

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันบำราศนราดูรยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้
"บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง"

ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผลการ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ

ปฏิบัติงาน วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน
วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวม
สิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่
ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความ
วิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบ
ด้วย บทคัดย่อ บทนำความรู้ หรือข้อมูล
เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือ
วิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้าง
ทันสมัย

บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็น
เท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ
ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และ
เป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15
บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์
วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการ
ศึกษาและวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ
(อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง
บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ

วัตถุประสงค์

วิธีการศึกษา

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยกล่าวถึง
แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล
วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้
เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการ
วิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมา
ประยุกต์

ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอ
หลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ
พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ
หรือวิเคราะห์

วิเคราะห์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไป
ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด
และควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนิน
งานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี)

ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้
ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำ
ผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้
ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถ
ปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้อง
ของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้
ระบบ Vancouver 1997

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม
และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง
ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษา
อังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่
คำย่อ) พร้อมทั้งอักษไทยต่อท้ายชื่อและ
สถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่
เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจนเพื่อ
ประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้อง
เขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

- 2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้อยคำต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง
วารสาร ปี ค.ศ.; ปีที่พิมพ์ (volume) : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก
แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of
Heterosexual partners, children and household
contacts of Adults with AIDS. JAMA 1987; 257: 640-4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็ม
ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ชีระ รามสูตร, นิวัติ มนต์วิสุทธิ, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช,
อุบัติการณ์โรคเอดส์ระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา
คลินิกจากกวางด่างของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเอดส์
589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10: 101-2

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง(สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ.
เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ),
บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์:
สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

2. ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน:
ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุญผาค, ตระหนักจิต ทัศนวิสุทธิ,
บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตรอน. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: รวมทรงศิลป์; 2533. น.115-20

โปรดศึกษารายละเอียดได้จากบทความเรื่อง
การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบ
แวนคูเวอร์ในวารสารโรคติดต่อปีที่ 24 ฉบับที่ 4
(ตุลาคม - ธันวาคม 2541) หน้า 465-472.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น
diskette ถึง ห้องสมุดสถาบันบำราศนราดูร ถนนติวานนท์
จ.นนทบุรี 11000

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและ
ส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับ
เอกสารพร้อมรูปชื่อ File และระบบที่ใช้ MS Word

4.3 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วย
หมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพ
สไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้
การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้
ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการ
จะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการ
จะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสถาบันบำราศนราดูร ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัยและวิเคราะห์ตลอดจน
เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันบำราศนราดูร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด
ผู้เขียนต้องรับผิดชอบตอบบทความของตน

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

วารสารสถาบันบำราศนราดูร เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข 3. เพื่อเป็นการจัดการความรู้และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้		
ที่ปรึกษา	นายแพทย์ปรีชา แพทย์หญิงรุจิณี แพทย์หญิงจริยา	ตันธนธิป สุนทรขจิต แสงสัจจา	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร
บรรณาธิการ	นายแพทย์สุทัศน์	โชติชนะพันธ์	
คณะบรรณาธิการ	นางถนอมจิตต์ นายแพทย์บุญชัย นายแพทย์อรุณ แพทย์หญิงปริญญ์ นายแพทย์วีรวัฒน์ นายบุญช่วย นางศิริรัตน์ นางวราภรณ์ นางสาวอัญชนา นางภาวิตา	ดวงดวน โควาศิษฐ์บุรณะ เหลื่องนิยมกุล โพธิ์หอม มโนสุทธิ เอี่ยมโศคลาภ ลิگانนท์สกุล เทียนทอง ถาวรวัน สุวรรณวัฒนะ	
ผู้จัดการ	นายบุญช่วย	เอี่ยมโศคลาภ	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวอวยพร นางสาวศิริพร นางสาววิรินทร์	นพเมือง หาญธิรเดช จันทร์ศรีธรรม	
สำนักงาน	งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร 126 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-3652 โทรสาร 0-2590-3600		
กำหนดออก	ปีละ 3 ครั้ง		
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โทร. 0-2223-3351		

BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE JOURNAL
Official Publication of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Objective:

1. To distribute new knowledge and researches. Conducted by health Professional in Bamrasnadura Infectious Institute. And ministry or public health
2. Media for knowledge charring among public health personnel
3. Media for knowledge management and knowledge based organization

Advisors:

Dr. Preecha Tuntanathip
Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Dr. Rujanee Sunthornkachit
Deputy Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Dr. Chariya Sangsaija
Deputy Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Editor: Dr. Suthat Chottanapund

Editorial Board:

Mrs. Tanomchitt	Duanduan
Dr. Boonchai	Kowadisaiiburana
Dr. Aroon	Lueangniyomkul
Dr. Piyanut	Phokhom
Dr. Weerawat	Manosuthi
Mr. Boonchuay	Eampokalap
Ms. Sirirat	Likanonsakul
Ms. Varaporn	Thientong
Ms. Unchana	Thawornwan
Mrs. Pawita	Suwanvattana

Manager: Mr. Boonchuay Eampokalap

Management Department:

Ms. Uayporn	Nopmuang
Ms. Siriporn	Hanthiradej
Ms. Raweenon	Chansritham

Editor Office: Infectious Control Unit, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
126 Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000,
Tel. 0-2590-3652 Fax 0-2590-3600

Publication: Three issues per year:

Printed at: Religious Printing Press Tel. 0-2223-3351

วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2553 Vol. 4 No. 2 May - August 2010

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
รายงานผู้ป่วยกรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกซึ่รุนแรง เจียมใจ สุชาติพยพันธ์	55
ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อการรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พฤติกรรม การออกกำลังกายและระดับ CD ₄ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ รัชณี แก้วใส, วารินทร์ บินโฮเซ็น, อำภาพร นามวงศ์พรหม, พงษ์จันทร์ อยู่แพทย์	65
ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ "การระงับปวดหลังผ่าตัด" ต่อการบรรเทาความเจ็บปวด ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในสถาบันบำราศนราดูร มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์, เขมารดี มาสิงบุญ	82
ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนากับจริยธรรมทางการพยาบาล ของพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ศิริมา เทพสุภา, มุกดา ศรียงค์, ฐิรัช หงษ์ยันตรชัย	98
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร พัชรา ตันธีรพัฒน์, น้ำอ้อย รักติวงศ์, อำภาพร นามวงศ์พรหม, วารินทร์ บินโฮเซ็น	109



สารจากบรรณาธิการ

วารสารบาราศฯ ฉบับนี้ผลงานส่วนใหญ่เป็นงานนิพนธ์ที่พัฒนาจากงานมหกรรม COI ของชาวบาราศฯ ผลงานหลายชิ้นเป็นที่น่าชื่นชมและทางกองบรรณาธิการคิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานต่างๆ ภายในสถาบันฯ ไม่มากก็น้อย

หากมีข้อผิดพลาด หรือคำแนะนำใดๆ สำหรับวารสารบาราศฯ ราษฎรสามารถแจ้งหรือให้คำแนะนำได้ตามที่อยู่ในฉบับ หรือฝ่ายทางกองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าในปีหน้าเราชาวบาราศฯ จะมีผลงานที่ดียิ่งๆ ขึ้นไป

สุทัศน์ โชตนะพันธ์

Case Study: Dengue shock Syndrome (grade IV)

Jiemjai Sukatipphayaphan, RN.

Chaoprayayommaraj Hospital, Suphanburi

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a major health problem because it spreads rapidly on the population. The untreated patient may suffer for a serious consequence from the dengue shock syndrome. The appropriate treatments are needed to protect them from a prolonged shock stage. The negative outcomes of DHF include bleeding and may damage many organs such as liver, kidney, and brain. Eventually, patients may die from a shock stage. As a result, nurses need to be knowledgeable and skillful in close investigation. Nurses need to be able to perform effective caring, especially during emergency care, to decrease mortality rate and complication rate among DHF patients.

The purpose of this study was to examine DHF in a 14 year-of-age female adolescent. This patient was initially diagnosed as Hypovolumic Shock. According to her medical history, she had a fever for 2 days. Then, she consumed antipyretic drug (paracetamol) at home. She did not get any treatment prior to this current admission. Before admission, she reported 6 vomits, severe stomach pain, and a weakness. Therefore, her cousins took her to a hospital. At an investigating room, her hands and feet were freezing. Capillary refill was more than 3 seconds, and loss of pulse and blood pressure. After assessing the patient's data using Gordon's Health Assessment Pattern, the nursing diagnoses were concluded as follows: Patient performed a failure blood circulation due to acute loss of plasma; Patient performed risky of internal bleeding; Patient was in electrolyte imbalance, particularly hypocalcemia; Patient's kidney functioned ineffectively; Patient took a risk of brain damage due to hepatic failure; Patient's blood circulation functioned improperly; Patient's family were anxious due to her illness; and there might be an epidemiology of DHF in family and nearby community.

This patient was under an effectively continuous care of a multidisciplinary team. This enabled the patient to take a lower risk, and therefore, patient got well quickly. The last diagnosis was DHF grade IV (a severe DHF). Her length of stay was 4 days. Subsequently, this patient was discharged from the hospital without any disability.

รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกเชื้อรุนแรง

เจียมใจ สุชาติพิพนันธุ์, พย.บ.

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคที่ระบาดได้เร็ว และอาการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว และรุนแรง^{1,2,3} อาจเกิดภาวะช็อค (grade III)^{4,5,6} และถ้าไม่ได้รับการเฝ้าระวัง^{6,7} จะเกิดภาวะช็อครุนแรง (grade IV)^{4,5,6} ซึ่งมีความยุ่งยากในการดูแลรักษาพยาบาล หากปล่อยไว้นานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ตับวาย ไตวาย เลือดออกมาก จนถึงเสียชีวิต^{5,6,7} ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญ และมีทักษะในการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด สามารถให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ (Emergency Care)^{6,7} เพื่อลดอัตราการตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ ผู้ศึกษาจึงขอเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กเพศหญิง อายุ 14 ปี 2 เดือน ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่ามีสภาวะ Hypo-volumic Shock จากการซักประวัติผู้ป่วยมีไข้ 2 วัน กินยาลดไข้ Paracetamol เองที่บ้าน ไม่ได้ไปตรวจที่ไหนก่อน มาอาเจียน 6 ครั้ง ปวดท้องมาก อ่อนเพลีย จึงให้ญาติพามาโรงพยาบาลถึงห้องตรวจ เมื่อเท้าเย็นขีด Capillary Refill มากกว่า 3 วินาที ชีพจรคลำไม่ได้ ความดันโลหิต วัดไม่ได้ จากการประเมินข้อมูลของผู้ป่วยตามแบบประเมินภาวะสุขภาพแบบกอร์ซอวินิจทางการพยาบาลดังนี้ ผู้ป่วยมีอาการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว^{5,6,7} เนื่องจากการสูญเสียพลาสมาออกนอกเส้นเลือดเฉียบพลัน, ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกภายใน^{5,6,7} (Internal bleeding), ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลเกลือแร่แคลเซียมในเลือดต่ำ^{8,9,10,11,12,13} (Hypocalcemia), การทำงานไตไม่มีประสิทธิภาพ^{5,6,7} เนื่องจากปัสสาวะออกน้อย, อาจเกิดอาการทางสมองจากภาวะตับวาย^{5,6,7,11,12}, มีภาวะผิดปกติของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด^{9,10} ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล¹¹, อาจเกิดการระบาดของโรคในครอบครัวและชุมชน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง สามารถป้องกันความเสี่ยงรุนแรง^{4,5,6,7} ทำให้มีอาการดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ได้รับการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายว่า DHF grade IV (ผู้ป่วยไข้เลือดออกรุนแรง) นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยไม่มีความพิการ

กรณีศึกษา

○ รายละเอียดทั่วไปของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกช็อครุนแรง

ประวัติส่วนตัว เด็กหญิงไทย อายุ 14 ปี 2 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพนักเรียน

การศึกษา กำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก R/O Hypovolemia shock

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย DHF grade IV รั่วในโรงพยาบาล วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2552

วันที่จำหน่าย วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2552 รวมเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช 4 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปวดท้องมาก อาเจียน 2 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มีไข้ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน กินยา Paracetamol เอง ไม่ได้ไปตรวจที่ไหน ก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียน 6 ครั้ง ท้องไม่เสีย ไม่มีไข้ เข้าวันมาโรงพยาบาลปวดท้อง ตีลึนปี่ อาเจียน 2 ครั้ง อ่อนเพลีย จึงบอกให้ญาติพามาโรงพยาบาล มาถึงห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยอ่อนเพลีย มือเท้าเย็นซีด Pulse เบามาก ความดันโลหิตวัดไม่ได้ Load 0.9% NSS ส่งรักษาตัวที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต 22 มกราคม 2551 เคยเป็นโรคไข้เลือดออก Acute dengue fever secondary PCR-DEN 1

การประเมินสภาพแรกพบ ผู้ป่วยรู้สึกตัว

ถามตอบคำถามได้ดี ยังยิ้มแย้ม แต่ตัวเย็น ผิวขาว มือเท้าเย็นสีคล้ำ Capillary Refill > 3 sec Pulse เบามากคลำไม่ได้ ความดันโลหิตวัดไม่ได้ มี IV 0.9% NSS เปิด free flow 400 cc/hr ที่หลังมือข้างซ้าย วัด O₂ sat ได้ 47% Blood sugar 90 mg/dl Hct 43% ใน CBC Hct 46%

ผลการตรวจของห้องปฏิบัติการ

ผล CBC (Complete Blood Count) วันที่ 9 เมษายน 2552 เวลา 10.33 น.

Hb 15.5 g/dl Hct 46%, WBC 5,400 cell/mm³, Platelet Count 25,000 cell/mm³, Neutrophil 60%, Lymphocytes 29%, Atypical lymphocyte 3%

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ป่วยมีเม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำมาก Hct 46% ซึ่งเข้มข้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการมีเลือดออก และอาจมีการรั่วของพลาสมา แล้วทำให้ Hct เข้มข้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยมีภาวะระบบไหลเวียนล้มเหลว เนื่องจากการสูญเสียพลาสมาออกนอกเส้นเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการมือเท้าเย็น ผิวคล้ำ capillary refill > 3 วินาที
2. ซีฟจรเบามากคลำไม่ได้ ความดันโลหิตวัดไม่ได้
3. Hct 46% แสดงว่ามีการรั่วของพลาสมา

ออกนอกเส้นเลือดไม่อยู่ในช่องปอด ช่องท้อง

4. O₂ sat 75%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ O₂ ผู้ป่วย และ bed rest
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ให้มากที่สุดที่จะชดเชยปริมาณพลาสมาที่รั่วออกไป หากผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก

3. ในช่วงแรกให้สารน้ำทางหลอดเลือดที่ไม่ใช่ Dextrose (0.9 % NSS) เพราะ Rate IV เกิน 1000 cc/kg/hr ต้องคอยดูอัตราการไหลของสารน้ำให้เป็นไปตามแผนการรักษาโดยเคร่งครัด ซึ่งการให้สารน้ำจะมีการปรับเปลี่ยนอัตราการไหลเวียนอยู่บ่อยๆ ตามการตอบสนองของผู้ป่วย โดยดูจากอาการทางคลินิก สัญญาณชีพ Hct และปัสสาวะ การให้สารน้ำต้องใช้ sterile technique อย่างเคร่งครัด เลือดหลอดเลือดที่ใหญ่ หลีกเลียงบริเวณขา ข้อพับต่างๆ และรอยที่เคยให้สารน้ำและบาดเจ็บมาก่อน และควรเปิดเส้น on surflo ไว้อีกเส้น เพื่อแก้ไขภาวะ Electrolyte Imbalance ซึ่งจะช่วยให้การควบคุมปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดแม่นยำ

4. ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยบ่อยๆ พร้อมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น อาเจียน ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงๆ รวมทั้ง Conceal bleeding

5. monitor Vital Sign q 10 -15 นาที จนกว่าจะ stable

6. ตวงน้ำ-เข้าออก เป็นชั่วโมง เพื่อประเมินอาการ

7. ติดตามค่า Hct q 2-4 hrs รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น BUN, Electrolyte, Calcium, SGOT, SGPT เพื่อดู

ความสมดุลเกลือแร่ การทำงานของไต ตับ และเพื่อประเมิน Effective resuscitate shock และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Internal bleeding (conceal bleeding) เนื่องจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ปวดท้องมาก มีเลือดเล็ดต่ำ และมีภาวะ Prolong shock

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยปวดท้อง อาเจียน ร้องขอให้ญาติพามาโรงพยาบาล

2. ผล CBC พบ Platelet Count 25,000 cell/mm³

3. คลำท้องกดเจ็บ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น อาเจียน อุจจาระมีสีดำหรือแดงหรือไม่ ผู้ป่วยมีประจำเดือน ผิดเวลา มีเลือดกำเดา ปวดท้องท้องอืดขึ้นหรือไม่

2. วัดสัญญาณชีพ ถ้าความดันโลหิตต่ำ Pulse Pressure แคบ ชีพจรเบาเร็ว ไม่มีไข้ ปวดท้องกระสับกระส่าย โดยไม่มีเลือดออกมาให้เห็น อาจมีภาวะเลือดออกภายในได้

3. ห้ามทำหัตถการที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บโดยไม่จำเป็น เช่น ห้ามใส่สาย NG อย่างเด็ดขาด แนะนำให้ผู้ป่วยใช้แปรงฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม

4. หลีกเลี่ยงการกดคลำที่ท้องบ่อยๆ

5. ตรวจดูบริเวณที่แทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือด เจาะ Hct และสี urine ว่ามีเลือดปน

หรือไม่

6. ให้ Vitamin K ตามแผนการรักษาแพทย์
7. group match เพื่อสำรองเลือดไว้ใช้ในกรณีเร่งด่วน รวมทั้งเตรียมเปิดเส้นรอก on surflo ไว้อีกเส้นหนึ่ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte Imbalance (Hypocalcaemia)

ข้อมูลสนับสนุน

ผล BUN ผล Electrolyte

Ca++ 6.9 mg/dl

Na 134.1 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ความไม่สุขสบายต่างๆ ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ในรายที่รุนแรงอาจมีอาการชัก
2. สังเกตความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลงไป อาจช้าหรือเร็วกว่าปกติ ความดันโลหิตลดลง
3. ดูแลความปลอดภัยจากอุบัติเหตุเช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ตกเตียง ชัก
4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ
 - ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ หมายถึงมี Na ในพลาสมาต่ำกว่า 130 mEq/L อาจพบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำชนิด Hypotonic solution ในภาวะวิกฤต การแก้ไขจะให้ NaCl

- Hypocalcaemia มักพบในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยช็อค การแก้ไขแพทย์จะพิจารณาให้ 10% Calc gluconate 1 mg/kg/ครั้ง แต่ไม่เกิน 10 cc dilute น้ำกลั่นปราศจากเชื้อเท่าตัวให้ช้าๆ ทางหลอดเลือดดำ ต้องสังเกตอาการคลื่นไส้ HR ชาลง อาจหยุดเต้านได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

การทำงานของไตอาจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากภาวะช็อค เลือดอาจถูกส่งมาเลี้ยงไตไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

Urine หลังใส่ catheter ออก 10 cc ซึ่ง < 0.5 cc/kg/hr

BUN 22.7 mg/dl (ค่าปกติ 7-18 mg/dl)

ผู้ป่วยไม่ปวดปัสสาวะ Bladder ไม่ full

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและปัสสาวะที่ออกมา (Record Intake-Output) อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ในระยะวิกฤต และทุก 8 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้น เมื่อแพทย์สั่งให้ตาสายปัสสาวะไว้ ได้ใส่สายปัสสาวะต้องทำด้วยความนุ่มนวลและแม่นยำ
- การดูแลผู้ป่วยสวนคาสายปัสสาวะ
- ตรวจสอบให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก สายต่อไม่พันงอหรืออุดตัน
 - ถุงรองรับปัสสาวะต้องอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและในแนวทิศทางตั้งกับพื้น
 - ทวงปัสสาวะ โดยเช็ดรอยต่อด้วย 70% alcohol ทุกครั้ง

- ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วยอาจมีอาการทางสมองจากภาวะตับวาย จากภาวะช็อคที่รุนแรงและนาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. SGOT 340 U/L (ค่าปกติ 15-37 U/L)
2. SGPT 258 U/L (ค่าปกติ 65 U/L)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ O_2 ผู้ป่วย เพื่อลด enzyme การทำงานของตับ สมองได้รับ O_2 เพียงพอ
2. วัดสัญญาณชีพและอาการทางสมองอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง
3. ติดตามผลการตรวจ Blood sugar เวิร์ละ 1 ครั้ง กรณีผิดปกติตรวจทุก 1 ชั่วโมง
4. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำอย่างเหมาะสม เกรดครัดโดยใช้เครื่อง infusion pump ที่รับการเทียบค่าแล้ว ทำ I/O
5. ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาแพทย์ เช่น Vitamin K1

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดจาก Prolong Shock

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิตวัดไม่ได้ capillary refill > 3 วินาที
2. HR ชาลง 58-60 ครั้ง
3. EKG พบ Bradycardia

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ O_2 วัดความอิ่มตัวของ O_2 ลง Portable CXR เพื่อช่วยการวินิจฉัย
2. ติด monitor EKG, Record และสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด
3. ช่วยประสานงานกับ cardio gist เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสม
4. เตรียมพร้อมการย้ายผู้ป่วยเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (PICU) ที่เหมาะสม
5. ให้ยาตามแผนการรักษาแพทย์ atropine 0.6 cc 60 mgOv และสังเกตอาการเต้นของหัวใจ อาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง กระสับกระส่าย pupil dilate กระหายน้ำ
6. Monitor Vital Sign, HR อย่างใกล้ชิด
7. สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการให้ความช่วยเหลือ Emergency, Set ทีม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติซักถามตลอดเวลา สิ้นหน้ไม่สบายใจ ญาติมามาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เต็มใจด้วยความนุ่มนวล จัดให้อยู่ใกล้ Nurse Station
2. อธิบายอาการ การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา การดูแล การดำเนินโรค เป็นระยะๆ และอธิบายเหตุผลการทำกิจกรรมพยาบาลทุกขั้นตอน
3. เปิดโอกาสให้ญาติซักถาม ดูแลใกล้ชิด

มากกว่า 2 คน ในยามนอกเวลา

4. จัดกิจกรรมกลุ่มการให้ข้อมูลซึ่งกันและกันในกลุ่มโรคผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนและช่วยส่งเสริม

5. Monitor Vital Sign สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจนญาติผู้ป่วยอบอุ่นใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

อาจเกิดการระบาดของไข้เลือดออกในครอบครัว และชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออก ยุงที่กัดผู้ป่วยสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ตลอดชีวิตของยุง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีไข้เลือดออก ผลการวินิจฉัยพบเป็น AC dengue infection secondary

กิจกรรมการพยาบาล

1. แยกผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ ที่มีมุ้งลวดป้องกันยุงกัด ซึ่งยุงที่กัดผู้ป่วยจะสามารถแพร่เชื้อสู่คนอื่น
2. สบสวนโรคและแจ้งทีมเคลื่อนที่เร็วของพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยโดยประสานงาน ผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
3. สร้างพลังใจให้ครอบครัวผู้ป่วย มีความรับผิดชอบตนเองและสังคม โดยให้ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้านตนเองทันทีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
4. ติดตามการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การส่วนท้องถิ่น เช่น สอ. อบต. วัดใกล้บ้าน ครูในโรงเรียนที่ผู้ป่วยอยู่ ว่าได้มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงแล้วหรือยัง หากพบว่ายังไม่ได้รับความร่วมมือจะ feedback ข้อมูลกลับผ่านกลุ่มงานเวชกรรม

สังคมทันที และเฝ้าระวังการเกิด case ใหม่อย่างต่อเนื่อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้ อายุ 14 ปี 2 เดือน มีไข้มา 2 วัน กินยา paracetamol เอง นอนพักอยู่ที่บ้าน ผู้ปกครอง ไม่อยู่ ญาติใกล้ชิด มาเฝ้าลูกที่เป็นไข้เลือดออกอยู่โรงพยาบาล วันที่มาโรงพยาบาล อาเจียน 6 ครั้ง อ่อนเพลียมาก ปวดท้อง จึงติดต่อญาติให้พามาโรงพยาบาล ถึงห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยตัวเย็นซีด Pulse เบามาก นับไม่ได้ ความดันโลหิตวัดไม่ได้ capillary refill > 3 วินาที จึง Load 0.9% NSS ส่งห่อผู้ป่วยกุมารเวชกรรมชั้น 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เพลีย ตัวเย็น กำลัง Load 0.9% NSS 400 cc/hr วัด O_2 Sat ได้ 47%, Blood Sugar 90 mg/dl, Hct 43% ได้ให้ O_2 และ Resuscitate shock ตรวจผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ พบว่า เกล็ดเลือด $25,000 \text{ cell/mm}^3$ SGOT 340 U/L, SGPT 258 U/L, HR 56 ครั้ง/นาที ทีมแพทย์พยาบาลได้ช่วยกันหาสาเหตุของปัญหา ทำ EKG Bradycardia อายุรแพทย์ด้านหัวใจ ให้แก้ไขด้วยการฉีด atropine 0.6 mg Ov H/C กุมารแพทย์ ทีมพยาบาลได้ช่วยกันดูแลอย่างใกล้ชิด อีกทั้งได้ใช้ Hotline ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านไข้เลือดออกที่สถาบันเด็กแห่งชาติจนสามารถแก้ไขอาการ shock อาการเสี่ยง ต่อการทำงานตับผิดปกติ รวมทั้งภาวะเสี่ยงอื่นๆ ได้

การพยาบาลผู้ป่วยที่สำคัญรายนี้ คือ

1. การ Resuscitate ผู้ป่วยมีภาวะ Prolong shock

2. การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกจากเกล็ดเลือดต่ำมาก

3. การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์

4. การติดตามการทำงานของไตอาจไม่มีประสิทธิภาพ

5. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางสมองจากการทำงานของตับผิดปกติ

6. การเฝ้าระวังอาการผิดปกติของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจาก shock นาน

7. การช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

8. ควบคุมป้องกันการระบาดของไข้เลือดออกในครอบครัว ชุมชน

ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่อยู่ในภาวะวิกฤตจะมีการรั่วของพลาสมาออกจากหลอดเลือดเข้าไปอยู่ในช่องท้องและช่องปอด ผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 80 ขึ้นไป จะมีเฉพาะการรั่วของพลาสมา ส่วนอาการเลือดออกมักมีเพียงเล็กน้อยที่ผิวหนังหรือทางเดินอาหาร แต่ในทางเดินอาหารมักมีอาการไม่เด่นชัด มักแสดงออกด้วยอาการปวดท้องรุนแรง และจะทำให้การประเมินอาการผิดพลาด มีผู้ป่วยร้อยละ 15-20 ที่มีอาการรั่วของพลาสมาและเลือดออกมาก จนช็อคและถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดภาวะช็อคนาน ซึ่งอาการที่มีเลือดออกภายในแต่ไม่มีเลือดออกให้เห็น (Concealed Bleeding) จะทำให้แพทย์ผู้รักษาไม่นึกถึง จึงให้แต่สารน้ำทดแทนจนเกิดภาวะน้ำเกิน ช็อคนานเกิดภาวะเลือดเป็นกรด เกิด DIC อาการเลวลง จึงทำให้มีเลือดออกให้เห็น ปัญหาที่พบบ่อยคือตัดสินใจให้เลือดเข้าไป หากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

มีความตระหนัก พัฒนานตนเองอยู่เสมอ จะทำให้การ Early detect ผู้ป่วยไข้เลือดออกช็อคได้ ซึ่งถือว่าเป็น Emergency Case การศึกษาพบว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็ว โดยสหสาขาวิชาชีพสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้หายโดยเร็ว สามารถลดการสูญเสียทรัพยากรได้มาก ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนนอนโรงพยาบาลไม่นาน

วิเคราะห์วิจารณ์

การศึกษาเด็กไข้เลือดออกของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมชั้น 4 พบว่า มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมากในรอบ 10 ปี (ปีงบประมาณ 2543-2552) พบผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก จำนวน 2,418 ราย (อายุ 6-15 ปี) แบ่งเป็นช่วงอายุ 6 เดือน - 1 ปี จำนวน 30 คน (คิดเป็นร้อยละ 1.24) อายุ 1-5 ปี จำนวน 247 คน (คิดเป็นร้อยละ 10.23) อายุ 5-10 ปี จำนวน 817 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.78) อายุ 10-14 ปี จำนวน 1,167 คน (คิดเป็นร้อยละ 48.26) และอายุ 14-15 ปี จำนวน 157 คน (คิดเป็นร้อยละ 6.49) ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนี้มีอาการรุนแรงเลือดออก 245 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.13 และมีอาการช็อค 279 คน คิดเป็นร้อยละ 11.54 ส่วนอีก 29 ราย มีอาการช็อครุนแรง (grade IV, Prolong Shock) คิดเป็นร้อยละ 1.20 ในปี 2544 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย

จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะ Prolong Shock และ internal bleeding ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากเลือดออกภายในแต่ไม่มีเลือดออกให้เห็นทำให้ได้รับเลือดช้า ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มาจากการขาดทักษะของแพทย์ พยาบาล

การส่งต่อล่าช้า ไม่มีระบบปรึกษา การส่งต่อผู้ป่วย
ขณะอาการหนักมาก การดูแลระหว่างที่ส่งต่อไม่
เหมาะสม ผู้ปกครองไม่เข้าใจ ระบบสำรองอุปกรณ์
เครื่องมือไม่พอ จึงมีการพัฒนาโดย

1. เพิ่มพูนทักษะแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่
ทุกโรงพยาบาล ทุกปี และฟื้นฟูผู้เกี่ยวข้องโดย
การอบรม Conference case ทำ CPG ทำแบบ
ฟอร์มการบันทึกต่างๆ (ภาคผนวก เอกสารหมายเลข
1-5)

2. พัฒนาระบบการส่งต่อ ระบบให้คำ
ปรึกษา ระบบพี่เลี้ยง

3. ให้ความรู้ผู้ปกครองด้วยสื่อต่างๆ กระบวนการ
การกลุ่ม การสร้างเสริมพลังการดูแลสุขภาพทั้ง
กายและใจ

4. ระบบการประสานงานภายใน-ภายนอก
โรงพยาบาล (ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 6-7)

5. การสร้างทีมเข้มแข็งทั้งเครือข่ายร่วมกับการ
ประชุม War Room เพื่อวิเคราะห์ ปรับปรุง แก้ไข
ปัญหา

จากการพัฒนาไม่หยุดยั้ง ทำให้ลดอัตราการ
ตาย การส่งต่อที่ไม่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ที่สำคัญการสูญเสีย
ทรัพยากรด้านต่างๆ ปัจจุบันการเน้นเชิงรุกด้านการ
ป้องกันโรคโดยการเสริมพลังให้ประชาชนสามารถ
ดูแลสุขภาพตนเองได้ สามารถช่วยแก้ปัญหาทั้งหมด
ให้ลดลงได้

บรรณานุกรม

กองระบาดวิทยา, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2501, 2530

และ 2545.

กองระบาดวิทยา, สำนักอนามัย. สถานการณ์โรค
ไข้เลือดออกในเขตกรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2540.

นลินี อัครโกศล. ประสบการณ์ด้านโรคติดต่อใน
ประเทศไทย. โรงพิมพ์โฮลิสติก พับลิชชิง,
2540.

ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, เดวิด จอห์น, สุธิตรา
นิมมานนิตย์ และคณะ. ดัชนีที่ช่วยในการ
วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกในระยะแรกใน :
กระทรวงสาธารณสุข ผลงานวิชาการดีเด่น
กระทรวงสาธารณสุข ปี 2538. เชียงราย :
โรงพิมพ์อินเตอร์พริ้นท์, 2539 : 1-16.

ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และสุธิตรา นิมมานนิตย์.
แนวทางการวินิจฉัยและโรคไข้เลือดออก
แดงที่ ฉบับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพ
มหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ. ไข้เลือดออก : การดูแลและ
รักษา. กรุงเทพมหานคร : สถาบันสุขภาพเด็ก
มหาราชินี, 2541.

สุธิตรา นิมมานนิตย์ ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และอรุณ
วิหะศุภกร. แนวทางการวินิจฉัยและรักษา
โรคไข้เลือดออกแดงที่. กรุงเทพมหานคร :
กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

คณาจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพ
มหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์,
2541.

จันทร์นิวัตร เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พาณิชย์.

กุมารเวชศาสตร์เล่ม 2 (โครงการตำรา-ศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหา
วิทยาลัยมหิดล). กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์
การพิมพ์, 2540.

ธีรชัย จันทโรจน์ศิริ. กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน.
กรุงเทพมหานคร : สำราญการพิมพ์, 2541.

มนตรี ตูจันดา. กุมารเวชศาสตร์เด็ก. กรุงเทพ
มหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์,
2541.

วินัย สุวัทธิ อรุณ วงษ์จิราษฎ์ และภิกขุ จิรปัญญา.
ภาวะฉุกเฉินทางกุมารเวชศาสตร์. พิมพ์
ครั้งที่ 2 ; กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
ชวนพิมพ์, 2539

เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมนัยพงศ์. การวิเคราะห์
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับ
พยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชา

พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
2539.

กำพล ศรีวัฒนกุล. คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์.
กรุงเทพมหานคร : บริษัท เมดาร์ท จำกัด,
2540.

คณาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
คู่มือการใช้ยาสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้ง
ที่ 7 , เชียงใหม่ : หจก.ธนบรรณการพิมพ์,
2539.

คณาจารย์วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลเด็ก.
กรุงเทพมหานคร : ยุทธรินทร์การพิมพ์
จำกัด, 2540.

Effects Of Moderate Intensity Exercise Program On Percived Self-Efficacy, Outcome Expectation On Exercise Behavior And CD₄ Levels In Persons With Asymptomatic HIV

Raschanee Kaewsalai¹, Varin Binhosen², Ampaporn Namvongprom², Pongjan Yupat³,

1 Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

2 School of Nursing Rangsit University

3 Faculty of Health Sciences Rangsit University

Abstract

This pre-experimental study aimed to investigate the effects of moderate intensity exercise program on perceived self-efficacy, outcome expectation on exercise behavior, exercise behavior, and CD4 levels in persons with asymptomatic HIV. Self-Efficacy theory (1997)¹ was used as a conceptual framework to develop the program. A purposive sample of 15 was recruited from out-patient department of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. The moderate intensity exercise program comprised 3 phase i.e., preparation, self exercise training, and evaluation. The research instruments composed of 1) demographic sheet 2) perceived self - efficacy questionnaire 3) perceived expected outcome of exercise questionnaire 4) exercise behavior questionnaire 5) collecting data sheet of CD4 level and 6) the moderate intensity exercise program .Content validity of the perceived self - efficacy questionnaire, perceived expected outcome of exercise questionnaire, exercise behavior questionnaire was approved by three experts. Internal consistency reliability of perceived self - efficacy questionnaire, perceived expected outcome of exercise questionnaire, exercise behavior questionnaire was 0.91, 0.88, and 0.88 respectively. Descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Rank test and pair t-test were used in data analysis.

The finding showed that the self-efficacy score, the perceived expected outcome of exercise score, exercise behavior score after participating in the exercise program were statistically significant higher at the level of $p = .001, .001, .000$ respectively. However CD4 level was not statistically difference ($p = .079$).The finding suggests that this exercise program is effective in improving exercise behavior. Therefore, this program could be used for promoting health among person with asymptomatic HIV.

KEY WORD : MODERATE INTENSITY EXERCISE, EXERCISE BEHAVIOR,
CD4 LEVELS, ASYMPTOMATIC HIV

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง ต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการ ออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับ CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

รัชณี แก้วไสล¹ ดร.วรินทร์ บินโฮเซ็น² ผศ.ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม² ผศ.ดร.พงษ์จันทร์ อยู่แพทย์³

1 สถาบันบำราศนราดูร

2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

3 คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยก่อนการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับ CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997)¹ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 ราย เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมความพร้อม 2) ระยะปฏิบัติ และ 3) ระยะติดตามผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง 3) แบบสอบถามความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย 5) แบบบันทึกระดับ CD4 และ 6) โปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลางตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายได้เท่ากับ 0.91, 0.88, และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนและหลังเข้าโปรแกรมใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test และความแตกต่างของระดับ CD4 ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับ CD₄ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001, .001, .000$ ตามลำดับ) แต่ระดับ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .079$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการได้

คำสำคัญ : การออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง, พฤติกรรมการออกกำลังกาย, ระดับ CD4, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ

1. บทนำ

ปัจจุบันโรคเอดส์ยังคงมีการแพร่ระบาดและเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก จากรายงานสรุปของ UNAIDS ในปี พ.ศ.2550 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ยังคงเพิ่มขึ้นในทุกๆ พื้นที่ทั่วโลก โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประมาณ 33.2 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.1 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วโลก² ในประเทศไทยมีรายงาน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2552 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์จำนวน 359,807 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 96,067 ราย³

โรคเอดส์ จัดว่าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศเนื่องจากพบมากในวัยทำงานและทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV) เชื้อเอชไอวียังคงมีการแบ่งตัวในอัตราที่สูงและระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญคือ CD4 ถูกทำลายลงเรื่อยๆ ซึ่งอัตราการลดลงของระดับ CD4 ในคนไทย เฉลี่ยประมาณปีละ 40-60 cells/ 10^6 และการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเป็นเอดส์ส่วนใหญ่ 90% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระยะเวลาเฉลี่ย (Median time) ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนแสดงอาการในคนเอเชีย ประมาณ 7 ปี⁵ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ยังไม่มีอาการเป้าหมายสำคัญคือ ดูแลสุขภาพให้เขาสู่ระยะเอดส์ช้าที่สุด⁶ และหลักสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะนี้คือ การส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกันให้สามารถตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการผ่อนคลายความเครียด⁷ จากการศึกษาปัญหาสุขภาพและวิธีดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังไม่เคยได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 80 ราย ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา จำนวน 13 โรงพยาบาล พบว่าวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือการออกกำลังกาย ด้วยการเดิน วิ่งเหยาะๆ เหตุผลคือปฏิบัติง่าย ผลที่ได้รับคือทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีสุขภาพแข็งแรง และสดชื่นขึ้น⁸

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศเรื่องผลของการออกกำลังกายต่อระบบภูมิคุ้มกันทางานในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี พงงานวิจัยของ Dudgeon, et.al, (2004)⁹ สังเคราะห์งานวิจัยช่วงปี ค.ศ 1990-2003 ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายที่มีผลต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจน (Aerobic) และการออกกำลังกายแบบที่มีแรงต้าน (Resistance training) นั้น มีความปลอดภัย และเกิดผลดีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยช่วยเพิ่มความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อพัฒนาโครงสร้างของร่างกาย และช่วยให้อารมณ์ดีขึ้นรวมทั้งไม่ส่งผลเสียต่อระบบการสร้างภูมิคุ้มกันทางาน Dudgeon แนะนำให้ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ American College Of Sports Medicine (ACSM, 1998)¹⁰ คือการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลาง ควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ผู้ฝึกการออกกำลังกายและผู้ป่วยควรทำงานร่วมกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อดูพัฒนาการ

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับ CD₄ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ รวมทั้ง ดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อหลีกเลี่ยงการฝึกที่มากเกินไป จากการศึกษาผลของการออกกำลังกายในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี พบว่าหลังการออกกำลังกายได้ 12 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยของระดับ CD4 cell เพิ่มขึ้น แต่ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยเอดส์ที่มีจำนวน CD4 cell < 100 /cells/ l ไม่สามารถเข้าร่วม โปรแกรมการออกกำลังกายที่ค่อนข้างหนักได้ครบ เนื่องจากมีอาการอ่อนล้าและอาการของโรคมากขึ้น¹¹ (MacArthur, et al. ,1992) และการออกกำลังกาย ที่มีความหนักระดับปานกลาง (Moderate intensity) โดยเดินบนลู่วิ่ง 12 สัปดาห์อย่างต่อเนื่องพบว่าทำให้ ระดับ CD4 cell และเม็ดเลือดขาว (lymphocytes) เพิ่มขึ้นได้ระหว่างสัปดาห์ที่ 6 ถึง 12 ตามลำดับ¹² (Terry ,et al., 1999) และการออกกำลังกายแบบ แอโรบิกแบบต่อเนื่องหรือแบบเป็นช่วง อย่างน้อย 20 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จะทำให้หัวใจและปอดแข็งแรง รวมทั้งอาการทาง คลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น¹³

สำหรับในประเทศไทยงานวิจัยที่ศึกษาเรื่อง ผลของการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพในกลุ่ม คนที่สุขภาพดีและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวน มากแต่การศึกษารื่องผลของการออกกำลังกายที่มี ผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในตัวในผู้ติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างน้อย ค้นพบเพียง 1 เรื่อง คืองานวิจัยของมาเรียม นิมนวล (2547)¹⁴ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาผล ของการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง ต่อการเปลี่ยนแปลงระดับ CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะไม่มีอาการโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ ออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานอยู่กับที่โดยให้

มีความหนักในระดับปานกลางประหมื่นจากอัตรา การเต้นของชีพจรที่ 60% ของอัตราการเต้นหัวใจ สูงสุด วันละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์กับกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่าการออกกำลังกายหนักระดับ ปานกลางเป็นเวลาต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ทำให้มีการ พัฒนาระดับความทนทานของปอดและหัวใจและ เพิ่มระดับ CD 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ แต่เนื่องจากการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยาน อยู่กับที่ซึ่งในชีวิตประจำวันเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยทั่วไป จากการศึกษาการ ออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางพบว่า การเดินเร็วเป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับ ปานกลางที่ง่าย สะดวกสามารถเดินได้ทุกที่โดย ไม่ต้องพึ่งอุปกรณ์ ประหยัดและปลอดภัย¹⁵ การเดิน น่าจะเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและการที่จะให้บุคคลที่ไม่เคยได้ออกกำลังกาย เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย และสามารถปฏิบัติตามได้สำเร็จนั้น ต้องพัฒนา การรับรู้ความสามารถตนเองและสร้างความคาดหวัง ในผลดีของการ ออกกำลังกายซึ่ง¹ กล่าวว่าการ ที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายนั้นขึ้น อยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือการรับรู้ความ สามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ โดยถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและ มีความคาดหวังในผลดีที่จะเกิดขึ้นสูงบุคคลนั้นมี แนวโน้มที่จะตัดสินใจทำพฤติกรรมนั้น

ปัจจุบันสถาบันบำราศนราดูรมีผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มารับบริการปี 2552 จำนวนทั้งหมด 7,153 คนได้รับยาต้านไวรัสจำนวน

6,027 คน และยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 1,126 คน โดยทั่วไปการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ไม่มีอาการและมีระดับ $CD4 > 200 \text{ cells/ } \mu\text{L}$ ขึ้นไป แพทย์จะนัดมาตรวจเลือดเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของระดับ $CD4$ ทุก 3-6 เดือนโดยที่ยังไม่มีการรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัสแต่จะได้รับการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปซึ่งรวมถึงการออกกำลังกายโดยที่ขณะนี้ยังไม่มีรูปแบบการให้ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายที่เฉพาะเจาะจงรวมทั้งไม่มีการพัฒนาทักษะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องการออกกำลังกายที่มีแบบแผน และสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายพฤติกรรม การออกกำลังกาย และระดับ $CD4$ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมซึ่งผลที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางส่งผลให้มีภูมิต้านทานดีขึ้น และช่วยยืดระยะเวลาการรับประทายาต้านไวรัสรวมทั้งการติดเชื้อฉวยโอกาสทางออกไปนานที่สุด

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายพฤติกรรม การออกกำลังกายและระดับ $CD4$ ของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี ระยะไม่มีอาการ หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการก่อน และหลังการเข้าโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ $CD4$ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับ CD₄ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

4. ค่าเฉลี่ยผลของระดับ CD4 ภายหลังเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

2. วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยก่อนการทดลอง (Pre-experimental design) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อน และหลัง (One-group pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 25 - 50 ปี 2) มีผลเลือด Antibody HIV ให้ผลบวก และไม่เคยได้รับยาต้านไวรัส ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3) มีระดับ CD4 มากกว่า 200 cells/ 1 ขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่มีอาการสัมพันธ์กับระยะเอดส์ 4) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่มีโรคประจำตัวที่มีอุปสรรคในการออกกำลังกาย 5) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายตามโปรแกรม 6) ไม่เคยออกกำลังกายที่มีแบบแผนเป็นประจำมาก่อน 7) สามารถหาสถานที่เดินได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (N) 12 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัยอีก 3 ราย รวมเป็น 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1) โปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับ

ปานกลางใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - Efficacy) ของ Bandura (1997)¹ มาเป็นกรอบเชิงกระบวนการในการจัดโปรแกรม ผู้วิจัยได้นำวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง 3 วิธี คือ การชักจูงด้วยคำพูด ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ มากำหนดเป็นกิจกรรมในโปรแกรม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมพร้อม ระยะฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และระยะติดตาม 1.2) คู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย 1.3) เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ CD4 cell 1.4) เครื่องมือที่ใช้บันทึกชีพจรแบบไร้สาย (Polar meter) 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเดินที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามจากงานวิจัยของ จันทนา วงศ์อม (2540)¹⁶ เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังในผลดีของการเดินที่มีความหนักระดับปานกลางในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามจากงานวิจัยของ จันทนา วงศ์อม (2540)¹⁶ โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มี 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการเดินทางด้วยความหนักระดับปานกลางในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากคู่มือการก้าวเดินเพื่อสุขภาพ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549) จำนวน 5 ข้อ. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรม คู่มือการออกกำลังกายแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายแบบสอบถามความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายและแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ยังไม่มีอาการจำนวน 20 ราย แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach's Alpha พบว่าแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถได้ค่าความเชื่อมั่น 0.91 แบบสอบถามความคาดหวังได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88 แบบสอบถามพฤติกรรมได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88 ความน่าเชื่อถือของข้อมูลว่าชี้พิจรอยู่ในระดับปานกลางจากการจับชีพจรของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำการสอบเทียบการวัดโดยกลุ่มตัวอย่างจับชีพจรบริเวณ Radial artery จำนวน 3 ครั้งเทียบกับ เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Polar meter) ค่าที่ได้ไม่

แตกต่างกัน ผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกและสาธิตการเดินสอนการจับและนับชีพจรให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ได้รับการอบรมและฝึกการใช้เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Polar meter) จากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายของมหาวิทยาลัยรังสิต การเก็บแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าโปรแกรมผู้วิจัยมอบหมายให้พยาบาลประจำตึกที่อยู่เวรในวันนั้นช่วยแจกแบบสอบถาม

การดำเนินการทดลอง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยมีสิทธิถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาของการทำวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติดังต่อไปนี้ ทำแบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนเข้าโปรแกรม

1) ระยะเตรียมความพร้อม ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองโดยมีกิจกรรมดังนี้ การชักจูงให้ความรู้เป็นรายบุคคล บอกประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง มีผลดีต่อระบบภูมิคุ้มกัน แนะนำการเดินเร็วเป็นการออกกำลังกายที่ง่ายและปลอดภัย

2) ระยะฝึกด้วยตนเอง ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จฝึกประสพการณ์โดยตรงจากการจับและการนับชีพจรเปรียบเทียบกับเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจตรงกันอย่างน้อย 3 ครั้ง ฝึกทำเดินที่ถูกต้องและให้เดินบนลู่วิ่งเพื่อให้จดจำความเหนื่อยของแต่ละคนสามารถให้ทักษะที่ฝึกปฏิบัติที่บ้าน วันละ 30 นาที ไม่รวมการ warm up และ cool down ปฏิบัติ

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับ CD₄ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ *สภาวะทาง* *ด้านร่างกายและอารมณ์*-ส่งเสริมให้รู้วิธีสร้างบรรยากาศที่ดีในระหว่างที่เดินออกกำลังกายและเลือกสถานที่สำหรับเดินปลอดภัยที่สุด และ 3) **ระยะติดตามผล** ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งในเดือนแรก 2 สัปดาห์ / 1 ครั้งในเดือนที่ 2 , 3 เมื่อเดินครบ 12 สัปดาห์ นัดเจาะเลือดตรวจ CD 4 และ ตอบแบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) นำมาวิเคราะห์การแจกแจงความถี่และคำนวณหา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปร ในเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย และ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov พบว่า มีการแจกแจงไม่ใช่แบบปกติ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test ทดสอบการกระจายข้อมูลของระดับ CD4 มีการแจกแจง แบบโค้งปกติ จึงทดสอบความแตกต่างของระดับ CD4 ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมใช้ สถิติ Pair t test

3. ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ รวม 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.3) มีอายุระหว่าง 23-42 ปี อายุเฉลี่ย 32 ปี สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 46.7) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.3) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวี อยู่ระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n = 15)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	26.70
หญิง	11	73.30
อายุ		
30 ปี	6	40.00
31-40 ปี	7	46.70
> 40 ปี	2	13.30
ฟิลล์	23-42	
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	32.07	6.00

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n = 15)	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	6	40.00
คู่	7	46.70
หม้าย / หย่า / แยก	2	13.30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	13.30
มัธยมศึกษา	8	53.30
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	2	13.30
ปริญญาตรี	3	20.00
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	2	13.30
เกษตรกรรม	1	6.70
รับจ้าง	7	46.70
ค้าขาย	4	26.70
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	6.70

การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลาง
ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่องการเดินที่มีความหนักในระดับปานกลาง ก่อนเข้าโปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 18.13 คะแนน (SD = 1.55) ส่วนคะแนนหลังเข้าโปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 19.67 คะแนน (SD = .72) เมื่อ

ทดสอบคะแนนความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพบว่า หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลางสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังตารางที่ 2

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับ CD₄ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายที่มีความหนัก ระดับปานกลางก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

	พิสัย	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	15-20	18.13	1.55	.00	.00	-2.97	.001
หลังเข้าโปรแกรม	18-20	19.67	.72	6.00	66.00		

ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลาง ก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 17.53 คะแนน หลังเข้าโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน

ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 19.60 คะแนน เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายที่มีความหนัก ระดับปานกลางก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

ความคาดหวัง	พิสัย	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	10-20	17.53	2.64	.00	.00		
หลังเข้าโปรแกรม	14-20	19.60	1.55	6.50	78.00	3.09	.001

พฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลาง ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 0.27 คะแนน หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 14.33

คะแนน เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าหลังเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม (N=15)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	พิสัย	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	0-2	0.27	0.70	8.00	120.20	3.529	.000
หลังเข้าโปรแกรม	11.15	14.33	1.39				

ระดับผลเลือด CD 4 cell ก่อนเข้าโปรแกรม การออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีระดับ CD 4 cell เฉลี่ย 355.73 cell/ 1 หลังเข้าโปรแกรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ย CD 4 cell 390.93 cell/ 1 พบว่าหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับ CD 4 cell เพิ่มขึ้น

กว่าก่อนเข้าโปรแกรม จำนวน 11 ราย อีก 4 ราย มี CD 4 cell ลดลง 3 ราย และ CD 4 cell เท่าเดิม 1 ราย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าระดับ CD 4 cell เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .079$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับผลเลือด CD4 cell ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

CD4 cell	พิสัย	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	248- 669	355.73	102.63	1.492	14	.079
หลังเข้าโปรแกรม	251- 692	390.93	115.21			

การอภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กลุ่มตัวอย่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

มีการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่องการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานหลังเข้าโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์แล้วพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม สามารถอธิบายได้ดังนี้ โปรแกรมมีส่วนส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นได้ตามแนวคิดของ Bandura (1997)¹ โดยใช้ปัจจัย 3 อย่าง ได้แก่

(1) การชักจูงด้วยคำพูดโดยให้ความรู้และเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางและมีผลดีต่อระบบภูมิคุ้มกัน (CD 4) แนะนำประเภทของการออกกำลังกายที่ง่ายและปลอดภัยสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือ การเดินที่มีความหนักในระดับปานกลาง (2) ประสพการณ์จากความสำเร็จที่กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือกระทำกลุ่มตัวอย่างได้มีประสพการณ์ของการลงมือกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกายด้วยตนเอง โดยการฝึกทักษะในเรื่องการเดินที่ต้องฝึกปฏิบัติให้รับรู้ความเหนื่อยในระดับปานกลางของแต่ละคนโดยให้เดินบนลู่วิ่งพร้อมฝึกการจับและนับชีพจรแบบง่าย โดยใช้เครื่องนับชีพจรควบคุมก่อนออกกำลังกายและในขณะออกกำลังกายฝึกจนผู้เข้าร่วมวิจัยมั่นใจว่าสามารถทำได้ถูกต้อง (3) สภาะทางด้านร่างกายและอารมณ์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยมีการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างเตรียมพร้อมร่างกายก่อนวันนัดแนะนำให้นอนพักผ่อนเพียงพอ ใส่ชุดกีฬาและใส่รองเท้าที่พร้อมจะออกกำลังกายได้จริง นาฬิกาข้อมือที่มีเข็มวินาที มีการตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนการออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อมทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการออกกำลังกาย โดยเดินที่มีความหนักระดับปานกลางนั้นไม่ยุ่งยาก และแนะนำเทคนิคในระหว่างที่เดินออกกำลังกายสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยให้เกิดบรรยากาศที่ดี เช่น ใส่เครื่องหูฟังเพลงที่ชอบ และกำหนดให้มีความยาวประมาณ 30 นาที หรืออาจตั้งนาฬิกาปลุกเตือนจากโทรศัพท์มือถือเมื่อออกกำลังกายครบ 30 นาทีโดยไม่รวมการยืดเหยียด

และการผ่อนคลาย ที่สำคัญกลุ่มตัวอย่างต้องมีสถานที่สำหรับเดินแล้วคิดว่าปลอดภัยที่สุดเพื่อช่วยให้เกิดบรรยากาศผ่อนคลายและมีสมาธิในขณะเดินมากขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาทฤษฎีความสามารถตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ ยังไม่พบแต่มีงานวิจัยที่ใกล้เคียงโดยใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองจัดโปรแกรมการออกกำลังกายในงานวิจัยของ จันทนา วังคะออม (2540)¹⁶ ที่ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ด้วยการเดินที่บ้าน ผลการทดลองพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โปรแกรมมีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ อธิบายได้จากแนวคิดของ Bandura (1997)¹ ที่กล่าวว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำเป็นการคาดคะเนของบุคคลหรือความเชื่อเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม ความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรม แล้วจะได้ผลตามที่ต้องการ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และผลที่คาดหวังจากการทำพฤติกรรมต้องประกอบด้วย ผลทางด้านร่างกาย

(Physical) สังคม (Social) และการประเมินตนเอง (Self-evaluative) ในโปรแกรมนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายในเรื่องเชื่อว่าการออกกำลังกายด้วยการเดินที่มีความหนักระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอ มีผลดีต่อร่างกายทำให้ภูมิต้านทาน (CD4) ดีขึ้น ช่วยให้อายุยืนยาว ความแข็งแรง จะทำให้ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และช่วยยืดระยะเวลาการได้รับประทานยาต้านไวรัสทางออกไป ผลดีด้านจิตใจช่วยผ่อนคลายความเครียดและลดความวิตกกังวลได้ เมื่อมีสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการออกกิจกรรมทางสังคมโดยไม่คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคมสามารถทำงานเพื่อเลี้ยงชีพได้ ผลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทนา วังคะอม (2540)¹⁶

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อธิบายได้ว่าโปรแกรมสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้ออกกำลังกายมาก่อนมีความสามารถควบคุมตนเองให้ออกกำลังกายครบ ตามหลักของ FITT ประกอบด้วย 4 ประการ ได้แก่ ความถี่ (frequency) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความหนัก (intensity คือการออกกำลังกายให้มีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 55-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Maximum heart rate :HR max) เวลา (time) 30 นาทีต่อครั้ง ชนิดของการออกกำลังกาย (type)

แบบแอโรบิกด้วยการเดิน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการออกจากโปรแกรม (drop out) อยู่ครบ 15 ราย และปฏิบัติสำเร็จได้ตามเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997)¹ กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถที่หนักแน่น บุคคลนั้นจะกระตือรือร้นในการใช้ความพยายามมากขึ้นและความคาดหวังอย่างเดียวยังจะไม่เกิดการกระทำตามที่ต้องการได้ ถ้าไม่มีทักษะที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นนำไปสู่ผลลัพธ์ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยใช้ในการทดลองนี้มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการเดินที่มีความหนักระดับปานกลาง สอนจับชีพจรและนับชีพจรด้วยตนเองแบบง่ายสะดวกต่อการนำไปใช้ได้จริง โปรแกรมจึงมีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การออกกำลังกายได้สำเร็จ ตามเป้าหมาย แต่ยังไม่พบงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในโปรแกรมการออกกำลังกายกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ระดับ CD 4 cell ภายหลังเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ก่อนเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับ CD 4 cell 355.73 cell/ 1 หลังเข้าโปรแกรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระดับ CD4 cell มีค่าเฉลี่ย 390.93 cell/ 1 พบว่าระดับ CD4 cell หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมมี 11 ราย ระดับ CD4 cell เท่าเดิม 1 ราย และระดับ CD4 cell ลดลงมี 3 ราย เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับ CD4 cell ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมทางสถิติ พบว่า ระดับ CD 4 cell

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับ CD₄ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

หลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .079$) สอดคล้องกับงานวิจัย MacArthur และคณะ (1992)¹¹ ที่ศึกษาผลการออกกำลังกายใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อระบบหัวใจและการหายใจ ระบบภูมิคุ้มกันและการปรับตัวทางด้านจิตใจ ในผู้ ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 25 ราย โดยให้ออกกำลังกายที่มีความหนักที่ระดับปานกลาง ถึงระดับหนักมาก หลังการออกกำลังกายได้ 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับ CD4 cell เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ CD4 cell มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจาก มีปัจจัยที่มีผลต่อระดับ CD4 cell ที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรเหล่านี้ได้ เช่น ปริมาณ เชื้อไวรัส (Viral load) ของแต่ละคน ชีวิตประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพ การอดนอน เทียบกลางคืนอยู่ในที่ แออัด การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การติดยาเสพติด ภาวะเครียด

4. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การสร้างให้ ผู้ป่วยมีการรับรู้สามารถ มีผลต่อพฤติกรรมออก กายสามารถนำไปจัดเป็นโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพด้านการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะไม่มีอาการได้ แต่มีข้อจำกัดการใช้ตัวแบบ (Modeling) เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ ยังกลัวกับการเปิดเผยตนเอง

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและ ทำวิจัยแบบ Randomized Control trial กับกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะไม่มีอาการ ไม่ได้ ออกกำลังกาย เพื่อยืนยันผลการศึกษาค้างนี้
2. ควรมีการติดตามระดับ CD4 หลังจาก ออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางนาน 6 เดือนเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bandura, J. "The exercise of control." In A. Self- efficacy. New York : W.H. Freeman and Company, 1997.
2. UNAIDS. "AIDS epidemic update December 2007." [online] available to : http://www.unaids.org/en/HIV_data/epi, 2007.
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 มกราคม 2553 นนทบุรี : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2553.
4. เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม. "การดำเนินโรคโดย ธรรมชาติของการติดเชื้อเอชไอวี." ในการ ประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เอดส์: การวิจัยทางคลินิก, หน้า 10-21. เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2541.
5. ประพันธ์ ภาณุภาค. "ระบาดวิทยาพยากรณ์ และธรรมชาติการดำเนินโรคของโรคเอดส์" ในคู่มือเพื่อการเพิ่มศักยภาพพยาบาลใน

- การจัดการคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาล ศูนย์วิจัยโรคเอดส์. นิตยา ภาณุภาค, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สภาอากาศไทย, 2548
6. สิริ เขียวชาญวิทยุ บรรณาธิการ. *Color Atlas of HIV Infection*, หน้า 1-23. กรุงเทพฯ : พีบีฟอเรนส์บุ๊คส์ เซ็นเตอร์, 2540.
 7. วัชรวิทย์ วัชรวิทย์. "การส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย สำหรับผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์" ใน, *การประมวลองค์ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ของโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข*, หน้า 89-113. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2543. สถาบันบำราศนราดูร. เวชสถิติ, 2551.
 8. สุชาติ ดงแก้ว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์และพัชรีย์ ไชยลังกา. "ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา." *สงขลานครินทร์ เวชสาร*. 25 (ก.ค.ส.ค. 2550) : 284-294.
 9. Dudgeon, D.W., Phillips, K., Bopp, C., and Hand, G., "Review Physiological and Psycholocal Effects of Exercise Interventions in HIV Disease." *AIDS Patient Care and SIDs*. 18 (Number 2004) : 81-95.
 10. American College of Sports Medicine position stand. "The recommended quantity andquality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness flexibility in healthy adults." *MED Sci Sports Exerc*. 30 (1998) : 975-991.
 11. MacArthur, R.D., Levine, S.D., and Birk, T.J. "Cardiopulmonary,immunologic and psychologic responses to exercise training in individuals seropositive for HIV." *Int Conf AIDS,jul*. (1992) : 19-24.
 12. Terry, L., Sprinz E., and Riberio, J.P. "Modurate and high intensity exercise training in HIV-1 seropositive individuals: A randomized trial." *Int J Sports Med*. 20 (1999) : 142-146.
 13. Nixon, S. O' Brien, K. Glazier R. H., Tynan, A M. "Aerobic exercise intervention for adults living with HIV/AIDS." In *The Cochrane Library*, Issue 4. Chiechester, UK: John Wiley&Sons, Ltd, 2003.
 14. มาเรียม นิมนวล. "ผลของการออกกำลังกายระดับปานกลางต่อการเปลี่ยนแปลงระดับลิพิดที่มีชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีใน ระยะไม่มีอาการ." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาเวชศาสตร์การกีฬา คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
 15. สมชาย ลีทองอิน. *คู่มือการก้าวเดินเพื่อสุขภาพภายใต้โครงการ ก้าวเดินประเทศไทย*

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง
ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับ CD₄ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ

999. นนทบุรี : กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549
16. จันทนา วังคะอ้อม. "ผลของโปรแกรม
ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์
ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรม
การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ
ตำบลท่าทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี."
วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุข
ศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

The effect of clinical practice guideline for post operative pain management on patients receiving general anesthesia in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute.

Manussanun Sirisakulveroj, Bh.D.¹, Khemaradee Masingboon, D.S.N.²

1 Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

2 School of Nursing Burapa. University

Abstract

Post operative pain is the most common problem in surgical patients. Pain is intense in the first 24 hours post operative. Good pain management will reduce the complications and hospital stay. This descriptive study is to study the satisfactory of pain management practices among patients and health professionals in Bamrasnaradura Infectious Institute. Total 36 patients who were undergone major surgery, 6 anesthetist nurses, and 23 registered nurses were enrolled in the study.

Results; 68.6% of the patients had pain score 5-7. After 24 hours, pain score were reduced to 3-4. About 88.6% of patients were satisfied with pain management protocol. There are 8 steps in the protocol. 5 steps out of 8 steps were 62.5% in frequency of practice by anesthetist nurse. Post operative consultation for pain management needed only 33.3%.

Most of the anesthetist nurses and registered nurses understand the pain management protocol and satisfy to practice with the protocol.

Conclusion, patients and health professionals satisfy with the recent pain management protocol of Bamrasnaradura Infectious Institute. The update and improve of the protocol will help to maintain the standard practice of pain management.

Key words : clinical practice guideline, post operative pain management, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ "การระงับปวดหลังผ่าตัด" ต่อการบรรเทาความเจ็บปวด ในผู้ป่วยที่ได้รับ ยาาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในสถาบันบำราศนราดูร

มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์¹ วทบ., ดร.เชมารตี มาสิงบุญ² ประด.

1 สถาบันบำราศนราดูร

2 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักมีอาการปวดแผลผ่าตัดซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทำให้ไม่สบาย การเคลื่อนไหวน้อยลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร และระบบไหลเวียนโลหิตทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า ต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น งานวิจัยนี้ได้นำข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ "การระงับปวดหลังผ่าตัด" (แนวทางเวชปฏิบัติฯ) ขึ้นเมื่อปี 2549 เพื่อบรรเทาอาการปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยเน้นการให้ข้อมูลผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยตนเองและให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ในห้องพักฟื้นและ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ต่อการบรรเทาปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นและใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัด จำนวน 35 ราย และเพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ตลอดจนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลจำนวน 6 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 23 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและแต่ละหน่วยงานให้มากยิ่งขึ้นต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 68.6 มีคะแนนความปวดที่สูงที่สุดอยู่ในช่วง 5-7 ขณะอยู่ห้องพักฟื้นจำนวนครั้งในการประเมินความปวดในห้องพักฟื้นเฉลี่ย 7.71 ครั้ง และได้รับยาบรรเทาปวดเฉลี่ย 2.57 ครั้ง จนมีคะแนนความปวด < 5 ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย และที่เวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดพบผู้ป่วยร้อยละ 74.2 มีคะแนนความปวดที่ 3-4 จำนวนครั้งในการประเมินความปวดที่หอผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงเฉลี่ย 10.91 ครั้ง ได้รับยาบรรเทาปวดเฉลี่ย 1.29 ครั้ง ภาพรวมความพึงพอใจมากที่สุด

ในระยะก่อนผ่าตัดร้อยละ 60.0 ระยะพักฟื้นร้อยละ 88.6 ส่วนในระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยร้อยละ 74.3

แนวทางเวชปฏิบัติที่วิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทุกครั้งและทุกคนมี 5 ข้อใน 8 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือเรื่องการรายงานวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์เจ้าของไข้ นอกเวลาราชการ ปฏิบัติได้ทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกข้อคำถาม (เฉลี่ย 4.75, SD = .444, range = 4-5)

ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยร้อยละ 30 สามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติได้ทุกข้อ ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เกือบทุกข้อ และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในระดับปานกลางถึงมากที่สุดในทุกข้อคำถาม (เฉลี่ย 4.40, SD = .716, range = 3-5)

สรุป แนวทางเวชปฏิบัติ ที่ใช้ในสถาบันบำราศนราดูรนี้เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริง ผู้ปฏิบัติตลอดจนผู้ป่วยที่มารับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในส่วนที่เป็นแนวทางเวชปฏิบัติ ที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกครั้งนั้น จะได้นำไปทบทวนและพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจที่ตรงกัน มีความชัดเจนมากขึ้น และสามารถปฏิบัติได้มากยิ่งขึ้น.

คำสำคัญ : แนวทางเวชปฏิบัติ, การระงับปวดหลังผ่าตัด, สถาบันบำราศนราดูร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดแผลผ่าตัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทำให้ไม่สบาย การเคลื่อนไหวน้อยลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของปอด เกิดภาวะปอดแฟบ การติดเชื้อในปอด ระบบทางเดินอาหารทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลงเกิดอาการท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ส่วนระบบไหลเวียนโลหิตทำให้เกิดการคั่งของเลือด เลือดดำส่วนลึกบริเวณขา ก่อให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดหัวใจ ปอด และสมองได้ จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า ต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดหลังฟื้นจากยาระงับความรู้สึกเป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริการวิสัญญี ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่มักไม่สบายเนื่องจากความปวดแผลหลังการผ่าตัด พบว่าร้อยละ 90 มีอาการปวดแผลในระดับรุนแรงมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากนั้นความปวดจะลดลงใน 48-72 ชั่วโมงหลัง^{1,2} และจากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง^{3,4,5} ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ชาวอเมริกันจำนวน 250 รายที่ได้รับการผ่าตัด โดยถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดหลังผ่าตัด พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการปวดหลังผ่าตัด ซึ่งในกลุ่มนี้ร้อยละ 86 รู้สึกปวดระดับปานกลางจนถึงปวดมากหรือมากที่สุด และอยาก

ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ปรับปรุงการดูแล และป้องกันการเกิดประสบการณ์อาการปวดหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยด้วย⁶

จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 3,163 ราย จาก 36 โรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ โดยการใช้แบบสอบถามพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้รับการบรรเทาอาการเจ็บปวดที่เพียงพอ คือ ร้อยละ 87 มีความเจ็บปวดระดับกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 42 เจ็บจนต้องร้องขอยาบรรเทาปวด และรู้สึกว่าได้ยาบรรเทาปวดช้า ร้อยละ 33 ยังคงมีความเจ็บปวดตลอดเวลา และร้อยละ 17 มีความเจ็บปวดมากกว่าที่คาดไว้ 5 ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการผ่าตัดจำนวนมากพบว่ามีประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัดที่เพียงพอด้วยเหตุนี้วงการสาธารณสุขโดยเฉพาะศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์จึงเห็นความสำคัญของการรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัด ภาควิชาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้เสนอให้ใช้การวัดระดับความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (The fifth vital signs) ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและได้รับการบันทึกเช่นเดียวกับความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิกาย และอัตราการหายใจ^{5,7} ซึ่งปัจจุบันในบางหน่วยงานของโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทยเริ่มถือระดับความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าที่ต้องมีการบันทึกในเวชระเบียนแล้ว⁵ จากการใช้แบบประเมินคุณภาพการจัดการกับความปวดของ American Pain Society's Patient ที่ได้ประเมินในผู้ป่วยชาวอเมริกันหลังผ่าตัดพบว่าถึงแม้จะมีการให้การรักษาอาการปวดตามความเหมาะสม

ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดแล้ว แต่เมื่อมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับการจัดการกับความปวดไม่เพียงพอการบรรเทาปวดหลังผ่าตัดที่ไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและทางด้านจิตใจตามมา ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systemic review) พบว่าอาการปวดเหล่านี้จะพัฒนาไปเป็นอาการปวดเรื้อรังได้⁸ ด้วยเหตุผลดังกล่าว แล้ววิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพซึ่งต้องดูแลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงควรมีการให้การพยาบาลที่เหมาะสมและให้ยาบรรเทาปวดที่เพียงพอเพื่อลดความปวดของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น

งานวิสัญญีนอกจากจะมีหน้าที่ให้บริการรับความรู้สึกในห้องผ่าตัดให้ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัยแล้วยังครอบคลุมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในห้องพักฟื้น รวมถึงการติดตามอาการที่หอผู้ป่วยในระยะแรกหลังผ่าตัด ดังนั้นงานวิสัญญีสถาบันบำราศนราดูร จึงได้ตระหนักถึงปัญหาความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเริ่มถือระดับความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ดังนั้นในปี 2549 จึงได้พัฒนาคุณภาพการบริการ โดยเริ่มกำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการประเมินและการบำบัดความปวดหลังผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากนั้นจึงได้ขยายกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดโดยได้รับยาระดับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยจัดทำแนวปฏิบัติการให้ยาระดับปวดในห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยขึ้น เรียกว่าแนวทางเวชปฏิบัติ "การระงับปวดหลังผ่าตัด" (หรือ

แนวทางเวชปฏิบัติ) ซึ่งจัดทำขึ้นโดยวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลที่เกี่ยวข้อง (โดยอ้างอิงและดัดแปลงมาจากแนวปฏิบัติของภาควิชาวิสัญญี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) จากนั้นได้ประชุมบุคลากรวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ สูติแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจกับแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น และประสานงานกับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลในการประเมินอาการปวดแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดด้วยตนเองโดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) และให้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยมีระดับความปวด ≥ 5 และบันทึกลงในแบบประเมินระดับความเจ็บปวดในห้องพักฟื้นโดยวิสัญญีพยาบาล และแบบประเมินระดับความเจ็บปวดในหอผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย กำหนดให้ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทุกราย ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ในปีงบประมาณ 2552 สถาบันบำราศนราดูร มีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งสิ้นจำนวน 1,143 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจำนวน 814 ราย พบผู้ป่วยมีระดับความปวดที่ต้องได้รับยาบรรเทาปวดในห้องพักฟื้นจำนวนทั้งสิ้น 472 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.99 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งนับเป็นจำนวนค่อนข้างสูง และจากการประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในเบื้องต้นพบว่า มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ซึ่งแม้ว่าจะได้รับยาบรรเทาปวดจนครบตามแนวปฏิบัติในห้องพักฟื้น

แล้ว แต่เมื่อย้ายผู้ป่วยกลับถึงหอผู้ป่วยและมีการประเมินระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยยังคงให้ข้อมูลว่ารู้สึกปวดแผลผ่าตัดมากและต้องการได้รับยาบรรเทาปวดอยู่ และยังขาดการประเมินแนวทางเวชปฏิบัติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สถาบันบาราศนราศูร จังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้เพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด นอกจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดที่พบบ่อย เช่น ปัญหาการหายใจ ภาวะเลือดออกแล้ว อาการปวดหลังผ่าตัดก็เป็นปัญหาสำคัญที่พบในห้องพักรักษาตัว และในหอผู้ป่วย แม้ว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการระงับปวดแผลหลังผ่าตัดมีการพัฒนาไปจากเดิมมาก แต่การบำบัดความปวดยังไม่เป็นที่น่าพอใจผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังต้องทนทุกข์กับความปวดแผลอยู่เสมอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาตัวและใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในเรื่องการให้ข้อมูลการประเมินความเจ็บปวดก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาตัว และใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยสถาบันบาราศนราศูร
3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ต่อการบรรเทาปวดในผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง

หลังผ่าตัด ณ.สถาบันบาราศนราศูร จังหวัดนนทบุรี

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในห้องพักรักษาตัว และหอผู้ป่วย สถาบันบาราศนราศูร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ต่อการบรรเทาปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาตัวและใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดในห้องพักรักษาตัว และหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัด จำนวน 35 รายที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในสถาบันบาราศนราศูร ในเดือนตุลาคม พ.ศ.2552 และศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ตลอดจนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลจำนวน 6 ราย (ทั้งหมด) และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 23 ราย และการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบาราศนราศูรในเรื่องการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

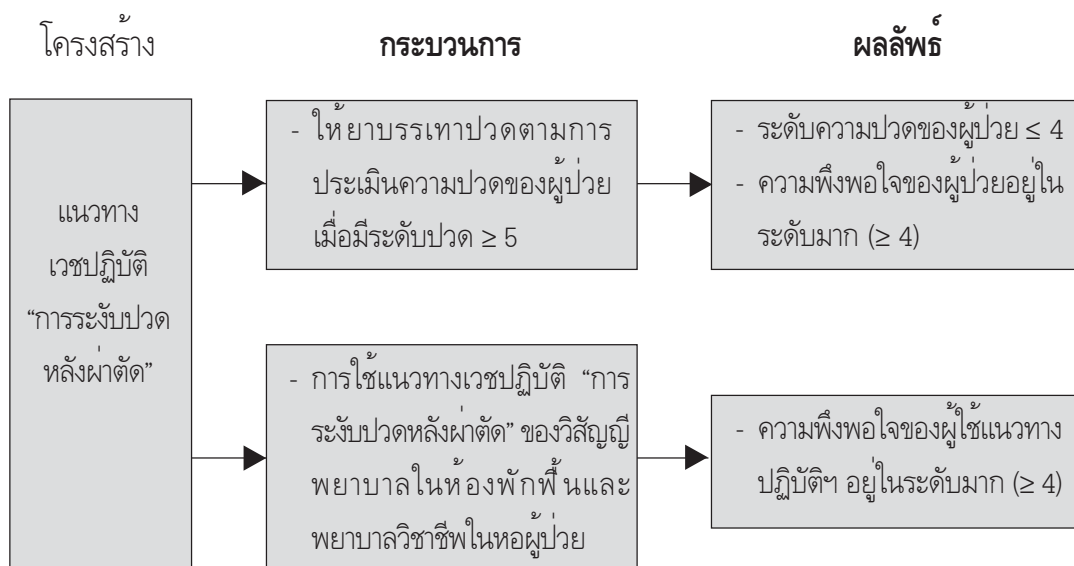
การศึกษาค้นคว้าของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติครั้งนี้ผู้ศึกษาได้บูรณาการทฤษฎี-แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ (Quality framework) ของโดนาบีเดียน (Donabedian's Structure-process-outcome) ที่พูดถึงคุณภาพใน 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง

ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์⁹ ดังนี้

1. โครงสร้าง (structure) หมายถึง คุณลักษณะต่างๆ ของแพทย์และโรงพยาบาล ซึ่งเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ
2. กระบวนการ (process) ได้แก่วิธีประกอบต่างๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ กับผู้ป่วยหรือลูกค้า
3. ข้อมูลทางผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง สภาวะของสุขภาพของผู้ใช้บริการ

ซึ่งการศึกษาค้างนี้ จะศึกษาเฉพาะ ด้าน

กระบวนการ คือ การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม พิเศษศัลยกรรม ตึกหลังคลอด และ ผลลัพธ์ คือ ผลของการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ต่อการบรรเทาปวดของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด ความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการได้รับการจัดการความปวด และความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย ผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ดังแผนภูมิต่างนี้



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม (วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วย) เพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงการตอบ

แบบสอบถาม ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแต่ละชุดตามกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่ม

วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพให้ตอบแบบ
สอบถามด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มผู้ป่วยผู้ศึกษาเป็น
ผู้สัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ไม่เป็นผู้ให้การพยาบาลแก่
ผู้ป่วยดังกล่าว และขอรองให้ผู้ตอบตามความรู้สึก
จริงไม่ต้องเกรงใจ เพื่อจะได้นำผลที่ได้ไปพัฒนา
เพื่อให้การบริการที่ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

3. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์
และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
สถิติหาค่าจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
ในด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่
ร้อยละ 91.4 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 8.6 เป็น
เพศชาย มีอายุเฉลี่ย 36.2 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพ
สมรสร้อยละ 77.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.3

จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 40.0 อาชีพ
รับจ้างหรือพนักงานของรัฐร้อยละ 51.4 มีประวัติ
เคยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดมา
ก่อนร้อยละ 51.4 โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 55.6
ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด

การจำแนกผู้ป่วยพบว่ร้อยละ 74.3 อยู่ใน
ASA Physical status II เป็นผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน
(Emergency case) ร้อยละ 62.9 มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย
68.34 กิโลกรัม มีระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 54.6
นาที และส่วนใหญ่ร้อยละ 54.3 เป็นผู้ป่วยมาทำ
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และร้อยละ 74.3 เป็น
การผ่าตัดในช่องท้องส่วนล่าง ส่วนผลของคะแนน
ความปวดต่ำสุดและสูงสุดในห้องพักฟื้น ที่หอ
ผู้ป่วย คะแนนความปวดก่อนส่งจากห้องพักฟื้น
และคะแนนความปวดที่เวลา 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วย
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนความปวดต่ำสุด สูงสุดของผู้ป่วย ทั้งในห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย, ค่าคะแนน
ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (n=35)

คะแนนความปวด	ห้องพักฟื้น คะแนน (ร้อยละ)	หอผู้ป่วย คะแนน (ร้อยละ)
ต่ำสุด	1-2 (14.2)	1-2 (80)
	3-4 (42.9)	3-4 (20)
สูงสุด	≤ 4 (14.3)	≤ 4 (37.1)
	5-7 (68.6)	5-7 (57.1)
	8-10 (17.1)	8-10 (5.8)
ก่อนออกจากห้องพักฟื้น	≤ 4 (100)	-
24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	-	≤ 2 (22.9)
	-	3-4 (74.2)
	-	5-6 (2.9)

จากตารางพบว่าในห้องพักฟื้นผู้ป่วยมักมีระดับความเจ็บปวดสูงกว่าที่หอผู้ป่วย ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับ^{1,2} ที่พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่มีอาการปวดแผลในระดับรุนแรงมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากนั้นความเจ็บปวดจะลดลง ใน 48-72 ชั่วโมงหลัง และจากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง^{3,4,5}

ส่วนการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลจัดการความเจ็บปวดก่อนให้ยา ระบุความรู้สึกพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดทำให้เข้าใจและสามารถประเมินคะแนนความปวดได้ ร้อยละ 74.3 รองลงมาคือเรื่องที่วิสัญญีพยาบาลสามารถตอบข้อซักถามได้เป็นที่พึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนความพึงพอใจในห้องพักฟื้นนั้นผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละสูงที่สุดในเรื่องวิสัญญีพยาบาล ได้ให้ยา

บรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างทันที่ทั้งที่และคามพึงพอใจ จากการได้รับการดูแลแก้ไขเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาบรรเทาปวด เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 54.2 สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลจัดการความเจ็บปวด ที่หอผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดคิด เป็นร้อยละสูงที่สุดคือ ร้อยละ 71.4 ในเรื่องการได้ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยตนเอง รองลงมา ร้อยละ 65.7 ในการได้รับความสนใจจากพยาบาลวิชาชีพโดยการซักถามและประเมินระดับความปวดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

อย่างไรก็ตามพบว่าภาพรวมของความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ พึงพอใจมากที่สุดขณะอยู่ในห้องพักฟื้นสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 88.6 รองลงมาคือความพึงพอใจมากที่สุดขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย ร้อยละ 74.3 และพึงพอใจมากที่สุดระยะก่อนผ่าตัดร้อยละ 60 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของระดับความพึงพอใจมากที่สุด (5) ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละของระดับความพึงพอใจมากที่สุด (5)	ภาพรวมระดับความพึงพอใจ $\bar{X}$, SD, range
พยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย	52.2	4.35, SD = .775, range = 3-5
วิสัญญีพยาบาล	83.3	4.83, SD = .408, range = 4-5
ผู้ป่วย ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก	60	4.60, SD = .497, range = 4-5
ผู้ป่วย หลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น	88.6	4.86, SD = .356, range = 4-5
ผู้ป่วย หลังได้รับยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย	74.3	4.74, SD = .443, range = 4-5

2. ผลการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
โดยวิสัญญีพยาบาลพบว่า วิสัญญีพยาบาลเป็น
เพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 42.83 ปี ส่วนใหญ่
ร้อยละ 83.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มี
ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 13.33 ปี วิสัญญี
พยาบาลร้อยละ 100 ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ
ทุกครั้งในเรื่อง

2.1 การให้ข้อมูลการจัดการความ
เจ็บปวดในระยะก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการประเมิน
ระดับความปวดและวิธีการบรรเทาปวดหลังผ่าตัด

2.2 การประเมินระดับความปวดทุก 5
นาที่ โดยวิธีให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวด
เป็นตัวเลข (NRS)

2.3 การย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น
เมื่อประเมินระดับความปวด 4 และประเมิน PACU
score 9 ตาม PACU Discharge Guideline

2.4 การส่งต่อข้อมูลการให้ยาบรรเทา
ปวด ระดับความปวด และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้
รับในห้องพักฟื้นกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยเพื่อใช้ใน
การวางแผนการพยาบาล การประเมินและการให้ยา
บรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ส่วนแนวทางเวชปฏิบัติ ในเรื่องการนับ
อัตราการหายใจรวมกับการวัดระดับความรู้สึกตัวของ
ผู้ป่วยทุกครั้งที่จะประเมิน ระดับความปวดนั้นวิสัญญี
พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 ปฏิบัติทุกครั้ง และ
ร้อยละ 16.7 ทำเป็นบางครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยร้อง
เจ็บปวดมากจึงรีบเตรียมและให้ยาบรรเทาปวดแก่
ผู้ป่วยก่อน เพราะผู้ป่วยที่ปวดมากๆ แสดงว่ายา
บรรเทาปวดไม่เพียงพอที่จะกดอัตราการหายใจของ
ผู้ป่วย ในขณะที่การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ

ในเรื่องการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด
โดยวิธีการทำอนที่ที่เหมาะสมและสอนวิธีการ
หายใจเพื่อผ่อนคลายนั้น วิสัญญีพยาบาลร้อยละ 66.7
ปฏิบัติทุกครั้ง และร้อยละ 33.3 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
สำหรับการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ในเรื่อง
การรายงานวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์เจ้าของไข้กรณี
ที่ผู้ป่วยมีระดับความปวด ≥ 5 หลังได้รับยาครบ
ตามแนวทางเวชปฏิบัติ แล้วมีวิสัญญีพยาบาล
ร้อยละ 33.3 เท่านั้นที่ปฏิบัติทุกครั้ง และร้อยละ 66.7
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

สำหรับการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของ
วิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายเวชปฏิบัติ พบว่า
มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดในทุกข้อ
คำถามดังนี้

1. เป็นประโยชน์ ต่อการตัดสินใจให้
ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.48$, $SD = .408$,
 $range = 4-5$)

2. การช่วยลดระดับความปวดให้ผู้ป่วย
ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ($\bar{X} = 4.48$, $SD = .408$,
 $range = 4-5$)

3. ไม่เป็นการเพิ่มขั้นตอนการทำงาน
ทำให้ยุ่งยาก และเสียเวลามากขึ้น ($\bar{X} = 4.50$,
 $SD = .548$, $range = 4-5$)

4. ภาพรวมระดับความพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายเวชปฏิบัติ
($\bar{X} = 4.83$, $SD = .408$, $range = 4-5$)

3. ผลการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
โดยพยาบาลวิชาชีพพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.3 เพศชายร้อยละ 8.7
มีอายุเฉลี่ย 40.04 ปี ร้อยละ 87.0 จบการศึกษา

ระดับปริญญาตรี และร้อยละ 13.0 จบการศึกษา
ระดับปริญญาโท มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย
9.78 ปี

4. พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนว
ทางเวชปฏิบัติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ของพยาบาลวิชาชีพ (n=23)

แนวทางเวชปฏิบัติ "การระงับปวดหลังผ่าตัด"	ทุกครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เคยทำ จำนวน(ร้อยละ)
1. การให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดในระยะก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับการประเมินระดับความปวดและวิธีการ บรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด	21(91.3)	2(8.7)	-
2. การประเมินระดับความปวดแก่ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วตัว	22(95.7)	-	1(4.3)
3. การประเมินในการนี้ที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดจาก ห้องพักฟื้นก่อนส่งกลับตึก เริ่มประเมินระดับความปวด เมื่อผู้ป่วยมาถึงตึกแล้ว 2 ชั่วโมง	19(82.7)	3(13.0)	1(4.3)
4. การประเมินในการนี้ที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวดจาก ห้องพักฟื้น เมื่อผู้ป่วยถึงตึก และจัดท่านอนให้ผู้ป่วย เรียบร้อยแล้ว 15 นาที จึงเริ่มประเมินระดับความปวด	18(78.3)	4(17.4)	1(4.3)
5. การนับอัตราการหายใจรวมกับวัดระดับความรู้สึกตัว ของผู้ป่วยทุกครั้งประเมินระดับความปวด	18(78.3)	5(21.7)	-
6. การฉีดยาบรรเทาปวดให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของ แพทย์ทันที เมื่อผลการประเมินระดับความปวด (NRS) $\geq$ 5	20(87)	3(13.0)	-
7. การประเมินระดับความปวดและนับอัตราการหายใจ ร่วมกับวัดระดับความรู้สึกตัวภายใน 5-10 นาที หลังฉีดยาบรรเทาปวดให้ผู้ป่วยทาง IV	21(91.3)	2(8.7)	-
8. การประเมินระดับความปวดและนับอัตราการหายใจ ร่วมกับวัดระดับความรู้สึกตัวภายใน 15- 20 นาที หลังฉีดยาบรรเทาปวดให้ผู้ป่วยทาง IM	21(91.3)	2(8.7)	-

ตารางที่ 3 แสดงผลการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ของพยาบาลวิชาชีพ (ต่อ)

แนวทางเวชปฏิบัติ "การระงับปวดหลังผ่าตัด"	ทุกครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เคยทำ จำนวน(ร้อยละ)
9. การรายงานแพทย์เพื่อสั่งการรักษาระงับปวดที่ผู้ป่วยประเมินระดับความปวด (NRS) ≥ 5 หลังจากฉีดยาบรรเทาปวดแล้วและยังไม่ครบเวลาให้ยาบรรเทาปวดครั้งต่อไป	17(73.9)	6(26.1)	-
10. การทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยวิธีการจัดท่านอนที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด	21(91.3)	2(8.7)	-
11. ทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยวิธีการกระตุ้นให้หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกแล้วพ่นลมหายใจออกทางปากช้าๆ เพื่อผ่อนคลายให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด	17(73.9)	6(26.1)	-
12. ทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยวิธีการประคบเย็นบริเวณผ่าตัด นาน 15-20 นาที ทุก 2 ชั่วโมง	13(56.5)	3(13.0)	7(30.4)

5. สำหรับการศึกษาคำพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายแนวทางเวชปฏิบัติฯ ในภาพรวมพบว่ามีความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{X}=4.39$, $SD=.583$, range = 3-5) ดังนี้

5.1 ประโยชน์ต่อการตัดสินใจให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย ($\bar{X}=4.48$, $SD=.665$, range = 3-5)

5.2 การช่วยลดระดับความปวดให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ($\bar{X}=4.39$, $SD=.839$, range = 3-5)

5.3 ไม่เป็นการเพิ่มขั้นตอนการทำงานทำให้ยุ่งยาก และเสียเวลามากขึ้น ($\bar{X}=4.39$, $SD=.583$, range = 3-5)

5.4 ภาพรวมระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายแนวทางเวชปฏิบัติฯ ($\bar{X} = 4.35$, $SD = .775$, range = 3-5)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาดังกล่าวนำมาอภิปรายผลแยกเป็น 3 ส่วน คือผู้ป่วยที่มารับบริการ วิทยาลัยพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ ได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ

จากข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

แม้ว่าเมื่อให้ผู้ป่วยประเมินว่ายังรู้สึกปวดแผล ผ่าตัดอยู่ก็ตาม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้การพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติ นั้น แม้จะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยทุกรายหายปวดโดยสิ้นเชิงก็ตาม แต่การที่ทั้งวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมีการเข้าไปพูดคุยซักถามอาการปวดของผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดตามแนวทางเวชปฏิบัติ (หรือมากกว่านั้นในผู้ป่วยบางราย) น่าจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี เกิดความรู้สึกไว้วางใจและมั่นใจได้ว่าตนเองมิได้ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับความเจ็บปวดเพียงลำพัง แต่ทั้งวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือในการลดและบรรเทาอาการปวดให้ตนเอง โดยมีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง แม้จะมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้นไป ยังหอผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้การพยาบาลเพื่อระงับและบรรเทาปวดนั้นสะดุดลงด้วยเหตุผลดังกล่าวแล้วจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติ

2. วิสัญญีพยาบาลกับแนวทางเวชปฏิบัติ

ผลการศึกษาที่ได้ แสดงให้เห็นว่าวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายแนวทางเวชปฏิบัติ และสามารถนำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการตัดสินใจให้การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากวิสัญญีพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ดังกล่าว โดยการนำปัญหาในการปฏิบัติงานมารวมกันคิดและกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้สามารถปรับใช้กับการปฏิบัติงานได้จริง เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเพื่อลดและบรรเทา

ความปวดให้ผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้มีส่วนร่วมในการจัดการทำแนวทางเวชปฏิบัติ จึงสามารถใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ดังกล่าวในการปฏิบัติงานได้ทุกครั้งตามหลักการของการจัดทำแนวปฏิบัติโดยทั่วไปของ AGREE¹² ส่วนการให้เหตุผลความไม่แน่ใจถึงวิธีปฏิบัติในและนอกเวลาราชการ น่าจะเกิดจากความไม่ชัดเจนของรายละเอียดในข้อปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งหากมีการทบทวนข้อตกลงและระบุในแนวทางเวชปฏิบัติ ให้ชัดเจนแล้วจะทำให้ผู้ปฏิบัติทุกคนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ได้ทุกครั้ง

3. พยาบาลวิชาชีพกับแนวทางเวชปฏิบัติ

ผลการศึกษาที่ได้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายแนวทางเวชปฏิบัติ เนื่องจากเห็นว่ามีประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยโดยไม่เป็นการเพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ อย่างไรก็ตามพบว่าข้อปฏิบัติบางข้อซึ่งพยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกครั้ง ข้อแรกได้แก่การที่มีพยาบาลวิชาชีพประเมินระดับความปวดเมื่อผู้ป่วยถึงตึกแล้วประมาณ 4-6 ชั่วโมงไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาปวดมาจากห้องพักฟื้นหรือไม่ก็ตาม ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ เนื่องจากเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคลากรใหม่จึงอาจไม่เข้าใจขั้นตอนตามแนวทางเวชปฏิบัติ ดีพอ

ส่วนแนวทางเวชปฏิบัติ ข้ออื่นที่ไม่ได้ปฏิบัติทุกครั้ง คือ การรายงานแพทย์เพื่อสั่งการรักษากรณีที่ผู้ป่วยประเมินระดับความปวด (NRS) ≥ 5 หลังจากฉีดยาบรรเทาปวดแล้ว และยังไม่ครบเวลาให้ยาบรรเทาปวดครั้งต่อไป การที่ไม่สามารถ

ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ได้ทุกครั้งนั้นน่าจะ
เกิดจากความไม่ชัดเจนของข้อความในแนวทาง
เวชปฏิบัติ ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความลังเล ไม่มั่นใจ
ว่าควรรายงานแพทย์ในกรณีใดบ้าง นอกเวลาราชการ
จะมีวิธีปฏิบัติเหมือนหรือต่างกับในเวลาราชการอย่างไร
เหล่านี้คือ ข้อคำถามของผู้ปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงาน
ตัดสินใจต่างกันและไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทาง
เวชปฏิบัติ ได้ทุกครั้งและทุกคน

ส่วนการทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ
บรรเทาอาการปวด โดยวิธีการกระตุ้นให้หายใจเข้า
ลึกๆ ทางจมูกแล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ
เพื่อผ่อนคลายให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งอาจต้อง
มีการศึกษาข้อมูลให้ละเอียดต่อไปว่าการที่ไม่ได้
ให้การพยาบาลในกิจกรรมดังกล่าวนั้น มีสาเหตุมา
จากปัจจัยด้านพยาบาลหรือผู้ป่วย เช่น การที่พยาบาล
มีภาระงานมาก มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดในเวรนั้นๆ หลาย
ราย จึงไม่สามารถให้การพยาบาลข้อนี้แก่ผู้ป่วยได้
เนื่องจากต้องใช้เวลากับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่ม
มากขึ้น หรือเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วย
ไม่ยอมปฏิบัติตาม ผู้ป่วยหลังได้รับยาบรรเทา
ปวด หรือภาวะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยไม่เอื้อต่อการทำ
กิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว ซึ่งถ้าไม่มีการศึกษา
ข้อมูลให้ได้คำตอบที่ชัดเจนและร่วมกันหาวิธีการ
ปฏิบัติให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงในหอผู้ป่วย
แล้ว พยาบาลวิชาชีพทุกคนจะสามารถปฏิบัติตาม
แนวทางเวชปฏิบัติ ได้ครบถ้วนทุกข้อปฏิบัติ

ปัญหาและอุปสรรค ความยากง่ายในการ
ใช้แนวปฏิบัติ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย
บางท่านมีความเชื่อว่าหากผู้ป่วยได้รับยาบรรเทา
ปวดมากทำให้ไม่ยอมลุกเนื่องจากเวียนศีรษะทำให้

เกิดอาการท้องอืดตามมาถึงฉีดยาให้ผู้ป่วยเพียง 1 ครั้ง
ตลอด 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พยาบาลบางท่านไม่
ยอมรับคำแนะนำความปวดที่ผู้ป่วยบอก โดยให้เหตุผล
ว่าผู้ป่วยบอกคำแนะนำปวดเกินจริงโดยสีหน้าที่แสดง
ออกไม่เจ็บมากและได้พยายามอธิบายให้ผู้ป่วยให้
คำแนะนำความปวดลดลง

จากปัญหาดังกล่าวควรมีการจัดการ
ประชุมวิชาการเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและ
การจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยในบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง
กับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อให้มีทัศนคติและ
ความเชื่อที่ถูกต้อง ควรมีการจัดประชุมและให้ผู้
ปฏิบัติทุกคนได้มีส่วนร่วมในการปรับแก้แนวทาง
เวชปฏิบัติ เพื่อให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสม
ยิ่งขึ้น ส่วนปัญหาที่ว่าผู้ป่วยบางรายให้คะแนน ≥ 5
แต่เมื่อทราบบว่าจะต้องฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อจึงขอไม่รับยา
บรรเทาปวด และขอลดคะแนนปวดลงเนื่องจาก
ไม่ยอมเจ็บตัวเพิ่มขึ้นจากการถูกฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
เรื่องวิธีบริหารยานี้จะได้นำเสนอให้แพทย์เจ้าของไข้
ทราบเพื่อปรับวิธีบริหารยาให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลและการอภิปรายผลในทั้ง 3 กลุ่ม
ตัวอย่างดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ
สำหรับการวิจัยในเรื่องนี้ ดังนี้

1. ควรมีการทบทวนการใช้แนวทางเวช
ปฏิบัติ เป็นระยะๆ ทั้งนี้เพื่อจะได้มีการปรับปรุง
และพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ให้มีความเหมาะสม
กับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนไป เช่น บุคลากรใหม่
ชนิดของการผ่าตัด และยาบรรเทาปวดชนิดใหม่ๆ

ที่มีการนำมาใช้ในสถาบันบำราศนราดูร

2. ควรจัดอบรมเรื่อง การประเมินความปวด และการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ "การระงับปวดหลังผ่าตัด" เป็นระยะๆ ทั้งนี้เพื่อทบทวนความรู้ให้แก่บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง และให้ความรู้แก่บุคลากรใหม่ เพื่อเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. ในการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ แต่ละครั้งควรมีการเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูลและปัญหาต่างๆ ตลอดจนร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับและสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริง

4. มีการนำประสบการณ์และบทเรียนจากการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ มาสู่กระบวนการจัดการความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ไปปรับใช้กับการปฏิบัติพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและวิชาชีพพยาบาลต่อไป

5. ควรมีการศึกษาวิจัยและจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น แนวปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยติดเชื่อ เอช ไอ วี ที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค และแนวปฏิบัติสำหรับกิจกรรมการพยาบาลของหน่วยงานอื่นในสถาบันบำราศนราดูร โดยยึดหลักความปลอดภัย ความสุขสบาย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ

6. ควรจัดทำระบบการชี้แจงแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งบุคลากรใหม่และผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติทุกคน เพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลในการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยทุกคนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

7. นำปัญหาที่พบเกี่ยวกับการรายงานวิสัญญีแพทย์หรือ แพทย์เจ้าของไข้กรณีผู้ป่วยมีระดับความปวด ≥ 5 หลังได้รับยาครบตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ นอกเวลาราชการ ให้วิสัญญีแพทย์ทราบเพื่อร่วมกันปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และปลอดภัยมากยิ่งขึ้นและทำให้ผู้ปฏิบัติทุกคนเกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้ทุกครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร ในการอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน คือ แพทย์หญิงศรัณยา ประสิทธิ์ศิริกุล (วิสัญญีแพทย์) คุณณอมจิตต์ ดวนดวน และคุณพรณี ลิ้มสวัสดิ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาและช่วยปรับแก้แบบสอบถามให้สมบูรณ์ขึ้น ขอขอบพระคุณ ดร.เชมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางการทำวิจัยให้ถูกต้อง ขอขอบคุณนายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ ที่ได้ช่วยแนะนำการเขียนและปรับแก้ Abstract และท้ายนี้ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่ห่อผู้ป่วยพิเศษ คัลยกรรม ห่อผู้ป่วยคัลยกรรม ตึกหลังคลอด และวิสัญญีพยาบาลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์การวิจัยครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

1. พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน. ชุดตำราพื้นฐาน
ความปวด เล่มที่ 1. Pain: ความปวด. กรุงเทพฯ
: ทิมส์, 2547.
2. Avidan, M., Harvey, A. M. R., Ponte, J.,
Wendon, J., & Ginsburg, R. Perioperative
care, anesthesia, pain management
and intensive care: An illustrated colour
text. London: Churchill Livingstone,
2003
3. ภัทรพร เขียวหวาน. แนวปฏิบัติการพยาบาล
ในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดใหญ่: การจัดการทางการพยาบาลสู่
การเรียนรู้. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์, 2548.
4. Ashburn, M. A., and Ready, B.
Postoperative pain In J. D. Loeser (Ed.),
Bonica's management of pain (3rd ed.).
Philladelphia: Lippincott Williams &
Wilkins., 2001; 222-240.
5. สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. ตำราวิสัญญีวิทยา :
การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อคุณภาพและ
ความปลอดภัย. สมุทรสาคร: วินเพรส
โปรดักชั่นเฮาส์ , 2548
6. Jeffery L., et al. Postoperative pain
experience : Results from a National
Survey Suggest Postoperative Pain
Continues to be Undermanaged.
Anesthesia & Analgesia, 97, 2003;
534-540. International Anesthesia
Research Society access date 4/9/2009.
HUwww.cps.chula.ac.th/html_th/
th_index.htmUH access date 12 August
2009
7. Phillips DM. JCAHO Pain
managementstandards are unveiled.
J Am Med Assoc, 2000; 284 : 428-429.
8. Alfild Dihle, et al. Using the American
Pain Society's Patient Outcome
Questionnaire to Evaluate the Quality
of Postoperative Pain Management in
a Sample of Norwegian Patients.
The Journal of Pain, 2006; Vol.7, No.4 :
272-280.
9. จุฬาลักษณ์ บารมี. เอกสารประกอบการ
สอนเรื่อง "แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพและ
คุณภาพการพยาบาล" ชลบุรี : คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2552.
10. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัย
ทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:
บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด, 2550.
11. จุฬาลักษณ์ บารมี. สถิติเพื่อการวิจัยทาง
สุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม
SPSS. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ชลบุรี: ศรีศิลป์
การพิมพ์, 2551.

Understanding of Death in Buddhism and Nursing Ethics of Nurses at the Bamrasnaradura Institute

Sirima Tepsupa¹ MSc., Mukda Sriyong² M.A., Thirachai Hongyantrachai² BSc, M.S.

1 Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

2 Faculty of Education Ramkhamhaeng University

Abstract

As a correlational research investigation, this thesis is concerned with the relationship between the understanding of death in Buddhism and the nursing ethics of selected nurses at the Bamrasnaradura Institute.

The sample population consisted of 132 female Buddhist nurses. The instrument of research was a questionnaire.

The techniques of descriptive statistics used in the analysis, formulation and tabulation of the data collected were frequency, percentage, mean and standard deviation. t test, F test and Pearson's product moment correlation coefficient were techniques also employed.

Findings are as follows:

1. The nurses under investigation had an understanding of death in Buddhism at a high level and had an understanding of nursing ethics at the highest level.

2. Nurses who held administrative positions ward heads or deputy ward heads, and operational-level nurses did not exhibit differences in the understanding of death in Buddhism and nursing ethics at the statistically significant level of .05. When considered in each aspect, it was found that nurses who held administrative positions, ward heads or deputy ward heads had an understanding of nursing ethics in regard to self-performance at a higher level than operational-level nurses at the statistically significant level of .05.

3. An understanding of death in Buddhism was found to be positively correlated with the nursing ethics of nurses at a statistically significant level of .05.

ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนากับจริยธรรม ทางการพยาบาลของพยาบาล สถาบันบวรานุราดรุ

นางสาวศิริมา เทพสุภา*, รองศาสตราจารย์มุกดา ศรีรงค์**, รองศาสตราจารย์รอยไถ้จิรัชย์ หงษ์ยันตรชัย**

* วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

** ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนากับจริยธรรมทางการพยาบาลของพยาบาลสถาบันบวรานุราดรุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลผู้หญิง ที่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 132 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t test, F test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า

1. พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาอยู่ในระดับมาก และมีความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด
2. พยาบาลที่มีตำแหน่งผู้บริหาร หัวหน้าตึก หรือรองหัวหน้า และพยาบาลปฏิบัติการ มีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาและจริยธรรมทางการพยาบาลด้านรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลที่มีตำแหน่งผู้บริหาร หัวหน้าตึก หรือรองหัวหน้า มีความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาลในด้านการปฏิบัติต่อตนเองสูงกว่าพยาบาลปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับจริยธรรมทางการพยาบาลของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทนำ

พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ใกล้ชิดกับความเจ็บปวดและความตาย เพราะวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่ ให้การพยาบาลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยและเตรียมจำหน่าย จนกระทั่งผู้ป่วยได้กลับบ้าน ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคอะไร และโรคนั้นจะมีระดับความเจ็บป่วยรุนแรงเท่าใด ซึ่งพยาบาลให้การดูแลรักษาพยาบาลจนกว่าผู้ป่วยจะได้กลับบ้าน หรือแม้กระทั่งในกรณีที่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต จะเห็นได้ว่าพยาบาลต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงมากกว่าวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร เป็นต้น ทำให้พยาบาลมีความใกล้ชิดกับความตายเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลของสถาบันบำราศนราดูรต้องรับรักษาโรคติดต่อทุกชนิด อย่างเช่นโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่สังคมยังไม่ยอมรับ เป็นตราบาททางสังคม และเป็นโรคที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและความตายในพระพุทธศาสนาของพยาบาลเป็นความรู้ที่จำเป็นซึ่งต้องได้รับการเตรียมให้พร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยใกล้ถึงวาระสุดท้ายในชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปสู่สุคติและตายอย่างสมศักดิ์ศรี อีกทั้งยังช่วยให้ตัวพยาบาลเองมุ่งทำแต่ความดีงามและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และไม่กลัวความตาย ก็จะเกิดการระลึกถึงความตายหรือเจริญมรณสติขึ้น ซึ่งธัญญา วาสิน (2541)¹ กล่าวว่า การเจริญมรณสติจะช่วยให้เกิดความรู้ลึกถึงความ เป็นเพื่อนร่วมสภาวะเดียวกันกับผู้ป่วยหรือมนุษย์คนอื่น ๆ ที่ต้องเผชิญกับความตาย สิ่งเหล่านี้ย่อม

ก่อให้เกิดความเมตตาเอื้ออาทรต่อกันและกันยิ่งขึ้น ดังนั้นความเชื่อและความเข้าใจในความตายนี้เอง ช่วยทำให้พยาบาลสามารถปลอบใจผู้ป่วยและญาติ ช่วยแนะนำวิธีการตัดสินใจแก่ญาติให้ผู้ป่วยได้พบกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

แต่ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ อุปกรณ์เครื่องมือมีความก้าวหน้า ทันสมัย ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ได้นานมากขึ้น จนปริมาณของผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ ภาระงานที่ต้องเผชิญนี้ ทำให้เกิดความเคยชิน เย็นชา ไม่เอื้ออาทร และมุ่งที่จะทำงานเฉพาะหน้ามากกว่าการคำนึงถึงเรื่องจิตใจที่ลึกซึ้งละเอียดอ่อน ทำให้ในบางครั้งพยาบาลอาจจะดูแลไม่ทั่วถึง มีการละเลยไปในบางเรื่อง² เช่น พยาบาลอาจจะมุ่งแต่ให้การรักษาตามคำสั่งของแพทย์ จนลืมทำหน้าที่เป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลตลอดจนเอาใจใส่ เอื้ออาทร แก่ผู้ป่วย เพื่อคืนสู่สภาพของมนุษย์ในภาวะปกติที่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล³

ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายให้กว้างขวางขึ้นเพราะยังเป็นเรื่องที่มีผู้ศึกษาวิจัยน้อย และเพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริม พัฒนาจริยธรรมของพยาบาลให้มีความเข้าใจในวิชาชีพมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในวิชาชีพได้ จึงมีความสนใจศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนากับจริยธรรมทางการพยาบาลของพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวมอย่าง

เหมาะสม และพัฒนาวิชาชีพพยาบาลไทยในส่วนที่ขาดหายไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาของพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร
2. เพื่อศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมของพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนากับจริยธรรมทางการแพทย์ของพยาบาลสถาบันบำราศนราดูรที่มีสถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่งงาน และแผนงานต่างกัน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนากับจริยธรรมทางการแพทย์ของพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลหญิงของสถาบันบำราศนราดูร ที่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 189 คน ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาผู้วิจัยใช้สูตรของตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970, pp. 607-610)⁴ จากประชากรทั้งหมด 189 คน ได้สัดส่วนตามตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan คือ 127 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลหญิงของสถาบันบำราศนราดูร ที่นับถือศาสนาพุทธ จากนั้นนำไปทำการ

สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยแบ่งตามแผนงาน ได้แก่ ผู้ป่วยนอก 54 คน และผู้ป่วยใน 78 คน

เครื่องมือการวิจัย

- (1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
- (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย
- (3) แบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

พยาบาลของสถาบันบำราศนราดูรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จบการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53 และสถานภาพโสด ร้อยละ 36.4 และมีประสบการณ์ในการทำงาน 26 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.9 รองลงมาคือ 16-25 ปี ร้อยละ 29.5 และมีตำแหน่งงานเป็นผู้บริหาร หัวหน้าตึก หรือรองหัวหน้าตึก ร้อยละ 33.3 และพยาบาลปฏิบัติการ ร้อยละ 66.7 แผนกงาน แบ่งเป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 40.9 และผู้ป่วยใน ร้อยละ 59.1

ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนา

พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเข้าใจเรื่องการเกิดดับของชีวิต ($\bar{X} = 4.40$) รองลงมาคือ ความเข้าใจเรื่องกฎแห่งกรรม ($\bar{X} = 4.10$) ความเข้าใจด้านการระลึกถึงความตาย (มรณสติ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด คือ

ความเข้าใจเรื่องนิพพานและชีวิตหลังความตาย ($\bar{X} = 3.80$)

พยาบาลมีความเข้าใจการเกิดดับของชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ คือ ความตายสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ($\bar{X} = 4.80$) ชีวิตและความตายเป็นของคู่กัน ($\bar{X} = 4.66$) ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตล้วนแต่มีที่มา ($\bar{X} = 4.55$) ส่วนข้ออื่นๆ อยู่ในระดับมาก

พยาบาลมีความเข้าใจกฎแห่งกรรมของมนุษย์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุดเพียง 1 ข้อ คือ มนุษย์ทุกคนหนีไม่พ้นกฎแห่งกรรม ($\bar{X} = 4.56$) ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับมาก คือ ข้อกรรม คือ เจตนาที่ผลักดันไปสู่การกระทำทางกาย วาจา ใจ ($\bar{X} = 4.20$) โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านทำบุญตักบาตรเพื่อสะสมบุญกุศลไว้ชาติหน้า ($\bar{X} = 3.92$)

พยาบาลมีความเข้าใจนิพพานและชีวิตหลังความตาย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลางเพียง 1 ข้อ คือ มนุษย์เราเมื่อตายแล้วก็จบสิ้นเพียงแค่นี้ ($\bar{X} = 3.33$) ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับมาก โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ นิพพาน หมายถึง ภาวะที่หลุดพ้นจากกิเลสโดยสิ้นเชิง ไม่เกิดใหม่ ($\bar{X} = 4.37$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มนุษย์เราเมื่อตายแล้ว ก็จบสิ้นเพียงแค่นี้ ($\bar{X} = 3.33$)

พยาบาลมีความเข้าใจการระลึกถึงความตาย (มรณสติ) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลางเพียง 1 ข้อ คือ ความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว ($\bar{X} = 3.29$) ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ชีวิตของคนเราควรเตรียมความพร้อมที่จะตายทุกขณะ และการระลึกถึงความตายทำให้ใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ($\bar{X} = 4.42$) รองลงมา คือ ความตายเป็นเรื่องที่ไกลตัวและมนุษย์เราระลึกถึงความตายเพื่อปล่อยวางในสิ่งยึดมั่นทั้งปวง ($\bar{X} = 4.14$)

ความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมทางการ

พยาบาล

พยาบาลมีความเข้าใจต่อจริยธรรมทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.64$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเข้าใจด้านความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.70$) รองลงมา คือ ความเข้าใจด้านการปฏิบัติต่อตนเอง ($\bar{X} = 4.68$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด คือ ความเข้าใจด้านการปฏิบัติต่อผู้ร่วมงานและวิชาชีพอื่น ($\bar{X} = 4.58$)

พยาบาลมีจรรยาบรรณวิชาชีพของพยาบาลในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.64$) เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ($\bar{X} = 4.79$) และมีความเข้าใจในระดับมากอยู่ 2 ข้อ คือ ปกป้องภัยอันตรายอันจะมีผลเสียต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ($\bar{X} = 4.46$) และละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ ($\bar{X} = 4.42$) ตามลำดับ

พยาบาลมีจรรยาบรรณวิชาชีพของพยาบาลในด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและประเทศชาติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ($\bar{X} = 4.61$) โดย

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มุ่งส่งเสริมความมั่นคงของชาติ ศาสนา และสถาบันกษัตริย์ ($\bar{X} = 4.67$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ อนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมประจำชาติ ($\bar{X} = 4.51$)

พยาบาลมีจรรยาบรรณวิชาชีพของพยาบาลในด้านความรับผิดชอบต่อวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ($\bar{X} = 4.70$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ธารงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรมและศักดิ์ศรีในการประกอบวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.76$) รองลงมาคือ พึงตระหนักและถือปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบต่อหลักการแห่งวิชาชีพการพยาบาล ($\bar{X} = 4.75$) และพัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.69$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สนับสนุนและให้ความร่วมมือในกิจกรรมแห่งวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.61$)

พยาบาลมีจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติต่อผู้ร่วมงานและวิชาชีพอื่นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุดเพียง 1 ข้อ คือ ละเว้นการส่งเสริมหรือปกป้องผู้ประพฤติผิด ($\bar{X} = 4.43$) ส่วนที่เหลือมีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้เกียรติ เคารพในสิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น ($\bar{X} = 4.66$) รองลงมา รักษาความสัมพันธ์อันดีในการปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.61$) และให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.61$) ตามลำดับ

พยาบาลมีจรรยาบรรณวิชาชีพของพยาบาลในการปฏิบัติต่อตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ($\bar{X} = 4.68$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

คือ ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพ โดยถูกต้องตามกฎหมาย ($\bar{X} = 4.73$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เป็นผู้มองโลกในแง่ดี ($\bar{X} = 4.55$)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้แยก อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้คือ

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาของพยาบาลสถาบันบวรศาสนาดูพยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาอยู่ในระดับมาก เนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ใกล้ชิดกับความตายมากที่สุดอาชีพหนึ่งและส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่แล้วจึงอาจทำให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายมากกว่าวิชาชีพอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของทัศน มหาบุภาพ และคณะ (2541)⁵ ที่พบว่าทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ดูแลใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับดีมาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ ทองประทีป และคณะ (2545, หน้า 69)⁶ พบว่า พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายการดูแลแบบองค์รวมคือการดูแลทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลทำหน้าที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการอยู่ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ผู้ที่จะปฏิบัติหน้าที่พยาบาลได้ดีจึงควรเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตและมีความเมตตาและกรุณาเป็นพื้นฐานของจิตใจ

แต่เมื่อพิจารณาดูในแต่ละข้อ ดังเช่นในข้อที่กล่าวว่า ความตายเป็นเรื่องไกลตัว การพูดถึงความตายเป็นสิ่งอัปมงคล บั่นทอนกำลังใจในชีวิต การระลึกถึงความตายไม่มีประโยชน์ ยังอยู่ในเกณฑ์มาก แสดงให้เห็นว่า พยาบาลก็ยังคงมีความรู้ความเข้าใจที่เกิดจากการบอกต่อกันมาอยู่ ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง เนื่องจากพยาบาลมีการศึกษาหรือปฏิบัติธรรมกันน้อย ไม่มีเวลาในการไปวัด หรือปฏิบัติธรรม ซึ่งพยาบาลควรมีการตระหนักเห็นความสำคัญเกี่ยวกับความตาย เพราะเรื่องของความตายเป็นเรื่องสำคัญขั้นสุดท้ายของชีวิตผู้ใดเข้าใจดีก็จะเป็นเครื่องช่วยตัวเองและคนอื่นได้มาก ความไม่เข้าใจหรือผิดพลาดไปเพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดความเสียหายร้ายแรงอย่างยิ่งแก่ชีวิตไปชั่วกาลนานได้⁷ พยาบาลจึงควรมีการจัดอบรมเรื่องการเจริญมรณสติสำหรับพยาบาล หรือมีการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย คือ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่ทรมาน ทุกข์ ทรมาน ส่วนทางด้านจิตใจ มีการเปิดโอกาสให้ญาติ หรือบุคคลอันเป็นที่รัก และเข้าใจผู้ป่วยมาอยู่ด้วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต และอนุญาต สัมผัสอนุพิธีทางศาสนา เช่น พระเทศน์ ตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพบกับวาระสุดท้าย หรือตายอย่างมีความสุขอย่างสงบ และตายอย่างสมศักดิ์ศรี

2. ความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์ของพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร พยาบาลมีความเข้าใจต่อจริยธรรมทางการแพทย์โดยรวมอยู่

ในระดับมากที่สุด เนื่องมาจากวิชาชีพพยาบาลประกอบไปด้วยคุณค่าของความอ่อนโยน (tenderness) ความเมตตา กรุณา (compassion) และการห่วงใยเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ (caring and concern for human being) อันเป็นศิลปะของการพยาบาลที่ช่วยให้พยาบาลเป็นผู้ให้ความอบอุ่นใจแก่เพื่อนมนุษย์ที่อยู่ในภาวะของความเจ็บป่วย (comforter) อีกทั้งยังเป็นวิชาชีพที่มีการปกป้องศักดิ์ศรีและการดำรงรักษาสุขภาพของมนุษย์ เป็นบทบาทที่อยู่บนพื้นฐานของความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความเกื้อกูล รวมทั้งเป็นหัวใจของจริยธรรมและจริยธรรมทางการแพทย์ด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความเข้าใจในจริยธรรมทางการแพทย์เป็นพื้นฐาน ย่อมก่อให้เกิดการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ดีแก่ผู้ป่วย เอาใจใส่ดูแลโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้การพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ทองประทีป และคณะ (2545, หน้า 69)⁶ พบว่า พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายการดูแลแบบองค์รวม คือ การดูแลทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นงาน ที่เกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ คือ การเกิด การเจ็บป่วย การพลัดพราก การสูญเสียและการตาย ผู้ให้บริการจะมีการแสดงออกต่อการเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของชีวิตแตกต่างกัน พยาบาลทำหน้าที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการอยู่ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ผู้ที่จะปฏิบัติหน้าที่พยาบาลได้ดีจึงควรเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในธรรมชาติ

ของชีวิต และมีความเมตตา และกรุณาเป็นพื้นฐานของจิตใจ ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ นันทนัส เลื่องามเอี่ยม (2546)⁸ ที่พบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์เชิงจริยธรรมของวิชาชีพการพยาบาล ด้านความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ด้านความรับผิดชอบต่อผู้ร่วมงาน และความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ อยู่ในระดับสูงมากทุกด้าน

3. เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาของพยาบาลพบว่า พยาบาลที่มีสถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน และแผนงาน มีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายหรือระยะสุดท้าย จึงทำให้เข้าใจความตายไม่ต่างกัน และในปัจจุบันมีสื่อที่นำเสนอเกี่ยวกับเรื่องความตายนั่นมากขึ้น ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบหนังสือ หรือโทรทัศน์ เป็นต้น ทำให้คนในปัจจุบันเข้าถึงความตายเป็นขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ทศนา มหานุภาพ และคณะ⁵ (2541) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุในขณะปฏิบัติงานต่างกัน มีทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายไม่แตกต่างกัน แต่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายมีทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายมาก ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่า พยาบาลยังไม่มี ความเข้าใจในเรื่องของความตายอย่างถูกต้องชัดเจน

4. เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์ของพยาบาล

สถาบันบวราศนราดรุ พบว่า พยาบาลที่มีสถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน และแผนงาน มีความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่า การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ช่วยให้บุคคลแต่ละคนคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และอารมณ์ ให้สามารถช่วยตนเองในการปฏิบัติการกิจประจำวัน และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมไทยอย่างมีความสุขตามสภาวะ โดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะที่มีความเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน พร้อมทั้งจะช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเสียสละ และยังเป็นวิชาชีพที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น จริยธรรมทางการแพทย์ หรือจรรยาบรรณทางการแพทย์จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งในวิชาชีพนี้ จึงได้มีการปลูกฝัง และกำหนดให้หลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับจริยศาสตร์สำหรับนักศึกษาพยาบาล ทำให้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษามีความเข้าใจในจริยธรรมทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ จริญญาศรี มีหนองหัว และคณะ (2543)⁹ ที่ศึกษาการศึกษาวุฒิกรรมเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และนักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญกับพฤติกรรมจริยธรรมในเรื่อง มีมนุษยสัมพันธ์กับผู้มารับบริการเป็นอย่างดี มีความรับผิดชอบต่อจะแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้นอยู่เสมอ และสามารถวินิจฉัยอาการ และให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง แต่ละลักษณะงาน

ที่ต้องทำเป็นประจำ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย
สวัสดิการต่างๆ ไม่พอเพียง และงานที่รับผิดชอบ
มีมาก เป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการปฏิบัติ
ตามบัญญัติจรรยาพยาบาล ส่วนความคิดเห็นด้าน
การเรียนการสอนเกี่ยวกับจริยธรรมและจรรยาบรรณ
วิชาชีพ พบว่า เนื้อหาสาระมีความจำเป็นอย่างมากที่สุด
สามารถนำไปใช้กับการพยาบาลได้ และกิจกรรม
การเรียนการสอนที่จัดไว้เหมาะสมดี

แต่เมื่อพิจารณาตำแหน่งงานเป็นรายด้าน
พบว่า พยาบาลที่มีตำแหน่งผู้บริหาร หัวหน้าตึก
หรือรองหัวหน้า มีความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรม
ทางการพยาบาลในด้านการปฏิบัติต่อตนเองสูงกว่า
พยาบาล อาจเนื่องมาจากพยาบาลที่มีตำแหน่งเป็น
หัวหน้านั้น มีคุณวุฒิ และยวุฒิ หน้าที่รับผิดชอบ
มากกว่าพยาบาลปฏิบัติการ และบทบาทในการเป็น
ผู้บริหาร ทำให้ต้องมองการณ์ไกล ยึดมั่นในคุณธรรม
มีความรับผิดชอบสูง และต้องเป็นแบบอย่างที่ดี
ของลูกน้อง และอาจเป็นเพราะ ในปัจจุบันคนที่
มาเรียนพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนจาก
ความชอบในวิชาชีพ แต่บิดามารดาอยากให้เรียน
จึงทำให้บางครั้งอาจทำงานด้วยความไม่เต็มใจ

5. ความสัมพันธ์ของความเข้าใจเกี่ยวกับ
ความตายในพระพุทธศาสนากับจริยธรรมของ
พยาบาล ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในพระ
พุทธศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับจริยธรรม
ทางการพยาบาลด้านรวม และรายด้านทุกข้อของ
พยาบาลสถาบันบาราศนราดรุ เนื่องมาจากความตาย
เป็นธรรมชาติที่ทุกคนต้องประสบพบเจอในชีวิต
โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลซึ่งนอกจากจะพบในชีวิต
ประจำวันแล้วยังต้องพบกับความตายในการทำงาน

อีกด้วย ซึ่งอาจเป็นผลให้พยาบาลมีความเข้าใจ
เกี่ยวกับความตายมากกว่าวิชาชีพอื่น และยังแสดง
ให้เห็นว่า พยาบาลที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย
สูง ย่อมมีจริยธรรมทางการพยาบาลสูงไปด้วย
ก่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล
แบบองค์รวม (holistic care) ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ
อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการดูแลผู้ป่วย
ให้ได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย คือจัด
สิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่ทึบทึบ ทรมาณทางด้าน
ร่างกายแล้ว ยังคำนึงถึงจิตใจของผู้ป่วยและญาติ คือ
มีการเปิดโอกาสให้ญาติ หรือบุคคลอันเป็นที่รัก
และเข้าใจผู้ป่วยมาอยู่ด้วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต
และทางด้านจิตวิญญาณ คือ การอนุญาตสนับสนุน
ให้ผู้ป่วย และญาติได้ทำพิธีกรรมทางศาสนา เช่น
นิมนต์พระมาเทศน์ ตามความต้องการของผู้ป่วย
หรือนำสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือมาไว้กับผู้ป่วยเป็นต้น
ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย
โรคเอดส์ ดังเช่นการวิจัยของ ชาคริต สุดสายเนตร
(2538)¹⁰ ที่ศึกษา วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคล
เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของ
ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับทราบผลเลือด
และการเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนใหญ่จะคิดถึง
ความตายในแง่ต่าง ๆ เช่น คิดว่าอายุคงไม่ยืนยาว
กลัวจะต้องล้มป่วยและทรมาณก่อนตาย กลัวจะเป็น
ภาระให้ครอบครัวต้องดูแลก่อนตาย ซึ่งสอดคล้อง
กับการวิจัยของ ญัสยา วาสิงหน (2541)¹ ที่พบว่า
ในอีกแง่มุมหนึ่งพระพุทธศาสนาได้ใช้ประโยชน์
จากความตายโดยวิธีที่เรียกว่า มรณสติ เป็นสิ่งที่ช่วย
ให้มนุษย์สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างมีสติ
และสงบ เป็นเครื่องเร่งเร้าให้เกิดคุณธรรมในตน

และส่งผลให้เกิดการประกอบกุศลกรรมนานาประการ เมื่อมีมรณสติและรับรู้ถึงความตายสามารถเกิดขึ้นได้ทุกขณะของชีวิต ก็ช่วยให้เป็นผู้ไม่ประมาทรีบเร่งทำกิจที่พึงทำ ตรงนี้การเจริญมรณสติจึงเป็นจริยธรรม คือ สิ่งที่พึงกระทำ มรณสติสามารถเป็นเหตุให้เกิดกุศลกรรมได้ อื่นหนึ่งเนื่องจากความตายเป็นสภาวะสากลของมนุษย์ การเจริญมรณสติจะช่วยให้มนุษย์เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเพื่อนร่วมสภาวะเดียวกันกับมนุษย์คนอื่น ๆ เมื่อเจริญมรณสติอยู่ก็ย่อมก่อให้เกิดความเมตตา เอื้ออาทรต่อกันและกันยิ่งขึ้น

ดังนั้น พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องประสพกับการเวียนว่าย ตาย เกิด และยังใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ควรมีจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำงาน เมื่อพยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายก็จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีได้เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ สรเมธี วชิรปราการ (2550)⁷ ที่กล่าวว่า บุคคลที่ใกล้จะตายนั้นย่อมมีอารมณ์ แต่อารมณ์จะดีหรือร้ายก็ได้ ถ้าอารมณ์ดีเห็นสิ่งดีก็จะได้ไปสู่สุคติ แต่ถ้าอารมณ์ไม่ดี เห็นสิ่งที่ไม่ดีก็จะไปสู่ทุคติ นอกจากนั้นคนที่ดูแลคนไข้ที่ใกล้จะตาย มักจะประสพกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะใกล้ตาย ซึ่งจะแสดงอาการแตกต่างกันออกไป เช่น กระสับกระส่าย ร้องไห้อววย ดิ้นรน ทูรนทูราย หรือหลับอย่างสงบ เป็นต้น ดังนั้นเราจึงเห็นว่า โดยมากคนที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ตายจึงบอกพระอรหันต์แก่คนไข้ และศาสนาอื่นก็บอกสิ่งที่ดีงามต่างๆ ซึ่งทางสวรรค์ให้แก่คนไข้ เรื่องของความตายเป็นเรื่องสำคัญขึ้นสุดท้ายของชีวิต

ผู้ใดเข้าใจดีก็จะเป็นเครื่องช่วยตัวเองและคนอื่นได้มาก ความไม่เข้าใจหรือผิดพลาดไปเพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดความเสียหายร้ายแรงอย่างยิ่งแก่ชีวิตไปชั่วกาลนานได้ อย่างเช่น ผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตายแล้วพยาบาลก็ปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นไปเช่นนั้น โดยไม่ได้สนใจหรือให้ความดูแลตามที่ผู้ป่วยควรจะได้รับก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทรมานทุกข์ ทรมานก่อนตาย ไม่มีความสุข ทำให้ผู้ป่วยไปสู่ทุคติ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนากับจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร แสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายกับจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลทางบวก และมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับมาก และจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้น พยาบาลจึงควรนำความรู้ ความเข้าใจที่ได้ไปทำโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตายอย่างสงบขึ้นเพื่อเป็นแบบแผน รูปแบบของสถาบันในการให้ความช่วยเหลือ ดูแลพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตายอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี แต่พยาบาลควรเพิ่มเติมจริยธรรม ในด้านการปฏิบัติต่อตนเองโดยเริ่มปลูกฝังตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล ให้มีความเข้าใจการปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล มีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง และวิชาชีพ รักในองค์กร และอบรมปฐมนิเทศพยาบาลที่จบใหม่ให้ตระหนักถึงความสำคัญของจริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้

บรรณานุกรม

1. ญัฐยา วาสิงหน. (2541). ความหมายของความตาย: การตีความตามพุทธปรัชญา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. ลิวลี คิริโล. (2542). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3). มหาสารคาม: สำนักพิมพ์ปริดาการพิมพ์.
3. นิตยา ปรัชญาจุฑา และคณะ. (2536). การพยาบาลเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
4. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
5. ทศนา มหานภาพ และคณะ. (2541). ทศนคติต่อความตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์.
6. ทศนีย์ ทองประทีป และคณะ. (2545). พุทธธรรมเพื่อการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เอกพิมพ์.
7. สรเมธี วชิรปราการ. (2550). ขาดิภพมีจริงชาติหน้าคุณจะได้เกิดเป็นอะไร. นนทบุรี: สัมพันธ์.
8. นันทน์ภัส เลื่องามเอี่ยม. (2546). ภาพลักษณ์เชิงจริยธรรมของวิชาชีพการพยาบาล ศึกษาทัศนะของการพยาบาล และประชาชนผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทยกระทรวงสาธารณสุขในเขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. จริญญา มีหนองหว้า และคณะ. (2543). การศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพลีธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพลีธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก.
10. ซาคริต สุดสายเนตร. (2538). วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

FACTORS RELATING TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG PERSONS WITH AIDS, BUMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE

Phatchara Tunte,¹ Nam_oy Pakdevong,² Ampaporn Namvongprom,² Varin Binhosen²

1 Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

2 School of Nursing Rangsit University

Abstract

This descriptive - correlational study aimed to describe health promoting behaviors, and to investigate the relationship between personal factors, perceived self- efficacy, and social support, and health promoting behaviors among persons with AIDS. Pender's Health promotion model was used as a conceptual framework. A purposive sampling of 210 patients who were treated at out-patient department, Bumrasnaradura Infectious Diseases Institute was recruited for this study. The instruments used for data collection consisted of a Demographic data recording form, a Perceived Self- Efficiency questionnaire, a Social Support questionnaire, and a Health Promoting Behaviors questionnaire. Content validity and internal consistency reliability of the instruments were tested. Descriptive statistics, Chi - Square test, and Spearman-Rho were used in data analyses.

The result revealed that the subjects had a high level of overall health promoting behaviors. Each domain of health promoting behaviors including health responsibility, nutrition, interpersonal relations, spiritual growth, and stress management were also at a high level. Nevertheless, physical activity was at a moderate level. Regarding personal factors, only income was significantly correlated to health promoting behaviors ($p < .05$). Perceived self- efficacy and social support were significantly correlated to health promoting behaviors. ($p < .001$)

These findings can be used as baseline data for health care providers to develop health promoting program emphasizing on improving self - efficacy and social support in persons with AIDS.

KEY WORD : HEALTH PROMOTING BEHAVIORS, PERCEIVED SELF - EFFICACY,
SOCIAL SUPPORT, AIDS

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

พัชรา ตันธีรวัฒน์¹, ดร.น้ำอ้อย รักดีวงศ์², ผศ.ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม² และ ดร.วรินทร์ บินโฮเซ็น²

1 สถาบันบำราศนราดูร

2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006)¹ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 210 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ไค-สแควร์ และสเปียร์แมนโร

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลเฉพาะ รายได้ การรับรู้ความสามารถในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ การรับรู้ความสามารถในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, การรับรู้ความสามารถในตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคม, โรคเอดส์

1. บทนำ

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นโรคติดต่อที่มีอัตราการตายสูงและยังไม่มีวิธีการรักษาที่หายขาดได้ โดยมีอัตราการเกิดโรค และการแพร่กระจายเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ. 2008 มีผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกทั้งหมด 33.4 ล้านคน มีผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ 2.7 ล้านคน และมีอัตราการเสียชีวิต 2.0 ล้านคนต่อปี² สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง พ.ศ.2552 รวมทั้งหมด 359,807 ราย มีผู้เสียชีวิต 96,067 ราย³ รัฐบาลได้กำหนดนโยบาย และเป้าหมายของแผนบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้รับผิดชอบยุทธศาสตร์ ที่ 2 ค. ในการเสริมสร้างสภาวะสุขภาพของประชาชน อย่างครบวงจร และมีคุณภาพมาตรฐานซึ่งมีเป้าหมาย ดังนี้ 1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประชากร กลุ่มต่างๆ 2) เพิ่มการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวม ทั้งด้านกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ 3) ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมและส่งเสริม การอยู่ร่วมกันในสังคม และ 4) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ในแต่ละระดับเข้าไปใน หน่วยงานตนเอง โดยในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ รัฐบาลได้จัดโครงการยาต้านไวรัสภายใต้หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับยาต้านไวรัสอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านไวรัสแล้วยังพบการเกิดโรค ติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ จากสถิติของกระทรวง

สาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบว่าโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อันดับแรก ได้แก่ Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or Extra pulmonary ร้อยละ 29.37³ หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่สำคัญคือ ผู้ป่วย ควรมีความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล โดยรับการรักษอย่างต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัด กินยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ปรับเปลี่ยน ชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและเป็นการหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ⁴ ดังนั้นผู้ป่วยเอดส์จึงควร ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค และการดำเนินชีวิต ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีต่อร่างกาย และจิตใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข⁵

Pender (2006)¹ ได้นำเสนอแบบจำลอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย 3) โภชนาการ 4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) การพัฒนา ทางด้านจิตวิญญาณ 6) การจัดการกับความ เครียดโดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวเป็น กิจกรรมที่มุ่งหวังในการเพิ่มระดับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นนิสัยและแบบแผนในการดำเนินชีวิต ให้เหมาะสมกับโรค บอกถึงความสามารถของบุคคล ในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการที่จะทำให้ ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นนั้น มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และ ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อ⁵⁻⁷ และปัจจัยความ

คิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยสร้างแรงจูงใจให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Pender, 2006)¹ ซึ่งพบว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ⁸⁻⁹ และการสนับสนุน ทางสังคม (Social support) ได้แก่ อุปกรณ์ และกำลังใจต่างๆ ที่บุคคลได้รับจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์^{7,10}

สถาบันบำราศนราดูร สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เปิดให้บริการรักษาพยาบาลทั้งโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อและโรคทั่วไป เป็นสถาบันที่รับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จากสถิติในปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยเอดส์ในการดูแลจำนวน 7,531, 7,313 และ 7,153 คน ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม จำนวน 6,932, 6,876 และ 6,583 คน ตามลำดับ¹¹ ซึ่งเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการมีจำนวนลดลงทุกปี เนื่องจากสถาบันบำราศนราดูรมีนโยบายให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สิทธิบัตรทองของตนยังภูมิลำเนาเดิมเพื่อรับการรักษาและยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องบริการที่ให้กับผู้ป่วยเอดส์มุ่งเน้นที่การรักษา ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ป้องกันโรคแทรกซ้อนและการดูแลตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังคงพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์

ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับระดับประเทศคือ พบ Mycobacterium Tuberculosis ร้อยละ 17.8 เป็นอันดับแรก

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเข้ารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร พบมีการศึกษาทั้งเชิงบรรยายและเชิงทดลอง ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ครอบคลุมทุกพฤติกรรม ซึ่งจากสถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์มีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์แต่ละบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี โดยเลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อ การรับรู้ความสามารถในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเอดส์ ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ณ สถาบันบำราศนราดูร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถในตนเอง และ

แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ณ สถาบันบำราศนราดูร

2. วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ 3) รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดคุยตอบคำถามได้ 4) รับทราบรายละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 5) มีความสามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามจำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษาโดยตัวแปรต้น 1 ตัว ใช้กลุ่มตัวอย่าง 29 ราย¹² ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษา ตัวแปรต้น 7 ตัว จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 210 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อ ระดับค่า CD₄ การได้รับยาต้านไวรัสและจำนวนครั้งของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่วรินทร์ บินโฮเซ็น และคณะ (2552)¹³ สร้างขึ้น ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผู้ป่วยเอดส์ต่อความสามารถในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในตนเองด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 12 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 4 ข้อ ด้านโภชนาการ 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 6 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 6 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด 6 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของ Brandt และ Weinert (1987)¹³ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2532)¹⁵ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้และได้ปรับปรุงด้านภาษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับความรักและความผูกพันจากบุคคลใกล้ชิด 5 ข้อ การรับรู้ถึงคุณค่าของตน 5 ข้อ การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 5 ข้อ การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน 5 ข้อ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ 5 ข้อ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีของ ไพรมาซม บินทาจิดต์ (2544)⁵ ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996)¹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 42 ข้อครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 12 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 5 ข้อ ด้านโภชนาการ 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 6 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 7 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 6 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 4 เท่ากับ 0.84, 0.92 และ

0.90 ตามลำดับ นำเครื่องมือที่แก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 - 4 เท่ากับ 0.94, 0.80 และ 0.93 ตามลำดับ ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 .80 และ .93 ตามลำดับ

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ทราบว่าไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไค-สแควร์ และสเปียร์แมนไโร

3. ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มา รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมสถาบัน บำราศนราดูร จำนวนทั้งหมด 210 ราย เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง (60%) มีอายุระหว่าง 23 - 61 ปี อายุเฉลี่ย 38.82 ปี ประมาณครึ่งหนึ่ง (47.1%) มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาเป็นโสด (30.5%) และหม้าย/หย่า/แยก (22.4%) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (38.1%) รองลงมาอยู่ในระดับประถมศึกษา (24.3%) และระดับอาชีวศึกษา

หรืออนุปริญญา (20.5%) รายได้ส่วนใหญ่ (72.9%) อยู่ในระดับน้อยกว่า 12,500 บาทต่อเดือน ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (39%) ประมาณครึ่งหนึ่ง (49%) ทราบผลการติดเชื้อเป็นระยะเวลาที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มากที่สุด รองลงมาเป็นระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อมากกว่า 5 ปี (32.4%) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD_4 อยู่ในช่วง 201-400 cell/mm³ และมากกว่า 400 cell/mm³ ขึ้นไปใกล้เคียงกัน (37.1% และ 36.2% ตามลำดับ) และมีเพียง (26.7%) เท่านั้นที่มีค่าระดับ CD_4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 cell/mm³ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (98.57%) ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (81%) มีประวัติเคยติดเชื้อฉวยโอกาส โดยติดเชื้อ 1 ครั้งมากที่สุด (40%) รองลงมาคือ 2 ครั้ง (30%) และมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง (11%)

2. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (49.5%) มีคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียดในระดับสูง ส่วนด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางเพียงด้านเดียว

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .021$ แต่ระดับการศึกษา เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4. การรับรู้ความสามารถในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .000$

4. อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรม หรือกระทำสิ่งที่ตนเองคิดว่ามีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม โดยการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคแทรกซ้อนต่างๆ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องครบถ้วน สนใจและศึกษาหาความรู้คำแนะนำต่างๆ ที่บุคลากรของสถาบันบำราศนราดูรจัดให้ จึงทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ วรรณสาร (2541)⁶ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสม่ำเสมอโดยเฉพาะความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการศึกษาของไปรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544)⁵ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการตรวจรักษาตามแพทย์นัดและรับรู้ประโยชน์ของการมาพบแพทย์ตามนัด จะทำให้มีความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมล แก้ววิจิตร (2548)¹⁶ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพระดับสูงมากที่สุด ยกเว้นด้านกิจกรรมทางกายที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในระดับปานกลางมากที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรกคือการรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่งการรับประทานยาตรงตามเวลา และการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดหรืออยู่ใกล้ผู้ใช้สารเสพติด ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่าการให้คำแนะนำและแจกเอกสารแผ่นพับในเรื่องการปฏิบัติตน ให้มีสุขภาพแข็งแรงจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นๆ ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไปรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544)⁵ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความตระหนักและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง จะพยายามแสวงหาความรู้ที่จะนำมาปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี **ด้านกิจกรรมทางกาย** จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวออกแรงในนันทนาการ และการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการออกกำลังกายที่เป็น การเพิ่มความแข็งแรงให้กับร่างกายค่อนข้างต่ำ เนื่องจากส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 12,500 บาท ต่อเดือนและมีอาชีพรับจ้างทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน เพื่อหารายได้มา

จนเจ็ครอบคร้ว หลังเลิกงานจึงต้องการพักผ่อน จึงไม่ได้คำนึงถึงการออกกำลังกาย และคิดว่าการทำงานบ้านหรือการทำงานปกติที่ใช้แรงก็สามารถแทนการออกกำลังกายได้ดังที่ Pender (2006)¹ กล่าวว่าความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ และไม่สะดวกเป็นอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสูตรตัน วรณสาร (2541)⁶ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ต้องทำงานหนักเป็นประจำทุกวันอยู่แล้ว และคิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย จึงออกกำลังกายเป็นบางครั้งในวันที่ว่างจากงานประจำ และเมื่อเกิดอาการอ่อนเพลีย จะพยายามพักผ่อนไม่ผีนทำงานหรือทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก **ด้านโภชนาการ** จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การจัดหาและรับประทานอาหารปรุงสุกและสะอาด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการดื่มน้ำสะอาดได้วันละ 6-8 แก้ว ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถรับประทานอาหารที่ถูกหลักทางโภชนาการ พยายามหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่ทำลายสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ เอกสารแผ่นพับ ตลอดจนสื่อต่างๆ เกี่ยวกับข่าวสารด้านสุขภาพที่มักเน้นย้ำเรื่องของการรับประทานอาหารที่ถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสูตรตัน วรณสาร (2541)⁶ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลในเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ที่ควรรับประทาน จึงเห็นความสำคัญของเรื่องนี้ และพยายามจะทำให้ได้ตามที่

แพทย์แนะนำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของไปรมาชัม บิณฑจิตต์ (2544)⁵ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกหลัก และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรงอยู่ในเกณฑ์ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัษรศรี ธนไพศาล (2551)⁹ กล่าวถึงการปฏิบัติในเรื่องลักษณะนิสัยและการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับดี **ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล** จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงมากที่สุด โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การมีกิจกรรมภายในบ้านร่วมกับบุคคลในครอบครัว การมีกิจกรรมภายนอกบ้านร่วมกับบุคคลในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน มีการพบปะสังสรรค์และพูดคุยกับเพื่อนบ้านตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ทำให้สามารถปรึกษาพูดคุย ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นนอกจากนี้ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม บุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย มีกิจกรรมร่วมกันทั้งในและนอกบ้าน มีความมั่นใจที่จะใช้ชีวิตอยู่ในสังคม พร้อมให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิตี เหมะวนิช (2541)¹⁷ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ซึ่งมีผลต่อจิตใจทำให้รู้สึกดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ วรรณสาร (2541)⁶ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวที่มีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ ไม่แสดงความรังเกียจ แต่กลับแสดงความรัก ความเห็นใจ และให้กำลังใจ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดความรู้สึกสบายใจ ไม่แยกตัวออกจากญาติพี่น้อง และทำตัวให้เป็นที่รักของบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ผลการศึกษาของไพเราะสมบัติ (2544)⁵ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการพบปะพูดคุยเป็นที่ปรึกษาหรือช่วยเหลืองานต่างๆ ให้กับสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูงหรือบุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง **ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ** จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงมากที่สุด โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้กำลังใจตนเองในการดูแลสุขภาพ การคิดถึงสิ่งที่ดีงามมองโลกในแง่ดี ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีเป้าหมาย และความพร้อมในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ตามลำดับสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจในการดำรงชีวิตจากการที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเอดส์นั้น ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบตามมา จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมและทำใจยอมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่นับถือ ให้กำลังใจตนเอง มองโลกใน

แง่ดีทำให้ชีวิตมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพเราะสมบัติ (2544)⁵ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ **ด้านการจัดการความเครียด** จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูงมากที่สุด โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขได้ การหาวิธีจัดการให้ตนเองนอนหลับสนิทประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน และการทำใจยอมรับกับจุดเด่น จุดด้อยและสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลำดับ ซึ่งเป็นวิธีการจัดการกับปัญหา และอารมณ์ที่เกิดขึ้นทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด มีสมาชิกในครอบครัวที่รับฟัง และให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหา นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเอดส์มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร จะได้รับบริการการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ได้ผ่อนคลายความเครียด มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการความเครียดได้เหมาะสม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

รายได้ จากการศึกษพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .16$, $p = .021$) แสดงว่าคนที่มียาได้สูง

ย่อมมีโอกาที่จะแสวงหาสิ่งที่สามารถส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมกับตนเองดังที่ Pender (2006)¹ กล่าวว่าอุปสรรคในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนั้นอาจมาจากสภาพทางเศรษฐกิจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จึงใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหาเงินเพื่อมาจุนเจือครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสูตรัตน์วรรณสาร (2541)⁶ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของไปรมาชญ์ บิณฑจิตต์ (2544)⁵ ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ความสามารถในตนเอง จากการศึกษพบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .68, p = 0$) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ความสามารถในตนเองระดับสูง จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบว่าการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวแล้วเกิดผลดีต่อสุขภาพ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม และสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอจนกลายเป็นนิสัย เพื่อเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2006)¹ ที่กล่าวมา เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้จะ

สามารถลดอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมลงได้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อไป ซึ่ง Bandura (1994)¹⁸ กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองสูง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจา ช่างแก้ว (2547)¹⁹ ที่พบว่าการสาธิต โดยมีผู้ป่วยเอดส์เป็นต้นแบบ และได้รับการชักจูงให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีการซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและนำไปเปรียบเทียบกับพฤติกรรมตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกัน

แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .55, p = 0$) นั่นคือ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดีมากกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่า สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2006)¹ ซึ่งอธิบายว่าการให้ความช่วยเหลือแลกเปลี่ยนประโยชน์กับบุคคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี และได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ตั้งแต่ครั้งแรกในการเริ่มการรักษาและ

ทุกครั้งที่มาตรวจ เพื่อประเมินอาการ และภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ คำแนะนำ และความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ แจกเอกสารแผ่นพับเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติตัว จัดมุมความรู้และสื่อต่างๆ ไว้บริการผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาจนทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมนทรา กบิลพัตร (2541)¹⁰ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมเผชิญ ความเครียด ด้านมุ่งแก้ไขปัญหาและอารมณ์ที่เป็นทุกข์ที่เกิดขึ้นของมารดาหลังคลอด ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ทำให้มีบุคคลคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับ ภัทรี แสนอุดมโชค (2544)⁸ จากการศึกษาวิจัยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางจิตใจให้กำลังใจ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้มีการปรับตัวและปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือเพศชายและเพศหญิง ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีเช่นกัน อธิบายได้ว่าโรคเอดส์พบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นโรคร้ายแรงไม่หายขาด จึงทำให้บุคคลที่เป็นโรคนี้น่าจะตระหนักเห็นความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อทำให้ตนเองแข็งแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน และพบแพทย์เพื่อรับยาต้านไวรัส ดังนั้นไม่ว่าโรคเอดส์จะเกิดใน

เพศใดก็ตาม ผู้ป่วยทุกรายต้องปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงจะทำให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ วรรณสาร (2541)⁶ และ ไพรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544)⁵ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (2545)⁷ ที่พบว่าเพศหญิงมีการดูแลตนเองในภาพรวม การดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตสังคมได้ดีกว่าเพศชาย

ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษาตามลำดับ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถแสวงหาความรู้ได้จากแหล่งความรู้ซึ่งได้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และสื่อต่างๆ เพื่อดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของไพรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544)⁵ ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (2545)⁷ พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ วรรณสาร (2541)⁶ ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือ

โสด และหม้าย/หย่า/แยก ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก แสดงว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสคู่นั้นจะมีคูครองคอยให้กำลังใจช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ ส่วนใหญ่จะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไปรมาชัม บิณฑจิตต์ (2544)⁵ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (2545)⁷ และสุตารัตน์ วรรณสาร (2541)⁶ พบว่าสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า ร่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารแตกต่างจากกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่

ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อ จากการศึกษพบว่าระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ แสดงว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ทราบผลการติดเชื้อไม่ว่าจะเป็นเวลานานเท่าใด ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้ออาจ มีความระมัดระวังในเรื่องสุขภาพมากกว่าผู้ที่ทราบว่าติดเชื้อมาหลายปี ขณะเดียวกันถ้าพิจารณาอีกลักษณะหนึ่ง ผู้ที่ติดเชื้อมาหลายปีอาจมีความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องการปฏิบัติตัวได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของไปรมาชัม บิณฑจิตต์ (2544)⁵ ที่พบว่าระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือ และได้รับคำแนะนำในเรื่องของความรู้ในการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะอยู่ในช่วง

ใดของการติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ วรรณสาร (2541)⁶ ที่พบว่าระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

5. คำสำคัญ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, การรับรู้ความสามารถในตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคม, โรคเอดส์

เอกสารอ้างอิง

1. Pender, N.J. *Health Promotion in nursing practice* 2nd ed. Stamford, Connecticut : Appleton & Lange. 1987.
2. UNAIDS and WHO. "Report on the Global HIV/AIDS Epidemic Update-December 2006." In *Worldwide HIV & AIDS Estimates*. [Online] Available at: <http://www.avert.org/wwstafes.html>, 10 July 2008.
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. "สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552." นนทบุรี : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2552.
4. ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ. "คู่มือเพื่อการเพิ่มศักยภาพพยาบาลในการบริหารจัดการคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาล". สำนักโรคเอดส์วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. 2548.
5. ไปรมาชัม บิณฑจิตต์. "การศึกษาพฤติกรรม

- ส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี." วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
6. สุดารัตน์ วรณสาร. "การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี." วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
 7. อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์. "ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่." การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
 8. ภัทรี แสนอุดมโชค. "ผลของการปรึกษาตามแนว ทฤษฎีปัญญา พฤติกรรมต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2544.
 9. อัปษรศรี ธนไพศาล. "ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคการตั้งเป้าหมายและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
 10. สุมณฑา กบิลพัตร. "ความเครียดการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
 11. ----- . รายงานประจำปี. สถาบันบำราศนราดูร, 2552.
 12. Norwood, S.L. *Research strategies for advanced practice nurses*. New Jersey : Practice Hall Health, 2000.
 13. วารินทร์ บินโฮเซ็น และคณะ. "รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์". ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, 2552.
 14. Brandt, P.A. and Weinert, C. "Measuring Social Support with the Personal Resource questionnaire". *Western Journal of Nursing Research*, 9 (4) (1987) : 589-602.
 15. จิรภา หงษ์ตระกูล. "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
 16. ศิวมล แก้ววิจิตร. "พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV ในจังหวัดนครราชสีมา." วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพฤติกรรมศาสตร์ และการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2548.

17. อภิรดี เขมะวณิช. "การดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และหรือผู้ป่วยโรคเอดส์." การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
18. Bandura, A. "Encyclopedia of Human Behavior." 4 (1994) : 71-74.
19. เบญจา ช่างแก้ว. "การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2547.