะ แบบบันทึกการยกเลิก /เลื่อนผ่าตัด / การผ่าตัดเสร็จนอกเวลา และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ประกอบด้วย (1) การเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติ โดยกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นและมีระบบพี่เลี้ยง (2) จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จัดท่าคว่ำ (3) เพิ่มการเข้าถึงบริการวิสัญญีในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (4) กำหนดข้อตกลงในการจัดเรียงลำดับการผ่าตัดผู้ป่วยที่ผ่าตัดตามนัด (5) ขยายจำนวนห้องผ่าตัดไปที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยได้รับการส่งปรึกษาทางวิสัญญีก่อนผ่าตัดทุกราย ไม่มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เกิดขึ้นขณะผ่าตัดตัดและหลังผ่าตัด สามารถลดอัตราการยกเลิก/เลื่อนผ่าตัดจาก จากร้อยละ 14.84 เป็นร้อยละ 2.56 ไม่มีอุบัติการณ์ผ่าตัดแล้วเสร็จนอกเวลา

คำสำคัญ: การผ่าตัด Laminectomy , การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดจัดท่าคว่ำ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

E-mail : pattarapornaree@gmail.com

The Development of Administer General Anesthesia Model for Patients Undergoing Laminectomy, Sawanpracharak Hospital

Pattharaporn Tiyasathaporn* B.N.S.

Abstract

This research aimed to develop and study the results of administer general anesthesia model for nurse anesthetist taking care of patients undergoing Laminectomy. The process consisted of 4 steps: (1) situation analysis, (2) practice development,t (3) implementation,n and (4) evaluation. The samples were nurse anesthetists and patients who were received Laminectomy. The research instruments were the practice guideline for general anesthesia with a prone position in Orthopedics surgery and standard setting for nurse anesthetists' competency taking care of patients undergoing Laminectomy. Data were collected using satisfaction form for used practice guideline ,the assessment form on nurse anesthetist competency and record form rate of surgical cancellation or postponement . The data were analyzed using content analysis and descriptive statistics.

The results showed that the developed model comprised of 5 items: (1) preparation of practitioner by standard setting of nurse anesthetists' competency and set a preceptor system for new staff, (2) construct practice guideline for general anesthesia with a prone position in Orthopedics surger,y (3) provide anesthetic service before operation, (4) set an agreement of time schedule for elective case, and (5) expanding the operation room to other hospitals. The clinical results from applied developed model revealed that all patients received pre-anesthetic assessment before surgery, the rate of surgical cancellation or postponement is reduced from 14.84 % to 2.56% and no prevented complications occurred both during and after the surgery and all surgery had done in time.

Keywords: Laminectomy, General Anesthesia with a Prone Position

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Sawanpracharak Hospital

Corresponding author E-mail: pattarapornaree@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทไขสันหลังและกระดูกสันหลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากหลายสาเหตุเช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ของประเทศไทย[1] เนื่องจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังเกิดขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น [2]โดยพบว่าเมื่ออายุเกิน 50-70 ปี ไปแล้ว พบว่ามีความเสื่อมได้ถึง 95% และอีกกลุ่มที่มีความเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง คือ คนวัยทำงานอายุประมาณ 20-50 ปี การเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นบ่อย คือ เกิดที่ตำแหน่งหมอนรองกระดูก ซึ่งทำหน้าที่รับน้ำหนัก รับแรงกระแทกระหว่างกระดูก ทำให้เกิดภาวะหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท (herniated disc) เป็นความเสื่อมที่ทำให้กระดูกสันหลังมีภาวะความไม่มั่นคง (unstable of spine) นอกจากนี้ อาจเกิดจากอุบัติเหตุ เช่น รถชน หกล้ม หรือตกจากที่สูง ทำให้กระดูกสันหลังเคลื่อนหรือหัก ทำให้ร่างกายมีความพยายามทำให้กระดูกสันหลังมั่นคงขึ้น (stabilization phase) โดยเกิดกระดูกงอก (osteophytes) ตามข้อต่อต่าง ๆ ทำให้เอ็นเกิดการหนาตัว (Ligamentum flavum) ไปกดเบียดโพรงประสาททำให้ตีบแคบ (spinal stenosis) และกดทับเส้นประสาทที่อยู่ภายใน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากเวลาเคลื่อนไหว เช่น ก้ม เงย หรือบิดตัว ปวดหลังบริเวณส่วนกลางของเอวและมักเป็นมากขึ้นในท่ายืน เดิน หรือเมื่อมีการแอ่นหลังไปด้านหลังมาก จึงมีอาการปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง รู้สึกขาหนักและชาขา แนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค ถ้าอาการไม่รุนแรงจะให้การรักษาแบบประคับประคอง เช่นการให้ยา การทำกายภาพบำบัด การใส่อุปกรณ์พยุงลำตัว การฝังเข็ม การฉีดยาเข้าโพรงประสาทไขสันหลัง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม แต่ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก รักษาแบบประคับประคองด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้วไม่ได้ผล มีการทำลายเส้นประสาทไขสันหลังจากการถูกกดทับหรือมีการฉีกขาด จะพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบลามิเนคโตมี (laminectomy) เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยขยายช่องโพรงไขสันหลังเพื่อลดการกดเบียดของเส้นประสาทหรือไขสันหลังลง โดยการยกกระดูกลามินา (lamina) ที่กดทับออกเพื่อช่วยคลายการกดทับรากประสาท [3]ทำให้อาการปวดหลังและขาลดลง และแพทย์อาจเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลังโดยการเชื่อมข้อ (fusion) ด้วยการใช้โลหะยึดตรึงระหว่างกระดูกสันหลัง (pedicle screw) หรือการเชื่อมข้อโดยใช้กระดูกปั่นใส่ในวัสดุแทนหมอนรองกระดูกเพื่อเชื่อมข้อกระดูก ไขสันหลังด้านใน (transforaminal lumbar interbody fusion) การผ่าตัดกระดูกสันหลังจึงเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความสำคัญในการลดอาการปวด และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด [4] การผ่าตัดใช้เวลาประมาณ 1.5 -3 ชั่วโมง ใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย [5] การจัดท่าที่ใช้ในการผ่าตัด คือ ท่านอนคว่ำ [6] เพื่อให้ศัลยแพทย์เข้าถึงตำแหน่งผ่าตัดได้ดี แต่การจัดท่านี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ขณะผ่าตัดจากน้ำหนักผู้ป่วยกดลงบนอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หากไม่มีการระมัดระวังหรือป้องกันที่ดีอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ [7] จากการกดทับ ถูกอุดกั้นหรือดึงรั้ง อวัยวะสำคัญในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต เส้นประสาท และระบบทางเดินปัสสาวะ จนทำให้การทำงานของอวัยวะเหล่านั้นผิดปกติไป รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ใช้กับผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัด

เช่น ท่อช่วยหายใจ สายให้น้ำเกลือ สายให้เลือด สายสวนปัสสาวะ หรืออุปกรณ์วัดสัญญาณชีพต่าง ๆ ถูกกดทับหรือดึงรั้งจนเกิดอันตราย เช่น ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเข้าหลอดลมด้านขวาจนเกิดภาวะ one lung หรือเลื่อนหลุดออกเกิดภาวะ accidental extubation หรือวัสดุอุปกรณ์กดทับผิวหนังจนเป็นแผล สายสวนปัสสาวะหักพับงอจนน้ำปัสสาวะระบายไม่สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลผู้ให้การระงับความรู้สึก จึงต้องมีความรู้ความชำนาญ ผ่านการฝึกฝนจนสามารถทำงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งในด้านการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และการให้ระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์[8] การดูแลระยะก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ถ้ามีความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด ไม่มีการงด หรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมต่าง ๆ ที่ป้องกันได้

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 700 เตียง มีผู้ป่วยมารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ Laminectomy 3 ปีย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2559-2561 จำนวน 83, 95 และ 127 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นการผ่าตัดตามนัด (elective case) แต่พบว่ามีอัตราการยกเลิกผ่าตัด / เลื่อนผ่าตัด หรือไม่สามารถทำผ่าตัดได้แล้วเสร็จในเวลา รวมกันประมาณร้อยละ 3-14 นอกจากนี้พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดรอยแดงช้ำที่ผิวหนังบริเวณหน้าท้องจากการกดทับของสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 1.6 นับเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะกรณีที่ทำผ่าตัดต่อเนื่องไปถึงเวรบ่าย ซึ่งมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ลดลง และเมื่อทำผ่าตัดเสร็จต้องมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยจากท่านอนคว่ำให้มานอนหงายราบบนเปลนอนต้องใช้เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 4 คน เพื่อพลิกตัวผู้ป่วยแบบท่อนซุง (logrolling)[3] ซึ่งเป็นทักษะเฉพาะทางที่ต้องผ่านการฝึก และเจ้าหน้าที่เวรบ่ายอาจขาดทักษะการประสานงาน เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด ทำให้มีความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการทำผ่าตัดได้ นอกจากนี้ในเวลานอกราชการ ต้องมีการสำรองห้องผ่าตัดไว้สำหรับการทำผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency case) ถ้ามีผู้ป่วยที่ยังตัดยังไม่เสร็จคงค้างมาจากเวรเช้า จะมีผลกระทบกับการทำผ่าตัดกรณีมีผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจมีความเร่งด่วนหลายระดับ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการทำผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสมอาจเสียโอกาสในการรักษาดูแล หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำผ่าตัด หรือรุนแรงจนถึงเกิดการเสียชีวิต

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารการพยาบาลวิสัญญี จึงสนใจพัฒนารูปแบบการการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ laminectomy ที่เรียกว่าผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ดังนี้

2.1 สมรรถนะในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy

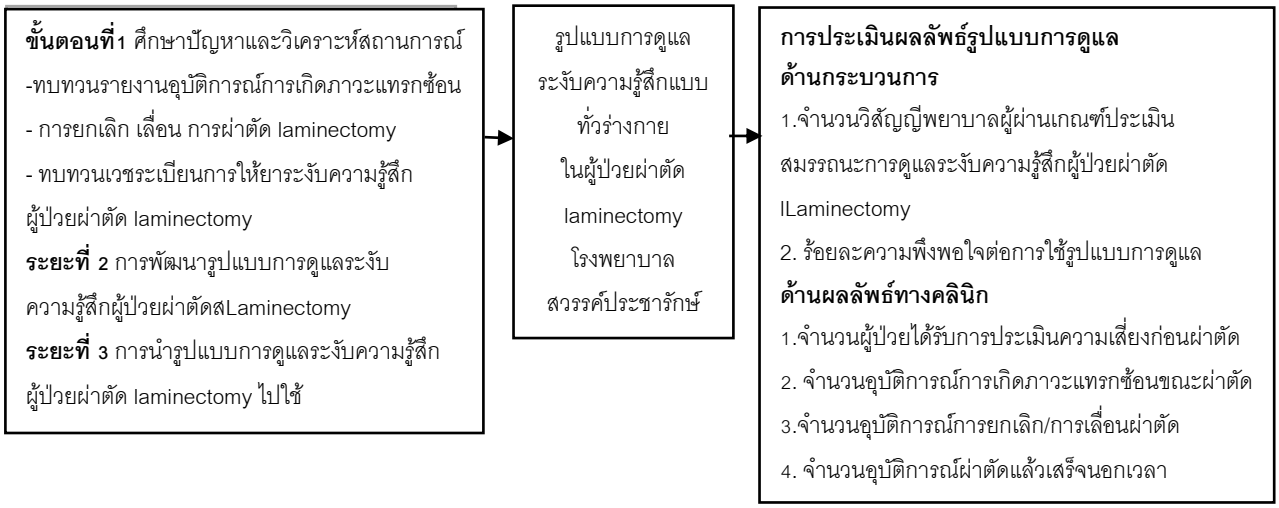
2.2 เปรียบเทียบอัตราการยกเลิกผ่าตัด / เลื่อนผ่าตัด / ทำผ่าตัดแล้วเสร็จนอกเวลา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2.3 เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ขณะผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2.4 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อปรับปรุงรูปแบบ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart [9] มีกระบวนการวิจัย 2 ระยะ คือ (1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย และ (2) ระยะดำเนินการวิจัยและประเมินผล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การศึกษาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ (2) การพัฒนารูปแบบ (3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้ และ (4) ประเมินผลหลังทดลองการใช้รูปแบบ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ (1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ laminectomy และ (2) ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด laminectomy ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ laminectomy คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย วิสัญญีพยาบาล 3 คน วิสัญญีแพทย์ 3 คน ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 3 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 3 คน และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 3 คน สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่ว

ร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy และ (2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด laminectomy ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อทดลองใช้รูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ที่พัฒนาขึ้น

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า effect size ที่ 0.5 ค่า power ที่ 0.80 ค่า p-value ที่ 0.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวิสัญญีพยาบาลจำนวน 27 คน โดยกำหนดให้วิสัญญีพยาบาล 1 คนดูแลระงับความรู้สึกผู้ป่วยทำผ่าตัด laminectomy อย่างน้อย 3 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด laminectomy จำนวน 81 คน

การดำเนินการวิจัย และการวิเคราห์ข้อมูล

ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2563 รายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการพัฒนา โดยการทบทวนความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของวิสัญญีพยาบาลที่สภาการพยาบาลกำหนด [10]แนวปฏิบัติการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด laminectomy [5,11] ร่วมกับการสืบค้นจากเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวน การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสารตำราวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ระยะดำเนินการวิจัย และประเมินผล มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหา วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์การดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy (R1) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยการทบทวนแนวปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่ ร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติ การศึกษาข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนการส่งปรึกษาก่อนผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์ ในเรื่องการยกเลิก หรือการเลื่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ร่วมกับการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มวิสัญญีพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสังเกต เป็นแบบเช็คลิสต์การปฏิบัติ แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญการทำวิจัยเชิงคุณภาพ นำไปทดลองใช้ และปรับปรุงสำนวนภาษา ก่อนนำไปดำเนินการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปประเด็นปัญหา กำหนดขอบเขตของการพัฒนารูปแบบ และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ((D1) เป็นการนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มาใช้ โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ ร่วมกับประยุกต์หลักการพื้นฐานของพยาบาลวิสัญญี คือ การดูแลก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก เพื่อ

กำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดสLaminectomy พร้อมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จัดท่าคว่ำ และกำหนดสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy โดยยึดตามกรอบมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญีของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์เป็นหลัก [9] ทำการตรวจสอบแนวปฏิบัติและร่างกำหนดสมรรถนะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ คือ วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล รวม 5 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (R2) เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 มีการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และติดตามสรุปข้อมูลเป็นระยะ เพื่อรับฟังความคิดเห็นผู้ปฏิบัติ นำมาวิเคราะห์ และปรับปรุงเพื่อให้ได้แนวทางข้อมูลป้อนกลับ ประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการให้การดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy หลังการทดลอง และสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และสรุปผลการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย

1) แบบประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy เป็นลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ ต้องปรับปรุง) ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน ดังนี้ (1) การดูแลผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกจำนวน 5 ข้อ (2) การดูแลผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึก จำนวน 10 ข้อ (3) การดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึก จำนวน 8 ข้อ และ (4) การสื่อสารประสานงาน จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 23 ข้อ เกณฑ์ตัดสินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยรวมมีค่าคะแนนจุดตัด (minimal passing level : MPL) ที่ 112 คะแนน (ร้อยละ 80) จากคะแนนเต็ม 140 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำที่วิสัญญีพยาบาลต้องมีผลการประเมินในด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึก และการดูแลหลังให้การระงับความรู้สึกต้องอยู่ในระดับดี ถึง ดีมากทุกข้อ รวมจำนวน 23 ข้อ

2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ (1) มีความเข้าใจง่าย (2) เนื้อหามีความชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน (3) ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการในแต่ละสถานการณ์ (4) สามารถนำไปปฏิบัติได้ และ (5) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ ที่สร้างขึ้น

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มที่จะใช้วิจัยจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ของแบบประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ,คือ 0.89 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ มีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (D2)) เป็นกิจกรรมประเมินผลการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ โดยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทั้งด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ทางคลินิก และสรุปผล เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และเผยแพร่ผลการวิจัยแก่ทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพออร์โธปิดิกส์ (PCT Orthopedics) เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เอกสารเลขที่ 44/2563 พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการโดย อาสาสมัครทุกรายได้รับการแจ้งสิทธิในการตอบรับปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy มีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ นำเสนอผลการศึกษาตามหลักการทำงานของวิสัญญีพยาบาล คือ การดูแลก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก ซึ่งพบสภาพปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติ สรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้

(1) ก่อนการผ่าตัด พบว่ามีการยกเลิก หรือเลื่อนการผ่าตัด จากความไม่พร้อมของผู้ป่วย และ/หรือเจ้าหน้าที่ เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติและยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาโรคทางอายุรกรรม และยังไม่ได้รับการรักษา ผลฟิล์มเอกซเรย์พบเป็นวัณโรคปอด หรือรักษาแล้วแต่ยังควบคุมโรคไม่ได้ มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยยังรับประทานยาละลายลิ่มเลือดก่อนมาผ่าตัด ปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ และสิ่งที่เกี่ยวข้องในการทำผ่าตัด คือ ห้องผ่าตัดมีไม่เพียงพอกับศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 9 คนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 14 คน ในปี พ.ศ .2562 (ร้อยละ 55.6) แต่ห้องผ่าตัด ยังคงมีจำนวนเท่าเดิม คือ 2 ห้อง ทำให้การผ่าตัดที่กำหนดไว้ตามตารางต้องเลื่อนออกไป หรือยกเลิก หรือทำผ่าตัดไม่ทันในเวลาราชการ

(2) ขณะผ่าตัด พบว่า อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ขณะผ่าตัด เช่น วัสดุหรือผ้าที่ใช้รองรับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายขณะผู้ป่วย นอนคว่ำกดทับผิวหนัง หรือสายสวนปัสสาวะกดทับผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ถูกทับพับงอจนน้ำปัสสาวะระบายไม่สะดวก เนื่องจากอยู่ในท่าผ่าตัดท่าคว่ำเป็นเวลานาน โดยเฉพาะการผ่าตัดกระดูกสันหลังหลายตำแหน่งซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาผ่าตัดนานกว่า 3 ชั่วโมง ยิ่งในรายที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักมากแรงกดบนผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ จะมีแรงเสียดทานสูง การผ่าตัดที่ใช้เวลานานจึงเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

(3) หลังผ่าตัด พบว่า การผ่าตัดที่ดำเนินการเสร็จนอกเวลาราชการ ซึ่งมีจำนวนเจ้าหน้าที่ลดลงทั้งในห้องผ่าตัด และในหอผู้ป่วย เมื่อทำผ่าตัดเสร็จ การพลิกตัวผู้ป่วยจากท่านอนคว่ำเป็นท่านอนหงายอย่างถูกหลักวิธี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ต้องใช้จำนวนเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 4 คน เพื่อช่วยในการพลิกตัวแบบท่อนซุง (logrolling technique) จึงทำให้การจัดอัตรากำลัง หรือจำนวนเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดอื่น ๆ มีไม่เพียงพอ รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดมาหอผู้ป่วยจะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะแรก

เนื่องจาก การผ่าตัด laminectomy เป็นการผ่าตัดใหญ่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ใช้เวลาผ่าตัดนาน ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีสมรรถนะเพียงพอ และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดชนิดนี้ ถ้ามีเจ้าหน้าที่ใหม่เข้าทำงาน จะยังไม่มีความพร้อมดูแลผู้ป่วยได้

2. **การวางแผนพัฒนา และกำหนดรูปแบบ**การดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ ร่วมกับประยุกต์ใช้หลักการทำงานของพยาบาลวิสัญญี [9] ที่แบ่งการดูแลผู้ป่วย ออกเป็น 3 ระยะ คือ การดูแลก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก ซึ่งรูปแบบการดูแล ประกอบด้วย

(1) การเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติ โดยกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy และจัดให้มีระบบพี่เลี้ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่

(2) จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จัดให้นอนท่าคว่ำ เพื่อให้สามารถปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) เพิ่มการให้บริการทางวิสัญญีในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก (pre-anesthetic evaluation) ในผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัดในเวลาราชการ (elective case) โดยเปิดให้บริการแบบ pre-operative clinic ที่ห้องตรวจคลินิกระงับปวด กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

(4) กำหนดข้อตกลงร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการทำผ่าตัด ในการจัดเรียงลำดับการผ่าตัดผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัดแบบ elective case โดยการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาผ่าตัดนาน จะเรียงไว้ในลำดับต้นๆ เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้แล้วเสร็จในเวลา โดยเฉพาะการทำผ่าตัด laminectomy ของกระดูกสันหลังหลายระดับ หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคอ้วน

(5) การขยายพื้นที่บริการโดยเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ไปที่โรงพยาบาลของรัฐที่มีศักยภาพในระดับเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ซึ่งอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองนครสวรรค์ ระหว่างรอการขยายโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์แห่งใหม่ (เขาเขียว) ซึ่งจะเปิดดำเนินการในปี พ.ศ.2564

3. **ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ**การดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 2 ด้านดังนี้

(1) ผลลัพธ์ทางกระบวนการ มี 2 ส่วน ดังนี้

1.1 วิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะโดยรวมทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 123.2 คะแนน (SD. 8.6) ซึ่งอยู่ในระดับดี

1.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล ต่อการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 89.70

(2) ผลลัพธ์ทางคลินิก การนำรูปแบบฯไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy จำนวน 81 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.9 มีอายุเฉลี่ย 56.4 ปี และมีผลลัพธ์ทางด้านคลินิก ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยทุกราย ร้อยละ 100 ได้รับการประเมินปัญหา และเตรียมความพร้อมก่อนรับบริการทางวิสัญญี โดยได้รับการส่งปรึกษาที่ pre-operative clinic ประกอบด้วย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจ การให้คำแนะนำเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการผ่าตัด การส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบความผิดปกติ การตอบข้อซักถาม การให้คำแนะนำพร้อมกับแจกเอกสารแผ่นพับคู่มือการปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

2.2 อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการดูแลมีอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 1.6 หลังใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เกิดขึ้นทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

2.3 อัตราการยกเลิกผ่าตัด / เลื่อนผ่าตัด พบว่า ลดลงจากร้อยละ 14.84 เหลือร้อยละ 2.56 สาเหตุของการยกเลิก /เลื่อนผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีการใช้เวลาผ่าตัดมากกว่าที่แพทย์ประเมินไว้ ทำให้ต้องยกเลิก หรือเลื่อนผ่าตัด ไม่มีสาเหตุจากความไม่พร้อมอื่น ๆ

2.4 อัตราการทำผ่าตัดแล้วเสร็จนอกเวลา พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการดูแลมีอุบัติการณ์ทำผ่าตัดแล้วเสร็จนอกเวลาร้อยละ 2.90 หลังใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์นี้

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy นี้ พัฒนาขึ้นจากหลักการของการพยาบาลวิสัญญีที่แบ่งการการดูแลออกเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก ร่วมกับผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในบริบทจริงของการปฏิบัติงาน พบว่า ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ศักยภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ ระบบการจัดลำดับการผ่าตัด/ นัดผู้ป่วยมาทำผ่าตัดในเวลาราชการ ความเสี่ยงของการทำผ่าตัดอวัยวะสำคัญที่ใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การจัดท่าผ่าตัดแบบท่าคว่ำ และใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ โดยการจัดการที่มีประสิทธิภาพในรูปการทำงานของทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (patient care team: PCT) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของวิสัญญีพยาบาล รูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยทำให้วิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีแนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จัดท่าคว่ำ ใช้เป็นแนวปฏิบัติให้ทำงานเป็นไปในทางเดียวกัน ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากความเข้าใจไม่ตรงกันลง ซึ่งพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติถึงร้อยละ 89.7

การกำหนดเกณฑ์สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ซึ่งใช้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะโครงสร้างหลักของร่างกาย คือกระดูกสันหลัง และเกี่ยวข้องกับระบบประสาทที่สำคัญคือระบบประสาทไขสันหลัง การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy จึงนับเป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง ที่พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ มีทักษะ และประสบการณ์เพียงพอ หรือผ่านการอบรมเฉพาะทางโดยเฉพาะวิสัญญีพยาบาล เนื่องจากต้องให้การดูแล

ระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายกับผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดแบบจัดท่าคว่ำ [12] การกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญีจึงเป็นเรื่องจำเป็น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นสมรรถนะหลักของวิสัญญีพยาบาล 3 ด้าน คือ

1. สมรรถนะการดูแลก่อนให้การระงับความรู้สึก ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดี ถึงดีมาก ในการประเมินจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ (1) ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนได้รับการระงับความรู้สึก (2) ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับการระงับความรู้สึก (3) จัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ป้องกันได้ก่อนได้รับการระงับความรู้สึก (4) รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงของผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมวิสัญญีให้เข้าใจตรงกัน และ (5) ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกตามมาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญี ซึ่งวิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับดีมากของทุกหัวข้อ อภิปรายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกวิสัญญีพยาบาลจะให้ความสำคัญมากที่สุด เพราะถ้าสามารถประเมินดูแลผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกได้ครบถ้วนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ลดอัตราการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับสภาการพยาบาล [10] ที่ระบุว่า วิสัญญีพยาบาลต้องแสดงถึงสมรรถนะการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ประเมินการทำหน้าที่ระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึก ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีถึงดีมาก ในการประเมินจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ (1) ตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด (2) เตรียมตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ระงับความรู้สึก (3) ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการระงับความรู้สึกได้ (4) ปรับตั้งค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึกได้ (5) การบริหารยาระงับความรู้สึกและยาที่ต้องใช้กับผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ (6) เฝ้าระวัง / แก้ไขความผิดปกติและดูแลทางเดินหายใจ (7) จัดท่าผู้ป่วยให้ถูกต้องและสอดคล้องกับการทำผ่าตัด (8) ให้การปฏิบัติการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (9) การบริหารสารน้ำ / เลือด และ/ หรือส่วนประกอบของเลือดกับผู้ป่วย และ (10) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการถอดท่อช่วยหายใจได้ ซึ่งวิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับดี ถึงดีมากของทุกหัวข้อ อภิปรายได้ว่า วิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการอบรมวิสัญญีที่หลักสูตรการอบรมได้รับการรับรองมาตรฐานสามารถปฏิบัติงานระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จัดท่าคว่ำทดแทนวิสัญญีแพทย์ที่ยังมีจำนวนไม่เพียงพอได้

3. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึก ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดี ถึงดีมาก ในการประเมินจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ (1) ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับหลังให้การระงับความรู้สึกตามมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี (2) เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้และเหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy (3) ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวและระดับความเข้มของออกซิเจนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (4) สามารถค้นพบถ้ามีปัญหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกได้ (5) สามารถจัดการภาวะวิกฤตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการระงับความรู้สึกได้ (6) สามารถประเมินและจำหน่ายผู้ป่วยออกจากพักฟื้นตามเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยของวิสัญญี (7) ส่งต่อข้อมูลการระงับความรู้สึกแก่เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และ (8) ให้คำแนะนำการ

ปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านได้ ซึ่งวิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถผ่านเกณฑ์ประเมินในสมรรถนะด้านนี้ในระดับดี ถึงดีมาก อภิปรายได้ว่าวิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถให้การดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[11-14] ที่พบว่า วิสัญญีพยาบาลต้องมีสมรรถนะในการประเมินสภาพผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึก สามารถค้นหาปัญหาและจัดการภาวะวิกฤติหลังให้การระงับความรู้สึก และรวบรวมข้อมูลก่อนจำหน่ายจากห้องพักฟื้นเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้

สำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการทำผ่าตัด laminectomy ทั้งจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ได้รับการพัฒนาเชิงระบบโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (patient care team: PCT) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จากมุมมองที่หลากหลายและครอบคลุม ซึ่งแนวทางแก้ไขปัญหาจากการพัฒนารูปแบบสามารถนำมาใช้ได้ผลจริง ได้แก่ (1)การจัด บริการทางวิสัญญีในรูปแบบ pre-anesthetic clinic เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกและผ่าตัดที่มีคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ elective case ได้รับการส่งปรึกษาทุกราย (2) การกำหนดข้อตกลงในการจัดเรียงลำดับการผ่าตัดผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัด แบบ elective case โดยการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาผ่าตัดนาน จะได้รับการจัดเรียงอันดับอยู่ในลำดับต้นๆ เพื่อให้สามารถทำผ่าตัดได้เสร็จภายในเวลาและลดอัตราการยกเลิก หรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากแพทย์ผ่าตัดไม่ทัน ซึ่งพบว่า ยังคงมีการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัดอยู่ แต่อัตราลดลง สำหรับปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของสถานที่ คือ ห้องผ่าตัดมีจำนวนไม่เพียงพอเนื่องจากจำนวนศัลยแพทย์เพิ่มขึ้น แก้ไขปัญหาโดยการขยายจำนวนห้องผ่าตัดไปยังโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ใกล้เคียง และมีศักยภาพพร้อม ระหว่างรอการขยายพื้นที่เปิดให้บริการของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์แห่งใหม่ในปี 2564 แต่เนื่องจากการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการนี้ ต้องใช้ทรัพยากรมากทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ วัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งต้องใช้เวลาเดินทาง จึงช่วยลดอัตราการยกเลิก หรือเลื่อนผ่าตัดได้ในระดับหนึ่ง ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานที่ผลลัพธ์ของการดำเนินงานมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานหลายวิชาชีพ การแก้ไขปัญหา อุปสรรค ต้องใช้ทั้งทักษะเชิงวิชาชีพเฉพาะทางด้านการพยาบาลวิสัญญี ให้สามารถปฏิบัติงานได้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีแล้ว ยังต้องใช้การพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยทีมนำแบบสหสาขาวิชาชีพ (patient care team: PCT) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ที่พัฒนานี้ มีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีศักยภาพและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามปัญหาอุปสรรคในด้านข้อจำกัดของจำนวนห้องผ่าตัดที่ไม่เพียงพอ ยังต้องมีการปรับปรุงรอให้โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ขยายการบริการไปที่แห่งใหม่

References

1. Vipan Prachuabmoh. Aging in Thailand [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 29] . Available from : https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_egm_201902_s3_vipanprachuabmoh.pdf.
2. Chanadda Wongekchootrakul . Rehabilitation in Degenerative spondylosis. [Internet]. 2020. Chiang Mai: Sriphat Medical Center [cited 2020 June 23]. Available from https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-166
3. Prasat Neurological Institute. Nursing practice guideline for spinal surgery patient care. Bangkok : Thana press ; 2017. Thai.
4. Ploumis, A et al. Degenerative lumbar scoliosis associated with spinal stenosis. The Spine Journal, 2007; 7(4): 428-36.
5. Haruthaiwichitchoke P., & Paramathikul M. Anesthesia in Orthopedics surgery. [cited 2019 Jun 15]. Available from : http://umcvajira.com/files/pct/ออร์โธ/การระงับความรู้สึกในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์.pdf. Thai.
6. Akawipat P. Positioning patients for Neurological surgery. In: Rodanant O, Lekpraseart W, Doungrat T, editor. Anesthesiology Review. Bangkok: Thana press ; 2012. p. 261-80. Thai.
7. DePasse JM. Palumbo MA. Haque M, Eberson CP, Daniels AH. Complications associated with prone positioning in elective spinal surgery. World J Orthop, 2015; 6 (3): 351-9
8. Luangnateetep A . Anesthesia in Orthopedics surgery. In: Prakarnrat A, Sanansilp, Suksompong S, Toomtong P, editors. Anesthesiology. Bangkok: A-Plus print; 2013. p 154- 79. Thai.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3 rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press ; 1988.
10. Hanucharoenkul S. Competency and issuing a certification for advance practitioner nurse. 1st ed. Bangkok : Siriyod Karnpim Company Limited ; 2010. Thai.
11. Autsadonwisate U, Aupraseart K. Nursing practice guideline for surgery positioning patients. In: Autsadonwisate U, editor. Issue and Trend in Surgery 2. Bangkok: Niyomvitaya ; 2004. p 58 -72. Thai.
12. Home Nursing Service Department. Standard of nurse anesthetists service. Nontaburi : War Veterans Organization Publishing Service ; 2008. Thai.
13. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies of Registered Nurses. Bangkok: Siriyod Karnpim Company Limited; 2008. Thai.

14. Panisara Saardwai, Suvinee Wiwatvanit. The Development of Nurse Anesthetist's Competency Assessment Scale, Phramongkutklao Hospital. Journal of the Royal Thai Army Nurses, 2019; 20(2): 123-30. Thai.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 2

สิตานันท์ ศรีใจวงศ์* พย.ด
ดุจเดือน เขียวเหลือง* กศ.ด
ปฐพร แสงเขียว* ปร.ด.
สีบตระกูล ตันตลานุกูล* พย.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยใช้แนวคิดสังคมนิเวศวิทยา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายหรือหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,092 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องเพศศึกษา ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและสถิติสมการถดถอยพหูคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 87.03, S.D. 0.42) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ได้แก่ การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ การเลี้ยงดูของครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และ ความรู้เรื่องเพศศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศได้ร้อยละ 47.8 ($p < .05$) การวิจัยนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยเน้นการสร้างเสริมอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในเชิงบวก ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ การเลือกบริโภคข้อมูลทางเพศจากสื่อต่าง ๆ ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา และส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่นำไปสู่การลดการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ, พฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ, วัยรุ่น

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author : sitanan@unc.ac.th

Factors Influencing to Sexual Risk Protective Behaviors of Adolescents, Regional Health 2

Sitanan Srijaiwong* D.N.S

Dujduean Khiaolueang* Ph.D.

Pataporn Saengkhiew* Ph. D.

Seubtrakul Tantalanukul* M.N.S.

Abstract

This study was predictive research. The purpose was to examine the sexual risk protective behaviors and factors influencing adolescent sexual risk protective behaviors utilizing the Socio-ecological model. The sample consisted of 1,092 male and female students aged between 15 and 19 years old. Research instruments were the questionnaire of demographic data, knowledge on sex education, attitude towards sexual intercourse, perceived self-efficacy, peer influence, perceived sexual information from media, parenting styles, family sexual communication, perceived sexual double standards, and sexual risk protective behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The result showed that the overall sexual risk protective behavior was at the medium level ($\bar{X}$ 87.03, SD = 0.42; factors influencing adolescent sexual protective behaviors including peer influence acceptance, perceived self-efficacy, attitude towards sexual intercourse, perceived sexual information from media, parenting styles, family sexual communication and knowledge on sex education can jointly predict sexual risk protective behaviors for 47.8 percent ($p < .05$). The study results suggested that nurses should develop sexual risk protective behavior programs by encouraging positive peer influence, promoting perceived self-efficacy, encouraging a positive attitude towards sexual intercourse, choosing to consume sexual information from multimedia, providing sexual education, and promoting family sexual communication to reduce sexual risk behaviors further to decrease the prevalence of HIV and STDs infections as well as teenage pregnancy.

Key words: sexual risk protective behaviors, sexual risk behaviors, adolescent

*Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author : sitanan@unc.ac.th

บทนำ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นนับว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพของวัยรุ่น ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประเทศไทย พบอุบัติการณ์ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 80.8 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 169.1 ใน พ.ศ. 2561 และ 175.3 ในปี 2562 และร้อยละ 67 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ทั้งหมดเป็นวัยรุ่น [1]

นอกจากนี้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นยังทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์สถานการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือท้องไม่พร้อมในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นยังเป็นปัญหาสังคมที่รุนแรง สอดคล้องกับข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี 2562 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 169 คน และสถิติการมีบุตรของวัยรุ่นไทยมีจำนวนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดถึง 71 จังหวัด[1]

ในปี 2562 พบว่า ร้อยละ 51.32 ของจังหวัดทั้งหมดในประเทศไทย มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ[1] สำหรับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 พบว่ามีจังหวัดที่มีอัตราการคลอดสูงกว่า 50.0 ต่อวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน และมี 3 ใน 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพและสังคมจากการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น[1]

การเจริญเติบโตของสังคมเมืองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ความแตกต่างของบริบทของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความแตกต่างของทัศนคติและพฤติกรรมของวัยรุ่น วัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายมีพฤติกรรมทางเพศและมีจำนวนคู่นอนมากขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากที่สุด[2] ประกอบกับวัยรุ่นเป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาที่มีการเจริญเติบโตทั้งทางกายวิภาคและสรรีวิทยา ทางจิตวิทยาและทางสังคม อยากรู้ อยากลอง พร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์[3]

พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศจึงมีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตของวัยรุ่นในสังคมปัจจุบัน โดยเป็นความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ของตนเองได้ตรงตามความเป็นจริงและสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้อย่างชัดเจน[2] วัยรุ่นสามารถประเมินสถานการณ์และวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงทางเพศและสามารถตัดสินใจที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้ วัยรุ่นมีการตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง นำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศแบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลักได้แก่ ปัจจัยในระดับบุคคลและปัจจัยสังคมสิ่งแวดล้อม ปัจจัยในระดับบุคคลได้แก่ ความรู้เรื่องเพศศึกษา[4] ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์[5] และการรับรู้ความสามารถของตนเอง[6] สำหรับปัจจัยสังคมสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัจจัยที่มาจากสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของวัยรุ่น ประกอบด้วยอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน[5] การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว[7] การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ[8] แต่ละ

ปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน และมีความแตกต่างกันตามบริบทของวัยรุ่น ดังนั้นจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาหรือวิทยาลัยอาชีวศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิดสังคมนิเวศวิทยา[9] ซึ่งนำไปสู่การพัฒนารูปแบบของระบบการป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามบริบทของสังคมไทยและความแตกต่างในปัจจัยในระดับบุคคลและระดับสังคมสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

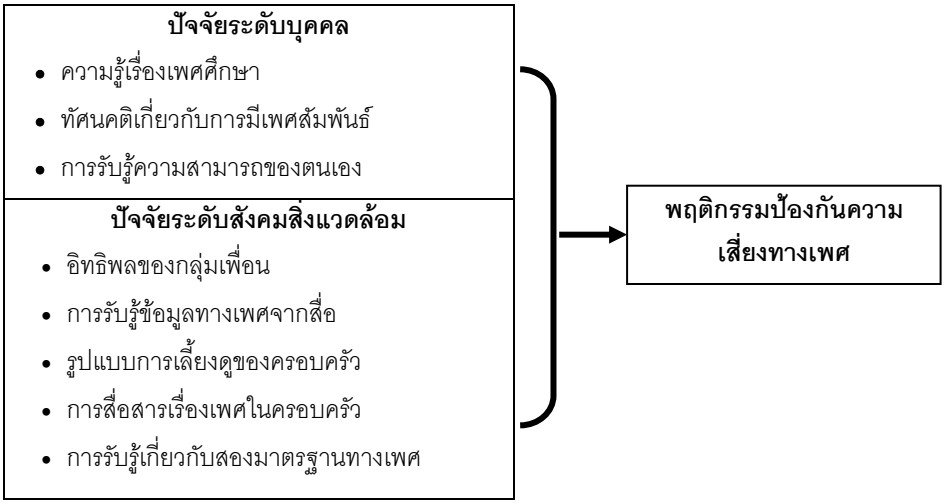
การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบสังคมนิเวศวิทยา (socio-ecological model) พัฒนาโดย McLeroy et al.[9] มีแนวคิดว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นอย่างไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคล และสภาพแวดล้อมรอบตัว ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นนั้นมีความซับซ้อน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้กรอบ socio-ecological model เพื่อศึกษาตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยแบ่งเป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. ปัจจัยระดับสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และการรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศ

ทั้งนี้ ในแต่ละปัจจัย อาจจะมีความสัมพันธ์กัน และแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของวัยรุ่น และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ และ/หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ รายละเอียดกรอบแนวคิดการวิจัย แสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาหรือโรงเรียนอาชีวศึกษาในเขตสุขภาพที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยรุ่นชายและหญิงกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษหรือโรงเรียนอาชีวศึกษาขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจะต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้แก่ เป็นนักเรียนชายหรือหญิง ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาหรือกำลังศึกษาปวช. ชั้นปีที่ 1-3 ในโรงเรียนอาชีวศึกษา ในปีการศึกษา 2563 และสถาบันที่ศึกษานั้นเป็นสถาบันศึกษาในระบบของรัฐ จำนวนทั้งสิ้น 1,092 คน เกณฑ์การคัดออกคือกลุ่มตัวอย่างไม่สบายหรือขาดเรียนในวันเก็บข้อมูลหรือมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน มีอาการซึมเศร้า อาการทางประสาท และอาการทางจิต โดยสอบถามข้อมูลจากอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แนะแนวหรืออาจารย์ประจำชั้น และเกณฑ์การถอดถอนได้แก่ กลุ่มตัวอย่างต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 31 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามจำนวน 10 ชุด ได้แก่ (

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของพ่อแม่ในปัจจุบัน ชนิดของโครงสร้างครอบครัว บุคคลที่พักอาศัยด้วย อาชีพของแม่ และอาชีพของพ่อ

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศศึกษา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินขององค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (PATH) [10] จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินความรู้เรื่องเพศศึกษาและการตั้งครรภ์ คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาและการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวน

วรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ คะแนนสูงแสดงว่ามีทัศนคติในเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น (ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์)

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของวรวรรณ์, อาภาพร และ ปัญญรัตน์[6] จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบประเมินความสามารถของตนเองในการไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธและความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง

5. แบบสอบถามอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อารยา, ปราลีณา และ ชะไมพร[7] จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินการรับรู้แบบแผนพฤติกรรมทางเพศที่ยึดถือเอาบรรทัดฐานของเพื่อนมาเป็นแบบอย่างจากการสังเกตเห็นหรือรับรู้การแสดงออกของเพื่อนต่อความพร้อมในการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คะแนนสูงแสดงว่ากลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลของต่อพฤติกรรมทางเพศระดับสูง

6. แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อารยา, ปราลีณา และ ชะไมพร[7] จำนวน 9 ข้อ เป็นการประเมินความถี่การรับรู้ข่าวสารทางด้านเพศจากสื่อต่างๆ คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่รับรู้ข่าวสารด้านเพศจากสื่อในระดับสูง

7. แบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามของอารยา, ปราลีณา และ ชะไมพร[7] จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบวัดการรับรู้ของวัยรุ่นที่มีต่อการได้รับการอบรมเลี้ยงดู ใน 3 รูปแบบคือ แบบควบคุม แบบใช้เหตุผล และแบบปล่อย คะแนนสูงแสดงว่าครอบครัวเลี้ยงดูแบบควบคุมอยู่ในระดับสูง

8. แบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวของวัชราภรณ์, ปาหนัน และอาภาพร[11] ครอบคลุมถึงการที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้ความรู้เรื่องต่างๆ ได้แก่ สรีระของวัยรุ่น จิตวิทยา สังคมวิทยาและสุขวิทยา จำนวน 12 ข้อ คะแนนสูงแสดงว่ามีการสื่อสารเรื่องเพศอยู่ในระดับสูง

9. แบบสอบถามการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามได้รับการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดยสิตานันท์ ศรีใจวงศ์ และคณะ[8] จำนวน 15 ข้อเป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศเกี่ยวกับประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน, จำนวนคู่นอนหลายคนและการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย คะแนนที่สูงแสดงว่าการยอมรับว่าเพศชายนั้นจะมีอิสระทางเพศมากกว่าเพศหญิง

10. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของอารยา, ปราลีณา และ ชะไมพร[7] จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของนักเรียนที่แสดงเจตนาในการป้องกันการกระทำที่ ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การเที่ยวสถานเริงรมย์ การไม่ดื่มสุราหรือของมึน เมา การไม่ใช้ยาเสพติด การไม่ดูสื่อที่กระตุ้นและยั่วยุกามอารมณ์ การหลีกเลี่ยงการอยู่ลำพังสองต่อ สองกับเพศตรงข้าม การไม่แตะต้องเพศตรงข้ามใน เชิงชู้สาว การรู้จักหลีกเลี่ยงและปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อระบายอารมณ์ทางเพศ คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศศึกษา ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ และรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากต้นฉบับ ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 และหาค่าความความเชื่อมั่น โดยจะนำไป

ทดลองใช้กับนักเรียนจำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .85 และ .81 ตามลำดับ

2. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความความเชื่อมั่น โดยจะนำไปทดลองใช้กับนักเรียนจำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, .86, .92, .89, .84 และ .87 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน และอาจารย์ประจำชั้น เพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายกับนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ นักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจะได้รับซองเอกสาร ดังนี้

1. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 2 ฉบับสำหรับพ่อแม่หรือผู้ปกครองและนักเรียน

2. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 2 ฉบับสำหรับพ่อแม่หรือผู้ปกครองและนักเรียน

3. ซองเล็กที่บรรจุแบบสอบถามทั้งหมดสำหรับนักเรียน โดยให้นักเรียนนำเอกสาร หมายเลข 1 และ 2 กลับไปให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองเพื่อพิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัยที่บ้าน หากพ่อแม่หรือผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการ พ่อแม่หรือผู้ปกครองจะลงนามในเอกสารทั้ง 2 ฉบับ ส่วนนักเรียนมีเอกสารหมายเลข 1 และ 2 ให้อ่านและลงนามเช่นกัน ถ้าสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้นให้นักเรียนนำหมายเลข 2 ใส่ลงในซองใหญ่และปิดผนึกให้เรียบร้อย หลังจากนั้นนักเรียนนำซองแบบสอบถามกลับมาตอบที่โรงเรียนเนื่องจากในบางคำถามนักเรียนอาจไม่ต้องการให้ผู้ปกครองทราบ เช่น การเสพสาร เสพติด การมีแฟน เป็นต้น เมื่อตอบเสร็จแล้วนักเรียนนำแบบสอบถามทั้งหมดใส่ในซองเล็กและปิดผนึกให้สนิท จากนั้นนักเรียนนำซองใหญ่และซองเล็กมาส่งคืนใส่ลงในกล่องที่วางไว้หน้าห้องแนะแนวในวันรุ่งขึ้น ผู้วิจัยเข้ามาเก็บซองเหล่านี้ หลังเลิกเรียนทุกวัน หากนักเรียนที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่เห็นชอบให้เข้าร่วมโครงการวิจัยก็ไม่จำเป็นต้องส่งซองเอกสารคืนให้แก่ผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยนเรศวรเลขที่ COA No. 038/2020 RREC No. 002/63 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอน วิธีการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเลือกที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย บิดามารดา หรือผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยจะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป, และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

2. วิเคราะห์สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยจะใช้ในการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของปัจจัยระดับบุคคลและระดับสังคมสิ่งแวดล้อม

ผลของการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่โรงเรียนอาชีวศึกษาจำนวน 558 คน (ร้อยละ 51.1) และโรงเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 534 คน (ร้อยละ 48.9) ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนหญิงจำนวน 779 คน (ร้อยละ 71.3) มีอายุเฉลี่ย 16.92 ปี (SD .03) เกรดเฉลี่ย 3.14 (SD .02) บิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 676 คน (ร้อยละ61.9) รองลงมา คือ หย่าร้างจำนวน 247 คน (ร้อยละ 22.6) โครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่พ่อและแม่อยู่ด้วยกัน จำนวน 679 คน (ร้อยละ 62.2) รองลงมาได้แก่ แม่อยู่กับสามีคนใหม่จำนวน 190 คน (ร้อยละ 17.4) พ่ออยู่กับภรรยาคนใหม่จำนวน 164 คน (ร้อยละ 15.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครองจำนวน 993 คน (ร้อยละ 90.9) รองลงมา คือ พักอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องจำนวน 62 คน (ร้อยละ 5.7) และการประกอบอาชีพของพ่อและแม่ส่วนใหญ่ คือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 472 คน (ร้อยละ 43.2) รองลงมาคือเกษตรกรรมจำนวน 242 คน (ร้อยละ 22.2)

การศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 87.03 (SD .42) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงการเที่ยวสถานเริงรมณ์อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 31.26 (SD .18) ด้านการไม่ดื่มสุราของมึนเมาและไม่ใช้สารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 12.09 (SD .08) ด้านการไม่ดูสื่อที่กระตุ้นและยั่วยุกามารมณ์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 9.82 (SD .07) ด้านการหลีกเลี่ยงอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้ามอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 17.08 (SD .12) ด้านการไม่แตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาวอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 8.51 (SD .82) ด้านการรู้จักหลีกเลี่ยงและปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อระบายอารมณ์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 9.47 (SD .07) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน (N 1,092)

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศรายด้าน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
ด้านการหลีกเลี่ยงการเที่ยวสถานเริงรมณ์	31.26	0.18	ปานกลาง
ด้านการไม่ดื่มสุราของมึนเมาและไม่ใช้สารเสพติด	12.89	0.08	ปานกลาง
ด้านการไม่ดูสื่อที่กระตุ้นและยั่วยุกามารมณ์	9.82	0.07	มาก
ด้านการหลีกเลี่ยงอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้าม	17.08	0.12	ปานกลาง
ด้านการไม่แตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว	8.51	0.82	ปานกลาง
ด้านการรู้จักหลีกเลี่ยงและปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อระบายอารมณ์	9.47	0.07	มาก
โดยรวม	**87.03**	**0.42**	**ปานกลาง**

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและวิทยาลัยอาชีวศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ประกอบไปด้วยปัจจัยระดับบุคคลได้แก่ ความรู้เรื่องเพศศึกษา ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเพศศึกษาในระดับปานกลาง มี

คะแนนเฉลี่ย 12.09 (SD .93) ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 38.52 (SD .25) รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 56.16 (SD 0.34) สำหรับปัจจัยระดับสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศของวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 38.64 (SD .45) การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 27.27 (SD .23) การเลี้ยงดูของครอบครัว (แบบควบคุม) ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 51.10 (SD .32) ได้รับการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 27.26 (SD .24) และรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 67.10 (SD .13)

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย -.293) รองลงมาได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย .260) ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย -.219) การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย -.138) การเลี้ยงดูของครอบครัว (การควบคุม) (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย -.065) การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย .049) และ ความรู้เรื่องเพศศึกษา (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย .044) ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ รายละเอียดในตารางที่ 2 โดยเขียนสมการในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ= 104.057-.293(การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน) +.260(การรับรู้ความสามารถของตนเอง) -.219 (ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์) -.138 (การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ) -.065 (การเลี้ยงดูของครอบครัว) +.049 (การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว) +.044 (ความรู้เรื่องเพศศึกษา)

ตารางที่ 2 การทำนายกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น (N 1,092)

ตัวแปร	b	SE_b	β	t	p
ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์	-.365	.045	-.219	-8.182	.001
การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน	-.277	.024	-.293	-11.356	.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.319	.032	.260	9.917	.001
การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ	-.252	.047	-.138	-5.369	.001
การเลี้ยงดูของครอบครัว (การควบคุม)	-.113	.039	-.065	-2.921	.005
การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว	.066	.031	.049	2.084	.05
ความรู้เรื่องเพศศึกษา	.201	.102	.044	1.973	.05

ค่าคงที่ 104.057; $SE_{est} = \pm 3.578$

$R = .691$; $R^2 = .478$; $F = 141.667$; p-value = .001

การอภิปรายผล

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 87.03 (SD .42) และรายด้านพบว่าด้านการหลีกเลี่ยงการเที่ยวสถานเริงรมณ์อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 31.26 (SD .18) ด้านการไม่ดื่มสุราของมึนเมาและไม่ใช้สารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 12.09 (SD .08) ด้านการไม่ดูสื่อที่กระตุ้นและยั่วยุกามารมณ์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 9.82 (SD .07) ด้านการหลีกเลี่ยงอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้ามอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 17.08 (SD .12) ด้านการไม่แตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาวอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 8.51 (SD .82) ด้านการรู้จักหลีกเลี่ยงและปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อระบายอารมณ์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 9.47 (SD .07)

สามารถอธิบายได้ว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น อาจนำไปสู่การติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และอาจเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพราะเป็นวัยที่ขาดประสบการณ์ชีวิต สอดคล้องกับผลของการศึกษาครั้งนี้ที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเลี้ยงดูของครอบครัวแบบควบคุม การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน หากพิจารณาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศรายด้านพบว่าวัยรุ่นในปัจจุบันยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การเที่ยวสถานเริงรมณ์ การดื่มสุราของมึนเมาและใช้สารเสพติด การอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้าม และการแตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ สอดคล้องกับผลของการศึกษาของปัญญ์กรินทร์ และ ปราโมทย์[12] พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ได้แก่ การมีแฟนในปัจจุบัน การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดทำนายโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้ ร้อยละ 52.20

การสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย พบว่า การอยู่ตามลำพังสองต่อสองเป็นเหตุจูงใจมากที่สุดในการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศครั้งแรก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lekphet, Wongsawat, Tejativaddhana and Michaeng[13] ที่พบว่าการมีโอกาสอยู่ตามลำพังกับแฟนมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยมีโอกาสมากกว่าผู้ที่ไม่มีโอกาสถึง 2.55 เท่า นอกจากนี้นักเรียนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์สูง เพราะว่าเมื่อดื่มเข้าไปจะทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ ขาดการยับยั้งชั่งใจและการควบคุมตนเอง กล้าทำในสิ่งที่ไม่ควรทำรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์เป็นหนึ่งปัจจัยเสี่ยงทางเพศที่สัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และสอดคล้องกับผลวิจัยของ ริษา, ลักขณา, ภรณี และอาภาพร[14] พบว่าการนัดพบและไปเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ การอยู่ตามลำพังกับเพื่อนต่างเพศในที่ลับตา การแสดงความรัก ได้แก่ การหอมแก้ม การจูบ และการลูบไล้สัมผัสร่างกายกับเพื่อนต่างเพศ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ใน

โรงเรียนมัธยมศึกษาและวิทยาลัยอาชีวศึกษา ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด ได้แก่ การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ การเลี้ยงดูของครอบครัวแบบควบคุม การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และ ความรู้เรื่องเพศศึกษา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศได้ร้อยละ 47.8 อธิบายได้ดังนี้

การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมป้องกันทางเพศมากที่สุด และมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ สามารถอธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี เป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากที่สุด และสนใจเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางเพศมากขึ้น[2] สอดคล้องกับผลวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่ากลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มคนที่สามารถทำนายทัศนคติและพฤติกรรมรวมทั้งพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น[5-6] การศึกษาของ Vivanco, Abubakar, Phillips-Howard and Hunter[15] พบว่า วัยรุ่นจะมีการเรียนรู้เรื่องเพศจากกลุ่มเพื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.63 วัยรุ่นจะเรียนรู้พฤติกรรมของคนรอบข้างว่าเป็นแบบไหนและมองว่าหากเรากระทำพฤติกรรมเช่นนั้นบ้าง ก็มองว่าเป็นเรื่องธรรมดาจึงถือเป็นพฤติกรรมที่ลอกเลียนแบบ[16] เพื่อนเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างค่านิยม ลักษณะนิสัยตลอดจนพฤติกรรมของวัยรุ่น ธรรมชาติของวัยรุ่นจะมีความผูกพันและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และเกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบ หากมีกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อาจมีความคิดที่คล้อยตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างรับรู้แบบแผนพฤติกรรมทางเพศที่ยึดถือเอาบรรทัดฐานของเพื่อนมาเป็นแบบอย่างอยู่ในระดับต่ำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาพัฒน์, จุไรรัตน์ และ ภัทราพร[17] ที่พบว่าอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ และค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเป็นความสามารถในการไม่มีเพศสัมพันธ์ ความสามารถในการปฏิเสธและใช้ถุงยางอนามัย กล่าวคือการรับรู้ความสามารถของตนในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นความสามารถของวัยรุ่นเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึงการใช้วิธีการคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับผลการวิจัยของวรวรรณ์, อาภาพร และ ปัญญรัตน์[6] ที่พบว่าวัยรุ่นหญิงที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูงจะสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ตนไม่ต้องการได้มากถึง 2.5 เท่า ถ้าวัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธสูงจะทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ของการมีเพศสัมพันธ์ในแต่ละครั้งได้อย่างเหมาะสม และสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ งานวิจัยของวัชราภรณ, ปาหนัน และอาภาพร[11] พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ร้อยละ 39.5

ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันเสี่ยงทางเพศ อธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ในระดับสูงโดยมองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติจะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ

ลดลง เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น ทัศนคติและค่านิยมในตัวบุคคลเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ภายในตัวบุคคล และเกิดจากครอบครัว ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าทำพฤติกรรมใดแล้วได้ผลทางบวก มีแนวโน้มที่ดีต่อทัศนคตินั้น ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางเพศ วัยรุ่นชายส่วนใหญ่มองว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหลายคนนั้นเป็นการพิสูจน์ความเป็นชาย ในขณะที่ฝ่ายหญิงจะต้องปกปิดประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากทำให้คุณค่าของตนเองลดลง[18] ประกอบกับค่านิยมและทัศนคติใหม่ของวัยรุ่นหญิงในสังคมไทยที่แสดงพฤติกรรมยั่วยวน เรียกร้อง เชื้อเชิญเพศตรงข้ามเพศตรงข้ามผ่านสื่อโซเชียลให้สังคมรับรู้ว่าเป็นคนที่มีเสน่ห์ต่อเพศตรงข้าม และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ถูกใจกัน ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์แบบนี้ทำให้วัยรุ่นหญิงรู้สึกว่าตนมีมีเสน่ห์ต่อเพศตรงข้าม ส่วนวัยรุ่นชายความสามารถในเรื่องเพศบ่งบอกถึงความเป็นลูกผู้ชาย รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องปกติ ประกอบกับวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในเรื่องการเข้าถึงและการใช้การคุมกำเนิดที่เหมาะสมและถูกต้อง[19] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้นจากค่านิยมและความเชื่อตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สอดคล้องกับผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง กล่าวคือวัยรุ่นในปัจจุบันยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ และมองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชนไทยในกลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่าทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้ร้อยละ 63.3 [20] และการศึกษาของธัญญาพัฒน์, จุไรรัตน์ และ ภัทราพร[19] พบว่าค่านิยมทางเพศส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ในเรื่องเพศบ่อย ๆ จะขัดเกลาค่านิยม จึงเป็นแรงกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันเสี่ยงทางเพศ อธิบายได้ว่าการรับรู้ข่าวสารทางด้านเพศจากสื่อต่าง ๆ มีผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เนื่องจากหากวัยรุ่นรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อมาก จะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศลดลง ปัจจุบันเป็นโลกไร้พรมแดน การเจริญเติบโตทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร การเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ง่ายขึ้น สื่อสามารถเข้าถึงได้ทุกเวลาและรวดเร็ว และเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดข้อมูลต่างๆไปสู่วัยรุ่น วัยรุ่นมีช่องทางในการค้นหาข้อมูลทางเพศและติดต่อสื่อสารกับกลุ่มเพื่อนและคู่รักได้ง่ายและเร็วขึ้น สื่อจึงมีอิทธิพลมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการใช้คอมพิวเตอร์และเครือข่ายสังคมออนไลน์มากถึงร้อยละ 90 ของกลุ่มวัยรุ่น มีการศึกษาของธัญญาพัฒน์, จุไรรัตน์ และภัทราพร[17] พบว่าอิทธิพลจากสื่อและเทคโนโลยีส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนักเรียนทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสื่อและเทคโนโลยีเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดข้อมูล เข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว อยู่ในชีวิตประจำวัน หากมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นสุ่มเสี่ยงจะส่งผลทางตรงกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สื่อมวลชน เช่น ซีดี โทรทัศน์ โฆษณา นิตยสาร และเว็บต่างๆจะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และมีงานวิจัยพบการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้[21] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นจะได้รับการสื่อสารเรื่องเพศจากสื่อมากที่สุด หากวัยรุ่นดูสื่อลามกอนาจาร ก็จะทำให้เกิดความอยากรู้อยากลอง และอาจทำให้หมกมุ่นเรื่องเพศได้ และการดูสื่อ ดังกล่าวหาดูได้ง่ายในกลุ่มเพื่อน หรือการส่งต่อทางไลน์ หรือทางโซเชียลมีเดียต่าง ๆ[7] สอดคล้องกับผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ข้อมูลทาง

เพศจากสื่ออยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารทางด้านเพศจากสื่อต่าง ๆ จากการดูภาพยนตร์ สื่อ วีดีโอ การอ่านหนังสือ เล่นอินเตอร์เน็ตที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศบ่อยครั้ง ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศลดลง

รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัวมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ อธิบายได้ว่า หากครอบครัวมีการเลี้ยงดูแบบควบคุมมากเกินไป ก็ยิ่งทำให้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศลดลง เนื่องจาก วัยรุ่นไม่แสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงทางเพศเพราะกลัวถูกตำหนิ และลงโทษจากครอบครัว ครอบครัวที่เลี้ยงดูบุตรแบบควบคุมจะมีกฎระเบียบที่เคร่งครัด เช่นไม่อนุญาตให้ไปเที่ยวกับ เพื่อนแบบค้างคืน ห้ามกลับบ้านไม่ตรงเวลา จะถูกตีหรือต่อว่า เมื่อทำผิดกฎ มีการวางแผนชีวิตในด้านการเรียนอย่างเคร่งครัด วัยรุ่นจะถูกห้ามไปเที่ยวกับเพื่อนในวันหยุดและหลังเลิกเรียน[7] ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ปกครองจำนวน 993 คน (ร้อยละ 90.9) และมีค่าเฉลี่ยของการเลี้ยงดูของครอบครัวยังอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง การเลี้ยงดูของครอบครัวในปัจจุบันยังคงเป็นแบบควบคุมพฤติกรรมของบุตร ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้กดดันและหันไปปรึกษากลุ่มเพื่อนเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาทางเพศ ประกอบกับวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากที่สุด และจะมีความสนใจเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางเพศมากขึ้น[2] สิ่งเหล่านี้จะนำวัยรุ่นให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น

การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ การสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่นเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การขาดการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับผู้ปกครอง ทำให้เกิดช่องว่างในการพูดคุยเรื่องเพศระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ทำให้วัยรุ่นไม่กล้าที่จะพูดคุยหรือสื่อสารปัญหาต่าง ๆ วัยรุ่นจึงหันไปปรึกษากลุ่มเพื่อน[19] นอกจากนี้การสื่อสารเรื่องเพศยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางเพศ วัยรุ่นชายส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าสามารถมีอิสระทางเพศ สามารถพูดคุยเรื่องเพศได้เป็นเรื่องปกติ โดยได้รับการยอมรับจากครอบครัว วัยรุ่นชายจึงกล้าที่จะพูดคุยเรื่องเพศกับบุคคลอื่นได้ ในขณะที่วัยรุ่นหญิงจะรับรู้จากสังคมว่าเรื่องเพศเป็นสิ่งที่ต้องห้ามวัยรุ่นหญิงจะไม่กล้าพูดคุยเรื่องเพศ ทำให้ได้รับการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องเพศจากสังคมน้อย ผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.3 ดังนั้นความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นขึ้นอยู่กับการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการสื่อสารในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศ[22]

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศเป็นปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันเสี่ยงทางเพศ และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องเพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นทางตรงและทางอ้อมโดยผ่านทัศนคติ ความเชื่อและการรับรู้ มีการศึกษาของ Yangyuen et al.[4] พบว่าประมาณ 87% ของวัยรุ่นไทยมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 6 ที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับสูง จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นไทยยังมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศจำนวนน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ประกอบกับในปัจจุบันโรงเรียนมีบทบาทสำคัญต่อการให้ความรู้ทางเพศศึกษาแก่วัยรุ่น แต่พบว่าการจัดการเรียนการ

สอนเพศศึกษาในปัจจุบันของประเทศไทยยังเน้นเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสรีรวิทยามากกว่าที่สร้างเสริมทักษะชีวิตเรื่องเพศให้แก่วัยรุ่น เช่น กระบวนการตัดสินใจ ทักษะการต่อรอง เป็นต้น

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างคือการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ การรับรู้สองมาตรฐานทางเพศเป็นการรับรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับมาตรฐานของการประเมินค่าของพฤติกรรมทางเพศระหว่างวัยรุ่นหญิงและชายที่แตกต่างกัน ชายเป็นสัญลักษณ์ของการมีพลังอำนาจ ในขณะที่หญิงเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ ในอดีตนั้นคนในสังคมจะให้อิสระทางเพศกับชายมากกว่าหญิง โดยการรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศนั้นจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวของบุคคลนั้น ๆ และจะนำไปสู่การเกิดความไม่สมดุลของอำนาจทางเพศระหว่างหญิงและชาย ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของหญิงและชาย วัยรุ่นหญิงจะรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศมากกว่าวัยรุ่นชาย ทำให้วัยรุ่นหญิงรับรู้ว่าตนเป็นวัตถุทางเพศ และไม่มีอำนาจการต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย[9] นอกจากนี้ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นหญิงและชายก็แตกต่างกัน ซึ่งหากวัยรุ่นหญิงเป็นฝ่ายเตรียมถุงยางอนามัยจะถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การศึกษาในต่างประเทศพบว่าหากวัยรุ่นรับรู้ถึงการมีสองมาตรฐานทางเพศอยู่ในระดับต่ำ จะทำให้มีทักษะในการต่อรอง หรือมีการสื่อสารทางเพศกับคู่นอนมากขึ้น[23] แต่ผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ สามารถอธิบายได้ว่าค่านิยมทางเพศของวัยรุ่นในยุคปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป โดยยอมรับว่าหญิงและชายมีมาตรฐานทางเพศที่เหมือนหรือใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับคะแนนของการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ของชายและหญิงไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลวางแผนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะด้านเสริมสร้างทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ด้านการหลีกเลี่ยงการเที่ยวสถานเริงรมณ์ ด้านการไม่ดื่มสุราของมึนเมาและไม่ใช้สารเสพติด ด้านการหลีกเลี่ยงอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้าม และด้านการไม่แตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว โดยควรมีกิจกรรมที่เน้นการสร้างเสริมอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในเชิงบวก ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ การเลือกบริโภคข้อมูลทางเพศจากสื่อต่างๆ อย่างเหมาะสม และจะต้องมีการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่วัยรุ่นหญิงและชาย เพื่อให้วัยรุ่นรู้เท่าทันสถานการณ์สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

2. เป็นแนวทางให้พยาบาลเน้นการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อเชื่อมประสานความร่วมมือของสถาบันการศึกษาและครอบครัว โดยเน้นการสื่อสารเรื่องเพศทั้งในโรงเรียนและในครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกโดยเฉพาะนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงของทั้งโรงเรียนมัธยมศึกษา

และโรงเรียนอาชีวศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวางแผน การพัฒนาการเรียนรู้และทักษะให้สอดคล้องกับบริบทสิ่งแวดล้อม ปัญหาและความต้องการของนักเรียนต่อไป

2. ควรนำผลการวิจัยไปสร้างและพัฒนาโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นทั้งในโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนอาชีวศึกษา เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของวัยรุ่นในแต่ละบริบท

References

1. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Situation of reproductive health among adolescent and youth in 2019. [internet]. 2019 [cited 2020 Jul 31]; Available from: https://rhold.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=14&filename=index. Thai.
2. McNeely C, Blanchard J. The teen years explained: A guide to healthy adolescent development. United States of America: Center for Adolescent Health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Publishers Inc.; 2012.
3. Siriwan Tumchuea and Pornpan Pumprayool. Teenage pregnancy: Concept of solving problems with the district health system. Journal of health science research. 2018; 12(2):29-38. Thai.
4. Yangyuen S, Mahaweerawat U, Somdee T, Songkang S. Concerning Safe Sex Among Adolescent. Journal of science and technology Mahasarakham University. 2010; 29(4):420-7.
5. Chaikoolvatana C, Praditsathaporn C, Kamkhieo W. Predictors of sexual risk behavior among adolescents in Phayao province. Journal of Nursing and Education. 2013;6: 105-15. Thai.
6. Tipwareerom W, Powwattana A, Rarpwongwattana P. Predictors of risky sexual behaviors among adolescent boy, Phitsanulok province. Journal of Public Health Nursing. 2013;27(1);31-45. Thai.
7. Araya Chiangkong, Praleena Thongsri, Chamaiporn Dhamavasi. The causal model of factors affecting to sexual risk prevention behaviors of female teenagers in Bangkok: A mixed method approach. Journal of Public Health Nursing. 2018;32(2):1-22. Thai.
8. Srijaiwong S, Sindhu S, Ratinthorn A, Viwatwongkasem C. Factors Influencing Sexual Behaviors among Thai Adolescents. Journal of Population and Social Studies. (2017); 25(3):171 –93. Thai.
9. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion program. Health education quarterly.1988;15:351-77.
10. PATH Organization. Learning management of comprehensive sexuality education in schools: A guideline for school administrators. Bangkok: Urgent-tag; 2007. Thai.
11. Watcharaporn Butcharoen, Panan Pichayapinyo, Arpaporn Pawwattana. Factors related to sexual risk behavior among Thai secondary school students. Journal of Public Health. 2012; 42(1): 29-9. Thai.

12. Pankarin Hoyrat, Pramote Wongsawat Factors Influencing sexual intercourse behaviors among secondary school students. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1):149-63. Thai.
13. Lekphet K, Wongsawat P, Tejativaddhana P, Michaeng S. Effecting factors of sexual relationship experiences among upper secondary school students. Research and development health system journal. 2015;8(1):163-74. Thai.
14. Risa Bunnag, Lakkhana Temsirikulchai, Paranee Vatanasomboon, Arpaporn Powwattana. Effectiveness of life skills program for preventive sexual risk behaviors of secondary school students, Nakhon Pathom Province. Journal of Public Health. 2013;43(1): 80-93. Thai.
15. Vivancos R, Abubakar I, Phillips-Howard P. Hunter PR. School-based sex education is associated with reduced risky sexual behavior and sexually transmitted infections in young adults. Public Health. 2012;127(1):53-7. Thai.
16. United Nations Children's Fund (UNICEF). Analysis of pregnancy situation of teens in Thailand: Synthesis report 2015[Internet]. 2015 [cited2018 Mar20]; https://www.unicef.org/thailand/tha/160705_SAAP_in_ Thailand_report_TH.pdf. Thai.
17. Thanyapat Kumseeha, Jurairat Ardkaew, Pattharaporn Kessung. Factors affecting sexual risk behaviors of senior high school students under the secondary educational service area office 19: Multilevel Analysis. Sisaket Rajabhat University Journal. 2020;13(3):26-33. Thai.
18. Siriporn Chirawatkul et al. Perceptions of male adolescents related to love and sexual relationships. Journal of Psychiatric Association Thailand. 2013; 58(1):75-88. Thai.
19. Siriwan Tumchuea, Pornpan Pumprayool. Teenage pregnancy: Concept of solving problems with the district health system. Journal of health science research. 2018;12(2):29-38. Thai.
20. Vantamay S. An Assessment of sexual risk behavior among Thai youth in university student groups in Bangkok metropolitan area. National Demographic Conference 2007, Bangkok. Thai.
21. Nichapatr Punmeekij. Factors affecting sexual risk behaviors among female lower secondary school students in Pattaya city. (Dissertation). Thailand: Chonburi; 2016. Thai.
22. Bunyat K. Influence of parenting style, sexual communication and parental monitoring on sexual behavior among early adolescents. (Dissertation). Thailand: Chonburi; 2013. Thai.
23. Mchunu G, Peltzer K, Tutshana B, Seutlwadi. Adolescent pregnancy and associated factors in Sounth African youth. African Health Science. 2012;12(4), 426-34.

การกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ

ปิยะนุช บังเอิญ* พย.บ.
ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน** กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 211 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม

ผลวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง การกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: การกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ

*นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ หาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

SEIF-REGULATION, HAPPINESS AT WORK AND PROFESSIONAL COMMITMENT OF PROFESSIONAL NURSES IN BANGKOK HOSPITAL

Piyanut Bangoen* B.N.S

Theerapat Wongkumsin** Ed.D (Counseling Psychology)

Abstract

The purpose of this study were to 1) study level of self-regulation, happiness at work, and professional commitment of professional nurses; 2) study relationship between self-regulation and professional commitment of professional nurses and 3) study relationship between happiness at work and professional commitment of professional nurses. The samples were 211 professional nurses in Bangkok hospital. Data were collected by using questionnaires.

The result of this study indicated that; 1) self-regulation, happiness at work and professional commitment of professional nurses were at the high level; 2) self-regulation was positively related to professional commitment of professional nurses with statistically significant at . 01 level. and 3) happiness at work were positively related to professional commitment of professional nurses with statistically significant at .01 level.

Key words: self-regulation, happiness at work, professional commitment, professional nurses.

*Graduate Student in Master of Science Major on Community Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

**Assistant Professor, Department of Psychology, Kasetsart University

บทนำ

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่สำคัญต่อสังคม ผู้ปฏิบัติอาชีพพยาบาล ทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือทุพพลภาพ ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ วางแผนให้บริการด้านพยาบาล ช่วยแพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีบทบาทให้ความรู้ทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่บุคคล ชุมชนและสังคม[1] งานพยาบาลเป็นงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลายประเภท ทั้งผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ในปัจจุบันสภาพปัญหาด้านสาธารณสุขมีเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะช่วงระบาดของโรคบางโรคเช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่กำลังระบาดในปัจจุบัน ซึ่งเป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ที่ยังไม่มีการศึกษาและยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน สถานการณ์เหล่านี้อาจก่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความกลัว วิตกกังวล ความกดดัน เครียดต่อการปฏิบัติงาน การกำกับตนเอง คือการตั้งใจควบคุม และปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนในการทำงานเพื่อให้ได้รับความรู้ ทักษะ ตลอดจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้[2] เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีการกำกับตนเอง ตระหนักรู้ถึงถึงสภาวะแวดล้อม อารมณ์ของตนเองในการปฏิบัติงาน ก็จะสามารปฏิบัติงาน และแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่าง ๆในการปฏิบัติงานให้ผ่านไปอย่างมีคุณภาพ เมื่อพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ ก็จะก่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในการทำงานต่อไป ความสุขในการทำงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างพลังบวกอันยิ่งใหญ่ในการพลักดันให้งานสำเร็จ การสร้างความสุขในที่ทำงานถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้การบริหารองค์การเป็นไปด้วยความราบรื่น ความสุขของการทำงานคือประสบการณ์ และความรู้สึกของคนทำงานที่ต้องการให้ตนเองเป็นที่ยกย่องและยอมรับจากคนทั่วไป[3] เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงานก็จะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพต่อไป ความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ เป็นการแสดงออกตามการรับรู้ในลักษณะของความรู้สึกจงรักภักดี ความภาคภูมิใจ มีความตั้งมั่นในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆในวิชาชีพให้สำเร็จตามเป้าหมาย[4] เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการแก่มนุษย์ซึ่งได้รับการคาดหวังจากสังคมและผู้รับบริการว่า ควรจะแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสมตามคุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย แต่สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคืออุดมการณ์ของความเป็นนักวิชาชีพนั่นเอง โดยก่อให้เกิดความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ และพร้อมจะปฏิบัติงานด้วยอุดมคติและความเต็มใจ ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพการพยาบาล นับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ เพราะความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ เป็นสิ่งที่แสดงออกหรือเป็นตัวบ่งชี้ถึง ความรัก ความภาคภูมิใจ การยอมรับและยึดมั่นในจุดมุ่งหมาย และอุดมการณ์ของวิชาชีพ

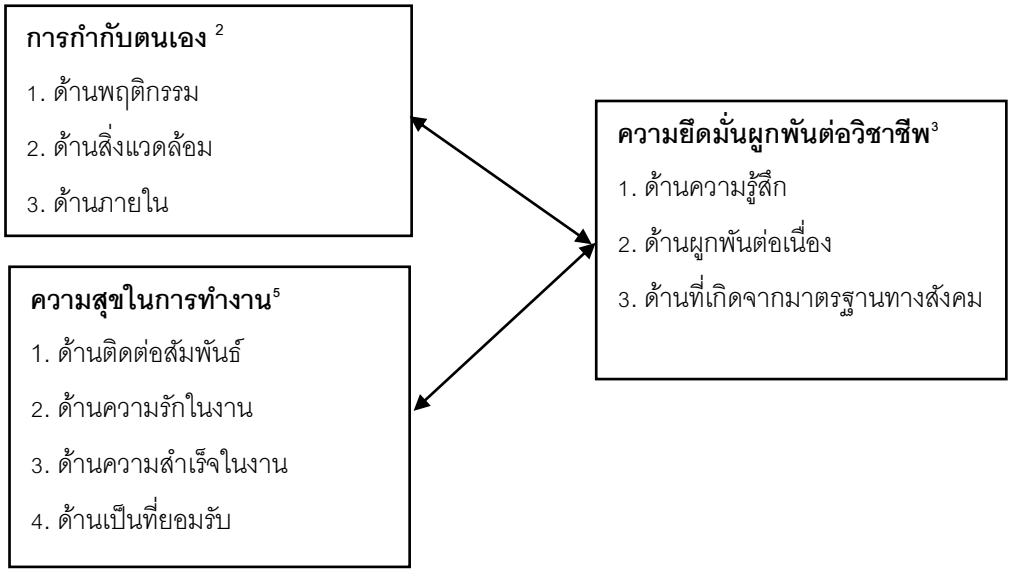
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 211 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 18 มิถุนายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 445 คน ข้อมูลเมื่อ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 (กลุ่มภาระกิจบริการวิชาการ, 2563) กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 211 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3ส่วนดังนี้ 1) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการกำกับตนเอง 2) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสุขในการทำงาน และ3) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อประธานที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ในด้านภาษาและความชัดเจนตามข้อแนะนำ

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบ (Try-Out) กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวัฒโนสถ กรุงเทพ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ทำหนังสือความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโครงการวิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ ภาควิชาจิตวิทยา

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ถึงประธานศูนย์วิจัยโรงพยาบาลกรุงเทพ เพื่อยื่นขอพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนและถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ เพื่อขอความอนุเคราะห์ทำการทดสอบเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพ

2. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากฝ่ายและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลกรุงเทพ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่เสร็จสมบูรณ์แล้วพร้อมหนังสือชี้แจงการวิจัยแจกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 18 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนทำแบบสอบถาม

3. เก็บรวมรวมแบบสอบถามพร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด

4. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปบันทึกคะแนนโดยลงรหัส และลงบันทึกข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การกำกับตนเองโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.16 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.25 รองลงมาคือด้านภายในมีค่าเฉลี่ย 4.19 และด้านพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 4.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับการกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพ

การกำกับตนเอง	Mean	SD.	ระดับ
1. ด้านพฤติกรรม	4.05	.51	สูง
2. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.25	.46	สูง
3. ด้านภายใน	4.19	.44	สูง
รวม	**4.16**	**.41**	**สูง**

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.15 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านติดต่อสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.29 รองลงมาคือด้านความสำเร็จในงานมีค่าเฉลี่ย 4.15 และด้านความรักในงานมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 4.06 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ความสุขในการทำงาน	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านติดต่อสัมพันธ์	4.29	.47	สูง
2. ด้านความรักในงาน	4.08	.48	สูง
3. ด้านความสำเร็จในงาน	4.15	.44	สูง
4. ด้านเป็นที่ยอมรับ	4.06	.50	สูง
รวม	**4.15**	**.40**	**สูง**

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.39 รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกมีค่าเฉลี่ย 4.17 และด้านต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 4.04 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านความรู้สึก	4.17	.44	สูง
2. ด้านต่อเนื่อง	4.04	.51	สูง
3. ด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม	4.39	48	สูง
โดยรวม	**4.20**	**.40**	**สูง**

ส่วนที่ 4 การกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพพยาบาลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การกำกับตนเองรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านภายใน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก ด้านต่อเนื่อง และด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

การกำกับตนเอง		ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ			
		ด้านความรู้สึก	ด้านต่อเนื่อง	ด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม	รวม
ด้านพฤติกรรม	r	0.38**	0.34**	0.42**	0.45**
	P	0.00	0.00	0.00	0.00
ด้านสิ่งแวดล้อม	r	0.57**	0.50**	0.56**	0.68**
	P	0.00	0.00	0.00	0.00
ด้านภายใน	r	0.45**	0.40**	0.50**	0.53**
	P	0.00	0.00	0.00	0.00
รวม	r	**0.53****	**0.47****	**0.56****	**0.61****
	P	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 5 ความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ความสุขในการทำงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพพยาบาลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่าความสุขในการทำงานทุกด้าน ได้แก่ ด้านการติดต่อสัมพันธ์ ด้านความรักในงาน ด้านความสำเร็จในงาน และด้านการเป็นที่ยอมรับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก ด้านต่อเนื่อง และด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

ความสุขในการทำงาน		ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ			
		ด้านความรู้สึก	ด้านต่อเนื่อง	ด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม	โดยรวม
ด้านการติดต่อสัมพันธ์	r	.57**	.47**	.55**	.62**
	P	.00	.00	.00	.00
ด้านความรักในงาน	r	.71**	.69**	.50**	.75**
	P	.00	.00	.00	.00
ด้านความสำเร็จในงาน	r	.64**	.60**	.57**	.71**
	P	.00	.00	.00	.00
ด้านการเป็นที่ยอมรับ	r	.53**	.54**	.40**	.58**
	P	.00	.00	.00	.00
โดยรวม	r	.72**	.68**	.59**	.78**
	P	.00	.00	.00	.00

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

การกำกับตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการกำกับตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการที่พยาบาลวิชาชีพตั้งใจควบคุมความคิด ความรู้สึก การกระทำ และพฤติกรรมให้เป็นไปในทางบวกกับงานที่ทำ ส่งผลให้ได้รับความรู้ ทักษะ ในการควบคุมสถานการณ์บางสถานการให้เป็นประโยชน์ในการทำงาน ตลอดจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยพยาบาลวิชาชีพมีการกำหนดเป้าหมาย วางแผนการทำงาน และประเมินการกระทำตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนกำกับและการควบคุมความคิดในการสร้างแรงจูงใจ และพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในงานที่กำหนดไว้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีการกำกับตนเองสูงส่งผลให้การทำงาน การให้บริการแก่ผู้มารับบริการ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดี

ความสุขในการทำงาน

จากผลการวิจัยพบว่า ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน มีการพูดคุยเรื่องสนุกสนาน ให้คำแนะนำ และแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์กับเพื่อนร่วมงานอย่างเป็นกันเอง มีความเอื้อเฟื้อต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างเต็มใจ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงาน พึงพอใจในงานที่รับผิดชอบ ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย และมีความกระตือรือร้นในการทำงาน หาแนวทางแก้ไขปัญหาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสำเร็จในงานที่ได้รับมอบหมาย เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความสำเร็จในงานก็ทำให้รู้สึกภูมิใจ และพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ เมื่อพยาบาลวิชาชีพสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากได้ก็จะเป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน เป็นที่ไว้วางใจของกับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาในการทำงานที่ท้าทายและ

ยากขึ้น เมื่อเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาไว้วางใจและยอมรับข้อเสนอแนะต่าง ๆก็ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสุขในการทำงาน

ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

จากการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต มีความภาคภูมิใจในวิชาชีพ มีความยินดีที่มีคนชื่นชมในวิชาชีพ ยินดีที่จะปฏิบัติงานและพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่นแม้ไม่ได้อยู่ในเวลาปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพมองเห็นอนาคตที่ดีของสายงานวิชาชีพพยาบาล สนใจศึกษาและต่อยอดในสายงานพยาบาลที่สูงขึ้น พัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ไม่คิดจะเปลี่ยนสายงาน ตั้งใจเกษียณอายุงานในวิชาชีพพยาบาล ให้ความสำคัญต่อจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล มีความภาคภูมิใจที่สังคมให้การยอมรับในวิชาชีพพยาบาล เชื่อมั่นในค่านิยมของวิชาชีพพยาบาล ยินดีจะปฏิบัติตามนโยบายขององค์กรวิชาชีพเพื่อชื่อเสียงของวิชาชีพ และยินดีที่จะแนะแนวทางการศึกษาในวิชาชีพพยาบาลแก่คนรุ่นหลัง

การกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

จากผลการวิจัยพบว่า การกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องมาจาก เมื่อพยาบาลวิชาชีพตั้งใจควบคุมความคิด ความรู้สึก การกระทำและพฤติกรรมให้เป็นไปในทางบวกกับงานที่ทำส่งผลให้ได้รับความรู้ ทักษะ ในการควบคุมสถานการณ์บางสถานการณ์ให้เป็นประโยชน์ในการทำงานและการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพประสบความสำเร็จในงานจะเกิดความภาคภูมิใจ พึงพอใจต้องการที่จะทำงาน ก่อให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

จากผลการวิจัยพบว่า ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องมาจาก เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อร่วมงาน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ให้คำปรึกษาแนะนำกัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขในงาน พึงพอใจในงานที่รับผิดชอบ ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย มีความกระตือรือร้นที่จะทำงาน มีความสนใจตั้งใจที่จะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เมื่อพยาบาลวิชาชีพตั้งใจทำงานก็ก่อให้เกิดความสำเร็จในงาน เป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติงานที่ท้าทายและต้องใช้ทักษะที่สูงขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในงานและมีความสุขในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆที่อาจมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ เช่น คุณภาพชีวิตในการทำงาน แรงจูงใจในการทำงาน การรับรู้ลักษณะของงาน การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในลักษณะของการวิจัยคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และครอบคลุมใน

หลายมิติ เพื่อการนำไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาการกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพกับกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น

References

1. กองการพยาบาล. 2556. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. Thai.
2. Zimmerman, Barry J.;& Martinez-Pons, M. 1986. “Development of structure review for Assessing student use of self-regulate learning strategies.” America Educational Research Journal 50: 284-90.
3. จรรยา ดาสา. 2552. ความสุขในที่ทำงาน (Happy workplace) (Online). Thai. http://202.142.219.4/varticle/39142, 21 ตุลาคม 2553.
4. Meyer, J.P., Allen,N.J., and Smith, C.A. 1993. “Commitmentoforganizationsand occupations : extension and test of a three-component conceptualization.” Journal of Applied Psychology 78 (4): 538-51.
5. Manion, J. 2003. “Joy at work: creating a positive workplace.” Journal of Nursing Administration 33 (12): 652-55.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ทัศนีย์ บุญวานิตย์* พย.บ. **ศรินรา ทองมี**** คม.,
ชนิกานต์ พละศักดิ์** พย.บ. **สกุณา รุ่งเรือง**** พย.บ.
คำปิ่น แก้วกนก** พย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มี 4 ขั้นตอน (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนาแนวปฏิบัติฯ (3) นำแนวปฏิบัติฯไปใช้ และ (4) ประเมินผลแนวปฏิบัติฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) วิสัญญีพยาบาล 55 ราย และ (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล 30 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติฯ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าCVI เท่ากับ 1 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามความความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติฯ (2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ (3) แบบทดสอบความรู้ในการให้ยาระงับความรู้สึกฯ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (5) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .87, .81, .79, .82 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ t-test

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 3 แนวปฏิบัติพยาบาล คือ ก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาระงับความรู้สึก ผลการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า วิสัญญีพยาบาล มีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.61, SD .45*)* และมีคะแนนการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.46, SD .48) ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.56, SD .50) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการพยาบาล พบว่า อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึกและหลังการระงับความรู้สึกร้อยละ 100 และไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Nurse Anesthetist in nursing care of Patients who received Mitral Valve Replacement under General Anesthesia at Sunpasitthiprasong Hospital UbonRatchathani

Thassanee Bunvanit* B.N.S. Sarinra Thongmee** M.Ed.
Chanikan Palasak** B.N.S. Sakuna Rungreung** B.N.S.
Kampin Kawkanok** B.N.S.

Abstract

The objective of this research and development was to develop and study the results of the develoed clinical nursing practice guideline (CNPG) for nurse anesthetist in patients who received mitral valve replacement under general anesthesia. The study consisted of 4 steps (1) studied situation, (2) developed CNPG, (3) implemented CNPG, and (4) evaluated CNPG. The sample consisted of 55 nurse anesthetist and 30 patients undergoing mitral valve replacement. The research instrument included the CNPG, verified by 3 experts yielding a value of 1 . Data were collected using (1) the CNPG opinion questionnaire, (2) assessment the compliance with the CNPG, (3) anesthesia knowledge test, (4) the patients' satisfaction questionnaire, and (5) self-care ability assessment. Conbach's alpha coefficient were .87, .81, .79, .82, and .82respectively. Data were using descriptive statistics and t-test.

The results revealed that the CNPG consisted of 3 components (1) CNPG for pre-anesthetic phase, (2) CNPG for intra-anesthetic phase, and (3) CNPG for post-anesthetic phase. The outcomes of using the CNPG found that the nurse anesthetist' knowledge mean score were significantly higher than before using the CNPG at . 05. The nurse anesthetist's overall opinions were at the highest level (Mean 3.61, SD .45) and the overall practice scores were at a high level (Mean 3.46, SD .48). The patient's overall satisfaction scores were at the highest level (Mean 3.56, SD .50). The quality outcomes of the nursing services showed that the rate of pre-anesthesia and post-anesthesia visits of the patients was 100 percent, and did not found the incidence of complications during anesthesia

Key words: clinical nursing practice guideline (CNPG), mitral valve replacement, general anesthesia

*Registered nurse, Senior Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital UbonRatchathani

**Registered nurse,Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital UbonRatchathani

บทนำ

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลกและเป็นอันดับสองในประเทศไทย จากสถิติรายงานประจำปี2562 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขชนิดของโรคหัวใจแบ่งตามเวลาการเกิดของโรคได้เป็นสองกลุ่ม คือ โรคหัวใจแต่กำเนิดและโรคหัวใจที่เกิดภายหลัง โรคลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบจัดอยู่ในกลุ่มโรคหัวใจที่เกิดภายหลังที่พบได้บ่อย การมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับลิ้นหัวใจ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดผิดปกติ การทำงานของหัวใจผิดปกติ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ลิ้นหัวใจไมตรัลเป็นลิ้นหัวใจที่เกิดพยาธิสภาพได้บ่อยที่สุดในชนิดของลิ้นหัวใจทั้งหมด สามารถเกิดขึ้นได้แต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง[1] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคหัวใจรูมาติก[2]พบได้น้อยในผู้ป่วยเด็ก แต่จะพบมากขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนถึงผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจในลักษณะหนาแข็งและมีหินปูนมาเกาะ เมื่อเกิดภาวะลิ้นหัวใจไมตรัลตีบมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามมาคือความดันในห้องหัวใจด้านบนซ้ายสูงขึ้นมีการเพิ่มขึ้นของความต้านทานในระบบไหลเวียนปอดและมีการลดลงของปริมาณเลือดที่เลี้ยงร่างกายอาการแสดงมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจและจังหวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติอาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดคือหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกหรือใจสั่นขณะออกแรง[3]เมื่อมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดโรคลิ้นหัวใจ หลักในการรักษาโรคลิ้นหัวใจ คือ การแก้ไขภาวะลิ้นตีบหรือ รั่วถ้าสามารถแก้ไขโดยการผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจได้ จะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เนื่องจากเป็นการรักษาสภาพการทำงานของ left ventricle และผู้ป่วยอาจไม่ต้องทานยาละลายลิ่มเลือด(anticoagulant) ไปตลอดชีวิต แต่ถ้าลิ้นหัวใจมีพยาธิสภาพมากจนมิอาจซ่อมแซมได้ ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ[4]

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข และนโยบายสาธารณสุข 4.0 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านบริการที่เป็นเลิศ ควบคู่กับการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงใกล้บ้าน ลดวันนอนโรงพยาบาล และลดระยะเวลารอคอย โดยมีเป้าหมายการพัฒนาสูงสุด คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย อยู่ในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ ได้มีการพัฒนางานบริการด้านโรคหัวใจมาโดยตลอด จากสถิติโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ในปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 ดังนี้ คือ 198, 165และ156 รายซึ่งผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่จะมีอาการแบ่งตามสมาคมหัวใจนิวยอร์ก (NYHA class)อยู่ในระดับ III หรือ IV[5]มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการระงับความรู้สึก การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งการผ่าตัดลิ้นหัวใจเทียมเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ทำภายใต้การดมยาสลบ ในระหว่างการผ่าตัดระบบเลือดของผู้ป่วยจะถูกหมุนเวียนด้วยเครื่องหัวใจและปอดเทียม ทำหน้าที่แทนการทำงานของหัวใจของผู้ป่วย เพื่อให้หัวใจหยุดทำงานในขณะที่ศัลยแพทย์กำลังทำการผ่าตัด[6] การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนเลือดของผู้ป่วยขณะใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงสูง ต้องเฝ้าระวังอย่างสูง ซึ่งเป้าหมายการระงับความรู้สึกการผ่าตัดหัวใจคือหลีกเลี่ยงภาวะหัวใจขาดเลือดและควบคุมภาวะการไหลเวียนโลหิตให้คงที่ หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนวิสัญญีพยาบาลต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในขณะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพยาธิสภาพ

และความเข้าใจในโรคและสิ่งผิดปกติร่วม ผลกระทบของการระงับความรู้สึกที่มีผลต่อหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด การดูแลผู้ป่วยเมื่อใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมวิสัญญีพยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ความผิดปกติทางเมตาบอลิค ระหว่างการเคลื่อนย้ายไปไอซียูหลังเสร็จผ่าตัด ต้องเฝ้าระมัดระวังอย่างมาก ติดตามสัญญาณชีพตลอดเวลา ดังนั้นควรมีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จากการทบทวนเวชระเบียนที่ผ่านมา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีมีการเยี่ยมก่อนผ่าตัดหัวใจและการเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะแผลกดทับจากการจัดท่าไม่ครอบคลุม ร้อยละ 100การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตยังไม่ครบถ้วนขณะส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยยังมีภาวะ severe hypotensionร้อยละ 5ทีมวิสัญญีพยาบาลยังขาดสมรรถนะ ความรู้ความเข้าใจขั้นตอนในการระงับความรู้สึกแต่ละระยะ และยังไม่มีคู่มือปฏิบัติงานที่ชัดเจนเฉพาะโรค

แนวทางปฏิบัติพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ตัดสินใจในทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม[7]จากความสำคัญและปัญหาของสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยตระหนักและเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องและทันสมัย รวมถึงการมีระบบกำกับ นิเทศ ติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เกิดความพึงพอใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลวิสัญญีอื่น ๆ ต่อไป

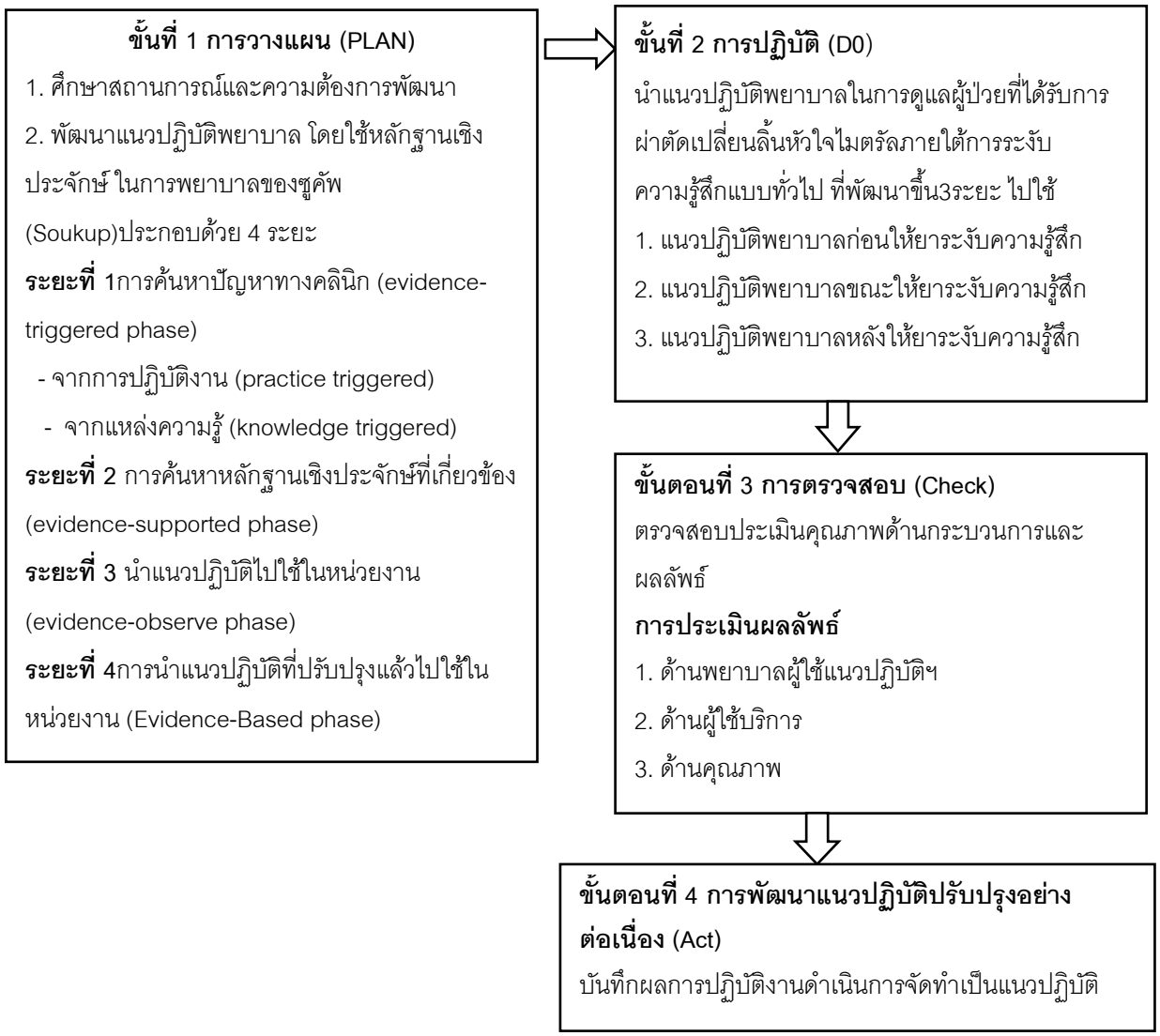
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของเดมมิง (Deming)[8]และรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพ (Soukup)[9] รายละเอียดในถาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนาและประเมินผลเบื้องต้นของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 55 คน

2) กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

อุบลราชธานีในช่วงเวลาเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

1.กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 55คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ (1) เป็นวิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกผ่าตัดหัวใจ3ปีขึ้นไป (2) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ และ (3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 55 คน

2.กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน- เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-65 ปี (2) เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (3) เข้ารับการผ่าตัดในช่วงเวลา 08.00-16.00น. และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาลิ้นหัวใจไมตรัลร่วมกับการผ่าตัดอย่างอื่น เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนมาระงับความรู้สึก ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง (census)

เครื่องมือในการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ประกอบด้วย 3 แนวปฏิบัติ ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (2) แนวปฏิบัติระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และ (3) แนวปฏิบัติหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์จำนวน 1 ท่าน ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก 1 ท่าน และวิสัญญีพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 1 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ และปรับการใช้ภาษาให้เข้าใจง่าย ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1)แบบสอบถามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาล และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาล (2)แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (3) แบบทดสอบความรู้วิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล เป็นแบบทดสอบแบบปรนัย จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล และ (5) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล มี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และตอนที่ 2 การปฏิบัติตัวหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยความตรงเชิงเนื้อหา และภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ทุกฉบับ ทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด เท่ากับ 0.87, 0.81,0.79, 0.82 และ 0.82 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ เดือนสิงหาคม-เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องติดตามดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยการรวบรวมข้อมูลจากใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกและการสังเกตการปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย พบว่า (1) ไม่มีแนวปฏิบัติพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ที่เป็นแนวทางเดียวกัน (2) วิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 30 ขาดสมรรถนะ และความรู้ความเข้าใจขั้นตอนในการระงับความรู้สึกแต่ละระยะ และไม่มีคู่มือปฏิบัติงานที่ชัดเจนเฉพาะโรค และ (3) พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากบริการระงับความรู้สึก เช่นภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะโลหิตจาง ประกอบกับการผ่าตัดใช้เทคนิคพิเศษทำให้หัวใจหยุดเต้นขณะผ่าตัดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทำหน้าที่แทนขณะหัวใจหยุดเต้น

ระยะที่ 2 การสร้างแนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

1. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์สาขาหัวใจและหลอดเลือด1 คนศัลยแพทย์ทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด1 คนอาจารย์พยาบาล 1คนนักปฏิบัติการหัวใจและปอดเทียม 1 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 คนและวิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกทำงานอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด จำนวน 10 คน

2. พัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลโดยใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกาของซูคัพ (Soukup)[9] เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีกระบวนการที่ชัดเจน ช่วยทำให้ทราบปัญหา และพัฒนาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงานและจากแหล่งความรู้

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากประเด็นปัญหาทางคลินิกและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute)[10] ยกร่างแนว และกำหนดเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ AGREE II[11] ผลการประเมินแนวปฏิบัติพยาบาลฯในภาพรวมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านให้คะแนนคุณภาพตรงกัน คือ มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์สูงคือร้อยละ 80.35 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 8 เรื่องแบ่งเป็นระดับ 1b จำนวน 3 เรื่อง 3b จำนวน 4 เรื่อง และ 4a จำนวน 1 เรื่อง และยกร่างเนื้อหาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (2) การดูแลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะย่อย คือ 2.1 ระยะก่อนใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม 2.2 ระยะขณะใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม และ 2.3 ระยะหยุดใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม และ (3) การดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึก ทั้งนี้แนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล แสดงในแผนภูมิที่ 1

ขั้นตอนที่ 3) นำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในหน่วยงานและประเมินผลเป็นระยะ

ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ไมตรัลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย เดือนเมษายน-เดือนนวาคม พ.ศ. 2563 ดำเนินการ ดังนี้

1. ประชุมคณะทำงาน และเตรียมพร้อมบุคลากรในหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย

2. นำแนวปฏิบัติพยาบาลฯ ไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ติดตาม กำกับ และให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ

3. รวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหา ทบทวนความเข้าใจ รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผนปรับปรุงแนวปฏิบัติพยาบาลฯ

ระยะที่ 4 ประเมินผล เดือนมกราคม 2564-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ดำเนินการ ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ในการให้ยาระงับความรู้สึกฯ ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติพยาบาลฯ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลฯ ของวิสัญญีพยาบาล

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการให้ยาระงับความรู้สึก ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

3. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ ได้แก่ ร้อยละของการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย และร้อยละของการลดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

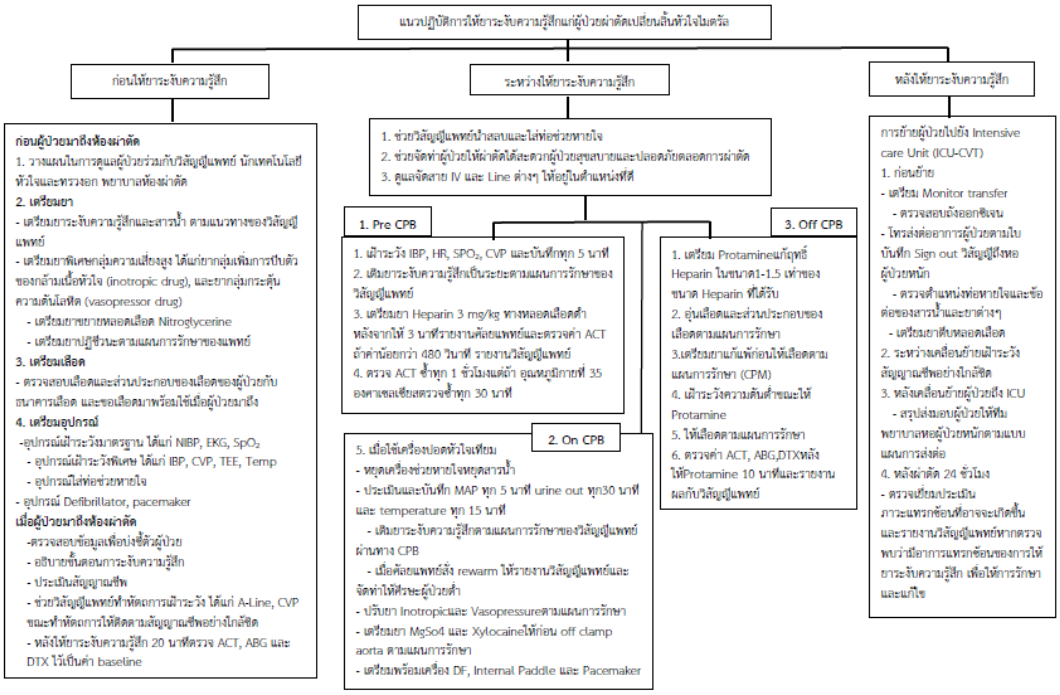
การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เลขที่039/2562 ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2562 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย การตอบรับปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัย หรือเผยแพร่ผลงาน ในภาพรวม เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ลงนามในใบยินยอม

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามจุดประสงค์ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า วิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 30 ขาดสมรรถนะ และความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการระงับความรู้สึกในแต่ละระยะ เนื่องจากรูปแบบในการปฏิบัติพยาบาลที่มีอยู่ ขาดความชัดเจน ไม่มีคู่มือปฏิบัติงานที่ชัดเจนเฉพาะโรค และแนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้น จึงพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลฯ สำหรับ รูปแบบ และเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล สรุปได้ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1.แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล มีดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการ

ผลการศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาล จำนวน 55 คน ต่อการนำแนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลไปใช้ พบว่า วิสัญญีพยาบาลที่ประจำการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 27-58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 40.24 ปี มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึก เฉลี่ย 13.65 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.1 และส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 94.6

ตารางที่ 1.ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล (N 55)

หัวข้อประเมิน	Mean	SD	ผลลัพธ์
1. ความเหมาะสม สะดวกในการนำไปใช้กับผู้ป่วย	3.84	.37	มากที่สุด
2. มีความชัดเจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน	3.87	.34	มากที่สุด
3. เป็นประโยชน์ต่อวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติให้ครอบคลุมกับลักษณะผู้ป่วย	3.91	.29	มากที่สุด
4. การไปใช้ในหน่วยงานสามารถประหยัดด้านต้นทุน กำลังคนและเวลา	3.53	.50	มากที่สุด
5. มีประโยชน์สามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย	3.29	.46	มาก
6. ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	3.38	.49	มาก
7. ระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาล	3.47	.72	มาก
ความคิดเห็นโดยรวม	**3.61**	**.45**	**มากที่สุด**

ตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาล มีความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.61, SD .45) โดยข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ เป็นประโยชน์ต่อวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติให้ครอบคลุมกับลักษณะผู้ป่วย (Mean 3.91, SD .29) รองลงมา คือ แนวปฏิบัติฯ มีความชัดเจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน (Mean 3.87, SD .34) ส่วนระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลฯ พบว่า วิสัญญีพยาบาลมีความพอใจในระดับมาก (Mean 3.47,SD .72)

ตารางที่ 2. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลของวิสัญญีพยาบาล (N 55)

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	การปฏิบัติตามของวิสัญญีพยาบาล		
	Mean	SD	ผลลัพธ์
1. ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกมีการประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกได้ครอบคลุมและชัดเจน	3.63	.49	มากที่สุด
2. ระยะให้ยาระงับความรู้สึกมีการปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม ระยะขณะใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียมและระยะหยุดใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม	3.73	.45	มากที่สุด
3. ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกมีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำหออย่างเป็นระบบและเยี่ยมประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย	3.65	.48	มากที่สุด
4. มีคู่มือการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้อย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน	3.55	.50	มากที่สุด
5. มีการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพตามรูปแบบที่กำหนดไว้	2.76	.50	มาก
การปฏิบัติโดยรวม	**3.46**	**.48**	**มาก**

ตารางที่ 2. พบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล วิสัญญีพยาบาลมีการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.46, SD .48) ข้อที่ปฏิบัติตามได้มากที่สุดคือ ระยะให้ยาระงับความรู้สึกฯ (Mean 3.73, SD .45) รองลงมา คือ ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกฯ (Mean 3.65, SD .48) และข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ มีการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพตามรูปแบบที่กำหนดไว้ (Mean 2.76, SD .50)

ตารางที่ 3.เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล (N 55)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ		คะแนนหลังใช้แนวปฏิบัติฯ		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ในเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	6.69	1.39	9.51	0.94	-19.94	< 0.01*

ตารางที่ 3 พบว่า วิสัญญีพยาบาล มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t -19.94, p < .01)

2.2 ด้านผู้ใช้บริการ

ผลการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 51.9 ปี ค่า BMI เฉลี่ย 23.46 ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ยนาน 242.05 นาที ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 เป็นเพศชาย ร้อยละ 46.67 และครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 50 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 56.67

ตารางที่ 4.ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล (N 30)

ประเด็นการประเมิน	ความพึงพอใจ		
	Mean	SD	ผลลัพธ์
1. ด้านคุณภาพการดูแล	3.50	0.53	มากที่สุด
2. ด้านความพร้อมในการดูแล	3.60	0.52	มากที่สุด
3. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	3.50	0.53	มากที่สุด
4. ด้านความต่อเนื่องในการดูแล	3.40	0.52	มาก
5. ด้านประสิทธิผล	3.80	0.42	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	**3.56**	**0.50**	**มากที่สุด**

ตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.56, SD .50) ข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านประสิทธิผล (Mean 3.80, SD .42) รองลงมา คือ ด้านความพร้อมในการดูแล (Mean 3.60, SD .52) และข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านความต่อเนื่องในการดูแล (Mean 3.40, SD .52)

ตารางที่ 5. คะแนนความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล (N 30)

ประเด็นการประเมิน	ความสามารถในการดูแลตนเอง		
	Mean	SD	ผลลัพธ์
1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาของแพทย์	3.20	0.42	มาก
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกสามารถสาธิตย้อนกลับการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพได้	3.40	0.52	มาก
3. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัดเช่นการมีสายระบายทรวงอกและสายMonitor เฝ้าระวังต่างๆ การบอกคะแนนความปวดภายหลังการผ่าตัดได้	3.40	0.51	มาก
4. ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับความรู้เรื่องการป้องกันแผลติดเชื้อ ระวังอย่าให้แผลโดนน้ำ จนกว่าแผลจะแห้งสนิท หากแผลบวมหรือมีไข้ให้รีบมาพบแพทย์	3.50	0.53	มากที่สุด
5. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เรื่องการพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดอย่างเคร่งครัดโดยสังเกตภาวะเลือดออกในจุดต่างๆด้วย เช่นทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ แล้วแจ้งให้แพทย์ทราบการมาพบแพทย์ตามนัด และอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์	3.60	0.52	มากที่สุด
คะแนนโดยรวม	**3.42**	**0.50**	**มาก**

ตารางที่ 5 พบว่าคะแนน ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.42, SD .50) คะแนนความรู้ความสามารถข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อที่ 5 เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน (Mean 3.60, SD .52) รองลงมา คือ ข้อที่ 4 ความรู้เรื่องการป้องกันแผลติดเชื้อ (Mean 3.50, SD .53) และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีการรักษาของแพทย์ (Mean 3.20, SD .42)

2.3 ด้านคุณภาพบริการ

ตารางที่ 6. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ

ประเด็นการประเมิน	คุณภาพบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก		
1. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนให้ยาระงับความรู้สึก	30	100
2.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการการระงับความรู้สึก	30	100
ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก		
3. เฝ้าระวังและป้องกันภาวะปอดบาดเจ็บขณะศัลยแพทย์ลงมีดผ่าตัดทำ Incision sternotomy	30	100
4. เฝ้าระวังการป้องกันภาวะแผลกดทับจากการจัดท่า	30	100
5. เฝ้าระวังและประเมินภาวะ hypotension	30	100
6. เฝ้าระวังและประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	30	100
7. เฝ้าระวังและประเมินภาวะ Hypoxia	30	100
8. เฝ้าระวังและประเมินภาวะ Hypothermia, Hyperthermia	30	100
ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกระหว่างนำส่งหอผู้ป่วยหนัก		
9. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต	30	100
10. เฝ้าระวังและประเมินภาวะ severe hypotension	30	100
11. เฝ้าระวังและประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติ	30	100
12. เฝ้าระวังและประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	30	100
ระยะหลังการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วย		
13. ได้รับการยี่ยมประเมินภายหลังระงับความรู้สึก	30	100
14. ภาวะ Severe pain ภายหลังระงับความรู้สึก	0	0
15. ภาวะShivering ภายหลังระงับความรู้สึก	0	0
16. การติดเชื้อหลังผ่าตัด	0	0

ตารางที่ 6 พบว่า ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการประเมินเตรียมความพร้อมจากวิสัญญีพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึกได้รับการเฝ้าระวังและประเมินร้อยละ 100 ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมประเมินที่หอผู้ป่วย/หอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 100 และไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หลังผ่าตัด

อภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลก่อนให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลทีมพัฒนาได้เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งการเตรียมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเป็นข้อมูลที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทีมพัฒนาได้กำหนดให้มีการเยี่ยมประเมินและให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและสามารถดูแลตนเองได้หลังการผ่าตัด การประเมินโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ในการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจากทีมวิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 100 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในระดับมาก ความพึงพอใจต่อการบริการอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของบงกช ธิติบดินทร์[12]ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง และการศึกษาของจุฑามาศ จินาทิตย์และคณะ[13]ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟารินต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินและพฤติกรรมบริโภคอาหารเหมาะสม ส่วนผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลฯ อยู่ในระดับมากและมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลมากขึ้น โดยมีคะแนนความรู้หลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ด้านคุณภาพบริการ พบว่าหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกให้การยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางที่กำหนดทุกระยะของการระงับความรู้สึก อัตราการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยโดยวิสัญญีพยาบาลได้ร้อยละ 100 มีการดูแลเฝ้าระวังตามมาตรฐานของการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสอดคล้องกับการศึกษาของบงกช ธิติบดินทร์และวิศิษฐ์ศิริภูวนันท์[14] โดยมีวิสัญญีพยาบาลช่วยเฝ้าระวังและประเมินภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ขณะหยุดใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม ระยะหลังผ่าตัดขณะนำส่งไปหอผู้ป่วยหนักอย่างใกล้ชิด

โดยสรุป แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สามารถเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้วิสัญญีพยาบาลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความสามารถเฝ้าระวังผู้ป่วยตามมาตรฐาน แนวปฏิบัติการให้การพยาบาลทุกขั้นตอนชัดเจน ครอบคลุมทุกระยะ ทีมงานสามารถปฏิบัติตามได้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาลควรมีกลยุทธ์ที่จะทำให้วิสัญญีพยาบาลนำแนวปฏิบัติพยาบาลนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการวิจัยควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อต่อยอดความรู้การศึกษาวิจัยพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มา

References

1. Watcharaksa K. Text Book of Anesthesia. In: Prakarnrat A, Sanansilp W, Suksompong S, Toomthong P, editor. Anesthesia for congenital heart surgery. 4th ed. Bangkok: A-Plus Print, 2013. p. 333-48.
2. Siriboonphiphatana P. Pediatric Nursing Volume 2 (Revised Edition): Nursing Care of Pediatric Cardiovascular and Circulatory System. Bangkok: Tana Press Printing Services, 2012.
3. NaruenatLomarat. Caring for patients with heart disease undergoing surgery. In: SirivanasandhaB, Waitayawinyu P, Toomthong P. editor. Anesthesia and Perioperative care.Bangkok: A-Plus Print, 2013. p. 229-346.
4. Dima C, Talavera F,ComptonSJ,O'BrienTX,PrisantLM,DesserKB.Mitral Stenosis Treatment & Management [Online]. 25 Medscape; 2018 [cited 2018 Aug 10]. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/155724-treatment#d10.
5. Samad K, Hashmi M. Anesthetic Management for Open Heart Surgery and Extracorporeal Circulation. 2016; (20 Suppl 1):S140-5.
6. Suwannakit P. Heart-Lung Machine: Principle and Practice. Phitsanulok :Naresuan University Publishing House, 2018.
7. Katchamat W. Update in International Medicine 2014. In :Charatcharoenwitthaya P, Katchamat W, Phisalprapa P. editor. How to use clinical practice guideline in clinical practice. Bangkok: Parbpim Limited Partnership. 2014:1-9.
8. Udomthanathira K. PDCA cycle/ Quality Control Cycle or Deming Cycle. [online]. 2018 Nov 18 [cited 2021 Jan]; Available from: https://www.iok2u.com/index.php/article/innovation/240-pdca-cycle-deming-cycle
9. Soukup M. The center of advance nursing practice evidence-based practice model promotingthescholarshipofpractice. NursClin North Am 2000; 35(2): 301-9.
10. The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of evidence and grades of recommendation. [Online]2013 [cited 2019 March 8]; [5 screens]. Available from:https://joannabriggs.org /sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf.
11. Institute of Medical Research and Technology Assessment, Ministry of Public Health. TheAppraisal of Guidelines for Research & Evaluation. The AGREE II (2013) Thai Version. [online]. 2013 [cited 2019 Aug 1]; Available from: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf.

12. Thitibordin B. The patient's satisfaction with preanesthetic preparation for cardiovascular surgery. Thai J Anesthesiol. 2016;42(3):192-8.
13. Jinatit J, Asdornwised U, Pinyopasakul W, Slisatkorn W.The Effectiveness of Continuing Care Program in Valvular Heart Surgery Patients Receiving Warfarin on Warfarin Adherence and Dietary Consumption Behavior. J Nurs Sci. 2015;33(1):24-32.
14. Thitibordin B, Siriphuvanun V. Clinical practice guideline development for nurse anesthetist taking care of patients who receive coronary artery bypass graft (CABG) surgery under general anesthesia in MaharajNakorn Chiang Mai Hospital. Thai J Anesthesiol. 2017; 43(2):144-56.

การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

วรศักดิ์ ขวัญเจริญทรัพย์* พย.บ.(พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ และประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือพระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ จำนวน 44 รูป การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยการระดมสมองร่วมกับสหวิชาชีพ และทบทวนวรรณกรรม ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์อาพาธ แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และแบบประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์อาพาธ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสถิติที

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า มีการงดผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของพระสงฆ์อาพาธ , การได้รับข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดไม่เพียงพอ, สถานการณ์โควิด-19 มีการระบาดต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื้อหาของรูปแบบ ประกอบด้วย การตรวจร่างกายและการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด การให้ข้อมูลการผ่าตัด การจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์โควิด-19 และการติดตามหลังจำหน่าย ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม 2) พระสงฆ์อาพาธพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับพึงพอใจมาก 3) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นพบว่ามีอัตราค่าบริการผู้ป่วยลดลง

คำสำคัญ: พระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโต, ผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลสงฆ์

E-mail: Vorasak0811721733@gmail.com

The Development of Care Model for Buddhist Monks with Diabetic Foot Ulcer

Vorasuk Khwanchareonsup* B.N.S, RN

Abstract

This research aimed to develop care model for Buddhist monks undergoing transurethral resection of the prostate and assess the outcomes. Subjects were forty-four monks with benign prostatic hyperplasia undergoing transurethral resection of the prostate. The research was divided into three phases; Phase 1) A study of situation and problem; Phase 2) A development of care model together with a multidisciplinary team and review literature; Phase 3) An evaluation of care model. The research instruments comprised: a personal information questionnaire, a post-operative recovery questionnaire and satisfaction assessment form. Descriptive statistics and independent t-test were used for data analysis.

Result: Phase 1 situation analysis found that, there was no surgery due to lack of readiness. Phase 2 develop a care model by using perceive self-efficacy concept, the content of care model includes a physical examination by a multidisciplinary team; evaluation of surgical readiness; providing surgical information; anxiety management before surgery; pre-operative preparation for the COVID-1 9 infection prevention guidelines and follow discharge., Phase 3 an evaluated show that; 1) The experimental group had better post-operative recovery than the control group. 2) Monks were satisfied with the care model for Buddhist monks undergoing transurethral resection of the prostate at a very satisfactory level. 3) Medical expenses were decreased after used care model for Buddhist monks undergoing transurethral resection of the prostate.

Key wordห: monks with benign prostatic hyperplasia, transurethral resection of the prostate

Registered Nurse, Priest Hospital *

Correspondence author E-mail: Vorasak0811721733@gmail.com

บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโต (benign prostatic hyperplasia) เป็นโรคในระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุชาย ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น พบว่าผู้ชายที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีโอกาสน้อยที่จะเป็นโรคต่อมลูกหมากโต แต่เมื่ออายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสในการเกิดต่อมลูกหมากโตได้ถึงร้อยละ 50 [1] จากการสำรวจความชุกของโรคต่อมลูกหมากโตในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การเกิดโรคต่อมลูกหมากโตร้อยละ 40 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 90 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี [2] สำหรับในประเทศไทยมีการรายงานสถิติของโรคต่อมลูกหมากโตว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยมีอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คนเท่ากับ 116.38, 130.80 และ 141.95 ในปี พ.ศ. 2550-2552 ตามลำดับ [3] ภาวะต่อมลูกหมากโตเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (dihydrotestosterone [DHT]) โดยฮอร์โมนนี้จะกระตุ้นการเจริญเติบโต ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนเซลล์ต่อมลูกหมากอย่างผิดปกติจนเกิดเป็นก้อน (fibroadematous nodule) ซึ่งก้อนนี้จะไปเบียดเนื้อเยื่อของต่อมลูกหมากเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะและเบียดท่อปัสสาวะทำให้ท่อปัสสาวะส่วนต่อมลูกหมากแคบลง ทางเดินปัสสาวะอุดตันทำให้การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ [2, 4]

การรักษาโรคต่อมลูกหมากโตนั้นสามารถรักษาได้หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การเฝ้ารอดูอาการ การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด โดยการรักษาด้วยวิธีการเฝ้ารอดูและการใช้ยาจะใช้ในการรักษาผู้ที่มีขนาดของต่อมลูกหมากโตเล็กน้อยและอาการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง [4] สำหรับประเทศไทยการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดและมีแนวโน้มมากขึ้น [5] เนื่องจากทำ ให้เสียเลือดน้อยกว่าวิธีการผ่าตัดแบบอื่นๆ ผู้ป่วยหายกลับบ้านเร็ว ไม่มีแผลภายนอก [6] ประหยัดค่าใช้จ่าย สามารถทำ ได้ในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ชำนาญด้านนี้

อย่างไรก็ตามการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) นั้นอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกัน [7] มีการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) นั้นพบถึงร้อยละ 36 ซึ่งร้อยละ 85 เกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดหรือปัสสาวะเป็นเลือด ร้อยละ 50 มีลิ่มเลือดตกค้าง และยังพบว่าเมื่อกลับบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และปัสสาวะเป็นเลือด

โรงพยาบาลสงฆ์เป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลพระอาพาธที่มีปัญหาโรคต่อมลูกหมาก โดยมีแพทย์เฉพาะทางและหน่วยงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะที่ให้การดูแลโดยเฉพาะ จากสถิติของหน่วยงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะพบว่า โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบมากที่สุดในพระอาพาธที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ และจากสถิติพระอาพาธที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีจำนวน 104 รูป, 98 รูป และ 95 รูป ตามลำดับ[8]

การสำรวจปัญหาของพระอาพาธที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการ

ผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่โรงพยาบาลสงฆ์นั้น พบว่า มีพระอาพาธร้อยละ 10 เปลี่ยนใจ และขอไม่เข้ารับการผ่าตัด ร้อยละ 41 มีอาการนอนไม่หลับก่อนวันผ่าตัดส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดพบว่าพระอาพาธร้อยละ 25 ซึ่งเป็นพระอาพาธที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80ปี หลังผ่าตัดได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก 1 คืน เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนและย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยทางเดินปัสสาวะตามเดิม มีอาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่ ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการดูแลหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าพระอาพาธร้อยละ 50 ไม่เข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของการยึดสายปัสสาวะเนื่องจากทำให้มีอาการเจ็บปวดและตึงท่อปัสสาวะส่งผลให้มีพฤติกรรมการแกะเทปผ้าออกส่งผลต่อเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากขึ้น [8] นอกจากนี้ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลพระอาพาธที่ได้รับการผ่าตัดให้สอดคล้องกับนโยบายในการควบคุมการติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการไม่ได้ทำผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง และไม่ได้ตรวจสอบจุดเลือดออกให้ครบอีกหนึ่งช่วงที่อาจมีเลือดออกได้คือ ประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงที่ลิ่มเลือด เริ่มจะละลาย จุดเลือดออกที่ใช้ไฟฟ้าจี้ไว้จึงมีโอกาสเลือดออกได้อีกหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกวิธี หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก เช่น การเดินขึ้นลงบันไดเกิน 2 ชั้น การนั่งคร่อมทุกชนิด การเลือกรับประทานอาหาร และการเบ่งถ่าย เป็นต้น โดยภาวะปัสสาวะเป็นเลือดที่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ผิดวิธีเหล่านี้ มีความเสี่ยงสูงสุดที่พบได้ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ[6] นอกจากนี้จากการศึกษาเรื่องภาวะการดูแลสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด TURP ใน 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 68 ให้ข้อมูลว่าได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนก่อนจำหน่ายทำให้ไม่แน่ใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด [9] นอกจากนี้ผลกระทบในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตนั้นในประเทศไทยไม่ได้มีการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคต่อมลูกหมากไว้ แต่พบว่ามีการศึกษาจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคต่อมลูกหมากโตที่ต้องเข้ารับการรักษาจำนวน 38.1 ล้านคน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจำนวนนี้เป็นเงิน 4 พันล้านเหรียญสหรัฐ [10] ซึ่งจะเห็นได้ว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ซึ่งหากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจะส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารงานการพยาบาลผู้ป่วยใน มีบทบาทสำคัญในการประเมิน และพัฒนาระบบการพยาบาลพระอาพาธ ได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงต้องการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้น ให้พระอาพาธมีความปลอดภัย และมีคุรภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ดังนี้ ประกอบด้วย 1) การตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ 2) การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด 3) การให้ข้อมูลการผ่าตัด 4) การจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด 5) การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์โควิด-19 และ 6)การติดตามหลังจำหน่าย แสดงในภาพที่ 1

1. การตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ พระสงฆ์อาพาธจะได้รับ การตรวจร่างกายและซักประวัติโดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 ตามแบบฟอร์มการซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด-19 ก่อนผ่าตัดทุกราย

2. การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด พยาบาลแผนกผู้ป่วยในที่รับพระสงฆ์อาพาธที่จะเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

3. การให้ข้อมูลการผ่าตัด ผ่านแผ่นพับ และคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบ การปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย การเรียนรู้ผ่านตัวแบบจากการบอกเล่าประสบการณ์ 1 วันก่อนผ่าตัด

4. การประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุย และการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตรสวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ 1 วันก่อนผ่าตัด

5. การติดตามหลังจำหน่าย และพระคิลานุปฐาก เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด
- -ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเอง
- -ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
- -ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ความพึงพอใจ
อัตราค่าบริการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์

ประชากร คือ พระอาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสงฆ์

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1) อายุ 45 ปีขึ้นไป

2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต

3) ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ

4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในระยะนี้ใช้การแบบกึ่งทดลองเพื่อทดลองและประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) ด้วยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.50อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมุติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 รูป[11]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับการแสดงความคิดเห็นในกลุ่มจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ปัญหาจากประสบการณ์ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา

2) แบบบันทึกความคิดเห็น และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ เป็นแบบบันทึกข้อคิดเห็นจากแนวคำถามที่ถามในที่ประชุม

3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์อาพาธ มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบไปด้วยอายุ อายุพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม โรคร่วม ประสบการณ์ในการผ่าตัด

4) แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

4.1) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง

4.2) แบบประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินโดยใช้การให้คะแนนความปวดตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน คือไม่ปวดเลย และ10 คะแนนคือ ปวดมากที่สุด โดยจะประเมินเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดทันที และทุก 4 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

4.3) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นแบบบันทึกตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ 1. ภาวะเลือดออกมาก 2. มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด24 ชั่วโมง 3. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันต้องได้รับการทำ Manual irrigate หรือเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ 4. ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังจำหน่าย การแปลผลโดยหากการพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หมายถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี

แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI = 1และผ่านวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค Cronbach's alpha coefficient =.86

5) แบบประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ มีจำนวน 10 ข้อ

แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI = 1และผ่านวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค Cronbach's alpha coefficient =.72

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) คู่มือการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทาง และกรอบสำหรับการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา ได้แก่ โรคต่อมลูกหมากโต การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ขั้นตอนการให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ รายการตรวจสอบการประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด แบบติดตามหลังจำหน่าย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวนที่ปฏิบัติงานเพื่อการตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหา และภาษา พบว่า ภาษาเข้าใจง่าย สามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางได้

2) คู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อถวายแก่พระสงฆ์อาพาธในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบ การปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปให้ ทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธจำนวน 3 รูป เพื่อการตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหา ภาษา และเวลา พบว่า ภาษาเข้าใจง่าย เวลาใช้เวลา 10-15 นาที พระสงฆ์อาพาธสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย

ขั้นตอนการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

การศึกษาสำรวจปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ผ่านทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์ (มิถุนายน 2563 – สิงหาคม 2563) มีขั้นตอนดังนี้

1.โดยศึกษาข้อมูลเวชระเบียนพระสงฆ์อาพาธได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ 1 ปีที่ผ่านมาในช่วงเดือนสิงหาคม 25562 ถึงมิถุนายน 2563 จำนวน 50 ราย เพื่อค้นหาปัญหาการดูแล

2.ศึกษาจากเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการ และวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัญหาการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

3.การสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คนเพื่อให้ทราบปัญหาและสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

4. สัมภาษณ์พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะจำนวน 5 รูป เพื่อสำรวจปัญหา และความต้องการของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ (สิงหาคม 2563-กันยายน 2563) มีขั้นตอน ดังนี้

1. นำข้อมูลปัญหาจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการดูแลเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

2. จัดเวทีการสนทนาแบบกลุ่มร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน (Focus Group) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ รวมทั้งหมด 18คน เพื่อจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพขณะที่พระสงฆ์อาพาธเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับวัด

3. ดำเนินการร่างรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ กำหนดกิจกรรมในการดูแลจากการทบทวนวรรรกรรมและความคิดเห็นในที่ประชุม

4. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ จำนวน 3 รูป เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ และสามารถใช้ได้จริง ก่อนนำไปใช้จริงในขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ นำรูปแบบและเครื่องมือในระยะที่ 2 มาใช้กับพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

วันที่ 1 วันแรกที่พระสงฆ์อาพาธนอนโรงพยาบาล (แผนกผู้ป่วยนอก) มีการตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ พระสงฆ์อาพาธจะได้รับ การตรวจร่างกายและซักประวัติโดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 ตามแบบฟอร์มการซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด-19 ก่อนผ่าตัดทุกราย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกซักประวัติโรคประจำตัว การฉันยาละลายลิ่มเลือด ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานข้อมูลให้แพทย์เจ้าของไข้ก่อน admit พระสงฆ์อาพาธเพื่อพิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์ในกรณีมีโรคประจำตัว ฉันยาละลายลิ่มเลือด หรือมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ

วันที่ 1 วันแรกที่พระสงฆ์อาพาธนอนโรงพยาบาล (แผนกผู้ป่วยใน) ประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด พยาบาลแผนกผู้ป่วยในที่รับ

พระสงฆ์อาพาธที่จะเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่การรับเวรจากแผนกผู้ป่วยนอก ตามรายการ Check list ประเมินความพร้อมพระสงฆ์อาพาธในการทำผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธได้ตรวจเพื่อประเมินความพร้อมให้เรียบร้อยก่อนเคลื่อนย้ายมานอนที่หอผู้ป่วย เนื่องจากหอผู้ป่วยและอาคารผู้ป่วยนอกไม่ได้อยู่อาคารเดียวกัน หากพระสงฆ์อาพาธยังตรวจไม่ครบจึงต้องมีการเคลื่อนย้ายกลับไปที่อาคารผู้ป่วยนอกอีกครั้งโดยใน Check list นั้น ประกอบไปด้วย 1) โรคประจำตัว ในกรณีมีโรคประจำตัว แพทย์ต้องการปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดหรือไม่ หากต้องการ ได้ดำเนินการปรึกษาอายุรแพทย์แล้วหรือไม่ 2) เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แล้วหรือไม่ 3) มีประวัติฉันยาละลายลิ่มเลือดหรือไม่ หากมี แพทย์รับทราบหรือหรือไม่ 4) เจาะเลือดครบตามคำสั่งการรักษาของแพทย์หรือไม่ หากไม่ ยังขาดรายการใด 5) ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 แล้วหรือไม่ 6) พระสงฆ์อาพาธรับทราบเกี่ยวกับนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดแล้วหรือไม่ และได้เซนต์ยินยอมการผ่าตัดแล้วหรือไม่

โดยรายการทั้งหมดนี้จะใช้ในการรับเวรจากแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อทวนสอบไปยังแผนกผู้ป่วยนอก หากไม่ครบตาม Check list จะมีการแจ้งเพื่อให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จในรายการที่จำเป็นต้องทำที่อาคารแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อไม่เป็นการรบกวนพระสงฆ์อาพาธในการเคลื่อนย้ายไป-มา ระหว่างอาคารโดยไม่จำเป็น

ดำเนินการให้ข้อมูลการผ่าตัด ผ่านแผ่นพับและคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบ การปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย พร้อมกับแสดงตัวแบบพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้วให้พระสงฆ์ที่จะผ่าตัดได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบจากการบอกเล่าประสบการณ์

การประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุยและการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตร สวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ

ตรวจเยี่ยมพระสงฆ์อาพาธโดยพยาบาลวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวในห้องผ่าตัด

วันผ่าตัด พูดคุยประเมินความวิตกกังวล และช่วยผ่อนคลายด้วยการพูดคุยให้กำลังใจ และผ่อนคลายด้วยการฟังธรรมะในระหว่างรอห้องผ่าตัดมารับ

หลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวด ความรู้สึกตัว อาการไม่สุขสบายและดูแลให้ความสุขสบายต่างๆ เมื่อพระสงฆ์อาพาธพร้อม เข้าชี้แจงอุปกรณ์ที่ติดตัวออกมาจากห้องผ่าตัด ให้เหตุผล และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง

ดูแลให้มีการสวนล้างปัสสาวะ (CBI) อย่างต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ดูแลความสะอาดร่างกายและความสุขสบาย พูดคุยซักถามข้อสงสัยของพระสงฆ์อาพาธและความต้องการอื่นๆ

ก่อนจำหน่าย 1 วัน ทบทวนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายผ่านสื่อแผ่นพับ และคู่มือที่ถวายให้ในวันแรก และชี้แจงเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

หลังจำหน่าย 3 วัน โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในกรณีมีปัญหาปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ และให้คำแนะนำ

ทางโทรศัพท์หากไม่จำเป็นต้องมาตรวจเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ในกรณีสถานการณ์โควิด-19 รุนแรงไม่สามารถมาตามนัดได้ ประสานงานแพทย์และเภสัชกรจัดส่งยาทางไปรษณีย์ไปที่วัด ประสานพระคิลานุปฐากในกรณีพระสงฆ์อาพาธสูงอายุ ไม่สามารถพูดคุยผ่านโทรศัพท์ และ Application line ได้เป็นตัวแทนในการสื่อสารแทนพระสงฆ์อาพาธ

หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

ก่อนถึงวันนัดพบแพทย์ 1 วัน ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อซักถามความพร้อมในการมาตามนัดและช่วยเหลือในกรณีไม่สามารถมาตามนัดได้

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ โดยคำนึงถึงหลักการเคารพในตัวบุคคล หลักยุติธรรมและไม่ก่อให้เกิดอันตราย ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจง และขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ การนำเสนอข้อมูล และการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความพึงพอใจ อัตราค่าบริการผู้ป่วยหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสำรวจปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์ จากศึกษาข้อมูลเวชระเบียนพระสงฆ์อาพาธได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ 1 ปีที่ผ่านมาในช่วงเดือนสิงหาคม 25562 ถึงมิถุนายน 2563 จำนวน 50 ราย และการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน พบว่า มีพระอาพาธร้อยละ 10 เปลี่ยนใจ และขอไม่เข้ารับการผ่าตัด ร้อยละ 41 มีอาการนอนไม่หลับก่อนวันผ่าตัดส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดพบว่าพระอาพาธร้อยละ 25 ซึ่งเป็นพระอาพาธที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80ปี หลังผ่าตัดได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก 1 คืน เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนและย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยทางเดินปัสสาวะตามเดิม มีอาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่ ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการดูแลหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าพระอาพาธร้อยละ 50 ไม่เข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของการยึดสายปัสสาวะเนื่องจากทำให้มีอาการเจ็บปวดและตึงท่อปัสสาวะส่งผลให้มีพฤติกรรมการแกะเทปผ้าออกส่งผลต่อเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากขึ้น ร้อยละ 10 พบว่าต้องงดผ่าตัดเนื่องจากไม่ได้หยุดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีโรคประจำตัวที่ไม่คงที่และไม่ได้ปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อร่วมประเมินและให้การรักษาในช่วงที่ได้รับการผ่าตัด

จากการสัมภาษณ์พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะจำนวน 5 รูป เพื่อสำรวจปัญหา และความต้องการของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ พบว่า 1. พระสงฆ์อาพาธต้องการข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้เห็น และเข้าใจถึงการผ่าตัดว่าเป็นอย่างไร และหลังผ่าตัดจะเป็นอย่างไร 2. พระสงฆ์อาพาธรู้สึกวิตกกังวล นอนไม่หลับในคืนก่อนวันผ่าตัด เมื่อเช้าจึงรู้สึกไม่สุขสบาย และอ่อนเพลียทำให้ไม่พร้อมในการผ่าตัด 3. พระสงฆ์อาพาธต้องการความมั่นใจว่าเมื่อกลับไปอยู่วัดจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์โควิด-19 เกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ (สิงหาคม 2563- กันยายน 2563) ผลที่ได้จากการพัฒนาคือรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ดังต่อไปนี้

1) การตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ พระสงฆ์อาพาธจะได้รับ การตรวจร่างกายและซักประวัติโดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 ตามแบบฟอร์มการซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด-19 ก่อนผ่าตัดทุกราย

2) การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

3) การให้ข้อมูลการผ่าตัด ผ่านแผ่นพับ และคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

4) การประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุย และการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตร สวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ 1 วันก่อนผ่าตัด

5) การติดตามหลังจำหน่าย และพระคิลานุปฐาก เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในกรณีมีปัญหาปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ และให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ หากไม่จำเป็นต้องมาตรวจเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะไปใช้ โดยการติดตามพระสงฆ์อาพาธกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยการการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์อาพาธ การฟื้นตัวหลังผ่าตัด อัตราค่าบริการผู้ป่วยของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ผลการวิจัย ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 59.18 ปี (SD= 7.49) อายุพรรษาเฉลี่ย 2.95 ปี (SD=3.18) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.73 ปี (SD=8.77) อายุพรรษาเฉลี่ย 3.45 ปี (SD=3.50) ระดับการศึกษาทางโลกส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ศึกษาทางธรรมจบในระดับนักธรรมตรี กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด

2) ภายหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง, ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะที่พัฒนาขึ้น มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเอง	66.55	7.73	70.86	6.69	41.14	-1.98	.05
2. ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	5.27	2.55	3.50	2.04	40.09	2.55	.01
3. ภาวะแทรกซ้อน	.68	.48	.09	.29	34.97	4.95	<.01

3) พระสงฆ์อาพาธพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะอยู่ในระดับพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 4.39

4) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะมีอัตราค่าบริการผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราค่าบริการระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
อัตราค่าบริการ	24894.54	6293.09	21800.22	3727.81	42	1.98	.05

อภิปรายผล

ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง, ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะที่พัฒนาขึ้น มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อธิบายได้ว่าการใช้อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะนั้นพัฒนาขึ้นตามปัญหาที่พบ และจากความต้องการของพระสงฆ์อาพาธ โดยในรูปแบบนี้มุ่งเน้นการพัฒนาสื่อสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีวภา ธนรักษ์ และ ประภาวดี โทนสุข [12] ที่ศึกษาพบว่าการใช้สื่อในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ดีกว่า นอกจากนี้การพัฒนาระบบการประเมินพระสงฆ์อาพาธจากทีมสหวิชาชีพ และการใช้ตัวแบบเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ทำให้พระสงฆ์อาพาธเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นอย่างดี และเห็นภาพของสภาพภายหลังการผ่าตัด เมื่อให้คำแนะนำจึงเกิดความเข้าใจและมองภาพออกมากขึ้นจากการดูแลแบบเดิมที่ไม่มีตัวแบบถ่ายทอดประสบการณ์ อีกทั้งการได้เรียนรู้จากตัวแบบนั้นยังส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถผ่านพ้นการผ่าตัดไปได้ด้วยดี จึงสามารถกระตุ้นการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และหลังจำหน่ายได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษา ของกฤษณกมล วิจิตร [13] ที่พบว่าการใช้ตัวแบบเป็นการช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากได้อย่างเหมาะสม

การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการกระตุ้นเตือนและให้การสนับสนุนทางการพยาบาลที่ช่วยให้พระสงฆ์อาพาธช่วยเหลือและดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายกลับวัด อีกทั้งการประสานงานผ่านพระคิลานุปฐาก (พระสงฆ์ที่เป็นจิตอาสาดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด) ช่วยให้พระสงฆ์อาพาธที่สูงอายุมีผู้ดูแลช่วยเหลือในส่วนที่พร่องการดูแลตนเองไปโดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล

นอกจากนี้จากการวิจัยครั้งนี้มีการพัฒนาการลดการเข้ามาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นเพื่อช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 รวมถึงการตรวจคัดกรองก่อนรับพระสงฆ์เข้านอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด ช่วยสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยแก่พระสงฆ์

พระสงฆ์อาพาธพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้มีพื้นฐานมาจากปัญหาของพระสงฆ์อาพาธเป็นหลัก และนำเอาความต้องการของพระสงฆ์อาพาธมาพัฒนาให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของพระสงฆ์อาพาธ จึงทำให้เกิดความพึงพอใจในระดับมาก

จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารด้านการพยาบาล ได้นำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่

พัฒนาขึ้นนี้ มาใช้ในการให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโต โดยมีการผลักดันและนำรูปแบบลงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเป็นเลิศด้านการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตเนื่องจากพระสงฆ์อาพาธส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมากโต ซึ่งการดำเนินการที่ผ่านสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ซึ่งเป็นผลดีต่อคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ รวมถึงช่วยลดการงดเลื่อนผ่าตัดโดยไม่จำเป็นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1.สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปปรับและทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดระบบอื่นๆได้

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้ อาจยังต้องมีการพัฒนาในส่วนของสื่อในการให้ความรู้ให้มีความทันสมัย เช่น พัฒนาเป็นสื่อวิดีทัศน์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่พัฒนาขึ้นนี้ในระยะยาวว่ามีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และอัตราค่าบริการหรือไม่

References

1. Nickel JC, Méndez-Probst CE, Whelan TF, Paterson RF, Razvi H. 2010 Update: Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. Can Urol Assoc J. 2010;4(5):310-6.

2. สุพรรณษา กลิ่นกล่อม, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และภารดี นานาศิลป์. พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต. พยาบาลสาร. 2560;44(3):52-64.

3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2553 [เข้าถึงจาก: http://www.bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic53/statistic53.pdf.

4. พิชัย บุณยะรัตเวช, อภิรักษ์ สันติงามกุล, กมล ภานุมาศรัศมี, กวิรัช ตันติวงษ์, จุลินทร์ โอภานุรักษ์, ชนธีร์ บุณยะรัตเวช, และคณะ. ต่อมลูกหมาก. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.

5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรค 2556 [เข้าถึงจาก: http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html.

6. Xu P, Xu A, Chen B, Zheng S, Xu Y, Li H, et al. Bipolar transurethral enucleation and resection of the prostate: Whether it is ready to supersede TURP? Asian Journal of Urology. 2018;5(1):48-54.

7. Pesha A. Complications of Transurethral Resection of the Prostate. Clinical Medicine Research [Online] Available from: http://www sciencepub. 2016.

8. หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสงฆ์. การฟื้นตัวของพระอาพาธหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อ ปัสสาวะ (TURP). 2563.

9. Mogensen K, Duelund Jacobsen J. The load on family and primary healthcare in the first six weeks after transurethral resection of the prostate. Scandinavian journal of urology and nephrology. 2008;42(2):132-6.

10. Vuichoud C, Loughlin KR. Benign prostatic hyperplasia: epidemiology, economics and evaluation. Can J Urol. 2015;22(Suppl 1):1-6.

11. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed: Saunders Elsevier, St. Louis.; 2009.

12. ศรีวภา ธนรักษ์ และประภาวดี โทนสุข. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ต่อความรู้และการ จัดการตนเองของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธาน. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;32(4).

13. กฤษณกมล วิจิตร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวิดีทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อ

พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก: (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ; 2547.

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด

สินีนาฏ ทิพย์มูสิก* ปร.ด.(การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุของภาวะช็อกซึ่งนำไปสู่การตายของมารดาหลังคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งในครรภ์ปัจจุบัน และในครรภ์ต่อไป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

บทความนี้นำเสนอการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลกรณีศึกษา มารดาครรภ์ที่ 2 มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งหนึ่งในภาคกลาง การวินิจฉัยแรกรับ Pregnancy GA 38^{+1} wk. with previous cesarean section และ set OR for Cesarean section with tubal resection หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี แพทย์ให้ยาช่วยการหดรัดตัวของมดลูก ให้สารน้ำ และให้เลือด แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงย้ายไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และพิจารณาทำผ่าตัด subtotal hysterectomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนักอีก 2 วัน ฟื้นตัวดี ไม่มีภาวะช็อก สัญญาณชีพปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ และย้ายมาดูแลที่หอผู้ป่วยหลังคลอดพร้อมบุตร ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามคำแนะนำได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน น้ำนมไหลดี บุตรแข็งแรง ดูดนมและขับถ่ายปกติ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ทั้งมารดาและบุตร รวมการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน จากกรณีศึกษา พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด ตั้งแต่การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด วางแผน ให้การพยาบาล และประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสูตินรีเวช โรงพยาบาลอินทร์บุรี

Corresponding e-mail: sineenat.t@hotmail.com

Nursing Care for Mother after Caesarean Section with Shock due to Postpartum Hemorrhage

Sineenart Thipmusik* Ph.D. (Nursing Management)

Abstract

Postpartum hemorrhage is a serious obstetric complication that causes hemorrhagic shock leading to maternal death. Caesarean section is a predisposing factor of postpartum hemorrhage both in the present and subsequent pregnancy. Nurses play an important role in caring for and preventing postpartum hemorrhage.

This paper presents the use of the nursing process in the case study of the second pregnancy mother, initially diagnosed with pregnancy 38^{+1} weeks. She had a history of previous cesarean section and was set to OR for cesarean section and tubal ligation. She developed shock from postpartum hemorrhage due to uterine atony after cesarean section. The physician prescribes the uterotonic agents to improve uterine contraction, fluids and blood transfusion; but she did not recover and was transferred to the intensive care unit and scheduled for subtotal hysterectomy. She was admitted at the intensive care unit for 2 days. She recovered well without shock, normal vital signs and endotracheal tube removal and was transferred to the postpartum unit. She performed self-care and took care of the baby very well. No complication was found and no problem with breast feeding. She was discharged from the hospital with the baby with a total hospitalization of 7 days. Thus, this case study showed that the nurses used the nursing process to care for mothers after caesarean section, ranging from risk factors assessment and close monitoring, planning, nursing care and appropriate reassessment as well as coordinating with the multidisciplinary team to effectively care for the patients. Therefore, the mother after giving birth was safe.

Key words: nursing care, cesarean section, shock cue to postpartum hemorrhage

* Registered nurse, professional level, Inburi Hospital

Corresponding e-mail: sineenat.t@hotmail.com

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean section) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำคลอดทารกผ่านรอยแผลที่หน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูกในช่วงอายุครรภ์ที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้ ซึ่งแพทย์จะทำการผ่าตัดคลอดเมื่อมีเหตุผลทางการแพทย์ ได้แก่ มารดาไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เอง หรือคลอดได้แต่อาจเกิดอันตรายต่อมารดาหรือทารก ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อาจเกิดได้ทั้งขณะผ่าตัด เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก การฉีกขาดที่ทำให้เกิดการเสียเลือดมากขณะผ่าตัด อันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงและอาจเกิดอันตรายต่อทารกได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น เกิดการอักเสบติดเชื้อ การตกเลือดหลังผ่าตัด ทารกหายใจเร็วผิดปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป เช่น เพิ่มโอกาสเกิดมดลูกแตก การเกิดรกเกาะต่ำและรกฝังตัวลึกลงในผนังมดลูกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป การมีรอยแผลผ่าตัดที่มดลูกอาจทำให้มดลูกหดรัดตัวผิดปกติ ทำให้การตั้งครรภ์ครั้งต่อมามีความเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือดได้[1]

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด ถ้าเกิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเรียกว่า primary หรือ early PPH แต่ถ้าเกิดหลัง 24 ชั่วโมงถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด เรียกว่า secondary หรือ late หรือ delayed PPH สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกไม่หดรัดตัว (uterine atony) การฉีกขาดของช่องทางคลอด (genital tract laceration) ภาวะรกค้าง (retained placental tissue) หรือภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดในมารดา (maternal bleeding disorders) และสาเหตุจากมดลูกไม่หดรัดตัวเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดต่อมารดาจะขึ้นกับปริมาณของเลือดที่เสียไป ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย ไม่มีน้ำนมเลี้ยงดูบุตร ไตวาย เลือดไม่แข็งตัว และเสียชีวิต รวมถึงภาวะตกเลือดมีแนวโน้มจะเกิดซ้ำอีกในครรภ์ถัดไป[2]

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด แพทย์จะพิจารณาโดยขึ้นกับสาเหตุ ดังนี้ (1) กรณีที่มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด มารดาจะได้รับการเย็บซ่อม (2) กรณีที่มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มเด็กค้างในโพรงมดลูก จะได้รับการขูดมดลูก (3) กรณีที่เสียเลือดมากจากการแข็งตัวของเลือดเสียไป จะได้รับเลือด และสารช่วยในการแข็งตัวของเลือด (4) กรณีมดลูกหดรัดตัวไม่ดี จะได้รับการรักษาอาทิเช่น การให้น้ำเกลือ ให้เลือด การให้ยาช่วยการหดรัดตัวของมดลูก การนวดคลึงมดลูก หากให้การรักษาแล้วมดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี แพทย์ต้องพิจารณาผ่าตัดเย็บผูกหลอดเลือดแดงหรือเย็บมัดมดลูก และท้ายที่สุดหากยังไม่สามารถหยุดเลือดได้อีก ก็จำเป็นต้องตัดมดลูก เพื่อรักษาชีวิตแม่ไว้ ส่วนการตกเลือดระยะหลัง มักเกิดจากมีการติดเชื้อหรือมีเศษรกค้างในโพรงมดลูก แพทย์จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะก่อน แล้วพิจารณาขูดมดลูกต่อไป หากไม่มีเศษรกค้างก็จะให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ซึ่งอาจให้ยากลับไปรับประทาน หรือหากเลือดออกมากอาจให้นอนโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาให้น้ำเกลือและให้เลือดร่วมด้วย[2]

การพยาบาลมารดาหลังคลอด พยาบาลสูติกรรมมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดจนถึงกลับไปอยู่บ้าน การดูแลเพื่อป้องกันตก

เลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (uterine atony) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดต้องสามารถประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างทันท่วงที เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ดังนี้[3]

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จะต้องประเมินทั้งในระยะแรกรับและการประเมินในระยะคลอด

2. การประเมินอาการ อาการแสดงมารดาหลังคลอด เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) การหดรัดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ระดับยอดมดลูก (Fundal height) สัญญาณชีพ และการปัสสาวะ เมื่อได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อาการ อาการแสดง แล้วควรนำมาจัดระดับความรุนแรงเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

3. การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย (1) จัดให้อยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด (2) ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (3) ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูกทุก 15 นาที (4) ประเมินกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นให้ปัสสาวะเองภายใน 4-6 ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้าย หรืออาจจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ (5) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (6) หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก มือเท้าเย็น หากพบความผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที และเตรียมการช่วยเหลือเร่งด่วนให้พร้อม (7) ถ้าพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำและให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด isotonic solution เพิ่มอีก 1เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติและการจองเลือด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุการตายของมารดาหลังคลอด เป็นความเสี่ยงที่ต้องให้ความสำคัญ และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จากรายงานอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอดและเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก[2] และจากสถิติของ กระทรวงสาธารณสุข อัตราการตายของมารดาหลังคลอดในประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2563 เท่ากับ 18.44, 17.49, 19.98 และ 23.10 ต่อการเกิดมีชีพแสนรายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยตรงทางสูติกรรมที่พบมากที่สุด คือ ตกเลือดหลังคลอด[4] และจากสถิติโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 0.6, 0.2 และ 1.4 ตามลำดับ จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในปี 2563 มีมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด แพทย์ให้การรักษาแล้วไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาตัดมดลูกและย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 1 ราย[5] ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอด จึงต้องมีความรู้ และมีทักษะในการประเมินปัจจัยเสี่ยง อาการ และอาการแสดงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม

ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลมารดาหลังคลอดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดการบาดเจ็บและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพของมารดาหลังคลอด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลกรณีศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยการนำเสนอกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์และการใช้กระบวนการพยาบาลดังต่อไปนี้

กรณีศึกษา

มารดาครรภ์ที่ 2 อายุ 23 ปี $G_2P_1A_0L_1$ ครรภ์แรกแพทย์ตรวจพบศีรษะทารกมีขนาดใหญ่กว่าขนาดช่องเชิงกรานของมารดา จึงพิจารณาทำคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อปีพ.ศ. 2558 เด็กเพศหญิง สุขภาพแข็งแรงดี ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอินทร์บุรี ขณะตั้งครรภ์ไม่พบความผิดปกติ และแพทย์นัดมาทำผ่าตัดคลอดเมื่ออายุครรภ์ 38^{+1} สัปดาห์

วันที่ 18 กันยายน 2563 เวลา 10.00 น. แรกรับที่ห้องคลอด ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ทารกในครรภ์เคลื่อนไหวปกติ แพทย์วินิจฉัย Pregnancy 38^{+1} wk with previous cesarean section และ set OR for cesarean section with tubal resection เวลา 11.30 น. ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มได้รับยาระงับความรู้สึกจนผ่าตัดเสร็จ 1 ชั่วโมง 15 นาที ไม่พบความผิดปกติขณะและหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ประมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด 500 มิลลิลิตร ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,120 กรัม อาการทั่วไปปกติ Apgar score 10-10-10 ย้ายทารกไปดูแล และสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

เวลา 14.45 น. รับย้ายมารดาหลังผ่าตัด Cesarean section with tubal resection ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องลักษณะ Low transverse incision แผลมีเลือดซึมเล็กน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 ใน 3 ของผ้าอนามัย 1 ชิ้น สัญญาณชีพ 110/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที หายใจได้เอง 22 ครั้งต่อนาที ได้รับยา Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ มีปัสสาวะในถุง 40 มิลลิลิตร แผนการรักษาของแพทย์ ให้งดน้ำและอาหาร ให้ Pethidine 25 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง และให้ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง 4 dose มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากได้รับการผ่าตัดคลอดและมีประวัติผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พยาบาลเฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที และใน 30 นาทีแรกหลังรับย้ายจากห้องผ่าตัด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-106/70-78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86-88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมเพิ่ม มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ปัสสาวะออกเพิ่ม 30 มิลลิลิตรในครึ่งชั่วโมง ปวดแผลเล็กน้อย Pain score 3-4 ดูแล จัดท่านอนให้สุขสบายขึ้น เปลี่ยนผ้าอนามัยให้ สังเกตพบมดลูกนิ่ม ไม่ค่อยหดรัดตัว รายงานแพทย์ทราบ ดูแลให้ได้รับยา Oxytocin ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังการหดรัดตัวของมดลูก

เวลา 15.30 น. ความดันโลหิต 85/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 125 ครั้งต่อนาที หายใจ 24

ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยบ่นใจสั่น มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่ม pad 2 ชิ้น มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะช็อกจากตกเลือดหลังคลอดและมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รายงานแพทย์ ให้การรักษาโดยให้ load 0.9% NSS 500 มิลลิลิตร หลังจากนั้นให้ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เจาะ Hct stat ได้ 34 % ให้ Transamine 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง 3 dose และให้ Methergin 1 amp ทางหลอดเลือดดำ เวลา 15.45 น. วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 92/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที วัดoxygen saturation ได้ 98 % รายงานแพทย์ทราบ เฝ้าระวังปริมาณเลือดทางช่องคลอดและที่แผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag 8 ลิตรต่อนาที ให้ข้อมูลอาการ การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ญาติยังมีความวิตกกังวลสอบถามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ

เวลา 16.00 น.- 18.00 น. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 94-104/60-66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110-116 ครั้งต่อนาที หายใจ 26-34 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะสีเหลืองใสออก 50 มิลลิลิตร oxygen saturation 98 % แพทย์ให้เจาะ CBC BUN Cr Electrolyte PT PTT INR จองเลือด PRC 5 ยูนิต และ FFP 5 ยูนิต ผลเลือดปกติ Hct 30 % PT 11 วินาที PTT 24.9 วินาที INR 0.96

เวลา 18.15 น. ความดันโลหิต 85/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที หายใจ 34 ครั้งต่อนาที oxygen saturation 96 % รายงานแพทย์ให้ ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนัก ให้ PRC 4 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ และวางแผน on ET tube พยาบาลประสานงานเพื่อย้ายผู้ป่วยไปห้องผู้ป่วยหนัก ดูแลระหว่างเคลื่อนย้ายเพื่อให้ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายระหว่างเคลื่อนย้าย และประสานงานโลหิตวิทยาส่ง PRC ไปห้องผู้ป่วยหนักเพื่อพร้อมให้ผู้ป่วยทันที

เวลา 19.00 น. แพทย์วางแผนผ่าตัด Exploratory Laparotomy ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระหว่างผ่าตัด ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100-120/60-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-116 ครั้งต่อนาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง เวลาในการผ่าตัด 19.15 น.- 21.15 น.ประมาณการเสียเลือดทั้งหมด 2,000 มิลลิลิตร และให้ FFP 3 ยูนิต วินิจฉัยหลังผ่าตัดเป็น Postpartum hemorrhage due to uterine atony ทำผ่าตัด Subtotal Hysterectomy แล้วย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก

เวลา 22.40 น. รับย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดที่ห้องผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้สึกตัว on ET tube ต่อเครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิต 110/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง 18 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ออก 50 มิลลิลิตร on 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอดและเสียเลือดขณะผ่าตัด 2,000 มิลลิลิตร พยาบาลประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมง และทุก 30 นาทีใน 1 ชั่วโมงที่ 2 หลังจากนั้นประเมินทก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ เฝ้าระวังภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัดและทางช่องคลอด เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ผู้ป่วยปวดแผล Pain score 7 ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา จัดท่านอนให้สุขสบาย ให้ข้อมูลอาการและการดูแลรักษากับญาติเป็นระยะเพื่อให้คลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัสสาวะออกมากกว่า 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อาการปวดแผลทุเลา พักผ่อนได้ ญาติเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

วันที่ 19-20 กันยายน 2563 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดเนื่องจากความแข็งแรงของ

ผิวหนังลดลงและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก พยาบาลเฝ้าระวังและวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน กระตุ้นให้มี Early ambulation สังเกตและบันทึกลักษณะแผลผ่าตัดและการมีเลือดออกที่แผลผ่าตัดและทางช่องคลอด ดูแลให้ได้รับยา Antibiotic ตามแผนการรักษา แพทย์วางแผนถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวทางปฏิบัติ ให้ญาติเข้าเยี่ยมให้กำลังใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรที่ดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ทารกแข็งแรงดีอาการทั่วไปปกติเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล แพทย์ให้ถอดท่อช่วยหายใจ วันที่ 20 กันยายน 2563 เวลา 10.00น. และวางแผนย้ายไปดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด วันที่ 21 กันยายน 2563 ประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาออกปกติ ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจเองได้ปกติ ลุกนั่งช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้ดี

วันที่ 21กันยายน 2564 เวลา 9.00 น. ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหลังคลอด และรับทารกจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมาให้มารดาและครอบครัวดูแล ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดยังมีเลือดซึมด้านล่างแผลเล็กน้อย แพทย์วางแผนให้จิบน้ำและถ้าท้องไม่อืด มื้อเย็นให้รับประทานอาหารอ่อนได้ พยาบาลทำความสะอาดแผลแล้วปิดพลาสเตอร์กันน้ำให้ แนะนำการดูแลแผล วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง กระตุ้นให้ลุกเดินรอบเตียง ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อให้รู้สึกสดชื่นขึ้นและทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด กระตุ้นให้อุ้มและให้นมบุตร ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี ยังอ่อนเพลียเล็กน้อย รับประทานข้าวต้มและยาหลังอาหารได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันที่ 22-23 กันยายน 2564 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมเริ่มไหล พยาบาลให้คำแนะนำการดูแลทารก ซึ่งมารดาและบิดาช่วยกันดูแลทารกได้อย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านตามหลัก D-METHOD (D: Disease) คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัดที่ได้รับ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะไม่มีประจำเดือน แต่ฮอร์โมนต่าง ๆ จากรังไข่ยังทำงานปกติ (M: Medication) คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ได้รับ วิธีใช้ยา วิธีเก็บยา (E: Environment) การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน (T: Treatment) คำแนะนำการปฏิบัติต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การปฏิบัติตัวเฉพาะโรค (H: Health) ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไปของมารดาและทารก (O: Outpatient referral) แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือใกล้บ้าน การมาตรวจตามนัด (D: Diet) แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอดและส่งเสริมการหายของแผล

วันที่ 24 กันยายน 2564 แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ พร้อมบุตร และนัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย รวมระยะเวลารับการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

สรุปและวิจารณ์กรณีศึกษา

มารดา $G_2P_1A_0L_1$ ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 รับใหม่ที่ห้องคลอด วันที่ 18 กันยายน 2563 วินิจฉัยแรกรับ Pregnancy 38^{+1} wks. with previous cesarean section แพทย์วางแผนผ่าตัด Cesarean section with tubal resection วันที่ 18 กันยายน 2563 เวลา 13.30 น. ขณะผ่าตัดมารดาได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาทีจนผ่าตัดเสร็จ ประมาณการเสียเลือด 500 มิลลิลิตร บุตรทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,120 กรัม อาการทั่วไปปกติ

Apgar score 10-10-10 ย้ายทารกไปดูแล สังเกตอาการที่หอผู้ป่วยกุมารเวช มารดาหลังผ่าตัดคลอดย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด เวลา 14.45 น. ประเมินสภาพแรกรับ รู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องลักษณะ Low transverse incision แผลมีเลือดซึมเล็กน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 ใน 3 ของผ้าอนามัย 1 ชิ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับยา Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงทั้งการผ่าตัดคลอดและเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน จากการเฝ้าระวังและการให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ทำให้สามารถประสานแพทย์ได้ทันท่วงที เมื่อพบมดลูกหดรัดตัวไม่ดีและมีอาการนำของภาวะตกเลือดหลังคลอดและจากการบันทึกอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทำให้แพทย์มีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ทำให้มารดาได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และเมื่อไม่สามารถรักษาทางยาอย่างเดียวได้ แพทย์ตัดสินใจทำผ่าตัด Exploratory Laparotomy ซึ่งพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอดได้ประสานงานกับพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักในการดูแลและเตรียมผ่าตัด ประสานงานกับงานพยาธิวิทยาในการส่งตรวจเลือดอย่างเร่งด่วน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของแพทย์ รวมทั้งประสานงานโลหิตวิทยาในการเตรียม PRC และ FFP เพื่อเตรียมให้กับผู้ป่วยได้ทันท่วงที และในระหว่างผู้ป่วยอาการทรุดลง ญาติวิตกกังวลมาก พยาบาลได้ให้ข้อมูล อธิบายแนวทางการรักษาพยาบาลเป็นระยะ ทำให้ญาติเข้าใจและมีความมั่นใจในแนวทางการรักษาพยาบาลมากขึ้น

มารดาหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 แพทย์วินิจฉัยเป็น Postpartum hemorrhage due to uterine atony ทำผ่าตัด Subtotal Hysterectomy แล้วย้ายไปดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก 2 วัน พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติตามมาตรฐาน ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจและผู้ป่วยหายใจเองได้ Early ambulation ตามคำแนะนำได้ดี แพทย์จึงให้ย้ายกลับมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอดในวันที่ 21 กันยายน 2564 เวลา 9.00 น. และย้ายทารกจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมาให้มารดาและญาติดูแล พยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอดเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลความสุขสบาย แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการดูแลบุตร กระตุ้นให้อุ้มและให้นมบุตร มารดาปฏิบัติได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกดูดนมได้ ก่อนกลับบ้านพยาบาลมีการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ทำให้มารดาและครอบครัวมีความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร ในวันที่ 24 กันยายน 2564 และนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย รวมระยะเวลารับการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน และมีแนวทางการให้การพยาบาลในผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

2. พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังอาการนำของภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อก เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ให้การพยาบาลและประเมินซ้ำได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ รวมถึงมีทักษะในการสื่อสารประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้มารดาได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและปลอดภัย

3. พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องการผ่าตัดมดลูกชนิดต่างๆ และการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทั้งการดูแลในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การดูแลใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การดูแลภายหลัง 24 ชั่วโมง และคำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

References

1. Knowledge of caesarean section for the general public. [Internet]. 2017 May 05 [cited 2020 Dec 20]; Available from: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/05/IC-005_Knowledge of caesarean section.pdf. Thai.
2. Prevention and management of postpartum hemorrhage. [Internet]. 2020 Sep 20 [cited 2020 Dec 20]; Available from: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf. Thai.
3. Tippawan Iamchareon, Postpartum hemorrhage: : Significance of Nurse's Roles in Prevention. Association of Private Higher Education Institutions of Thailand (APHEIT). 2017;6(2):151-54. Thai.
4. Department of Health: Ministry of Public Health. Ratio of Thai maternal mortality to 100,000 live births. [Internet]. 2021[cited 2021 Jan 27]; Available from: http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2019. Thai.
5. Indicators report of Obstetrics and Gynecology Division. [Annual report]. Inburi hospital; 2020. Thai.

ภาวะสุขภาพพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นจากสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย

ณัชศฬา หลงผาสุข * พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

อภิวันทน์ อ่อนนิ่ม ** พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ

พระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากการรับประทานอาหารจากการใส่บาตร ทำบุญของประชาชน ที่ขาดความตระหนักถึงผลเสียของอาหารที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้พระสงฆ์ อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การฉันอาหารไม่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ หรือโรคที่เจ็บป่วย การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งถ้าปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ไม่ได้รับการแก้ไข อาจกลายเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด แม้ว่าพระสงฆ์จะมีหลักประกันสุขภาพพื้นฐาน แต่เมื่ออาพาธยังพบว่ามีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครบวงจร ดังนั้น การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และแนวทางการดูแลย่อมส่งผลทำให้พระสงฆ์ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างได้มีคุณภาพ

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพพระสงฆ์ การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย

* อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Corresponding e-mail: natsala.l@stin.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย

Health state of Thai monks who had been screening from Thai Red Cross Health Station No.2 Sukumal Anamai

Natsala Longphasuk * M.N.S (Gerontological Nursing)

Apiwan Onnim ** B.N.S.

Abstract

The monks also have health problems as the general people, especially health problems related to chronic non-communicable diseases (NCDs) such as diabetes, high blood pressure and hyperlipidemia. One of the important causes include eating food offering by the people, who make merit. Those people may lack of awareness on the negative effects of offering food to the monks' illness. In addition, the monks may have risky health behaviors such as inappropriate food consumption to their health status, smoking, drinking coffee and energy drinks and lack of proper exercise. If the monks' health problems do not resolve, they may become chronic non-communicable disease patients requiring close supervision. Although the monks have the right to universal health care coverage, they still have difficult accessing medical and public health services including lack of continuous and comprehensive health care. Therefore, the development of health promotion processes and the caring guidelines could bring the monks about receiving care and accessing to quality health services.

Key words : health state of the monks, primary disease screening, Thai Red Cross Health Station No.2 Sukumal Anamai

* Nursing instructor in Adult and Geriatric Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
Corresponding e-mail: natsala.l@stin.ac.th

** Registered Nurse, Professional Level, Thai Red Cross Health Station No.2 (Sukumal Anamai)

บทนำ

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เป็นสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐและอยู่ภายใต้การดูแลอุปถัมภ์ของสภากาชาดไทย มีพันธกิจที่สอดคล้องกับสภากาชาดไทย คือ การบริการวิชาการและวิชาชีพที่มุ่งสร้างทางเลือกด้านสุขภาพให้แก่สังคม ด้วยเครือข่ายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของสังคม[1] และหนึ่งในเครือข่ายความร่วมมือของสถาบันการพยาบาลฯ คือ สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย ซึ่งเป็นสถานที่ฝึกอบรมด้านการพยาบาล และการมาศึกษาดูงานของนักศึกษาพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีภารกิจหลักในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงงานบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยและผู้ด้อยโอกาส[2]

สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนที่รายล้อมไปด้วยวัด ได้ปฏิบัติภารกิจเกื้อกูลประโยชน์แก่สาธารณชน และพระภิกษุทั่วไปมานานกว่า 90 ปี วัดเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจรรโลงศาสนาและจิตใจของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงมายาวนานนับตั้งแต่อดีต บทบาทของวัด นอกจากจะทำหน้าที่ในการสืบทอดหลักธรรมคำสอนของ พระพุทธศาสนา ยังแสดงถึงสัญลักษณ์แห่งความมีอารยธรรมของสังคม และชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้นำในการสืบทอดในเรื่องคำสอน พิธีกรรมของพระพุทธศาสนาให้แก่ประชาชน เพื่อนำไปประพฤติปฏิบัติ และกล่อมเกลาประชาชนให้เกิดจิตสำนึกที่ดี

การพัฒนาและความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี การแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิต และปัญหาสุขภาพที่ไม่เหมาะสมถูกต้องของบุคคล แม้ในพระสงฆ์ งานวิจัยที่หลากหลาย พบว่า พระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาในการจัดการสุขภาพ อาจเป็นไปได้ว่า พระสงฆ์โดยพื้นฐานการศึกษานั้นมุ่งเน้นการเรียนพระธรรมวินัย และปริยัติสามัญ ซึ่งเป็นการเรียนที่ห่างไกลจากความรู้ทางโลก โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพ[3] ประกอบกับจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามกฎของพระสงฆ์ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูล ความรู้ ทักษะการดูแล ตลอดจนการติดตามเยี่ยมที่ต่อเนื่องเมื่อพระสงฆ์ต้องรับการฟื้นฟูสุขภาพ[4-5]

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย ที่มีเป้าหมายสำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ดูแลอย่างครอบคลุมและครบถ้วน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บทบาทของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติภารกิจให้บริการสุขภาพครอบคลุมบริการทั้ง 4 ด้าน[6] ดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะกระทำในรูปแบบของการให้ความรู้กับผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดการตระหนักและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การป้องกันโรค เป็นมาตรการหรือการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคระยะแรก เช่น การคัดกรอง การตรวจสุขภาพ การป้องกันโรคระดับที่สอง เป็นการได้รับ

การรักษาทันท่วงที เพื่อกลับสู่สภาวะการมีสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็ว และการป้องกันโรคระดับที่สาม เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความเสื่อมถอยของร่างกายจากการเจ็บป่วย สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลภายใต้ของเขตของวิชาชีพ และการฟื้นฟูสภาพ เป็นการติดตามแก้ไขปัญหาทางร่างกายและจิตใจที่สูญเสียไปให้กลับมาทำหน้าที่ใช้ชีวิตต่อไปในสังคมถือได้ว่าการคัดกรองโรคเบื้องต้น คือ บทบาทหนึ่งของพยาบาลโดยเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ

การคัดกรองทางสุขภาพเป็นกลยุทธ์ในการให้บริการทางสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อค้นหาความเสี่ยง หรือโรค หรือภาวะผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นระยะก่อนเกิดอาการ หรือมีอาการแล้วแต่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรค หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค[7] ด้วยการซักถาม การใช้แบบสอบถาม การใช้ชุดทดสอบ หรือการตรวจเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ[8-9] การตรวจคัดกรองเป็นกระบวนการที่ยังไม่สิ้นสุด เมื่อพบความผิดปกติจะต้องดำเนินการส่งต่อแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคต่อไป ดังนั้น วิธีการตรวจคัดกรองโรคจึงจำเป็นต้องมีความเชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับ[10]

สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นให้แก่พระภิกษุและสามเณรที่จำพรรษาอยู่ในวัดที่รายล้อมสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย และเป็นพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ จำนวน 5 วัด ประกอบด้วย วัดเทพธิดารามวรวิหาร วัดราชบพิธสถิตมหาสีมาราม วัดบุรณศิริมาตยาราม วัดมหรรณพาราม วัดราชประดิษฐสถิตมหาสีมาราม ซึ่งการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นถือเป็นหนึ่งในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ ในการสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินสัญญาณชีพ การตรวจเลือด ให้คำแนะนำ/ปรึกษาปัญหาสุขภาพ และนำตัวอย่างเลือดไปตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยวิทยาศาสตร์การแพทย์ หากพบว่าผลการตรวจเลือดมีความผิดปกติ มีการดำเนินการติดตามให้มาพบแพทย์จากสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ที่มาออกตรวจตามตารางให้บริการ ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกบันทึกและเก็บไว้ในบัตรบันทึกผู้ป่วยนอก (OPD card) ซึ่งการคัดกรองสุขภาพจะนำมาซึ่งข้อมูลภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ ช่วยค้นหาความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพ เพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค

ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์

พระสงฆ์ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ยาก เนื่องจากตามพระธรรมวินัยพระสงฆ์ไม่ได้มีแนวทางปฏิบัติในการขอรับการตรวจสุขภาพ ยกเว้นการมารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย อีกทั้งขาดการรับรู้และเข้าใจสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ ตลอดจนการเดินทางเข้ามารักษาทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย

จากสถิติการรวบรวมข้อมูลดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นให้กับพระภิกษุสามเณร จำนวน 78 ราย ของสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 59 ปี จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.5 ระดับการศึกษาทางโลกจบปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 48 ราย คิดเป็น ร้อยละ 61.5 ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน (BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 23.0 kg/m2) ร้อยละ 65.4 แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีแนวโน้มจะเป็นโรคอ้วนสอดคล้องกับการศึกษาสถิติเปรียบเทียบในระยะเวลา 10 ปีย้อนหลังของโรงพยาบาลสงฆ์ จากการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรปี พ.ศ. 2559–2560 มีจำนวนพระสงฆ์

สามเณรที่เข้ารับการตรวจทั้งสิ้น 5,989 รูป พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 18.0 เป็นร้อยละ 41.6[11] มีความเป็นไปได้ว่า พระสงฆ์และสามเณร มีสุขภาพดีลดลงจากในอดีต ซึ่งค่าดัชนีมวลกายที่คำนวณได้สามารถสะท้อนภาวะสุขภาพและแนวโน้มของความเสี่ยงต่อโรคในอนาคตได้

ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่ร้อยละ 21.8 รองลงมา คือ ระดับความดันโลหิตสูง (ระยะที่ 1 และ 2) ร้อยละ 20.5 ซึ่งระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เจ็บป่วย[12]

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ระดับน้ำตาลหลังจากงดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 101 mg% คิดเป็นร้อยละ 20.8 ระดับโคเลสเตอรอลรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 43.8 ระดับไขมัน HDL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 46.6 และระดับไขมัน LDL มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 17.8 โดยในรายที่ผิดปกติได้โทรแจ้งผลให้รับทราบและดำเนินการทำนัดพบแพทย์อายุรกรรมต่อไป

3. ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 11.6 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สาระรักษ์ และคณะ (2560)[13] ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พระสงฆ์ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาหรือสถิติปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในประเทศไทยที่พบว่า 3 อันดับแรกของปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแม้ไม่ได้เรียงลำดับปัญหา ยังคงพบว่ามี ไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน[11,14]

จำนวนยาที่รับประทานประจำมีตั้งแต่ 1 – 13 เม็ด เมื่อเจ็บป่วยมีซื้อยาแผนปัจจุบันมาฉันเอง ร้อยละ 28.8 ส่วนใหญ่ยาที่ซื้ออยู่ในกลุ่มยาแก้แพ้ บรรเทาหวัด ร้อยละ 15.2 รองลงมา คือ ยาแก้ปวดลดไข้ ร้อยละ 9.1 และยาแผนจีน ยาสมุนไพร ยาชุด ร้อยละ 6.1 สอดคล้องกับการศึกษาของพระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต และคณะ[3] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ซื้อยาฉันเอง และพระกิตติญาณเมธี และคณะ[5] พบว่าส่วนใหญ่พระสงฆ์ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการ ขาดความต่อเนื่อง บางส่วนต้องซื้อยาฉันเอง เป็นไปได้ว่าการตัดสินใจซื้อยาฉันเอง เพราะความสะดวกในการเข้าถึงยาหรือบริการ ซึ่งง่ายกว่าการเดินทางไปโรงพยาบาลที่มีระบบบริการและขั้นตอนที่ซับซ้อนมากกว่า การแก้ไข คือ ปรับความเชื่อ สร้างความเข้าใจในการใช้ยารักษา เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา หากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังควรไปพบแพทย์ทุกครั้งไม่ว่าเป็นแพทย์ที่ดูแลประจำหรือแพทย์อื่น ไม่ว่าจะตรงตามนัด หรือก่อนนัดด้วยสาเหตุใด หรือการไปซื้อยาที่ร้านขายยา ควรนำยาประจำที่ใช้อยู่ไปด้วยทุกครั้ง[13] เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา

การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.2 ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพ ซึ่งข้อมูลความถี่ในการตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระสงฆ์[13] ดังนั้น จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันโรคของ

กระทรวงสาธารณสุขปกติ ในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) คือ การป้องกันโรคก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงระดับชีวภาพ หรือการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า ฉันชา กาแฟ ร้อยละ 89.4 อาจเป็นเพราะรู้สึกหิวและกระหาย รวมทั้งประชาชนนิยมถวายและจัดเป็นอาหารว่างสำหรับพระภิกษุด้วย ซึ่งพบเห็นได้ทั่วไปจากการประกอบศาสนพิธีหรือการนิมนต์พระภิกษุไปปฏิบัติศาสนกิจนอกสถานที่ ซึ่งการฉันชา กาแฟในปริมาณเกินวันละ 2 หน่วยบริโภคขึ้นไป ทำให้ร่างกายได้รับปริมาณน้ำตาลสูง จะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา[15]

การฉันอาหารรสหวานจัด มีแป้ง และไขมันสูง ร้อยละ 66.7 เนื่องจากพฤติกรรมการฉันอาหารที่ไม่สามารถเลือกซื้ออาหารมาฉันเองได้ตามบทบัญญัติของพระวินัย พระสงฆ์จะต้องฉันอาหารที่รับใส่บาตรทำบุญจากประชาชน ซึ่งอาหารส่วนใหญ่ที่นิยมนำมาถวายนั้นจะเป็นอาหารที่ซื้อสำเร็จรูป เพราะความสะดวกไม่ต้องลงมือทำเอง และไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร หรือเป็นความเชื่อ ความศรัทธาในการถวายอาหารเมนูที่ผู้ล่วงลับชอบ[4,16] จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น พระสงฆ์จึงควรเลือกฉันอาหารในปริมาณที่เหมาะสม ตลอดจนประชาสัมพันธ์ข้อมูลในการส่งเสริมให้ประชาชนเลือกอาหารถวายพระสงฆ์ โดยเลือก ข้าวกล้อง ปลา ตับ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ผักผลไม้ที่ไม่มีรสหวานนมรสจืด นมพร่องมันเนย นมไขมันต่ำ หรือรสหวานน้อย ทำอาหารให้สุก ปรุงอาหารด้วยการ นึ่ง ต้ม ตุ๋น อบ ลวก ย่าง ยำ ลดปริมาณความหวาน ความเค็มในการปรุงอาหาร หลีกเลี่ยงกะทิในการประกอบอาหารและขนมหวาน และเลือกใช้น้ำมันให้เหมาะกับวิธีการปรุงอาหาร[15,17]

การออกกำลังกายตามกิจของสงฆ์ ได้แก่ เดินรับบิณฑบาต เดินจงกรม กวาดลานวัด ร้อยละ 75.6 สอดคล้องกับการศึกษาของปิติณัช ราชภักดี และคณะ[18] ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายมากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่พบว่ามีความแตกต่างในด้านการออกกำลังกายจากงานวิจัยของสนธนา สีฟ้า[19] ที่ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุในจังหวัดปัตตานี พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของพระภิกษุอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นไปได้ว่าจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลให้พระภิกษุออกเดินบิณฑบาตได้ในระยะใกล้ หรือไม่สามารถออกบิณฑบาตได้เลยในบางพื้นที่ ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมทางกายอย่างอื่นทดแทน เพราะเคลื่อนไหวร่างกายไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้น

การจัดการกับความเครียด (เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ ทำสมาธิ สวดมนต์) ปฏิบัติได้ร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของปิติณัช ราชภักดี และคณะ[18] พบว่า ด้านการจัดการกับความเครียด เช่น การทำวัตรสวดมนต์ แผ่เมตตา เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และสบายใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพระสงฆ์มีวัตรปฏิบัติที่เรียบง่าย สันโดษ มีการทำวัตรสวดมนต์ และอบรมขัดเกลาจิตใจให้สะอาดปราศจากกิเลสเครื่องเศร้าหมอง จึงทำให้สามารถจัดการกับความวิตกกังวลหรือความเครียดได้ค่อนข้างดี

ข้อมูลภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ชี้ให้เห็นถึงปัญหาหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในส่งเสริมการดูแล

สุขภาพที่ถูกต้องให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์

ด้วยแม้ว่าจะมีการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของพระสงฆ์มากยิ่งขึ้น แต่การศึกษาของพระกิตติญาณเมธี (สมเกียรติ รามัญวงศ์) และคณะ[5] ที่ศึกษาผลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีเมื่อปี 2556 พบว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์ประกอบกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีข้อแนะนำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม กิจกรรมที่พระสงฆ์ปฏิบัติเป็นประจำ คือ การเดินบิณฑบาต การเดินจงกรม การเก็บกวาดลานวัด และการตัดหญ้าเก็บกวาดใบไม้ สำหรับเนื้อหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ที่มีการกำหนดเนื้อหา แต่ไม่มีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและการประเมินความรู้ก่อนการสอน ไม่มีจุดมุ่งหมายที่เฉพาะเป็นรายบุคคล และขาดการให้ข้อมูลย้อนกลับ[20]

การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 มีมติให้เคลื่อนงาน “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ ตลอดจนพัฒนาหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสว.) เพื่อส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีสุขภาวะที่ดีตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560[21]

ดังนั้น กระบวนการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้พระสงฆ์มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ควรมีวิธีการและกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม มีการติดตาม ประเมินผล และให้ข้อมูลย้อนกลับ ตลอดจนดึงศักยภาพของพระคิลานุปัฏฐาก ในการติดตามดูแลสุขภาพของพระภิกษุรูปอื่นในวัด ตลอดจนเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงาน กับบุคลากรทีมสุขภาพ เมื่อพบว่ามีปัญหาหรือข้อสงสัยในการช่วยเหลือดูแลภาวะสุขภาพ ดังที่ มัฏฐวรรณ ลี้ยุทธานนท์ และคณะ[20] ศึกษาการพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ที่ชัดเจน มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) จุดประสงค์การถวายความรู้ 3) กระบวนการถวายความรู้ 4) การประเมินผลการถวายความรู้ และ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ เนื่องจากทั้ง 5 องค์ประกอบได้ผ่านการทดลอง พบว่า มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต และคณะ[10] ที่พบว่า หลังการดำเนินงานประเมินพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกมิติ กล่าวคือ มิติการส่งเสริมสุขภาพ มีเครือข่ายให้คำปรึกษาแนะนำสุขภาพเบื้องต้น มิติการป้องกันโรค ติดตามคัดกรองสุขภาพและเจาะเลือดตรวจ 5 โรคเรื้อรัง สำหรับมิติการรักษาพยาบาล ช่วยเหลือดูแลให้ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระดับความเร่งด่วน และมิติการฟื้นฟูสุขภาพ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบประสานงานติดตามดูแล ให้คำปรึกษา ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุทั้ง 4 มิติ ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ได้แก่ พระภิกษุ กรรมการชุมชน โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานพระพุทธศาสนาประจำจังหวัด เทศบาล

อบต. อสม. ตลอดจนกำหนดจุดประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ในการดำเนินงานให้ชัดเจน นอกจากนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์โดยการรณรงค์หรือกระจายข่าวด้วยวิธีการออกเสียงตามสาย การกระจายข่าวหรือการติดโปสเตอร์ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ควรถวายพระสงฆ์แก่ประชาชนผู้ที่มาร่วมทำบุญตักบาตรตลอดจนแม่ครัวของวัด เพื่อเป็นการขยายผลองค์ความรู้ในการส่งเสริมการสร้างสุขภาวะให้กับพระสงฆ์[17]

สรุป

เห็นได้ว่าภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นจากสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย มีความคล้ายคลึงกับภาวะสุขภาพของพระสงค์ในภูมิภาคต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านโรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะสภาพสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจากโรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิต

บุคลากรทางด้านสุขภาพควรดำเนินการร่วมกับองค์กรชุมชนหรือภาคีเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ให้ครอบคลุมและทั่วถึง โดยส่งเสริมหรือจัดโปรแกรมทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับดัชนีมวลกาย การรักษาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การให้ความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และการไปรับการรักษาที่เหมาะสม ตลอดจนสนับสนุนและพัฒนาให้พระคิลานุปัฏฐากเป็นแกนนำและดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและพระสงฆ์ในวัด อันจะส่งเสริมให้พระสงฆ์มีภาวะสุขภาพที่ดีตลอดไป

References

1. Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. Development plan strategy of Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing for 10 years (A.D. 2018-2027) [internet]. 2018 [cited 2020 Dec 13]; Available from: https://stin.ac.th/wp-content/uploads/plan4y10y/plan10y.pdf. Thai.
2. The Thai Red Cross. The Supreme Patriarch who came to be a president of 9th decade of Thai Red Cross Health Station No.2 ceremony [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 13]; Available from: https://www.redcross.or.th/news/information/5595/. Thai
3. PraKru Suvithanpatthanabandit, Thawalrat Daengharn, Sarunya Vapuchavitee. Model development of monk's holistic health care in Khon Kaen province through the network participation. Journal of the Office of DPC 6 Khon Kaen. 2015;22(2):117-30. Thai.
4. Chompunuch Singmanee, Warodom Samerchua, Somsri Satchasakulrat. Health behaviors among Buddhist monks in Phayao province. Journal of MCUNan Review. 2017;1(1):43–55. Thai.
5. Phra Kittiyanamedhi (Somkiat Ramanwong), Waraporn Subruangthong, Somboon Sooksamran. Promoting holistic health care of the monks in Lopburi. Rajapark Journal. 2018;12(25):94–107. Thai.
6. Amphon Jindawatthana, Surakiat Archanuphab, Suranee Pipatrotchanakamol (Ed.). Health promotion in Thailand. 1st ed. Bangkok: Mohchaoban.;2007. Thai.
7. Rattawadee na nakhon. The benefits and risks of health screening. Journal of Health Systems Research. 2013;7(3):325–30. Thai.
8. Patsri Srisuwan, Tanunya Koopitakkajorn, Pritaporn Kingkaew, Sitaporn Youngkong, Lily Ingsrisawang, Det Kedcham, et al. Development of Thailand's population-based screening package. Journal of Health Systems Research. 2013; 7(4):505–15. Thai.
9. Health systems research institute. Screening in population-base [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 30]; Available from: https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4813
10. Kusawadee Maluangnon. Screening of disease [internet]. 2019 [cited 2020 Nov 30]; Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=723 . Thai.
11. Priest Hospital, Department of medical services: Ministry of Public Health. Attendance the patient monks by buddha's discipline teaching. Bangkok: ART QUALIFIED; 2019:17-33. Thai.
12. Bureau of information office of the permanent secretary. Ministry of Public Health. Health check-up of hundred thousand monks and novice as a new year gift 2020 [internet]. 2019 [cited 2020 Dec 1]; Available from: https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751. Thai.

13. Mintra Sararuk, Wararat Sangvalee, Wilas Kampangsri. Prevalence and Factors Associated with Chronic illness of Monks in Amphoe Warinchamrab, Ubon Ratchatani Province. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2017;19(1):37–48. Thai.
14. Nattawadee Chitmanasak. Health promoting behaviors for priests. Journal of Science and Technology Phranakhon Rajabhat University. 2013;3(3):8–14. Thai.
15. Older adult nutrition promotion group, Bureau of nutrition, Department of Health Ministry of Public Health. The Alms-food offering for monks' good health. Nonthaburi: The war veteran affairs office printing; 2018. Thai.
16. Khanitchat Wuttisaksakul. Factors related to health behaviors of monks in Fang district, Chiangmai. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2018;24(1):71–83. Thai.
17. Srimuang Palungrit. Health status and health promoting strategy for Buddhist monk in Muang district, Pathumthani province. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 37(2):133–42. Thai.
18. Pitinut Ratchapakdee, Pawinee Srison, Thotsapon Sriwan, Vanida Phanphon, Khanittha Chaleekul, Nutthida Sachanasophon, et al. The health care behaviors of monks in Udon Thani municipality Udon Thani Province. Udonthani Hospital Medical Journal. 2018;26(3):199–207. Thai.
19. Sonthana Sifa. The study of health promoting behavior of monks in Pattani province. Academic Journal Institute of Physical Education. 2018;10(1):117–25. Thai
20. Matthawan Leeyutthanont, Phakasorn Uraiwan, Jarinya Kaewsakulthong, PaparsineeSaetew. Development of Health Education Model for Monks. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2017;25(2):104-17. Thai.
21. Hfocus. Health Crisis of Thai monks suffer from chronic non-communicable diseases (NCDs) [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 10]; Available from: https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม–สิงหาคม 2564 Vol. 48 No.2 May–August 2021 ISSN 0125-7242

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรทางการพยาบาล ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่สนใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ชื่อวารสาร ภาษาไทย : วารสารกองการพยาบาล

ภาษาอังกฤษ : Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลการผดุงครรภ์การสาธารณสุข หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

1. บทความวิจัยทุกประเภท ทั้งจากส่วนบริการ ส่วนการศึกษา และส่วนสนับสนุน
2. บทความวิชาการได้แก่ บทความด้านการศึกษา การบริหาร และบริการพยาบาล (ผลงานการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีทางการพยาบาล)
3. ข่าวสาร สาระน่ารู้ ที่มาจากองค์กรพยาบาล องค์กรสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม –เมษายน พฤษภาคม –สิงหาคม กันยายน –ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิกประเภทบุคคล (ฉบับละ 1 เล่ม) 450 บาท/ปี

อัตราค่าสมาชิกประเภทหน่วยงาน (ฉบับละ 3 เล่ม) 1,350 บาท/ปี

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง อย่างไรก็ตามกองการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

กองบรรณาธิการ วารสารกองการพยาบาล

(EDITORIAL BOARD Journal of Nursing Division)

ที่ปรึกษา (Advisory Board)

ดร.กาญจนา จันทร์ไทย Dr.Kanjana Chunthai กองการพยาบาล

ดร.ธีรพร สถิรอังกูร Dr.Teeraporn Sathira-angura สำนักวิชาการสาธารณสุข

บรรณาธิการ (Editor)

ศิริมา ลีละวงศ์ Sirima Leelawong กองการพยาบาล

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.แสงทอง ธีระทองคำ Assoc.Prof.Dr.Sangthong Terathongkum ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.สุนทราวดี เธียรพิเชษฐ์ Assist.Prof.Dr.Suntharawadee Theinpichet ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ สภาการพยาบาล

ผศ.ดร.ดนุลดา จามจุรี Assist.Prof.Dr. Danulada Jamjuree มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ Dr.Sasamon Srisuthisak กองการพยาบาล

อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ Armarapas Atthachaiwat กองการพยาบาล

ผู้จัดการ (Manager)

นายนิชฌาน เทือกปัญโญ Nichan Thueakpanyo กองการพยาบาล

ผู้จัดการอิเล็กโทรนิกส์ (Manager)

นายชัชนน เทพวงค์ Chatchanon Thepphawong กองการพยาบาล

เจ้าของ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-6294 โทรสาร 0-2590-6295
Website: https://www.don.go.th/

Copyright

Nursing Division, Office of Permanent Secretary
Building 4, 4thFloor Department of Medical Services,
Ministry of Public Health
Tiwanon Rd, Muang District, Nonthaburi 11000
Website: https://www.don.go.th/
Tel. 0-2590-6294 Fax 0-2590-6295
E-mail: ndjournal@gmail.com

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)
รายนามผู้พิจารณากลั่นกรองบทความวิจัย/วิชาการ (Peer review)

1. รศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ คณะพยาบาลศษสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. รศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.พัศมณฑ์ คุ้มทวีพร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
8. ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
9. ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ โฟน โบร์แมนน์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
12. ดร.เมทณี ระดาบุตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
13. ดร.มาสธิน ศุกลปักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
14. ดร.สุนทรีภรณ์ ทองไสย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
15. ดร.นรีมาลย์ นีละไพจิตร ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
16. ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์
17. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร.กนกพร แจ่มสมบูรณ์ กองการพยาบาล
19. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ กองการพยาบาล
20. นางอัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ กองการพยาบาล
21. นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ กองการพยาบาล
22. นางสาวโศภิษฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ กองการพยาบาล
23. นางสาวอุไรพร จันทะอุ่มเม้า กองการพยาบาล

สารจากบรรณาธิการ

วารสารกองการพยาบาล ฉบับที่ 2 ปี 2564 มีบทความวิจัย และบทความวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นบทความวิจัย จำนวน 10 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง โดยอัตราค่าสมาชิกวารสารกองการพยาบาล ประเภทบุคคล 450 บาท/ปี และ ค่าสมาชิกประเภทหน่วยงาน 1,350 บาท/ปี ขอชวนเชิญให้สมาชิกทุกท่าน และหน่วยงานช่วยสมัครเป็นสมาชิกอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งขอเชิญหน่วยงาน และบุคลากรสมัครเป็นสมาชิกใหม่ของวารสาร

ท้ายนี้ ขอประชาสัมพันธ์การเปลี่ยนแปลงการเข้าใช้งานระบบวารสารอิเลคทรอนิกส์ ของกองการพยาบาล จากระบบเดิมมาเป็นระบบ THAIJO อีกครั้งหนึ่ง เป็นการเริ่มต้นก้าวสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ ทั้งนี้ สมาชิกสามารถเข้าใช้งานระบบวารสารอิเลคทรอนิกส์ระบบใหม่ ได้แล้ว หวังว่าสมาชิกทุกท่าน และหน่วยงานยังคงเป็นแฟนคลับพันธ์แท้ของวารสารกองการพยาบาล และส่งผลงานวิจัย หรือบทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ด้วยค่ะ

กองบรรณาธิการ

ISSN 0125 – 7242 ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม– สิงหาคม 2564

สารบัญ

สารจากบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ

ศิริมา ลีละวงศ์

รายงานการศึกษาวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ: การวิจัยและพัฒนา

กัลยารัตน์ วรรณวงศ์, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กาญจนา ดาวประเสริฐ, รัตนาภรณ์ รักชาติ.....1

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

เกษร ทับทอง, พัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล.....15

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สรินดา น้อยสุข, พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์.....30

ผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละอุ่น จังหวัดระนอง

กชมล นีติโสภณ, ศิราณีย์ ช่วยชะนะ.....42

การรับรู้ของอาจารย์พยาบาลต่อสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของบัณฑิตพยาบาล

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ, ณัฏฐากุล บึงกุม, อัญชลี อ้วนแก้ว, ธนพร แย้มศรี.....54

การพัฒนารูปแบบบริการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ภัทรภร ติยสถาพร 66

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2

สิตานันท์ ศรีใจวงศ์, ดุจเดือน เขียวเหลือง, ปฐพร แสงเขียว, สืบตระกูล ต้นตลานุกูล.....80

การกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ

ปิยะนุช บังเอิญ, ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน.....96

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ทัศนีย์ บุญวานิตย์, ศรินรา ทองมี, ชนิกานต์ พละศักดิ์, สกุณา รุ่งเรือง, คำปิ่น แก้วกนก.....106

การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

วรศักดิ์ ขวัญเจริญทรัพย์.....123

บทความวิชาการ

ภาวะสุขภาพพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นจากสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย

ณัชศฟา หลงผาสุข, อภิวันทน์ อ่อนนิ่ม..... 139

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด

สินีนาฏ ทิพย์มูสิก..... 149

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ: การวิจัยและพัฒนา

กัลยารัตน์ วรรณวงศ์* พ.ย.บ.
สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์** พ.ย.ด.
กาญจนา ดาวประเสริฐ* พ.ย.ม.
รัตนาภรณ์ รักชาติ* พ.ย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2) พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาล 3) นำรูปแบบไปทดลองใช้ และ 4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 33 คน และผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนารายบุคคล รายกลุ่ม การใช้แบบสอบถาม และถอดบทเรียน เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์รายบุคคล แบบประเมินความรู้และทักษะกระบวนการเรียนรู้ และแบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ เครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้าง และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank test และ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การกำหนดคุณลักษณะการบริการพยาบาล 2) การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ 3) การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการพยาบาลโดยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และ 4) การกำกับติดตามและประเมินผล ประสิทธิผลของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนเฉลี่ยของคุณลักษณะการบริการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.25, SD 0.45) ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้ในหอผู้ป่วยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.18, SD 0.43) และผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล สรุปรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

คำสำคัญ: การบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์, ผู้ป่วยมะเร็ง, กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

* พยาบาลวิชาชีพ สังกัดภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
Correspondence e-mail: gwannavongs@gmail.com
** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

Development of Humanized Care Model for Cancer Patients among Professional Nurses: Research and Development

Galyarath Wannavongs* B.N.S.
Suphaphon Udomluck** Ph.D
Karnchana Daoprasert* M.N.S
Ratanaporn Rakchate* B.N.S.

Abstract

This study aimed to develop humanized care model for cancer patients among professional nurses and to evaluate the efficacy of the model. The research and development study consisted of 4 steps: 1) situational analysis on nursing care of the cancer patients, 2) development the humanized care model of the cancer patients, 3) model implementation, and 4) model evaluation. The sample consisted of 33 professional nurses and 10 cancer patients. Data were collected using individual interview, group discussion, questionnaires and lesson learned. Research instruments were individual interview form, transformative knowledge and skills evaluation form, and the model's efficacy evaluation form. The construct validity was correlated and Cronbach's alpha coefficient was 0.92. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed-Rank test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The result revealed that the humanized care model of the cancer patients among professional nurses consisted of 4 compositions: 1) identified the humanized nursing care characteristics, 2) formulated the policy and management of humanized care, 3) developed humanized care knowledge and skills through transformative learning process and 4) directed and evaluated the implementation of the policy and managements. After implementation of the model, the humanized care knowledge and skills via transformative learning process of the nurses significantly increased at the level of 0.001. The overall average score of the humanized care characteristics was at a high level (Mean 4.25, SD 0.45). The overall average score of the model implementation at the patient unit was at a high level (Mean 4.18, SD 0.43), In addition, the cancer patients were satisfied with humanized nursing care. In conclusion, the humanized care model of the cancer patients among professional nurses was appropriate and applicable to practice.

Key words: humanized nursing care, cancer patients, transformative learning

* Registered nurse, Nursing Department, Lampang Cancer Hospital
Correspondence e-mail: gwannavongs@gmail.com
** Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Nation University

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง[1] และแนวโน้มโรคมะเร็งในภาคเหนือตอนบนช่วง 25 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิมเฉลี่ยประมาณ 7,900 รายต่อปี เป็น 14,000 รายต่อปี[2] จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม[3-5] บางรายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการปวดจากมะเร็งที่ลุกลามเพิ่มขึ้น ร่วมกับมีความกลัว ความวิตกกังวล และความหงุดหงิดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก[5-6]

พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การเผชิญกับโรคตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมถึงสามารถจัดการอาการรบกวนหรืออาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากการป่วยด้วยโรคมะเร็ง วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ผลลัพธ์จากการรักษาโรคมะเร็งในมิติต่าง ๆ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว

ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้มีการนำเทคโนโลยีที่หลากหลายหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งมากขึ้น และสภาวการณ์ขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ผู้รับบริการมีความต้องการและความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ส่งผลให้พยาบาลต้องทำงานหนัก อาจทำให้มีการสื่อสารกับผู้ป่วยน้อยลง เกิดเป็นช่องว่างในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งในบางกรณีอาจนำไปสู่ความขัดแย้ง ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิ หรือการฟ้องร้องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาลหน่วยงาน และโรงพยาบาล[7-10]

กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จึงมอบนโยบายให้ทุกหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยปลูกฝังค่านิยมให้บุคลากรด้านสุขภาพเป็นคนดี เก่ง และมีจิตวิญญาณที่รักประชาชน[11] และให้บริการด้วยความเป็นมิตรที่มีความเมตตา ความรัก ใส่ใจต่อปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งการให้การดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ก่อให้เกิดความสุขใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาโรคมะเร็งที่ครอบคลุมผู้รับบริการใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ในปี พ.ศ 2562 ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 2,426 ราย และจำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี [12] มีการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงาน พ.ศ. 2563-2565 ไว้ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ บริการเป็นเลิศ บุคลากรเป็นเลิศ และบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล องค์กรและภารกิจด้านการพยาบาลเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีเป้าหมายให้บริการพยาบาลด้านโรคมะเร็งที่ครอบคลุมการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมผสม

ผสานกับการดูแลแบบประคับประคอง แม้ว่าจะมีการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ามีรายงานข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการบริการของพยาบาล เฉลี่ย 5 เรื่องต่อปี ในปีพ.ศ.2560-2562 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลมากที่สุด เช่น ไม่มีเวลาอธิบายข้อมูลหรือตอบคำถามผู้ป่วย พูดจาไม่ไพเราะ ไม่ค่อยยิ้มแย้ม ประเด็นข้อร้องเรียนอันดับรองลงมา ได้แก่ กระบวนการบริการ และคุณภาพบริการ[13] นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ในด้านการสร้างความเชื่อมั่น การเอาใจใส่ และการตอบสนองความต้องการแก่ผู้รับบริการ[14]

ดังนั้น องค์กรและภารกิจด้านการพยาบาล จึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพการให้ บริการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมะเร็งโดยเพิ่มเติมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ลงในแนวทางปฏิบัติที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พบว่า การดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการของพยาบาล และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวได้[5-6, 15] ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารภารกิจด้านการพยาบาล จึงสนใจศึกษาการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

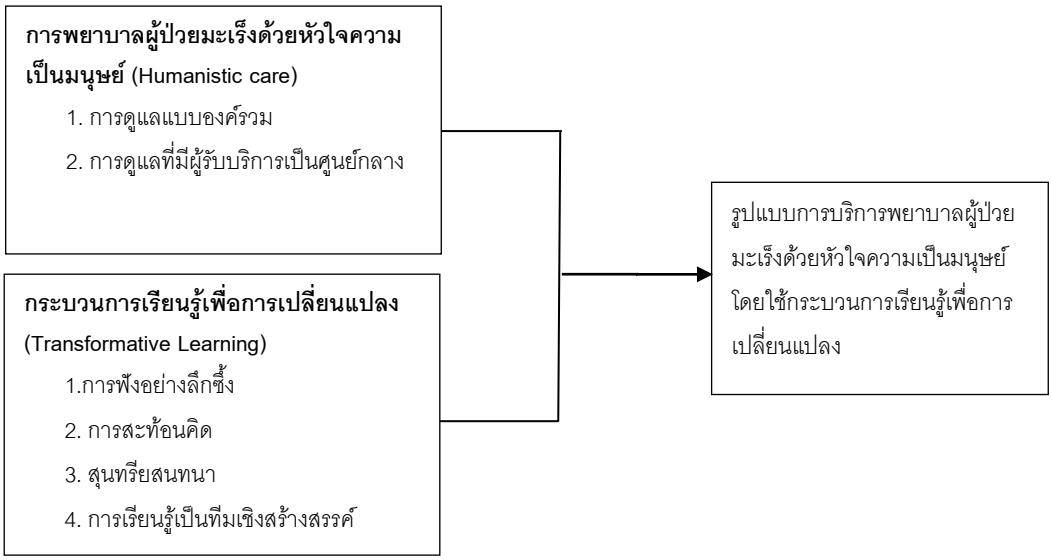
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Humanistic Care)[16] ซึ่งมีความเชื่อว่าการพยาบาลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการแบบองค์รวมอย่างให้เกียรติ มองเห็นคุณค่าและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เพื่อให้พยาบาลเกิดเข้าใจปรากฏการณ์การให้บริการทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น และเกิดความเข้าใจในตนเองและผู้รับบริการมากขึ้น ร่วมกับใช้แนวคิดการพัฒนาบุคลากรด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ประกอบด้วย การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การสะท้อนคิด (reflection) สุนทรียสนทนา (dialogue) และการเรียนรู้เป็นทีมเชิงสร้างสรรค์ (Creative team learning)[17] เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ (Research 1) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2563 ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 25 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้บริหารในหน่วยงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 7 คน โดยดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป

2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป

3) ผู้รับบริการ จำนวน 10 คน โดยเป็นผู้ป่วยและญาติที่ได้รับบริการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยนัดหมายวันเวลาและสถานที่ตามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ใช้เวลาสัมภาษณ์นาน 45 นาที และขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์ จากนั้นดำเนินการถอดเทปการสัมภาษณ์รายบุคคล

วิเคราะห์ข้อมูล ผลการสนทนา/ สัมภาษณ์รายบุคคล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และจัดกลุ่ม (Categorized)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนา “ร่าง” และแบบประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ (Development 1) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2563 ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน ด้านการวิจัย 1 คน และด้านการบริหารการพยาบาล 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

2) แบบวัดประสิทธิผลของ “ร่าง” รูปแบบฯ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมินฯ (2) การบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 ข้อ และ (3) การส่งเสริมการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ (ร่าง) รูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกัน

2) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดประสิทธิผลของ “ร่าง” รูปแบบฯ กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวน 30 คน ด้วย Cronbach’s Alpha Coefficient มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) สังเคราะห์ “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการประชุมคณะผู้วิจัยโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และวิเคราะห์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2) พัฒนาแบบประเมินประสิทธิผลของ “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

3) นำ “ร่าง” รูปแบบบริการพยาบาลฯ และเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสม พร้อมทั้งแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ “ร่าง” และประเมินประสิทธิผลของ “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ (Research 2) ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 33 คน โดยมีคุณสมบัติ คือ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2) ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินความรู้และทักษะการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ของพยาบาลวิชาชีพ

2) แบบวัดประสิทธิผล “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

3) แบบสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้างความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้รับบริการ จำนวน 4 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความรู้และทักษะการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 3 คน พบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกัน

2) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดประสิทธิผล “ร่าง” รูปแบบฯ ด้วย Cronbach’s Alpha Coefficient มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

3) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสนทนากลุ่มฯด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 3 คน พบความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกัน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทดลองใช้ “ร่าง” รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยดำเนินการ ดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ด้วยการพัฒนาทักษะการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นเวลา 1 วัน

1.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง” แก่พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 33 คน ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม ถึงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ประเด็น ได้แก่ (1) การฟังอย่างลึกซึ้ง (2) การสะท้อนคิด (3) สุนทรียสนทนา และ (4) การถอดบทเรียน

2) นำรูปแบบฯ ไปใช้ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ประกาศนโยบายส่งเสริมการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยการประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย

2.2 กำกับติดตามการให้บริการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

2.3 ประเมินประสิทธิผล ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ที่หอผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพใช้แบบสอบถาม และกลุ่มผู้รับบริการใช้การสนทนากลุ่ม ๆ ละ 4-5 คน นานครั้งละ 45 นาที

วิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน และพิสัย เปรียบเทียบความรู้และทักษะเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ ก่อนและหลังการอบรม ใช้สถิติ Wilcoxon sign range test

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) (Development 2) เพื่อประเมินและปรับปรุงรูปแบบฯ ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ดังนี้

1) ผู้วิจัยจัดสัมมนาการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ในวันที่ 19 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564

2) ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ

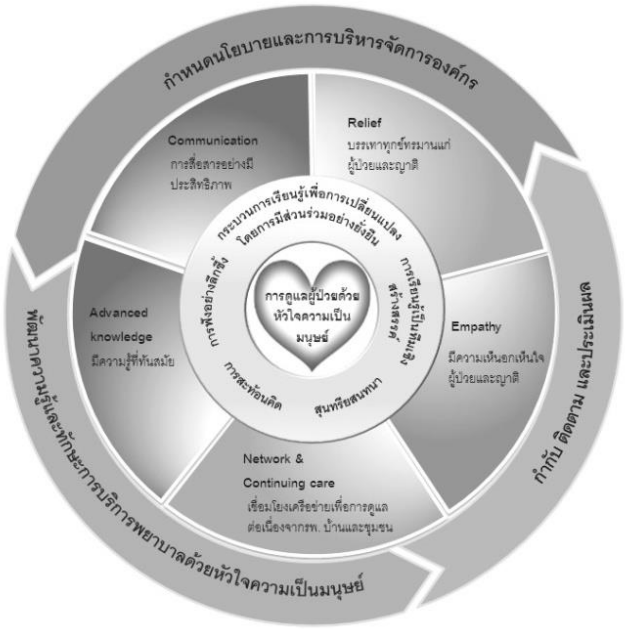
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลขที่ 036/2563 เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2563 และเลขที่ 036/2564 เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2563 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การกำหนดคุณลักษณะที่สำคัญของการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ 6 ด้าน ได้แก่ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้ที่ทันสมัย ให้การดูแลต่อเนื่อง มีความเห็นอกเห็นใจ

ผู้ป่วยและญาติ ให้การดูแลบรรเทาทุกข์ทรมานผู้ป่วยและญาติ และมีเครือข่ายการดูแลเชื่อมโยงตั้งแต่ รพ. บ้าน และชุมชน 2) การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ 3) การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วย การฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนคิด สุนทรียสนทนา การเรียนรู้เป็นทีมเชิงสร้างสรรค์ และการถอดบทเรียน และ 4) การกำกับติดตามและประเมินผล รูปแบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ รายละเอียดแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีดังนี้

2.1 การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน มีดังนี้

ข้อมูลทั่วไป คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.18 และเพศชายร้อยละ 8.82 มีอายุเฉลี่ย 33.73 ปี (SD 7.45 ปี) โดยมีอายุต่ำสุด 23 ปี และอายุสูงสุด 51 ปี และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 63.64 รองลงมา คือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 33.33 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง คือ 9.88 ปี (SD 6.27 ปี)

การเปรียบเทียบข้อมูลการพัฒนาทักษะกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง จากการสังเกตทักษะกระบวนการเรียนรู้ ทั้งก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test พบว่าภายหลังได้รับการพัฒนากระบวนการ เรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ฯ (N 33 คน)

รายการทักษะ	คะแนนก่อนอบรม			คะแนนหลังหลังอบรม			p-value
	มัธยฐาน (median)	พิสัย (range)	ระดับการเรียนรู้	มัธยฐาน (median)	พิสัย (range)	ระดับการเรียนรู้	
1. การฟังอย่างลึกซึ้ง	3	2	ปานกลาง	4	2	มาก	< 0.001*
2. การใช้สุนทรียสนทนา	3	2	ปานกลาง	4	2	มาก	< 0.001*
3. การสะท้อนคิด	3	2	ปานกลาง	4	2	มาก	< 0.001*
4. การเรียนรู้เป็นทีมแบบสร้างสรรค์	3	3	ปานกลาง	4	2	มาก	< 0.001*
รวม	**3**	**3**	**ปานกลาง**	**4**	**2**	**มาก**	< 0.001*

2.2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ หลังทดลองใช้ 3 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 พบว่า องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของรูปแบบมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านคุณลักษณะของการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับ “มาก” (Mean 4.25, SD 0.45) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาบุคลากร (Mean 4.13, SD 0.61) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ (N 33 คน)

รายการประเมิน	จำนวนข้อ/ด้าน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการประเมิน
1. ด้านคุณลักษณะการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	25	4.25	0.45	มาก
2. ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ	8	3.99	0.55	มาก
3. ด้านพัฒนาบุคลากร	5	4.13	0.61	มาก
4. ด้านการกำกับติดตามและประเมินผล	2	4.11	0.54	มาก
รวมทุกด้าน	**40**	**4.18**	**0.43**	**มาก**

2.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 10 ราย ภายหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในหอผู้ป่วย พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ ดังคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“...การบริการพยาบาลค่อนข้างดีมาก พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวแก่คนไข้ได้ดี... รู้สึกประทับใจ พึงพอใจมากถึงมากที่สุดในการปฏิบัติกับคนไข้ในครั้งนี้...”

“...พยาบาลดูแลดี ประทับใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้ง

ปัญหาเรื่องการเงิน ก็มีคำแนะนำแหล่งกองทุนช่วยเหลือ ทำให้ไม่เครียดระหว่างการรักษา..."

อภิปรายผล

1. รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่

1) การกำหนดคุณลักษณะที่สำคัญของการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ควรมีคุณลักษณะสำคัญเพิ่มเติมจากที่ปฏิบัติอยู่ 6 ด้าน คือ (1) มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภา: effective communication (2) มีความรู้ด้านโรคมะเร็งที่ทันสมัย: advanced knowledge (3) มีเครือข่ายการดูแลเชื่อมโยง ตั้งแต่โรงพยาบาล บ้าน และชุมชน: networks (4) ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย: continuing care (5) มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและญาติ: empathy (6) บรรเทาทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย: relief suffering ที่เป็นเช่นนี้เพราะการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ยังเป็นการให้บริการพยาบาลแบบทั่วไป คือ มีมนุษยสัมพันธ์ มีจิตใจดี มีบุคลิกภาพที่ดี และการบริการดี เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งอาจตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาคุณลักษณะสำคัญเพิ่มเติมมากกว่าที่ปฏิบัติอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ได้ถึงการบริการพยาบาลที่พยาบาลได้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของนายแพทย์ รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ[18] ที่อ้างถึง ศ.เกียรติคุณ พญ.สุมาลี นิมมานนิตย์ อาจารย์แพทย์ที่เป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โดยกล่าวว่า แพทย์ พยาบาล มีบทบาทหน้าที่หลายประการในการดูแลผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องฝึกฝนให้ตนเองเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ดังนี้ มีความรู้และทักษะด้านการรักษา การทำงานเป็นทีม การพูด การถาม เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความเมตตา กรุณา และอุเบกขา รู้จักสังเกต ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น ไหวพริบปฏิภาณ สามัญสำนึก และที่สำคัญที่สุดต้องมีสติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Calegari et al.[19] ที่ศึกษาการรับรู้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลและแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน ในเมืองเซาเปาโล ประเทศบราซิล ที่พบว่า การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คือ การให้เกียรติ การเอาใจใส่ และการเห็นอกเห็นใจ ร่วมกับการมีนโยบายในการบริหารจัดการที่ดี

2) การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการในการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ อธิบายได้ว่า การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางในปัจจุบัน พบว่า มีเพียงการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การพัฒนาองค์ความรู้พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง แต่ยังไม่มีการกำหนดนโยบายหรือการจัดทำแผนงานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบกับการสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ผ่านมายังไม่เป็นรูปธรรม และไม่ได้กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้พยาบาลบางส่วนขาดความตระหนักและมีพฤติกรรมการบริการพยาบาลไม่เหมาะสม เพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ของคุณลักษณะของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ค้นพบในข้อที่ 1 จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาพยาบาลในการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เพิ่มขึ้น

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการบริการ สอดคล้องกับความคิดเห็นของพิภพ จิตรนำทรัพย์[7] ที่กล่าวถึง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรของสถานบริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น และมีประสิทธิภาพด้วยการให้การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จำเป็นต้องมีการพัฒนาในระดับองค์กร ได้แก่ ผู้นำ การปรับระบบงาน และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ อุบล จ่วงพานิช[3] ที่กล่าวถึงแนวทางการพัฒนาการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ว่าจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการองค์กรเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนปัจจัยเอื้อต่าง ๆ ในการดำเนินงานในดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเพียงพอและเหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้น่าอยู่ ปลอดภัยในการทำงาน ให้ความร่วมมือกับเครือข่ายทีมสหวิชาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Calegari et al.[19] ที่ระบุว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งของวัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

3) การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยการเปลี่ยนแปลงเจตคติภายในตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน โดยอาศัยเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกัน 3 องค์ประกอบ คือ (1) ค้นหาคุณค่าภายในตนเอง (2) การทำงานร่วมกันด้วยการสื่อสารที่ดี หรือสุนทรียสนทนา: dialogue ซึ่งต้องอาศัย การฟังอย่างลึกซึ้ง: deep listening การสะท้อนคิด: reflection และต้องมีความคิดทางบวกกับคนและกับงาน (3) ค่านิยมขององค์กร[7] การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง: transformative learning เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านกิจกรรม คือ (1) การฟังอย่างลึกซึ้ง (2) การสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้าสามใบ (3) สุนทรียสนทนา และ (4) การเรียนรู้เป็นทีมอย่างสร้างสรรค์ และการถอดบทเรียน ซึ่งสุรเกียรติ อาชานุภาพ[20] กล่าวถึง กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองในการปฏิบัติท่ามกลางความเป็นจริงผ่านกระบวนการฝึกฝนต่าง ๆ ดังนี้ (1) การฟังอย่างลึกซึ้ง: deep listening คือ การรู้จักนิ่งฟังด้วยสติ โดยไม่ด่วนตัดสินและไม่ขัดจังหวะ สร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน (2) การสัมผัสความเป็นจริง: exposure โดยใช้กระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมเติบโต (3) การสะท้อนคิด: reflection เป็นการนำประสบการณ์มาใคร่ครวญ และนำมาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันท่ามกลางบรรยากาศที่สนิทสนม เป็นกันเองและสนุกสนาน (4) การควบคุมตนเอง: self-control เป็นการฝึกให้มีสติ รู้ตน รู้เขา รู้เรา รู้ทันความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ที่ผุดขึ้นในใจขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน และควบคุมให้เกิดความสัมพันธ์ในเชิงบวกแทนเชิงลบ นอกจากนี้ยังให้ข้อคิดเห็นว่า อันดับแรกสุดของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองคือ การเรียนรู้ให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองใหม่ เปิดใจใฝ่รู้ ยอมรับความจริงและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ความสัมพันธ์ใหม่ การอยู่ร่วมกันและการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น[19] กล่าวโดยสรุป การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงคือการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นหลังจากผ่านประสบการณ์ นำมาคิดใคร่ครวญ สะท้อนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยใช้การสนทนา เพื่อให้ได้ข้อสรุป จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองจากภายใน การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดอบรมกลุ่มแกนนำพยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนคิด สุนทรียสนทนา การเรียนรู้เป็นทีมเชิงสร้างสรรค์ และการถอด

บทเรียน ผลพบว่า ภายหลังการอบรมแกนนำพยาบาลวิชาชีพมีทักษะกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการอบรม

4) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข สอดคล้องกับพันธกิจการนำองค์กรของประชิด ศราธพันธ์ [21] หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ที่มุ่งมั่นในการบริหารจัดการการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงระดับสากลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยผสมผสานการใช้ความรู้ เทคโนโลยี การวิจัย และทรัพยากรมนุษย์ เพื่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และยังสอดคล้องกับ วิภาพร วรหาญ[22] ซึ่งกล่าวถึงการกำกับติดตามและประเมินผลว่า เป็นขั้นตอนที่สำคัญประการหนึ่งของการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ทางการพยาบาล ภายหลังการนำแผนกลยุทธ์และนโยบายสู่การปฏิบัติช่วยทำให้กลุ่มการพยาบาล มีทิศทางการดำเนินงานทั้งเชิงรุก และเชิงรับที่ชัดเจน สอดรับไปในทิศทางเดียวกันกับแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ช่วยลดความสับสนในการทำงาน มีเป้าหมายของงานชัดเจนร่วมกัน และมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถนำผลที่เกิดขึ้นไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงแผนปฏิบัติการในแต่ละรอบปีต่อไป

2. ประเมินผลของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผลของการนำรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับพยาบาลวิชาชีพไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริการพยาบาล และมีคุณลักษณะของการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หลังการอบรม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.25, SD 0.45) และผลลัพธ์ของการนำรูปแบบบริการพยาบาลไปใช้ในหอผู้ป่วย พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.05, SD 0.51) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยจำนวน 10 ราย มีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง สอดคล้องกับการศึกษาของโรส[23] ที่พัฒนารูปแบบการปฏิบัติพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยวิธีรังสีรักษาด้วยการใช้แนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์และพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ ที่แผนกรังสีรักษาแห่งหนึ่ง ในเมืองบริสเบน ประเทศออสเตรเลีย โดยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพแผนกรังสีรักษา ใช้เวลาในการศึกษาติดตามเป็นเวลา 1 ปี 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ถึงแม้ว่าจะยังคงได้รับผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของการใช้รังสีรักษาและความผาสุกในชีวิต ส่วนพยาบาลและทีมสุขภาพ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเข้าใจและประทับใจในการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่สำคัญในการนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาคือ ควรปรับเปลี่ยนการดูแลจากรูปแบบเดิมมาเป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างจริงจัง ได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และทรัพยากรต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และการสนับสนุนของผู้บริหารในการเตรียมทีมสุขภาพให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ และสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพในการบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงหลากหลายรูปแบบเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้พัฒนาสมรรถนะการบริการพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการบริการพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในการประเมินการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม

References

1. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics A. D. 2019. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. Thai.
2. Pongnikorn P, Daoprasert K, Wongkeaw B, et al. Trends in cancer incidence and mortality in Northern, Thailand, 1993-2017. Lampang: Good work media; 2020. Thai.
3. Jungpanich U. Humanized nursing care: Chemotherapy patients care. Srinagarind Med J. 2007; 22 suppl. Thai
4. Panuthai S. Palliative care nursing for older persons. Nursing Journal. 2020;47(1):454-66. Thai.
5. Yu M, Wang Z. Role of humanized nursing care in relieving cancer pain and improving quality of life of patients with advanced liver cancer. Int J Clin Exp Med. 2020;13(3):1809-15.
6. Avila-Hermosilla AEH, Avarado-Sanhueza O. Intervention of humanized nursing accompaniment and quality of life in people with advanced cancer. ANO.2019;19(3):1-13.
7. Jitnumsup P. Hospital administration focusing on humanistic care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2010;16(2):64-71. Thai.
8. Sanguansiritham U, Sirakamon S. Ethical behaviors of professional nurses. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2017. Thai.
9. Intawat J, Bundasak T, Jangasem N. Humanized care paradigm: the chapter of Gilanadhamma camp. Journal of MCU Peace Studies. 2017;5(2):376-87. Thai.
10. Silva JNB, Gomes ACMS, Guedes HCS, et al. Behavior of nursing professionals and the implementation of humanization policy. R. pesq cuid. Fundam. 2020;12:471-78.

11. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Twenty-year national strategic plan for public health (2017-2036) 2nd revision. Ministry of Public Health; 2018. Thai.
12. Cancer Registry Unit. Cancer statistic Lampang Cancer Hospital A.D. 2019. Lampang: Good work printing; 2020. Thai.
13. Nursing department. Lampang Cancer hospital. Annual report of customer complaints A.D. 2019. Lampang Cancer hospital. Lampang; 2020. Thai.
14. Wangchai W, Boonnak S, Kanchanadit W. et al. Customer Expectations and satisfactions on quality of early cancer screening services at Lampang Cancer Hospital; R2R annually report 2018, Lampang Cancer Hospital; 2018. Thai.
15. Delmas P, O-Reilly L, Cara C, et al. Effects on nurses' quality of working life and on patients' quality of life of an educational intervention to strengthen humanistic practice among hemodialysis nurses in Switzerland: a protocol for a mixed-methods cluster randomized controlled trial. BMC Nursing. 2018;17(47):1-11.
16. Kleiman S. Human centered nursing: the foundation of quality care. Philadelphia:F.A. Davis; 2009.
17. Mezirow J, Taylor EW. Transformative learning in practice: Insights for community, workplace, *and* higher education. San Francisco: CA: Jossey-Bass; 2009.
18. Praditsuwan R. Palliative care with late stage patients [Internet]. 2010 [cited 2021 April 1]; Available from https://www.si.mahidol. ac.th/Th/healthdetail. Thai.
19. Calegari R, Massarollo M, Santos M. Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital. Journal of School of Nursing USP. 2015; 49(2):41-46.
20. Archananuphab S. Learning to change and develop yourself. Bangkok: Moh Chao Ban Publishing House. 2019;40(480):6-8. Thai.
21. Sarathaphan P. Leadership of nursing organizations. [Internet]. 2014 [cited 2021 April 10]; Available from https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/download/meeting/.
22. Worahan V. Strategic management in nursing. Journal of nurses' association of Thailand, north-eastern division. 2013;31(4):6-15. Thai.
23. Rose PMT. Implementation and evaluation of a new model of nursing practice in radiation oncology. Dissertation. Doctor of Philosophy. School of Nursing. Faculty of Health, Queensland University of Technology; 2010.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน ต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

เกษร ทับทอง* พย.บ.(พยาบาลศาสตร์)

พัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล** วท.ม.(พยาบาลสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านมีเจตคติและความตั้งใจ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ 6 เดือน การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่มารดาหลังคลอดปกติ แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 35 คน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามมี 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent t-test และ paired samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน มีประสิทธิผลทำให้มารดาหลังคลอดมีความตั้งใจ และมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกลุ่มอื่น ที่คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน, มารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Correspondence author E-mail: kesorn.tubtong@gmail.com

The Effects of the Breastfeeding Promoting Program for Working Postpartum Mothers on Intention and Behavior to Exclusive Breastfeeding at Kratumban Hospital

Kesorn Tubtong* B.N.S, RN

Patcharin Viriyasirisakul** M.S, Public Health

ABSTRACT

Encouraging working postpartum mothers to have a positive attitude and intention of breastfeeding to succeed in exclusive breast-feeding for 6 month is quite important. The objective of this quasi-experimental study was to investigate the effects of breastfeeding promoting program on intention in exclusive breastfeeding for 6 months and breast-feeding behaviors. The breastfeeding promoting program was developed based on the theory of planned behavior. The sample were divided into 2 groups, in which each group consisted of 35 normal delivery postpartum working mothers. The pre and post-test measures was employed before and after the program intervention. The experimental group participated in 6-sessions activities for 6 weeks. Data were collected using 3-part questionnaires: personal information, intention in exclusive breast-feeding for 6 months, and breast-feeding behaviors. Descriptive data were analyzed using descriptive statistics; while comparison data were analyzed using Independent t-test, and paired samples t-test.

The results revealed that after 6 weeks of participating in the breastfeeding promoting program, the mean score on intention in exclusive breastfeeding for 6 months of the experimental group were significantly higher than before joining the program and significantly higher than the control group ($p < .05$), and breastfeeding behaviors significantly higher than the control group ($p < .001$). The results suggest that the breastfeeding promoting program on intention in exclusive breastfeeding can be used to promote working postpartum mothers. So, the program can be effectively applied to other groups of mothers with characteristics are similar to the mothers in this study.

KEYWORDS: breastfeeding, intention to Exclusive Breastfeeding, working postpartum mothers

Registered Nurse, Kratumban Hospital *

Nurse's instructor in Nursing faculty, Christian University of Thailand **

Correspondence author E-mail: kesorn.tubtong@gmail.com

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ว่าเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ทารกเจริญเติบโต สมบูรณ์ แข็งแรง เสริมสร้างระดับสติปัญญา รวมทั้งยังเป็นการแสดงถึงความรัก และความผูกพันธ์ระหว่างมารดา และบุตรอย่างลึกซึ้ง [1] ในช่วงหนึ่งขวบปีแรกของทารกนั้น ถือเป็นช่วงระยะที่สำคัญของการมีชีวิตรอด และพัฒนาการในด้านต่าง ๆ การที่ทารกได้รับน้ำนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน จะส่งเสริมทำให้มีภูมิต้านทานต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เช่น โรคท้องร่วง การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร โรคปอดบวม และโรคภูมิแพ้ต่าง ๆ มีโอกาสที่จะเป็นโรคอ้วน น้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสม รวมทั้งในระยะยาวยังสามารถช่วยป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน [2] นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังมีประโยชน์ต่อตัวมารดาหลังคลอด คือ ลดความเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอด เพราะในขณะที่มาดาหลังคลอดให้บุตรดูดนม จะทำให้ร่างกายของมารดาหลังคลอดมีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน เพื่อกระตุ้นทำให้มดลูกหดมีการรัดตัวดี และช่วยขับน้ำคาวปลา รวมทั้งทำให้ขนาดของมดลูกหลังคลอดกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น อีกทั้งมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความเสี่ยงน้อยมากที่จะเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และโรคกระดูกพรุน [3]

การรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการ “โรงพยาบาล สายสัมพันธ์แม่ลูก” (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) โดยกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพที่เรียกว่า บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขององค์การอนามัยโลก และใช้เป็นมาตรฐานในการติดตามค่าเป้าหมายของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน [4] ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555- 2559) ตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ไว้ที่ ร้อยละ 30 และเพิ่มเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในปีค.ศ. 2068 ขององค์การอนามัยโลก[4]

การสำรวจสถานการณ์เด็ก และสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2558-2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ข้อมูลสำคัญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียว 6 เดือน ปีพ.ศ. 2555 และ พ.ศ.2559 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 12.3 และ 23.1 ตามลำดับ [5] ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายมาก แม้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมานั้น มีการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วนนมแม่อย่างจริงจังมาโดยตลอด การมีกฎหมายการลาคลอดอย่างน้อย 3 เดือนที่เอื้อต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพนักงานในสถานประกอบการ หรือการอนุญาตให้สามีสามารถลางาน ไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตรได้ รวมทั้งการออกพระราชบัญญัติควบคุมด้านการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ที่ห้ามการโฆษณาประชาสัมพันธ์นมผสมในทุกรูปแบบ

การทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีองค์ประกอบ 2 ส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมของมารดาหลังคลอด ได้แก่ (1) การมีความรู้และประสบการณ์ของมารดาเกี่ยวกับการให้นมบุตร (2) การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (3) การรับรู้อุปสรรค (4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (4) การมีทัศนคติทางบวก (5) มีความตั้งใจ (6) การวางแผนในการให้นมบุตร และ (7) การทราบนโยบายเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ [6-10]

2. ปัจจัยภายนอก หรือปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ได้แก่ (1) อุปสรรคต่อการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ (2) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (3) การได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการพยาบาล (4) การได้รับความสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ย่ายาย และ (5) ระยะเวลาลางานหลังคลอดบุตร หรือการไม่ได้ทำงาน

จากปัจจัยภายใน และภายนอกดังกล่าวข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่า การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนนั้น เป็นทั้งศาสตร์ และศิลป์ เพราะนอกจากการมีนโยบายที่ดี มีพระราชบัญญัติควบคุมด้านการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็ก พ.ศ.2560 และมีกฎหมายที่สนับสนุนแล้ว การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือน ในระดับบุคคลยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเช่นกัน [8-12]

จากความสำคัญที่กล่าวแล้วข้างต้น ผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของผู้ปฏิบัติงานโดยตรงในการดำเนินงานด้านอนามัยมารดา และทารก ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน โดยมีหน้าที่หลักในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จากการวิเคราะห์อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าในปีพ.ศ.2560 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ19.14 ต่อมาในปีพ.ศ. 2561 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 21.36 และในปี 2562 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 22.16 ซึ่งสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนนั้น ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50

การวิเคราะห์สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนย้อนหลัง 3 ปี ในปีพ.ศ.2560-2562 ผู้วิจัยได้สำรวจสภาพปัญหาเบื้องต้น (pilot study) เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยสุ่มสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด จำนวน 20 คน พบว่าร้อยละ 91 เป็นมารดาหลังคลอดที่จำเป็นต้องไปทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 72 เป็นมารดามีบุตรคนแรก ร้อยละ 80 ไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และร้อยละ 90 มีมารดาของตนเอง หรือมารดาของสามีเป็นผู้เลี้ยงดูบุตร และในมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านทั้งหมด ตอบว่า ไม่มั่นใจว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว จนครบ 6 เดือน เพราะว่าต้องไปทำงาน และไม่มีความมั่นใจว่า จะน้ำนมเพียงพอในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 6 เดือน

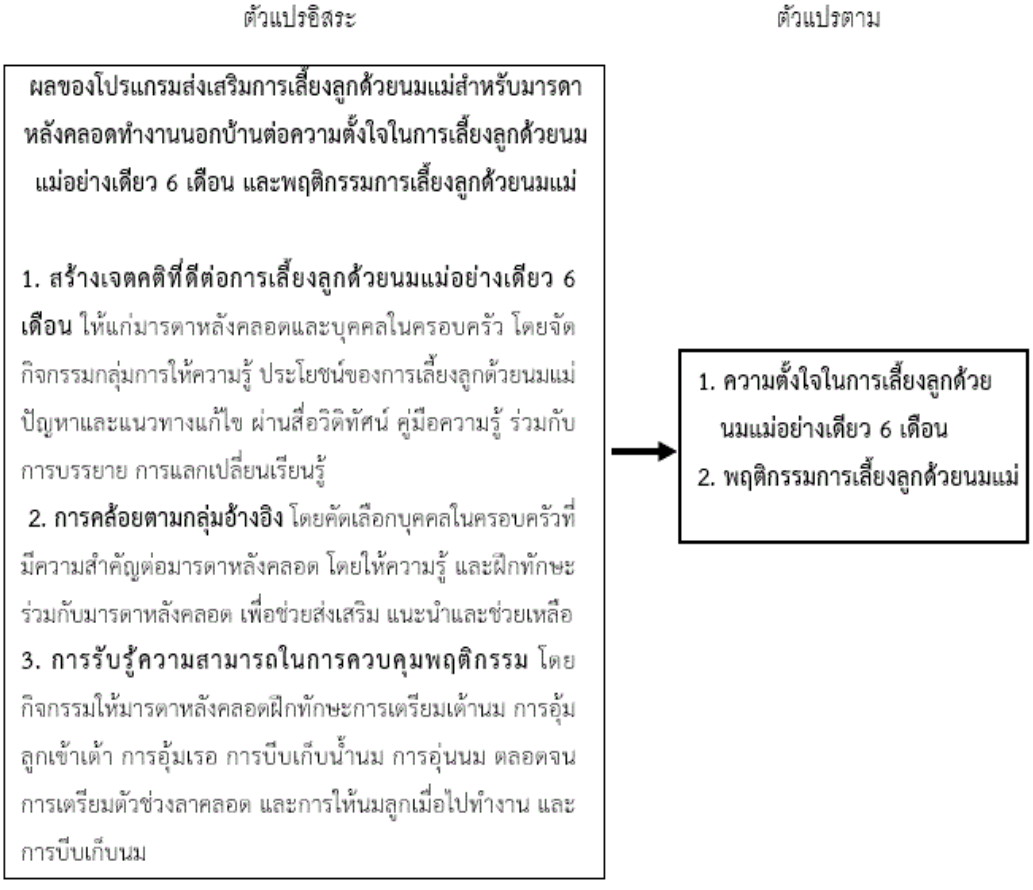
การสำรวจสภาพปัญหาข้างต้นจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีความสอดคล้องกันในประเด็นปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไม่ประสบความสำเร็จนั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่มารดาหลังคลอดต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เมื่อครบกำหนดลาคลอด 3 เดือน ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขาดความต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน เพื่อหากระบวนการกระตุ้นส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ มีแนวทางปฏิบัติตัวด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องไปทำงานนอกบ้าน การสร้างเจตคติที่ดี และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียว 6 เดือน โดยให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นเตือน และช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรเมื่อใสรดาหลังคลอดต้องไปทำงานนอกบ้าน

การทบทวนกรอบแนวคิดทฤษฎี เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถคงไว้ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องไปทำงานนอกบ้าน การสร้างเจตคติที่ดี และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียว 6 เดือนนั้น พบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (the theory of planned behavior) ของเอจเซน[13] เป็นทฤษฎีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหา และความท้าทายเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ซึ่งทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน[13] มีโครงสร้างพื้นฐานจากความเชื่อ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมจะส่งผลต่อเจตคติที่ดี (2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง จะส่งผลต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ (3) ความเชื่อเรื่องความสามารถในการควบคุมตนเองจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอดที่ต้องทำงานนอกบ้าน ในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกระทุ่มแบนได้ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้โครงสร้างหลักตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน[13] 3 ด้าน คือ (1) การสร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้แก่มารดาหลังคลอด และบุคคลในครอบครัวที่เป็นบุคคลอ้างอิง (2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยคัดเลือกบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อมารดาหลังคลอดเพื่อช่วยเหลือเมื่อมารดาหลังคลอดอยู่ที่บ้าน และ (3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านที่มารับบริการในหอผู้ป่วยสูตินรีเวช โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ระหว่างวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2563 ถึง วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2564 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power [14] โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 ความความเชื่อมั่น 95% โดยปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างมีจำนวนไม่เพียงพอจากการขอลาออกจากการศึกษา ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน และคัดเลือกแบบสุ่ม (random assignment) เข้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่

(1) มารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน อายุ 20-35 ปี มีสัญชาติไทย อ่านเขียนภาษาไทยได้

(2) มีบุตรคนแรก โดยไม่จำกัดจำนวนการตั้งครรภ์

(3) คลอดบุตรทางช่องคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ และอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์

(4) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมารดามีเต้านมและหัวนมปกติ

(5) พักอาศัยร่วมกับบุตรในเขตอำเภอกระทุ่มแบน

(6) มีบุคคลในครอบครัว 1 คนที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มอ้างอิงตลอดการทดลอง

(7) สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยโดยลงนามในเอกสารยินยอมตนด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออกจากการทดลอง (exclusion criteria) ได้แก่

(1) ขอออกจากการศึกษาก่อนสิ้นสุดการทดลอง

(2) ย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการวิจัย

(3) ไม่สามารถติดต่อได้ในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป

(4) บุตรมีภาวะตัวเหลือง

(5) ไม่มาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ตามนัดที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

เครื่องมือในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ รายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมของเอจเซน[13] มีคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

(1) ข้อมูลทั่วไปของมารดา และทารก

(2) แบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ

(3) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 33 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ เท่ากับ 0.90 และ 0.86 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน จำนวน 20 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ 0.84 และ 0.82 ตามลำดับ โดยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลอง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และภาพพลิกสื่อการสอน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ด้วยการใช้ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (OIC) ของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแผ่นพลิกสื่อการสอน เท่ากับ 1.00 เครื่องเล่นแผ่นซีดี แผ่นซีดี รูปภาพต่าง ๆ เต้านมสาธิต เครื่องปั๊มน้ำนม ถุงและอุปกรณ์เก็บน้ำนม ถ้วยป้อนนม รายละเอียดของการจัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฯ แสดงในตารางที่ 1

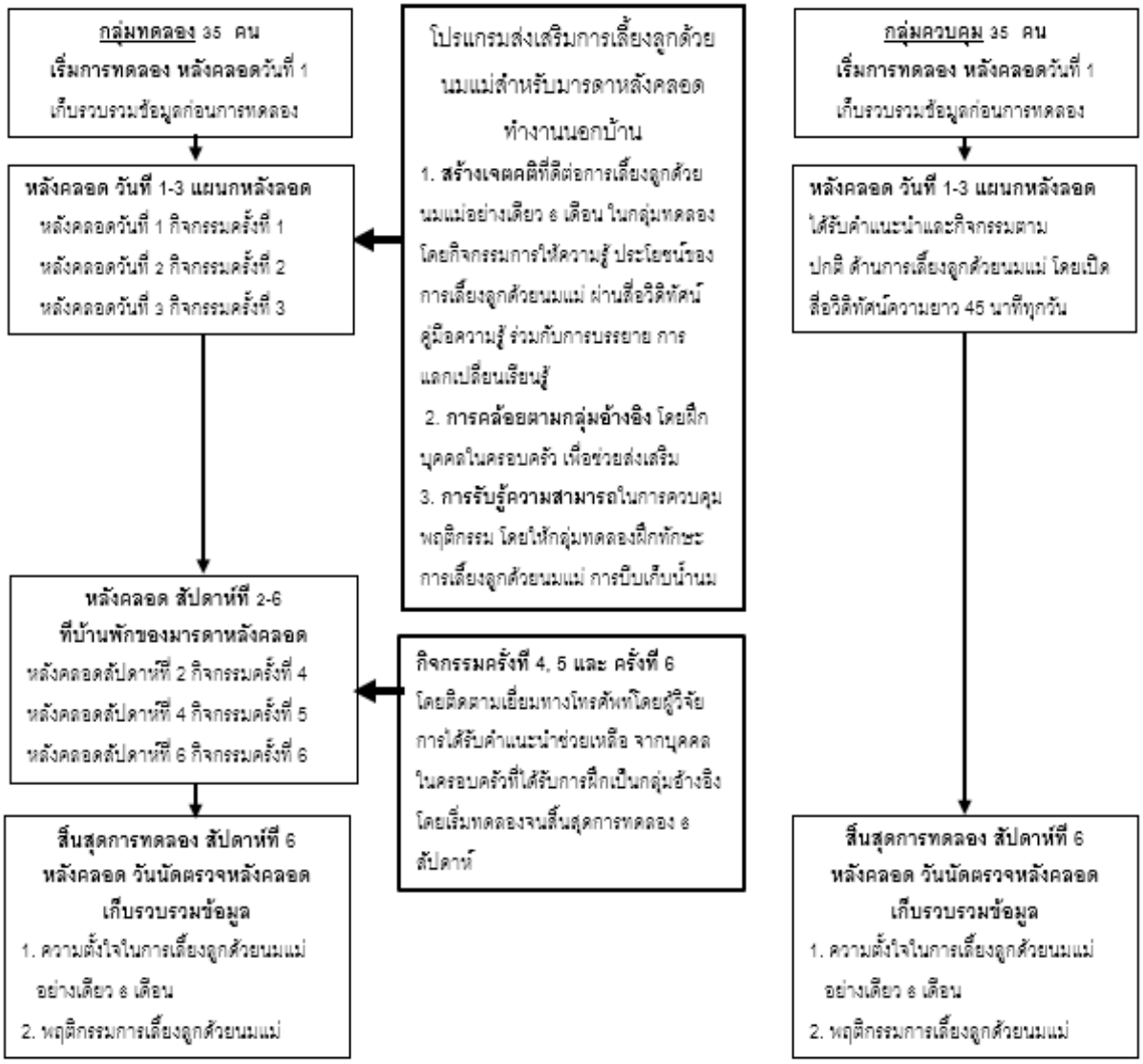
ตารางที่ 1 โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การส่งเสริมตามหลักพฤติกรรมตามแผน	**กิจกรรม**	**ระยะเวลา/สถานที่**
ครั้งที่ 1, 2 **และ** 3 1. สร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	- กิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างสัมพันธภาพ - เปิดวิดิทัศน์ความรู้และประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - สาธิต และให้ฝึกทักษะการให้นมลูก ท่าการอุ้มลูกดูดนม การเข้าเต้า การอมหัวนม การให้ดูดจนเกลี้ยงเต้า การอุ้มเรอ รวมทั้งการบีบเก็บน้ำนม การใช้เครื่องปั๊มนม การป้อนนมจากถ้วย การเก็บน้ำนมในตู้เย็นและ และตลอดกิจกรรมบุคคลในครอบครัวที่เลือกเป็นกลุ่มอ้างอิงจะเข้าร่วมกิจกรรมคู่กับกลุ่มทดลองทุกครั้ง - กลุ่มทดลองจับคู่กับบุคคลในครอบครัว เพื่อฝึกทักษะการเตรียมตัวช่วงลาคลอด และการให้นมลูกเมื่อไปทำงาน และการบีบเก็บน้ำนมเมื่ออยู่ที่ทำงาน โดยกลุ่มอ้างอิงจะได้รับการฝึกทักษะการป้อนนมด้วยถ้วยเพิ่มเติม - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มในปัญหาและอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกบ้าน รวมทั้งแนวทางแก้ไขต่าง ๆ	- ครั้งละ 45 นาที - แผนกสูติ-นรีเวชกรรม ห้องนมแม่ - จำนวนที่เข้ากลุ่มครั้งละ 4-8 คน

ตารางที่ 1 โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฯ (ต่อ)

การส่งเสริมตามหลักพฤติกรรมตามแผน	**กิจกรรม**	**ระยะเวลา/สถานที่**
ครั้งที่ 1, 2 **และ** 3 3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ต่อ)	- เปิดโอกาสให้แต่ละคนได้เล่าประสบการณ์ ความรู้สึก ความมุ่งมั่นที่คิดว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ - มอบคู่มือ และแผ่นซีดีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดาหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนการฝึกทักษะที่บ้าน	
ครั้งที่ 4, 5 **และ**6 การติดตาม และสอบถามปัญหา รวมทั้งให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง	- ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกลุ่มทดลองตามวันและเวลาที่นัดไว้ในสัปดาห์ที่ 4, 5, 6 โดยซักถามปัญหาต่าง ๆ และให้กำลังใจในการปฏิบัติ ทั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่เป็นกลุ่มอ้างอิงที่ได้รับการฝึกทักษะแล้วตลอดระยะเวลาหลังคลอด 6 สัปดาห์	- คนละ 15-20 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เลขที่ 032/63 พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ของการศึกษาวิจัย การตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุ หรือพาดพิงถึงตัวบุคคล นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม แผนการดำเนินการวิจัยแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภาพดำเนินการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent และ paired t-test

ผลการวิจัย

มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 24.60 และ 24.60 ปี ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 เท่ากัน มีอาชีพเป็นพนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 85.72 และ 71.43 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 48.85 และ 45.72 ตามลำดับ รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 19,897.14 บาท และ 20,642.86 บาท ตามลำดับ หลังคลอดได้ลางาน 3 เดือน ร้อยละ 85.72 และ 80.00 ตามลำดับ และมีบุคคลอ้างอิงเป็นสามี ร้อยละ 82.86 และ 88.57 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

การเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สูงกว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน	N	Mean	SD	*t*	*p*
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	35	91.26	14.31	-3.87	0.000
หลังการทดลอง	35	98.29	9.89		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	35	86.51	18.64	-3.68	0.001
หลังการทดลอง	35	92.46	14.20		

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ามาดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	N	Mean	SD	*t*	*p*
กลุ่มทดลอง	35	131.26	10.31	7.230	0.000
กลุ่มควบคุม	35	113.74	9.95		

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผล ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 พบว่า ภายหลังการทดลอง มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน มีการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน กล่าวคือ มีคาวมตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .001 และ .05 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยเป็นผลมาจากมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ เอจเซ็น[13] และการจัดกิจกรรมให้กับมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลอง

โดยกำหนดให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมตามโครงสร้างหลัก 3 ประการของทฤษฎีตามแผนเอจเซ็น[13] เพื่อให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ดังนี้

1. การเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1, 2 และ 3 โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ความรู้ และประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านสื่อวิดิทัศน์และคู่มือความรู้ ร่วมกับการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ร่วมกับการได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยในการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4, 5 และ 6 ซึ่งเป็นกิจกรรมกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการส่งเสริมการสร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองจะได้รับการส่งเสริมสนับสนุน และช่วยเหลือจากกลุ่มอ้างอิง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ที่ได้รับการฝึกทักษะร่วมกับมารดาหลังในกลุ่มทดลอง

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 และ 3 โดยให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการเตรียมเต้านม การอุ้มลูกเข้าเต้า การอุ้มเรอ การบีบเก็บน้ำนม การอุ่นนม ตลอดจนการเตรียมตัวในช่วงลาคลอด และการให้นมลูกเมื่อกลับไปทำงาน และการบีบเก็บน้ำนมในที่ทำงานที่ถูกต้อง โดยการฝึกทักษะ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองจะต้องกระทำ และทบทวนด้วยตนเองทุกขั้นตอน จนทำให้มีความมั่นใจในตนเอง ดังนั้น เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการมีเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร่วมกับการมีบุคคลอ้างอิงคอยสนับสนุนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการฝึกทักษะจนมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จึงเป็นผลทำให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่า มารดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทดลองที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาริน ด่านเทศ [15] ซึ่งจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมเจตคติที่ดี และความตั้งใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยให้ความรู้ การค้นหาเจตคติเดิม เปิดโอกาสให้เปิดเผยความรู้ ความเชื่อเดิม เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมเจตคติที่ดี ร่วมกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยให้บุคคลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจมีทัศนคติที่ดี และตั้งใจสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสอดคล้องกับ นภา ศรีทองใบ [16] โดยจัดโปรแกรมส่งเสริมความตั้งใจ และระยะเวลาที่ตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยให้ความรู้ในบทบาทของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือการวิจัยของ ไซดิ และคณะ [17] โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กลุ่มทดลอง มีความรู้ และทัศนคติทางบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับให้สามีเป็นบุคคลอ้างอิง เพื่อคอยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ เจฮูนี และคณะ [18] และ ยู่ชิว และคณะ [19] โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำแนะนำเพื่อให้มีความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และกลุ่มอ้างอิงเป็นสามี หรือมารดา เพื่อร่วมส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการศึกษาทดลองข้างต้นทั้งหมด พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ทัศนคติทางบวก และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว สูงกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานข้อที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลอง มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้าน มาดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดีกว่ามารดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุม ซึ่งตามโครงสร้างหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซ็น[13] ได้สรุปว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ได้สำเร็จนั้น เป็นผลมาจากการที่บุคคลนั้นมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก่อน ร่วมกับการได้รับการส่งเสริมให้รับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม จึงจะเกิดเป็นพฤติกรรมตามความตั้งใจนั้นได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อส่งเสริมการมีเจตคติที่ดี ร่วมกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนทำให้เกิดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลอง ตามสมมุติฐานที่ 1 ดังกล่าวข้างต้น ทำให้เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองจึงมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทดลอง

ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรษชล พิเชียรวิไล [20] โดยพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน ผ่านการจัดกิจกรรมทดลอง (1) การสร้างทัศนคติและความเชื่อที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอด การอภิปรายถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ ย่า/ยาย ใช้การให้ความรู้แก่ย่า/ยาย การสาธิต ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของย่า/ยาย และฝึกทักษะของย่า/ยาย (3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จผ่านกระบวนการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสูงกว่ากลุ่มควบคุม หรือการศึกษาของ เดลเล็น และคณะ [21] เจฮูนี และคณะ [18] และ จู และคณะ[22] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในมารดาหลังคลอด ซึ่งการจัดกิจกรรมประยุกต์ตามตัวแปรหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนคือ สร้างทัศนคติทางบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้ความรู้อย่างครอบคลุมด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว การเลือกสามี หรือมารดาของกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มอ้างอิง และการฝึกและพัฒนาทักษะต่างๆด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ยาวนานกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยเชิงนโยบาย

หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ควรจัดให้มีการฝึกอบรมพยาบาลผู้ที่มีบทบาทด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้มีทักษะในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดทำงานนอกบ้านต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติงาน

ควรจัดกิจกรรมให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง

เดียว 6 เดือน และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านการจัดกิจกรรมทั้ง 3 ด้านดังนี้ 1) สร้างเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้แก่มารดาหลังคลอดและบุคคลในครอบครัวที่เป็นบุคคลอ้างอิงโดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้ ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยคัดเลือกบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อมารดาหลังคลอด เพื่อช่วยส่งเสริม แนะนำและช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยกิจกรรมให้มารดาหลังคลอดได้ฝึกทักษะจนมีความมั่นใจด้าน การเตรียมเต้านม การอุ้มลูกเข้าเต้า การอุ้มเรอ การบีบเก็บน้ำนม

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ วัดผลการทดลองภายในเวลา 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งอาจสั้นเกินไป ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูล และวัดผลการทดลองที่ระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการทดลอง ว่าส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือนได้ตามค่าเป้าหมายจริงหรือไม่

References

1. Godfrey J, Lawrence, R. Toward optimalh health: The maternal benefts of breastfeeding. Journal of Women's Health. 2010;19(9):1597-1602.
2. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, Tselentis Y and Galanakis E. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: A prospective study. Arch Dis Child. 2010;95(12):1004-8.
3. Weerapong Chattranon. Why Breastfeeding, In: Nipan Woramongkol, eds. Training manual breastfeeding specialist. Bangkok: War Veterans Organization of Thailand; 2010. Thai.
4. World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding (Revised 2018). Geneva: WHO Document Production Service; 2019.
5. National Statistical Office of Thailand. Multiple Indicators Cluster Survey: MICS, Surveying the situation of children and women In Thailand 2016. Bangkok: NSO Press; 2016. Thai.
6. Fitria SU. Factors related to exclusive breastfeeding behavior among postpartum mothers with six-month-old infants in Yogyakarta, Republic of Indonesia. [Thesis] . Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. Thai.
7. Jiranun Weerakul. Factors Associated with success in promoting exclusive breastfeeding for 6 months in Naresuan University Hospital. Proceeding of the National Academic Conference "Naresuan Research" 12th; 2016 Juily 21-22; Phitsanulok: Thailand. Thai.
8. Pataraporn Chuprapan, Weena Thiangthum, & Panun Pichayapinyo. Factors influencing exclusive breastfeeding within a 6 months' period among mothers in South Central Region of Thailand. Proceeding of Graduate research conference; 2014; Khon Kaen: Thailand. Thai.
9. Natthaporn Chanthanyakam. Factor predicting behaviors for breastfeeding postpartum women in Wachirabaramee distric, Prichit Province. Thai.
10. Kanetporn Techasoavapak. Infuencing factors to 6 months exclusive breastfeeding among mothers in Bangkok metropolitan. [Thesis]. Bangkok: Mahidol university; 2011. Thai.
11. Jettapon Sangkla. Factor associated with exclusive breastfeeding: A case study in semi-urban area, Kanchanabury. [Thesis]. Bangkok: Mahidol university; 2014. Thai.
12. Chayapa chaisuwan. Predictive power of support of husbands, grandmothers and nurses on duration of exclusive breastfeeding. [Thesis]. Bangkok: Mahidol university; 2011. Thai.
13. Ajzen I. The theory of planned behavior. oOrganization behavior and human decision processes. 1991; 50(2): 179-211.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang, A.G, & Buchner, A. G*Power 3 : A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39: 175-91.

15. Darin Danthes. Effects of breastfeeding promoting program for working pregnant woman on attitude and intention to exclusive breastfeeding. [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016. Thai.
16. Napa Sritongbai. Effectiveness of promoting family participation in breastfeeding program of primigravida pregnant women. [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016. Thai.
17. Zeidi M, Hajiagha AP, & Zeidi B.M. Effectiveness of educational intervention on exclusive breast feeding in primipara women: application of planned behavior theory. Razi Journal of Medical Sciences. 2015; 127(21): 12-23.
18. Jeihooni AK., Kashfi SM., Harsini P.A. Impact of an educational intervention on breastfeeding behaviour among pregnant women. British Journal of Midwifery. 2019; 27(1). 131-40.
19. Yu Z, Zhihong Z, Zhang Yu, & Hongwei W. Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. Women and Birth. 2017; 30(2): 146-52.
20. Wassachol Pichianwilai. The effect of a planed behavior program on excvlusive breastfeeding behavior among working mothers. . [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. Thai.
21. Dellen SA, Wisse B, Mobach M.P, & Dijkstra A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. BMC Public Health. 2019;(19): 1-12.
22. Gu Y, Zhu Y, Zhang Z, & Wan H. Effectiveness of a theory-based breastfeeding promotion intervention on exclusive breastfeeding in China: A randomised controlled trial. Midwifery. 2016; 42(1): 93-99.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สรินดา น้อยสุข* พย.ม.
พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์** พย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์ คือ (1) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี (2) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ปี (3) ไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัล (4) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ (5) ยินดีให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และ (6) มีค่าคะแนนการประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (3) เสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (4) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (5) เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง และ (6) สรุปกิจกรรมกลุ่ม เครื่องมือเก็บรวมรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (2) แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ (3) โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: ภาระการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Corresponding e-mail: pimpimol@bcnsprnw.ac.th

The Effects of Empowerment Program on Caring Burden for Caregivers of Persons with Schizophrenia

Sarinda Noisuk* M.N.S.

Pimpimol Rueangrit** M.N.S.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of empowerment program on caring burden for caregivers of persons with schizophrenia. A sample of 20 caregivers were purposively recruited according to the criteria: (1) aged between 20-60 years, (2) be the primary caregiver who has been continuously taking care of the patients for more than 2 years, (3) did not get any compensation, wages or rewards, (4) resided in Nakhonsawan Province, (5) willing to collaborate and voluntarily participate in the research project, and (6) the burden assessment scores of the caregivers of the schizophrenia patients were at a moderate to a high level. The research instrument included the empowerment program, developed by the researcher in which consisted of 6 activities: (1) relationship building (2) exchange experiences about the disease and caring for the schizophrenic (3) foster empowerment on caring of the schizophrenia patients (4) exchange experiences in caring of the schizophrenia patients (5) strengthen self-confidence on continuous caring of the schizophrenia patients, and (6) summary of group activities. Date were collected using: (1) caregivers' demographic data questionnaire, (2) caring burden questionnaire of caregivers of the schizophrenia patients, and (3) the schizophrenic caregivers' empowerment program. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results showed that the average caregiving burden scores of caregivers of the schizophrenia patients after entering the developed empowerment program was lower than before entering the developed empowerment program at statistically significant level of .001.

Key words: caregiving burden, caregivers of persons with schizophrenia, empowerment program

* Registered Nurse, Senior professional level, Nakhonsawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital

** Registered Nurse, Senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan

Corresponding e-mail: pimpimol@bcnsprnw.ac.th

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มาก และมีความสำคัญเป็นอันดับแรก ๆ เมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่น มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลกและมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 2 ล้านคนต่อปี[1] ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศในปี พ.ศ.2558-2560 มีจำนวน 44,759 ราย 99,759 ราย และ 99,865 ราย ตามลำดับ[2]

สถิติของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ พบว่า ในปีงบประมาณ 2558-2560 ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ มีจำนวน 13,743 ราย, 12,007 ราย และ 10,708 รายตามลำดับ[3]

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแล และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลกระทบทำให้ผู้ดูแลคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลหรือจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดหวัง หมดกำลังใจ และรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจของตนเอง[4]

การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล และครอบครัวอย่างมาก เนื่องจากเป็นภาระในระยะยาวนาน หรือตลอดชีวิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งมักจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ รายละเอียด ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ดูแลอาจนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หรือรับประทานอาหารได้น้อย ทำให้สุขภาพทรุดโทรม

2. ด้านจิตใจ และอารมณ์ พบว่าผู้ดูแลรู้สึกเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย หวาดกลัว และจะเกิดความเครียดสูงสุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น

นอกจากนี้ การศึกษาของ Doombos[5] พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจลดน้อยลง ผู้ดูแลหลายคนมักจะมีสุขภาพแย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาการนอนหลับ และมีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน

Montgomery &et al.[6] กล่าวถึงภาระในการดูแลซึ่งแบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ (1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) และ (2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) รายละเอียดดังนี้

1. ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเป็นทุกข์ความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นการที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต

2. ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลงการมีกิจกรรมทางสังคมลดลงหน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการลดความรู้สึกเป็นภาระ (burden) เพิ่มความสามารถและศักยภาพให้ผู้ดูแลมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงบทบาทอิสระของพยาบาลจิตเวช และเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ถ้าหากผู้ดูแลไม่มีความสามารถ สูญเสีย

พลังอำนาจหรือไม่มีความพึงพอใจในความสามารถของตน รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สนใจดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และรับรู้พลังอำนาจของตนเองที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดพลังในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

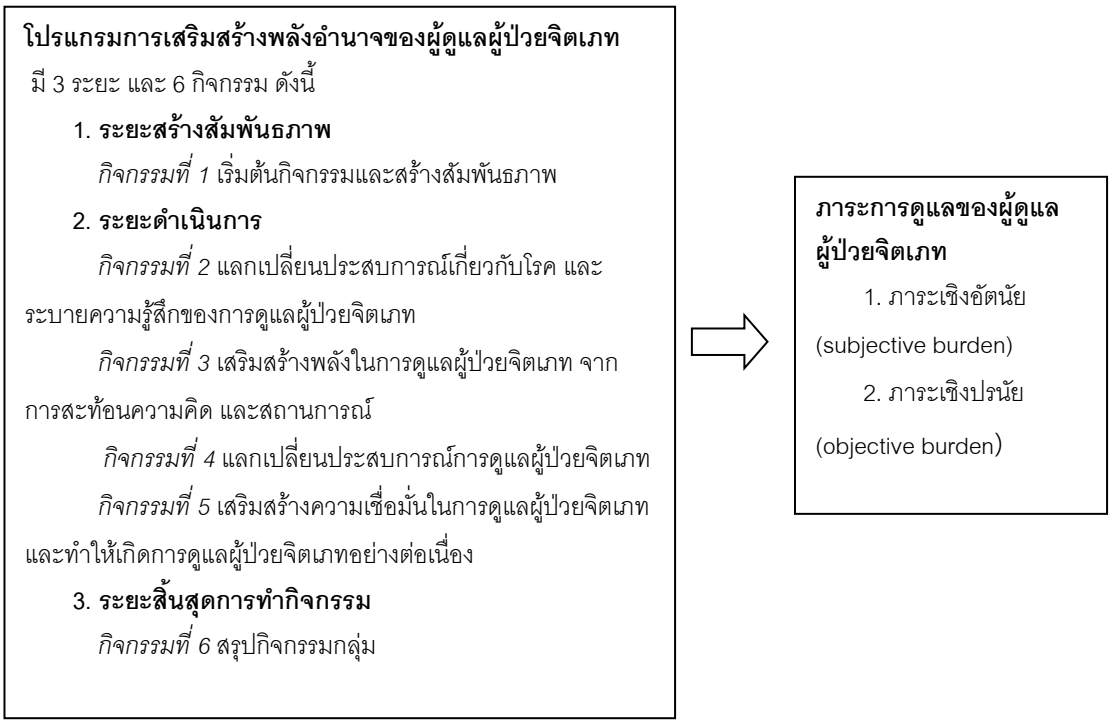
เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดทฤษฎีของ Gibson[7] รายละเอียดของกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องนี้ แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (one group pre-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการเข้าโปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คนที่เป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี

2. เป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 2 ปี

3. ไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัล

4. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์

5. ยินดีให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

6. ได้รับการประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีค่าคะแนนการประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2) แบบสอบถามภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล เป็นแบบวัดภาระการดูแลของ Montgomery et al.[6] ที่ดัดแปลง และแปลเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยชำนิ[8] มี 2 ส่วน ได้แก่

2.1 ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ

2.2 ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง แผนกผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.89

2. เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson[7] ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็น 3 ระยะ และมี 6 กิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 1 การเริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างความรู้จักคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจกันในกลุ่ม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์การดูแล และอภิปรายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อพัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการสะท้อนความคิดและสถานการณ์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูล และระบายความรู้สึกที่มีต่อตนเองและผู้ป่วย และเกิดความ

ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล เป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล

กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการนำไปปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยและกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมถึงการนำไปปฏิบัติจริง มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้น ส่งเสริมให้กำลังใจ เป็นผู้ตอบข้อสงสัยและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมุ่งมั่นในการดูแล ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ถ้าพบปัญหาในการปฏิบัติการดูแล ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา โดยผู้ดูแลจะมีความรู้สึกมั่นใจ มีพลัง มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติและสามารถนำวิธีการแก้ปัญหานั้นไปใช้ได้ในครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 การสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นระยะสุดท้ายของการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อสรุปผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด และให้กำลังใจสมาชิกในการคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1) เตรียมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล บุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บข้อมูล การใช้สถานที่ และวัน เวลาในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการทดลอง

2) เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ เป็นผู้ที่มีความรู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และมีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามวันและเวลาที่กำหนด เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม การทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง ใช้เวลานาน 60-90 นาที กลุ่มตัวอย่างทุกคน ต้องเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมของตนจนครบทั้ง 6 กิจกรรม การทำกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างนำวิธีการที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการบันทึก และวิเคราะห์กระบวนการกลุ่มภายหลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมทุกครั้ง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องตอบแบบสอบถามภาระการดูแลของผู้แลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนดำเนินการทดลองและหลังจากสิ้นสุดการทำกิจกรรมครั้งที่ 6 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อน และหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เลขที่ 06/2560 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล การตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยการทดสอบค่าที (dependent t-test)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 30 สถานภาพคู่ ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45 รองลงมา คือ รับจ้าง ร้อยละ 30 รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 50 มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดามารดา ร้อยละ 60 เป็นสามีภรรยา ร้อยละ 20 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนาน 6-10 ปี ร้อยละ 60 ระยะเวลา 2-5 ปี ร้อยละ 30

คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาระเชิงอัตนัย ภาระเชิงปรนัย และภาระโดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงอัตนัยลดลงจาก 2.98 เป็น 2.33 ลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.65 โดยลดลงทั้ง 20 คน และคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงปรนัยลดลงจาก 3.11 เป็น 2.28 ลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 โดยลดลงจำนวน 18 คน และเท่าเดิม จำนวน 2 คน คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมลดลงจาก 3.05 เป็น 2.31และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.74 โดยลดลงทั้ง 20 คน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (N 20 คน)

คนที่	ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระรายด้าน และ โดยรวม		
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง					
	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม
1	3.08	3.33	3.21	2.67	2.42	2.55	0.41	0.91	0.66
2	3.08	2.92	3.00	2.42	2.42	2.42	0.66	0.50	0.58
3	3.25	3.42	3.34	2.67	1.83	2.25	0.58	1.59	1.09
4	2.92	2.92	2.92	2.25	2.92	2.59	0.68	0.00	0.34
5	2.67	2.67	2.67	2.25	1.83	2.04	0.42	0.84	0.63
6	3.08	3.17	3.13	1.92	2.50	2.21	1.16	0.67	0.92
7	2.75	2.92	2.84	1.92	1.50	1.71	0.83	1.42	1.13
8	3.25	3.17	3.21	2.42	2.42	2.42	0.83	0.75	0.79
9	2.67	2.67	2.67	2.42	2.67	2.55	0.25	0.00	0.13
10	2.75	2.92	2.84	2.25	1.83	2.04	0.50	1.09	0.80
11	2.92	3.33	3.21	2.25	2.25	2.25	0.67	1.08	0.88
12	2.67	3.42	3.05	1.92	2.67	2.30	0.75	0.75	0.75
13	2.92	3.17	3.05	2.67	2.67	2.67	0.25	0.50	0.38
14.	3.42	3.25	3.34	3.08	2.42	2.55	0.34	0.83	0.59
15.	2.42	3.17	3.25	2.25	1.83	2.04	0.17	1.34	0.76
16.	2.92	3.33	3.13	2.25	2.42	2.34	0.67	0.91	0.79
17.	3.08	3.17	3.13	2.00	2.42	2.21	1.08	0.75	0.92
18.	3.33	2.92	3.13	1.92	2.00	1.96	1.41	0.92	1.17
19.	3.08	3.17	3.13	2.75	2.25	2.50	0.33	0.92	0.63
20.	3.33	3.25	3.29	2.25	2.42	2.34	1.08	0.83	0.96
Mean	2.98	3.11	3.05	2.33	2.28	2.31	0.65	0.83	0.74
SD	0.27	0.23	0.34	0.32	0.37	0.25	0.39	0.40	0.26

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	คะแนนภาระการดูแล		t	df	p-value
	Mean	SD.			
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.05	0.34	12.52	19	.000
หลังการทดลอง	2.31	0.25			
ภาระเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	2.98	0.27	8.64	19	.000
หลังการทดลอง	2.33	0.32			
ภาระเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	3.11	0.23	9.36	19	.000
หลังการทดลอง	2.28	0.37			

* p< 0.001

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุภาพร แนวบุตร ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ[9] และสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมคิด ปุณศิริ ที่พบว่าผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้รับความรู้และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้เกิดการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพอย่างเป็นขั้นตอนผ่านกระบวนการกลุ่ม[10] ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า การดำเนินกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม และรายด้าน ดังนี้

การดำเนินกิจกรรมที่ 1 เป็นการเริ่มต้นกิจกรรม และการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน และกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นการดำเนินการที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของตนเอง เป็นการสร้างแรงจูงใจ และชี้ให้ผู้ดูแลเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่ม ถือเป็นการสนับสนุนทางสังคม

ด้านการยอมรับ และมองเห็นคุณค่าที่เกิดขึ้นจากกระบวนการกลุ่ม โดยเป็นการช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง รู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง และไม่รู้สึกถึงความแปลกแยกจากสังคม[8] ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง มีพลังที่จะดูแลตนเอง และผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลงได้

การดำเนินกิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดำเนินการในครั้งนี้ช่วยทำให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหา และความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น รวมถึงทำให้เกิดการแบ่งปันความรู้สึกจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีโอกาสระบายความรู้สึกทั้งทางบวก และทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง เนื่องจากมีการรับรู้ว่ายังมีบุคคลอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกับตนเอง ประกอบกับการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยมีผู้วิจัยช่วยเสริมในส่วนที่ขาด และสนับสนุนข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

การดำเนินกิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการสะท้อนความคิด และสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ระบายความรู้สึกของตนเองที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สถานการณ์ และบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การส่งเสริมบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มองเห็นความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย และเกิดพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด ตรีราภี[11] ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย และความรู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ ทำให้เต็มใจยอมรับภาระการดูแลต่อไป

การดำเนินกิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เน้นการนำไปปฏิบัติ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน ทำให้มีความเข้าใจกัน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มยอมรับคำแนะนำ และความคิดเห็นจากผู้ดูแลคนอื่น ๆ โดยผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มจะได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีส่วนส่งเสริมทำให้เกิดการเรียนรู้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะเครียด มีความมั่นใจในการตัดสินใจ มีความหวังในชีวิตมากขึ้น รู้สึกมีพลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสุข และพึงพอใจ มีความรู้สึกถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในสังคมจะทำให้ความรู้สึกถึงภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง

นอกจากนี้ กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกิจกรรมที่ 6 การสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากที่ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในความดูแลของตนเอง นำไปทดลองปฏิบัติ ร่วมกันประเมินผล ทำให้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และเมื่อการดูแลตามวิธีที่เลือกนั้นประสบความสำเร็จจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ขั้นสรุปกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยประเมินผลทางบวก และการให้กำลังใจซึ่งกันและกันจากผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเอง มีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และของตนเองเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลทำให้ลดภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นความรู้สึกทางบวก ทำให้ผู้ดูแลเข้มแข็ง มีความหวังและกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมทั้งมีทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถปรับรูปแบบและระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม

2. บุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป สามารถนำวิธีการของกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เพื่อลดภาระของผู้ดูแล และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของภาระการดูแล และเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสมทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างดีที่สุดต่อไป

2. ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ญาติหรือผู้ดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับออกสู่ชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ มีกำลังใจ ไม่ย่อท้อต่อการดูแลผู้ป่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
2. Department of Mental Health. Annual report on the number of patients under the Department of Mental Health Ministry of Public Health. Nonthaburi; 2017. Thai.
3. Nakhonsawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Annual Report Nakhonsawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2017. Thai.
4. Parker B.A. Living with mental illness: the family as caregiver. Journal of Psychosocial Nursing. 1993;31(3):19-21.
5. Doombos M.M. Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams. Archives of Psychiatric Nursing. 2002;16(1):39-46.
6. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations. 1985;34(1):19-26.
7. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995; 21(6):1201-10.
8. Nopparat Chaichumni. Effects of using holistic caring program for caregiver on burden and capabilities in caring for schizophrenic patients [Thesis]. Bangkok: Chulalongkon University; 2001. Thai.
9. Supaporn Naewbood. Effects of Empowerment program on Self-care Ability of a Family Caregiver. Journal of Nursing and Education. 2015;8(4):30-40. Thai.
10. Somkid Punasiri, et al. The Effects of Empowerment Program on The caregiver's ability for Stroke Patients. Journal of Nursing Division.2009; 36(3): 47-57. Thai.
11. Somkid Treerapee. Effects of using empowerment program on burden of psychiatric patients' caregivers. (dissertation). Bangkok: Chulalongkon University; 2002. Thai.

ผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละอุ่น จังหวัดระนอง

กชมล นีติโสภณ* พ.ย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
การพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
ศิราณีย์ ช่วยชะนะ** พ.ย.บ (การพยาบาลและผดุงครรภ์)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (pre- experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน คัดเลือกตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ภาพเบาหวานขึ้นจอตาในระยะต่างๆ เครื่อง Fundus camera แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้ Cronbach's coefficient alpha ได้ค่า 0.89 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และ pair t- test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.30 เป็นเพศหญิง โดยร้อยละ 46.60 ป่วยเป็นเบาหวานนานประมาณ 2-11 ปี ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนั้น ควรใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ไปใช้ในคลินิกเบาหวาน เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, เบาหวานขึ้นจอตา, การสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
Corresponding email: sp.suksumran@gmail.com
** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลละอุ่น

Effects of Diabetic Retinopathy Images and Self-Management Support of Type 2 Diabetic Patients, La-Un Hospital, Ranong Province

Kotchamon Neetisophon* M.N.S. (Family Nurse Practitioner)
Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner
Siranee Chauychana** B.N.S. (Nursing)

Abstract

This pre-experimental research study aimed at comparing self-management behaviors of type-2 diabetic patients and their blood sugar levels at pre-post activity participation. A sample of 30 type-2 diabetic patients visiting the diabetic clinic was randomly recruited through drawing technique. The research instruments consisted of different stages of diabetic retinopathy images, fundus camera, and questionnaires on personal information and self-management behaviors of the diabetic patients. Content validity of the questionnaires was assessed by 3 experts and reliability was examined using Cronbach's coefficient with a value of 0.89. Data were collected during June 2019-January 2020 and were analyzed using mean, standard deviation, percentage, and pair t- test.

The results revealed that the majority of diabetic patients was female (63.30%) and has been diagnosed with type-2 diabetes approximately 2-11 years (46.60%). After participating in the activities, self-management behaviors of the diabetic patients were significantly increased ($p < .001$); while their blood sugar levels were significantly decreased ($p < .05$). Those results demonstrated that the blended of diabetic retinopathy images and diabetic self-management support could encourage the patients to better perform self-management behaviors, thereby reducing their blood sugar levels. Therefore, diabetic retinopathy images and diabetic self-management support should be applied in the diabetic clinic to motivate and promote the patients' diabetic self-management behavior continuously, that leads to well control of their blood sugar levels.

Key words: Type 2 diabetes patients, diabetic retinopathy, diabetes self-management support

* Registered Nurse, Professional Level, Ranong Provincial Health Office
Corresponding e-mail: sp.suksumran@gmail.com
** Registered Nurse, Professional Level, La Un Hospital

บทนำ

เบาหวานขึ้นจอตา เป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดในผู้ป่วยเบาหวาน หากปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษาองค์การอนามัยโลก ได้ประเมินผู้ป่วยตาบอดที่มีสาเหตุมาจากเบาหวานขึ้นจอตาทั่วโลกร้อยละ 4.8 คิดเป็น 1.8 ล้านคน ส่วนในประเทศไทยพบเบาหวานขึ้นจอตาเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดทั้งหมดร้อยละ 5.1[1] และร้อยละ 10 ที่มีสายตาเลือนลาง[2] สาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดเบาหวานขึ้นจอตาเร็วขึ้นเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมได้และปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและระยะเวลาการเกิดโรค[3] นอกจากนี้ การศึกษาของกัญญ์ชิสา วงศ์ไชยกิจ, ชยวิญญ์ ขจิตตานนท์ และ ชื่นฤทัย ยี่ขัน[4] พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตามีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตา และการศึกษาของพราวมาศ วิมลธรรม และนิรมล เมืองโสม[5] พบว่า การควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะจอประสาทตาผิดปกติ ดังนั้น การป้องกันการเกิดเบาหวานขึ้นจอตาได้ดีที่สุดคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[1]

โรงพยาบาลละอุ่น จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2557-2561 คือ 166, 170, 185, 214 และ 428 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 75.22, 57.93, 67.05, 77.71 และ78.71 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาด้วยการถ่ายภาพจอประสาทตา (fundus camera) และพบว่าเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอตา ในปีพ.ศ.2557-2559 และ พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 3.82, 0, 0 และ 2.80 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีผู้ป่วยตาบอดจากเบาหวานขึ้นจอตา[6] ดังนั้น การนำภาพถ่ายจอประสาทตามาใช้โดยให้ผู้ป่วยได้ดูภาพถ่ายจอประสาทตาของตนเองทำให้ผู้ป่วยทราบความก้าวหน้าในการเกิดเบาหวานขึ้นจอตา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น

ปัจจุบันการคัดกรองเบาหวานของโรงพยาบาลละอุ่น ได้รับสนับสนุนเครื่องมือตรวจจอประสาทตา (fundus camera) ดังนั้น คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลละอุ่น จึงปรับเปลี่ยนระบบบริการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น โดยการจัดบริการตรวจตาด้วย fundus camera ในวันนัดคลินิกเบาหวาน คือ ทุกวันพุธ เวลา 08.30-16.30 น. ทำให้มีเวลาในการคัดกรองมากขึ้น สามารถให้บริการผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น ซึ่งผลการตรวจเบาหวานขึ้นจอตาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเสี่ยงที่อาจทำให้ตนเองตาบอด ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ถ้านำมาใช้ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานโดยการให้ความรู้เรื่องเบาหวานขึ้นจอตา และการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากขึ้น

การสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเอง ซึ่งมีวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอนเป็นรายบุคคล การสอนเป็นกลุ่มย่อย การอภิปรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล[7] การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน[8] และความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขึ้นจอตาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เห็นความเสี่ยงและผลกระทบต่อการใช้ชีวิต อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานที่ดีขึ้นได้ การศึกษา

ของดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และนิลาวรรณ งามขำ[9] พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อจัดการกับความเจ็บป่วย[7] ได้อย่างเหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองจึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานทั้งด้านอาหาร และการออกกำลังกายด้วยตนเอง การศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุนีย์ ละกำปั่น[10] พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

การวิจัยครั้งนี้ จึงศึกษาผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละอุ่น จังหวัดระนอง โดยใช้ผลตรวจ fundus camera ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขึ้นจอตา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นความเสี่ยงของตนเอง และตระหนักความสำคัญในการจัดการควบคุมเบาหวาน จากนั้น เสริมความรู้เรื่องการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในด้านอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ดีขึ้น และระดับน้ำตาลลดลง ส่งผลต่อการชะลอการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอตา และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอื่น ๆ เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับใช้ในกิจกรรมการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาในคลินิกเบาหวานตามบริบทของโรงพยาบาลละอุ่น และสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอละอุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเบาหวานขึ้นจอตา พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดเบาหวานขึ้นจอตา คือ การควบคุมเบาหวาน และระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวาน[11] ดังนั้น การป้องกันการเกิดเบาหวานขึ้นจอตาจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคเบาหวาน แต่เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายในการควบคุมโรคเบาหวานในระยะเวลาที่ยาวนาน การสนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยเมีความต่อเนื่องในการควบคุมเบาหวาน[12] ซึ่งช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ การสนับสนุนสามารถทำได้โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพเพิ่มทักษะโดยการให้ความรู้ในการจัดการโรคเบาหวานจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่จะนำไปปฏิบัติการควบคุมเบาหวานได้ [8] และทฤษฎีของบลูม อ้างใน พิศิษฐ ตัณฑวณิช[13] ที่กล่าวว่า การเรียนรู้มีจุดมุ่งหมาย 3 ด้าน คือ ด้านพุธพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ประสบการณ์ และการเชื่อมโยง ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ความคิด ความรู้สึกและค่านิยม การให้ความรู้การจัดการตนเองเพื่อควบคุมเบาหวานทั้งด้านอาหาร และ

การออกกำลังกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยควบคุมเบาหวานด้วยตนเองโดยให้เห็นถึงความเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น ดังโรเซนสต๊อก[14] กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรค ความรุนแรง อันตรายและผลเสียของโรคที่มีผลกระทบต่อชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม หน้าที่การงาน หากบุคคลนั้น ๆ เกิดโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวาน (วรรณรา ชื่นวัฒนา, ณิชานาฏ สอนภักดี [15] ดังนั้น การใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาของผู้ป่วยเองมาใช้ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเห็นความเสี่ยงและความรุนแรงของการไม่ควบคุมเบาหวาน อาจส่งผลให้ตาบอดจากเบาหวานขึ้นตา ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ จากการศึกษาของเรย์ ศรีรัตนา ทาบูกานน [16] ที่พบว่า การใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาของผู้ป่วยประกอบการให้คำแนะนำช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง และมีแนวโน้มทำกิจกรรมระดับปานกลาง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (pre- experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทำกิจกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลละอุ่น ในเขตอำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร two dependent means ในapp N4studies จากการศึกษาของศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล[17] ที่กำหนดผลต่างคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 0.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมเท่ากับ 1.3 เมื่อกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจทดสอบ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ (1) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (2) มารับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลละอุ่น (3) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

2. เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ (1) มีภาวะทุพพลภาพ เช่น เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต (2) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เช่น เดินไม่สะดวก (3) มีอาการทางจิตเวช หรือมีภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน เช่น ไต หัวใจ (4) ปฏิเสธการตรวจ fundus camera (5) ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ได้จากการเจาะเลือดผู้ป่วยหลังงดอาหาร 6-8 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ดัดแปลงจากเครื่องมือของสุพาพร เพ็ชรอาวุธ[12] เป็นแบบคำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบตามสภาพ

การปฏิบัติจริง ทั้งมิติเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยมีคำถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร จำนวน 12 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ รวม 20 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าเท่ากับ 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ นำไป try out กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เท่ากับ 0.89

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ตัวแบบภาพเบาหวานขึ้นจอตา และเครื่อง fundus camera

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ และ recruit กลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่มารับบริการตามทะเบียนนัดในคลินิกเบาหวาน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง และ กระบวนการให้ความยินยอม ในคลินิกเบาหวาน ทุกวันพุธ เวลา 08.30-16.30 น. โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการทำวิจัย การตอบรับปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ลงนามในใบยินยอมในผู้ป่วยเบาหวานตามรายชื่อที่จับฉลากไว้ และประเมินพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดำเนินการวิจัย โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที และดำเนินกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลละอุ่น

1. ตรวจตาให้กับผู้ป่วยเบาหวานด้วยเครื่อง fundus camera และให้ดูภาพถ่ายจอประสาทตาของผู้ป่วย เพื่อประเมินระยะของโรคเบาหวานขึ้นจอตา พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องเบาหวานขึ้นจอตาเป็นรายบุคคล ตั้งแต่การเกิดเบาหวานขึ้นจอตา การรักษา และการป้องกันเบาหวานขึ้นจอตา โดยใช้สื่อการสอนเป็นตัวแบบภาพถ่ายจอประสาทตาในระยะต่าง ๆ ร่วมกับการให้ความรู้ กิจกรรมนี้ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที /ผู้ป่วย 1 ราย

2. สนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเพื่อเสริมทักษะการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านอาหาร และการออกกำลังกาย กิจกรรมนี้ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

สัปดาห์ที่ 2 การติดตามทางโทรศัพท์

1. ติดตามสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และปัญหาการปฏิบัติตน

สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้การจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลละอุ่น

1. สนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยให้ความรู้เป็นรายบุคคลเสริมทักษะการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองครั้งที่ 2 เป็นรายบุคคลเน้นการแก้ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติพฤติกรรมด้านอาหาร และการออกกำลังกาย กิจกรรมนี้ ใช้เวลา 10-15 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามทางโทรศัพท์

1. ติดตามสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และปัญหาการปฏิบัติตน

สัปดาห์ที่ 8 ติดตามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองด้านอาหารและออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด fasting blood sugar

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดระนอง เลขที่ COA_PHARN 002/2562.0305 การดำเนินการทดลองปฏิบัติตามการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 มีช่วงอายุระหว่าง 47-63 ปี มีอายุเฉลี่ย 55 ปี SD 11.72 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.30 ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมงเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 63.30 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมและปริญญาตรี ร้อยละ13.30 รายได้ในครอบครัวมีเพียงพอเลี้ยงชีพ ร้อยละ 60.00 โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระหว่าง 2-30 ปี และส่วนใหญ่ป่วยเป็นเบาหวานนานประมาณ 2-11 ปี ร้อยละ 46.60

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 รายละเอียดในดังตารางที่ 1 สำหรับผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดในดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ก่อน-หลังทำกิจกรรม (N 30 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทำกิจกรรม (ทดลอง)		หลังทำกิจกรรม		t
	Mean	SD	Mean	SD	
1. พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง	42.30	8.63	52.0	3.87	5.79*
ด้านการควบคุมอาหาร	23.40	5.87	31.53	1.61	-7.02*
ด้านการออกกำลังกาย	18.90	3.35	20.47	2.85	2.12**
2. ระดับน้ำตาลในเลือด	142	39.35	132	29.74	2.29**

* $p < 0.001$, ** $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการประเมินผลของการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ทั้งพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองภาพรวม และรายด้าน หลังการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา ดวงแก้ว และจริยวัตร นภาพร[18] ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ และการศึกษาของถาวร ศรชัย[19] ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า หลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความสนใจในการควบคุมโรคเบาหวานจากการได้รับรู้ถึงความเสี่ยงจากโรคเบาหวานโดยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาแล้วได้เห็นภาพถ่ายจอประสาทตาของตนเอง จึงเกิดความตระหนักในการควบคุมโรคเบาหวานและยังได้รับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวาน ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานทำให้มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเห็นถึงผลเสียของการไม่ควบคุมเบาหวานจนก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตนเอง อาจทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานมากขึ้น รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติการควบคุมเบาหวานที่สามารถปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, นิลาวรรณ งามขำ[9] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นหลังทำกิจกรรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานดีขึ้น อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจากการได้เห็นภาพถ่ายจอประสาทตาของตนเอง และได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้าใจและได้ฝึกปฏิบัติการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองทั้งในด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย แล้วยังมีการติดตามผู้ป่วยทั้งทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถนำไปปฏิบัติได้จนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ ศิริแก่นทราย[20] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางหลวงเหนือ ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด และธนวัฒน์ สุวัฒนกุล[21] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สูงมีโอกาสควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี แต่การวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในระดับหนึ่ง และพบว่ามีผู้ป่วยบางรายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยมากกว่า 130 มก/ดล อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา ดวงแก้ว, จริยวัตร คมพยัคฆ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย[18] ศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ดังนั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ทั้งด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยใช้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่ส่งผลต่อทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ และมองเห็นภาพภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยสนใจปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการจัดการโรคเบาหวานโดยการควบคุมด้านอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และสนับสนุนความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ไปใช้ในคลินิกเบาหวาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตาหรือตัวแบบภาพถ่ายจอประสาทตา ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองไปใช้ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเมื่อออกหน่วยตรวจเบาหวานขึ้นจอตา

2. จากการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตามาใช้ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลดีขึ้น จึงควรนำเอาภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ มาสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวาน

References

1. Waruttaporn Chanlalit . Ocular complications from diabetes mellitus. Journal of Medicine and Health Science. [Internet]. 2559 [cited 2561 Sep 17]; 23(2): 36-45. Available from: https://he01.tci-thaijo.org
2. Arpichart singkalawanich. Ocular complications from diabetes mellitus and screening. [Internet]. 2561; [cited 2018 Sep 17]. Available from: www.si.mahidol.ac.th
3. Aritach Eiamudomsuk , Kannika Eiamudomsuk. Prevalence and related factors of Diabetic Retinopathy in type 2 Diabetic Patients at Raj Pracha Samasai Institute. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. [Internet]. 2557 [cited 2561 Sep 17]; 4(2): 109-117. Available from: http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOMAT/JOMAT-Y04v02S02.pdf
4. Gaanchisa Vongchaiyakit, Jayawin Kajittanon, Chuenrutai Yeekian. Comparison of Glycosylated Hemoglobin (HbA1C) betweenDiabetic Retinopathy and Non- Diabetic Retinopathy Patients. Thammasat Thai Journal of Ophthalmology. [Internet]. 2556 [cited 2561 Sep 17]; 11(2): 22-28. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/eyesea/article/view/47405/39293
5. Prawmas Wimontham and NiramonMuangsom. Factors Associated with Diabetic Retinopathy among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Pak Thong Chai Nakhon Ratchasima. Journal for Public Health Research. [Internet]. 2556 [cited 2561 Sep 17]; 6(3): 93-101. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/117983/90535
6. Diabetic clinic. Annual report 2018. La-Un hospital, Ranong Province.
7. Chodchoi Wattana. Self Management: Strategic Approach of disease promotion and control. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2558; *26*(1).
8. Wiroj Jiamjarasrangsi. Self-management support interventions for type 2 diabetic patients. Chula Med J. [Internet]. 2556 [cited 2561 Sep 17]; 57(3): 279-291. Available from: http://clmjournal.org/_fileupload/journal/29-2.pdf
9. Duanghathai Sangsawang, Anothai Palitnonkert and Nilawan Ngamkham. Factors Affecting Behaviors to Reduce Blood Sugar Levels of Diabetic Patients in Bangpoomai Tambon Health Promoting Hospital, Samutprakarn Province. Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science). [Internet]. 2561 [cited 2561 Sep 17]; 8(1): 103-117. Available from: http://acad.vru.ac.th/Journal/journal%208_1/8_1_08.pdf
10. Krittakorn Munsrakeat, Tassanee Rawiworrakul and Sunee Lagampan. Effects of Self-Management

Program for Glycemic Control Among Insulin Depen-dent Type 2 Diabetes Patients. The Journal of Barommarajonani College of Nursing, Nakonratchasima. [Internet]. 2019 [cited 2561 Sep 17]; 25(2): 87-103. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/233384

11. Anupot Sompopsakun, Yupayao Uaarayaporn, Phnom Sukchan, et.al. Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy among registered diabetic patient in Songkhla general Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal. [Internet]. 2012 [cited 2561 Sep 17]; 4(3): 29-43. Available from: https://li01.tci-thaijo.org
12. Supaporn Phetarvut, Nantiya Watthayu, and Nantawon Suwonnaroop. Factors Predicting Diabetes Self-management Behavior among Patients with Diabetes Mellitus Type 2. Journal of Nursing Science. [Internet]. 2010 [cited 2561 Sep 17]; 29(4): 18-26. Available from: https://ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol29/issue4/supaporn.pdf
13. Bloom, B.J. et. al. Taxonomy of Educational Objectives, Cognitive Domain Based on the Concept of Benjamin S. Bloom : Revision Edition. cited Pisit Tuntavanitch 2557. Lampang Rajabhat University Journal. 1956; 3(2).
14. Rosenstock, I. M. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974; 2(4), 328-334.
15. Wannara Cheinwattana and Nichanat Sornpakdee. Self-Care Behaviors in diabetes mellitus Tumbon Bangmaenang Ampher Bangyai Nontaburi Province. Pathumthani University Academic Journal. [Internet]. 2557 [cited 2561 Sep 17]; 6(3):163-170. Available from: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Documment/diabetes/research/d%202-3-8.pdf
16. Ray Sriratana Tabookanon. Visual feedback of patients' retinal photograph results for coronary heart disease risk factors reduction in type 2 diabetes mellitus with diabetic retinopathy and coronary heart disease. 2555. [Cited 2018 Sep 17]. Available from: http://cuir.cor.chula.ac.th
17. Sirirat Kanjanawachirakul. A Study of Self-Care Behaviors in diabetes mellitus at Regional Health Promotion Center 3 Chonburi. [Internet]. 2553. [cited 2560 Oct 10]. Available from: http://hpc6.anamai.moph.go.th
18. Kritsana Duangkaew, Jariyawat Kompayak and Napaporn Kaewnimitchai. Effects of educative supportive nursing system on self-care behaviors fasting plasma glucose and level of diabetic retinopathy in type 2 diabetes mellitus patients. Thammasat Thai Journal of Ophthalmology. [Internet]. 2559 [cited 2561 Sep 17]; 11(2):34-53. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/eyesea/article/view/91297/71715

19. Thavorn Sornchai. The Outcomes of Knowledge Providing Program for Diabetic Type II Patients at Risk of Diabetic Retinopathy. (Thesis): Bangkok; Graduate School of Christian University; 2557.
20. Suwat Sirikaensine. Health Belief Related to Blood Glucose Control Among Patients With Diabetes Mellitus Type II In Kut Chik Subdistrict, Mueang District, Nongbua Lamphu Province. Southeast Bankok Jouurnal. [Internet]. 2562 [cited 2561 Sep 17]; 5(1):55-68. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/SB_Journal/article/view/150099
21. Thanawat Suwattanakul. Factors Related to Blood Sugar Control among Diabetes Mellitus Type 2 Patients. Journal of Health Systems Research. [Internet]. 2561 [cited 2561 Sep 17]; 12(3):515-522. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4946/hsri-journal-v12n3-p515-522.pdf

การรับรู้ของอาจารย์พยาบาลต่อสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของบัณฑิตพยาบาล

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล* ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)

ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ** พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

ณัฏฐากุล บึงกุม* พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)

อัญชลี อ้วนแก้ว* พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

พวงผกา อินทร์เอี่ยม* พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

บัณฑิตพยาบาลจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ในระดับพื้นฐานและต้องอาศัยการกำกับดูแล แต่บัณฑิตพยาบาลจะถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้มีสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยที่สมบูรณ์และเพียงพอ ทั้งจากผู้รับบริการและผู้ใช้บัณฑิต การศึกษาเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะของบัณฑิตพยาบาลที่คาดหวังและที่สามารถปฏิบัติได้จริงตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้ผลิตบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 15 คน จากสถาบันการศึกษาพยาบาล 3 แห่ง ๆ ละ 5 คน จากสาขาวิชาละ 1 คน ที่มีประสบการณ์การสอนและนิเทศอย่างน้อย 10 ปี เก็บข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 147 ทักษะทั้งสมรรถนะที่คาดหวังและที่สามารถปฏิบัติได้จริงในแต่ละทักษะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่ามัธยฐานและสถิติการทดสอบ chi-square

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ต่อระดับสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริงอยู่ในระดับ 3 ถึงระดับ 5 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 ส่วนสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังอยู่ในระดับ 4 ถึงระดับ 5 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 และพบว่าการรับรู้ระดับสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังสูงกว่าระดับที่สามารถปฏิบัติได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สรุปว่าสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังแต่ละทักษะอยู่ในระดับ 4 ขึ้นไป ส่วนทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริงยังมีอยู่ในระดับ 3 ทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริงที่ต่ำกว่าระดับ 4 จึงควรได้รับการฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนก่อนจบการศึกษา เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: สมรรถนะวิชาชีพ บัณฑิตพยาบาล ทักษะพิสัย

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

**อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Corresponding Author: e-mail: soianu@kku.ac.th

The Perception of Nursing Instructors towards Entrustable Professional Activities of Newly Graduated Nurses

Soiy Anusornteerakul*	Ph.D. (Development Science)
Saranya Tienprasert **	M.N.S. (Nursing Administration)
Natthakul Buengmoom*	M.N.S. (Public Health Nursing)
Anchalee Ounkaen*	M.N.S. (Nursing Administration)
Puangpaka Iniam *	M.N.S. (Nursing Administration)

Abstract

Newly graduated nurses will be able to practice nursing at a basic level and require supervision, they are expected to be of sufficient and complete competencies from both clients and graduate users. The objective of this descriptive study aimed to study the perception of nursing instructors towards entrustable professional activities (EPAs) of newly graduated nurses. The samples consist of study 15 nursing instructors from 3 nursing education institutes, 5 nursing instructors from each of institute, and 1 from each of nursing department, with at least 10 years of teaching and supervisory experience. The research instrument was the questionnaire consisting of 147 specific EPAs scored on a 5-point Likert scale with providing the actual and expected ideal scores for each of the EPAs. The Delphi technique was used to collect the data. Data analysis were conducted via median, and Chi-square.

The results showed that the actual EPAs were most commonly perceived to be at the fourth level, followed by the third and fifth level, respectively. The expected EPAs were the fourth and fifth level, mostly at the fifth level. The expected ideal levels of EPAs were consistently higher than actual levels with a statistical significance at the level of 0.001. The expected EPAs were at the fourth level or higher, whereas the actual EPAs was also available at the third level. For the safety of clients, the actual EPAs below the fourth level should receive more practices before graduation.

Key words: professional competency, graduated nurse, psychomotor skill

*Nursing instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus, Thailand

**Nursing instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, Thailand

Corresponding Author: e-mail: soianu@kku.ac.th

บทนำ

สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะเบื้องต้นของพยาบาลวิชาชีพไว้เพื่อให้เข้าใจตรงกันว่า สมรรถนะวิชาชีพสามารถแบ่งได้หลายระดับตามความยากง่ายและความซับซ้อนของปัญหาของผู้รับบริการ พยาบาลวิชาชีพในระดับปริญญาตรีจะสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้ทุกเพศ ทุกวัย ทั้งที่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยงและมีภาวะเจ็บป่วย ในสถานบริการได้ทุกระดับ เป็นผู้ที่มีความรู้กว้างในการพยาบาลผู้ป่วย และความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ มีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ภาวะเรื้อรังด้วยความรู้และทักษะพื้นฐานที่ไม่มีความซับซ้อน[1] สอดคล้องกับระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามรูปแบบของ Benner (Benner's model) ที่กล่าวว่าบัณฑิตพยาบาล คือพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ที่เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพ 1-2 ปี ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานต้องอาศัยการชี้นำจึงจะทำได้ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลในระดับพื้นฐานได้[2] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบัณฑิตพยาบาลจะถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้มีสมรรถนะวิชาชีพที่สมบูรณ์ ทั้งจากผู้รับบริการและผู้ใช้บัณฑิต ทำให้ผลการประเมินสมรรถนะวิชาชีพบัณฑิตพยาบาลยังไม่เป็นที่พอใจโดยเฉพาะด้านทักษะพิสัย ทำให้บัณฑิตพยาบาลเกิดความเครียดที่ต้องปรับตัวต่อสถานการณ์การทำงาน และความเครียดจากการปรับเปลี่ยนจากบทบาทนักศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ[3] สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า บัณฑิตพยาบาลมีข้อจำกัดในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ มีทักษะจำกัดในการแก้ปัญหา การเป็นผู้นำ การสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ที่จำเป็นในคลินิก ไม่มั่นใจในการทำงานและต้องใช้เวลามากในการปรับตัวจากการเป็นนักศึกษาพยาบาลไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ[4]

จากสถานการณ์ดังกล่าว สถาบันการศึกษาการพยาบาลมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาทักษะของนักศึกษาและบัณฑิตพยาบาล โดยมีการพัฒนาการเรียนการสอนและฝึกปฏิบัติประสบการณ์ให้กับนักศึกษาทุกสาขาการพยาบาล ตลอดจนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดก่อนจบการศึกษา ส่วนใหญ่การกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพขึ้นอยู่กับการกำหนดของแต่ละสถาบันการศึกษาและเป็นมุมมองการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาและบัณฑิตพยาบาลให้ได้ตามความคาดหวัง จึงเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของผู้ผลิตบัณฑิตที่ต้องรับรู้สมรรถนะวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน การบริหารหลักสูตรพยาบาล และการจัดประสบการณ์ทางคลินิกให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริง (actual entrustable professional activities: EPAs) ตามสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวัง (expected entrustable professional activities) และเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถใช้กำหนดหรือเป็นข้อตกลงเกี่ยวกับสมรรถนะวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลกับผู้ใช้บัณฑิตพยาบาลให้ชัดเจน

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะของบัณฑิตพยาบาลที่

สามารถปฏิบัติได้จริงโดยปราศจากการกำกับตามที่คาดหวังและที่สามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนและการเตรียมบัณฑิตพยาบาลก่อนออกไปปฏิบัติงานจริง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

EPAs เป็นภาระงานหรือความรับผิดชอบ (task or responsibilities) ที่สถาบันการศึกษามอบหมายความรับผิดชอบให้ผู้เรียนดำเนินการได้ โดยไม่ต้องมีผู้นิเทศและมีสมรรถนะที่เพียงพอที่สามารถสังเกตและประเมินได้ และดำเนินการภายใต้เวลาที่กำหนด [5] เป้าหมายของ EPAs คือ การไว้วางใจในการปฏิบัติงานโดยปราศจากการนิเทศ[6] แนวคิดการแบ่งระดับ EPAs ออกเป็น 5 ระดับ [5,7-9] คือ ระดับ 1 ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ให้สังเกตเท่านั้น หรือต้องช่วยเหลือทั้งหมด ระดับ 2 สามารถปฏิบัติได้ภายใต้การนิเทศอย่างใกล้ชิด ระดับ 3 สามารถปฏิบัติได้ภายใต้การนิเทศเมื่อต้องการ และพร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที ระดับ 4 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือภายใต้การนิเทศห่างๆ และระดับ 5 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถให้การนิเทศผู้อื่นได้ มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรแห่งชาติ (ศสช)[8] และสภาการพยาบาล[9] กำหนดให้ EPAs ระดับ 4 ขึ้นไปถือว่าเป็น EPAs ที่เพียงพอ สมบูรณ์และยอมรับได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายในผลิตบัณฑิตพยาบาลและการจัดการเรียนการสอน[8-9] การประเมิน EPAs ของบัณฑิตพยาบาลจะใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) ซึ่งเป็นวิธีที่ยอมรับประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล จำนวน 10-15 คน [10-12] ผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษาพยาบาลที่เป็นผู้ประเมินต้องมีประสบการณ์การสอนและนิเทศในคลินิกไม่น้อยกว่า 10 ปีขึ้นไป [2]

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงพรรณนา ด้วยเทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีส่วนในการผลิตบัณฑิตพยาบาล ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ที่มีประสบการณ์การสอนในมหาวิทยาลัยและในคลินิกเฉพาะสาขาการพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 ปี ครอบคลุม 5 สาขาการพยาบาล สาขาละ 3 คน ได้แก่ สาขาการพยาบาลเด็ก สาขาการพยาบาลชุมชน สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สาขาการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมเป็นจำนวน 15 คน เพื่อลดอัตราการคลาดเคลื่อนของข้อมูลให้น้อยที่สุดตามเทคนิคเดลฟาย [10-12] ระยะเวลาดำเนินการเริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2563

เครื่องมือการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากคู่มือประสบการณ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาตรบัณฑิต (checklist) ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-4 ของมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน 4 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 4 แห่ง รวมทั้งหมด 8 แห่ง ในภาคกลาง 4 แห่ง ภาคเหนือ 1 แห่ง ภาคใต้ 1 แห่ง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 แห่ง นำมาพิจารณาและประยุกต์เป็นแบบสอบถามที่มีทักษะการพยาบาลที่ครอบคลุมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ครอบคลุมทั้ง 5 สาขาการพยาบาล และเป็นทักษะที่บัณฑิตพยาบาลควรปฏิบัติได้ ประกอบด้วยคำถาม 2

ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย จำนวน 147 ทักษะ แต่ละทักษะแบ่งการรับรู้ออกเป็น 2 ส่วนคือ การรับรู้ต่อสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวัง และการรับรู้ต่อสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริง แต่ละส่วนแต่ละทักษะเป็นคำตอบแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามระดับของ EPAs [7-8,13]

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูล 3 รอบด้วยเทคนิคเดลฟาย ดังนี้

ระยะที่ 1 นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลในสถาบันศึกษาการพยาบาลมีประสบการณ์การสอนในมหาวิทยาลัยและในคลินิกเฉพาะสาขาการพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 5 คน ครอบคลุม 5 สาขาการพยาบาล เช่นเดียวกัน ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา นำไปหาค่าความตรงทางเนื้อหา (content validity) ได้ค่า item objective congruence (IOC) เท่ากับ 0.90

ระยะที่ 2 นำแบบสอบถามให้อาจารย์พยาบาล จำนวน 15 คน โดยแยกความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ 5 สาขาวิชาการพยาบาล สาขาละ 3 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อให้ความคิดเห็นตามการรับรู้ต่อระดับทักษะการพยาบาลที่บัณฑิตพยาบาลสามารถปฏิบัติได้จริงและตามที่คาดหวัง โดยกำหนดการส่งแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์ นำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยการหาค่าแอลฟ่าครอนบาค (cronbach' alpha) ได้ค่าการรับรู้ต่อระดับสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติได้จริงเท่ากับ 0.99 และการรับรู้ต่อระดับสมรรถนะที่คาดหวังเท่ากับ 0.98 จากนั้นวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (median) ของแต่ละทักษะการพยาบาล

ระยะที่ 3 นำแบบสอบถามที่มีค่ามัธยฐานของแต่ละทักษะการพยาบาล ให้อาจารย์พยาบาลคนเดิมในรอบที่ 2 จำนวน 15 คน พิจารณาระดับสมรรถนะวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลแต่ละทักษะอีกครั้ง ทั้งสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริงและตามที่คาดหวัง ซึ่งสามารถยืนยันคำตอบเดิมหรือให้ระดับสมรรถนะวิชาชีพแต่ละทักษะการพยาบาลในระดับใหม่ได้ตามการรับรู้ โดยกำหนดการส่งแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์ นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) และค่าความแปรปรวน (standard deviation) ของแต่ละทักษะการพยาบาล จากนั้น ผู้วิจัยประชุมทีมเพื่อพิจารณาและสรุปผลร่วมกัน

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหมายเลขโครงการ HE 612275 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 1 ใช้ค่าความตรงของเนื้อหา รอบที่ 2 ใช้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และค่ามัธยฐานของแต่ละทักษะการพยาบาล รอบที่ 3 วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าความแปรปรวนของแต่ละทักษะการพยาบาล การจัดระดับทักษะการพยาบาลแต่ละทักษะด้วยค่ามัธยฐาน ทดสอบความแตกต่างของระดับสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริงและตามที่คาดหวัง ด้วยการทดสอบสถิติ chi square

ผลการศึกษา

อาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 38-66 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 38-50 ปี อายุเฉลี่ย 50.67±8.49 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโทร้อยละ 73.3 ทำงานในคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชนจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ

การรับรู้ของอาจารย์พยาบาลต่อระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของบัณฑิตพยาบาล โดยใช้ค่ามัธยฐาน พบว่าการรับรู้ต่อสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีตั้งแต่ระดับ 3 ถึงระดับ 5 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 71.43 รองลงมาเป็นระดับ 3 และระดับ 5 ร้อยละ 22.45 และ 6.12 ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังว่าต้องปฏิบัติได้ อยู่ในระดับ 4 และระดับ 5 เท่านั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 ร้อยละ 87.07 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของบัณฑิตพยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาล (N 15)

ระดับสมรรถนะวิชาชีพ	ทักษะพิสัยที่ปฏิบัติได้จริง		ทักษะพิสัยที่คาดหวัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ต้องช่วยเหลือทั้งหมด	0	0	0	0
ระดับ 2 สามารถปฏิบัติได้แต่ต้องมีผู้นิเทศใกล้ชิด	0	0	0	0
ระดับ 3 สามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้นิเทศที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือได้ทันที	33	22.45	0	0
ระดับ 4 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีผู้นิเทศสังเกตอยู่ห่างๆ	105	71.43	19	12.93
ระดับ 5 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถนิเทศผู้อื่นได้	9	6.12	128	87.07
รวม	147	100	147	100

การรับรู้ของอาจารย์พยาบาลต่อระดับสมรรถนะวิชาชีพที่บัณฑิตพยาบาลสามารถปฏิบัติได้จริงและที่คาดหวัง ด้วยการทดสอบไคว์สแควร์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่าการรับรู้ต่อระดับสมรรถนะวิชาชีพที่คาดหวังสูงกว่าระดับสมรรถนะวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้จริง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 การทดสอบระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของบัณฑิตพยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาล

ระดับสมรรถนะวิชาชีพ	ปฏิบัติได้จริง	ตามความคาดหวัง	chi square	P value
ระดับ 3	33	0	196	0.001
ระดับ 4	105	19		
ระดับ 5	9	128		
รวม	147	147		

สมรรถนะวิชาชีพที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติได้จริงในระดับ 3 ซึ่งเป็นระดับที่ยังไม่ยอมรับในด้านวิชาชีพ 33 ทักษะ ได้แก่

1. ตรวจร่างกายทั่วไป
2. จัดท่า/ เคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ
3. ตรวจสอบการทำงานของสายสวนทางหลอดเลือดดำใหญ่
4. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ thoracentesis
5. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ bone marrow biopsy/ aspiration
6. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ lumbar puncture
7. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ chest drainage
8. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ vein section (cut down)
9. จัดท่าผู้ใช้บริการและเตรียมเครื่องมือในการทำ abdominal paracentesis
10. จัดท่าผู้ใช้บริการเพื่อรับการรักษาด้วยไฟฟ้า
11. สวนล้างลำไส้ใหญ่
12. สวนล้างช่องคลอด
13. จัดและส่งเครื่องมือผ่าตัด
14. ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support)
15. ให้ภูมิคุ้มกันโรค
16. ตรวจครรภ์ด้วยมือคลำ (Leopold maneuver)
17. ใช้เครื่อง electronic fetal monitoring (EFM) เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์
18. ตรวจการหดรัดตัวของมดลูก ตรวจทางช่องคลอด ตรวจทางทวารหนักเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
19. ใช้ partograph เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
20. ทำคลอดทารกปกติ
21. ทำคลอดรก/ ตรวจรก
22. ตัดและซ่อมแซมฝีเย็บ
23. เตรียมหรือช่วยคลอดผิดปกติ/ การช่วยทำสูติศาสตร์หัตถการเช่น vacuum/ forceps extraction
24. ฉีดยาระงับความรู้สึกทางผิวหนัง
25. ตรวจร่างกายทารกแรกเกิดเพื่อประเมิน APGAR scores
26. ตรวจร่างกายทารกแรกเกิด

27. ใช้เครื่อง phototherapy
28. กู้ชีพทารกแรกเกิดเบื้องต้น
29. เจาะเลือดในทารกแรกเกิดเพื่อส่งตรวจ
30. ผ่าฝีในตำแหน่งไม่อันตราย
31. ถอดเล็บ
32. จี้หูดหรือตาปลา
33. ผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอมออกในตำแหน่งไม่อันตราย

การอภิปรายผล

ทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริงในระดับ 4 และ 5 เป็นทักษะการพยาบาลพื้นฐานที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ เป็นทักษะที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติให้กับผู้รับบริการทุกวัน (routine) เป็นส่วนใหญ่ เช่น การดูแลความสุขสบายของผู้รับบริการ การป้องกันและควบคุมโรค การเก็บสิ่งคัดหลั่งส่งตรวจ เป็นต้น ทักษะที่สามารถปฏิบัติได้จริงในระดับ 3 มีถึง 33 ทักษะ ส่วนใหญ่เป็นทักษะที่เป็นหัตถการ ต้องใช้ประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติค่อนข้างมาก ต้องใช้ความสามารถพิเศษและต้องใช้เวลาในการฝึกฝนซ้ำๆหลายๆครั้ง และให้โอกาสผู้ถูกประเมินได้ทำทักษะเหล่านั้นหลายๆครั้งจึงจะเกิดความชำนาญ[14] นอกจากนั้น หัตถการบางอย่างนักศึกษาพยาบาลและบัณฑิตพยาบาลมีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติน้อยมาก ส่วนใหญ่นักศึกษาแพทย์หรือแพทย์เป็นผู้ทำ เช่น ทักษะที่ 13 การจัดและส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นทักษะที่นักศึกษาพยาบาลในบางสถาบันไม่ได้ฝึกปฏิบัติมาก่อน เนื่องจากบางสถาบันการศึกษาพยาบาลไม่ได้จัดประสบการณ์ให้กับนักศึกษาพยาบาล บางสถาบันการศึกษาพยาบาลจัดประสบการณ์ให้ทำการสังเกตเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การจัดและส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นทักษะเฉพาะ ซึ่งบัณฑิตพยาบาลจำเป็นต้องฝึกเพิ่มเติมและจำเป็นต้องมีผู้นิเทศหรือผู้ดูแลกำกับในระยะแรก ทักษะที่ 14 และทักษะที่ 28 การฟื้นคืนชีพพื้นฐาน และการกู้ชีพทารกแรกเกิดเบื้องต้น เป็นทักษะการพยาบาลขั้นสูง บัณฑิตพยาบาลจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม เพราะบัณฑิตพยาบาลคือผู้เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพ 1-2 ปี ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลในระดับพื้นฐานได้เท่านั้น จึงต้องอาศัยการกำกับดูแลจากผู้นิเทศก่อน[2] ทักษะที่ 15-29 เป็นทักษะเฉพาะทางการผดุงครรภ์ ส่วนทักษะที่ 30-33 ผ่าฝีในตำแหน่งไม่อันตราย ถอดเล็บ จี้หูดหรือตาปลา และผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอมออกในตำแหน่งไม่อันตราย เป็นหัตถการเฉพาะซึ่งต้องการประสบการณ์การฝึกปฏิบัติที่ค่อนข้างมาก เช่นเดียวกัน จึงจะเกิดความชำนาญและสามารถไว้วางใจให้ปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล[14] ดังนั้น ในการประเมิน EPAs ของบัณฑิตพยาบาลในทักษะเหล่านี้ จึงต้องคำนึงถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติทักษะเหล่านี้ด้วย เพราะในการเรียนการสอนภาคปฏิบัตินั้น บางทักษะการพยาบาลในแบบประเมินทักษะหรือจัดประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล (checklist) กำหนดให้นักศึกษาพยาบาลสังเกตทักษะการพยาบาลได้ สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงต้องพิจารณาถึงความจำเป็นในการประเมิน EPAs ของทักษะเหล่านี้ เพราะการเรียนรู้ด้านทักษะจะถูกสร้างขึ้นหรือหล่อหลอมโดยประสบการณ์ และต้องเรียนรู้ในสถานการณ์ที่เป็นจริง เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิด

จากประสบการณ์หรือการฝึกฝน[14] นอกจากนั้น ในปัจจุบันการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละสาขาวิชาการพยาบาลมีระยะเวลาน้อยลง แต่ละสถาบันการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่กำหนดระยะเวลาการฝึกปฏิบัติงาน 1 หน่วยกิตเท่ากับ 45 ชั่วโมง หรือประมาณ 6-7 วันเท่านั้น ตามเกณฑ์การศึกษาหลักสูตรพยาบาลบัณฑิตของสภาการพยาบาล อาจไม่เพียงพอกับการสร้างเสริมประสบการณ์ให้กับนักศึกษาพยาบาลในแต่ละสาขาวิชาการพยาบาล และสมรรถนะวิชาชีพตามที่คาดหวังของผู้ผลิตบัณฑิต ผู้ใช้บัณฑิตและผู้รับบริการ ประกอบกับจำนวนผู้รับบริการน้อยลง จำนวนนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมาก จึงต้องการการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาพยาบาลให้มากขึ้น โดยจัดให้ฝึกปฏิบัติงานมากขึ้น ในกรณีที่นักศึกษาพยาบาลยังไม่สามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้ ในการจัดการเรียนการสอนทางคลินิกนั้น นักศึกษาพยาบาลควรได้ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการก่อนจนเกิดความชำนาญจึงให้ฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย นอกจากนั้น ก่อนจบการศึกษานอกจากการสอบรวบยอดในวิชาทฤษฎีแล้ว ควรมีการสอบรวบยอดทางคลินิกด้วย เพื่อให้นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและมีทักษะที่ไว้วางใจได้

อย่างไรก็ตาม การจะเปลี่ยนแปลงระดับสมรรถนะวิชาชีพระดับ 3 เป็นระดับ 4 หรือระดับ 5 ได้นั้น จะต้องให้เวลาได้ฝึกปฏิบัติทักษะนั้นๆหลายครั้ง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าทักษะพิสัยสามารถเปลี่ยนจากระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 เป็นระดับ 4 และ 5 ได้ตามระยะเวลาและประสบการณ์การทำงาน[13] และการฝึกฝนหรือปฏิบัติซ้ำๆแล้วไม่ได้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ก็จะไม่เกิดทักษะ เช่นเดียวกัน[14-15] ดังนั้น แม้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการมาแล้วก็ตาม หากไม่ได้ทำงานในหอผู้ป่วยนั้นๆหรือไม่ได้ทำทักษะนั้นๆอย่างต่อเนื่อง ก็จะไม่เกิดสมรรถนะตามความคาดหวัง[16] EPAs ของบัณฑิตพยาบาลจึงเป็นเพียงทักษะการพยาบาลพื้นฐานที่ต้องทำเท่านั้น ยังไม่ใช่ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง[17-18] สถาบันการให้บริการสุขภาพที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติงานควรทำการประเมิน EPAs ของบัณฑิตพยาบาลก่อนให้ปฏิบัติงานได้อย่างอิสระหรือปราศจากการกำกับดูแล และควรจัดหาผู้นิเทศหรือพยาบาลวิชาชีพพี่เลี้ยงให้กับบัณฑิตพยาบาลที่ยังมี EPAs ไม่สมบูรณ์เพียงพอ ส่วนการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาลจะเป็นการนิเทศแบบใกล้ชิด ทำให้อาจารย์พยาบาลคาดหวังระดับทักษะของนักศึกษาไว้สูง และคาดหวังว่าเมื่อจบเป็นบัณฑิตพยาบาลแล้วจะสามารถปฏิบัติทักษะต่างๆได้ตามที่คาดหวังในระดับที่ยอมรับได้ ดังนั้น ทักษะการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้จริงในระดับที่ 3 ตามการรับรู้ของอาจารย์นั้น สถาบันการศึกษาพยาบาลจะต้องจัดเตรียมกิจกรรมหรือประสบการณ์ที่เอื้อให้บัณฑิตพยาบาลมีส่วนร่วมอย่างตื่นตัว จัดการฝึกประสบการณ์ในห้องปฏิบัติการให้มากขึ้น ต้องเน้นที่ทักษะการพยาบาลระดับบุคคล ต้องใช้ทั้งการสอนและการเรียนรู้จากประสบการณ์ในคลินิก เน้นเนื้อหาที่จำเป็นและนำไปใช้ในคลินิก เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ได้จริง ลดบทบาทของผู้สอนลงเพื่อเปลี่ยนบทบาทจากการถ่ายทอดประสบการณ์เป็นผู้อำนวยความสะดวก เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลได้ฝึกทักษะการพยาบาลมากที่สุด

เพื่อให้สามารถปรับทักษะระดับ 3 เป็นระดับ 4 หรือ 5 ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งต่อไปการประเมินระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะ ควรแยกทักษะการพยาบาลแต่ละสาขาการพยาบาลให้ชัดเจน และประเมินเฉพาะบัณฑิตพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานนั้นเท่านั้น และผู้ประเมินจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในหอผู้ป่วยเดียวกัน เพื่อให้ได้ระดับสมรรถนะวิชาชีพที่ชัดเจนขึ้น

2. ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหรือผู้นิเทศในคลินิกที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติงาน ต่อสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะของบัณฑิตพยาบาลในสาขาการพยาบาลเดียวกัน เพื่อให้เห็นทักษะที่มีความจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดในระดับ 4 และระดับ 5 และทักษะใดที่ผู้นิเทศต้องดูแลกำกับอย่างใกล้ชิด

References

1. Nursing Council. Professional competency in nursing and midwifery. Nonthaburi: Siriyod Printing; 2010. Thai

2. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison-Wesley; 1984.

3. Prousoonthorn Mareum, Oumtanee Areewan. Nurse role practice of mentors of professional nurses. Journal of Nursing Naresuan University 2008; 2(2): 15-23. Thai

4. Lowden K, Hall S, Elloit D, Lewin J. Employers' perception of the employability skills of new graduates. London: Edge Foundation; 2011.

5. ten Cate O. AM last page: what entrustable professional activities add to a competency-based curriculum. Acad Med 2014; 89(4): 691.

6. Englander R, Flynn T, Call S, Carraccio C, Cleary L, Fulton, TB, Aschenbrener CA. Toward defining the foundation of the MD degree: Core entrustable professional activities for entering residency. Acad Med 2016; 91(10): 1352-58.

7. Amy LP, Scott AC, Caitlin KF, Jean YM, Megan RU, Jordan HQ. Entrustable professional activities for pharmacy practice. Am J Pharm Educ 2016; 80(4): 1-4.

8. National Education Personnel Health Development Foundation. Recommendations for the development of specialized health education for reforming educational institutions and teaching. Nonthaburi: Office of International Health Policy Development Ministry of Public Health; 2017. Thai

9. Nursing Council. Bachelor of Nursing Program: The Nursing Council's Model Program. Nonthaburi: Nursing Council; 2021. Thai

10. Bhuyan N, Miser, WF, Dickson GM, et al. From family medicine milestones to entrustable professional activities [EPAs]. Ann Fam Med 2014; 12(4): 380-1.

11. ten Cate O, Hart D, Ankel F, et al. Entrustment decision making in clinical training. Acad Med 2016; 91: 191-8.

12. Wagner SJ, Reeves S. Milestones and entrustable professional activities: The key to practically translating competencies for inter-professional education? J Interprof Care 2015; 29(5): 507-8.

13. ten Cate O. Nut and bolts of entrustable professional activities. J. Grad Med Edue. 2013; 15(1): 157-8.

14. Haberlandt K. Cognitive psychology. 2nd ed. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1997.

15. Callen B, Smith CM, Joyce B, Lutz J, Brown Schott N, Block D. Teaching learning strategies for the essentials of baccalaureate nursing education for entry level community public health nursing. PHN 2013; 30(6): 537-47.
16. Natthaphon Intuayot. General psychology. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013. Thai
17. ten Cate O, Chen HC, Hoff RL, Peters H, Bok H, Vander Schaafm. Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE Guide No.99. Med Teach 2015; 37(11): 983-1002.
18. Mulder H, ten Cate O, Daalder R, Berkven J. Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: the case of physician assistant training. Med Teach 2010; 32(10): e453-59.

การพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ Laminectomy โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ภัทรภร ติยสถาพร* พย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ เป็นการพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy วิธีการดำเนินงานมี 4 ขั้นตอน (1) ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบ (3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ (4) ประเมินผลการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือวิสัญญีพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Laminectomy เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จัดท่าคว่ำ การกำหนดสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติและแบบประเมินสมรรถนะ แบบบันทึกการยกเลิก /เลื่อนผ่าตัด / การผ่าตัดเสร็จนอกเวลา และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ประกอบด้วย (1) การเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติ โดยกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นและมีระบบพี่เลี้ยง (2) จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จัดท่าคว่ำ (3) เพิ่มการเข้าถึงบริการวิสัญญีในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (4) กำหนดข้อตกลงในการจัดเรียงลำดับการผ่าตัดผู้ป่วยที่ผ่าตัดตามนัด (5) ขยายจำนวนห้องผ่าตัดไปที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยได้รับการส่งปรึกษาทางวิสัญญีก่อนผ่าตัดทุกราย ไม่มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เกิดขึ้นขณะผ่าตัดตัดและหลังผ่าตัด สามารถลดอัตราการยกเลิก/เลื่อนผ่าตัดจาก จากร้อยละ 14.84 เป็นร้อยละ 2.56 ไม่มีอุบัติการณ์ผ่าตัดแล้วเสร็จนอกเวลา

คำสำคัญ: การผ่าตัด Laminectomy , การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดจัดท่าคว่ำ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

E-mail : pattarapornaree@gmail.com

The Development of Administer General Anesthesia Model for Patients Undergoing Laminectomy, Sawanpracharak Hospital

Pattharaporn Tiyasathaporn* B.N.S.

Abstract

This research aimed to develop and study the results of administer general anesthesia model for nurse anesthetist taking care of patients undergoing Laminectomy. The process consisted of 4 steps: (1) situation analysis, (2) practice development,t (3) implementation,n and (4) evaluation. The samples were nurse anesthetists and patients who were received Laminectomy. The research instruments were the practice guideline for general anesthesia with a prone position in Orthopedics surgery and standard setting for nurse anesthetists' competency taking care of patients undergoing Laminectomy. Data were collected using satisfaction form for used practice guideline ,the assessment form on nurse anesthetist competency and record form rate of surgical cancellation or postponement . The data were analyzed using content analysis and descriptive statistics.

The results showed that the developed model comprised of 5 items: (1) preparation of practitioner by standard setting of nurse anesthetists' competency and set a preceptor system for new staff, (2) construct practice guideline for general anesthesia with a prone position in Orthopedics surger,y (3) provide anesthetic service before operation, (4) set an agreement of time schedule for elective case, and (5) expanding the operation room to other hospitals. The clinical results from applied developed model revealed that all patients received pre-anesthetic assessment before surgery, the rate of surgical cancellation or postponement is reduced from 14.84 % to 2.56% and no prevented complications occurred both during and after the surgery and all surgery had done in time.

Keywords: Laminectomy, General Anesthesia with a Prone Position

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Sawanpracharak Hospital

Corresponding author E-mail: pattarapornaree@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทไขสันหลังและกระดูกสันหลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากหลายสาเหตุเช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ของประเทศไทย[1] เนื่องจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังเกิดขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น [2]โดยพบว่าเมื่ออายุเกิน 50-70 ปี ไปแล้ว พบว่ามีความเสื่อมได้ถึง 95% และอีกกลุ่มที่มีความเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง คือ คนวัยทำงานอายุประมาณ 20-50 ปี การเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นบ่อย คือ เกิดที่ตำแหน่งหมอนรองกระดูก ซึ่งทำหน้าที่รับน้ำหนัก รับแรงกระแทกระหว่างกระดูก ทำให้เกิดภาวะหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท (herniated disc) เป็นความเสื่อมที่ทำให้กระดูกสันหลังมีภาวะความไม่มั่นคง (unstable of spine) นอกจากนี้ อาจเกิดจากอุบัติเหตุ เช่น รถชน หกล้ม หรือตกจากที่สูง ทำให้กระดูกสันหลังเคลื่อนหรือหัก ทำให้ร่างกายมีความพยายามทำให้กระดูกสันหลังมั่นคงขึ้น (stabilization phase) โดยเกิดกระดูกงอก (osteophytes) ตามข้อต่อต่าง ๆ ทำให้เอ็นเกิดการหนาตัว (Ligamentum flavum) ไปกดเบียดโพรงประสาททำให้ตีบแคบ (spinal stenosis) และกดทับเส้นประสาทที่อยู่ภายใน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากเวลาเคลื่อนไหว เช่น ก้ม เงย หรือบิดตัว ปวดหลังบริเวณส่วนกลางของเอวและมักเป็นมากขึ้นในท่ายืน เดิน หรือเมื่อมีการแอ่นหลังไปด้านหลังมาก จึงมีอาการปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง รู้สึกขาหนักและชาขา แนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค ถ้าอาการไม่รุนแรงจะให้การรักษาแบบประคับประคอง เช่นการให้ยา การทำกายภาพบำบัด การใส่อุปกรณ์พยุงลำตัว การฝังเข็ม การฉีดยาเข้าโพรงประสาทไขสันหลัง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม แต่ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก รักษาแบบประคับประคองด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้วไม่ได้ผล มีการทำลายเส้นประสาทไขสันหลังจากการถูกกดทับหรือมีการฉีกขาด จะพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบลามิเนคโตมี (laminectomy) เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยขยายช่องโพรงไขสันหลังเพื่อลดการกดเบียดของเส้นประสาทหรือไขสันหลังลง โดยการยกกระดูกลามินา (lamina) ที่กดทับออกเพื่อช่วยคลายการกดทับรากประสาท [3]ทำให้อาการปวดหลังและขาลดลง และแพทย์อาจเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลังโดยการเชื่อมข้อ (fusion) ด้วยการใช้โลหะยึดตรึงระหว่างกระดูกสันหลัง (pedicle screw) หรือการเชื่อมข้อโดยใช้กระดูกปั่นใส่ในวัสดุแทนหมอนรองกระดูกเพื่อเชื่อมข้อกระดูก ไขสันหลังด้านใน (transforaminal lumbar interbody fusion) การผ่าตัดกระดูกสันหลังจึงเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความสำคัญในการลดอาการปวด และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด [4] การผ่าตัดใช้เวลาประมาณ 1.5 -3 ชั่วโมง ใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย [5] การจัดท่าที่ใช้ในการผ่าตัด คือ ท่านอนคว่ำ [6] เพื่อให้ศัลยแพทย์เข้าถึงตำแหน่งผ่าตัดได้ดี แต่การจัดท่านี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ขณะผ่าตัดจากน้ำหนักผู้ป่วยกดลงบนอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หากไม่มีการระมัดระวังหรือป้องกันที่ดีอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ [7] จากการกดทับ ถูกอุดกั้นหรือดึงรั้ง อวัยวะสำคัญในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต เส้นประสาท และระบบทางเดินปัสสาวะ จนทำให้การทำงานของอวัยวะเหล่านั้นผิดปกติไป รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ใช้กับผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัด

เช่น ท่อช่วยหายใจ สายให้น้ำเกลือ สายให้เลือด สายสวนปัสสาวะ หรืออุปกรณ์วัดสัญญาณชีพต่าง ๆ ถูกกดทับหรือดึงรั้งจนเกิดอันตราย เช่น ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเข้าหลอดลมด้านขวาจนเกิดภาวะ one lung หรือเลื่อนหลุดออกเกิดภาวะ accidental extubation หรือวัสดุอุปกรณ์กดทับผิวหนังจนเป็นแผล สายสวนปัสสาวะหักพับงอจนน้ำปัสสาวะระบายไม่สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลผู้ให้การระงับความรู้สึก จึงต้องมีความรู้ความชำนาญ ผ่านการฝึกฝนจนสามารถทำงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งในด้านการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และการให้ระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์[8] การดูแลระยะก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ถ้ามีความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด ไม่มีการงด หรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมต่าง ๆ ที่ป้องกันได้

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 700 เตียง มีผู้ป่วยมารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ Laminectomy 3 ปีย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2559-2561 จำนวน 83, 95 และ 127 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นการผ่าตัดตามนัด (elective case) แต่พบว่ามีอัตราการยกเลิกผ่าตัด / เลื่อนผ่าตัด หรือไม่สามารถทำผ่าตัดได้แล้วเสร็จในเวลา รวมกันประมาณร้อยละ 3-14 นอกจากนี้พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดรอยแดงช้ำที่ผิวหนังบริเวณหน้าท้องจากการกดทับของสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 1.6 นับเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะกรณีที่ทำผ่าตัดต่อเนื่องไปถึงเวรบ่าย ซึ่งมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ลดลง และเมื่อทำผ่าตัดเสร็จต้องมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยจากท่านอนคว่ำให้มานอนหงายราบบนเปลนอนต้องใช้เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 4 คน เพื่อพลิกตัวผู้ป่วยแบบท่อนซุง (logrolling)[3] ซึ่งเป็นทักษะเฉพาะทางที่ต้องผ่านการฝึก และเจ้าหน้าที่เวรบ่ายอาจขาดทักษะการประสานงาน เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด ทำให้มีความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการทำผ่าตัดได้ นอกจากนี้ในเวลานอกราชการ ต้องมีการสำรองห้องผ่าตัดไว้สำหรับการทำผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency case) ถ้ามีผู้ป่วยที่ยังตัดยังไม่เสร็จคงค้างมาจากเวรเช้า จะมีผลกระทบกับการทำผ่าตัดกรณีมีผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจมีความเร่งด่วนหลายระดับ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการทำผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสมอาจเสียโอกาสในการรักษาดูแล หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำผ่าตัด หรือรุนแรงจนถึงเกิดการเสียชีวิต

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารการพยาบาลวิสัญญี จึงสนใจพัฒนารูปแบบการการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ laminectomy ที่เรียกว่าผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ดังนี้

2.1 สมรรถนะในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy

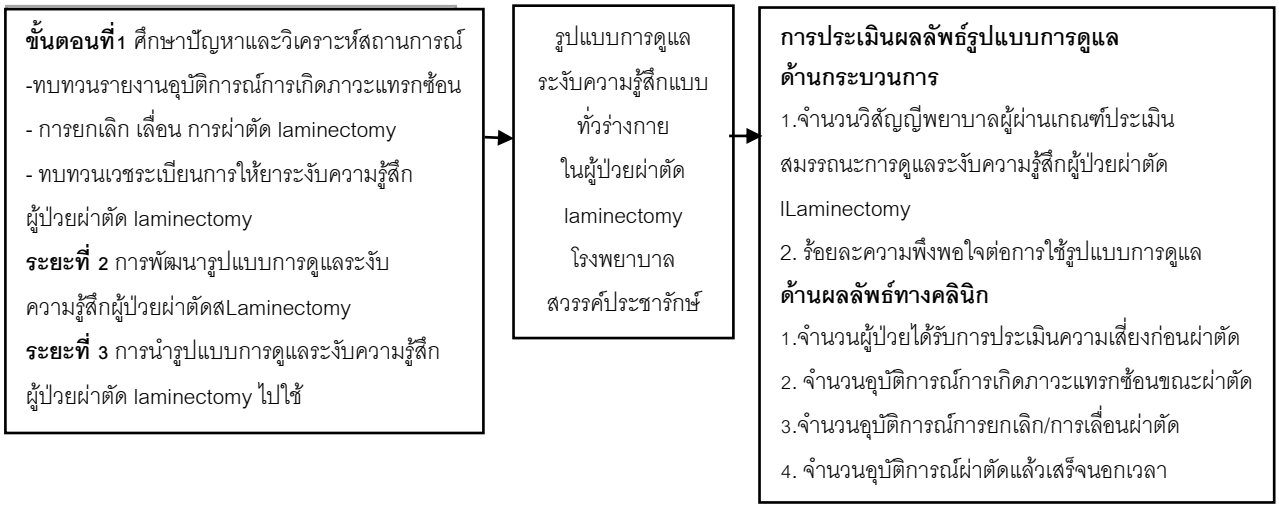
2.2 เปรียบเทียบอัตราการยกเลิกผ่าตัด / เลื่อนผ่าตัด / ทำผ่าตัดแล้วเสร็จนอกเวลา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2.3 เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ขณะผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2.4 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อปรับปรุงรูปแบบ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart [9] มีกระบวนการวิจัย 2 ระยะ คือ (1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย และ (2) ระยะดำเนินการวิจัยและประเมินผล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การศึกษาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ (2) การพัฒนารูปแบบ (3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้ และ (4) ประเมินผลหลังทดลองการใช้รูปแบบ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ (1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ laminectomy และ (2) ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด laminectomy ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ laminectomy คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย วิสัญญีพยาบาล 3 คน วิสัญญีแพทย์ 3 คน ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 3 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 3 คน และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 3 คน สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่ว

ร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy และ (2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด laminectomy ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อทดลองใช้รูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy ที่พัฒนาขึ้น

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า effect size ที่ 0.5 ค่า power ที่ 0.80 ค่า p-value ที่ 0.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวิสัญญีพยาบาลจำนวน 27 คน โดยกำหนดให้วิสัญญีพยาบาล 1 คนดูแลระงับความรู้สึกผู้ป่วยทำผ่าตัด laminectomy อย่างน้อย 3 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด laminectomy จำนวน 81 คน

การดำเนินการวิจัย และการวิเคราห์ข้อมูล

ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2563 รายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการพัฒนา โดยการทบทวนความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของวิสัญญีพยาบาลที่สภาการพยาบาลกำหนด [10]แนวปฏิบัติการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด laminectomy [5,11] ร่วมกับการสืบค้นจากเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวน การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสารตำราวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ระยะดำเนินการวิจัย และประเมินผล มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหา วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์การดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy (R1) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยการทบทวนแนวปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่ ร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติ การศึกษาข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนการส่งปรึกษาก่อนผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์ ในเรื่องการยกเลิก หรือการเลื่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ร่วมกับการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มวิสัญญีพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสังเกต เป็นแบบเช็คลิสต์การปฏิบัติ แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญการทำวิจัยเชิงคุณภาพ นำไปทดลองใช้ และปรับปรุงสำนวนภาษา ก่อนนำไปดำเนินการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปประเด็นปัญหา กำหนดขอบเขตของการพัฒนารูปแบบ และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ((D1) เป็นการนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มาใช้ โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ ร่วมกับประยุกต์หลักการพื้นฐานของพยาบาลวิสัญญี คือ การดูแลก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก เพื่อ

กำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดสLaminectomy พร้อมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จัดท่าคว่ำ และกำหนดสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy โดยยึดตามกรอบมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญีของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์เป็นหลัก [9] ทำการตรวจสอบแนวปฏิบัติและร่างกำหนดสมรรถนะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ คือ วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล รวม 5 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (R2) เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 มีการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และติดตามสรุปข้อมูลเป็นระยะ เพื่อรับฟังความคิดเห็นผู้ปฏิบัติ นำมาวิเคราะห์ และปรับปรุงเพื่อให้ได้แนวทางข้อมูลป้อนกลับ ประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการให้การดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy หลังการทดลอง และสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และสรุปผลการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย

1) แบบประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy เป็นลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ ต้องปรับปรุง) ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน ดังนี้ (1) การดูแลผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกจำนวน 5 ข้อ (2) การดูแลผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึก จำนวน 10 ข้อ (3) การดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึก จำนวน 8 ข้อ และ (4) การสื่อสารประสานงาน จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 23 ข้อ เกณฑ์ตัดสินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยรวมมีค่าคะแนนจุดตัด (minimal passing level : MPL) ที่ 112 คะแนน (ร้อยละ 80) จากคะแนนเต็ม 140 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำที่วิสัญญีพยาบาลต้องมีผลการประเมินในด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึก และการดูแลหลังให้การระงับความรู้สึกต้องอยู่ในระดับดี ถึง ดีมากทุกข้อ รวมจำนวน 23 ข้อ

2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ (1) มีความเข้าใจง่าย (2) เนื้อหามีความชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน (3) ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการในแต่ละสถานการณ์ (4) สามารถนำไปปฏิบัติได้ และ (5) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ ที่สร้างขึ้น

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มที่จะใช้วิจัยจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ของแบบประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ,คือ 0.89 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ มีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (D2)) เป็นกิจกรรมประเมินผลการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ โดยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทั้งด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ทางคลินิก และสรุปผล เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และเผยแพร่ผลการวิจัยแก่ทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพออร์โธปิดิกส์ (PCT Orthopedics) เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เอกสารเลขที่ 44/2563 พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการโดย อาสาสมัครทุกรายได้รับการแจ้งสิทธิในการตอบรับปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy มีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ นำเสนอผลการศึกษาตามหลักการทำงานของวิสัญญีพยาบาล คือ การดูแลก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก ซึ่งพบสภาพปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติ สรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้

(1) ก่อนการผ่าตัด พบว่ามีการยกเลิก หรือเลื่อนการผ่าตัด จากความไม่พร้อมของผู้ป่วย และ/หรือเจ้าหน้าที่ เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติและยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาโรคทางอายุรกรรม และยังไม่ได้รับการรักษา ผลฟิล์มเอกซเรย์พบเป็นวัณโรคปอด หรือรักษาแล้วแต่ยังควบคุมโรคไม่ได้ มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยยังรับประทานยาละลายลิ่มเลือดก่อนมาผ่าตัด ปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ และสิ่งที่เกี่ยวข้องในการทำผ่าตัด คือ ห้องผ่าตัดมีไม่เพียงพอกับศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 9 คนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 14 คน ในปี พ.ศ .2562 (ร้อยละ 55.6) แต่ห้องผ่าตัด ยังคงมีจำนวนเท่าเดิม คือ 2 ห้อง ทำให้การผ่าตัดที่กำหนดไว้ตามตารางต้องเลื่อนออกไป หรือยกเลิก หรือทำผ่าตัดไม่ทันในเวลาราชการ

(2) ขณะผ่าตัด พบว่า อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ขณะผ่าตัด เช่น วัสดุหรือผ้าที่ใช้รองรับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายขณะผู้ป่วย นอนคว่ำกดทับผิวหนัง หรือสายสวนปัสสาวะกดทับผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ถูกทับพับงอจนน้ำปัสสาวะระบายไม่สะดวก เนื่องจากอยู่ในท่าผ่าตัดท่าคว่ำเป็นเวลานาน โดยเฉพาะการผ่าตัดกระดูกสันหลังหลายตำแหน่งซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาผ่าตัดนานกว่า 3 ชั่วโมง ยิ่งในรายที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักมากแรงกดบนผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ จะมีแรงเสียดทานสูง การผ่าตัดที่ใช้เวลานานจึงเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

(3) หลังผ่าตัด พบว่า การผ่าตัดที่ดำเนินการเสร็จนอกเวลาราชการ ซึ่งมีจำนวนเจ้าหน้าที่ลดลงทั้งในห้องผ่าตัด และในหอผู้ป่วย เมื่อทำผ่าตัดเสร็จ การพลิกตัวผู้ป่วยจากท่านอนคว่ำเป็นท่านอนหงายอย่างถูกหลักวิธี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ต้องใช้จำนวนเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 4 คน เพื่อช่วยในการพลิกตัวแบบท่อนซุง (logrolling technique) จึงทำให้การจัดอัตรากำลัง หรือจำนวนเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดอื่น ๆ มีไม่เพียงพอ รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดมาหอผู้ป่วยจะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะแรก

เนื่องจาก การผ่าตัด laminectomy เป็นการผ่าตัดใหญ่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ใช้เวลาผ่าตัดนาน ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีสมรรถนะเพียงพอ และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดชนิดนี้ ถ้ามีเจ้าหน้าที่ใหม่เข้าทำงาน จะยังไม่มีความพร้อมดูแลผู้ป่วยได้

2. **การวางแผนพัฒนา และกำหนดรูปแบบ**การดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด Laminectomy โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติ ร่วมกับประยุกต์ใช้หลักการทำงานของพยาบาลวิสัญญี [9] ที่แบ่งการดูแลผู้ป่วย ออกเป็น 3 ระยะ คือ การดูแลก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก ซึ่งรูปแบบการดูแล ประกอบด้วย

(1) การเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติ โดยกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy และจัดให้มีระบบพี่เลี้ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่

(2) จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จัดให้นอนท่าคว่ำ เพื่อให้สามารถปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) เพิ่มการให้บริการทางวิสัญญีในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก (pre-anesthetic evaluation) ในผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัดในเวลาราชการ (elective case) โดยเปิดให้บริการแบบ pre-operative clinic ที่ห้องตรวจคลินิกระงับปวด กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

(4) กำหนดข้อตกลงร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการทำผ่าตัด ในการจัดเรียงลำดับการผ่าตัดผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัดแบบ elective case โดยการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาผ่าตัดนาน จะเรียงไว้ในลำดับต้นๆ เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้แล้วเสร็จในเวลา โดยเฉพาะการทำผ่าตัด laminectomy ของกระดูกสันหลังหลายระดับ หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคอ้วน

(5) การขยายพื้นที่บริการโดยเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ไปที่โรงพยาบาลของรัฐที่มีศักยภาพในระดับเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ซึ่งอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองนครสวรรค์ ระหว่างรอการขยายโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์แห่งใหม่ (เขาเขียว) ซึ่งจะเปิดดำเนินการในปี พ.ศ.2564

3. **ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ**การดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 2 ด้านดังนี้

(1) ผลลัพธ์ทางกระบวนการ มี 2 ส่วน ดังนี้

1.1 วิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะโดยรวมทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 123.2 คะแนน (SD. 8.6) ซึ่งอยู่ในระดับดี

1.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล ต่อการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 89.70

(2) ผลลัพธ์ทางคลินิก การนำรูปแบบฯไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy จำนวน 81 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.9 มีอายุเฉลี่ย 56.4 ปี และมีผลลัพธ์ทางด้านคลินิก ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยทุกราย ร้อยละ 100 ได้รับการประเมินปัญหา และเตรียมความพร้อมก่อนรับบริการทางวิสัญญี โดยได้รับการส่งปรึกษาที่ pre-operative clinic ประกอบด้วย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจ การให้คำแนะนำเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการผ่าตัด การส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบความผิดปกติ การตอบข้อซักถาม การให้คำแนะนำพร้อมกับแจกเอกสารแผ่นพับคู่มือการปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

2.2 อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการดูแลมีอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 1.6 หลังใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เกิดขึ้นทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

2.3 อัตราการยกเลิกผ่าตัด / เลื่อนผ่าตัด พบว่า ลดลงจากร้อยละ 14.84 เหลือร้อยละ 2.56 สาเหตุของการยกเลิก /เลื่อนผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีการใช้เวลาผ่าตัดมากกว่าที่แพทย์ประเมินไว้ ทำให้ต้องยกเลิก หรือเลื่อนผ่าตัด ไม่มีสาเหตุจากความไม่พร้อมอื่น ๆ

2.4 อัตราการทำผ่าตัดแล้วเสร็จนอกเวลา พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการดูแลมีอุบัติการณ์ทำผ่าตัดแล้วเสร็จนอกเวลาร้อยละ 2.90 หลังใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์นี้

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy นี้ พัฒนาขึ้นจากหลักการของการพยาบาลวิสัญญีที่แบ่งการการดูแลออกเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก ร่วมกับผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในบริบทจริงของการปฏิบัติงาน พบว่า ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ศักยภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ ระบบการจัดลำดับการผ่าตัด/ นัดผู้ป่วยมาทำผ่าตัดในเวลาราชการ ความเสี่ยงของการทำผ่าตัดอวัยวะสำคัญที่ใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การจัดท่าผ่าตัดแบบท่าคว่ำ และใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ โดยการจัดการที่มีประสิทธิภาพในรูปการทำงานของทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (patient care team: PCT) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของวิสัญญีพยาบาล รูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยทำให้วิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีแนวปฏิบัติการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จัดท่าคว่ำ ใช้เป็นแนวปฏิบัติให้ทำงานเป็นไปในทางเดียวกัน ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากความเข้าใจไม่ตรงกันลง ซึ่งพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติถึงร้อยละ 89.7

การกำหนดเกณฑ์สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ซึ่งใช้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะโครงสร้างหลักของร่างกาย คือกระดูกสันหลัง และเกี่ยวข้องกับระบบประสาทที่สำคัญคือระบบประสาทไขสันหลัง การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy จึงนับเป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง ที่พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ มีทักษะ และประสบการณ์เพียงพอ หรือผ่านการอบรมเฉพาะทางโดยเฉพาะวิสัญญีพยาบาล เนื่องจากต้องให้การดูแล

ระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายกับผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดแบบจัดท่าคว่ำ [12] การกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญีจึงเป็นเรื่องจำเป็น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นสมรรถนะหลักของวิสัญญีพยาบาล 3 ด้าน คือ

1. สมรรถนะการดูแลก่อนให้การระงับความรู้สึก ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดี ถึงดีมาก ในการประเมินจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ (1) ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนได้รับการระงับความรู้สึก (2) ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับการระงับความรู้สึก (3) จัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ป้องกันได้ก่อนได้รับการระงับความรู้สึก (4) รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงของผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมวิสัญญีให้เข้าใจตรงกัน และ (5) ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกตามมาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญี ซึ่งวิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับดีมากของทุกหัวข้อ อภิปรายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกวิสัญญีพยาบาลจะให้ความสำคัญมากที่สุด เพราะถ้าสามารถประเมินดูแลผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกได้ครบถ้วนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ลดอัตราการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับสภาการพยาบาล [10] ที่ระบุว่า วิสัญญีพยาบาลต้องแสดงถึงสมรรถนะการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ประเมินการทำหน้าที่ระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึก ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีถึงดีมาก ในการประเมินจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ (1) ตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด (2) เตรียมตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ระงับความรู้สึก (3) ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการระงับความรู้สึกได้ (4) ปรับตั้งค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึกได้ (5) การบริหารยาระงับความรู้สึกและยาที่ต้องใช้กับผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ (6) เฝ้าระวัง / แก้ไขความผิดปกติและดูแลทางเดินหายใจ (7) จัดท่าผู้ป่วยให้ถูกต้องและสอดคล้องกับการทำผ่าตัด (8) ให้การปฏิบัติการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (9) การบริหารสารน้ำ / เลือด และ/ หรือส่วนประกอบของเลือดกับผู้ป่วย และ (10) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการถอดท่อช่วยหายใจได้ ซึ่งวิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับดี ถึงดีมากของทุกหัวข้อ อภิปรายได้ว่า วิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการอบรมวิสัญญีที่หลักสูตรการอบรมได้รับการรับรองมาตรฐานสามารถปฏิบัติงานระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จัดท่าคว่ำทดแทนวิสัญญีแพทย์ที่ยังมีจำนวนไม่เพียงพอได้

3. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึก ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดี ถึงดีมาก ในการประเมินจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ (1) ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับหลังให้การระงับความรู้สึกตามมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี (2) เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้และเหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy (3) ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวและระดับความเข้มของออกซิเจนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (4) สามารถค้นพบถ้ามีปัญหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกได้ (5) สามารถจัดการภาวะวิกฤตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการระงับความรู้สึกได้ (6) สามารถประเมินและจำหน่ายผู้ป่วยออกจากพักฟื้นตามเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยของวิสัญญี (7) ส่งต่อข้อมูลการระงับความรู้สึกแก่เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และ (8) ให้คำแนะนำการ

ปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านได้ ซึ่งวิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถผ่านเกณฑ์ประเมินในสมรรถนะด้านนี้ในระดับดี ถึงดีมาก อภิปรายได้ว่าวิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถให้การดูแลผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[11-14] ที่พบว่า วิสัญญีพยาบาลต้องมีสมรรถนะในการประเมินสภาพผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึก สามารถค้นหาปัญหาและจัดการภาวะวิกฤติหลังให้การระงับความรู้สึก และรวบรวมข้อมูลก่อนจำหน่ายจากห้องพักฟื้นเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้

สำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการทำผ่าตัด laminectomy ทั้งจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ได้รับการพัฒนาเชิงระบบโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (patient care team: PCT) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จากมุมมองที่หลากหลายและครอบคลุม ซึ่งแนวทางแก้ไขปัญหาจากการพัฒนารูปแบบสามารถนำมาใช้ได้ผลจริง ได้แก่ (1)การจัด บริการทางวิสัญญีในรูปแบบ pre-anesthetic clinic เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกและผ่าตัดที่มีคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ elective case ได้รับการส่งปรึกษาทุกราย (2) การกำหนดข้อตกลงในการจัดเรียงลำดับการผ่าตัดผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัด แบบ elective case โดยการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาผ่าตัดนาน จะได้รับการจัดเรียงอันดับอยู่ในลำดับต้นๆ เพื่อให้สามารถทำผ่าตัดได้เสร็จภายในเวลาและลดอัตราการยกเลิก หรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากแพทย์ผ่าตัดไม่ทัน ซึ่งพบว่า ยังคงมีการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัดอยู่ แต่อัตราลดลง สำหรับปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของสถานที่ คือ ห้องผ่าตัดมีจำนวนไม่เพียงพอเนื่องจากจำนวนศัลยแพทย์เพิ่มขึ้น แก้ไขปัญหาโดยการขยายจำนวนห้องผ่าตัดไปยังโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ใกล้เคียง และมีศักยภาพพร้อม ระหว่างรอการขยายพื้นที่เปิดให้บริการของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์แห่งใหม่ในปี 2564 แต่เนื่องจากการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการนี้ ต้องใช้ทรัพยากรมากทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ วัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งต้องใช้เวลาเดินทาง จึงช่วยลดอัตราการยกเลิก หรือเลื่อนผ่าตัดได้ในระดับหนึ่ง ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานที่ผลลัพธ์ของการดำเนินงานมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานหลายวิชาชีพ การแก้ไขปัญหา อุปสรรค ต้องใช้ทั้งทักษะเชิงวิชาชีพเฉพาะทางด้านการพยาบาลวิสัญญี ให้สามารถปฏิบัติงานได้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีแล้ว ยังต้องใช้การพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยทีมนำแบบสหสาขาวิชาชีพ (patient care team: PCT) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด laminectomy ที่พัฒนานี้ มีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีศักยภาพและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามปัญหาอุปสรรคในด้านข้อจำกัดของจำนวนห้องผ่าตัดที่ไม่เพียงพอ ยังต้องมีการปรับปรุงรอให้โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ขยายการบริการไปที่แห่งใหม่

References

1. Vipan Prachuabmoh. Aging in Thailand [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 29] . Available from : https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_egm_201902_s3_vipanprachuabmoh.pdf.
2. Chanadda Wongekchootrakul . Rehabilitation in Degenerative spondylosis. [Internet]. 2020. Chiang Mai: Sriphat Medical Center [cited 2020 June 23]. Available from https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-166
3. Prasat Neurological Institute. Nursing practice guideline for spinal surgery patient care. Bangkok : Thana press ; 2017. Thai.
4. Ploumis, A et al. Degenerative lumbar scoliosis associated with spinal stenosis. The Spine Journal, 2007; 7(4): 428-36.
5. Haruthaiwichitchoke P., & Paramathikul M. Anesthesia in Orthopedics surgery. [cited 2019 Jun 15]. Available from : http://umcvajira.com/files/pct/ออร์โธ/การระงับความรู้สึกในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์.pdf. Thai.
6. Akawipat P. Positioning patients for Neurological surgery. In: Rodanant O, Lekpraseart W, Doungrat T, editor. Anesthesiology Review. Bangkok: Thana press ; 2012. p. 261-80. Thai.
7. DePasse JM. Palumbo MA. Haque M, Eberson CP, Daniels AH. Complications associated with prone positioning in elective spinal surgery. World J Orthop, 2015; 6 (3): 351-9
8. Luangnateetep A . Anesthesia in Orthopedics surgery. In: Prakarnrat A, Sanansilp, Suksompong S, Toomtong P, editors. Anesthesiology. Bangkok: A-Plus print; 2013. p 154- 79. Thai.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3 rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press ; 1988.
10. Hanucharoenkul S. Competency and issuing a certification for advance practitioner nurse. 1st ed. Bangkok : Siriyod Karnpim Company Limited ; 2010. Thai.
11. Autsadonwisate U, Aupraseart K. Nursing practice guideline for surgery positioning patients. In: Autsadonwisate U, editor. Issue and Trend in Surgery 2. Bangkok: Niyomvitaya ; 2004. p 58 -72. Thai.
12. Home Nursing Service Department. Standard of nurse anesthetists service. Nontaburi : War Veterans Organization Publishing Service ; 2008. Thai.
13. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies of Registered Nurses. Bangkok: Siriyod Karnpim Company Limited; 2008. Thai.

14. Panisara Saardwai, Suvinee Wiwatvanit. The Development of Nurse Anesthetist's Competency Assessment Scale, Phramongkutklao Hospital. Journal of the Royal Thai Army Nurses, 2019; 20(2): 123-30. Thai.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 2

สิตานันท์ ศรีใจวงศ์* พย.ด
ดุจเดือน เขียวเหลือง* กศ.ด
ปฐพร แสงเขียว* ปร.ด.
สีบตระกูล ตันตลานุกูล* พย.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยใช้แนวคิดสังคมนิเวศวิทยา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายหรือหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,092 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องเพศศึกษา ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและสถิติสมการถดถอยพหูคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 87.03, S.D. 0.42) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ได้แก่ การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ การเลี้ยงดูของครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และ ความรู้เรื่องเพศศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศได้ร้อยละ 47.8 ($p < .05$) การวิจัยนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยเน้นการสร้างเสริมอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในเชิงบวก ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ การเลือกบริโภคข้อมูลทางเพศจากสื่อต่าง ๆ ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา และส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่นำไปสู่การลดการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ, พฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ, วัยรุ่น

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author : sitanan@unc.ac.th

Factors Influencing to Sexual Risk Protective Behaviors of Adolescents, Regional Health 2

Sitanan Srijaiwong* D.N.S

Dujduean Khiaolueang* Ph.D.

Pataporn Saengkhiew* Ph. D.

Seubtrakul Tantalanukul* M.N.S.

Abstract

This study was predictive research. The purpose was to examine the sexual risk protective behaviors and factors influencing adolescent sexual risk protective behaviors utilizing the Socio-ecological model. The sample consisted of 1,092 male and female students aged between 15 and 19 years old. Research instruments were the questionnaire of demographic data, knowledge on sex education, attitude towards sexual intercourse, perceived self-efficacy, peer influence, perceived sexual information from media, parenting styles, family sexual communication, perceived sexual double standards, and sexual risk protective behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The result showed that the overall sexual risk protective behavior was at the medium level ($\bar{X}$ 87.03, SD = 0.42; factors influencing adolescent sexual protective behaviors including peer influence acceptance, perceived self-efficacy, attitude towards sexual intercourse, perceived sexual information from media, parenting styles, family sexual communication and knowledge on sex education can jointly predict sexual risk protective behaviors for 47.8 percent ($p < .05$). The study results suggested that nurses should develop sexual risk protective behavior programs by encouraging positive peer influence, promoting perceived self-efficacy, encouraging a positive attitude towards sexual intercourse, choosing to consume sexual information from multimedia, providing sexual education, and promoting family sexual communication to reduce sexual risk behaviors further to decrease the prevalence of HIV and STDs infections as well as teenage pregnancy.

Key words: sexual risk protective behaviors, sexual risk behaviors, adolescent

*Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author : sitanan@unc.ac.th

บทนำ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นนับว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพของวัยรุ่น ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประเทศไทย พบอุบัติการณ์ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 80.8 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 169.1 ใน พ.ศ. 2561 และ 175.3 ในปี 2562 และร้อยละ 67 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ทั้งหมดเป็นวัยรุ่น [1]

นอกจากนี้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นยังทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์สถานการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือท้องไม่พร้อมในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นยังเป็นปัญหาสังคมที่รุนแรง สอดคล้องกับข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี 2562 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 169 คน และสถิติการมีบุตรของวัยรุ่นไทยมีจำนวนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดถึง 71 จังหวัด[1]

ในปี 2562 พบว่า ร้อยละ 51.32 ของจังหวัดทั้งหมดในประเทศไทย มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ[1] สำหรับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 พบว่ามีจังหวัดที่มีอัตราการคลอดสูงกว่า 50.0 ต่อวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน และมี 3 ใน 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพและสังคมจากการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น[1]

การเจริญเติบโตของสังคมเมืองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น ความแตกต่างของบริบทของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความแตกต่างของทัศนคติและพฤติกรรมของวัยรุ่น วัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายมีพฤติกรรมทางเพศและมีจำนวนคู่นอนมากขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากที่สุด[2] ประกอบกับวัยรุ่นเป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาที่มีการเจริญเติบโตทั้งทางกายวิภาคและสรรีวิทยา ทางจิตวิทยาและทางสังคม อยากรู้ อยากลอง พร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์[3]

พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศจึงมีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตของวัยรุ่นในสังคมปัจจุบัน โดยเป็นความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ของตนเองได้ตรงตามความเป็นจริงและสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้อย่างชัดเจน[2] วัยรุ่นสามารถประเมินสถานการณ์และวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงทางเพศและสามารถตัดสินใจที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้ วัยรุ่นมีการตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง นำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศแบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลักได้แก่ ปัจจัยในระดับบุคคลและปัจจัยสังคมสิ่งแวดล้อม ปัจจัยในระดับบุคคลได้แก่ ความรู้เรื่องเพศศึกษา[4] ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์[5] และการรับรู้ความสามารถของตนเอง[6] สำหรับปัจจัยสังคมสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัจจัยที่มาจากสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของวัยรุ่น ประกอบด้วยอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน[5] การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว[7] การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ[8] แต่ละ

ปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน และมีความแตกต่างกันตามบริบทของวัยรุ่น ดังนั้นจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาหรือวิทยาลัยอาชีวศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิดสังคมนิเวศวิทยา[9] ซึ่งนำไปสู่การพัฒนารูปแบบของระบบการป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามบริบทของสังคมไทยและความแตกต่างในปัจจัยในระดับบุคคลและระดับสังคมสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

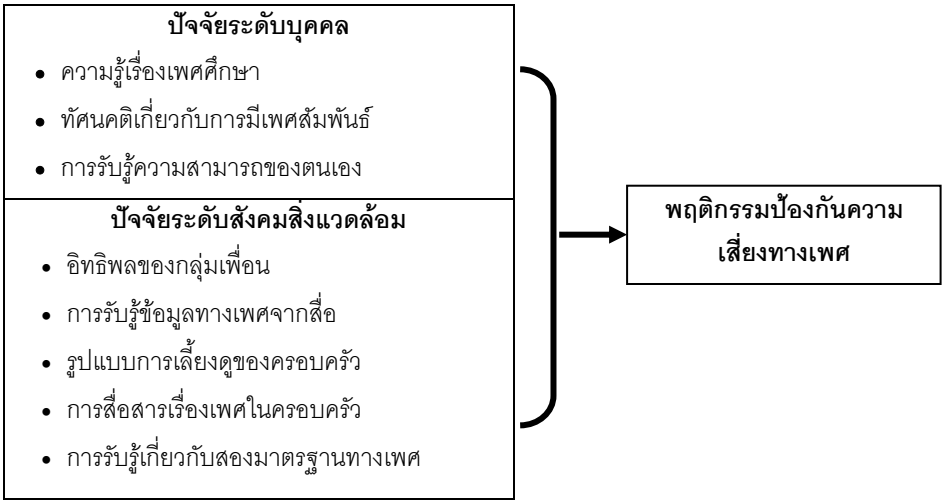
การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบสังคมนิเวศวิทยา (socio-ecological model) พัฒนาโดย McLeroy et al.[9] มีแนวคิดว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นอย่างไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคล และสภาพแวดล้อมรอบตัว ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นนั้นมีความซับซ้อน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้กรอบ socio-ecological model เพื่อศึกษาตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยแบ่งเป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. ปัจจัยระดับสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และการรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศ

ทั้งนี้ ในแต่ละปัจจัย อาจจะมีความสัมพันธ์กัน และแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของวัยรุ่น และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ และ/หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ รายละเอียดกรอบแนวคิดการวิจัย แสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาหรือโรงเรียนอาชีวศึกษาในเขตสุขภาพที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยรุ่นชายและหญิงกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษหรือโรงเรียนอาชีวศึกษาขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจะต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้แก่ เป็นนักเรียนชายหรือหญิง ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาหรือกำลังศึกษาปวช. ชั้นปีที่ 1-3 ในโรงเรียนอาชีวศึกษา ในปีการศึกษา 2563 และสถาบันที่ศึกษานั้นเป็นสถาบันศึกษาในระบบของรัฐ จำนวนทั้งสิ้น 1,092 คน เกณฑ์การคัดออกคือกลุ่มตัวอย่างไม่สบายหรือขาดเรียนในวันเก็บข้อมูลหรือมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน มีอาการซึมเศร้า อาการทางประสาท และอาการทางจิต โดยสอบถามข้อมูลจากอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แนะแนวหรืออาจารย์ประจำชั้น และเกณฑ์การถอดถอนได้แก่ กลุ่มตัวอย่างต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 31 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามจำนวน 10 ชุด ได้แก่ (

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของพ่อแม่ในปัจจุบัน ชนิดของโครงสร้างครอบครัว บุคคลที่พักอาศัยด้วย อาชีพของแม่ และอาชีพของพ่อ

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศศึกษา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินขององค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (PATH) [10] จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินความรู้เรื่องเพศศึกษาและการตั้งครรภ์ คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาและการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวน

วรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ คะแนนสูงแสดงว่ามีทัศนคติในเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น (ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์)

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของวรวรรณ์, อาภาพร และ ปัญญรัตน์[6] จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบประเมินความสามารถของตนเองในการไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธและความสามารถของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง

5. แบบสอบถามอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อารยา, ปราลีณา และ ชะไมพร[7] จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินการรับรู้แบบแผนพฤติกรรมทางเพศที่ยึดถือเอาบรรทัดฐานของเพื่อนมาเป็นแบบอย่างจากการสังเกตเห็นหรือรับรู้การแสดงออกของเพื่อนต่อความพร้อมในการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คะแนนสูงแสดงว่ากลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลของต่อพฤติกรรมทางเพศระดับสูง

6. แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อารยา, ปราลีณา และ ชะไมพร[7] จำนวน 9 ข้อ เป็นการประเมินความถี่การรับรู้ข่าวสารทางด้านเพศจากสื่อต่างๆ คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่รับรู้ข่าวสารด้านเพศจากสื่อในระดับสูง

7. แบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามของอารยา, ปราลีณา และ ชะไมพร[7] จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบวัดการรับรู้ของวัยรุ่นที่มีต่อการได้รับการอบรมเลี้ยงดู ใน 3 รูปแบบคือ แบบควบคุม แบบใช้เหตุผล และแบบปล่อย คะแนนสูงแสดงว่าครอบครัวเลี้ยงดูแบบควบคุมอยู่ในระดับสูง

8. แบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวของวัชราภรณ์, ปาหนัน และอาภาพร[11] ครอบคลุมถึงการที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้ความรู้เรื่องต่างๆ ได้แก่ สรีระของวัยรุ่น จิตวิทยา สังคมวิทยาและสุขวิทยา จำนวน 12 ข้อ คะแนนสูงแสดงว่ามีการสื่อสารเรื่องเพศอยู่ในระดับสูง

9. แบบสอบถามการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามได้รับการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดยสิตานันท์ ศรีใจวงศ์ และคณะ[8] จำนวน 15 ข้อเป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศเกี่ยวกับประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน, จำนวนคู่นอนหลายคนและการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย คะแนนที่สูงแสดงว่าการยอมรับว่าเพศชายนั้นจะมีอิสระทางเพศมากกว่าเพศหญิง

10. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของอารยา, ปราลีณา และ ชะไมพร[7] จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของนักเรียนที่แสดงเจตนาในการป้องกันการกระทำที่ ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การเที่ยวสถานเริงรมย์ การไม่ดื่มสุราหรือของมึน เมา การไม่ใช้ยาเสพติด การไม่ดูสื่อที่กระตุ้นและยั่วยุกามอารมณ์ การหลีกเลี่ยงการอยู่ลำพังสองต่อ สองกับเพศตรงข้าม การไม่แตะต้องเพศตรงข้ามใน เชิงชู้สาว การรู้จักหลีกเลี่ยงและปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อระบายอารมณ์ทางเพศ คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศศึกษา ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ และรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากต้นฉบับ ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 และหาค่าความความเชื่อมั่น โดยจะนำไป

ทดลองใช้กับนักเรียนจำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .85 และ .81 ตามลำดับ

2. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความความเชื่อมั่น โดยจะนำไปทดลองใช้กับนักเรียนจำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, .86, .92, .89, .84 และ .87 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน และอาจารย์ประจำชั้น เพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายกับนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ นักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจะได้รับซองเอกสาร ดังนี้

1. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 2 ฉบับสำหรับพ่อแม่หรือผู้ปกครองและนักเรียน

2. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 2 ฉบับสำหรับพ่อแม่หรือผู้ปกครองและนักเรียน

3. ซองเล็กที่บรรจุแบบสอบถามทั้งหมดสำหรับนักเรียน โดยให้นักเรียนนำเอกสาร หมายเลข 1 และ 2 กลับไปให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองเพื่อพิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัยที่บ้าน หากพ่อแม่หรือผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการ พ่อแม่หรือผู้ปกครองจะลงนามในเอกสารทั้ง 2 ฉบับ ส่วนนักเรียนมีเอกสารหมายเลข 1 และ 2 ให้อ่านและลงนามเช่นกัน ถ้าสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้นให้นักเรียนนำหมายเลข 2 ใส่ลงในซองใหญ่และปิดผนึกให้เรียบร้อย หลังจากนั้นนักเรียนนำซองแบบสอบถามกลับมาตอบที่โรงเรียนเนื่องจากในบางคำถามนักเรียนอาจไม่ต้องการให้ผู้ปกครองทราบ เช่น การเสพสาร เสพติด การมีแฟน เป็นต้น เมื่อตอบเสร็จแล้วนักเรียนนำแบบสอบถามทั้งหมดใส่ในซองเล็กและปิดผนึกให้สนิท จากนั้นนักเรียนนำซองใหญ่และซองเล็กมาส่งคืนใส่ลงในกล่องที่วางไว้หน้าห้องแนะแนวในวันรุ่งขึ้น ผู้วิจัยเข้ามาเก็บซองเหล่านี้ หลังเลิกเรียนทุกวัน หากนักเรียนที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่เห็นชอบให้เข้าร่วมโครงการวิจัยก็ไม่จำเป็นต้องส่งซองเอกสารคืนให้แก่ผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยนเรศวรเลขที่ COA No. 038/2020 RREC No. 002/63 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอน วิธีการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเลือกที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย บิดามารดา หรือผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยจะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป, และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

2. วิเคราะห์สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยจะใช้ในการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของปัจจัยระดับบุคคลและระดับสังคมสิ่งแวดล้อม

ผลของการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่โรงเรียนอาชีวศึกษาจำนวน 558 คน (ร้อยละ 51.1) และโรงเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 534 คน (ร้อยละ 48.9) ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนหญิงจำนวน 779 คน (ร้อยละ 71.3) มีอายุเฉลี่ย 16.92 ปี (SD .03) เกรดเฉลี่ย 3.14 (SD .02) บิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 676 คน (ร้อยละ61.9) รองลงมา คือ หย่าร้างจำนวน 247 คน (ร้อยละ 22.6) โครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่พ่อและแม่อยู่ด้วยกัน จำนวน 679 คน (ร้อยละ 62.2) รองลงมาได้แก่ แม่อยู่กับสามีคนใหม่จำนวน 190 คน (ร้อยละ 17.4) พ่ออยู่กับภรรยาคนใหม่จำนวน 164 คน (ร้อยละ 15.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครองจำนวน 993 คน (ร้อยละ 90.9) รองลงมา คือ พักอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องจำนวน 62 คน (ร้อยละ 5.7) และการประกอบอาชีพของพ่อและแม่ส่วนใหญ่ คือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 472 คน (ร้อยละ 43.2) รองลงมาคือเกษตรกรรมจำนวน 242 คน (ร้อยละ 22.2)

การศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 87.03 (SD .42) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงการเที่ยวสถานเริงรมณ์อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 31.26 (SD .18) ด้านการไม่ดื่มสุราของมึนเมาและไม่ใช้สารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 12.09 (SD .08) ด้านการไม่ดูสื่อที่กระตุ้นและยั่วยุกามารมณ์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 9.82 (SD .07) ด้านการหลีกเลี่ยงอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้ามอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 17.08 (SD .12) ด้านการไม่แตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาวอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 8.51 (SD .82) ด้านการรู้จักหลีกเลี่ยงและปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อระบายอารมณ์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 9.47 (SD .07) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน (N 1,092)

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศรายด้าน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
ด้านการหลีกเลี่ยงการเที่ยวสถานเริงรมณ์	31.26	0.18	ปานกลาง
ด้านการไม่ดื่มสุราของมึนเมาและไม่ใช้สารเสพติด	12.89	0.08	ปานกลาง
ด้านการไม่ดูสื่อที่กระตุ้นและยั่วยุกามารมณ์	9.82	0.07	มาก
ด้านการหลีกเลี่ยงอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้าม	17.08	0.12	ปานกลาง
ด้านการไม่แตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว	8.51	0.82	ปานกลาง
ด้านการรู้จักหลีกเลี่ยงและปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อระบายอารมณ์	9.47	0.07	มาก
โดยรวม	**87.03**	**0.42**	**ปานกลาง**

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและวิทยาลัยอาชีวศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ประกอบไปด้วยปัจจัยระดับบุคคลได้แก่ ความรู้เรื่องเพศศึกษา ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเพศศึกษาในระดับปานกลาง มี

คะแนนเฉลี่ย 12.09 (SD .93) ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 38.52 (SD .25) รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 56.16 (SD 0.34) สำหรับปัจจัยระดับสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศของวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 38.64 (SD .45) การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 27.27 (SD .23) การเลี้ยงดูของครอบครัว (แบบควบคุม) ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 51.10 (SD .32) ได้รับการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 27.26 (SD .24) และรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 67.10 (SD .13)

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย -.293) รองลงมาได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย .260) ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย -.219) การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย -.138) การเลี้ยงดูของครอบครัว (การควบคุม) (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย -.065) การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย .049) และ ความรู้เรื่องเพศศึกษา (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย .044) ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ รายละเอียดในตารางที่ 2 โดยเขียนสมการในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ= 104.057-.293(การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน) +.260(การรับรู้ความสามารถของตนเอง) -.219 (ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์) -.138 (การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ) -.065 (การเลี้ยงดูของครอบครัว) +.049 (การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว) +.044 (ความรู้เรื่องเพศศึกษา)

ตารางที่ 2 การทำนายกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น (N 1,092)

ตัวแปร	b	SE_b	β	t	p
ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์	-.365	.045	-.219	-8.182	.001
การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน	-.277	.024	-.293	-11.356	.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.319	.032	.260	9.917	.001
การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ	-.252	.047	-.138	-5.369	.001
การเลี้ยงดูของครอบครัว (การควบคุม)	-.113	.039	-.065	-2.921	.005
การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว	.066	.031	.049	2.084	.05
ความรู้เรื่องเพศศึกษา	.201	.102	.044	1.973	.05

ค่าคงที่ 104.057; $SE_{est} = \pm 3.578$

$R = .691$; $R^2 = .478$; $F = 141.667$; p-value = .001

การอภิปรายผล

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 87.03 (SD .42) และรายด้านพบว่าด้านการหลีกเลี่ยงการเที่ยวสถานเริงรมณ์อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 31.26 (SD .18) ด้านการไม่ดื่มสุราของมึนเมาและไม่ใช้สารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 12.09 (SD .08) ด้านการไม่ดูสื่อที่กระตุ้นและยั่วยุกามารมณ์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 9.82 (SD .07) ด้านการหลีกเลี่ยงอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้ามอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 17.08 (SD .12) ด้านการไม่แตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาวอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 8.51 (SD .82) ด้านการรู้จักหลีกเลี่ยงและปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อระบายอารมณ์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 9.47 (SD .07)

สามารถอธิบายได้ว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น อาจนำไปสู่การติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และอาจเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพราะเป็นวัยที่ขาดประสบการณ์ชีวิต สอดคล้องกับผลของการศึกษาครั้งนี้ที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเลี้ยงดูของครอบครัวแบบควบคุม การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน หากพิจารณาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศรายด้านพบว่าวัยรุ่นในปัจจุบันยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การเที่ยวสถานเริงรมณ์ การดื่มสุราของมึนเมาและใช้สารเสพติด การอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้าม และการแตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ สอดคล้องกับผลของการศึกษาของปัญญ์กรินทร์ และ ปราโมทย์[12] พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ได้แก่ การมีแฟนในปัจจุบัน การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดทำนายโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้ ร้อยละ 52.20

การสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย พบว่า การอยู่ตามลำพังสองต่อสองเป็นเหตุจูงใจมากที่สุดในการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศครั้งแรก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lekphet, Wongsawat, Tejativaddhana and Michaeng[13] ที่พบว่าการมีโอกาสอยู่ตามลำพังกับแฟนมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยมีโอกาสมากกว่าผู้ที่ไม่มีโอกาสถึง 2.55 เท่า นอกจากนี้นักเรียนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์สูง เพราะว่าเมื่อดื่มเข้าไปจะทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ ขาดการยับยั้งชั่งใจและการควบคุมตนเอง กล้าทำในสิ่งที่ไม่ควรทำรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์เป็นหนึ่งปัจจัยเสี่ยงทางเพศที่สัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และสอดคล้องกับผลวิจัยของ ริษา, ลักขณา, ภรณี และอาภาพร[14] พบว่าการนัดพบและไปเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ การอยู่ตามลำพังกับเพื่อนต่างเพศในที่ลับตา การแสดงความรัก ได้แก่ การหอมแก้ม การจูบ และการลูบไล้สัมผัสร่างกายกับเพื่อนต่างเพศ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ใน

โรงเรียนมัธยมศึกษาและวิทยาลัยอาชีวศึกษา ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด ได้แก่ การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อ การเลี้ยงดูของครอบครัวแบบควบคุม การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และ ความรู้เรื่องเพศศึกษา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศได้ร้อยละ 47.8 อธิบายได้ดังนี้

การยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมป้องกันทางเพศมากที่สุด และมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ สามารถอธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี เป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากที่สุด และสนใจเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางเพศมากขึ้น[2] สอดคล้องกับผลวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่ากลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มคนที่สามารถทำนายทัศนคติและพฤติกรรมรวมทั้งพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น[5-6] การศึกษาของ Vivanco, Abubakar, Phillips-Howard and Hunter[15] พบว่า วัยรุ่นจะมีการเรียนรู้เรื่องเพศจากกลุ่มเพื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.63 วัยรุ่นจะเรียนรู้พฤติกรรมของคนรอบข้างว่าเป็นแบบไหนและมองว่าหากเรากระทำพฤติกรรมเช่นนั้นบ้าง ก็มองว่าเป็นเรื่องธรรมดาจึงถือเป็นพฤติกรรมที่ลอกเลียนแบบ[16] เพื่อนเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างค่านิยม ลักษณะนิสัยตลอดจนพฤติกรรมของวัยรุ่น ธรรมชาติของวัยรุ่นจะมีความผูกพันและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และเกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบ หากมีกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อาจมีความคิดที่คล้อยตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการยอมรับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างรับรู้แบบแผนพฤติกรรมทางเพศที่ยึดถือเอาบรรทัดฐานของเพื่อนมาเป็นแบบอย่างอยู่ในระดับต่ำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาพัฒน์, จุไรรัตน์ และ ภัทราพร[17] ที่พบว่าอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ และค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเป็นความสามารถในการไม่มีเพศสัมพันธ์ ความสามารถในการปฏิเสธและใช้ถุงยางอนามัย กล่าวคือการรับรู้ความสามารถของตนในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นความสามารถของวัยรุ่นเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึงการใช้วิธีการคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับผลการวิจัยของวรวรรณ์, อาภาพร และ ปัญญรัตน์[6] ที่พบว่าวัยรุ่นหญิงที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูงจะสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ตนไม่ต้องการได้มากถึง 2.5 เท่า ถ้าวัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธสูงจะทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ของการมีเพศสัมพันธ์ในแต่ละครั้งได้อย่างเหมาะสม และสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ งานวิจัยของวัชราภรณ, ปาหนัน และอาภาพร[11] พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ร้อยละ 39.5

ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันเสี่ยงทางเพศ อธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ในระดับสูงโดยมองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติจะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ

ลดลง เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น ทัศนคติและค่านิยมในตัวบุคคลเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ภายในตัวบุคคล และเกิดจากครอบครัว ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าทำพฤติกรรมใดแล้วได้ผลทางบวก มีแนวโน้มที่ดีต่อทัศนคตินั้น ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางเพศ วัยรุ่นชายส่วนใหญ่มองว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหลายคนนั้นเป็นการพิสูจน์ความเป็นชาย ในขณะที่ฝ่ายหญิงจะต้องปกปิดประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากทำให้คุณค่าของตนเองลดลง[18] ประกอบกับค่านิยมและทัศนคติใหม่ของวัยรุ่นหญิงในสังคมไทยที่แสดงพฤติกรรมยั่วยวน เรียกร้อง เชื้อเชิญเพศตรงข้ามเพศตรงข้ามผ่านสื่อโซเชียลให้สังคมรับรู้ว่าเป็นคนที่มีเสน่ห์ต่อเพศตรงข้าม และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ถูกใจกัน ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์แบบนี้ทำให้วัยรุ่นหญิงรู้สึกว่าตนมีมีเสน่ห์ต่อเพศตรงข้าม ส่วนวัยรุ่นชายความสามารถในเรื่องเพศบ่งบอกถึงความเป็นลูกผู้ชาย รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องปกติ ประกอบกับวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในเรื่องการเข้าถึงและการใช้การคุมกำเนิดที่เหมาะสมและถูกต้อง[19] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้นจากค่านิยมและความเชื่อตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สอดคล้องกับผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง กล่าวคือวัยรุ่นในปัจจุบันยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ และมองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชนไทยในกลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่าทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้ร้อยละ 63.3 [20] และการศึกษาของธัญญาพัฒน์, จุไรรัตน์ และ ภัทราพร[19] พบว่าค่านิยมทางเพศส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ในเรื่องเพศบ่อย ๆ จะขัดเกลาค่านิยม จึงเป็นแรงกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

การรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันเสี่ยงทางเพศ อธิบายได้ว่าการรับรู้ข่าวสารทางด้านเพศจากสื่อต่าง ๆ มีผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เนื่องจากหากวัยรุ่นรับรู้ข้อมูลทางเพศจากสื่อมาก จะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศลดลง ปัจจุบันเป็นโลกไร้พรมแดน การเจริญเติบโตทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร การเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ง่ายขึ้น สื่อสามารถเข้าถึงได้ทุกเวลาและรวดเร็ว และเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดข้อมูลต่างๆไปสู่วัยรุ่น วัยรุ่นมีช่องทางในการค้นหาข้อมูลทางเพศและติดต่อสื่อสารกับกลุ่มเพื่อนและคู่รักได้ง่ายและเร็วขึ้น สื่อจึงมีอิทธิพลมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการใช้คอมพิวเตอร์และเครือข่ายสังคมออนไลน์มากถึงร้อยละ 90 ของกลุ่มวัยรุ่น มีการศึกษาของธัญญาพัฒน์, จุไรรัตน์ และภัทราพร[17] พบว่าอิทธิพลจากสื่อและเทคโนโลยีส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนักเรียนทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสื่อและเทคโนโลยีเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดข้อมูล เข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว อยู่ในชีวิตประจำวัน หากมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นสุ่มเสี่ยงจะส่งผลทางตรงกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สื่อมวลชน เช่น ซีดี โทรทัศน์ โฆษณา นิตยสาร และเว็บต่างๆจะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และมีงานวิจัยพบการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้[21] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นจะได้รับการสื่อสารเรื่องเพศจากสื่อมากที่สุด หากวัยรุ่นดูสื่อลามกอนาจาร ก็จะทำให้เกิดความอยากรู้อยากลอง และอาจทำให้หมกมุ่นเรื่องเพศได้ และการดูสื่อ ดังกล่าวหาดูได้ง่ายในกลุ่มเพื่อน หรือการส่งต่อทางไลน์ หรือทางโซเชียลมีเดียต่าง ๆ[7] สอดคล้องกับผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ข้อมูลทาง

เพศจากสื่ออยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารทางด้านเพศจากสื่อต่าง ๆ จากการดูภาพยนตร์ สื่อ วีดีโอ การอ่านหนังสือ เล่นอินเตอร์เน็ตที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศบ่อยครั้ง ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศลดลง

รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัวมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ อธิบายได้ว่า หากครอบครัวมีการเลี้ยงดูแบบควบคุมมากเกินไป ก็ยิ่งทำให้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศลดลง เนื่องจาก วัยรุ่นไม่แสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงทางเพศเพราะกลัวถูกตำหนิ และลงโทษจากครอบครัว ครอบครัวที่เลี้ยงดูบุตรแบบควบคุมจะมีกฎระเบียบที่เคร่งครัด เช่นไม่อนุญาตให้ไปเที่ยวกับ เพื่อนแบบค้างคืน ห้ามกลับบ้านไม่ตรงเวลา จะถูกตีหรือต่อว่า เมื่อทำผิดกฎ มีการวางแผนชีวิตในด้านการเรียนอย่างเคร่งครัด วัยรุ่นจะถูกห้ามไปเที่ยวกับเพื่อนในวันหยุดและหลังเลิกเรียน[7] ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ปกครองจำนวน 993 คน (ร้อยละ 90.9) และมีค่าเฉลี่ยของการเลี้ยงดูของครอบครัวยังอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง การเลี้ยงดูของครอบครัวในปัจจุบันยังคงเป็นแบบควบคุมพฤติกรรมของบุตร ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้กดดันและหันไปปรึกษากลุ่มเพื่อนเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาทางเพศ ประกอบกับวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากที่สุด และจะมีความสนใจเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางเพศมากขึ้น[2] สิ่งเหล่านี้จะนำวัยรุ่นให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น

การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ การสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่นเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การขาดการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับผู้ปกครอง ทำให้เกิดช่องว่างในการพูดคุยเรื่องเพศระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ทำให้วัยรุ่นไม่กล้าที่จะพูดคุยหรือสื่อสารปัญหาต่าง ๆ วัยรุ่นจึงหันไปปรึกษากลุ่มเพื่อน[19] นอกจากนี้การสื่อสารเรื่องเพศยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางเพศ วัยรุ่นชายส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าสามารถมีอิสระทางเพศ สามารถพูดคุยเรื่องเพศได้เป็นเรื่องปกติ โดยได้รับการยอมรับจากครอบครัว วัยรุ่นชายจึงกล้าที่จะพูดคุยเรื่องเพศกับบุคคลอื่นได้ ในขณะที่วัยรุ่นหญิงจะรับรู้จากสังคมว่าเรื่องเพศเป็นสิ่งที่ต้องห้ามวัยรุ่นหญิงจะไม่กล้าพูดคุยเรื่องเพศ ทำให้ได้รับการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องเพศจากสังคมน้อย ผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.3 ดังนั้นความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นขึ้นอยู่กับการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการสื่อสารในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศ[22]

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศเป็นปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันเสี่ยงทางเพศ และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องเพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นทางตรงและทางอ้อมโดยผ่านทัศนคติ ความเชื่อและการรับรู้ มีการศึกษาของ Yangyuen et al.[4] พบว่าประมาณ 87% ของวัยรุ่นไทยมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 6 ที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับสูง จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นไทยยังมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศจำนวนน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ประกอบกับในปัจจุบันโรงเรียนมีบทบาทสำคัญต่อการให้ความรู้ทางเพศศึกษาแก่วัยรุ่น แต่พบว่าการจัดการเรียนการ

สอนเพศศึกษาในปัจจุบันของประเทศไทยยังเน้นเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสรีรวิทยามากกว่าที่สร้างเสริมทักษะชีวิตเรื่องเพศให้แก่วัยรุ่น เช่น กระบวนการตัดสินใจ ทักษะการต่อรอง เป็นต้น

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างคือการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศ การรับรู้สองมาตรฐานทางเพศเป็นการรับรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับมาตรฐานของการประเมินค่าของพฤติกรรมทางเพศระหว่างวัยรุ่นหญิงและชายที่แตกต่างกัน ชายเป็นสัญลักษณ์ของการมีพลังอำนาจ ในขณะที่หญิงเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ ในอดีตนั้นคนในสังคมจะให้อิสระทางเพศกับชายมากกว่าหญิง โดยการรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศนั้นจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวของบุคคลนั้น ๆ และจะนำไปสู่การเกิดความไม่สมดุลของอำนาจทางเพศระหว่างหญิงและชาย ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของหญิงและชาย วัยรุ่นหญิงจะรับรู้เกี่ยวกับสองมาตรฐานทางเพศมากกว่าวัยรุ่นชาย ทำให้วัยรุ่นหญิงรับรู้ว่าตนเป็นวัตถุทางเพศ และไม่มีอำนาจการต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย[9] นอกจากนี้ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นหญิงและชายก็แตกต่างกัน ซึ่งหากวัยรุ่นหญิงเป็นฝ่ายเตรียมถุงยางอนามัยจะถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การศึกษาในต่างประเทศพบว่าหากวัยรุ่นรับรู้ถึงการมีสองมาตรฐานทางเพศอยู่ในระดับต่ำ จะทำให้มีทักษะในการต่อรอง หรือมีการสื่อสารทางเพศกับคู่นอนมากขึ้น[23] แต่ผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ สามารถอธิบายได้ว่าค่านิยมทางเพศของวัยรุ่นในยุคปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป โดยยอมรับว่าหญิงและชายมีมาตรฐานทางเพศที่เหมือนหรือใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับคะแนนของการรับรู้สองมาตรฐานทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ของชายและหญิงไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลวางแผนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะด้านเสริมสร้างทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ด้านการหลีกเลี่ยงการเที่ยวสถานเริงรมณ์ ด้านการไม่ดื่มสุราของมึนเมาและไม่ใช้สารเสพติด ด้านการหลีกเลี่ยงอยู่ลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้าม และด้านการไม่แตะต้องเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว โดยควรมีกิจกรรมที่เน้นการสร้างเสริมอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในเชิงบวก ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ การเลือกบริโภคข้อมูลทางเพศจากสื่อต่างๆ อย่างเหมาะสม และจะต้องมีการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่วัยรุ่นหญิงและชาย เพื่อให้วัยรุ่นรู้เท่าทันสถานการณ์สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

2. เป็นแนวทางให้พยาบาลเน้นการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อเชื่อมประสานความร่วมมือของสถาบันการศึกษาและครอบครัว โดยเน้นการสื่อสารเรื่องเพศทั้งในโรงเรียนและในครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกโดยเฉพาะนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงของทั้งโรงเรียนมัธยมศึกษา

และโรงเรียนอาชีวศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวางแผน การพัฒนาการเรียนรู้และทักษะให้สอดคล้องกับบริบทสิ่งแวดล้อม ปัญหาและความต้องการของนักเรียนต่อไป

2. ควรนำผลการวิจัยไปสร้างและพัฒนาโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นทั้งในโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนอาชีวศึกษา เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของวัยรุ่นในแต่ละบริบท

References

1. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Situation of reproductive health among adolescent and youth in 2019. [internet]. 2019 [cited 2020 Jul 31]; Available from: https://rhold.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=14&filename=index. Thai.
2. McNeely C, Blanchard J. The teen years explained: A guide to healthy adolescent development. United States of America: Center for Adolescent Health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Publishers Inc.; 2012.
3. Siriwan Tumchuea and Pornpan Pumprayool. Teenage pregnancy: Concept of solving problems with the district health system. Journal of health science research. 2018; 12(2):29-38. Thai.
4. Yangyuen S, Mahaweerawat U, Somdee T, Songkang S. Concerning Safe Sex Among Adolescent. Journal of science and technology Mahasarakham University. 2010; 29(4):420-7.
5. Chaikoolvatana C, Praditsathaporn C, Kamkhieo W. Predictors of sexual risk behavior among adolescents in Phayao province. Journal of Nursing and Education. 2013;6: 105-15. Thai.
6. Tipwareerom W, Powwattana A, Rarpwongwattana P. Predictors of risky sexual behaviors among adolescent boy, Phitsanulok province. Journal of Public Health Nursing. 2013;27(1);31-45. Thai.
7. Araya Chiangkong, Praleena Thongsri, Chamaiporn Dhamavasi. The causal model of factors affecting to sexual risk prevention behaviors of female teenagers in Bangkok: A mixed method approach. Journal of Public Health Nursing. 2018;32(2):1-22. Thai.
8. Srijaiwong S, Sindhu S, Ratinthorn A, Viwatwongkasem C. Factors Influencing Sexual Behaviors among Thai Adolescents. Journal of Population and Social Studies. (2017); 25(3):171 –93. Thai.
9. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion program. Health education quarterly.1988;15:351-77.
10. PATH Organization. Learning management of comprehensive sexuality education in schools: A guideline for school administrators. Bangkok: Urgent-tag; 2007. Thai.
11. Watcharaporn Butcharoen, Panan Pichayapinyo, Arpaporn Pawwattana. Factors related to sexual risk behavior among Thai secondary school students. Journal of Public Health. 2012; 42(1): 29-9. Thai.

12. Pankarin Hoyrat, Pramote Wongsawat Factors Influencing sexual intercourse behaviors among secondary school students. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1):149-63. Thai.
13. Lekphet K, Wongsawat P, Tejativaddhana P, Michaeng S. Effecting factors of sexual relationship experiences among upper secondary school students. Research and development health system journal. 2015;8(1):163-74. Thai.
14. Risa Bunnag, Lakkhana Temsirikulchai, Paranee Vatanasomboon, Arpaporn Powwattana. Effectiveness of life skills program for preventive sexual risk behaviors of secondary school students, Nakhon Pathom Province. Journal of Public Health. 2013;43(1): 80-93. Thai.
15. Vivancos R, Abubakar I, Phillips-Howard P. Hunter PR. School-based sex education is associated with reduced risky sexual behavior and sexually transmitted infections in young adults. Public Health. 2012;127(1):53-7. Thai.
16. United Nations Children's Fund (UNICEF). Analysis of pregnancy situation of teens in Thailand: Synthesis report 2015[Internet]. 2015 [cited2018 Mar20]; https://www.unicef.org/thailand/tha/160705_SAAP_in_ Thailand_report_TH.pdf. Thai.
17. Thanyapat Kumseeha, Jurairat Ardkaew, Pattharaporn Kessung. Factors affecting sexual risk behaviors of senior high school students under the secondary educational service area office 19: Multilevel Analysis. Sisaket Rajabhat University Journal. 2020;13(3):26-33. Thai.
18. Siriporn Chirawatkul et al. Perceptions of male adolescents related to love and sexual relationships. Journal of Psychiatric Association Thailand. 2013; 58(1):75-88. Thai.
19. Siriwan Tumchuea, Pornpan Pumprayool. Teenage pregnancy: Concept of solving problems with the district health system. Journal of health science research. 2018;12(2):29-38. Thai.
20. Vantamay S. An Assessment of sexual risk behavior among Thai youth in university student groups in Bangkok metropolitan area. National Demographic Conference 2007, Bangkok. Thai.
21. Nichapatr Punmeekij. Factors affecting sexual risk behaviors among female lower secondary school students in Pattaya city. (Dissertation). Thailand: Chonburi; 2016. Thai.
22. Bunyat K. Influence of parenting style, sexual communication and parental monitoring on sexual behavior among early adolescents. (Dissertation). Thailand: Chonburi; 2013. Thai.
23. Mchunu G, Peltzer K, Tutshana B, Seutlwadi. Adolescent pregnancy and associated factors in Sounth African youth. African Health Science. 2012;12(4), 426-34.

การกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ

ปิยะนุช บังเอิญ* พย.บ.
ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน** กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 211 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม

ผลวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง การกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: การกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ

*นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ หาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

SEIF-REGULATION, HAPPINESS AT WORK AND PROFESSIONAL COMMITMENT OF PROFESSIONAL NURSES IN BANGKOK HOSPITAL

Piyanut Bangoen* B.N.S

Theerapat Wongkumsin** Ed.D (Counseling Psychology)

Abstract

The purpose of this study were to 1) study level of self-regulation, happiness at work, and professional commitment of professional nurses; 2) study relationship between self-regulation and professional commitment of professional nurses and 3) study relationship between happiness at work and professional commitment of professional nurses. The samples were 211 professional nurses in Bangkok hospital. Data were collected by using questionnaires.

The result of this study indicated that; 1) self-regulation, happiness at work and professional commitment of professional nurses were at the high level; 2) self-regulation was positively related to professional commitment of professional nurses with statistically significant at . 01 level. and 3) happiness at work were positively related to professional commitment of professional nurses with statistically significant at .01 level.

Key words: self-regulation, happiness at work, professional commitment, professional nurses.

*Graduate Student in Master of Science Major on Community Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

**Assistant Professor, Department of Psychology, Kasetsart University

บทนำ

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่สำคัญต่อสังคม ผู้ปฏิบัติอาชีพพยาบาล ทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือทุพพลภาพ ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ วางแผนให้บริการด้านพยาบาล ช่วยแพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีบทบาทให้ความรู้ทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่บุคคล ชุมชนและสังคม[1] งานพยาบาลเป็นงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลายประเภท ทั้งผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ในปัจจุบันสภาพปัญหาด้านสาธารณสุขมีเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะช่วงระบาดของโรคบางโรคเช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่กำลังระบาดในปัจจุบัน ซึ่งเป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ที่ยังไม่มีการศึกษาและยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน สถานการณ์เหล่านี้อาจก่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความกลัว วิตกกังวล ความกดดัน เครียดต่อการปฏิบัติงาน การกำกับตนเอง คือการตั้งใจควบคุม และปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนในการทำงานเพื่อให้ได้รับความรู้ ทักษะ ตลอดจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้[2] เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีการกำกับตนเอง ตระหนักรู้ถึงถึงสภาวะแวดล้อม อารมณ์ของตนเองในการปฏิบัติงาน ก็จะสามารปฏิบัติงาน และแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่าง ๆในการปฏิบัติงานให้ผ่านไปอย่างมีคุณภาพ เมื่อพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ ก็จะก่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในการทำงานต่อไป ความสุขในการทำงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างพลังบวกอันยิ่งใหญ่ในการพลักดันให้งานสำเร็จ การสร้างความสุขในที่ทำงานถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้การบริหารองค์การเป็นไปด้วยความราบรื่น ความสุขของการทำงานคือประสบการณ์ และความรู้สึกของคนทำงานที่ต้องการให้ตนเองเป็นที่ยกย่องและยอมรับจากคนทั่วไป[3] เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงานก็จะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพต่อไป ความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ เป็นการแสดงออกตามการรับรู้ในลักษณะของความรู้สึกจงรักภักดี ความภาคภูมิใจ มีความตั้งมั่นในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆในวิชาชีพให้สำเร็จตามเป้าหมาย[4] เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการแก่มนุษย์ซึ่งได้รับการคาดหวังจากสังคมและผู้รับบริการว่า ควรจะแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสมตามคุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย แต่สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคืออุดมการณ์ของความเป็นนักวิชาชีพนั่นเอง โดยก่อให้เกิดความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ และพร้อมจะปฏิบัติงานด้วยอุดมคติและความเต็มใจ ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพการพยาบาล นับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ เพราะความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ เป็นสิ่งที่แสดงออกหรือเป็นตัวบ่งชี้ถึง ความรัก ความภาคภูมิใจ การยอมรับและยึดมั่นในจุดมุ่งหมาย และอุดมการณ์ของวิชาชีพ

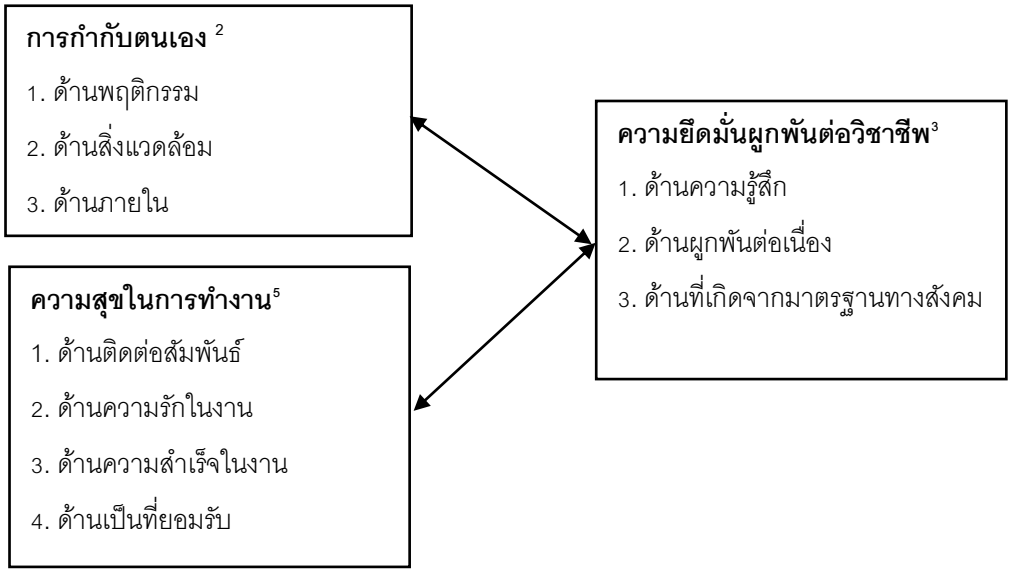
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 211 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 18 มิถุนายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 445 คน ข้อมูลเมื่อ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 (กลุ่มภาระกิจบริการวิชาการ, 2563) กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 211 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3ส่วนดังนี้ 1) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการกำกับตนเอง 2) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสุขในการทำงาน และ3) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อประธานที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ในด้านภาษาและความชัดเจนตามข้อแนะนำ

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบ (Try-Out) กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวัฒโนสถ กรุงเทพ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ทำหนังสือความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโครงการวิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาคพิเศษ ภาควิชาจิตวิทยา

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ถึงประธานศูนย์วิจัยโรงพยาบาลกรุงเทพ เพื่อยื่นขอพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนและถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ เพื่อขอความอนุเคราะห์ทำการทดสอบเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพ

2. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากฝ่ายและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลกรุงเทพ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่เสร็จสมบูรณ์แล้วพร้อมหนังสือชี้แจงการวิจัยแจกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 18 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนทำแบบสอบถาม

3. เก็บรวมรวมแบบสอบถามพร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด

4. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปบันทึกคะแนนโดยลงรหัส และลงบันทึกข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การกำกับตนเองโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.16 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.25 รองลงมาคือด้านภายในมีค่าเฉลี่ย 4.19 และด้านพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 4.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับการกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพ

การกำกับตนเอง	Mean	SD.	ระดับ
1. ด้านพฤติกรรม	4.05	.51	สูง
2. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.25	.46	สูง
3. ด้านภายใน	4.19	.44	สูง
รวม	**4.16**	**.41**	**สูง**

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.15 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านติดต่อสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.29 รองลงมาคือด้านความสำเร็จในงานมีค่าเฉลี่ย 4.15 และด้านความรักในงานมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 4.06 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ความสุขในการทำงาน	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านติดต่อสัมพันธ์	4.29	.47	สูง
2. ด้านความรักในงาน	4.08	.48	สูง
3. ด้านความสำเร็จในงาน	4.15	.44	สูง
4. ด้านเป็นที่ยอมรับ	4.06	.50	สูง
รวม	**4.15**	**.40**	**สูง**

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.39 รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกมีค่าเฉลี่ย 4.17 และด้านต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 4.04 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านความรู้สึก	4.17	.44	สูง
2. ด้านต่อเนื่อง	4.04	.51	สูง
3. ด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม	4.39	48	สูง
โดยรวม	**4.20**	**.40**	**สูง**

ส่วนที่ 4 การกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพพยาบาลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การกำกับตนเองรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านภายใน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก ด้านต่อเนื่อง และด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเองกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

การกำกับตนเอง		ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ			
		ด้านความรู้สึก	ด้านต่อเนื่อง	ด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม	รวม
ด้านพฤติกรรม	r	0.38**	0.34**	0.42**	0.45**
	P	0.00	0.00	0.00	0.00
ด้านสิ่งแวดล้อม	r	0.57**	0.50**	0.56**	0.68**
	P	0.00	0.00	0.00	0.00
ด้านภายใน	r	0.45**	0.40**	0.50**	0.53**
	P	0.00	0.00	0.00	0.00
รวม	r	**0.53****	**0.47****	**0.56****	**0.61****
	P	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 5 ความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ความสุขในการทำงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพพยาบาลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่าความสุขในการทำงานทุกด้าน ได้แก่ ด้านการติดต่อสัมพันธ์ ด้านความรักในงาน ด้านความสำเร็จในงาน และด้านการเป็นที่ยอมรับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก ด้านต่อเนื่อง และด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

ความสุขในการทำงาน		ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ			
		ด้านความรู้สึก	ด้านต่อเนื่อง	ด้านที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม	โดยรวม
ด้านการติดต่อสัมพันธ์	r	.57**	.47**	.55**	.62**
	P	.00	.00	.00	.00
ด้านความรักในงาน	r	.71**	.69**	.50**	.75**
	P	.00	.00	.00	.00
ด้านความสำเร็จในงาน	r	.64**	.60**	.57**	.71**
	P	.00	.00	.00	.00
ด้านการเป็นที่ยอมรับ	r	.53**	.54**	.40**	.58**
	P	.00	.00	.00	.00
โดยรวม	r	.72**	.68**	.59**	.78**
	P	.00	.00	.00	.00

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

การกำกับตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการกำกับตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการที่พยาบาลวิชาชีพตั้งใจควบคุมความคิด ความรู้สึก การกระทำ และพฤติกรรมให้เป็นไปในทางบวกกับงานที่ทำ ส่งผลให้ได้รับความรู้ ทักษะ ในการควบคุมสถานการณ์บางสถานการให้เป็นประโยชน์ในการทำงาน ตลอดจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยพยาบาลวิชาชีพมีการกำหนดเป้าหมาย วางแผนการทำงาน และประเมินการกระทำตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนกำกับและการควบคุมความคิดในการสร้างแรงจูงใจ และพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในงานที่กำหนดไว้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีการกำกับตนเองสูงส่งผลให้การทำงาน การให้บริการแก่ผู้มารับบริการ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดี

ความสุขในการทำงาน

จากผลการวิจัยพบว่า ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน มีการพูดคุยเรื่องสนุกสนาน ให้คำแนะนำ และแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์กับเพื่อนร่วมงานอย่างเป็นกันเอง มีความเอื้อเฟื้อต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างเต็มใจ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงาน พึงพอใจในงานที่รับผิดชอบ ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย และมีความกระตือรือร้นในการทำงาน หาแนวทางแก้ไขปัญหาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสำเร็จในงานที่ได้รับมอบหมาย เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความสำเร็จในงานก็ทำให้รู้สึกภูมิใจ และพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ เมื่อพยาบาลวิชาชีพสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากได้ก็จะเป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน เป็นที่ไว้วางใจของกับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาในการทำงานที่ท้าทายและ

ยากขึ้น เมื่อเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาไว้วางใจและยอมรับข้อเสนอแนะต่าง ๆก็ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสุขในการทำงาน

ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

จากการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต มีความภาคภูมิใจในวิชาชีพ มีความยินดีที่มีคนชื่นชมในวิชาชีพ ยินดีที่จะปฏิบัติงานและพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่นแม้ไม่ได้อยู่ในเวลาปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพมองเห็นอนาคตที่ดีของสายงานวิชาชีพพยาบาล สนใจศึกษาและต่อยอดในสายงานพยาบาลที่สูงขึ้น พัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ไม่คิดจะเปลี่ยนสายงาน ตั้งใจเกษียณอายุงานในวิชาชีพพยาบาล ให้ความสำคัญต่อจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล มีความภาคภูมิใจที่สังคมให้การยอมรับในวิชาชีพพยาบาล เชื่อมั่นในค่านิยมของวิชาชีพพยาบาล ยินดีจะปฏิบัติตามนโยบายขององค์กรวิชาชีพเพื่อชื่อเสียงของวิชาชีพ และยินดีที่จะแนะแนวทางการศึกษาในวิชาชีพพยาบาลแก่คนรุ่นหลัง

การกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

จากผลการวิจัยพบว่า การกำกับตนเองของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องมาจาก เมื่อพยาบาลวิชาชีพตั้งใจควบคุมความคิด ความรู้สึก การกระทำและพฤติกรรมให้เป็นไปในทางบวกกับงานที่ทำส่งผลให้ได้รับความรู้ ทักษะ ในการควบคุมสถานการณ์บางสถานการณ์ให้เป็นประโยชน์ในการทำงานและการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพประสบความสำเร็จในงานจะเกิดความภาคภูมิใจ พึงพอใจต้องการที่จะทำงาน ก่อให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

จากผลการวิจัยพบว่า ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องมาจาก เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อร่วมงาน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ให้คำปรึกษาแนะนำกัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขในงาน พึงพอใจในงานที่รับผิดชอบ ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย มีความกระตือรือร้นที่จะทำงาน มีความสนใจตั้งใจที่จะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เมื่อพยาบาลวิชาชีพตั้งใจทำงานก็ก่อให้เกิดความสำเร็จในงาน เป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติงานที่ท้าทายและต้องใช้ทักษะที่สูงขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในงานและมีความสุขในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆที่อาจมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ เช่น คุณภาพชีวิตในการทำงาน แรงจูงใจในการทำงาน การรับรู้ลักษณะของงาน การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในลักษณะของการวิจัยคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และครอบคลุมใน

หลายมิติ เพื่อการนำไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาการกำกับตนเอง ความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพกับกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น

References

1. กองการพยาบาล. 2556. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. Thai.
2. Zimmerman, Barry J.;& Martinez-Pons, M. 1986. “Development of structure review for Assessing student use of self-regulate learning strategies.” America Educational Research Journal 50: 284-90.
3. จรรยา ดาสา. 2552. ความสุขในที่ทำงาน (Happy workplace) (Online). Thai. http://202.142.219.4/varticle/39142, 21 ตุลาคม 2553.
4. Meyer, J.P., Allen,N.J., and Smith, C.A. 1993. “Commitmentoforganizationsand occupations : extension and test of a three-component conceptualization.” Journal of Applied Psychology 78 (4): 538-51.
5. Manion, J. 2003. “Joy at work: creating a positive workplace.” Journal of Nursing Administration 33 (12): 652-55.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ทัศนีย์ บุญวานิตย์* พย.บ. **ศรินรา ทองมี**** คม.,
ชนิกานต์ พละศักดิ์** พย.บ. **สกุณา รุ่งเรือง**** พย.บ.
คำปิ่น แก้วกนก** พย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มี 4 ขั้นตอน (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนาแนวปฏิบัติฯ (3) นำแนวปฏิบัติฯไปใช้ และ (4) ประเมินผลแนวปฏิบัติฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) วิสัญญีพยาบาล 55 ราย และ (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล 30 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติฯ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าCVI เท่ากับ 1 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามความความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติฯ (2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ (3) แบบทดสอบความรู้ในการให้ยาระงับความรู้สึกฯ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (5) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .87, .81, .79, .82 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ t-test

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 3 แนวปฏิบัติพยาบาล คือ ก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาระงับความรู้สึก ผลการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า วิสัญญีพยาบาล มีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.61, SD .45*)* และมีคะแนนการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.46, SD .48) ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.56, SD .50) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการพยาบาล พบว่า อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึกและหลังการระงับความรู้สึกร้อยละ 100 และไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Nurse Anesthetist in nursing care of Patients who received Mitral Valve Replacement under General Anesthesia at Sunpasitthiprasong Hospital UbonRatchathani

Thassanee Bunvanit* B.N.S. Sarinra Thongmee** M.Ed.
Chanikan Palasak** B.N.S. Sakuna Rungreung** B.N.S.
Kampin Kawkanok** B.N.S.

Abstract

The objective of this research and development was to develop and study the results of the develoed clinical nursing practice guideline (CNPG) for nurse anesthetist in patients who received mitral valve replacement under general anesthesia. The study consisted of 4 steps (1) studied situation, (2) developed CNPG, (3) implemented CNPG, and (4) evaluated CNPG. The sample consisted of 55 nurse anesthetist and 30 patients undergoing mitral valve replacement. The research instrument included the CNPG, verified by 3 experts yielding a value of 1 . Data were collected using (1) the CNPG opinion questionnaire, (2) assessment the compliance with the CNPG, (3) anesthesia knowledge test, (4) the patients' satisfaction questionnaire, and (5) self-care ability assessment. Conbach's alpha coefficient were .87, .81, .79, .82, and .82respectively. Data were using descriptive statistics and t-test.

The results revealed that the CNPG consisted of 3 components (1) CNPG for pre-anesthetic phase, (2) CNPG for intra-anesthetic phase, and (3) CNPG for post-anesthetic phase. The outcomes of using the CNPG found that the nurse anesthetist' knowledge mean score were significantly higher than before using the CNPG at . 05. The nurse anesthetist's overall opinions were at the highest level (Mean 3.61, SD .45) and the overall practice scores were at a high level (Mean 3.46, SD .48). The patient's overall satisfaction scores were at the highest level (Mean 3.56, SD .50). The quality outcomes of the nursing services showed that the rate of pre-anesthesia and post-anesthesia visits of the patients was 100 percent, and did not found the incidence of complications during anesthesia

Key words: clinical nursing practice guideline (CNPG), mitral valve replacement, general anesthesia

*Registered nurse, Senior Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital UbonRatchathani

**Registered nurse,Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital UbonRatchathani

บทนำ

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลกและเป็นอันดับสองในประเทศไทย จากสถิติรายงานประจำปี2562 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขชนิดของโรคหัวใจแบ่งตามเวลาการเกิดของโรคได้เป็นสองกลุ่ม คือ โรคหัวใจแต่กำเนิดและโรคหัวใจที่เกิดภายหลัง โรคลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบจัดอยู่ในกลุ่มโรคหัวใจที่เกิดภายหลังที่พบได้บ่อย การมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับลิ้นหัวใจ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดผิดปกติ การทำงานของหัวใจผิดปกติ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ลิ้นหัวใจไมตรัลเป็นลิ้นหัวใจที่เกิดพยาธิสภาพได้บ่อยที่สุดในชนิดของลิ้นหัวใจทั้งหมด สามารถเกิดขึ้นได้แต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง[1] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคหัวใจรูมาติก[2]พบได้น้อยในผู้ป่วยเด็ก แต่จะพบมากขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนถึงผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจในลักษณะหนาแข็งและมีหินปูนมาเกาะ เมื่อเกิดภาวะลิ้นหัวใจไมตรัลตีบมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามมาคือความดันในห้องหัวใจด้านบนซ้ายสูงขึ้นมีการเพิ่มขึ้นของความต้านทานในระบบไหลเวียนปอดและมีการลดลงของปริมาณเลือดที่เลี้ยงร่างกายอาการแสดงมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจและจังหวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติอาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดคือหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกหรือใจสั่นขณะออกแรง[3]เมื่อมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดโรคลิ้นหัวใจ หลักในการรักษาโรคลิ้นหัวใจ คือ การแก้ไขภาวะลิ้นตีบหรือ รั่วถ้าสามารถแก้ไขโดยการผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจได้ จะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เนื่องจากเป็นการรักษาสภาพการทำงานของ left ventricle และผู้ป่วยอาจไม่ต้องทานยาละลายลิ่มเลือด(anticoagulant) ไปตลอดชีวิต แต่ถ้าลิ้นหัวใจมีพยาธิสภาพมากจนมิอาจซ่อมแซมได้ ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ[4]

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข และนโยบายสาธารณสุข 4.0 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านบริการที่เป็นเลิศ ควบคู่กับการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงใกล้บ้าน ลดวันนอนโรงพยาบาล และลดระยะเวลารอคอย โดยมีเป้าหมายการพัฒนาสูงสุด คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย อยู่ในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ ได้มีการพัฒนางานบริการด้านโรคหัวใจมาโดยตลอด จากสถิติโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ในปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 ดังนี้ คือ 198, 165และ156 รายซึ่งผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่จะมีอาการแบ่งตามสมาคมหัวใจนิวยอร์ก (NYHA class)อยู่ในระดับ III หรือ IV[5]มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการระงับความรู้สึก การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งการผ่าตัดลิ้นหัวใจเทียมเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ทำภายใต้การดมยาสลบ ในระหว่างการผ่าตัดระบบเลือดของผู้ป่วยจะถูกหมุนเวียนด้วยเครื่องหัวใจและปอดเทียม ทำหน้าที่แทนการทำงานของหัวใจของผู้ป่วย เพื่อให้หัวใจหยุดทำงานในขณะที่ศัลยแพทย์กำลังทำการผ่าตัด[6] การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนเลือดของผู้ป่วยขณะใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงสูง ต้องเฝ้าระวังอย่างสูง ซึ่งเป้าหมายการระงับความรู้สึกการผ่าตัดหัวใจคือหลีกเลี่ยงภาวะหัวใจขาดเลือดและควบคุมภาวะการไหลเวียนโลหิตให้คงที่ หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนวิสัญญีพยาบาลต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในขณะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพยาธิสภาพ

และความเข้าใจในโรคและสิ่งผิดปกติร่วม ผลกระทบของการระงับความรู้สึกที่มีผลต่อหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด การดูแลผู้ป่วยเมื่อใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมวิสัญญีพยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ความผิดปกติทางเมตาบอลิค ระหว่างการเคลื่อนย้ายไปไอซียูหลังเสร็จผ่าตัด ต้องเฝ้าระมัดระวังอย่างมาก ติดตามสัญญาณชีพตลอดเวลา ดังนั้นควรมีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จากการทบทวนเวชระเบียนที่ผ่านมา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีมีการเยี่ยมก่อนผ่าตัดหัวใจและการเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะแผลกดทับจากการจัดท่าไม่ครอบคลุม ร้อยละ 100การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตยังไม่ครบถ้วนขณะส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยยังมีภาวะ severe hypotensionร้อยละ 5ทีมวิสัญญีพยาบาลยังขาดสมรรถนะ ความรู้ความเข้าใจขั้นตอนในการระงับความรู้สึกแต่ละระยะ และยังไม่มีคู่มือปฏิบัติงานที่ชัดเจนเฉพาะโรค

แนวทางปฏิบัติพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ตัดสินใจในทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม[7]จากความสำคัญและปัญหาของสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยตระหนักและเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องและทันสมัย รวมถึงการมีระบบกำกับ นิเทศ ติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เกิดความพึงพอใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลวิสัญญีอื่น ๆ ต่อไป

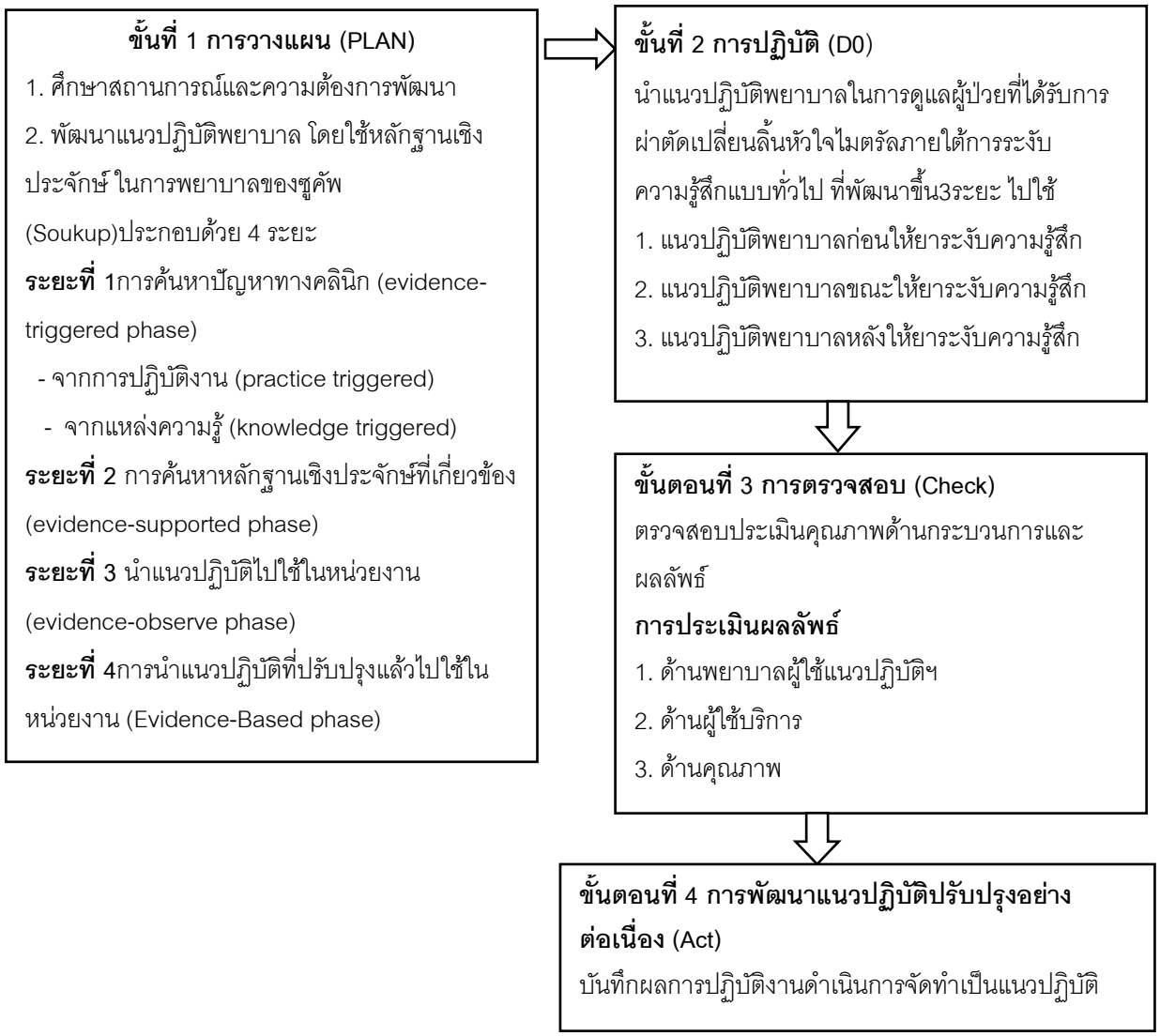
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของเดมมิง (Deming)[8]และรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพ (Soukup)[9] รายละเอียดในถาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนาและประเมินผลเบื้องต้นของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 55 คน

2) กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

อุบลราชธานีในช่วงเวลาเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

1.กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 55คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ (1) เป็นวิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกผ่าตัดหัวใจ3ปีขึ้นไป (2) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ และ (3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 55 คน

2.กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน- เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-65 ปี (2) เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (3) เข้ารับการผ่าตัดในช่วงเวลา 08.00-16.00น. และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาลิ้นหัวใจไมตรัลร่วมกับการผ่าตัดอย่างอื่น เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนมาระงับความรู้สึก ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง (census)

เครื่องมือในการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ประกอบด้วย 3 แนวปฏิบัติ ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (2) แนวปฏิบัติระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และ (3) แนวปฏิบัติหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์จำนวน 1 ท่าน ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก 1 ท่าน และวิสัญญีพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 1 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ และปรับการใช้ภาษาให้เข้าใจง่าย ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1)แบบสอบถามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาล และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาล (2)แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (3) แบบทดสอบความรู้วิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล เป็นแบบทดสอบแบบปรนัย จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล และ (5) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล มี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และตอนที่ 2 การปฏิบัติตัวหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยความตรงเชิงเนื้อหา และภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ทุกฉบับ ทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด เท่ากับ 0.87, 0.81,0.79, 0.82 และ 0.82 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ เดือนสิงหาคม-เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องติดตามดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยการรวบรวมข้อมูลจากใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกและการสังเกตการปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย พบว่า (1) ไม่มีแนวปฏิบัติพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ที่เป็นแนวทางเดียวกัน (2) วิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 30 ขาดสมรรถนะ และความรู้ความเข้าใจขั้นตอนในการระงับความรู้สึกแต่ละระยะ และไม่มีคู่มือปฏิบัติงานที่ชัดเจนเฉพาะโรค และ (3) พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากบริการระงับความรู้สึก เช่นภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะโลหิตจาง ประกอบกับการผ่าตัดใช้เทคนิคพิเศษทำให้หัวใจหยุดเต้นขณะผ่าตัดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทำหน้าที่แทนขณะหัวใจหยุดเต้น

ระยะที่ 2 การสร้างแนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

1. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์สาขาหัวใจและหลอดเลือด1 คนศัลยแพทย์ทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด1 คนอาจารย์พยาบาล 1คนนักปฏิบัติการหัวใจและปอดเทียม 1 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 คนและวิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกทำงานอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด จำนวน 10 คน

2. พัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลโดยใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกาของซูคัพ (Soukup)[9] เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีกระบวนการที่ชัดเจน ช่วยทำให้ทราบปัญหา และพัฒนาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงานและจากแหล่งความรู้

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากประเด็นปัญหาทางคลินิกและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute)[10] ยกร่างแนว และกำหนดเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ AGREE II[11] ผลการประเมินแนวปฏิบัติพยาบาลฯในภาพรวมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านให้คะแนนคุณภาพตรงกัน คือ มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์สูงคือร้อยละ 80.35 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 8 เรื่องแบ่งเป็นระดับ 1b จำนวน 3 เรื่อง 3b จำนวน 4 เรื่อง และ 4a จำนวน 1 เรื่อง และยกร่างเนื้อหาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (2) การดูแลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะย่อย คือ 2.1 ระยะก่อนใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม 2.2 ระยะขณะใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม และ 2.3 ระยะหยุดใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม และ (3) การดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึก ทั้งนี้แนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล แสดงในแผนภูมิที่ 1

ขั้นตอนที่ 3) นำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในหน่วยงานและประเมินผลเป็นระยะ

ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ไมตรัลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย เดือนเมษายน-เดือนนวาคม พ.ศ. 2563 ดำเนินการ ดังนี้

1. ประชุมคณะทำงาน และเตรียมพร้อมบุคลากรในหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย

2. นำแนวปฏิบัติพยาบาลฯ ไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ติดตาม กำกับ และให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ

3. รวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหา ทบทวนความเข้าใจ รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผนปรับปรุงแนวปฏิบัติพยาบาลฯ

ระยะที่ 4 ประเมินผล เดือนมกราคม 2564-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ดำเนินการ ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ในการให้ยาระงับความรู้สึกฯ ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติพยาบาลฯ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลฯ ของวิสัญญีพยาบาล

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการให้ยาระงับความรู้สึก ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

3. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ ได้แก่ ร้อยละของการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย และร้อยละของการลดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

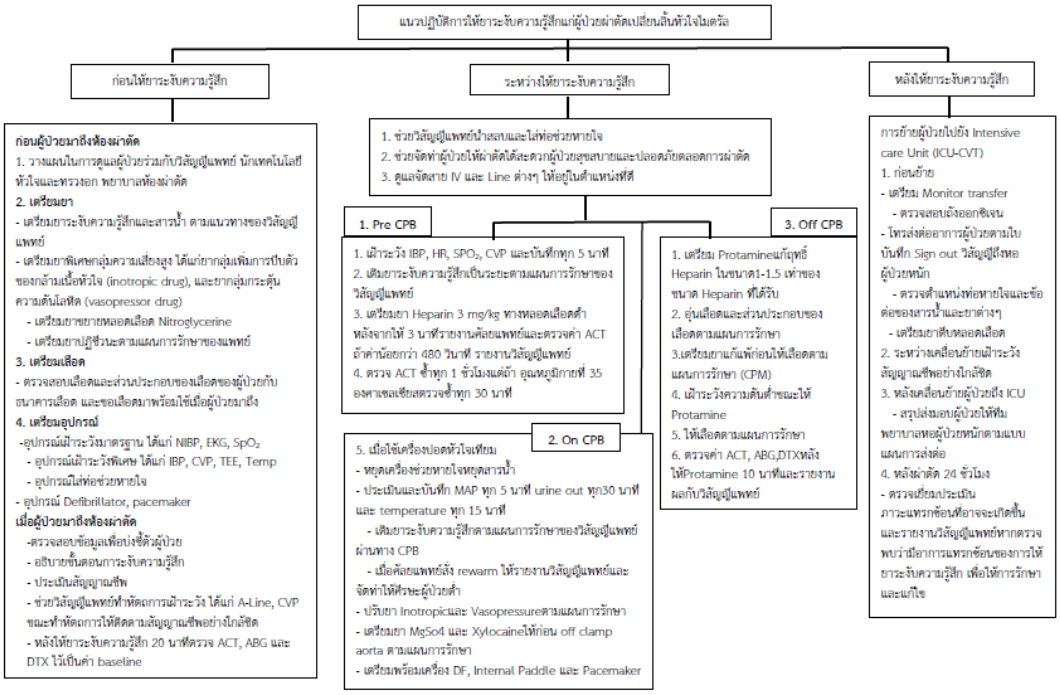
การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เลขที่039/2562 ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2562 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย การตอบรับปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัย หรือเผยแพร่ผลงาน ในภาพรวม เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ลงนามในใบยินยอม

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามจุดประสงค์ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า วิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 30 ขาดสมรรถนะ และความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการระงับความรู้สึกในแต่ละระยะ เนื่องจากรูปแบบในการปฏิบัติพยาบาลที่มีอยู่ ขาดความชัดเจน ไม่มีคู่มือปฏิบัติงานที่ชัดเจนเฉพาะโรค และแนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้น จึงพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลฯ สำหรับ รูปแบบ และเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล สรุปได้ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1.แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล มีดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการ

ผลการศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาล จำนวน 55 คน ต่อการนำแนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลไปใช้ พบว่า วิสัญญีพยาบาลที่ประจำการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 27-58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 40.24 ปี มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึก เฉลี่ย 13.65 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.1 และส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 94.6

ตารางที่ 1.ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล (N 55)

หัวข้อประเมิน	Mean	SD	ผลลัพธ์
1. ความเหมาะสม สะดวกในการนำไปใช้กับผู้ป่วย	3.84	.37	มากที่สุด
2. มีความชัดเจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน	3.87	.34	มากที่สุด
3. เป็นประโยชน์ต่อวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติให้ครอบคลุมกับลักษณะผู้ป่วย	3.91	.29	มากที่สุด
4. การไปใช้ในหน่วยงานสามารถประหยัดด้านต้นทุน กำลังคนและเวลา	3.53	.50	มากที่สุด
5. มีประโยชน์สามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย	3.29	.46	มาก
6. ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	3.38	.49	มาก
7. ระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาล	3.47	.72	มาก
ความคิดเห็นโดยรวม	**3.61**	**.45**	**มากที่สุด**

ตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาล มีความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.61, SD .45) โดยข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ เป็นประโยชน์ต่อวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติให้ครอบคลุมกับลักษณะผู้ป่วย (Mean 3.91, SD .29) รองลงมา คือ แนวปฏิบัติฯ มีความชัดเจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน (Mean 3.87, SD .34) ส่วนระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลฯ พบว่า วิสัญญีพยาบาลมีความพอใจในระดับมาก (Mean 3.47,SD .72)

ตารางที่ 2. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลของวิสัญญีพยาบาล (N 55)

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	การปฏิบัติตามของวิสัญญีพยาบาล		
	Mean	SD	ผลลัพธ์
1. ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกมีการประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกได้ครอบคลุมและชัดเจน	3.63	.49	มากที่สุด
2. ระยะให้ยาระงับความรู้สึกมีการปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม ระยะขณะใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียมและระยะหยุดใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม	3.73	.45	มากที่สุด
3. ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกมีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำหออย่างเป็นระบบและเยี่ยมประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย	3.65	.48	มากที่สุด
4. มีคู่มือการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้อย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน	3.55	.50	มากที่สุด
5. มีการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพตามรูปแบบที่กำหนดไว้	2.76	.50	มาก
การปฏิบัติโดยรวม	**3.46**	**.48**	**มาก**

ตารางที่ 2. พบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล วิสัญญีพยาบาลมีการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.46, SD .48) ข้อที่ปฏิบัติตามได้มากที่สุดคือ ระยะให้ยาระงับความรู้สึกฯ (Mean 3.73, SD .45) รองลงมา คือ ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกฯ (Mean 3.65, SD .48) และข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ มีการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพตามรูปแบบที่กำหนดไว้ (Mean 2.76, SD .50)

ตารางที่ 3.เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล (N 55)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ		คะแนนหลังใช้แนวปฏิบัติฯ		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ในเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	6.69	1.39	9.51	0.94	-19.94	< 0.01*

ตารางที่ 3 พบว่า วิสัญญีพยาบาล มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t -19.94, p < .01)

2.2 ด้านผู้ใช้บริการ

ผลการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 51.9 ปี ค่า BMI เฉลี่ย 23.46 ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ยนาน 242.05 นาที ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 เป็นเพศชาย ร้อยละ 46.67 และครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 50 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 56.67

ตารางที่ 4.ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล (N 30)

ประเด็นการประเมิน	ความพึงพอใจ		
	Mean	SD	ผลลัพธ์
1. ด้านคุณภาพการดูแล	3.50	0.53	มากที่สุด
2. ด้านความพร้อมในการดูแล	3.60	0.52	มากที่สุด
3. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	3.50	0.53	มากที่สุด
4. ด้านความต่อเนื่องในการดูแล	3.40	0.52	มาก
5. ด้านประสิทธิผล	3.80	0.42	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	**3.56**	**0.50**	**มากที่สุด**

ตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.56, SD .50) ข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านประสิทธิผล (Mean 3.80, SD .42) รองลงมา คือ ด้านความพร้อมในการดูแล (Mean 3.60, SD .52) และข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านความต่อเนื่องในการดูแล (Mean 3.40, SD .52)

ตารางที่ 5. คะแนนความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล (N 30)

ประเด็นการประเมิน	ความสามารถในการดูแลตนเอง		
	Mean	SD	ผลลัพธ์
1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาของแพทย์	3.20	0.42	มาก
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกสามารถสาธิตย้อนกลับการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพได้	3.40	0.52	มาก
3. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัดเช่นการมีสายระบายทรวงอกและสายMonitor เฝ้าระวังต่างๆ การบอกคะแนนความปวดภายหลังการผ่าตัดได้	3.40	0.51	มาก
4. ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับความรู้เรื่องการป้องกันแผลติดเชื้อ ระวังอย่าให้แผลโดนน้ำ จนกว่าแผลจะแห้งสนิท หากแผลบวมหรือมีไข้ให้รีบมาพบแพทย์	3.50	0.53	มากที่สุด
5. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เรื่องการพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดอย่างเคร่งครัดโดยสังเกตภาวะเลือดออกในจุดต่างๆด้วย เช่นทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ แล้วแจ้งให้แพทย์ทราบการมาพบแพทย์ตามนัด และอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์	3.60	0.52	มากที่สุด
คะแนนโดยรวม	**3.42**	**0.50**	**มาก**

ตารางที่ 5 พบว่าคะแนน ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.42, SD .50) คะแนนความรู้ความสามารถข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อที่ 5 เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน (Mean 3.60, SD .52) รองลงมา คือ ข้อที่ 4 ความรู้เรื่องการป้องกันแผลติดเชื้อ (Mean 3.50, SD .53) และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีการรักษาของแพทย์ (Mean 3.20, SD .42)

2.3 ด้านคุณภาพบริการ

ตารางที่ 6. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ

ประเด็นการประเมิน	คุณภาพบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก		
1. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนให้ยาระงับความรู้สึก	30	100
2.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการการระงับความรู้สึก	30	100
ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก		
3. เฝ้าระวังและป้องกันภาวะปอดบาดเจ็บขณะศัลยแพทย์ลงมีดผ่าตัดทำ Incision sternotomy	30	100
4. เฝ้าระวังการป้องกันภาวะแผลกดทับจากการจัดท่า	30	100
5. เฝ้าระวังและประเมินภาวะ hypotension	30	100
6. เฝ้าระวังและประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	30	100
7. เฝ้าระวังและประเมินภาวะ Hypoxia	30	100
8. เฝ้าระวังและประเมินภาวะ Hypothermia, Hyperthermia	30	100
ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกระหว่างนำส่งหอผู้ป่วยหนัก		
9. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต	30	100
10. เฝ้าระวังและประเมินภาวะ severe hypotension	30	100
11. เฝ้าระวังและประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติ	30	100
12. เฝ้าระวังและประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	30	100
ระยะหลังการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วย		
13. ได้รับการยี่ยมประเมินภายหลังระงับความรู้สึก	30	100
14. ภาวะ Severe pain ภายหลังระงับความรู้สึก	0	0
15. ภาวะShivering ภายหลังระงับความรู้สึก	0	0
16. การติดเชื้อหลังผ่าตัด	0	0

ตารางที่ 6 พบว่า ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการประเมินเตรียมความพร้อมจากวิสัญญีพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึกได้รับการเฝ้าระวังและประเมินร้อยละ 100 ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมประเมินที่หอผู้ป่วย/หอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 100 และไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หลังผ่าตัด

อภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลก่อนให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลทีมพัฒนาได้เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งการเตรียมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเป็นข้อมูลที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทีมพัฒนาได้กำหนดให้มีการเยี่ยมประเมินและให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและสามารถดูแลตนเองได้หลังการผ่าตัด การประเมินโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ในการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจากทีมวิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 100 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในระดับมาก ความพึงพอใจต่อการบริการอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของบงกช ธิติบดินทร์[12]ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง และการศึกษาของจุฑามาศ จินาทิตย์และคณะ[13]ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟารินต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวาร์ฟารินและพฤติกรรมบริโภคอาหารเหมาะสม ส่วนผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลฯ อยู่ในระดับมากและมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลมากขึ้น โดยมีคะแนนความรู้หลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ด้านคุณภาพบริการ พบว่าหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกให้การยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางที่กำหนดทุกระยะของการระงับความรู้สึก อัตราการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยโดยวิสัญญีพยาบาลได้ร้อยละ 100 มีการดูแลเฝ้าระวังตามมาตรฐานของการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสอดคล้องกับการศึกษาของบงกช ธิติบดินทร์และวิศิษฐ์ศิริภูวนันท์[14] โดยมีวิสัญญีพยาบาลช่วยเฝ้าระวังและประเมินภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ขณะหยุดใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม ระยะหลังผ่าตัดขณะนำส่งไปหอผู้ป่วยหนักอย่างใกล้ชิด

โดยสรุป แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สามารถเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้วิสัญญีพยาบาลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความสามารถเฝ้าระวังผู้ป่วยตามมาตรฐาน แนวปฏิบัติการให้การพยาบาลทุกขั้นตอนชัดเจน ครอบคลุมทุกระยะ ทีมงานสามารถปฏิบัติตามได้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาลควรมีกลยุทธ์ที่จะทำให้วิสัญญีพยาบาลนำแนวปฏิบัติพยาบาลนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการวิจัยควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อต่อยอดความรู้การศึกษาวิจัยพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มา

References

1. Watcharaksa K. Text Book of Anesthesia. In: Prakarnrat A, Sanansilp W, Suksompong S, Toomthong P, editor. Anesthesia for congenital heart surgery. 4th ed. Bangkok: A-Plus Print, 2013. p. 333-48.
2. Siriboonphiphatana P. Pediatric Nursing Volume 2 (Revised Edition): Nursing Care of Pediatric Cardiovascular and Circulatory System. Bangkok: Tana Press Printing Services, 2012.
3. NaruenatLomarat. Caring for patients with heart disease undergoing surgery. In: SirivanasandhaB, Waitayawinyu P, Toomthong P. editor. Anesthesia and Perioperative care.Bangkok: A-Plus Print, 2013. p. 229-346.
4. Dima C, Talavera F,ComptonSJ,O'BrienTX,PrisantLM,DesserKB.Mitral Stenosis Treatment & Management [Online]. 25 Medscape; 2018 [cited 2018 Aug 10]. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/155724-treatment#d10.
5. Samad K, Hashmi M. Anesthetic Management for Open Heart Surgery and Extracorporeal Circulation. 2016; (20 Suppl 1):S140-5.
6. Suwannakit P. Heart-Lung Machine: Principle and Practice. Phitsanulok :Naresuan University Publishing House, 2018.
7. Katchamat W. Update in International Medicine 2014. In :Charatcharoenwitthaya P, Katchamat W, Phisalprapa P. editor. How to use clinical practice guideline in clinical practice. Bangkok: Parbpim Limited Partnership. 2014:1-9.
8. Udomthanathira K. PDCA cycle/ Quality Control Cycle or Deming Cycle. [online]. 2018 Nov 18 [cited 2021 Jan]; Available from: https://www.iok2u.com/index.php/article/innovation/240-pdca-cycle-deming-cycle
9. Soukup M. The center of advance nursing practice evidence-based practice model promotingthescholarshipofpractice. NursClin North Am 2000; 35(2): 301-9.
10. The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of evidence and grades of recommendation. [Online]2013 [cited 2019 March 8]; [5 screens]. Available from:https://joannabriggs.org /sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf.
11. Institute of Medical Research and Technology Assessment, Ministry of Public Health. TheAppraisal of Guidelines for Research & Evaluation. The AGREE II (2013) Thai Version. [online]. 2013 [cited 2019 Aug 1]; Available from: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf.

12. Thitibordin B. The patient's satisfaction with preanesthetic preparation for cardiovascular surgery. Thai J Anesthesiol. 2016;42(3):192-8.
13. Jinatit J, Asdornwised U, Pinyopasakul W, Slisatkorn W.The Effectiveness of Continuing Care Program in Valvular Heart Surgery Patients Receiving Warfarin on Warfarin Adherence and Dietary Consumption Behavior. J Nurs Sci. 2015;33(1):24-32.
14. Thitibordin B, Siriphuvanun V. Clinical practice guideline development for nurse anesthetist taking care of patients who receive coronary artery bypass graft (CABG) surgery under general anesthesia in MaharajNakorn Chiang Mai Hospital. Thai J Anesthesiol. 2017; 43(2):144-56.

การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

วรศักดิ์ ขวัญเจริญทรัพย์* พย.บ.(พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ และประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือพระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ จำนวน 44 รูป การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยการระดมสมองร่วมกับสหวิชาชีพ และทบทวนวรรณกรรม ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์อาพาธ แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และแบบประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์อาพาธ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสถิติที

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า มีการงดผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของพระสงฆ์อาพาธ , การได้รับข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดไม่เพียงพอ, สถานการณ์โควิด-19 มีการระบาดต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื้อหาของรูปแบบ ประกอบด้วย การตรวจร่างกายและการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด การให้ข้อมูลการผ่าตัด การจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์โควิด-19 และการติดตามหลังจำหน่าย ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม 2) พระสงฆ์อาพาธพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับพึงพอใจมาก 3) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นพบว่ามีอัตราค่าบริการผู้ป่วยลดลง

คำสำคัญ: พระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโต, ผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลสงฆ์

E-mail: Vorasak0811721733@gmail.com

The Development of Care Model for Buddhist Monks with Diabetic Foot Ulcer

Vorasuk Khwanchareonsup* B.N.S, RN

Abstract

This research aimed to develop care model for Buddhist monks undergoing transurethral resection of the prostate and assess the outcomes. Subjects were forty-four monks with benign prostatic hyperplasia undergoing transurethral resection of the prostate. The research was divided into three phases; Phase 1) A study of situation and problem; Phase 2) A development of care model together with a multidisciplinary team and review literature; Phase 3) An evaluation of care model. The research instruments comprised: a personal information questionnaire, a post-operative recovery questionnaire and satisfaction assessment form. Descriptive statistics and independent t-test were used for data analysis.

Result: Phase 1 situation analysis found that, there was no surgery due to lack of readiness. Phase 2 develop a care model by using perceive self-efficacy concept, the content of care model includes a physical examination by a multidisciplinary team; evaluation of surgical readiness; providing surgical information; anxiety management before surgery; pre-operative preparation for the COVID-1 9 infection prevention guidelines and follow discharge., Phase 3 an evaluated show that; 1) The experimental group had better post-operative recovery than the control group. 2) Monks were satisfied with the care model for Buddhist monks undergoing transurethral resection of the prostate at a very satisfactory level. 3) Medical expenses were decreased after used care model for Buddhist monks undergoing transurethral resection of the prostate.

Key wordห: monks with benign prostatic hyperplasia, transurethral resection of the prostate

Registered Nurse, Priest Hospital *

Correspondence author E-mail: Vorasak0811721733@gmail.com

บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโต (benign prostatic hyperplasia) เป็นโรคในระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุชาย ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น พบว่าผู้ชายที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีโอกาสน้อยที่จะเป็นโรคต่อมลูกหมากโต แต่เมื่ออายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสในการเกิดต่อมลูกหมากโตได้ถึงร้อยละ 50 [1] จากการสำรวจความชุกของโรคต่อมลูกหมากโตในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การเกิดโรคต่อมลูกหมากโตร้อยละ 40 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 90 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี [2] สำหรับในประเทศไทยมีการรายงานสถิติของโรคต่อมลูกหมากโตว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยมีอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คนเท่ากับ 116.38, 130.80 และ 141.95 ในปี พ.ศ. 2550-2552 ตามลำดับ [3] ภาวะต่อมลูกหมากโตเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (dihydrotestosterone [DHT]) โดยฮอร์โมนนี้จะกระตุ้นการเจริญเติบโต ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนเซลล์ต่อมลูกหมากอย่างผิดปกติจนเกิดเป็นก้อน (fibroadematous nodule) ซึ่งก้อนนี้จะไปเบียดเนื้อเยื่อของต่อมลูกหมากเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะและเบียดท่อปัสสาวะทำให้ท่อปัสสาวะส่วนต่อมลูกหมากแคบลง ทางเดินปัสสาวะอุดตันทำให้การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ [2, 4]

การรักษาโรคต่อมลูกหมากโตนั้นสามารถรักษาได้หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การเฝ้ารอดูอาการ การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด โดยการรักษาด้วยวิธีการเฝ้ารอดูและการใช้ยาจะใช้ในการรักษาผู้ที่มีขนาดของต่อมลูกหมากโตเล็กน้อยและอาการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง [4] สำหรับประเทศไทยการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดและมีแนวโน้มมากขึ้น [5] เนื่องจากทำ ให้เสียเลือดน้อยกว่าวิธีการผ่าตัดแบบอื่นๆ ผู้ป่วยหายกลับบ้านเร็ว ไม่มีแผลภายนอก [6] ประหยัดค่าใช้จ่าย สามารถทำ ได้ในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ชำนาญด้านนี้

อย่างไรก็ตามการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) นั้นอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกัน [7] มีการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) นั้นพบถึงร้อยละ 36 ซึ่งร้อยละ 85 เกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดหรือปัสสาวะเป็นเลือด ร้อยละ 50 มีลิ่มเลือดตกค้าง และยังพบว่าเมื่อกลับบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และปัสสาวะเป็นเลือด

โรงพยาบาลสงฆ์เป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลพระอาพาธที่มีปัญหาโรคต่อมลูกหมาก โดยมีแพทย์เฉพาะทางและหน่วยงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะที่ให้การดูแลโดยเฉพาะ จากสถิติของหน่วยงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะพบว่า โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบมากที่สุดในพระอาพาธที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ และจากสถิติพระอาพาธที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (TURP) ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีจำนวน 104 รูป, 98 รูป และ 95 รูป ตามลำดับ[8]

การสำรวจปัญหาของพระอาพาธที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการ

ผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่โรงพยาบาลสงฆ์นั้น พบว่า มีพระอาพาธร้อยละ 10 เปลี่ยนใจ และขอไม่เข้ารับการผ่าตัด ร้อยละ 41 มีอาการนอนไม่หลับก่อนวันผ่าตัดส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดพบว่าพระอาพาธร้อยละ 25 ซึ่งเป็นพระอาพาธที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80ปี หลังผ่าตัดได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก 1 คืน เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนและย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยทางเดินปัสสาวะตามเดิม มีอาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่ ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการดูแลหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าพระอาพาธร้อยละ 50 ไม่เข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของการยึดสายปัสสาวะเนื่องจากทำให้มีอาการเจ็บปวดและตึงท่อปัสสาวะส่งผลให้มีพฤติกรรมการแกะเทปผ้าออกส่งผลต่อเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากขึ้น [8] นอกจากนี้ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลพระอาพาธที่ได้รับการผ่าตัดให้สอดคล้องกับนโยบายในการควบคุมการติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการไม่ได้ทำผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง และไม่ได้ตรวจสอบจุดเลือดออกให้ครบอีกหนึ่งช่วงที่อาจมีเลือดออกได้คือ ประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงที่ลิ่มเลือด เริ่มจะละลาย จุดเลือดออกที่ใช้ไฟฟ้าจี้ไว้จึงมีโอกาสเลือดออกได้อีกหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกวิธี หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก เช่น การเดินขึ้นลงบันไดเกิน 2 ชั้น การนั่งคร่อมทุกชนิด การเลือกรับประทานอาหาร และการเบ่งถ่าย เป็นต้น โดยภาวะปัสสาวะเป็นเลือดที่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ผิดวิธีเหล่านี้ มีความเสี่ยงสูงสุดที่พบได้ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ[6] นอกจากนี้จากการศึกษาเรื่องภาวะการดูแลสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด TURP ใน 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 68 ให้ข้อมูลว่าได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนก่อนจำหน่ายทำให้ไม่แน่ใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด [9] นอกจากนี้ผลกระทบในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตนั้นในประเทศไทยไม่ได้มีการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคต่อมลูกหมากไว้ แต่พบว่ามีการศึกษาจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคต่อมลูกหมากโตที่ต้องเข้ารับการรักษาจำนวน 38.1 ล้านคน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจำนวนนี้เป็นเงิน 4 พันล้านเหรียญสหรัฐ [10] ซึ่งจะเห็นได้ว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ซึ่งหากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจะส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารงานการพยาบาลผู้ป่วยใน มีบทบาทสำคัญในการประเมิน และพัฒนาระบบการพยาบาลพระอาพาธ ได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงต้องการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้น ให้พระอาพาธมีความปลอดภัย และมีคุรภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ดังนี้ ประกอบด้วย 1) การตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ 2) การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด 3) การให้ข้อมูลการผ่าตัด 4) การจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด 5) การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์โควิด-19 และ 6)การติดตามหลังจำหน่าย แสดงในภาพที่ 1

1. การตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ พระสงฆ์อาพาธจะได้รับ การตรวจร่างกายและซักประวัติโดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 ตามแบบฟอร์มการซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด-19 ก่อนผ่าตัดทุกราย

2. การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด พยาบาลแผนกผู้ป่วยในที่รับพระสงฆ์อาพาธที่จะเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

3. การให้ข้อมูลการผ่าตัด ผ่านแผ่นพับ และคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบ การปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย การเรียนรู้ผ่านตัวแบบจากการบอกเล่าประสบการณ์ 1 วันก่อนผ่าตัด

4. การประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุย และการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตรสวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ 1 วันก่อนผ่าตัด

5. การติดตามหลังจำหน่าย และพระคิลานุปฐาก เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด
- -ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเอง
- -ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
- -ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ความพึงพอใจ
อัตราค่าบริการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์

ประชากร คือ พระอาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสงฆ์

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1) อายุ 45 ปีขึ้นไป

2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต

3) ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ

4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในระยะนี้ใช้การแบบกึ่งทดลองเพื่อทดลองและประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) ด้วยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.50อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมุติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 รูป[11]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับการแสดงความคิดเห็นในกลุ่มจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ปัญหาจากประสบการณ์ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา

2) แบบบันทึกความคิดเห็น และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ เป็นแบบบันทึกข้อคิดเห็นจากแนวคำถามที่ถามในที่ประชุม

3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์อาพาธ มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบไปด้วยอายุ อายุพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม โรคร่วม ประสบการณ์ในการผ่าตัด

4) แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

4.1) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง

4.2) แบบประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินโดยใช้การให้คะแนนความปวดตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน คือไม่ปวดเลย และ10 คะแนนคือ ปวดมากที่สุด โดยจะประเมินเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดทันที และทุก 4 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

4.3) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นแบบบันทึกตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ 1. ภาวะเลือดออกมาก 2. มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด24 ชั่วโมง 3. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันต้องได้รับการทำ Manual irrigate หรือเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ 4. ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังจำหน่าย การแปลผลโดยหากการพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หมายถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี

แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI = 1และผ่านวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค Cronbach's alpha coefficient =.86

5) แบบประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ มีจำนวน 10 ข้อ

แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI = 1และผ่านวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค Cronbach's alpha coefficient =.72

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) คู่มือการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทาง และกรอบสำหรับการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา ได้แก่ โรคต่อมลูกหมากโต การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ขั้นตอนการให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ รายการตรวจสอบการประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด แบบติดตามหลังจำหน่าย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวนที่ปฏิบัติงานเพื่อการตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหา และภาษา พบว่า ภาษาเข้าใจง่าย สามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางได้

2) คู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อถวายแก่พระสงฆ์อาพาธในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบ การปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปให้ ทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธจำนวน 3 รูป เพื่อการตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหา ภาษา และเวลา พบว่า ภาษาเข้าใจง่าย เวลาใช้เวลา 10-15 นาที พระสงฆ์อาพาธสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย

ขั้นตอนการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

การศึกษาสำรวจปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ผ่านทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์ (มิถุนายน 2563 – สิงหาคม 2563) มีขั้นตอนดังนี้

1.โดยศึกษาข้อมูลเวชระเบียนพระสงฆ์อาพาธได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ 1 ปีที่ผ่านมาในช่วงเดือนสิงหาคม 25562 ถึงมิถุนายน 2563 จำนวน 50 ราย เพื่อค้นหาปัญหาการดูแล

2.ศึกษาจากเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการ และวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัญหาการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

3.การสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คนเพื่อให้ทราบปัญหาและสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

4. สัมภาษณ์พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะจำนวน 5 รูป เพื่อสำรวจปัญหา และความต้องการของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ (สิงหาคม 2563-กันยายน 2563) มีขั้นตอน ดังนี้

1. นำข้อมูลปัญหาจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการดูแลเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

2. จัดเวทีการสนทนาแบบกลุ่มร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน (Focus Group) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ รวมทั้งหมด 18คน เพื่อจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพขณะที่พระสงฆ์อาพาธเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับวัด

3. ดำเนินการร่างรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ กำหนดกิจกรรมในการดูแลจากการทบทวนวรรรกรรมและความคิดเห็นในที่ประชุม

4. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ จำนวน 3 รูป เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ และสามารถใช้ได้จริง ก่อนนำไปใช้จริงในขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ นำรูปแบบและเครื่องมือในระยะที่ 2 มาใช้กับพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

วันที่ 1 วันแรกที่พระสงฆ์อาพาธนอนโรงพยาบาล (แผนกผู้ป่วยนอก) มีการตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ พระสงฆ์อาพาธจะได้รับ การตรวจร่างกายและซักประวัติโดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 ตามแบบฟอร์มการซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด-19 ก่อนผ่าตัดทุกราย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกซักประวัติโรคประจำตัว การฉันยาละลายลิ่มเลือด ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานข้อมูลให้แพทย์เจ้าของไข้ก่อน admit พระสงฆ์อาพาธเพื่อพิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์ในกรณีมีโรคประจำตัว ฉันยาละลายลิ่มเลือด หรือมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ

วันที่ 1 วันแรกที่พระสงฆ์อาพาธนอนโรงพยาบาล (แผนกผู้ป่วยใน) ประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด พยาบาลแผนกผู้ป่วยในที่รับ

พระสงฆ์อาพาธที่จะเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่การรับเวรจากแผนกผู้ป่วยนอก ตามรายการ Check list ประเมินความพร้อมพระสงฆ์อาพาธในการทำผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธได้ตรวจเพื่อประเมินความพร้อมให้เรียบร้อยก่อนเคลื่อนย้ายมานอนที่หอผู้ป่วย เนื่องจากหอผู้ป่วยและอาคารผู้ป่วยนอกไม่ได้อยู่อาคารเดียวกัน หากพระสงฆ์อาพาธยังตรวจไม่ครบจึงต้องมีการเคลื่อนย้ายกลับไปที่อาคารผู้ป่วยนอกอีกครั้งโดยใน Check list นั้น ประกอบไปด้วย 1) โรคประจำตัว ในกรณีมีโรคประจำตัว แพทย์ต้องการปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดหรือไม่ หากต้องการ ได้ดำเนินการปรึกษาอายุรแพทย์แล้วหรือไม่ 2) เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แล้วหรือไม่ 3) มีประวัติฉันยาละลายลิ่มเลือดหรือไม่ หากมี แพทย์รับทราบหรือหรือไม่ 4) เจาะเลือดครบตามคำสั่งการรักษาของแพทย์หรือไม่ หากไม่ ยังขาดรายการใด 5) ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 แล้วหรือไม่ 6) พระสงฆ์อาพาธรับทราบเกี่ยวกับนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดแล้วหรือไม่ และได้เซนต์ยินยอมการผ่าตัดแล้วหรือไม่

โดยรายการทั้งหมดนี้จะใช้ในการรับเวรจากแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อทวนสอบไปยังแผนกผู้ป่วยนอก หากไม่ครบตาม Check list จะมีการแจ้งเพื่อให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จในรายการที่จำเป็นต้องทำที่อาคารแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อไม่เป็นการรบกวนพระสงฆ์อาพาธในการเคลื่อนย้ายไป-มา ระหว่างอาคารโดยไม่จำเป็น

ดำเนินการให้ข้อมูลการผ่าตัด ผ่านแผ่นพับและคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะพร้อมภาพประกอบ การปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย พร้อมกับแสดงตัวแบบพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้วให้พระสงฆ์ที่จะผ่าตัดได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบจากการบอกเล่าประสบการณ์

การประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุยและการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตร สวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ

ตรวจเยี่ยมพระสงฆ์อาพาธโดยพยาบาลวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวในห้องผ่าตัด

วันผ่าตัด พูดคุยประเมินความวิตกกังวล และช่วยผ่อนคลายด้วยการพูดคุยให้กำลังใจ และผ่อนคลายด้วยการฟังธรรมะในระหว่างรอห้องผ่าตัดมารับ

หลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวด ความรู้สึกตัว อาการไม่สุขสบายและดูแลให้ความสุขสบายต่างๆ เมื่อพระสงฆ์อาพาธพร้อม เข้าชี้แจงอุปกรณ์ที่ติดตัวออกมาจากห้องผ่าตัด ให้เหตุผล และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง

ดูแลให้มีการสวนล้างปัสสาวะ (CBI) อย่างต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ดูแลความสะอาดร่างกายและความสุขสบาย พูดคุยซักถามข้อสงสัยของพระสงฆ์อาพาธและความต้องการอื่นๆ

ก่อนจำหน่าย 1 วัน ทบทวนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายผ่านสื่อแผ่นพับ และคู่มือที่ถวายให้ในวันแรก และชี้แจงเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

หลังจำหน่าย 3 วัน โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในกรณีมีปัญหาปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ และให้คำแนะนำ

ทางโทรศัพท์หากไม่จำเป็นต้องมาตรวจเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ในกรณีสถานการณ์โควิด-19 รุนแรงไม่สามารถมาตามนัดได้ ประสานงานแพทย์และเภสัชกรจัดส่งยาทางไปรษณีย์ไปที่วัด ประสานพระคิลานุปฐากในกรณีพระสงฆ์อาพาธสูงอายุ ไม่สามารถพูดคุยผ่านโทรศัพท์ และ Application line ได้เป็นตัวแทนในการสื่อสารแทนพระสงฆ์อาพาธ

หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

ก่อนถึงวันนัดพบแพทย์ 1 วัน ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อซักถามความพร้อมในการมาตามนัดและช่วยเหลือในกรณีไม่สามารถมาตามนัดได้

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ โดยคำนึงถึงหลักการเคารพในตัวบุคคล หลักยุติธรรมและไม่ก่อให้เกิดอันตราย ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจง และขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ การนำเสนอข้อมูล และการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความพึงพอใจ อัตราค่าบริการผู้ป่วยหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสำรวจปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของโรงพยาบาลสงฆ์ จากศึกษาข้อมูลเวชระเบียนพระสงฆ์อาพาธได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ 1 ปีที่ผ่านมาในช่วงเดือนสิงหาคม 25562 ถึงมิถุนายน 2563 จำนวน 50 ราย และการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน พบว่า มีพระอาพาธร้อยละ 10 เปลี่ยนใจ และขอไม่เข้ารับการผ่าตัด ร้อยละ 41 มีอาการนอนไม่หลับก่อนวันผ่าตัดส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัดทำให้ต้องงดการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดพบว่าพระอาพาธร้อยละ 25 ซึ่งเป็นพระอาพาธที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80ปี หลังผ่าตัดได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก 1 คืน เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนและย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยทางเดินปัสสาวะตามเดิม มีอาการสับสน หลงลืมเวลา และสถานที่ ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการดูแลหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าพระอาพาธร้อยละ 50 ไม่เข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของการยึดสายปัสสาวะเนื่องจากทำให้มีอาการเจ็บปวดและตึงท่อปัสสาวะส่งผลให้มีพฤติกรรมการแกะเทปผ้าออกส่งผลต่อเลือดออกทางเดินปัสสาวะมากขึ้น ร้อยละ 10 พบว่าต้องงดผ่าตัดเนื่องจากไม่ได้หยุดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีโรคประจำตัวที่ไม่คงที่และไม่ได้ปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อร่วมประเมินและให้การรักษาในช่วงที่ได้รับการผ่าตัด

จากการสัมภาษณ์พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะจำนวน 5 รูป เพื่อสำรวจปัญหา และความต้องการของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ พบว่า 1. พระสงฆ์อาพาธต้องการข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้เห็น และเข้าใจถึงการผ่าตัดว่าเป็นอย่างไร และหลังผ่าตัดจะเป็นอย่างไร 2. พระสงฆ์อาพาธรู้สึกวิตกกังวล นอนไม่หลับในคืนก่อนวันผ่าตัด เมื่อเช้าจึงรู้สึกไม่สุขสบาย และอ่อนเพลียทำให้ไม่พร้อมในการผ่าตัด 3. พระสงฆ์อาพาธต้องการความมั่นใจว่าเมื่อกลับไปอยู่วัดจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์โควิด-19 เกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ (สิงหาคม 2563- กันยายน 2563) ผลที่ได้จากการพัฒนาคือรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ดังต่อไปนี้

1) การตรวจร่างกาย และการซักประวัติโดยทีมสหวิชาชีพ พระสงฆ์อาพาธจะได้รับ การตรวจร่างกายและซักประวัติโดยแพทย์เจ้าของไข้ และคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 ตามแบบฟอร์มการซักประวัติความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด-19 ก่อนผ่าตัดทุกราย

2) การประเมินความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

3) การให้ข้อมูลการผ่าตัด ผ่านแผ่นพับ และคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

4) การประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุย และการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการฟังธรรมะ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการนั่งสมาธิ ทำวัตร สวดมนต์ สำหรับพระสงฆ์อาพาธ 1 วันก่อนผ่าตัด

5) การติดตามหลังจำหน่าย และพระคิลานุปฐาก เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในกรณีมีปัญหาปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ และให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ หากไม่จำเป็นต้องมาตรวจเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะไปใช้ โดยการติดตามพระสงฆ์อาพาธกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยการการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์อาพาธ การฟื้นตัวหลังผ่าตัด อัตราค่าบริการผู้ป่วยของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะ ผลการวิจัย ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 59.18 ปี (SD= 7.49) อายุพรรษาเฉลี่ย 2.95 ปี (SD=3.18) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.73 ปี (SD=8.77) อายุพรรษาเฉลี่ย 3.45 ปี (SD=3.50) ระดับการศึกษาทางโลกส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ศึกษาทางธรรมจบในระดับนักธรรมตรี กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด

2) ภายหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง, ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะที่พัฒนาขึ้น มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเอง	66.55	7.73	70.86	6.69	41.14	-1.98	.05
2. ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	5.27	2.55	3.50	2.04	40.09	2.55	.01
3. ภาวะแทรกซ้อน	.68	.48	.09	.29	34.97	4.95	<.01

3) พระสงฆ์อาพาธพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะอยู่ในระดับพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 4.39

4) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะมีอัตราค่าบริการผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราค่าบริการระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
อัตราค่าบริการ	24894.54	6293.09	21800.22	3727.81	42	1.98	.05

อภิปรายผล

ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง, ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะที่พัฒนาขึ้น มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อธิบายได้ว่าการใช้อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะนั้นพัฒนาขึ้นตามปัญหาที่พบ และจากความต้องการของพระสงฆ์อาพาธ โดยในรูปแบบนี้มุ่งเน้นการพัฒนาสื่อสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีวภา ธนรักษ์ และ ประภาวดี โทนสุข [12] ที่ศึกษาพบว่าการใช้สื่อในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อปัสสาวะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ดีกว่า นอกจากนี้การพัฒนาระบบการประเมินพระสงฆ์อาพาธจากทีมสหวิชาชีพ และการใช้ตัวแบบเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ทำให้พระสงฆ์อาพาธเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นอย่างดี และเห็นภาพของสภาพภายหลังการผ่าตัด เมื่อให้คำแนะนำจึงเกิดความเข้าใจและมองภาพออกมากขึ้นจากการดูแลแบบเดิมที่ไม่มีตัวแบบถ่ายทอดประสบการณ์ อีกทั้งการได้เรียนรู้จากตัวแบบนั้นยังส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถผ่านพ้นการผ่าตัดไปได้ด้วยดี จึงสามารถกระตุ้นการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และหลังจำหน่ายได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษา ของกฤษณกมล วิจิตร [13] ที่พบว่าการใช้ตัวแบบเป็นการช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากได้อย่างเหมาะสม

การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการกระตุ้นเตือนและให้การสนับสนุนทางการพยาบาลที่ช่วยให้พระสงฆ์อาพาธช่วยเหลือและดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายกลับวัด อีกทั้งการประสานงานผ่านพระคิลานุปฐาก (พระสงฆ์ที่เป็นจิตอาสาดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด) ช่วยให้พระสงฆ์อาพาธที่สูงอายุมีผู้ดูแลช่วยเหลือในส่วนที่พร่องการดูแลตนเองไปโดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล

นอกจากนี้จากการวิจัยครั้งนี้มีการพัฒนาการลดการเข้ามาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นเพื่อช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 รวมถึงการตรวจคัดกรองก่อนรับพระสงฆ์เข้านอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด ช่วยสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยแก่พระสงฆ์

พระสงฆ์อาพาธพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้มีพื้นฐานมาจากปัญหาของพระสงฆ์อาพาธเป็นหลัก และนำเอาความต้องการของพระสงฆ์อาพาธมาพัฒนาให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของพระสงฆ์อาพาธ จึงทำให้เกิดความพึงพอใจในระดับมาก

จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารด้านการพยาบาล ได้นำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่

พัฒนาขึ้นนี้ มาใช้ในการให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโต โดยมีการผลักดันและนำรูปแบบลงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเป็นเลิศด้านการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคต่อมลูกหมากโตเนื่องจากพระสงฆ์อาพาธส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมากโต ซึ่งการดำเนินการที่ผ่านสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ซึ่งเป็นผลดีต่อคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ รวมถึงช่วยลดการงดเลื่อนผ่าตัดโดยไม่จำเป็นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1.สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปปรับและทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดระบบอื่นๆได้

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้ อาจยังต้องมีการพัฒนาในส่วนของสื่อในการให้ความรู้ให้มีความทันสมัย เช่น พัฒนาเป็นสื่อวิดีทัศน์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่พัฒนาขึ้นนี้ในระยะยาวว่ามีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และอัตราค่าบริการหรือไม่

References

1. Nickel JC, Méndez-Probst CE, Whelan TF, Paterson RF, Razvi H. 2010 Update: Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. Can Urol Assoc J. 2010;4(5):310-6.

2. สุพรรณษา กลิ่นกล่อม, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และภารดี นานาศิลป์. พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต. พยาบาลสาร. 2560;44(3):52-64.

3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2553 [เข้าถึงจาก: http://www.bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic53/statistic53.pdf.

4. พิชัย บุณยะรัตเวช, อภิรักษ์ สันติงามกุล, กมล ภานุมาศรัศมี, กวิรัช ตันติวงษ์, จุลินทร์ โอภานุรักษ์, ชนธีร์ บุณยะรัตเวช, และคณะ. ต่อมลูกหมาก. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.

5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรค 2556 [เข้าถึงจาก: http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html.

6. Xu P, Xu A, Chen B, Zheng S, Xu Y, Li H, et al. Bipolar transurethral enucleation and resection of the prostate: Whether it is ready to supersede TURP? Asian Journal of Urology. 2018;5(1):48-54.

7. Pesha A. Complications of Transurethral Resection of the Prostate. Clinical Medicine Research [Online] Available from: http://www sciencepub. 2016.

8. หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสงฆ์. การฟื้นตัวของพระอาพาธหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านท่อ ปัสสาวะ (TURP). 2563.

9. Mogensen K, Duelund Jacobsen J. The load on family and primary healthcare in the first six weeks after transurethral resection of the prostate. Scandinavian journal of urology and nephrology. 2008;42(2):132-6.

10. Vuichoud C, Loughlin KR. Benign prostatic hyperplasia: epidemiology, economics and evaluation. Can J Urol. 2015;22(Suppl 1):1-6.

11. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed: Saunders Elsevier, St. Louis.; 2009.

12. ศรีวภา ธนรักษ์ และประภาวดี โทนสุข. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ต่อความรู้และการ จัดการตนเองของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธาน. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;32(4).

13. กฤษณกมล วิจิตร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวิดีทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อ

พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก: (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ; 2547.

ภาวะสุขภาพพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นจากสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย

ณัชศฬา หลงผาสุข * พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

อภิวันทน์ อ่อนนิ่ม ** พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ

พระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากการรับประทานอาหารจากการใส่บาตร ทำบุญของประชาชน ที่ขาดความตระหนักถึงผลเสียของอาหารที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้พระสงฆ์ อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การฉันอาหารไม่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ หรือโรคที่เจ็บป่วย การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งถ้าปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ไม่ได้รับการแก้ไข อาจกลายเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด แม้ว่าพระสงฆ์จะมีหลักประกันสุขภาพพื้นฐาน แต่เมื่ออาพาธยังพบว่ามีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครบวงจร ดังนั้น การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และแนวทางการดูแลย่อมส่งผลทำให้พระสงฆ์ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างได้มีคุณภาพ

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพพระสงฆ์ การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย

* อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Corresponding e-mail: natsala.l@stin.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย

Health state of Thai monks who had been screening from Thai Red Cross Health Station No.2 Sukumal Anamai

Natsala Longphasuk * M.N.S (Gerontological Nursing)

Apiwan Onnim ** B.N.S.

Abstract

The monks also have health problems as the general people, especially health problems related to chronic non-communicable diseases (NCDs) such as diabetes, high blood pressure and hyperlipidemia. One of the important causes include eating food offering by the people, who make merit. Those people may lack of awareness on the negative effects of offering food to the monks' illness. In addition, the monks may have risky health behaviors such as inappropriate food consumption to their health status, smoking, drinking coffee and energy drinks and lack of proper exercise. If the monks' health problems do not resolve, they may become chronic non-communicable disease patients requiring close supervision. Although the monks have the right to universal health care coverage, they still have difficult accessing medical and public health services including lack of continuous and comprehensive health care. Therefore, the development of health promotion processes and the caring guidelines could bring the monks about receiving care and accessing to quality health services.

Key words : health state of the monks, primary disease screening, Thai Red Cross Health Station No.2 Sukumal Anamai

* Nursing instructor in Adult and Geriatric Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
Corresponding e-mail: natsala.l@stin.ac.th

** Registered Nurse, Professional Level, Thai Red Cross Health Station No.2 (Sukumal Anamai)

บทนำ

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เป็นสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐและอยู่ภายใต้การดูแลอุปถัมภ์ของสภากาชาดไทย มีพันธกิจที่สอดคล้องกับสภากาชาดไทย คือ การบริการวิชาการและวิชาชีพที่มุ่งสร้างทางเลือกด้านสุขภาพให้แก่สังคม ด้วยเครือข่ายความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของสังคม[1] และหนึ่งในเครือข่ายความร่วมมือของสถาบันการพยาบาลฯ คือ สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย ซึ่งเป็นสถานที่ฝึกอบรมด้านการพยาบาล และการมาศึกษาดูงานของนักศึกษาพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีภารกิจหลักในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงงานบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยและผู้ด้อยโอกาส[2]

สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนที่รายล้อมไปด้วยวัด ได้ปฏิบัติภารกิจเกื้อกูลประโยชน์แก่สาธารณชน และพระภิกษุทั่วไปมานานกว่า 90 ปี วัดเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจรรโลงศาสนาและจิตใจของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงมายาวนานนับตั้งแต่อดีต บทบาทของวัด นอกจากจะทำหน้าที่ในการสืบทอดหลักธรรมคำสอนของ พระพุทธศาสนา ยังแสดงถึงสัญลักษณ์แห่งความมีอารยธรรมของสังคม และชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้นำในการสืบทอดในเรื่องคำสอน พิธีกรรมของพระพุทธศาสนาให้แก่ประชาชน เพื่อนำไปประพฤติปฏิบัติ และกล่อมเกลาประชาชนให้เกิดจิตสำนึกที่ดี

การพัฒนาและความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี การแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิต และปัญหาสุขภาพที่ไม่เหมาะสมถูกต้องของบุคคล แม้ในพระสงฆ์ งานวิจัยที่หลากหลาย พบว่า พระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาในการจัดการสุขภาพ อาจเป็นไปได้ว่า พระสงฆ์โดยพื้นฐานการศึกษานั้นมุ่งเน้นการเรียนพระธรรมวินัย และปริยัติสามัญ ซึ่งเป็นการเรียนที่ห่างไกลจากความรู้ทางโลก โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพ[3] ประกอบกับจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามกฎของพระสงฆ์ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูล ความรู้ ทักษะการดูแล ตลอดจนการติดตามเยี่ยมที่ต่อเนื่องเมื่อพระสงฆ์ต้องรับการฟื้นฟูสุขภาพ[4-5]

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย ที่มีเป้าหมายสำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ดูแลอย่างครอบคลุมและครบถ้วน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บทบาทของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติภารกิจให้บริการสุขภาพครอบคลุมบริการทั้ง 4 ด้าน[6] ดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะกระทำในรูปแบบของการให้ความรู้กับผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดการตระหนักและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การป้องกันโรค เป็นมาตรการหรือการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคระยะแรก เช่น การคัดกรอง การตรวจสุขภาพ การป้องกันโรคระดับที่สอง เป็นการได้รับ

การรักษาทันท่วงที เพื่อกลับสู่สภาวะการมีสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็ว และการป้องกันโรคระดับที่สาม เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความเสื่อมถอยของร่างกายจากการเจ็บป่วย สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลภายใต้ของเขตของวิชาชีพ และการฟื้นฟูสภาพ เป็นการติดตามแก้ไขปัญหาทางร่างกายและจิตใจที่สูญเสียไปให้กลับมาทำหน้าที่ใช้ชีวิตต่อไปในสังคมถือได้ว่าการคัดกรองโรคเบื้องต้น คือ บทบาทหนึ่งของพยาบาลโดยเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ

การคัดกรองทางสุขภาพเป็นกลยุทธ์ในการให้บริการทางสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อค้นหาความเสี่ยง หรือโรค หรือภาวะผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นระยะก่อนเกิดอาการ หรือมีอาการแล้วแต่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรค หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค[7] ด้วยการซักถาม การใช้แบบสอบถาม การใช้ชุดทดสอบ หรือการตรวจเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ[8-9] การตรวจคัดกรองเป็นกระบวนการที่ยังไม่สิ้นสุด เมื่อพบความผิดปกติจะต้องดำเนินการส่งต่อแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคต่อไป ดังนั้น วิธีการตรวจคัดกรองโรคจึงจำเป็นต้องมีความเชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับ[10]

สถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นให้แก่พระภิกษุและสามเณรที่จำพรรษาอยู่ในวัดที่รายล้อมสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย และเป็นพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ จำนวน 5 วัด ประกอบด้วย วัดเทพธิดารามวรวิหาร วัดราชบพิธสถิตมหาสีมาราม วัดบุรณศิริมาตยาราม วัดมหรรณพาราม วัดราชประดิษฐสถิตมหาสีมาราม ซึ่งการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นถือเป็นหนึ่งในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ ในการสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินสัญญาณชีพ การตรวจเลือด ให้คำแนะนำ/ปรึกษาปัญหาสุขภาพ และนำตัวอย่างเลือดไปตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยวิทยาศาสตร์การแพทย์ หากพบว่าผลการตรวจเลือดมีความผิดปกติ มีการดำเนินการติดตามให้มาพบแพทย์จากสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ที่มาออกตรวจตามตารางให้บริการ ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกบันทึกและเก็บไว้ในบัตรบันทึกผู้ป่วยนอก (OPD card) ซึ่งการคัดกรองสุขภาพจะนำมาซึ่งข้อมูลภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ ช่วยค้นหาความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพ เพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค

ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์

พระสงฆ์ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ยาก เนื่องจากตามพระธรรมวินัยพระสงฆ์ไม่ได้มีแนวทางปฏิบัติในการขอรับการตรวจสุขภาพ ยกเว้นการมารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย อีกทั้งขาดการรับรู้และเข้าใจสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ ตลอดจนการเดินทางเข้ามารักษาทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย

จากสถิติการรวบรวมข้อมูลดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นให้กับพระภิกษุสามเณร จำนวน 78 ราย ของสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 59 ปี จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.5 ระดับการศึกษาทางโลกจบปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 48 ราย คิดเป็น ร้อยละ 61.5 ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน (BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 23.0 kg/m2) ร้อยละ 65.4 แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีแนวโน้มจะเป็นโรคอ้วนสอดคล้องกับการศึกษาสถิติเปรียบเทียบในระยะเวลา 10 ปีย้อนหลังของโรงพยาบาลสงฆ์ จากการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรปี พ.ศ. 2559–2560 มีจำนวนพระสงฆ์

สามเณรที่เข้ารับการตรวจทั้งสิ้น 5,989 รูป พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 18.0 เป็นร้อยละ 41.6[11] มีความเป็นไปได้ว่า พระสงฆ์และสามเณร มีสุขภาพดีลดลงจากในอดีต ซึ่งค่าดัชนีมวลกายที่คำนวณได้สามารถสะท้อนภาวะสุขภาพและแนวโน้มของความเสี่ยงต่อโรคในอนาคตได้

ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่ร้อยละ 21.8 รองลงมา คือ ระดับความดันโลหิตสูง (ระยะที่ 1 และ 2) ร้อยละ 20.5 ซึ่งระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เจ็บป่วย[12]

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ระดับน้ำตาลหลังจากงดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 101 mg% คิดเป็นร้อยละ 20.8 ระดับโคเลสเตอรอลรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 43.8 ระดับไขมัน HDL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 46.6 และระดับไขมัน LDL มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 17.8 โดยในรายที่ผิดปกติได้โทรแจ้งผลให้รับทราบและดำเนินการทำนัดพบแพทย์อายุรกรรมต่อไป

3. ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 11.6 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สาระรักษ์ และคณะ (2560)[13] ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พระสงฆ์ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาหรือสถิติปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในประเทศไทยที่พบว่า 3 อันดับแรกของปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแม้ไม่ได้เรียงลำดับปัญหา ยังคงพบว่ามี ไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน[11,14]

จำนวนยาที่รับประทานประจำมีตั้งแต่ 1 – 13 เม็ด เมื่อเจ็บป่วยมีซื้อยาแผนปัจจุบันมาฉันเอง ร้อยละ 28.8 ส่วนใหญ่ยาที่ซื้ออยู่ในกลุ่มยาแก้แพ้ บรรเทาหวัด ร้อยละ 15.2 รองลงมา คือ ยาแก้ปวดลดไข้ ร้อยละ 9.1 และยาแผนจีน ยาสมุนไพร ยาชุด ร้อยละ 6.1 สอดคล้องกับการศึกษาของพระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต และคณะ[3] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ซื้อยาฉันเอง และพระกิตติญาณเมธี และคณะ[5] พบว่าส่วนใหญ่พระสงฆ์ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการ ขาดความต่อเนื่อง บางส่วนต้องซื้อยาฉันเอง เป็นไปได้ว่าการตัดสินใจซื้อยาฉันเอง เพราะความสะดวกในการเข้าถึงยาหรือบริการ ซึ่งง่ายกว่าการเดินทางไปโรงพยาบาลที่มีระบบบริการและขั้นตอนที่ซับซ้อนมากกว่า การแก้ไข คือ ปรับความเชื่อ สร้างความเข้าใจในการใช้ยารักษา เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา หากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังควรไปพบแพทย์ทุกครั้งไม่ว่าเป็นแพทย์ที่ดูแลประจำหรือแพทย์อื่น ไม่ว่าจะตรงตามนัด หรือก่อนนัดด้วยสาเหตุใด หรือการไปซื้อยาที่ร้านขายยา ควรนำยาประจำที่ใช้อยู่ไปด้วยทุกครั้ง[13] เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา

การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.2 ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพ ซึ่งข้อมูลความถี่ในการตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระสงฆ์[13] ดังนั้น จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันโรคของ

กระทรวงสาธารณสุขปกติ ในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) คือ การป้องกันโรคก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงระดับชีวภาพ หรือการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า ฉันชา กาแฟ ร้อยละ 89.4 อาจเป็นเพราะรู้สึกหิวและกระหาย รวมทั้งประชาชนนิยมถวายและจัดเป็นอาหารว่างสำหรับพระภิกษุด้วย ซึ่งพบเห็นได้ทั่วไปจากการประกอบศาสนพิธีหรือการนิมนต์พระภิกษุไปปฏิบัติศาสนกิจนอกสถานที่ ซึ่งการฉันชา กาแฟในปริมาณเกินวันละ 2 หน่วยบริโภคขึ้นไป ทำให้ร่างกายได้รับปริมาณน้ำตาลสูง จะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา[15]

การฉันอาหารรสหวานจัด มีแป้ง และไขมันสูง ร้อยละ 66.7 เนื่องจากพฤติกรรมการฉันอาหารที่ไม่สามารถเลือกซื้ออาหารมาฉันเองได้ตามบทบัญญัติของพระวินัย พระสงฆ์จะต้องฉันอาหารที่รับใส่บาตรทำบุญจากประชาชน ซึ่งอาหารส่วนใหญ่ที่นิยมนำมาถวายนั้นจะเป็นอาหารที่ซื้อสำเร็จรูป เพราะความสะดวกไม่ต้องลงมือทำเอง และไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร หรือเป็นความเชื่อ ความศรัทธาในการถวายอาหารเมนูที่ผู้ล่วงลับชอบ[4,16] จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น พระสงฆ์จึงควรเลือกฉันอาหารในปริมาณที่เหมาะสม ตลอดจนประชาสัมพันธ์ข้อมูลในการส่งเสริมให้ประชาชนเลือกอาหารถวายพระสงฆ์ โดยเลือก ข้าวกล้อง ปลา ตับ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ผักผลไม้ที่ไม่มีรสหวานนมรสจืด นมพร่องมันเนย นมไขมันต่ำ หรือรสหวานน้อย ทำอาหารให้สุก ปรุงอาหารด้วยการ นึ่ง ต้ม ตุ๋น อบ ลวก ย่าง ยำ ลดปริมาณความหวาน ความเค็มในการปรุงอาหาร หลีกเลี่ยงกะทิในการประกอบอาหารและขนมหวาน และเลือกใช้น้ำมันให้เหมาะกับวิธีการปรุงอาหาร[15,17]

การออกกำลังกายตามกิจของสงฆ์ ได้แก่ เดินรับบิณฑบาต เดินจงกรม กวาดลานวัด ร้อยละ 75.6 สอดคล้องกับการศึกษาของปิติณัช ราชภักดี และคณะ[18] ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายมากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่พบว่ามีความแตกต่างในด้านการออกกำลังกายจากงานวิจัยของสนธนา สีฟ้า[19] ที่ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุในจังหวัดปัตตานี พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของพระภิกษุอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นไปได้ว่าจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลให้พระภิกษุออกเดินบิณฑบาตได้ในระยะใกล้ หรือไม่สามารถออกบิณฑบาตได้เลยในบางพื้นที่ ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมทางกายอย่างอื่นทดแทน เพราะเคลื่อนไหวร่างกายไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้น

การจัดการกับความเครียด (เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ ทำสมาธิ สวดมนต์) ปฏิบัติได้ร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของปิติณัช ราชภักดี และคณะ[18] พบว่า ด้านการจัดการกับความเครียด เช่น การทำวัตรสวดมนต์ แผ่เมตตา เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และสบายใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพระสงฆ์มีวัตรปฏิบัติที่เรียบง่าย สันโดษ มีการทำวัตรสวดมนต์ และอบรมขัดเกลาจิตใจให้สะอาดปราศจากกิเลสเครื่องเศร้าหมอง จึงทำให้สามารถจัดการกับความวิตกกังวลหรือความเครียดได้ค่อนข้างดี

ข้อมูลภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ชี้ให้เห็นถึงปัญหาหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในส่งเสริมการดูแล

สุขภาพที่ถูกต้องให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์

ด้วยแม้ว่าจะมีการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของพระสงฆ์มากยิ่งขึ้น แต่การศึกษาของพระกิตติญาณเมธี (สมเกียรติ รามัญวงศ์) และคณะ[5] ที่ศึกษาผลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีเมื่อปี 2556 พบว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์ประกอบกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีข้อแนะนำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม กิจกรรมที่พระสงฆ์ปฏิบัติเป็นประจำ คือ การเดินบิณฑบาต การเดินจงกรม การเก็บกวาดลานวัด และการตัดหญ้าเก็บกวาดใบไม้ สำหรับเนื้อหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ที่มีการกำหนดเนื้อหา แต่ไม่มีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและการประเมินความรู้ก่อนการสอน ไม่มีจุดมุ่งหมายที่เฉพาะเป็นรายบุคคล และขาดการให้ข้อมูลย้อนกลับ[20]

การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 มีมติให้เคลื่อนงาน “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ ตลอดจนพัฒนาหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสว.) เพื่อส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีสุขภาวะที่ดีตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560[21]

ดังนั้น กระบวนการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้พระสงฆ์มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ควรมีวิธีการและกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม มีการติดตาม ประเมินผล และให้ข้อมูลย้อนกลับ ตลอดจนดึงศักยภาพของพระคิลานุปัฏฐาก ในการติดตามดูแลสุขภาพของพระภิกษุรูปอื่นในวัด ตลอดจนเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงาน กับบุคลากรทีมสุขภาพ เมื่อพบว่ามีปัญหาหรือข้อสงสัยในการช่วยเหลือดูแลภาวะสุขภาพ ดังที่ มัฏฐวรรณ ลี้ยุทธานนท์ และคณะ[20] ศึกษาการพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ที่ชัดเจน มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) จุดประสงค์การถวายความรู้ 3) กระบวนการถวายความรู้ 4) การประเมินผลการถวายความรู้ และ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ เนื่องจากทั้ง 5 องค์ประกอบได้ผ่านการทดลอง พบว่า มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต และคณะ[10] ที่พบว่า หลังการดำเนินงานประเมินพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกมิติ กล่าวคือ มิติการส่งเสริมสุขภาพ มีเครือข่ายให้คำปรึกษาแนะนำสุขภาพเบื้องต้น มิติการป้องกันโรค ติดตามคัดกรองสุขภาพและเจาะเลือดตรวจ 5 โรคเรื้อรัง สำหรับมิติการรักษาพยาบาล ช่วยเหลือดูแลให้ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระดับความเร่งด่วน และมิติการฟื้นฟูสุขภาพ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบประสานงานติดตามดูแล ให้คำปรึกษา ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุทั้ง 4 มิติ ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ได้แก่ พระภิกษุ กรรมการชุมชน โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานพระพุทธศาสนาประจำจังหวัด เทศบาล

อบต. อสม. ตลอดจนกำหนดจุดประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ในการดำเนินงานให้ชัดเจน นอกจากนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์โดยการรณรงค์หรือกระจายข่าวด้วยวิธีการออกเสียงตามสาย การกระจายข่าวหรือการติดโปสเตอร์ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ควรถวายพระสงฆ์แก่ประชาชนผู้ที่มาร่วมทำบุญตักบาตรตลอดจนแม่ครัวของวัด เพื่อเป็นการขยายผลองค์ความรู้ในการส่งเสริมการสร้างสุขภาวะให้กับพระสงฆ์[17]

สรุป

เห็นได้ว่าภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นจากสถานีกาชาดที่ 2 สุขุมาลอนามัย มีความคล้ายคลึงกับภาวะสุขภาพของพระสงค์ในภูมิภาคต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านโรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะสภาพสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจากโรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิต

บุคลากรทางด้านสุขภาพควรดำเนินการร่วมกับองค์กรชุมชนหรือภาคีเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ให้ครอบคลุมและทั่วถึง โดยส่งเสริมหรือจัดโปรแกรมทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับดัชนีมวลกาย การรักษาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การให้ความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และการไปรับการรักษาที่เหมาะสม ตลอดจนสนับสนุนและพัฒนาให้พระคิลานุปัฏฐากเป็นแกนนำและดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและพระสงฆ์ในวัด อันจะส่งเสริมให้พระสงฆ์มีภาวะสุขภาพที่ดีตลอดไป

References

1. Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. Development plan strategy of Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing for 10 years (A.D. 2018-2027) [internet]. 2018 [cited 2020 Dec 13]; Available from: https://stin.ac.th/wp-content/uploads/plan4y10y/plan10y.pdf. Thai.
2. The Thai Red Cross. The Supreme Patriarch who came to be a president of 9th decade of Thai Red Cross Health Station No.2 ceremony [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 13]; Available from: https://www.redcross.or.th/news/information/5595/. Thai
3. PraKru Suvithanpatthanabandit, Thawalrat Daengharn, Sarunya Vapuchavitee. Model development of monk's holistic health care in Khon Kaen province through the network participation. Journal of the Office of DPC 6 Khon Kaen. 2015;22(2):117-30. Thai.
4. Chompunuch Singmanee, Warodom Samerchua, Somsri Satchasakulrat. Health behaviors among Buddhist monks in Phayao province. Journal of MCUNan Review. 2017;1(1):43–55. Thai.
5. Phra Kittiyanamedhi (Somkiat Ramanwong), Waraporn Subruangthong, Somboon Sooksamran. Promoting holistic health care of the monks in Lopburi. Rajapark Journal. 2018;12(25):94–107. Thai.
6. Amphon Jindawatthana, Surakiat Archanuphab, Suranee Pipatrotchanakamol (Ed.). Health promotion in Thailand. 1st ed. Bangkok: Mohchaoban.;2007. Thai.
7. Rattawadee na nakhon. The benefits and risks of health screening. Journal of Health Systems Research. 2013;7(3):325–30. Thai.
8. Patsri Srisuwan, Tanunya Koopitakkajorn, Pritaporn Kingkaew, Sitaporn Youngkong, Lily Ingsrisawang, Det Kedcham, et al. Development of Thailand's population-based screening package. Journal of Health Systems Research. 2013; 7(4):505–15. Thai.
9. Health systems research institute. Screening in population-base [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 30]; Available from: https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4813
10. Kusawadee Maluangnon. Screening of disease [internet]. 2019 [cited 2020 Nov 30]; Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=723 . Thai.
11. Priest Hospital, Department of medical services: Ministry of Public Health. Attendance the patient monks by buddha's discipline teaching. Bangkok: ART QUALIFIED; 2019:17-33. Thai.
12. Bureau of information office of the permanent secretary. Ministry of Public Health. Health check-up of hundred thousand monks and novice as a new year gift 2020 [internet]. 2019 [cited 2020 Dec 1]; Available from: https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751. Thai.

13. Mintra Sararuk, Wararat Sangvalee, Wilas Kampangsri. Prevalence and Factors Associated with Chronic illness of Monks in Amphoe Warinchamrab, Ubon Ratchatani Province. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2017;19(1):37–48. Thai.
14. Nattawadee Chitmanasak. Health promoting behaviors for priests. Journal of Science and Technology Phranakhon Rajabhat University. 2013;3(3):8–14. Thai.
15. Older adult nutrition promotion group, Bureau of nutrition, Department of Health Ministry of Public Health. The Alms-food offering for monks' good health. Nonthaburi: The war veteran affairs office printing; 2018. Thai.
16. Khanitchat Wuttisaksakul. Factors related to health behaviors of monks in Fang district, Chiangmai. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2018;24(1):71–83. Thai.
17. Srimuang Palungrit. Health status and health promoting strategy for Buddhist monk in Muang district, Pathumthani province. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 37(2):133–42. Thai.
18. Pitinut Ratchapakdee, Pawinee Srison, Thotsapon Sriwan, Vanida Phanphon, Khanittha Chaleekul, Nutthida Sachanasophon, et al. The health care behaviors of monks in Udon Thani municipality Udon Thani Province. Udonthani Hospital Medical Journal. 2018;26(3):199–207. Thai.
19. Sonthana Sifa. The study of health promoting behavior of monks in Pattani province. Academic Journal Institute of Physical Education. 2018;10(1):117–25. Thai
20. Matthawan Leeyutthanont, Phakasorn Uraiwan, Jarinya Kaewsakulthong, PaparsineeSaetew. Development of Health Education Model for Monks. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2017;25(2):104-17. Thai.
21. Hfocus. Health Crisis of Thai monks suffer from chronic non-communicable diseases (NCDs) [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 10]; Available from: https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751. Thai.

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด

สินีนาฏ ทิพย์มูสิก* ปร.ด.(การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุของภาวะช็อกซึ่งนำไปสู่การตายของมารดาหลังคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งในครรภ์ปัจจุบัน และในครรภ์ต่อไป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

บทความนี้นำเสนอการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลกรณีศึกษา มารดาครรภ์ที่ 2 มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งหนึ่งในภาคกลาง การวินิจฉัยแรกรับ Pregnancy GA 38^{+1} wk. with previous cesarean section และ set OR for Cesarean section with tubal resection หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี แพทย์ให้ยาช่วยการหดรัดตัวของมดลูก ให้สารน้ำ และให้เลือด แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงย้ายไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และพิจารณาทำผ่าตัด subtotal hysterectomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนักอีก 2 วัน ฟื้นตัวดี ไม่มีภาวะช็อก สัญญาณชีพปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ และย้ายมาดูแลที่หอผู้ป่วยหลังคลอดพร้อมบุตร ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามคำแนะนำได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน น้ำนมไหลดี บุตรแข็งแรง ดูดนมและขับถ่ายปกติ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ทั้งมารดาและบุตร รวมการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน จากกรณีศึกษา พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด ตั้งแต่การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด วางแผน ให้การพยาบาล และประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสูตินรีเวช โรงพยาบาลอินทร์บุรี

Corresponding e-mail: sineenat.t@hotmail.com

Nursing Care for Mother after Caesarean Section with Shock due to Postpartum Hemorrhage

Sineenart Thipmusik* Ph.D. (Nursing Management)

Abstract

Postpartum hemorrhage is a serious obstetric complication that causes hemorrhagic shock leading to maternal death. Caesarean section is a predisposing factor of postpartum hemorrhage both in the present and subsequent pregnancy. Nurses play an important role in caring for and preventing postpartum hemorrhage.

This paper presents the use of the nursing process in the case study of the second pregnancy mother, initially diagnosed with pregnancy 38^{+1} weeks. She had a history of previous cesarean section and was set to OR for cesarean section and tubal ligation. She developed shock from postpartum hemorrhage due to uterine atony after cesarean section. The physician prescribes the uterotonic agents to improve uterine contraction, fluids and blood transfusion; but she did not recover and was transferred to the intensive care unit and scheduled for subtotal hysterectomy. She was admitted at the intensive care unit for 2 days. She recovered well without shock, normal vital signs and endotracheal tube removal and was transferred to the postpartum unit. She performed self-care and took care of the baby very well. No complication was found and no problem with breast feeding. She was discharged from the hospital with the baby with a total hospitalization of 7 days. Thus, this case study showed that the nurses used the nursing process to care for mothers after caesarean section, ranging from risk factors assessment and close monitoring, planning, nursing care and appropriate reassessment as well as coordinating with the multidisciplinary team to effectively care for the patients. Therefore, the mother after giving birth was safe.

Key words: nursing care, cesarean section, shock cue to postpartum hemorrhage

* Registered nurse, professional level, Inburi Hospital

Corresponding e-mail: sineenat.t@hotmail.com

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean section) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำคลอดทารกผ่านรอยแผลที่หน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูกในช่วงอายุครรภ์ที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้ ซึ่งแพทย์จะทำการผ่าตัดคลอดเมื่อมีเหตุผลทางการแพทย์ ได้แก่ มารดาไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เอง หรือคลอดได้แต่อาจเกิดอันตรายต่อมารดาหรือทารก ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อาจเกิดได้ทั้งขณะผ่าตัด เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก การฉีกขาดที่ทำให้เกิดการเสียเลือดมากขณะผ่าตัด อันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงและอาจเกิดอันตรายต่อทารกได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น เกิดการอักเสบติดเชื้อ การตกเลือดหลังผ่าตัด ทารกหายใจเร็วผิดปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป เช่น เพิ่มโอกาสเกิดมดลูกแตก การเกิดรกเกาะต่ำและรกฝังตัวลึกลงในผนังมดลูกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป การมีรอยแผลผ่าตัดที่มดลูกอาจทำให้มดลูกหดรัดตัวผิดปกติ ทำให้การตั้งครรภ์ครั้งต่อมามีความเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือดได้[1]

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด ถ้าเกิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเรียกว่า primary หรือ early PPH แต่ถ้าเกิดหลัง 24 ชั่วโมงถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด เรียกว่า secondary หรือ late หรือ delayed PPH สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกไม่หดรัดตัว (uterine atony) การฉีกขาดของช่องทางคลอด (genital tract laceration) ภาวะรกค้าง (retained placental tissue) หรือภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดในมารดา (maternal bleeding disorders) และสาเหตุจากมดลูกไม่หดรัดตัวเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดต่อมารดาจะขึ้นกับปริมาณของเลือดที่เสียไป ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย ไม่มีน้ำนมเลี้ยงดูบุตร ไตวาย เลือดไม่แข็งตัว และเสียชีวิต รวมถึงภาวะตกเลือดมีแนวโน้มจะเกิดซ้ำอีกในครรภ์ถัดไป[2]

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด แพทย์จะพิจารณาโดยขึ้นกับสาเหตุ ดังนี้ (1) กรณีที่มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด มารดาจะได้รับการเย็บซ่อม (2) กรณีที่มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มเด็กค้างในโพรงมดลูก จะได้รับการขูดมดลูก (3) กรณีที่เสียเลือดมากจากการแข็งตัวของเลือดเสียไป จะได้รับเลือด และสารช่วยในการแข็งตัวของเลือด (4) กรณีมดลูกหดรัดตัวไม่ดี จะได้รับการรักษาอาทิเช่น การให้น้ำเกลือ ให้เลือด การให้ยาช่วยการหดรัดตัวของมดลูก การนวดคลึงมดลูก หากให้การรักษาแล้วมดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี แพทย์ต้องพิจารณาผ่าตัดเย็บผูกหลอดเลือดแดงหรือเย็บมัดมดลูก และท้ายที่สุดหากยังไม่สามารถหยุดเลือดได้อีก ก็จำเป็นต้องตัดมดลูก เพื่อรักษาชีวิตแม่ไว้ ส่วนการตกเลือดระยะหลัง มักเกิดจากมีการติดเชื้อหรือมีเศษรกค้างในโพรงมดลูก แพทย์จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะก่อน แล้วพิจารณาขูดมดลูกต่อไป หากไม่มีเศษรกค้างก็จะให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ซึ่งอาจให้ยากลับไปรับประทาน หรือหากเลือดออกมากอาจให้นอนโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาให้น้ำเกลือและให้เลือดร่วมด้วย[2]

การพยาบาลมารดาหลังคลอด พยาบาลสูติกรรมมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดจนถึงกลับไปอยู่บ้าน การดูแลเพื่อป้องกันตก

เลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (uterine atony) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดต้องสามารถประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างทันท่วงที เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ดังนี้[3]

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จะต้องประเมินทั้งในระยะแรกรับและการประเมินในระยะคลอด

2. การประเมินอาการ อาการแสดงมารดาหลังคลอด เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) การหดรัดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ระดับยอดมดลูก (Fundal height) สัญญาณชีพ และการปัสสาวะ เมื่อได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อาการ อาการแสดง แล้วควรนำมาจัดระดับความรุนแรงเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

3. การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย (1) จัดให้อยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด (2) ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (3) ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูกทุก 15 นาที (4) ประเมินกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นให้ปัสสาวะเองภายใน 4-6 ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้าย หรืออาจจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ (5) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (6) หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก มือเท้าเย็น หากพบความผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที และเตรียมการช่วยเหลือเร่งด่วนให้พร้อม (7) ถ้าพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำและให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด isotonic solution เพิ่มอีก 1เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติและการจองเลือด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุการตายของมารดาหลังคลอด เป็นความเสี่ยงที่ต้องให้ความสำคัญ และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จากรายงานอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอดและเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก[2] และจากสถิติของ กระทรวงสาธารณสุข อัตราการตายของมารดาหลังคลอดในประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2563 เท่ากับ 18.44, 17.49, 19.98 และ 23.10 ต่อการเกิดมีชีพแสนรายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยตรงทางสูติกรรมที่พบมากที่สุด คือ ตกเลือดหลังคลอด[4] และจากสถิติโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 0.6, 0.2 และ 1.4 ตามลำดับ จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในปี 2563 มีมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด แพทย์ให้การรักษาแล้วไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาตัดมดลูกและย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 1 ราย[5] ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอด จึงต้องมีความรู้ และมีทักษะในการประเมินปัจจัยเสี่ยง อาการ และอาการแสดงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม

ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลมารดาหลังคลอดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดการบาดเจ็บและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพของมารดาหลังคลอด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลกรณีศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยการนำเสนอกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์และการใช้กระบวนการพยาบาลดังต่อไปนี้

กรณีศึกษา

มารดาครรภ์ที่ 2 อายุ 23 ปี $G_2P_1A_0L_1$ ครรภ์แรกแพทย์ตรวจพบศีรษะทารกมีขนาดใหญ่กว่าขนาดช่องเชิงกรานของมารดา จึงพิจารณาทำคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อปีพ.ศ. 2558 เด็กเพศหญิง สุขภาพแข็งแรงดี ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอินทร์บุรี ขณะตั้งครรภ์ไม่พบความผิดปกติ และแพทย์นัดมาทำผ่าตัดคลอดเมื่ออายุครรภ์ 38^{+1} สัปดาห์

วันที่ 18 กันยายน 2563 เวลา 10.00 น. แรกรับที่ห้องคลอด ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ทารกในครรภ์เคลื่อนไหวปกติ แพทย์วินิจฉัย Pregnancy 38^{+1} wk with previous cesarean section และ set OR for cesarean section with tubal resection เวลา 11.30 น. ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มได้รับยาระงับความรู้สึกจนผ่าตัดเสร็จ 1 ชั่วโมง 15 นาที ไม่พบความผิดปกติขณะและหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ประมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด 500 มิลลิลิตร ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,120 กรัม อาการทั่วไปปกติ Apgar score 10-10-10 ย้ายทารกไปดูแล และสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

เวลา 14.45 น. รับย้ายมารดาหลังผ่าตัด Cesarean section with tubal resection ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องลักษณะ Low transverse incision แผลมีเลือดซึมเล็กน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 ใน 3 ของผ้าอนามัย 1 ชิ้น สัญญาณชีพ 110/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที หายใจได้เอง 22 ครั้งต่อนาที ได้รับยา Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ มีปัสสาวะในถุง 40 มิลลิลิตร แผนการรักษาของแพทย์ ให้งดน้ำและอาหาร ให้ Pethidine 25 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง และให้ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง 4 dose มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากได้รับการผ่าตัดคลอดและมีประวัติผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พยาบาลเฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที และใน 30 นาทีแรกหลังรับย้ายจากห้องผ่าตัด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-106/70-78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86-88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมเพิ่ม มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ปัสสาวะออกเพิ่ม 30 มิลลิลิตรในครึ่งชั่วโมง ปวดแผลเล็กน้อย Pain score 3-4 ดูแล จัดท่านอนให้สุขสบายขึ้น เปลี่ยนผ้าอนามัยให้ สังเกตพบมดลูกนิ่ม ไม่ค่อยหดรัดตัว รายงานแพทย์ทราบ ดูแลให้ได้รับยา Oxytocin ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังการหดรัดตัวของมดลูก

เวลา 15.30 น. ความดันโลหิต 85/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 125 ครั้งต่อนาที หายใจ 24

ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยบ่นใจสั่น มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่ม pad 2 ชิ้น มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะช็อกจากตกเลือดหลังคลอดและมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รายงานแพทย์ ให้การรักษาโดยให้ load 0.9% NSS 500 มิลลิลิตร หลังจากนั้นให้ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เจาะ Hct stat ได้ 34 % ให้ Transamine 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง 3 dose และให้ Methergin 1 amp ทางหลอดเลือดดำ เวลา 15.45 น. วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 92/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที วัดoxygen saturation ได้ 98 % รายงานแพทย์ทราบ เฝ้าระวังปริมาณเลือดทางช่องคลอดและที่แผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag 8 ลิตรต่อนาที ให้ข้อมูลอาการ การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ญาติยังมีความวิตกกังวลสอบถามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ

เวลา 16.00 น.- 18.00 น. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 94-104/60-66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110-116 ครั้งต่อนาที หายใจ 26-34 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะสีเหลืองใสออก 50 มิลลิลิตร oxygen saturation 98 % แพทย์ให้เจาะ CBC BUN Cr Electrolyte PT PTT INR จองเลือด PRC 5 ยูนิต และ FFP 5 ยูนิต ผลเลือดปกติ Hct 30 % PT 11 วินาที PTT 24.9 วินาที INR 0.96

เวลา 18.15 น. ความดันโลหิต 85/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที หายใจ 34 ครั้งต่อนาที oxygen saturation 96 % รายงานแพทย์ให้ ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนัก ให้ PRC 4 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ และวางแผน on ET tube พยาบาลประสานงานเพื่อย้ายผู้ป่วยไปห้องผู้ป่วยหนัก ดูแลระหว่างเคลื่อนย้ายเพื่อให้ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายระหว่างเคลื่อนย้าย และประสานงานโลหิตวิทยาส่ง PRC ไปห้องผู้ป่วยหนักเพื่อพร้อมให้ผู้ป่วยทันที

เวลา 19.00 น. แพทย์วางแผนผ่าตัด Exploratory Laparotomy ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระหว่างผ่าตัด ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100-120/60-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-116 ครั้งต่อนาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง เวลาในการผ่าตัด 19.15 น.- 21.15 น.ประมาณการเสียเลือดทั้งหมด 2,000 มิลลิลิตร และให้ FFP 3 ยูนิต วินิจฉัยหลังผ่าตัดเป็น Postpartum hemorrhage due to uterine atony ทำผ่าตัด Subtotal Hysterectomy แล้วย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก

เวลา 22.40 น. รับย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดที่ห้องผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้สึกตัว on ET tube ต่อเครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิต 110/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง 18 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ออก 50 มิลลิลิตร on 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอดและเสียเลือดขณะผ่าตัด 2,000 มิลลิลิตร พยาบาลประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมง และทุก 30 นาทีใน 1 ชั่วโมงที่ 2 หลังจากนั้นประเมินทก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ เฝ้าระวังภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัดและทางช่องคลอด เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ผู้ป่วยปวดแผล Pain score 7 ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา จัดท่านอนให้สุขสบาย ให้ข้อมูลอาการและการดูแลรักษากับญาติเป็นระยะเพื่อให้คลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัสสาวะออกมากกว่า 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อาการปวดแผลทุเลา พักผ่อนได้ ญาติเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

วันที่ 19-20 กันยายน 2563 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดเนื่องจากความแข็งแรงของ

ผิวหนังลดลงและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก พยาบาลเฝ้าระวังและวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน กระตุ้นให้มี Early ambulation สังเกตและบันทึกลักษณะแผลผ่าตัดและการมีเลือดออกที่แผลผ่าตัดและทางช่องคลอด ดูแลให้ได้รับยา Antibiotic ตามแผนการรักษา แพทย์วางแผนถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวทางปฏิบัติ ให้ญาติเข้าเยี่ยมให้กำลังใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรที่ดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ทารกแข็งแรงดีอาการทั่วไปปกติเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล แพทย์ให้ถอดท่อช่วยหายใจ วันที่ 20 กันยายน 2563 เวลา 10.00น. และวางแผนย้ายไปดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด วันที่ 21 กันยายน 2563 ประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาออกปกติ ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจเองได้ปกติ ลุกนั่งช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้ดี

วันที่ 21กันยายน 2564 เวลา 9.00 น. ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหลังคลอด และรับทารกจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมาให้มารดาและครอบครัวดูแล ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดยังมีเลือดซึมด้านล่างแผลเล็กน้อย แพทย์วางแผนให้จิบน้ำและถ้าท้องไม่อืด มื้อเย็นให้รับประทานอาหารอ่อนได้ พยาบาลทำความสะอาดแผลแล้วปิดพลาสเตอร์กันน้ำให้ แนะนำการดูแลแผล วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง กระตุ้นให้ลุกเดินรอบเตียง ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อให้รู้สึกสดชื่นขึ้นและทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด กระตุ้นให้อุ้มและให้นมบุตร ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี ยังอ่อนเพลียเล็กน้อย รับประทานข้าวต้มและยาหลังอาหารได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันที่ 22-23 กันยายน 2564 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมเริ่มไหล พยาบาลให้คำแนะนำการดูแลทารก ซึ่งมารดาและบิดาช่วยกันดูแลทารกได้อย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านตามหลัก D-METHOD (D: Disease) คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัดที่ได้รับ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะไม่มีประจำเดือน แต่ฮอร์โมนต่าง ๆ จากรังไข่ยังทำงานปกติ (M: Medication) คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ได้รับ วิธีใช้ยา วิธีเก็บยา (E: Environment) การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน (T: Treatment) คำแนะนำการปฏิบัติต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การปฏิบัติตัวเฉพาะโรค (H: Health) ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไปของมารดาและทารก (O: Outpatient referral) แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือใกล้บ้าน การมาตรวจตามนัด (D: Diet) แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอดและส่งเสริมการหายของแผล

วันที่ 24 กันยายน 2564 แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ พร้อมบุตร และนัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย รวมระยะเวลารับการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

สรุปและวิจารณ์กรณีศึกษา

มารดา $G_2P_1A_0L_1$ ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 รับใหม่ที่ห้องคลอด วันที่ 18 กันยายน 2563 วินิจฉัยแรกรับ Pregnancy 38^{+1} wks. with previous cesarean section แพทย์วางแผนผ่าตัด Cesarean section with tubal resection วันที่ 18 กันยายน 2563 เวลา 13.30 น. ขณะผ่าตัดมารดาได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาทีจนผ่าตัดเสร็จ ประมาณการเสียเลือด 500 มิลลิลิตร บุตรทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,120 กรัม อาการทั่วไปปกติ

Apgar score 10-10-10 ย้ายทารกไปดูแล สังเกตอาการที่หอผู้ป่วยกุมารเวช มารดาหลังผ่าตัดคลอดย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด เวลา 14.45 น. ประเมินสภาพแรกรับ รู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องลักษณะ Low transverse incision แผลมีเลือดซึมเล็กน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 ใน 3 ของผ้าอนามัย 1 ชิ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับยา Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงทั้งการผ่าตัดคลอดและเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน จากการเฝ้าระวังและการให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ทำให้สามารถประสานแพทย์ได้ทันท่วงที เมื่อพบมดลูกหดรัดตัวไม่ดีและมีอาการนำของภาวะตกเลือดหลังคลอดและจากการบันทึกอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทำให้แพทย์มีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ทำให้มารดาได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และเมื่อไม่สามารถรักษาทางยาอย่างเดียวได้ แพทย์ตัดสินใจทำผ่าตัด Exploratory Laparotomy ซึ่งพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอดได้ประสานงานกับพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักในการดูแลและเตรียมผ่าตัด ประสานงานกับงานพยาธิวิทยาในการส่งตรวจเลือดอย่างเร่งด่วน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของแพทย์ รวมทั้งประสานงานโลหิตวิทยาในการเตรียม PRC และ FFP เพื่อเตรียมให้กับผู้ป่วยได้ทันท่วงที และในระหว่างผู้ป่วยอาการทรุดลง ญาติวิตกกังวลมาก พยาบาลได้ให้ข้อมูล อธิบายแนวทางการรักษาพยาบาลเป็นระยะ ทำให้ญาติเข้าใจและมีความมั่นใจในแนวทางการรักษาพยาบาลมากขึ้น

มารดาหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 แพทย์วินิจฉัยเป็น Postpartum hemorrhage due to uterine atony ทำผ่าตัด Subtotal Hysterectomy แล้วย้ายไปดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก 2 วัน พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติตามมาตรฐาน ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจและผู้ป่วยหายใจเองได้ Early ambulation ตามคำแนะนำได้ดี แพทย์จึงให้ย้ายกลับมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอดในวันที่ 21 กันยายน 2564 เวลา 9.00 น. และย้ายทารกจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมาให้มารดาและญาติดูแล พยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอดเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลความสุขสบาย แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการดูแลบุตร กระตุ้นให้อุ้มและให้นมบุตร มารดาปฏิบัติได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกดูดนมได้ ก่อนกลับบ้านพยาบาลมีการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ทำให้มารดาและครอบครัวมีความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร ในวันที่ 24 กันยายน 2564 และนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย รวมระยะเวลารับการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน และมีแนวทางการให้การพยาบาลในผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

2. พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังอาการนำของภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อก เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ให้การพยาบาลและประเมินซ้ำได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ รวมถึงมีทักษะในการสื่อสารประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้มารดาได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและปลอดภัย

3. พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องการผ่าตัดมดลูกชนิดต่างๆ และการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทั้งการดูแลในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การดูแลใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การดูแลภายหลัง 24 ชั่วโมง และคำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

References

1. Knowledge of caesarean section for the general public. [Internet]. 2017 May 05 [cited 2020 Dec 20]; Available from: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/05/IC-005_Knowledge of caesarean section.pdf. Thai.
2. Prevention and management of postpartum hemorrhage. [Internet]. 2020 Sep 20 [cited 2020 Dec 20]; Available from: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf. Thai.
3. Tippawan Iamchareon, Postpartum hemorrhage: : Significance of Nurse's Roles in Prevention. Association of Private Higher Education Institutions of Thailand (APHEIT). 2017;6(2):151-54. Thai.
4. Department of Health: Ministry of Public Health. Ratio of Thai maternal mortality to 100,000 live births. [Internet]. 2021[cited 2021 Jan 27]; Available from: http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2019. Thai.
5. Indicators report of Obstetrics and Gynecology Division. [Annual report]. Inburi hospital; 2020. Thai.