



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

บทความวิชาการ

5 คำสำคัญทางกฎหมายที่พยาบาลต้องรู้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

บุญชัย กาสะกาล

ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ

พุกธิพร พิธานธนานุกูล

บทความวิจัย

คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คมวัฒน์ รุ่งเรือง, อุทุมมชญาณ์ อินทเรือง, ศรีนยา พลสิทธิ์ชาญ

การรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก : บริบทโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
วาสนา สารการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

และเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็ก ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ศรินดา ทอมี, ศิริทิพย์ สวอนวงศ์วาน, สมจิตต์ ศรีเจริญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
สุภาพร พุดพ่วง

บทความปกิณณกะ

เรื่องเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วยเอชไอวี



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2563)

ISSN (Print) : 2673-0723

ISSN (Online) : 2697-5246

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออกวารสาร

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ
หัวหน้างานพัฒนาองค์ความรู้

บรรณาธิการ ดร.พัชรี ใจการุณ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ลักขณา ชอบเสียง

อาจารย์ชนุกร แก้วมณี

อาจารย์กัททณ พละไชย



กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
รองศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธีพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธารากร

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา กำดี
รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ บุญเชียง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติกรรณารณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา นัวกี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงกคการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ธีธอาจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนเมงกุลกุล

ดร.สุเพียร โภกทิพย์
ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์
ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง
ดร.นิสากร วิบูลชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม



ดร.ศุภวดี	แควเพี้ย
ดร.กมลทิพย์	ตั้งหลักมั่นคง
ดร.เพ็ญยา	ศรีเมือง
ดร.สินศักดิ์เชนเม	อุ้นพรมมี
ดร.ชลิยา	วานะสุน
ดร.อนุชตรา	วรรณเสวก
ดร.เกษราภรณ์	เคนบุพพา
ดร.เอนอร	แสงศิริ
ดร.สุภาภรณ์	ศรีธัญรัตน์
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย
ดร.เพชรรมณี	วิริยะสืบพงศ์
ดร.นภาชา	สิงห์วีรธรรม
ดร.สมรภาพ	บรรหารักษ์
ดร.ปรางทิพย์	ทาสนา: เอลเทอร์
ดร.สุรศักดิ์	สุนทร
ดร.ชลนภา	ไชยสมบัติ
ดร.วิไลวรรณ	ปรีท
ดร.ณัฐยา	ศรีทะแก้ว
ดร.พาญ	นาวาทูระ
ดร.บุญสิริ	ฉิมบ้านไร่
ดร.สุภาภรณ์	อุดมลักษณะ
ดร.บุษยสิทธิ์	พงษ์พิจิตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินธร
จังหวัดขอนแก่น
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
จังหวัดอุดรธานี
โรงพยาบาลอุพผางกรณ์ สภากาชาดไทย
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุดรธานี
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครราชสีมา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินธร
จังหวัดชลบุรี



ดร.กุลธิดา	กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.สุภารัตน์	พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.นุสรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.พัชรี	ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
Mr. Kent Dale	Hamilton	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง
อาจารย์ทรงวุฒิ	ภัทรไชยกร	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

224 ถ.พลเทพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทร. 045-255462

ภาพหน้าปก : Pinterest





เธอจงระวัง ความคิดของเธอ
เพราะความคิดของเธอ จะกลายเป็นความประเพณีของเธอ
เธอจงระวัง ความประเพณีของเธอ
เพราะความประเพณีของเธอ จะกลายเป็นความเคยชินของเธอ
เธอจงระวัง ความเคยชินของเธอ
เพราะความเคยชินของเธอ จะกลายเป็นอุปนิสัยของเธอ
เธอจงระวัง อุปนิสัยของเธอ
เพราะอุปนิสัยของเธอ จะกำหนดชะตาชีวิตของเธอ "ชั่วชีวิต"

ที่มา : หลวงพ่อชา สุภทฺโท วัดหนองป่าพง

จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนาหรือ COVID-19 ตั้งแต่ปลายปี 2562 เป็นต้นมาถึงจนปัจจุบัน มนุษย์โลกกำลังเผชิญและรับมือกับสถานการณ์วิกฤตที่ต้องอาศัยความระมัดระวัง และการมีสติอย่างต่อเนื่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงหลากหลายประการที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของมนุษย์ ดังนั้น วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จึงขอน้อมนำคำสอนของพระโพธิญาณเถร (ชา สุภทฺโท) หรือ “หลวงปู่ชา” ซึ่งเป็นพระอริยสงฆ์ที่สำคัญในจังหวัดอุบลราชธานี ด้วยความกตัญญู และความเคารพในหลวงปู่ชา เพื่อเป็นคำเตือนสติและระมัดระวังตนในการดำเนินชีวิตต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ ในประเทศไทย สำหรับกองบรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี-

สรรพสิทธิประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจต่าง ๆ รวม 6 เรื่อง เสนอในวารสาร วิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2563) ดังนี้ 1) 5 คำสำคัญทางกฎหมายที่พยาบาลต้องรู้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล 2)ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ 3) คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 4) การรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก: บริบท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 5) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และ 6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี นอกจากนี้กองบรรณาธิการยังได้รับเกียรติจากบุคคลที่ติดต่อขอใช้อิทธิพลหรืออดสมาคมออกเล่าประสบการณ์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นแนวคิดในการเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิต ในบทความปกิณกะ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ที่ได้นำเสนอไปนั้น จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้ง ช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2563)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- 5 คำสำคัญทางกฎหมายที่พยาบาลต้องรู้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....1
Five Important Legal Terms for Nursing Professions
บุญชัย ภาละกาล
Boonchai Parakan
- ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ.....19
Urinary Incontinence in Older Persons
พุทธิพร พิธานธนาบุญกุล
Puttiporn Pitanthananukul

บทความวิจัย

- คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.....37
The Quality of Life of Nursing Graduates at Boromarajonani
College of Nursing, Surin
คมวิวัฒน์ รุ่งเรือง, อุตม์ชญาน์ อินทาเรือง, ศรินยา พลสิงห์ชาญ
Komwat Rungruang, Utchaya Intharuang, Sarinya Polsingchan
- การรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก:
บริบท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....62
Nurses' Perceptions toward the Prevention of Early Postpartum
Hemorrhage: Sunpasitthiprasong Hospital Context
วาสนา สารการ, พิมลพันธ์ เจริญศรี
Wadsana Sarakarn, Pimonpan Charoensri





ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2563)

สารบัญ

- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.....77

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Reducing Preoperative Anxiety and Increasing Cooperation in Children during Induction of General Anesthesia at Sunpasitthiprasong Hospital Ubon Ratchathani

ศรินรา ทองมีล, ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน, สมจิตต์ ศรีเจริญ

Sarinra Thongmee, Siritip Sanguanwongwan, Somchit Sricharoen

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี.....101

Factors Related to Behaviors for Dental Care of Oral Health among the Elderly in Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province

สุภาพร พุดผ่อง

Supaporn Phudphong

บทความปกิณณกะ

- เรื่องเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วยเอดส์.....120

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ



5 คำสำคัญทางกฎหมายที่พยาบาลต้องรู้ ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

บุญชัย ภาละกาล วท.ม.*

บทคัดย่อ

การปฏิบัติหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่อาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำต่อร่างกายและจิตใจของมนุษย์ แต่ภายใต้ข้อจำกัดของเวลาและทรัพยากร พยาบาลอาจเผชิญความเข้าใจคลาดเคลื่อนจากผู้รับบริการ ทำให้เสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมายและการถูกฟ้องร้องเป็นคดีทางกฎหมาย บทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในหลักกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ผ่านการทำความเข้าใจ 5 คำสำคัญทางกฎหมาย ลดความเสี่ยงต่อกฎหมาย และก่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น ซึ่ง 5 คำสำคัญทางกฎหมายดังกล่าวได้แก่ 1) เจตนา หมายถึง การกระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำ และในขณะเดียวกันผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น “เจตนา” ใช้ในการวินิจฉัยความผิดในทางอาญา 2) จงใจ หมายถึง รู้สำนึกถึงผลหรือความเสียหายจากการกระทำของตน “จงใจ” ใช้ในการวินิจฉัยความผิดในทางแพ่ง 3) ประมาทและประมาทเลินเล่อ หมายถึง กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่ “ประมาทและประมาทเลินเล่อ” ใช้ในการวินิจฉัยคดีอาญาและคดีแพ่งฐานละเมิด 4) ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง หมายถึง การกระทำโดยมิได้เจตนา แต่เป็นการกระทำซึ่งบุคคลพึงคาดหมายได้ว่าอาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้น และหากใช้ความระมัดระวังแม้เพียงเล็กน้อย ก็อาจป้องกันมิให้เกิดความเสียหายได้แต่กลับมิได้ใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นเลย “ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง” ใช้ในการวินิจฉัยประกอบ การชดเชยค่าสินไหมทดแทนในความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ และ 5) ละเมิด หมายความว่า

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

Corresponding e-mail: booncpk@gmail.com

วันที่รับ (received) 16 มี.ค.2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 เม.ย.2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 เม.ย.2563

การกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย
ก่อให้เกิดความเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิ
อย่างหนึ่งอย่างใด

คำสำคัญ : คำสำคัญทางกฎหมาย, วิชาชีพการพยาบาล

Five Important Legal Terms for Nursing Professions

Boonchai Parakan M.S.*

Abstract

The nursing duties are intertwined practices between science and art relating to human physiology and psychology. Owing to the time constraint and resource deficits in workplaces, registered nurses, however, may miss the mutual understanding with their patients and this can unconsciously lead to unexpected illegal practices, petition and allegation. Thus, the objective of the paper was to educate the registered nurses regarding the law through the five important terms. The first word is “intentional act” which means to do something consciously by knowing the forthcoming consequences of such act. This word is as a criterion to detect criminal offenses. The second word is “deliberate act” referring to the unlawful offense that the ones committed regardless of realizing the consequences or damages from their actions. This term is used to analyze civil offenses. The third word is “negligence” meaning any offenses committed by negligence. It occurs due to the lack of consciousness in any actions. This term is used to analyze penal and civil offenses. The fourth word is “gross negligence” meaning lack of slight consciousness causing some consequences to another party. This term is used to rule the compensation payment caused by officials’ offenses from their duties. The last word is “infringement or violation” which means any intentional and reckless attempts that do not conform to law causing others’ death, injury as well as contributing to the infringement of freedom, property and rights.

Keywords: legal key words, nursing professionals

* Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong
Corresponding e-mail: booncpk@gmail.com

บทนำ

พยาบาล เป็นอีกวิชาชีพหนึ่งที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของมนุษย์ตลอดจนต้องแบกรับความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่หวังพึ่งพาให้ช่วยบำบัดผ่อนคลายความทุกข์จากโรคที่เป็น และความเจ็บปวดทรมานจากหัตถการหรือการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ได้รับ ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาสัมพันธภาพระหว่างผู้รักษาพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์ของเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน แต่ในปัจจุบันสังคมมนุษย์มีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้รับบริการมีการตระหนักถึงสิทธิของตนเองในการได้รับบริการสุขภาพตามที่กฎหมายบัญญัติรับรองไว้มาก ซึ่งการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นการกระทำต่อร่างกายและจิตใจของมนุษย์ หากมีความผิดพลาดเกิดขึ้นไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม มักจะเกิดความเสียหายค่อนข้างมาก เช่น การให้เลือดผิดกรุป หากแก้ไขไม่ทันผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ หรือกรณีประเมิณน้ำหนักรากผิดพลาด อาจส่งผลขณะทำคลอดได้ เป็นต้น ดังนั้น การทำงานจึงมีความเสี่ยงอยู่ตลอดเวลา ผู้ประกอบวิชาชีพจึงต้องใช้ความรอบคอบระมัดระวังอย่างเต็มที่เสมอ จากปัจจัยดังกล่าว จึงทำให้เกิดความเสี่ยงที่ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีจากผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น¹

จากสถิติและการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์จากการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ปี 2547-2559 และจากสถิติปี 2539 จนถึงข้อมูล ณ วันที่ 31 ต.ค. 2559 พบว่ามีทั้งสิ้น 499 คดี แบ่งเป็นคดีแพ่ง 287 คดี คดีอาญา 41 คดี คดีผู้บริโภคร 168 คดี และคดีปกครอง 3 คดี ซึ่งจากตัวเลขคดี ที่ถึงที่สุดแล้ว (ชั้นฎีกา) พบว่ามีทั้งสิ้น 68 คดี กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ชนะคดี 47 คดี แพ้ 21 คดี และมีถึง 164 คดีที่เจรจาไกล่เกลี่ยได้สำเร็จ ส่วนสาเหตุของการฟ้องคดีส่วนใหญ่หรือมากกว่าร้อยละ 50 มาจากการรักษาและวินิจฉัยที่ผิดพลาด รองลงมา ร้อยละ 24 คือการคลอด สาเหตุอื่นๆ อาทิ ไม่เอาใจใส่ดูแล แพ้ยา ผิดมาตรฐาน รวมทั้งอุปกรณ์มีปัญหา² ซึ่งในจำนวนของคดีดังกล่าวมีคดีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลรวมอยู่ด้วย ดังนั้น ผู้ที่จะประกอบวิชาชีพพยาบาลนอกจากจะต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลในการประกอบอาชีพแล้วยังจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในหลักกฎหมายที่จำเป็นและมักเป็นคดีความบ่อยครั้งในการประกอบวิชาชีพ

บทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในหลักกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ ผ่านการทำความเข้าใจ 5 คำสำคัญทางกฎหมาย ซึ่งจะทำให้พยาบาลเกิดความระมัดระวังในการทำงานมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมายและการถูกฟ้องร้องดำเนินคดี และก่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพของการให้การพยาบาลแก่ประชาชนผู้รับบริการและส่งผลดีต่อวิชาชีพและประเทศชาติต่อไป

5 คำสำคัญทางกฎหมายที่พยาบาลควรรู้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

1. เจตนา

หลักสำคัญในการกระทำที่เป็นความผิดทางอาญา พิจารณาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 บัญญัติว่า³ วรรคหนึ่ง “บุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา....” ดังนั้น คำว่าเจตนาจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำความเข้าใจความหมายในทางกฎหมาย เนื่องจากเป็นคำที่ใช้ตัดสินว่า การกระทำนั้นมีความผิดและต้องรับโทษทางอาญาหรือไม่นั่นเอง และในกรณีของการปฏิบัติงานในหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลที่จะเป็นความผิดทางอาญาในฐานความผิดต่างๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ ได้มีผู้รวบรวมไว้ดังนี้ คือ 1) ประมาทในการประกอบวิชาชีพ 2) การทอดทิ้งหรือละเลยผู้ป่วย 3) การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย 4) การปฏิเสธความช่วยเหลือผู้ที่ตกอยู่ในอันตรายต่อชีวิต 5) ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร 6) การทำให้หญิงแท้งลูก⁴ ซึ่งการจะวินิจฉัยว่าเป็นความผิดและต้องได้รับโทษทางอาญานั้นจะต้องพิจารณาเรื่องเจตนาก่อนเสมอ โดยได้ให้ความหมาย “เจตนา” ไว้ดังนี้

เจตนา ความหมายตามพจนานุกรมหมายความว่า ตั้งใจ, จงใจ, มุ่งหมาย⁵

เจตนา ความหมายในทางกฎหมายพิจารณาตามความในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคที่ 2 และ 3 ดังนี้ มาตรา 59 วรรคสองบัญญัติว่า “กระทำโดยเจตนา ได้แก่กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำ และในขณะเดียวกันผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือย่อมนึกเห็นผลของการกระทำนั้น”

“การกระทำ” หมายความว่า การเคลื่อนไหวอริยาบถโดยรู้สำนึกในการเคลื่อนไหวนั้น ถ้าการกระทำโดยไม่รู้สีกตัวหรือไม่รู้ผิดชอบ เช่น เป็นลม หลับ

ละเมอ วิกลจริต เด็กไร้เดียงสา ไม่เป็นการกระทำตามความหมายของกฎหมาย⁶ นอกจากนั้น “การกระทำ” ให้ความหมายรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย ตามมาตรา 59 วรรคท้าย แห่งประมวลกฎหมายอาญา ได้แก่ ความผิดโดยการงดเว้น กล่าวคือ การกระทำที่ทำให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้น⁷ เช่น มารดา ไม่ยอมให้หมบุตร ปลอมให้บุตรอดนมจนตาย และความผิดโดยการละเว้น กล่าวคือ ความผิดที่เกิดจากการไม่กระทำ เช่น การไม่ช่วยเมื่อเห็นผู้อื่นที่ตกอยู่ในอันตราย แห่งชีวิตซึ่งตนอาจช่วยได้ โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วย ตามความจำเป็น ตามมาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญาก็ถือว่าเป็นความผิดเช่นเดียวกัน

ตามความในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคสอง แบ่งเจตนาได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

1) เจตนาประสงค์ต่อผล หมายถึง ประสงค์ให้ผลร้ายนั้นเกิดขึ้น ผลที่เกิดตรงตามเจตนาที่ต้องการ เช่น ด่ายกปืนเล็งยิงแดง โดยมีเจตนาฆ่า เพราะโกรธที่แดง โกงเงินดำ ด่าประสงค์ต่อผลคือความตายของแดง ดังนั้น ความตายจึงเป็นผลของเจตนาโดยตรงประเภทนี้⁶

2) เจตนาย่อมเล็งเห็นผล หมายถึง เจตนาที่ไม่ได้ประสงค์ต่อผลที่จะให้เกิดแก่บุคคลนั้นโดยตรง แต่เล็งได้ว่าผลจะเกิดขึ้นอย่างนั้นอย่างแน่นอน เช่น ด่าอยากยิงแดง เจอแดงอยู่บนรถเมล์ ด่าจึงใช้ปืนลูกปรายยิงไล่แดง กระสุนไปถูกแดงและผู้โดยสารบนรถอีกหลายคน กรณีนี้จะเห็นได้ว่าคนที่ด่าประสงค์ต่อความตายคือแดงเท่านั้น ผู้โดยสารคนอื่นด่าไม่ประสงค์ต่อความตายของเขาเลย แต่การที่ด่าใช้ปืนที่มีลักษณะเป็นกระสุนลูกปรายทำให้ผู้อื่นต้องมาตายด้วยนั้น เป็นการกระทำโดยเจตนา กล่าวคือ มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สำนึกของการกระทำนั้น และสามารถเล็งผลได้ว่าหากยิงออกไปแล้ว คนที่จะโดนกระสุนไม่ใช่เฉพาะแต่คนที่ด่าประสงค์ให้ตายเท่านั้นแต่เป็นบุคคลอื่นด้วย ลักษณะเช่นนี้เป็นการกระทำโดยเล็งเห็นผล⁶

นอกจากนั้น ในเรื่องของเจตนา ยังมีความหมายและลักษณะอื่นๆ ในทางกฎหมายอาญา เช่น เจตนาโดยพลาด (ป.อาญา มาตรา 60) เจตนาโดยสำคัญผิดในตัวบุคคล (ป.อาญา มาตรา 61) เจตนาพิเศษ และอื่นๆ ซึ่งผู้เขียนไม่ขอเสนอรายละเอียดในบทความนี้

ในกรณีของการปฏิบัติงานในหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลที่จะเป็นความผิดทางอาญาในฐานความผิดต่างๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่จะเป็นการกระทำโดยเจตนา นั้น ตามสถิติที่เป็นคดีฟ้องร้องต่อศาลแทบจะไม่มี แต่มีประเด็นที่ต้องพึงระวังในแง่ของการปฏิบัติงานที่อาจมีความผิดทางกฎหมายในประเด็นเกี่ยวกับเจตนา ซึ่งผู้เขียนขอเสนอและยกตัวอย่างประกอบ ดังต่อไปนี้

1) กระทำตามคำสั่งแพทย์ที่ผิดพลาดในขณะที่ตัวพยาบาลนั้นรู้อยู่แล้วว่าผิด และถ้ากระทำไปต้องเกิดผลร้ายต่อผู้ป่วยอย่างแน่นอน แต่ยังกระทำเพราะอ้างว่าเป็นการกระทำตามคำสั่งของเจ้าพนักงานหรือผู้บังคับบัญชา⁸ นั้น อาจถูกตีความเข้าข่ายการกระทำโดยเจตนา ซึ่งเป็นเจตนาย่อมเล็งเห็นผลได้เช่นกัน ซึ่งกรณีดังกล่าวนี้พยาบาลผู้กระทำไม่อาจอ้างว่าเป็นกรณีที่ไม่ต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 70 ได้ ทั้งนี้ ต้องพิจารณาในข้อเท็จจริงอื่นๆ ประกอบด้วย

2) ความผิดโดยเจตนาละเว้น คือ ความผิดที่เกิดจากการไม่กระทำ ได้แก่ การไม่ช่วยเมื่อเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิตซึ่งตนอาจช่วยได้ โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ตามมาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เช่น⁹ พยาบาลวิชาชีพ ก หลังจากปฏิบัติหน้าที่ในเวรเช้า ขณะกำลังจ่ายตลาดประสบเหตุการณ์รถยนต์ชนเด็กที่ถนนหน้าตลาด พยาบาลได้เข้าไปดูเหตุการณ์พบว่าเด็กสลบ แขนซ้ายผิดรูป แต่ไม่ได้เข้าไปช่วยเหลือแล้วรีบเดินไปจ่ายตลาดทั้งที่ยังสวมชุดฟอร์มพยาบาล กรณีดังกล่าวนี้ถือได้ว่าพยาบาลวิชาชีพรายนี้มีความผิดฐานปฏิเสธการช่วยเหลือโดยเจตนา ซึ่งเป็นเจตนาในการละเว้นการกระทำ

2. จงใจ

ในความหมายธรรมดาที่คนทั่วไปใช้ คำว่า “จงใจ” คงมีความหมายไม่ต่างกับกับคำว่า “เจตนา” แต่เมื่อพิจารณาในทางกฎหมาย คำว่า “จงใจ” ที่ใช้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เรื่องที่ว่าด้วยละเมิด และคำว่า “เจตนา” ใช้ในประมวลกฎหมายอาญานั้นมีความหมายต่างกัน

จงใจ หมายถึง รู้สำนึกถึงผลหรือความเสียหายจากการกระทำของตน¹⁰

การกระทำโดย “จงใจ” หมายถึง การกระทำด้วยความรู้สำนึกว่าการกระทำหรือการงดเว้นกระทำนั้นอาจมีผลเป็นการก่อความเสียหายขึ้นและเป็นการเพียงพอที่จะถือได้ว่าเป็นการกระทำโดยจงใจ เมื่อผู้กระทำมีความรู้ว่าการกระทำของตนสามารถก่อให้เกิดผลคือความเสียหายนั้นได้¹¹

การกระทำโดยจงใจมีความหมายกว้างกว่าการกระทำโดยเจตนา ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 เพราะการกระทำโดยเจตนาผู้กระทำความผิดประสงค์ต่อผลหรือยอมเสี่ยงเห็นผลของการกระทำนั้นเช่น ก. ชกไปที่ใบหน้าของ ข. โดยเจตนาทำร้ายร่างกาย ข. ล้มลงศีรษะฟาดพื้นถึงแก่ความตาย ก. มิได้ประสงค์ต่อผลคือความตายของ ข. และมีได้เสี่ยงเห็นผลว่าการกระทำของตนจะทำให้ ข. ตาย ก. จึงมีความผิดฐานฆ่าคนตายโดยไม่เจตนา มาตรา 290 แต่เป็นการละเมิดโดย “จงใจ” อันเป็นเหตุให้ ข. ถึงแก่ความตายเพราะ ก. ได้ทำโดยรู้สำนึกถึงผลเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อการกระทำของตนแม้จะไม่ทราบว่าจะเกิดจากความเสียหายถึงเพียงนั้นก็ตาม ดังนั้นการกระทำโดยไม่เจตนาอาจเป็นการกระทำโดยจงใจ และการกระทำโดยจงใจอาจไม่เป็นการกระทำโดยเจตนาเสมอไป¹²

เพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างคำว่าจงใจกับคำว่าเจตนาพิจารณาได้จากตัวอย่างต่อไปนี้

นายชายยิงปืนเข้าไปในกลุ่มคนประมาณ 10 คนเพื่ออวดศักดา ไม่ได้มีความประสงค์ที่จะฆ่าใคร แต่นายชายยอมเสี่ยงเห็นว่ากระสุนปืนอาจถูกคนใดคนหนึ่งในกลุ่มคนจนถึงแก่ความตายได้ กรณีนี้ในทางอาญาดูว่านายชาย มีเจตนาเสี่ยงเห็นผล (คือมีเจตนาฆ่าผู้อื่น) ดังนั้น หากกระสุนปืนถูกนายดำที่อยู่ในกลุ่มคนจนถึงแก่ความตาย นายชายก็มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา กรณีตัวอย่างดังกล่าวนี้ หากพิจารณาในทางแพ่งไม่ถือว่านายชาย **จงใจ** เพราะไม่ได้มุ่งหวังให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น แต่อาจต้องรับผิดชอบจากการที่กระทำละเมิดต่อผู้อื่นโดยความประมาท¹³

มีคำพิพากษาของศาลฎีกาที่ 1104/2509 ได้วางหลักไว้ว่า “เจตนากระทำกับจงใจกระทำนั้น จะตีความอนุโลมอย่างเดียวกันไม่ได้”¹³

การกระทำโดยจงใจที่จะเป็นความผิดในการประกอบวิชาชีพพยาบาลที่อาจพบได้ ซึ่งผู้เขียนขอยกตัวอย่างพร้อมคำอธิบายประกอบหลักกฎหมาย ดังนี้

1) พยาบาล ไม่ดูแลเสมหะให้นาย ก. ที่ใส่ท่อเจาะคอ เนื่องจากโกรธเคืองญาติ แต่ไม่ได้มุ่งหวังให้นาย ก. ตาย ต่อมานาย ก. ตายเพราะเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ หากพิจารณาในทางแพ่ง ไม่ถือว่าพยาบาลรายนี้ **จงใจ** เพราะไม่ได้มุ่งหวังให้เกิดความเสียหายแก่นาย ก. แต่อาจต้องรับผิดชอบจากการที่กระทำละเมิดโดยความประมาทเลินเล่อ และอาจมีความผิดทางอาญฐานฆ่าผู้อื่นตายโดยเจตนา ซึ่งเจตนา ย่อมเสี่ยงเห็นผล และต้องพิจารณาข้อเท็จจริงอื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2) พยาบาล ข. ปิดเครื่องช่วยหายใจนาย ก. ที่ใส่ท่อช่วยหายใจเพราะอยากให้นาย ก. ตาย เนื่องจากต้องการแก้แค้นส่วนตัว ต่อมานาย ก. ตาย พยาบาล ข. มีความผิดในทางอาญาคือ เจตนาฆ่าผู้อื่นโดยเป็นเจตนาประสงค์ต่อผลในทางแพ่งคือ **จงใจ**ทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหายแก่กายซึ่งเป็นความผิดฐานละเมิดต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย

3. ประมาทและประมาทเลินเล่อ

ประมาทเลินเล่อ หมายถึง การกระทำการใด ๆ โดยปราศจากความระมัดระวัง หรือละเลยในสิ่งที่ควรกระทำ⁵

กระทำโดยประมาท ได้แก่ กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัย และพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่ (ป.อาญา มาตรา 59 วรรคสี่)

ประมาทเลินเล่อ ถือเป็นองค์ประกอบประการหนึ่งที่จะต้องรับผิดฐานละเมิด แต่คำว่า “ประมาทเลินเล่อ” ตามกฎหมาย (มาตรา 420) มิได้อธิบายให้ความหมายว่าการกระทำอย่างไรเรียกว่าประมาทเลินเล่อ ต้องเทียบเคียงกับประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคสี่

วิสัย หมายถึง สภาพเกี่ยวกับตัวผู้กระทำ เช่น การเป็นเจ้าหน้าที่ชั้นผู้ใหญ่ หรือชั้นผู้น้อย เป็นเจ้าหน้าที่ธรรมดา เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านใดด้านหนึ่ง และหมายรวมถึงระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้นั้นด้วย เป็นต้น⁶

พฤติการณ์ หมายถึง เหตุภายนอกหรือปัจจัยแวดล้อมตัวผู้กระทำ ซึ่งอาจมีผลต่อระดับความระมัดระวัง และทำให้การใช้ความระมัดระวังของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ในส่วนของสภาพเกี่ยวกับตัวผู้กระทำนั้น ต้องสมมติบุคคลขึ้นเปรียบเทียบ โดยบุคคลที่สมมตินั้นต้องมีสภาพร่างกายถืออย่างเดียวกับผู้กระทำ แต่สภาพทางจิตใจถือในระดับทั่วไปของบุคคลในสภาพร่างกายอย่างเดียวกัน ทั้งบุคคลที่สมมติจะต้องสมมติว่าอยู่ในพฤติการณ์ภายนอกเช่นเดียวกับผู้กระทำด้วย เมื่อเปรียบเทียบกัน ถ้าบุคคลที่สมมติขึ้นจะไม่กระทำโดยขาดความระมัดระวังเหมือนที่ผู้กระทำได้กระทำไปแล้ว ย่อมถือว่าผู้กระทำได้กระทำโดยประมาทเลินเล่อ แต่ถ้าบุคคล

ที่สมมติจะกระทำเช่นเดียวกับที่ผู้กระทำได้กระทำไปแล้ว ย่อมถือไม่ได้ว่าผู้กระทำได้กระทำโดยประมาทเลินเล่อ⁶

ในกรณีของการปฏิบัติงานในหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลคำว่า “ประมาท” และคำว่า “ประมาทเลินเล่อ” มีความสำคัญมาก เพราะจะเป็นคำที่ใช้วินิจฉัยฐานความผิดที่เกิดจากการกระทำนั้น กล่าวคือ คำว่าประมาทจะใช้ในการวินิจฉัยความผิดทางอาญาในฐานความผิดการกระทำโดยประมาท เป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ตาม ป.อาญา มาตรา 291 และกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายและอันตรายสาหัส ตาม ป.อาญามาตรา 390 และมาตรา 300 ตามลำดับ ส่วนคำว่า ประมาทเลินเล่อจะใช้นิยามความผิดทางแพ่งในฐานละเมิดตาม ป.แพ่ง และพาณิชย์ มาตรา 420 โดยผู้เขียนขอยกตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายประกอบหลักกฎหมายดังนี้

พยาบาล ก. ฉีดยาให้กับคนผู้ป่วยโดยไม่ถามชื่อผู้ป่วย ทำให้ฉีดยาผิดคน และผู้ป่วยที่ได้รับยานั้นเกิดอาการแพ้ยาอย่างรุนแรงจนเสียชีวิตในเวลาต่อมา

กฎหมายที่เกี่ยวข้องประกอบคำวินิจฉัย คือ ป.อาญา มาตรา 59 วรรคหนึ่งและวรรคสี่ มาตรา 291 และ ป.แพ่งและพาณิชย์มาตรา 420

ป.อาญา มาตรา 59 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า “บุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อได้กระทำโดยประมาท...”

วรรคสี่ บัญญัติว่า “กระทำโดยประมาท ได้แก่กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่”

ป.อาญา มาตรา 291 บัญญัติว่า “มาตรา 291 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองแสนบาท”

ป.แพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ได้บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

ในกรณีดังตัวอย่าง จะเห็นว่าการนิยามผิดคนของพยาบาล ก. ไม่ใช่การกระทำโดยเจตนาแต่เป็นการกระทำที่ปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจำเป็นต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวัง เช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่ เพราะตามปกติวิสัยของการให้ยาแก่ผู้ป่วยของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องตรวจสอบชื่อยา ชื่อผู้ป่วย ทางที่ให้ ปริมาณยาที่ให้ และอื่นๆ ตามมาตรฐานของวิชาชีพที่พึงกระทำ เมื่อไม่ได้ทำตามข้อกำหนด เช่นว่านั้นจึงเป็นการกระทำโดยประมาทและเป็นประมาทที่มีกฎหมายระบุว่ามีความผิดและต้องรับโทษทางอาญาตามมาตรา 59 วรรคหนึ่งประกอบบรรทัด และการกระทำดังกล่าวนี้เป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย จึงเป็นความผิดอาญาฐานกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ตาม ป.อาญา มาตรา 291 และเมื่อคำว่า “ประมาทเลินเล่อ” ให้เทียบเคียงกับคำว่า “ประมาท” ในประมวลกฎหมายอาญา กรณีดังกล่าวจึงเป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่อต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิต ซึ่งเป็นความผิดในทางแพ่งฐานกระทำละเมิด ตามมาตรา 420 ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย

4. ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 8 วรรคหนึ่ง บัญญัติถึงคำว่าประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงไว้ใน มาตรา 8 วรรคหนึ่ง ดังนี้ “ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐต้องรับผิด ใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย เพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่ ให้หน่วยงานของรัฐมีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ได้กระทำการนั้นไปด้วยความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง” ดังนั้น ถ้าเจ้าหน้าที่กระทำละเมิดต่อบุคคลภายนอกด้วยความประมาทเลินเล่อ (มิใช่กระทำละเมิดด้วยความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง) หน่วยงานของรัฐไม่มีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้กระทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้ ฉะนั้นคำว่า “ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง” จึงมีความสำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจ ปัญหาที่ว่าอย่างไรเป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง¹⁴

กรณีจะเป็นประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงจะต้องเป็นประมาทเลินเล่อเสียก่อนโดย “จะเป็นส่วนที่อยู่กึ่งกลางระหว่างจงใจกับประมาทเลินเล่อธรรมดา” คณะกรรมการกฤษฎีกาเคยตอบข้อหารือกรมบัญชีกลางว่า “การที่จะพิจารณาว่า

กรณีใดจะเป็นการกระทำด้วยความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของเจ้าหน้าที่หรือไม่นั้น เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจดำเนินการตามกฎหมายและระเบียบทุกคน จนถึงคณะกรรมการวินิจฉัยร้องทุกข์หรือศาล ส่วนอย่างไรเป็นการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงย่อมขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงแต่ละกรณีไป ความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง จะมีลักษณะไปในทางที่บุคคลนั้นได้กระทำไปโดยขาดความระมัดระวังที่เบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์มาตรฐานอย่างมาก เช่น คาดเห็นได้ว่าความเสียหายอาจเกิดขึ้นได้หรือหากใช้ความระมัดระวังสักเล็กล็กน้อยก็คงได้คาดเห็นการอาจเกิดความเสียหายนั้น” ตัวอย่างเช่น คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1788-1780/2518 กรณีโรงงานของจำเลย (กระทรวงการคลัง) เผาเศษปอ ทำให้มีควันดำปกคลุมถนนจนมองไม่เห็นทางข้างหน้า เป็นเหตุให้มีรถขับมาชนท้ายรถจักรยานซึ่งจอดอยู่ได้รับความเสียหาย ซึ่งเหตุการณ์เช่นนี้เคยเกิดมาแล้ว 2-3 ครั้ง แต่ก็ปล่อยปละละเลยไม่เปลี่ยนวิธีการเผาเศษปอจนเป็นกรณีที่จำเลยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง¹⁵

การกระทำด้วยความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง หมายถึงการกระทำโดยมิได้เจตนา แต่เป็นการกระทำซึ่งบุคคลพึงคาดหมายได้ว่าอาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้น และหากใช้ความระมัดระวังแม้เพียงเล็กน้อย ก็อาจป้องกันมิให้เกิดความเสียหายได้ แต่กลับมิได้ใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นเลย¹⁷

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2614/2522 เจ้าหน้าที่การรถไฟฯ ไม่นำแผนมาปิดกั้นถนนในขณะที่ขบวนรถไฟจะแล่นผ่าน เป็นการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงจะอ้างว่าวันเกิดเหตุพนักงานรถไฟนัดหยุดงาน ไม่สามารถหาคนมาปฏิบัติงานให้ทันทั่วทั้งได้เป็นเหตุสุดวิสัยหาได้ไม่ การรถไฟฯ ต้องร่วมรับผิดชอบ

ดังนั้น ถ้าใช้ความระมัดระวังแม้เพียงเล็กน้อยก็ป้องกันความเสียหายได้ แต่กลับมิได้ใช้ความระมัดระวัง ถือว่าประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง¹⁵

ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลจะมีกรณีที่ต้องเกี่ยวข้องกับการกระทำโดยประมาทเลินเล่อและประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ผู้เขียนขอยกตัวอย่างประกอบคำอธิบายหลักกฎหมาย ดังนี้

นาย A ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง แรกรับแพทย์เวรตรวจร่างกายเบื้องต้นพบสัญญาณชีพปกติ มีแผลถลอกบริเวณท้องส่วนบนด้านขวา ผู้ป่วยบ่นปวดท้องเล็กน้อย แพทย์สั่งให้ทำการ X-ray ช่องท้องยังไม่ทราบผล และสั่งการรักษาโดยการให้นอนสังเกตอาการที่เตียงสังเกตอาการในห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน และให้ตรวจสอบสัญญาณชีพ

ทุก 30 นาที พยาบาล ก. เป็นหัวหน้าเวร ปฏิบัติงานในเวรดังกล่าวร่วมกับพยาบาล ข. ซึ่งในเวรดังกล่าวนี้นี้มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก จึงไม่ได้ตรวจวัดสัญญาณชีพตามคำสั่งแพทย์ เวลามาผ่านไป 3 ชั่วโมง ญาตินาย A มาบอกพยาบาลว่านาย A หหมดสติ พยาบาล ก. และ ข. รายงานแพทย์แล้วช่วยทำการฟื้นคืนชีพ แต่ไม่สำเร็จ นาย A เสียชีวิตในเวลาต่อมา จากสาเหตุการเสียชีวิตมากโดยมีเลือดออกในช่องท้อง กรณีตามโจทย์จะเห็นได้ว่าพยาบาล ก. และ ข. ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการรักษาของแพทย์และตามมาตรฐานวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติ กล่าวคือ การไม่สังเกตอาการและการไม่ตรวจวัดสัญญาณชีพตามเวลาที่กำหนดดังกล่าว เป็นการกระทำซึ่งบุคคลพึงคาดหมายได้ว่าอาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้น และหากได้สังเกตอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพของนาย A ตามแผนการรักษา ก็จะช่วยให้ทราบอาการเปลี่ยนแปลงและให้การรักษานาย A ได้ทันเวลาที่ ซึ่งเป็นการใช้ความระมัดระวัง แม้เพียงเล็กน้อยก็อาจป้องกันมิให้เกิดความเสียหายได้ แต่กลับมิได้ใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นเลย จึงถือได้ว่าประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ในทางปฏิบัติคำว่า “ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง” ยังมีปัญหาในการตีความของผู้มีอำนาจในการพิจารณาตัดสินโดยเฉพาะในกรณีการกระทำโดยประมาทของพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ตามพรบ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ซึ่งมีผู้มีอำนาจในการวินิจฉัยว่าการกระทำความผิดดังกล่าวเป็นการกระทำที่ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรือไม่ตามลำดับขั้นตอนดังนี้คือ 1) คณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด 2) กระทรวงการคลังโดยคณะกรรมการพิจารณาความรับผิดทางแพ่งและ 3) ศาลปกครอง ซึ่งบ่อยครั้งที่ผู้มีอำนาจทั้งสามองค์กรมีความเห็นไม่ตรงกัน กล่าวคือเมื่อมีการกระทำเกิดขึ้นมีคดีฟ้องร้องทางแพ่ง ปัจจุบันดำเนินคดีที่ศาลยุติธรรมแผนกคดีผู้บริโภค ศาลตัดสินคดีถึงที่สุดว่าเป็นการกระทำโดยประมาทเป็นคดีละเมิดหน่วยงานต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหาย จากนั้นหน่วยงานตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิดเพื่อพิจารณา ถ้าคณะกรรมการเห็นว่าไม่เป็นประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงไม่ต้องชดเชย แล้วส่งความเห็นพร้อมสำนวนสอบสวนไปให้กระทรวงการคลัง โดยคณะกรรมการพิจารณาความรับผิดทางแพ่งพิจารณาต่อไป ถ้าคณะกรรมการดังกล่าวเห็นพ้องกับคณะกรรมการชุดแรกผู้กระทำไม่ต้องชดเชยเงินคืนให้กับหน่วยงาน แต่ถ้าเห็นแย้งและมีคำสั่งให้ชดเชยเป็นจำนวนเงินเท่าไร หน่วยงานต้นสังกัดต้องออกคำสั่งให้เจ้าหน้าที่

ผู้กระทำได้กล่าวชดใช้เงินตามความเห็นของกระทรวงการคลัง (มาตรา 10 วรรคสอง พรบ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539) และคำสั่งให้ชดใช้เงินดังกล่าวเป็นคำสั่งทางปกครอง ถ้าเจ้าหน้าที่ผู้นั้นไม่เห็นด้วยก็สามารถฟ้องศาลปกครองให้ยกเลิกคำสั่งดังกล่าวได้ ซึ่งศาลปกครองจะเป็นผู้พิจารณาในชั้นสุดท้ายว่าเป็นการกระทำที่เป็นประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรือไม่ในชั้นสุดท้ายต่อไป

5. ละเมิด

ละเมิด หมายความว่า ล่วงเกินหรือฝ่าฝืนจารีตประเพณีหรือกฎหมายที่มีบัญญัติไว้⁵

ความรับผิดจากการละเมิด คำว่า ละเมิด เป็นศัพท์ในทางกฎหมายแพ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ได้บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” จากบทบัญญัติดังกล่าว การละเมิดนั้นเกิดขึ้นได้โดย

- ผู้กระทำการด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่อ
- การกระทำนั้นผิดกฎหมาย หมายถึงทำโดยไม่มีสิทธิหรือไม่มีอำนาจที่จะกระทำได้
- การกระทำนั้นเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิ อย่างหนึ่งอย่าง¹⁶

ในระบบกฎหมายไทยอาจจะเห็นคำว่าละเมิดปรากฏอยู่ในกฎหมายเป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่

1) ละเมิดทางแพ่ง (ตาม ป.แพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานในการวินิจฉัยองค์ประกอบของความผิดฐานละเมิดอื่นๆ

2) ละเมิดจากการปฏิบัติหน้าที่ (ตาม พรบ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539) โดยพิจารณาองค์ประกอบของความผิดเบื้องต้นตาม ป.แพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 แต่มีความแตกต่างคือเจ้าหน้าที่ผู้กระทำละเมิดจะต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้กับหน่วยงานหรือไม่ก็ต่อเมื่อกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น

3) ละเมิดทางปกครอง (ตามมาตรา 9 วรรคหนึ่ง (3) พรบ. จัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542) เป็นการกระทำละเมิดที่เกิดจากการใช้อำนาจตามกฎหมายไม่ว่าจะเป็นการออกกฎหรือคำสั่งทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายก่อให้เกิดความเสียหายขึ้น

วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ประกอบวิชาชีพคือพยาบาล มีขอบเขตหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด คือ หน้าที่ในการรักษาพยาบาลรวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลมีโอกาที่จะเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ซึ่งทางกฎหมายเรียกว่า กระทำละเมิดต่อผู้เสียหาย¹⁷ พิจารณาการกระทำละเมิดจากตัวอย่าง ดังนี้

ตามสำนวนการสอบสวนข้อเท็จจริงปรากฏว่า เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2552 นางสาว น. ถููกักต ญาติจึงได้นำตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ป. ในเวลาประมาณ 16.30 น. โดยผู้ป่วยและญาติได้แจ้งกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ป. ว่าถูกงูเห่ากัด นายแพทย์ ช. แพทย์เวรแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้สั่งฉีดยาแก้ปวด (TRANAL) และยาต้านการอักเสบ (DEXA) ให้กับผู้ป่วย รวมทั้งได้ทำการเจาะดูการแข็งตัวของเลือด (VTC) ซึ่งผลปรากฏว่าปกติ ต่อมาเมื่อเวลาประมาณ 17.30 น. ได้ส่งผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงซึ่งมีนายแพทย์ ม. เป็นแพทย์เวรศัลยกรรมและเป็นแพทย์เวรเจ้าของไข้ ขณะนั้นนายแพทย์ ม. กำลังทำการผ่าตัดไส้ติ่งให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นอยู่ จนเวลาประมาณ 19.00 น. นางสาว อ. หัวหน้าพยาบาลเวรป่วยได้เดินตรวจดูจึงพบว่าผู้ป่วยหลับอยู่ แต่เรียกไม่ตื่น ไม่แสดงอาการตอบสนองชีพจรเต้นเบา จึงได้ทำการช่วยเหลือโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจและให้ออกซิเจนเมื่อนายแพทย์ ม. มาถึงพบว่าผู้ป่วยหยุดหายใจแต่ยังมีสัญญาณชีพ นายแพทย์ ม. จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และขอต่อเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ ตรวจสอบพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางประสาท จึงสงสัยว่าผู้ป่วยที่กักตน่าจะเป็นงูพิษที่มีผลต่อระบบประสาท จึงได้สั่งให้เชรุ่มด้านพิษงูเห่าต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยและได้ปรึกษานายแพทย์ ป. (อายุรแพทย์) ให้มาร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย วันที่ 4 กรกฎาคม 2552 เวลาประมาณ 16.40 น. ผู้ป่วยได้เสียชีวิตลง โดยแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นสาเหตุจากสมองขาดเลือดเนื่องจากถูกงูพิษกัด นาย ว. และนาง จ. บิดามารดาของนางสาว น. จึงเป็นโจทก์ยื่นฟ้อง หน่วยงานเป็นจำเลยต่อศาลจังหวัดในคดีละเมิด เรียกให้ชดใช้ค่าเสียหายเป็นเงินจำนวน 400,000 บาท พร้อมดอกเบี้ยตามกฎหมายเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม

2555 ศาลอุทธรณ์ภาค 1 มีคำพิพากษา โดยพิพากษายืนตามคำพิพากษาศาลจังหวัด สรุปได้ว่า นางสาว น. ไม่ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาล ป. อย่างใกล้ชิดและทันทั่วทั้งที่ แม้จำเลยยังโต้แย้งอยู่ว่า นางสาว น. แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ป. ว่าถูกขู่เข็ญทางใหม่กัก ทำให้การรักษาไม่ถูกต้องตรงกับข้อเท็จจริงที่นางสาว น. ถูกขู่เข็ญกัก แต่การกระทำของแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต่อนางสาว น. ซึ่งถูกขู่มีพิษกักมา ถือได้ว่าเป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่ออันเป็นการกระทำละเมิดแล้ว¹⁸

เทียบการกระทำตามโจทย์กับตัวบทกฎหมาย 1) เป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่อ 2) เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายกล่าวคือเจ้าหน้าที่ไม่มีสิทธิหรือไม่มีอำนาจที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความประมาทได้ 3) เป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับความเสียหายแก่ชีวิต กรณีดังกล่าวจึงครบองค์ประกอบของความผิดฐานละเมิดตาม ป.แพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420

บทสรุป

การปฏิบัติหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลมีโอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติหน้าที่ได้ตลอดเวลาเนื่องจากเป็นงานที่กระทำต่อเนื่องตัวร่างกายและจิตใจของมนุษย์ ซึ่งต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้ข้อจำกัดของเวลา และทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ประกอบกับการเรียนการสอนวิชากฎหมายสำหรับวิชาชีพพยาบาลซึ่งมีการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีในชั้นปีต้นๆ อาจทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลเป็นเวลานานอาจหลงลืมหรือขาดความเข้าใจในตัวบทกฎหมายที่ปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย การศึกษาทบทวนความรู้ความเข้าใจหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องผ่านการทำความเข้าใจ 5 คำสำคัญดังกล่าวข้างต้นจะช่วยให้พยาบาล เกิดความมั่นใจและระมัดระวังในการทำงานมากขึ้น และนอกเหนือจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายดังกล่าวแล้วแล้วสิ่งสำคัญที่ช่วยเป็นเกราะป้องกันข้อผิดพลาดในการปฏิบัติหน้าที่ หรือการถูกฟ้องร้องดำเนินคดีที่ตีที่สุดประการหนึ่งก็คือ การปฏิบัติหน้าที่โดยคำนึงถึงหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลเป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. อนุชา กาศลลังกา. พยาบาลทำอะไร ภูมิใจ ปลอดภัย ไม่ถูกฟ้อง. วารสาร ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2559;1:80-86.
2. อธิพิณ สูงแข็ง. แนวโน้มการฟ้องร้องทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/01/16725>.
3. วาทีน หนูเกื้อ. ข้อเท็จจริงที่ไม่เกี่ยวกับเจตนาในการกระทำความผิดอาญา. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี 2557;2:52-9.
4. สุทธิลักษณ์ แก้วบุญเรือน. กฎหมายกับพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.slideshare.net/sutthiluckkaewboonrun/ss-66911979> Published on Oct 9, 2016.
5. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์; 2554.
6. จิตติ ดิงศภิทัย. กฎหมายอาญาภาค1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์; 2526.
7. เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2562.
8. ไสว นรสาร. ความรับผิดชอบอาญากับการปฏิบัติการพยาบาล. ใน: แสงทอง อีระทองคำ, ไสว นรสาร. กฎหมายสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่งจำกัด; 2556. หน้า 23-49.
9. ชัชวาล วงศ์สารี, อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ การพยาบาลและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส; 2557.
10. สำนักกฎหมายปกครอง. สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติความรับผิดชอบ ละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://web.krisdika.go.th/vib/showPage.jsp?sec=5&item=1>
11. วารี นาสกุล. คำอธิบายกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ลักษณะละเมิด จัดการงาน นอกสั่ง ลากมิควรได้. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: กรู๋สยาม พับลิชชิ่ง; 2559.

12. ศักดิ์ สอนองชาติ. คำอธิบายโดยย่อประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณาการ; 2556.
13. พิฑูร ธรรมธรรานนท์. "จงใจ" ต่างกับ "เจตนา" อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก:
[https://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=muforensic&month=01 - 2013&date=04&group=15&gblog=24](https://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=muforensic&month=01-2013&date=04&group=15&gblog=24).
14. ชูชาติ อัครโรจน์. คำอธิบายพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่พ.ศ. 2539. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2555.
15. อินชวรินทร์ ไทยตอทเหิน. ความประมาทเลินเล่อ (negligence) ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง (gross negligence) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.insurancethai.net/negligence-grossnegligence/#popup1>.
16. แสงว บัญเฉลิมวิภาส. ปัญหาฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข. กรุงเทพฯ: จุลินิติ; 2554.
17. จินตนา สุวิทวัส. ความรับผิดทางละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560;2:146-52.
18. กรมบัญชีกลาง. ย่อคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาความรับผิดทางแพ่ง เรื่องเสร็จที่ 81/2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cgd.go.th/cs/internet/internet/>

ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ

พุทธิพร พิธานธนานุกูล พย.ม.*

บทคัดย่อ

ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้เป็นภาวะที่มีปัสสาวะเล็ดราดออกมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นหนึ่งในปัญหาภัยคุกคามของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้หากไม่ได้รับการรักษา อาจจะทำให้เกิดการหกล้มและกระดูกหัก รบกวนการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า และการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ อันจะนำไปสู่อัตราการเกิดโรค อัตราการตาย และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามมา ดังนั้นบุคลากรที่มีสุขภาพจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการภาวะนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเภทการประเมิน และการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้, ผู้สูงอายุ

*สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

Corresponding e-mail: putti.pitan@gmail.com

วันที่รับ (received) 27 ก.พ.2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 เม.ย.2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 เม.ย.2563

Urinary Incontinence in Older Persons

Puttiporn Pitanthanukul M.N.S.*

Abstract

Urinary incontinence is defined as the involuntary leakage of urine. It is a common problem in older persons and is one of the most common geriatric syndromes affecting their quality of life. Untreated incontinence is associated with falls, fractures, sleep disturbances, depression, and urinary tract infections. In addition, it increases overall morbidity, mortality, and health care costs. Healthcare provider teams should be knowledgeable about the assessment and management of urinary incontinence, to ensure effective care for older persons. This objective of this article is present the types, effective assessment, and management of urinary incontinence in elderly patients.

Keywords: urinary incontinence, older person

* Department of Community health, Faculty of Liberal Arts and Sciences,
Sisaket Rajabhat University
Corresponding e-mail: putti.pitan@gmail.com

บทนำ

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จนผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลส่วนหนึ่งเคยชินหรือยอมรับกับภาวะนี้ เพราะคิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย ไม่สามารถรักษาได้ แต่ความจริงแล้วภาวะนี้อาจเป็นเพียงอาการแสดงออกของโรคบางโรคหรืออาจจะเกิดขึ้นชั่วคราว หากได้รับการรักษาแก้ไขก็สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้¹

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้สามารถแบ่งออกได้เป็นชนิดปัสสาวะเล็ด คือมีการไหลของปัสสาวะออกมาเล็กน้อยเมื่อแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นทันที เช่น ไอ จาม หัวเราะ เป็นต้น ชนิดปัสสาวะราด คือมีอาการอยากจะปัสสาวะทันที ทำให้มีการไหลของปัสสาวะออกมาปริมาณปานกลางถึงมาก และชนิดปัสสาวะเล็ดและราดจะมีอาการอยากปัสสาวะทันที ร่วมกับปัสสาวะเล็ดเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น²⁻³ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง และพบบ่อยมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁴⁻⁵ โดยพบภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10-34⁵ ซึ่งความชุกจะต่างกันเมื่อผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 47.1⁶ ส่วนผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 40⁷ และในประเทศไทยพบความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ของผู้สูงอายุในชุมชนถึงร้อยละ 54.9-60.9⁸⁻⁹ ส่วนผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 50.6¹⁰ โดยชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัสสาวะเล็ดและราด ร้อยละ 51.3 รองลงมา คือ ปัสสาวะราด ร้อยละ 25.6 และปัสสาวะเล็ด ร้อยละ 10.3⁸

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก โดยส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้ การมีปัสสาวะเล็ดราดบ่อยครั้งทำให้ผิวหนังเปื่อยขึ้น เกิดการระคายเคือง เกิดผื่นหรือผิวหนังเปื่อย ผิวหนังฉีกขาดเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผิวหนัง การที่ผู้สูงอายุกังวลเกี่ยวกับการปัสสาวะบ่อย ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องรีบลุกไปขับถ่าย โดยเฉพาะในเวลากลางคืน มีผลรบกวนต่อการนอนหลับ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการหกล้มและกระตุกหักได้ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ทำให้แยกตัวจากสังคมเนื่องจากกลัวการปัสสาวะเล็ดราดในชุมชน กลิ่นที่ไม่สะอาด อาจจะนำไปสู่

ภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ ด้านค่าใช้จ่ายในการซื้อผ้ารองขับปัสสาวะอีกด้วย^{8,11}

จะเห็นได้ว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่อาจจะถูกละเลยทั้งโดยตัวผู้สูงอายุเองหรือผู้ดูแล รวมทั้งส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภท การประเมิน หลักการรักษา การจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการบำบัดด้านพฤติกรรม จะช่วยบรรเทาอาการ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นได้

ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ไว้หลากหลาย ดังนี้

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หมายถึง ภาวะที่มีปัสสาวะเล็ดราดออกมา โดยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้^{5,12}

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะเล็ดราดออกมาทางท่อปัสสาวะ โดยไม่สามารถควบคุมได้และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของบุคคล⁴

โดยสรุป ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้จึงหมายถึง การสูญเสียความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะเล็ดราดออกมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และจิตสังคม

ชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้²

1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเฉียบพลัน (Acute urinary incontinence) เป็นภาวะภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่เกิดขึ้นชั่วคราว หากได้รับการแก้ไขสาเหตุโดยตรง จะทำให้หายได้ สาเหตุของอาการนี้ใช้หลักจำว่า DRIP โดยมีความหมายดังนี้

D คือ Delirium/Drug ผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) จากเหตุใดก็ตาม จะสูญเสียความสามารถในการควบคุมปัสสาวะชั่วคราว รวมทั้งยาบางชนิดก็อาจส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาการปัสสาวะราดขึ้นได้ ได้แก่ 1) ยาที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะปัสสาวะคั่ง (Urinary retention) เช่น ยาในกลุ่ม

Anticholinergic, Opiate, Calcium channel blocking agent, Dihydropyridine และ ยาลดอาการคัดจมูกกลุ่ม Alpha-adrenergic agonist 2) ยาที่มีผลข้างเคียงต่อการ ทำงานของหูรูดท่อปัสสาวะ (Urethral sphincter) เช่น Alpha-adrenergic agonist ที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง 3) ยาที่ทำให้มีปริมาณปัสสาวะมาก เช่น ยาขับปัสสาวะ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4) ยากลุ่มอื่นๆ เช่น ยาออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาทที่ทำให้วังงงซึม ได้แก่ Benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์ยาว เป็นต้น

R คือ Retention of urine/Restricted mobility การจำกัดการถ่ายปัสสาวะ ได้ด้วยตนเอง หรือจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินไปห้องน้ำ ได้สะดวกจากสาเหตุต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุมีที่กั้นข้างเตียงเพื่อป้องกันการตกเตียง การผูกมัดผู้สูงอายุ การมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก หรือหลังการผ่าตัด เติงอยู่ห่างจากห้องน้ำมาก ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะเพื่อจะ ไปถ่ายปัสสาวะที่ห้องน้ำได้ทัน นอกจากนั้นผู้ป่วยสูงอายุยังต้องประสบเหตุการณ์ ต่างๆ ในหอผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะปัสสาวะคั่ง เช่น ผลข้างเคียงจากยา การนอน ถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุเพศหญิงโดยใช้หม้อนอนบนเตียง ทำให้ขาด ความเป็นส่วนตัว และยังต้องพยายามรักษาสมดุลของร่างกายบนหม้อนอนขณะ ถ่ายปัสสาวะ มีผลทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ

I คือ Infection/Impaction (Fecal) การอักเสบติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้ออักเสบเฉียบพลัน ทำให้ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดราด หากรักษาอาการอักเสบหายแล้ว ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ก็หายไปได้ ผู้สูงอายุ ที่มีอาการท้องผูกมากจนเกิดภาวะอุจจาระอุดตันในลำไส้ (Fecal impaction) ก็อาจเป็นสาเหตุของอาการปัสสาวะราดได้ เนื่องจากก้อนอุจจาระที่แข็งบริเวณ Rectum จะส่งผลต่อท่อทางเดินปัสสาวะด้านหน้า ทำให้เกิดปัสสาวะคั่ง และอาการ ปัสสาวะราดทั้งแบบ Overflow incontinence หรือ Urge incontinence

P คือ Polyuria/Prostatism ภาวะที่ทำให้มีปริมาณปัสสาวะมากผิดปกติ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบการขับถ่ายปัสสาวะเนื่องจากความชรา ทำให้เกิด อาการปัสสาวะราดได้ สาเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับยาขับปัสสาวะ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน เป็นต้น รวมทั้ง กลุ่มอาการจากโรคของต่อมลูกหมาก ทำให้เกิดการอุดตันที่คอกระเพาะปัสสาวะ (Bladder outlet obstruction) ทำให้เกิดปัสสาวะราดทั้งแบบ Overflow incontinence

และมีปัญหาปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนอันนำไปสู่อาการปัสสาวะราดตอนกลางคืนด้วย

2. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง (Chronic urinary incontinence) แบ่งออกได้เป็น 5 ประเภท ได้แก่

2.1 Functional incontinence ลักษณะของปัญหาในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ ไม่สามารถเดินไปปัสสาวะในห้องน้ำได้เองโดยสะดวก โดยสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการไปห้องน้ำเพื่อถ่ายปัสสาวะ เช่น อาการปวดเข่าเนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อม อาการเหนื่อยง่ายจากโลหิตจาง โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง เดินลำบากจากโรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โรคจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุไม่สนใจในการดูแลตนเอง

2.2 Stress incontinence เป็นภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่เกิดจากการมีกิจกรรมที่ทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างกะทันหัน การมีความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้นทันที จนhurst กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถควบคุมการไหลของปัสสาวะที่จะพุ่งออกอย่างรวดเร็วและรุนแรงได้ เช่น การยกของหนัก การไอ การจามอย่างแรง นำไปสู่การมีปัสสาวะเล็ดราดได้

2.3 Urge incontinence เป็นพยาธิสภาพที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง มักพบร่วมกับปัญหาอื่นๆ ที่บริเวณทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท่อปัสสาวะอักเสบ เนื้องอกหรือนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ หรืออาจเกิดขึ้นเองเนื่องจากความสูงอายุที่เรียกว่า Over active bladder (OAB) ซึ่งภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิดนี้มีชื่อเรียกต่างๆ เช่น Detrusor overactivity, Bladder instability ภาวะนี้เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อดีทริเซอร์เอง โดยไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการอยากถ่ายปัสสาวะทันทีอย่างรุนแรง (Urgency) โดยที่ยังไม่พร้อมหรือยังไม่ต้องการถ่ายปัสสาวะ อาจเกิดขึ้นบ่อยแม้เวลากลางคืน โดยปริมาณปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะนั้นยังไม่มากเท่ากับปริมาณที่ควรเป็นในคนปกติเมื่อมีอาการอยากถ่ายปัสสาวะ แต่ปริมาณปัสสาวะที่ราดออกมาจะมากกว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิดอื่น

2.4 Overflow incontinence พยาธิสภาพชนิดนี้เกิดจากการที่กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะออกได้หมด หลังจากที่ถูกผู้ป่วยปัสสาวะเสร็จแล้ว เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อระบบประสาทอัตโนมัติในการ

ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มอาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น ต่อมลูกหมากโต โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อ Detrusor บีบตัวผิดปกติ

2.5 Reflex incontinence ผู้สูงอายุจะไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะเองได้ เนื่องจากกระแสประสาทที่สั่งการจากสมองไม่สามารถผ่านไปตามไขสันหลังจนถึงบริเวณ Sacral ที่ 2 ถึง 4 ที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะทำงานโดยอัตโนมัติปราศจากการควบคุม ในกรณีเรื้อรังกระเพาะปัสสาวะจะมีพยาธิสภาพแบบหดเกร็ง ทำให้ไม่สามารถเก็บกักปัสสาวะได้มาก ทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อยและกลั้นไม่ได้ ภาวะนี้เกิดจากการทำลายไขสันหลังเนื่องจากอุบัติเหตุ การแพร่กระจายของมะเร็ง และภาวะช่องไขสันหลังตีบ ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ร่วมด้วยเสมอ

นอกจากนี้ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรังในผู้สูงอายุอาจเกิดได้ทั้ง Stress incontinence และ Urge incontinence จึงเรียกว่าเป็นภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรังชนิดผสม (Mixed incontinence)³

การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

การประเมินผู้สูงอายุเพื่อการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้นั้น ต้องการการประเมินแบบครบถ้วน เพื่อที่ทีมสหสาขาสามารถใช้ข้อมูลในการจัดการปัญหาบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเฉียบพลัน รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง ซึ่งแนวทางในการประเมิน ได้แก่²⁻¹³

1. การสัมภาษณ์ประวัติ ข้อมูลจากการซักประวัติเป็นข้อมูลที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรคและวินิจฉัยทางการพยาบาล กลุ่มที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเฉียบพลัน ควรสอบถามข้อมูลจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามหัวข้อ “DRIP” ส่วนในกลุ่มที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง ควรซักประวัติให้ครอบคลุมรายละเอียดเพื่อการจำแนกพยาธิสภาพของกลุ่มอาการ ได้แก่ โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการคลอดบุตร ประวัติเกี่ยวกับการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและอวัยวะสืบพันธุ์ ยาที่มีผลต่อการขับถ่ายปัสสาวะ ปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละช่วงของวัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สิ่งแวดล้อมในบ้าน ตำแหน่งของห้องน้ำ ห้องนอน

2. การประเมินแบบแผนการถ่ายปัสสาวะ ถือเป็นมาตรฐานในการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การใช้แบบบันทึกการถ่ายปัสสาวะจะทำให้ได้ข้อมูลแบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะ รูปแบบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้และความรุนแรง

3. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจท้องบริเวณหัวเหน่า เพื่อประเมินการโป่งตึงที่บ่งบอกถึงการมีปัสสาวะคั่งค้าง หรือการมีก้อนลำบริเวณท้องด้านซ้าย อาจแสดงถึงการมีอุจจาระอัดแน่น การตรวจผิวหนังบริเวณฝีเย็บว่ามีภาวะคายเคือง มีแผล หรือมีสิ่งคัดหลั่งหรือไม่ ในผู้สูงอายุหญิงการตรวจอวัยวะสืบพันธุ์โดยให้ทาลองเบ่ง (กรณีไม่มีข้อห้าม) จะสามารถสังเกตการณ์มีอวัยวะในอุ้งเชิงกรานโผล่ออกมา เช่น Cystocele, Rectocele และ Uterine prolapse หรือพบ Atrophic vaginitis เนื่องจากการขาดฮอร์โมน ทำให้มีอาการฝีเย็บอักเสบ กดเจ็บ เนื้อเยื่อบริเวณนั้นบางและสีซีด การตรวจทวารหนักและผิวหนังบริเวณรอบๆ อาจพบปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเฉียบพลัน เช่น ท้องผูก อุจจาระอัดแน่น และผื่นจากเชื้อรา โดยการซักประวัติและตรวจร่างกายควรทำในสถานที่ที่เหมาะสม มิดชิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย และไม่รู้สึกอาย ซึ่งจะส่งผลต่อการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษอื่น เช่น Urinalysis และ Urine culture เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การตรวจ Post void residual urine หรือ PVR จะใช้กรณีที่ต้องการประเมินความสามารถในการบีบตัวขับปัสสาวะของกระเพาะปัสสาวะ หลังการถ่ายปัสสาวะปกติ ปริมาณปัสสาวะที่คั่งในกระเพาะปัสสาวะที่เกิน 100 มิลลิลิตรแสดงถึงความผิดปกติ การตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น Cystoscopy, Uroflowmetry, Cystometry เป็นการตรวจเพื่อหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ

หลักการรักษา

การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเฉียบพลัน ขึ้นอยู่กับสาเหตุการเกิด ดังนั้นการรักษาสาเหตุจึงช่วยบรรเทาอาการได้ ส่วนภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง การรักษาเน้นที่การบำบัดเชิงพฤติกรรม การช้ยา และการใช้หัตถการต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันตามชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ดังนี้^{1-2,11}

1. Functional incontinence ต้องแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินไปปัสสาวะที่ห้องน้ำได้ทัน ร่วมกับการบำบัดเชิงพฤติกรรม โดยเฉพาะการไปปัสสาวะให้บ่อยกว่าเดิม จะช่วยแก้ไขอาการนี้ได้

2. Stress incontinence ใช้การบำบัดเชิงพฤติกรรม ถ้าอาการไม่ดีขึ้น แพทย์อาจเลือกใช้ยาในกลุ่ม Alpha-adrenergic agonist ช่วยกระตุ้นให้ท่อปัสสาวะและหูรูดบีบตัว ซึ่งต้องระวังผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ที่ทำให้มีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น ความดันโลหิตสูงได้ โดยอาจใช้ร่วมกับยา Estrogen ทั้งแบบรับประทานหรือยาทาช่องคลอด ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น กรณีพบว่ามีภาวะ Sphincter incompetence จะใช้การผ่าตัด Pubovaginal sling โดยวิธีเสาะนำเอาเนื้อเยื่อ เช่น Rectus fascia เป็นแถบมาคล้องประคองท่อปัสสาวะ และ Bladder neck ไว้ ปรับให้ท่อปัสสาวะปิดสนิทพอดี การฉีดสารหนุนท่อปัสสาวะ (Urethral bulging agent) เป็นการฉีดสารบางอย่างเข้าไปหนุนให้เยื่อบุกระเพาะปัสสาวะชิดกัน ช่วยทำให้สภาพการทำงานของท่อปัสสาวะดีขึ้น เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำผ่าตัดใหญ่ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถรับการผ่าตัดได้หรือปฏิเสธการผ่าตัด จำเป็นต้องใช้แผ่นผ้าอ้อมรองขณะออกนอกบ้าน ถ้าเป็นผู้สูงอายุชาย อาจใช้ถุงยางอนามัยต่อเข้ากับปลายอวัยวะเพศแล้วต่อกับสายปัสสาวะลงถุงเก็บปัสสาวะ ซึ่งใช้ได้เฉพาะพยาธิสภาพชนิดนี้เท่านั้น

3. Urge incontinence โดยการแก้ไขพยาธิสภาพเฉพาะที่ในทางเดินปัสสาวะส่วนล่างที่เป็นสาเหตุ เช่น การให้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ การผ่าตัดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น ในกรณีไม่พบสาเหตุ ส่วนใหญ่มักเกิดจาก Over active bladder อาจเริ่มด้วยการบำบัดเชิงพฤติกรรม การใช้ยาคลายกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ในผู้สูงอายุแพทย์จะพิจารณาเริ่มจากขนาดน้อยที่สุด แล้วเพิ่มขนาดช้าๆ ตามความรุนแรงของอาการ ยาประเภทนี้ ได้แก่ ยากลุ่ม Anticholinergic, Tricyclic antidepressant, Bladder relaxant กรณีผู้สูงอายุไม่ตอบสนองต่อการรักษาข้างต้น อาจใช้วิธีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าที่เส้นประสาท Tibial (Percutaneous tibial nerve stimulation) หรือวิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งๆ หรือคาสาสวนปัสสาวะไว้ กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อควรใช้แผ่นรองปัสสาวะปูเตียง (Bed pad) เพื่อเปลี่ยนและทำความสะอาดได้ง่าย

4. Overflow incontinence การใช้ยากลุ่ม Alpha-adrenergic antagonist กรณีมีการอุดตันทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ยาในกลุ่ม cholinergic agent เช่น Bethanecol

มีประโยชน์ในกลุ่มที่สาเหตุมาจากการที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไม่ดี การผ่าตัดทำ Urethral dilatation หรือ Urethrotomy ในรายที่สาเหตุเกิดจากการอุดตันทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง หลังจากรักษาดังกล่าวติดตามประเมิน Post void residual urine ถ้าปริมาณปัสสาวะเหลือมากกว่า 400 มิลลิลิตร แสดงว่าไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์อาจให้คำปรึกษาถึงวิธีสวนปัสสาวะทั้งเป็นครั้งๆ หรือคาสายสวนปัสสาวะตลอดไป

5. Reflex incontinence หลักการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพที่มีผลต่อการทำงานของไขสันหลัง ถ้าเป็นชนิดชั่วคราว ในช่วงแรกมักต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ก่อนจนกระทั่งพยาธิสภาพหายไปจึงถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ กรณีที่เป็นชนิดถาวร จำเป็นต้องใช้วิธีสวนปัสสาวะทั้งเป็นครั้งๆ หรือคาสายสวนปัสสาวะตลอดไป

6. Mixed incontinence ใช้วิธีของ stress และ Urge incontinence ร่วมกัน คือเริ่มจากการบำบัดเชิงพฤติกรรม แล้วจึงพิจารณาการใช้ยา การผ่าตัด และการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า^{12,14}

การพยาบาลและการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ

เมื่อประเมินได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จะต้องวางแผนการดูแลและการลงมือปฏิบัติการดูแลตามแผน ซึ่งการจัดการที่ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงสุด จะต้องเป็นการจัดการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีม เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการวางแผนต้องคิดและตัดสินใจเลือกกลวิธีที่แก้ไขสาเหตุและปัจจัยที่แก้ไขได้ ประเมินวิธีที่ผู้สูงอายุเคยใช้มาก่อน นอกจากนี้ควรคำนึงถึงโรคหรือภาวะผิดปกติอื่นๆ เช่น โรคของอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มะเร็ง หรือโรคทางระบบประสาทที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป้าหมายในการรักษาของผู้สูงอายุ¹¹ การลงมือปฏิบัติการดูแลตามแผน และการติดตามประเมินผลลัพธ์ นอกจากนี้ในการประเมินและการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ควรคำนึงถึงวัฒนธรรม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่นด้วย ซึ่งหลักการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ประกอบด้วย การจัดการโดยทั่วไป การบำบัดเชิงพฤติกรรม และการพยาบาลที่เฉพาะกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิดต่างๆ¹⁵

1. การจัดการโดยทั่วไป การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตถือว่าเป็นการรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุที่ควรจะเริ่มเป็นอันดับแรกเนื่องจากเป็นวิธีการที่มีความเสี่ยงน้อยและได้ผลดี¹¹

1.1 การจำกัดน้ำดื่มในแต่ละวันอย่างเหมาะสม ในผู้สูงอายุการดื่มน้ำมักจำกัดจากการมีความรู้สึกกระหายน้ำลดลง ผู้สูงอายุบางคนอาจลดการดื่มน้ำเพื่อลดการขับถ่ายปัสสาวะ จึงควรปรับให้เหมาะสม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับยาขับปัสสาวะร่วมด้วย ควรจัดให้ดื่มน้ำอย่างสม่ำเสมอตลอดวัน ผู้สูงอายุที่ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนต้องลดปริมาณน้ำดื่มโดยเฉพาะก่อนนอนประมาณ 2 ชั่วโมง¹⁵ ซึ่งการลดปริมาณน้ำดื่มลง 25% จะช่วยบรรเทาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิด overactive bladder ลงได้¹⁶

1.2 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการลดเครื่องดื่มคาเฟอีนไม่ได้เป็นการรักษาโดยตรง แต่ช่วยลดอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะราดได้⁷

1.3 การควบคุมน้ำหนักเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิด stress incontinence และผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m^2 เพราะความอ้วนจะเพิ่มความดันในช่องท้องทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดราดได้ง่าย^{15,18}

1.4 การใช้อุปกรณ์ช่วยการขับถ่าย ได้แก่ การใช้หมอนอน เก้าอี้นั่งขับถ่าย ควรใช้ในผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิด urge incontinence และการใช้อุปกรณ์ช่วยการขับถ่ายนี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่การรักษาหลักยังไม่ได้ผล¹⁶

1.5 การปรับและจัดสภาพแวดล้อมห้องน้ำ ควรสะดวกสบาย ระยะเวลาไม่ไกล สภาพทางเดินสะดวก มีแสงสว่างบริเวณทางเดินไปสู่ห้องน้ำ ลักษณะห้องน้ำที่สะดวกมีอุปกรณ์ เช่น ราวจับเวลานั่ง ยืน

1.6 การใช้เครื่องแต่งกายเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย การเลือกใช้อุปกรณ์ขับปัสสาวะ แผ่นรองรับปัสสาวะอย่างเหมาะสม

2. การบำบัดเชิงพฤติกรรม¹³

2.1 การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic muscle exercise: PME หรือ pelvic floor retaining หรือ Kegel exercise) ถือเป็นการรักษาทางเลือกอันดับแรกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นวิธีการที่ได้ผลในภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ชนิด stress incontinence และใช้ร่วมกับการบำบัดอื่นใน urge incontinence และ mixed incontinence¹⁶ โดยมุ่งสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน วิธีการนี้ใช้เวลาหลายเดือนจึงจะเห็นผล ดังนั้นจึงต้องการการเสริมแรงและความอดทนในการปฏิบัติ

ความสำเร็จของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการบริหารที่ใช้ การบริหารกล้ามเนื้อที่ถูกต้อง กฎวิธีและต่อเนื่อง รวมทั้งการประยุกต์ให้เข้ากับผู้สูงอายุแต่ละคน การแนะนำผู้สูงอายุในการทำการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน มีดังนี้ 1) อธิบายให้ขมิบกกล้ามเนื้อรอบทวารหนักและช่องคลอด ในการขมิบทวารหนักและช่องคลอด แนะนำไม่ให้ผู้สูงอายุแขม่วท้อง หนีบก้นหรือดันขา (เพราะการกระทำเหล่านี้เป็นเพียงการเพิ่มความดันในช่องท้องเท่านั้น) และให้มุ่งที่กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเท่านั้น 2) แนะนำให้ขมิบ 10 วินาที และคลาย 10 วินาที ในผู้สูงอายุบางคนอาจเริ่มที่ 3 หรือ 5 วินาทีก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 10 วินาที 3) แนะนำให้ขมิบ 50 ครั้งต่อวันแต่ไม่เกิน 25 ครั้งต่อครั้ง 4) แนะนำให้ผู้สูงอายุสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาการปัสสาวะเล็ดราดจะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อทำติดต่อกันประมาณ 2-4 สัปดาห์¹³ ซึ่งจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่าการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานช่วยลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ¹⁸⁻²¹

2.2 การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (Bladder training) เป็นการฝึกการใช้คำสั่งจากส่วน cortex ของสมองยับยั้งรีเฟลกซ์การถ่ายปัสสาวะระดับ Sacrum มีวิธีการทำได้หลายวิธี แต่มีหลักการคือ ยึดเวลาการถ่ายปัสสาวะออกไป เช่น การฝึกให้กลั้นปัสสาวะไว้เมื่อรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ โดยยึดเวลาไป 5-10 นาที ในการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง จนสามารถยึดเวลาออกไปให้การถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งห่างกันประมาณ 2-3 ชั่วโมง ในการฝึกนั้นต้องให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการฝึก หรือให้ความรู้ จัดทำตารางการถ่ายปัสสาวะ (Scheduled voiding) และมีวิธีการฝึกที่เสริมแรงและถูกต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งจะช่วยให้การปัสสาวะเป็นไปตามกำหนดเวลา¹³ การฝึกแบบนี้ได้ผลในผู้สูงอายุที่มี Urge incontinence และ Mixed incontinence¹⁶ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้วิธีการฝึกกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการบำบัดวิธีอื่น เช่น การใช้ยา และการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ช่วยลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ^{14,22-23}

2.3 การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะทันที (Prompt voiding) เป็นวิธีที่ใช้กับผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านความคิดความจำ หรือมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย โดยการพาผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำเมื่อคาดการณ์ว่าต้องการถ่ายปัสสาวะ ใช้ในภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิด functional incontinence และ urge incontinence ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการใช้วิธีนี้ช่วยลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการดูแลพื้นฐาน²⁴⁻²⁵

2.4 การทำ Crede's maneuver เพื่อช่วยให้ปัสสาวะได้มากขึ้น ด้วยการกดลิ้น บริเวณเหนือหัวเหน่า

2.5 การทำ Double voiding technique โดยเมื่อหลังการถ่ายปัสสาวะครั้งแรกเสร็จแล้วให้ผู้สูงอายุนั่งขึ้นหรือเปลี่ยนท่า และปัสสาวะอีกครั้ง

3. การพยาบาลที่เฉพาะกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิดต่างๆ^{2,13}

ตารางที่ 1 สรุปการพยาบาลและการรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิดต่างๆ

ชนิดของภาวะ กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้	การบำบัดเชิงพฤติกรรม					การรักษา	
	Pelvic muscle exercise	Bladder training	Prompt voiding	Crede's maneuver	Double voiding technique	การใช้ยา	การผ่าตัด/หัตถการ
Functional incontinence			√				
Stress incontinence	√					alpha-adrenergic agonist, estrogen	pubovaginal sling, Urethral bulging agent
Urge incontinence	√	√	√			anticholinergic, tricyclic antidepressant, bladder relaxant	urinary catheterization, electrical stimulation
Overflow incontinence				√	√	alpha-adrenergic antagonist, cholinergic agent	urethral dilatation, urinary catheterization
Mixed incontinence	√	√	√			anticholinergic, antidepressant	Midurethral sling, electrical stimulation

จะเห็นได้ว่าการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ ควรมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต การบำบัดเชิงพฤติกรรม เนื่องจากเป็นวิธีการบำบัดที่ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ไม่เกิดผลข้างเคียง ดังนั้นการเสริมแรงให้ผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ

บทสรุป

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการชรา แต่เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากสาเหตุและปัจจัยร่วม ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่างๆ จากกระบวนการชรา ปัจจัยด้านการรักษา รวมทั้งสภาพแวดล้อม อุปสรรคที่สำคัญในการแก้ไขภาวะดังกล่าวคือ การคิดว่าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ ความรู้สึกอาย รวมทั้งคิดว่าเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาได้ ทำให้ไม่บอกอาการ ไม่ไปรับการรักษา ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจผู้สูงอายุ เพื่อที่จะประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยง สาเหตุและปัจจัยร่วม อันจะนำไปสู่การพยาบาลเพื่อจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ. ใน: วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. หน้า 218-32.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น; 2552.
3. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC, Vasconcelos Neto JA, Oria MOB, Vasconcelos CTM. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. Rev Esc Enferm USP 2017;51:1-8.
4. จีรวรรณ อินคัม. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2015;22:58-68.
5. Neki NS. Urinary incontinence in elderly. Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University 2016;5:5-13.

6. Cavalcante KVM, Silva MIGC, Bernardo ASF, Souza DE, Lima TCGC, Magalhães AG. Urinary incontinence in elderly women. Rev Bras Promoc 2014;27:216-23.
7. Condon M, Mannion E, Molloy W, Caoimh R. Urinary and fecal incontinence: point prevalence and predictors in a university hospital. International Journal of Environmental Research and Public Health [internet]. 2019 [cited 2020 Mar 30];194:1-8. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/2/194/htm>
8. นิตยา จันทบุตร, นาทาลี บุญแกม, อารียา จันทะวงษ์, อารียา แสนพันธ์, อารียา อินธิเดช, อารียา พิมพ์ศรี และคณะ. ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://jes.rtu.ac.th/rtunc2018/pdf/Oral%20Presentation/Oralกลุ่ม4วิทยาศาสตร์สุขภาพ/3HS_O14.pdf
9. พุทธิพร พิธานธนาคุณ. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยปล้อง อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ. พยาบาลสาร 2561;45:12-25.
10. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรณา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, ปัทมา สุริต, อัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555;35:15-24.
11. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in women A Review. JAMA 2017;318:1592-1604.
12. วันทิน ศรีเบญจลักษณ์, ปณิดา ลิ้มปะวัฒน์. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;2:82-92.
13. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้. ขอนแก่น: คลังนันทวิทยา; 2554.
14. Grimshaw R, Jain P, Latthe R. Management of mixed urinary incontinence. Women's Health 2012;8:567-77.
15. สุจารี อมรกิจบำรุง. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ. ใน: ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์ มะลิวรรณ ศีลรัตน์, บรรณาธิการ. การพยาบาลสุขภาพผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553. หน้า 287-96.

- 16.Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, et al. EAU guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. European Urology [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 20]; 7690:1–14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.12.031>
- 17.Bryant CM, Dowell CJ, Fairbrother G. Caffeine reduction education to improve urinary symptoms. Br J Nurs 2002;11:560–5.
- 18.Radziminska A, Rajek MW, Straczynska A, Podhorecka M, Kozakiewicz M, Kornatowska K, et al. The impact of pelvic floor muscle training on the myostatin concentration and severity of urinary incontinence in elderly women with stress urinary incontinence—a pilot study. Clin Interv Aging 2018;13:1893–8.
- 19.Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. Maturitas 2010;67:309–15.
- 20.จันทนา รณฤทธิชัย, รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, พิชัย ศุจิจันทร์รัตน์, นิตยา มีหาดทราย. ผลของรูปแบบการจัดการอาการต่อระยะเวลาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสตรี. วารสารพยาบาล ศาสตร์ 2556;31;7–15.
- 21.พวงทอง รัตนวิสัย, บัวรุณ ศรีชัยกุล, ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี. ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายของกระเพาะปัสสาวะและบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อการป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิง ตำบลนาตาล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560;24;47–57.
22. Song C, Park JT, Heo KO, Lee KS, Choo MS. Effects of bladder training and/or tolterodine in female patients with overactive bladder syndrome: a prospective, randomized study. J Korean Med Sci 2006;21:1060–3.
- 23.อรกนก พุฒศรี. ผลของโปรแกรมการจัดการเชิงพฤติกรรมต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์. วารสารแพทยธานี 2558;42:1–16.

- 24.สมทรง จิระวรานันท์, จุฬาลักษณ์ ใจแปง. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ:
บทบาทพยาบาล. วชิรสารการพยาบาล 2562;21;77-87.
- 25.Flanagan L, Roe B, Jack B. Systematic review of care intervention studies
for the management of incontinence and promotion of continence in older
people in care homes with urinary incontinence as the primary focus
(1966-2010). Geriatr Gerontol Int 2012;12:600-11.

คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คมวัฒน์ รุ่งเรือง ศษ.ด.^{1*}, อุตม์ชญาณ์ อินทเรือง ปร.ด.¹,
ศรินยา พลสิงห์ชาญ ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ บัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีการศึกษา 2558-2560 จำนวน 240 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาล ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.92$, S.D. = 0.33) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านร่างกายอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.99$, S.D. = 0.34) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.89$, S.D. = 0.37) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.97$, S.D. = 0.34) และคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.82$, S.D. = 0.41)

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับอาจารย์ในการวางแผน จัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้แก่นักศึกษาในภาคปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง จากการปฏิบัติการพยาบาล และกิจกรรมพัฒนาทักษะด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และสำหรับหน่วยงานที่บัณฑิตใหม่ไปปฏิบัติงานสามารถประยุกต์ใช้

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

*Corresponding E-mail: komwat_cmu@hotmail.com

วันที่รับ (received) 5 ม.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 เม.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 เม.ย. 2563

ในการวางแผนการปฐมนิเทศเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการปฏิบัติงาน รวมทั้งส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ และจัดพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษาและนิเทศงานให้แก่บัณฑิตใหม่อย่างใกล้ชิด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปฏิบัติงานใหม่ ต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, บัณฑิตพยาบาล

The Quality of Life of Nursing Graduates at Boromarajonani

College of Nursing, Surin

Komwat Rungruang Ph.D.^{1*}, Utchaya Intharuang Ph.D.¹,

Sarinya Polsingchan Ph.D.¹

Abstract

This research on the quality of life of nursing graduates at Boromarajonani College of Nursing, Surin (BCN-Surin) is a descriptive research study of the quality of life of nursing graduates. The sample group in the research was 240 nurses who graduated from BCN-Surin in the academic years from 2015 to 2017 and was obtained using two-stage random sampling. The instrument used in this study was the Quality of Life of Nursing Graduates Questionnaire which consists of the following four domains: 1) physical, 2) psychological, 3) social relations, and 4) environmental. The reliability of the questionnaire was calculated based on the Cronbach's Alpha Coefficient, which was 0.85. The data was analyzed using descriptive statistics, including means and standard deviations.

The research found that the overall quality of life was perceived to be good ($\bar{x} = 2.92$, S.D. = 0.33). Additionally, the perception of the quality of life for each domain was rated as follows: the physical domain was rated as good ($\bar{x} = 2.99$, S.D. = 0.34), the psychological was rated good ($\bar{x} = 2.89$, S.D. = 0.37) the social relations domain was rated as good ($\bar{x} = 2.97$, S.D. = 0.34), and the environmental domain was rated as good ($\bar{x} = 2.82$, S.D. = 0.41).

¹Nurse Instructor Boromarajonani College of Nursing, Surin

*Corresponding E-mail: komwat_cmu@hotmail.com

The results of this research can be used by instructors to plan activities to prepare students for practice to minimize risk of negative outcomes from nursing practice and to develop their social relation skills. Managers of the departments that the nursing graduates begin working at can apply this knowledge in their orientation planning to help prepare the new nurses for work, encouraging the creation of relationships between colleagues, patients, and relatives, and arranging nursing preceptors to consult with and supervise the nursing graduates closely in order to reduce the new workers' anxiety.

Keywords: the quality of life, nursing graduates

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถิติการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพออกจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันพบว่า มีการสูญเสียพยาบาลออกจากระบบเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุเกิดจากการขาดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ค่าตอบแทนน้อย ภาระงานหนัก และขาดความมั่นคงจากการไม่ได้บรรจุเข้ารับราชการ¹ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังในโรงพยาบาลที่เกิดจากการลาออก โอนย้ายของพยาบาล² โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาได้ไม่นานมักจะมีอัตราการลาออกสูง ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาการลาออกของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปกว่า 95 แห่ง ในระหว่างปี 2548-2553 มีอัตราการลาออกรวมร้อยละ 40.84 โดยในจำนวนนั้นพบว่า เป็นการลาออกของพยาบาลภายในปีแรกของการทำงานร้อยละ 48.68 และลาออกภายในปีที่ 2 ร้อยละ 25.57

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2556 - 2560 มีจำนวนบัณฑิตพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่เข้าทำงานในแต่ละปีดังนี้ 28 คน 28 คน 38 คน 91 คน และ 47 คน รวมทั้งสิ้น 232 คน จำนวนพยาบาลที่ลาออกในปีแรกในแต่ละปีดังนี้ 3 คน (ร้อยละ 10.71), 4 คน (ร้อยละ 14.29), 7 คน (ร้อยละ 18.42), 5 คน (ร้อยละ 5.49) และ 4 คน (ร้อยละ 8.51) ตามลำดับ จำนวนพยาบาลที่คงอยู่ 25, 24, 31, 86 และ 43 คน ตามลำดับ และจำนวนพยาบาลที่ย้ายแผนก (หอผู้ป่วย) ภายในโรงพยาบาลสุรินทร์ 10, 12, 5, 16 และ 5 คนตามลำดับ³ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลยังคงมีการลาออกอย่างต่อเนื่อง

จากการสอบถามบัณฑิตพยาบาล ปีงบประมาณ 2560 ในโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 5 คน พบว่าการเข้าสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ประกอบด้วย การปรับตัวในบทบาทหน้าที่ใหม่ท่ามกลางความคาดหวังของผู้ร่วมงานสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ และเบื่อหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัญหาที่ต้องเผชิญในช่วงของการเปลี่ยนบทบาท คือ ความคาดหวังสูงจากผู้ร่วมงาน ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงที่มีการเปลี่ยนบทบาท คือ กลัว เครียด และวิตกกังวล เหนื่อยหน่ายท้อแท้

อยากลาออก⁴ ช่วงเวลาในการเริ่มปฏิบัติงานในแต่ละวันแตกต่างกันส่งผลให้กิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ส่งผลให้มีอาการปวดท้อง ท้องผูก และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีอาการเหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย อีกทั้งยังส่งผลต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่น เนื่องจากการพบปะและเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและเพื่อนน้อยลง รายได้ไม่เป็นที่พึงพอใจเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานที่ได้รับส่งผลให้มีความรู้สึกอยากลาออกจากระบบงานในภาครัฐ

จากข้อมูลข้างต้น และจากสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย การเมือง กฎระเบียบต่าง ๆ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล เช่น การสร้างหลักประกันสุขภาพทางด้านสาธารณสุข ทำให้มีผู้ใช้บริการมากขึ้น พยาบาลมีภาระงานมากขึ้น ขณะเดียวกัน การผลิตจำนวนพยาบาลลดลง พยาบาลไม่ได้บรรจุ เป็นข้าราชการภายหลังจบการศึกษา ประกอบกับการปรับเปลี่ยนบทบาทจากบัณฑิตพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในช่วงการปรับตัว 3 ปีแรกจะพบว่า ปัญหาที่ต้องเผชิญในช่วงของการเปลี่ยนบทบาท คือ ความคาดหวังสูงจากผู้ร่วมงาน ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงที่มีการเปลี่ยนบทบาท คือ กลัว เครียด และวิตกกังวล เหนื่อยหน่ายท้อแท้ และพบว่าการที่บัณฑิตบัณฑิตพยาบาลมีความรู้สึกอยากลาออกน่าจะมาจากคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีหลายด้าน

คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาล ดังนั้น การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลจะเป็นความสมดุลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รูปแบบการทำงานของวิชาชีพพยาบาลจะมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่น คือมีการหมุนเวียนเวลาการทำงานทั้งแบบ 8 ชั่วโมง 12 ชั่วโมง หรือบางวันต้องทำงานถึง 16 ชั่วโมงต่อวัน ปริมาณงานที่มากแต่คนทำงานน้อยส่งผลต่อสุขภาพ ร่างกายพักผ่อนน้อย ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย⁵ มีปัญหาในการนอนไม่หลับ มีปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค⁶ ด้านจิตใจพยาบาลที่มีอายุน้อย และมีอายุน้อยจะมีความเครียดในการปฏิบัติงานมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก⁷ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยจะมีความเครียดมาก⁸ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งในมิติความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ครอบครัวเข้าใจลักษณะการทำงานถือว่าเป็นเบื้องหลังที่ดี

เข้าใจ ใส่ใจ จะเป็นกำลังใจที่สำคัญช่วยให้พยาบาลเกิดแรงใจในการเผชิญปัญหาและความสุขในการทำงาน การที่เพื่อนร่วมงานช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความรักความสามัคคีย่อมส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงาน⁹ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยและด้านสภาพแวดล้อม การอยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี มีความปลอดภัย ไม่มีความรุนแรง ในที่ทำงาน สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาล¹⁰ ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ปัญหาการทำงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ¹¹ และสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน⁸ ดังนั้น ความสมดุลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมก็จะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาพยาบาลก่อนที่จะสำเร็จการศึกษา และเป็นข้อมูลแก่โรงพยาบาลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลดีขึ้น

คำถามการวิจัย

บัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กรอบการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยาย ครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ตามกรอบคุณภาพชีวิต ประยุกต์ใช้ของ WHOQOL-BREF-THAI โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 10 ตัวแปรย่อย คือ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึง

ความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้พฤติกรรมความเสี่ยงของตนเอง และการรับรู้ว่าคุณสมบัติไม่ต้องพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ 2) ด้านจิตใจ ประกอบด้วย 8 ตัวแปรย่อย คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเอง การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล และการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วย 3 ตัวแปรย่อย คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการรับรู้ว่าคุณสมบัติเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 4 ตัวแปรย่อย คือ การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณสมบัติอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ และการรับรู้ว่าคุณสมบัติมีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาเรื่อง “คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย ซึ่งมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีการศึกษา 2558-2560 (สำเร็จการศึกษา และทำงานแล้วอย่างน้อย 1 ปี)

ขอบเขตเนื้อหา เนื้อหาที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต ประยุกต์ใช้ของ WHOQOL – BREF – THAI¹² ได้ประยุกต์ข้อคำถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีการศึกษา 2558-2560 จำนวน 311 คน โดยประชากรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
2. ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คำนวณจากโปรแกรม Sample size calculation ที่ความเชื่อมั่น .01 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 219 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 5 เท่ากับ 11 คน เพราะฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยจึงมีจำนวน 219 - 240 คน ซึ่งได้แก่ บัณฑิตพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2558-2560 ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบสองขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มสถานที่ปฏิบัติงานของบัณฑิตพยาบาล ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยกำหนดให้สถานที่ปฏิบัติงาน เป็นกลุ่มและสุ่มมา ร้อยละ 20 ของสถานที่ปฏิบัติงานในแต่ละขนาด โดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม

ขั้นที่ 2 สุ่มบัณฑิตพยาบาล ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยกำหนดให้ปีที่สำเร็จการศึกษา เป็นกลุ่มและสุ่มมา โดยใช้วิธีการสุ่มแบบขั้นตอน

โดยขั้นที่ 1-2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปีการศึกษา
ที่สำเร็จการศึกษา

ปีการศึกษา	จำนวนบัณฑิต (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
2558	80	62
2559	152	117
2560	79	61
รวม	311	240

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการพิจารณาผ่านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ P-EC-12-01-62 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ของ WHOQOL – BREF – THAI จากต้นฉบับ 4 ด้าน 26 ข้อ ปรับเพิ่มข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทและครอบคลุม 4 ด้าน 59 ข้อ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และแผนก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาล สรรพสิทธิ ทั้งหมด 59 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 และ 8

2. ด้านจิตใจ จำนวน 17 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7 และ 8

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 11 ข้อและข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4 และ 5

4. ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 18 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 18 ข้อ

โดยใช้มาตรวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ ตามมาตรวัดแบบ Numeric Rating Scale ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนดังต่อไปนี้

ระดับ 4	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
ระดับ 3	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงมาก
ระดับ 2	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงน้อย
ระดับ 1	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด
ระดับ 0	หมายถึง	ไม่ตรงกับความเป็นจริง

กลุ่มที่ 2 ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนดังต่อไปนี้

ระดับ 4	หมายถึง	ไม่ตรงกับความเป็นจริง
ระดับ 3	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด
ระดับ 2	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงน้อย
ระดับ 1	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงมาก
ระดับ 0	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยดำเนินการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาเทคนิคและวิธีการสร้างแบบสอบถามจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งได้พัฒนามาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. พัฒนามาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตามมาตรวัดแบบ Numeric rating scale ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ

3. ศึกษาสภาพความเป็นจริงของคุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาล โดยศึกษาค้นคว้าจากหนังสือวารสาร เอกสาร สิ่งพิมพ์ต่างๆ และการสอบถาม

4. สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ บัณฑิตหรือตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา สร้างแบบสอบถามฉบับร่างโดยนำไปให้ผู้ที่มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฯ ที่ประยุกต์ 4 ด้าน ด้านละ 20 ข้อ รวมทั้งสิ้น 80 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล และด้านการวัดประเมินผล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความครอบคลุมเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม ในแต่ละข้อ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามโดยใช้สูตร IOC ผลการพิจารณาพบว่า มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.33-1.00 ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ (IOC มีค่ามากกว่า 0.50) ไว้ จำนวน 59 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขภาษาใหม่ และนำไปทดลองใช้ กับบัณฑิตพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟา เมื่อคำนวณค่าความแปรปรวนของคะแนนแต่ละส่วน และความแปรปรวนของคะแนนรวมสามารถนำไปใช้ประมาณค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทางผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 1-30 พฤษภาคม 2562 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ให้ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผ่านการปฐมนิเทศ และฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลมาเป็นอย่างดี โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติงาน ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม ให้ผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 ฉบับ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ และให้ส่งแบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

3. ตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน ดำเนินการติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้รับคืน และสรุปจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาร้อยละ 100

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน เพื่อดำเนินการลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ของคนในสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ใช้การวิเคราะห์หาความถี่ ค่าร้อยละ การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแปลความโดยใช้ลำดับชั้นการประมาณค่า¹³ ดังนี้

3.50 – 4.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก

2.50 – 3.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

1.50 – 2.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

0.50 – 1.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ค่อยดี

0.00 – 0.49 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล พบว่า โดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.92$, $SD = 0.33$) และมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน อยู่ในระดับดี ดังแสดงในตาราง 2 และเมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า 1) คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านร่างกาย ดังแสดงในตาราง 3 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุดคือ การเคลื่อนไหวร่างกาย ได้คล่องแคล่วระหว่างปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.58$, $S.D. = 0.56$) ซึ่งมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดีมาก และ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ การมีโอกาสดังกล่าวจะได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ($\bar{X} = 2.03$, S.D. = 1.12) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 2) คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านจิต ดังแสดงในตาราง 4 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุดคือ การสามารถหาวิธีจัดการกับความเครียดของตนเองได้ ($\bar{X} = 3.30$, S.D. = 0.65) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ ความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการทำงานดำเนินชีวิตประจำวันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($\bar{X} = 1.84$, S.D. = 1.11) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 3) คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ดังแสดงในตาราง 5 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก โดยค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุดคือ ความพอใจในสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับบุคคลในครอบครัว ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 0.68) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ การมีเหตุการณ์ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($\bar{X} = 1.60$, S.D. = 1.49) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และ 4) คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในตาราง 6 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุดคือ สภาพที่พักอาศัยของบัณฑิตมีความมั่นคงแข็งแรง ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.63) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ บัณฑิตพอใจกับสวัสดิการที่นอกเหนือจากค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 2.13$, S.D. = 0.83) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานและระดับคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล
จำแนกรายด้าน (n=240)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย	2.99	0.34	ดี
ด้านจิตใจ	2.89	0.37	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	2.97	0.34	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.82	0.41	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.92	0.33	ดี

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของ
บัณฑิตพยาบาล ด้านร่างกาย จำแนกรายข้อ (n = 240)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ท่านคิดว่าตนเองมีสุขภาพร่างกาย สมบูรณ์แข็งแรง	2.83	0.59	ดี
2. ท่านมีความเหนื่อยล้าหลังจาก ปฏิบัติงาน	2.70	1.17	ดี
3. ท่านสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมี อาการเจ็บป่วย	3.13	0.63	ดี
4. ท่านสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ได้โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น	3.56	0.50	ดีมาก
5. ท่านเคลื่อนไหวร่างกายได้ คล่องแคล่วระหว่างปฏิบัติงาน	3.58	0.56	ดีมาก
6. ท่านพอใจกับความสามารถในการ ทำงานได้เต็มที่	3.26	0.63	ดี
7. ท่านสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ ลุล่วงโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น	2.96	0.55	ดี
8. ท่านมีโอกาสที่จะได้รับบาดเจ็บจาก การทำงาน	2.03	1.12	ปานกลาง
9. ท่านมีการป้องกันความเสี่ยงจากการ ทำงาน	3.13	0.77	ดี
10. ท่านไม่มีความจำเป็นต้องไปรับ การรักษาพยาบาล	2.90	1.0	ดี
คุณภาพชีวิตด้านร่างกายโดยรวม	2.99	0.34	ดี

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของ
บัณฑิตพยาบาล ด้านจิตใจ จำแนกรายข้อ (n = 240)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในวิชาชีพพยาบาล	2.86	0.73	ดี
2. ท่านรู้สึกภูมิใจกับภาพลักษณ์ของ ตัวเอง	2.80	0.66	ดี
3. ท่านมีความสุขกับการมุ่งมั่นที่จะทำให้ สำเร็จ	3.16	0.69	ดี
4. ท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทาง สังคมตามที่คาดหวัง	3.03	0.76	ดี
5. ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและมี ความก้าวหน้าในชีวิต	3.06	0.73	ดี
6. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมี ความคิดอยากเปลี่ยนงาน	2.16	1.26	ปานกลาง
7. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึก ไม่ดีเกิดขึ้น	1.96	1.24	ปานกลาง
8. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับงาน	1.83	1.11	ปานกลาง
9. ท่านมีสมาธิในการปฏิบัติงาน	2.96	0.49	ดี
10. ท่านแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดจากการ ทำงานได้ด้วยตนเอง	3.13	0.43	ดี
11. ท่านปฏิบัติงานเหมาะสมกับบทบาท หน้าที่ที่ดำรงอยู่	3.10	0.55	ดี
12. ท่านพยายามคิดหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อให้งานที่ได้รับมอบหมายประสบ ความสำเร็จ	3.26	0.63	ดี
13. ท่านได้ใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ อย่างเต็มที่	3.27	0.64	ดี
14. ท่านสามารถหาวิธีจัดการกับ ความเครียดของตนเองได้	3.30	0.65	ดี
15. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจและมีความมั่นใจ ในตนเอง	3.13	0.68	ดี

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพชีวิต
16. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมาย	3.23	0.50	ดี
17. ท่านสามารถตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน	3.26	0.63	ดี
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวม	2.89	0.37	ดี

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของ
บัณฑิตพยาบาล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำแนกรายข้อ (n=240)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ท่านพอใจในสัมพันธภาพระหว่างท่านกับบุคคลในครอบครัว	3.53	0.68	ดีมาก
2. ท่านพอใจในสัมพันธภาพระหว่างท่านกับเพื่อนร่วมงาน	3.23	0.62	ดี
3. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีเหตุการณ์ทะเลาะกับคนในครอบครัว	1.66	1.37	ปานกลาง
4. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีเหตุการณ์ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน	1.60	1.49	ปานกลาง
5. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีเหตุการณ์ทะเลาะกับผู้ป่วยหรือญาติ	1.80	1.56	ปานกลาง
6. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว	3.46	0.50	ดี
7. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนร่วมงาน	3.30	0.53	ดี
8. เพื่อนร่วมงานของท่านให้ความร่วมมือในการทำงาน	3.46	0.50	ดี
9. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล	3.10	0.54	ดี
10. บุคคลที่ท่านไว้วางใจสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาได้	3.26	0.63	ดี

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพชีวิต
11. ท่านเป็นผู้ให้คำปรึกษาได้เมื่อบุคคล รอบข้างต้องการ	3.10	0.40	ดี
12. ท่านกำลังทำงานที่ได้ช่วยเหลือ บุคคลอื่นในสังคม	3.36	0.66	ดี
13. ท่านมีคุณค่าต่อบุคคลอื่นในสังคม	3.36	0.55	ดี
14. ท่านมีความสุขเมื่อได้ช่วยเหลือ บุคคลอื่น	3.33	0.60	ดี
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทาง สังคมโดยรวม	2.97	0.34	ดี

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของ
บัณฑิตพยาบาล ด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกรายข้อ (n = 240)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ท่านรู้สึกวุ่นวายในแต่ละวันชีวิตมีความมั่ง คั่งปลอดภัย	2.76	0.72	ดี
2. ท่านมีที่พักอาศัยที่ความมั่นคงแข็งแรง	3.26	0.63	ดี
3. ท่านพอใจกับสภาพที่พักอาศัยใน ปัจจุบัน	3.16	0.64	ดี
4. ท่านอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อ สุขภาพของท่าน	2.86	0.81	ดี
5. ท่านพอใจกับระบบความปลอดภัยใน สถานที่ทำงาน	2.90	0.71	ดี
6. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับ จากบุคคลในครอบครัว	2.80	0.71	ดี
7. ภูมิทัศน์ที่ทำงานของท่านเอื้อต่อการ สร้างบรรยากาศในการปฏิบัติงาน	2.83	0.59	ดี
8. ท่านพอใจกับปริมาณงานที่ได้รับ มอบหมาย	3.03	0.92	ดี

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพชีวิต
9. ท่านพอใจกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางไปสถานที่ทำงาน	2.76	1.04	ดี
10. ท่านได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับปริมาณงาน	2.20	0.96	ปานกลาง
11. ท่านมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายตามความจำเป็น	2.63	0.76	ดี
12. ท่านพอใจกับสวัสดิการนอกเหนือจากค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน	2.13	0.83	ปานกลาง
13. ท่านพอใจในระบบสาธารณสุขภาคภายในสถานที่ทำงาน	2.86	0.77	ดี
14. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	2.86	0.86	ดี
15. ท่านพอใจในการจัดระบบประชาสัมพันธ์ภายในสถานที่ทำงาน	2.83	0.69	ดี
16. ท่านพอใจในการจัดกิจกรรมสันทนาการภายในหน่วยงาน	2.90	0.60	ดี
17. ท่านพอใจในอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในหน่วยงานหรือองค์กร	3.03	0.71	ดี
18. ท่านรู้สึกพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	3.03	0.61	ดี
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม	2.82	0.41	ดี

อภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับดี และคุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการที่บัณฑิตพยาบาลได้รับประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติในขณะที่เป็นนักศึกษาจากโรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งเป็นแหล่งฝึกหลักของวิทยาลัยฯ ส่งผลให้มีความคุ้นชินกับบุคลากรและระบบงานของโรงพยาบาล นอกจากนี้สะท้อนให้เห็นว่าในช่วง 3 ปีแรกของการเป็นพยาบาลเป็นช่วงของการปรับตัวที่สำคัญ บัณฑิตพยาบาลมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 23 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพ

Generation Y ที่มีอายุอยู่ในช่วง 22-36 ปี พยาบาลกลุ่มนี้เติบโตมาในสังคมยุคดิจิทัลจึงมีความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว มีลักษณะนิสัยที่มีความเป็นตัวของตัวเองสูง ชอบแสดงออก ชอบความเป็นอิสระ ชอบความมีชีวิตชีวา มีความทะเยอทะยานสูง มักมีความคิดนอกกรอบ มองการทำงานเป็นเรื่องสนุก ทำท่าย ชอบความชัดเจนในการทำงาน เลือกรงานที่สร้างความมั่นใจว่าจะให้มีความสุขในอาชีพการงาน¹⁴ เมื่อพิจารณาในข้อคำถามแต่ละด้านพบว่า 1) คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านร่างกายอยู่ในระดับดี เนื่องจากช่วงวัยนี้มีการพัฒนาทางร่างกายอย่างสมบูรณ์เต็มที่ ร่างกายคล่องแคล่วว่องไว การรับรู้ต่าง ๆ จะมีความสมบูรณ์เต็มที่¹⁵ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ร่างกายเคลื่อนไหวร่างกายได้คล่องแคล่วระหว่างปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จลุล่วงโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น แต่อย่างไรยังพบว่า คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านร่างกายอยู่ในระดับ ปานกลาง ในประเด็น “มีโอกาสนี้จะได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน” สอดคล้องกับผลการศึกษา¹⁶ พยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ได้รับผลกระทบจากการทำงาน คือ การบาดเจ็บจากการสัมผัสของมีคม โดยมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ได้แก่ ระยะเวลาในการพักผ่อน ระยะเวลาในการทำงาน และลักษณะของการทำงาน ซึ่งเป็นสาเหตุที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 2) คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านด้านจิตใจอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลง และเมื่อมีความเครียดสามารถหาวิธีจัดการกับความเครียดของตนเองได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา¹⁷ พยาบาลมีวิธีการจัดการกับความเครียดโดยใช้วิธีระบายความเครียดให้ผู้อื่นฟัง นอนและฟังเพลง ร้องเพลง ดูคอนเสิร์ต ซึ่งทำให้เกิดความเครียดลดลง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ในประเด็น “ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีความคิดอยากเปลี่ยนงาน” “ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกไม่ดีเกิดขึ้น เช่นรู้ สึกเหงาหดหู่สิ้นหวังวิตกกังวล” ซึ่งอาจเกิดจากการปรับตัวในบทบาทหน้าที่ใหม่ท่ามกลางความคาดหวังของร่วมงานสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ และเบื่อหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา⁴ ประสพการณ์การเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาสู่การเป็น

พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจบการศึกษาใหม่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างเต็มตัว ตารางเวลาการใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงต้องมีแบบแผนมากขึ้น ความคาดหวังของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่จะต้องเป็นพยาบาลที่ดี การมีส่วนร่วมในการทำงาน ได้รับการยอมรับจากแพทย์ ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัว เครียดและวิตกกังวล เหนื่อยหน่ายท้อแท้อยากลาออก พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ได้มีวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อรักษาสมดุลด้านจิตใจโดยการยอมรับสภาพปัญหา ทำงานอย่างเต็มศักยภาพ ปรึกษาผู้มีความรู้และประสบการณ์มาก่อน เช่น พยาบาลรุ่นพี่ อาจารย์พยาบาล พุดคุยระบายความรู้สึกกับผู้ที่ไว้วางใจได้ 3) คุณภาพชีวิต บัณฑิตพยาบาลด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี อาจเป็นผลมาจากการดูแล การยอมรับในบทบาทวิชาชีพพยาบาลจากทีมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นพี่ รุ่นน้อง จากการที่พยาบาลในโรงพยาบาลสุรินทร์ ร้อยละ 98 เป็นรุ่นพี่ที่สำเร็จ การศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁸ ความสุขกับความคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลไทย การมีสัมพันธภาพที่ดี เพื่อนร่วมงานดี เอื้ออาทรต่อกันก่อให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดีส่งผลให้พยาบาล เกิดความสุขในการทำงานและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคิดคงอยู่ในวิชาชีพ นอกจากนี้ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ครอบครัวเข้าใจ และยอมรับลักษณะ การทำงานทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถรักษาสมดุลชีวิต การทำงาน และสอดคล้อง กับการศึกษา¹⁹ ปัจจัยด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงาน และครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และสอดคล้องกับ ผลการศึกษา²⁰ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สมาชิกจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้สามารถผ่านอุปสรรคในชีวิตได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมระดับปานกลาง ในประเด็น “ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีเหตุการณ์ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁴ การเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่าผู้ที่อยู่ในช่วง ของการเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพจะพบปัญหา ที่ต้องเผชิญในช่วงของการเปลี่ยนบทบาท ประกอบด้วย ความไม่เข้าใจในระบบงาน การทำงานท่ามกลางความขัดแย้ง ความคาดหวังสูงจากผู้ร่วมงาน และการไม่สามารถ

มอบหมายงานได้ตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันและกันได้ และ 4) คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี เป็นผลจากการที่โรงพยาบาลได้ดูแลสภาพที่พักอาศัยให้มีความมั่นคงแข็งแรง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Flanagan ที่ว่าคุณภาพชีวิตเป็นความสุขสบายทางด้านร่างกาย และวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่น่าอยู่ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาลด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางในประเด็น “พอใจกับสวัสดิการที่นอกเหนือจากรายได้หรือค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน” แสดงให้เห็นว่ารายได้ไม่เป็นที่พึงพอใจ เมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานที่ได้รับ สอดคล้องกับผลการศึกษา²⁰ ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตพื้นที่ 1 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ค่าตอบแทน พยาบาลรู้สึกว่าจะควรได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สำหรับอาจารย์ในวิทยาลัยสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ไปใช้ดังนี้

1. อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาควรให้คำแนะนำและช่วยเพิ่มทักษะของนักศึกษาในขณะฝึกปฏิบัติงานเพื่อลดการบาดเจ็บจากการทำงาน
2. อาจารย์ที่ปรึกษาในวิทยาลัยควรเพิ่มกิจกรรมและเวลาให้คำปรึกษาในการดำเนินชีวิตร่วมกับเพื่อนร่วมงานในสถานที่ทำงานได้

สำหรับบุคลากรในสถานที่ที่บัณฑิตปฏิบัติงานสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ไปใช้ดังนี้

1. จัดให้มีการนิเทศงานให้แก่บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาใหม่อย่างใกล้ชิด
2. จัดการปฐมนิเทศเพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน โดยการแนะนำวิธีการป้องกันตนเองจากการทำงานและให้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด รวมทั้งส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปฏิบัติงานใหม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลในการนำมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม
2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลที่มีระยะเวลาสำเร็จการศึกษาแต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ชญาลักษณ์ สิริภักดีกาญจน์และเบญจมาศ บุญรับพ่ายพ. การพัฒนาบัณฑิตวิชาชีพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15:75-80.
2. วิจิตร ศรีสุพรรณ และ กฤษดา แสงวงศ์. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2555;27:5-12.
3. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสุรินทร์. รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลสุรินทร์. สุรินทร์: กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสุรินทร์; 2560.
4. ปริญญา แร่ทองและธีรณัฐ ห่านิรัตติย์. ประสบการณ์เปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ. วารสารสภาการพยาบาล 2555;27:51-62.
5. วิลาสินี โอภาสศิริกุล ชวพรพรรณ จันทร์ประเสริฐ และธานี แก้วธรรมานุกุล. ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2558;42:49-61.
6. เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล กฤษดา แสงวงศ์ ดวงทิพย์ ธีระวิทย์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2558;9:49-60.

7. บุญธรรม ตันทา, สุเทพ บุญซ้อน และปิยะวรรณ เลิศพานิช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. การประชุมวิชาการและการนำเสนองานวิจัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มศรีอยุธยา ครั้งที่ 1; 1-2 พฤษภาคม 2553; มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา: สถาบันวิจัยและพัฒนา; 2553.
8. อารยา สัมพันธ์พงษ์ สุรชาติ ณ หนองคาย และดุสิต สุจิรารัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดของรัฐแห่งหนึ่ง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2558;1:94-100.
9. ชนิญรัตน์ อินทูลักษณ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. การสร้างสมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15:382-9.
10. ศิริพร จิรวัดน์กุล ประณีต ส่งวัฒนา สมพร รุ่งเรืองกลกิจ วารุณี พองแก้ว วรรณิ์ เดียอัครเศ ศิริอร สิ้นธุ และนันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. ความสุขกับความคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2555;27:26-42.
11. ธิญญธรณ์ ทองแก้ว และศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. ความเครียดจากการทำงานและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2561;62:197-209.
12. World Health Organization. Frequently asked questions [Internet]. 2002 [cited 2019 Dec 18]. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
13. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
14. สิริพิมพ์ ชูปาน. พยาบาลวิชาชีพ Generation Y : ความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561;86:1-12.

15. ศรีประภา ชัยสินทพ. สภาพจิตใจของเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก:
https://med.mahidol.ac.th/psych/sites/default/files/public/pdf/General_Psychiatry/Psychological%20of%20adulthood.pdf
16. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และกฤษฎา แสงวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17. รายงานการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 1; 26 สิงหาคม 2554; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: ม.ป.พ.; 2554.
17. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกลเลิศ และคณะ. ระดับความเครียดปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและการจัดการกับความเครียดในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2553;28:67-79.
18. จิราภรณ์ ภูสมบัติ. ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดสกลนคร [ปริญญาานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
19. ประไพ ศรีแก้ว และดุชนฎี เอกพจน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการการแพทย์ เขต 11 2557;8:101-111.
20. กัลยา กังสนันท์ และ วิภาวรรณ กลิ่นหอม. คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตพื้นที่ 1 จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสำนักวิชาการจัดการมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 2560;6:72-82.

การรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

ระยะแรก : บริบท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วาสนา สารการ พย.ม.^{1*}, พิมพ์พันธ์ เจริญศรี พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดที่ส่งผลต่อการสูญเสียอวัยวะและเสียชีวิต พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก บริบทโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด จำนวน 9 คน มีประสบการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ 1 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง และการบันทึกภาคสนาม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาประเด็นสำคัญ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีการรับรู้ต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด สะท้อนถึงความรุนแรงเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต สูญเสียมดลูก และซีส 2) การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินปริมาณเลือด การตรวจเลือด และให้การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินได้ทันทั่วทั้ง

โดยสรุป ส่วนใหญ่พยาบาล มีการรับรู้ต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ถูกต้อง แต่การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลยังขาดในประเด็น การประเมินความเสี่ยง การคาดคะเนปริมาณเลือด การเฝ้าระวังการตกเลือด จึงควรนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้, ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก, การพยาบาล, หญิงตั้งครรภ์

¹ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

*Corresponding e-mail: swadsana@hotmail.com

วันที่รับ (received) 27 ก.พ. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 เม.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 เม.ย. 2563

Nurses' Perceptions toward the Prevention of Early Postpartum Hemorrhage: Sunpasitthiprasong Hospital Context

Wadsana Sarakarn M.N.S.^{1*}, Pimonpan Charoensri B.N.S.¹

Abstract

Postpartum Hemorrhage (PPH) is a major cause of most maternal deaths resulting in organ loss and mortality. With no doubts, nurses are a key person who play a crucial role to prevent PPH. As a result of this, this qualitative research aimed to elaborate on the nurses' perceptions of the prevention of Early PPH in the Sunpasitthiprasong Hospital context. The key informants were nine nurse-midwives with a one-year experience working in the antenatal care unit and labor room and willingly joined this research project. To the data collection, tape-recording, field notes, and a structured interview were used to collect the data from September to December 2016. Data were analyzed through content analysis and the research resulted in two important issues regarding the PPH. First, from the perceptions after the PPH, it caused maternal death, uterus loss, and shock. Second, the caring pathways consisted of PPH risk screening, blood measurement, blood loss estimation, and providing immediate PPH care.

In conclusion, most nurses realized the prevention of PPH but there was still a lack of perceptions concerning blood loss estimation, risk-factor screening, and early detection. Therefore, there should be competency development among those nurse-midwives to enhance more effective midwifery healthcare.

Keywords: perception, early postpartum hemorrhage, nursing, pregnancy

¹Sunpasitthiprasong Hospital

*Corresponding e-mail: swadsana@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการคลอด และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดาซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 25 ของการตายของมารดาทั้งหมด¹ และจากสถิติขององค์การอนามัยโลก¹ พบว่าอัตราการตายของมารดาระหว่างคลอด ปี 2555 คิดเป็น 8 รายต่อประชากรแสนคน และปี 2556 คิดเป็น 26 รายต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้อัตราตายของมารดาไม่เกิน 15 คนต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งในปีงบประมาณ 2556-2558 พบอัตราการตายของมารดาหลังคลอดต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน คิดเป็นร้อยละ 31.2, 23.3, และ 22.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด² ปัญหาสุขภาพดังกล่าว สอดคล้องกับข้อมูลของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)³ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาเกิดจากการบริหารจัดการการคลอด คิดเป็น 1 ใน 3 และมารดาตายเนื่องจากมีโรคบางอย่างอยู่ก่อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น คิดเป็น 2 ใน 3 จะเห็นว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดนั้นยังเป็นปัญหาที่สำคัญของการคลอดที่ต้องเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงตามมา ซึ่งการสูญเสียมารดามีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ การเสียชีวิตของมารดาจึงเป็นตัวชี้วัดถึงความเจริญของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก คือ ภาวะที่มีการเสียเลือดออกทางช่องคลอดในปริมาณตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป หลังจากสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอดทางช่องคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่สำคัญอย่างยิ่งในการที่จะป้องกัน วินิจฉัย และดูแลรักษา ภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ⁴ แต่มีสาเหตุหลักๆ ของภาวะตกเลือดที่พบบ่อย ได้แก่ การหดตัวของมดลูกไม่ดี พบมากกว่าร้อยละ 60 การฉีกขาดของช่องทางคลอด การมีรกค้าง และการมีปัญหากเกี่ยวกับกลไกการแข็งตัวของเลือด⁵ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกขึ้นจะทำให้เสียเลือด เกิดภาวะช็อค ในบางรายต้องผ่าตัดมดลูกออก เป็นการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีก และส่งผลต่อภาพลักษณ์สตรี หากในรายที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้⁵ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁶ และส่งผลทางด้านจิตใจ โดยมีรายงานพบว่า มารดาหลังคลอดบุตร

อาจเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้จากภาวะซีด⁷ และส่งผลต่อการปรับตัวในบทบาทของมารดา เกิดความกลัวและวิตกกังวล⁸ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อระยะเวลานอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มตามมา⁴ แนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยองค์การอนามัยโลกได้แนะนำการทำ Active management ในระยะที่ 3 ของการคลอด (Active Management of Third Stage of Labour : AMTSL) ซึ่งสามารถลดการสูญเสียเลือด และลดอุบัติการณ์ตกเลือดในระยะหลังคลอดระยะแรกได้⁵

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่รับการดูแลรักษาและส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขตบริการสาธารณสุขที่ 10 ครอบคลุม 5 จังหวัดจากสถิติผู้ที่มาคลอด ปีงบประมาณ 2556 - 2558 พบว่า มารดาตกเลือดหลังคลอดจำนวน 73, 172, 715 รายตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1, 2 และ 2 รายตามลำดับ และมีผู้ที่ได้รับการตัดมดลูก 4, 5, และ 5 รายตามลำดับ⁹ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อการสูญเสียอวัยวะและเสียชีวิต ซึ่งหากมีการค้นหาภาวะเสี่ยงและการประเมินอาการ การวินิจฉัยได้เร็ว จะสามารถป้องกันและช่วยลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดได้¹⁰⁻¹¹

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยมีการประเมินความเสี่ยงเพื่อรับค้นหาสาเหตุและให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที¹²⁻¹³ หากพยาบาลมีการรับรู้ต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดีจะช่วยลดอันตรายต่อชีวิต และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ได้ แต่เนื่องจากยังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในบริบทโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ว่าเป็นอย่างไร เพื่อจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกต่อไป อันจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยแก่มารดาและทารก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อค้นหาการรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก บริบทโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กรอบแนวคิดการวิจัย

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยมีการประเมินความเสี่ยงเพื่อรับค้นหาสาเหตุและให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ หากพยาบาลมีการรับรู้ต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดี จะช่วยให้มีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ดี และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา แต่ปัจจุบันยังขาดข้อมูลการรับรู้ของพยาบาลว่าเป็นอย่างไร จึงนำมาเพื่อการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (In-depth interview) ที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่ออธิบายการรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในบริบทของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2559

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยฝากครรภ์ และห้องคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ พยาบาลหัวหน้างาน และพยาบาลอาวุโส พยาบาลประจำการ จำนวน 9 ราย โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ และปฏิบัติงานที่หน่วยฝากครรภ์ และห้องคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี 2) มีประสบการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ 1 ปีขึ้นไป และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยการเซ็นใบยินยอม

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี รหัส 081/2559 ผู้วิจัยชี้แจงผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ว่า สามารถตอบรับหรือปฏิเสธก็ได้ ในระหว่างการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบในการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถอ้างอิงถึงผู้ให้ข้อมูลได้ และข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เรื่อง การรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 4 ข้อ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของ WHO, 2014 มีดังนี้

1) ท่านรู้สึกอย่างไรต่อความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

2) เป้าหมายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของท่านเป็นอย่างไร

3) ท่านมีวิธีการจัดการดูแลต่อเนืองอย่างไร

4) ท่านมีแนวทาง/แผนงานเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างไร

2. เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียงและการบันทึกภาคสนาม

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมดจึงถือเป็นเครื่องมือสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรม นำความรู้ และทักษะจากการเรียนรู้ อบรมการวิจัยเชิงคุณภาพมาพัฒนาตนเอง ได้มีโอกาสในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ รวมถึงศึกษาจากประสบการณ์จริงของผู้วิจัยในโอกาสที่ได้ปฏิบัติงาน และเป็นอาจารย์พี่เลี้ยงในหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด ทั้งในโรงพยาบาลระดับชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานเรื่องการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลกับหัวหน้าหน่วยงาน เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เมื่อผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตาม

เกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยได้แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพและอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย แนวทางการสัมภาษณ์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ได้ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายเพื่อดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้งนี้ได้ยึดหลักความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ

ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีการจดบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล และการบันทึกเสียง ระหว่างสัมภาษณ์ได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ นอกจากนี้ ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้บันทึกภาคสนาม รายละเอียดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งจากการสังเกตผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้วิจัยได้จดจำรายละเอียดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งได้แม่นยำ หลังจากสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 30-40 นาที หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน มีการทำบันทึกภาคสนาม(Field note)และถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหา ความหมาย จัดกลุ่มความหมาย การเชื่อมโยงแนวคิดต่างๆ เข้าด้วยกัน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นระดับผู้บริหาร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้างาน และพยาบาลอาวุโส หน่วยฝากครรภ์และงานห้องคลอด จำนวน 4 คน และ กลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพ หน่วยฝากครรภ์และงานห้องคลอด จำนวน 5 คน ซึ่งแต่ละกลุ่มนัดวัน เวลา ไม่ตรงกัน โดยยึดหลักความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่ม ใช้ระยะเวลาการสัมภาษณ์ และบันทึกเทป คนละ 30-40 นาที โดยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัย เกริ่นนำด้วยการพูดคุยถึงเรื่องราวทั่วไป เพื่อสร้างความเป็นกันเอง เมื่อเริ่มคุ้นเคย ผู้วิจัยเริ่มคำถามในแนวการสัมภาษณ์ที่จัดเตรียมไว้ นำไปสู่ประเด็นการวิจัยที่ต้องการคำตอบโดยตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดำเนินการพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาถอดบทสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) จากนั้นนำข้อมูลมาจัดระเบียบเนื้อหาของข้อมูล (Data organizing) และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อหาโครงสร้าง หาความหมายข้อมูล และทำการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้รวบรวมมา สร้างข้อสรุปจากข้อมูลชุด โดยเริ่มจากการอ่านข้อมูลและจับประเด็นหลักโดยดึงวลีหรือกลุ่มคำที่มี

ความหมาย จากนั้นเปลี่ยนประเด็นเป็นรหัส จัดกลุ่มข้อมูลโดยการแยกแยะและจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายคล้ายกันหรือสัมพันธ์กันไว้ด้วยกัน และเขียนรายละเอียดของแต่ละประเด็น เป็นประเด็นย่อย (Sub-themes) แล้วหาข้อสรุปที่เป็นสาระหลักของผลการวิเคราะห์ เรียกว่า ประเด็นหลัก (Themes) ที่สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มประเด็นย่อยต่างๆ ที่ศึกษา เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบข้อมูล ในเรื่องเดียวกันที่มาจากแหล่งข้อมูลหรือผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ใช้วิธีการยืนยันผลตรวจสอบ ผลของการวิจัย โดยมีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ก่อนนำไปสู่การสรุปผลการศึกษา

ผลการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ประเด็น ดังนี้

1. ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 9 ราย อายุระหว่าง 31-54 ปี อายุเฉลี่ย 40.55 ปี สถานภาพสมรสคู่ 6 ราย โสด 3 ราย มีการศึกษาระดับปริญญาตรี 7 ราย ปริญญาโท 2 ราย และมีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 11-20 ปี

2. การรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า พยาบาลมีการรับรู้ต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2 องค์ประกอบใหญ่ๆ ได้แก่

2.1 ความหมายของภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า พยาบาลรับรู้ความรุนแรงของการตกเลือดว่า **ตาย** เป็นรายที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น **เกือบตาย** เป็นรายที่มีการตัดมดลูก รายที่นอนรักษาตัวที่ห้องไอซียู ผลกระทบของภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการรักษาที่เพิ่มขึ้นทำให้นอนรักษานานขึ้น สร้างความวิตกกังวลแก่สามีและญาติ

“ถ้ามีปัญหาเรื่องตกเลือดหลังคลอดนะ อันที่หนึ่ง คือ แม่ที่ตกเลือดหลังคลอดจะมีปัญหาเรื่องเวียนและหน้ามมน้อย แล้วบางคนก็จะได้รับเลือดหลังช่วงคลอด ถ้าสมมุติว่าตกเลือดแล้วไม่ดีขึ้นก็จะมีเรื่องตัดมดลูก ถ้าสมมุติว่า เขาท้องแรกเขาจะไม่สามารถมีลูกได้เลย ถ้าสมมุติว่าเรามีแนวทางการป้องกัน ก็จะต้องทั้งหญิงตั้งครรภ์กับครอบครัวและก็คนรอบข้างเขานั่นนี่” (R.N.1)

“เรื่องตกเลือด แต่มันก็จะมีแม่ตาย เราจะสูงเพราะเราได้รับ refer เพราะฉะนั้นก็จะมีแม่ตายจากที่อื่นเข้ามา” (H.N1)

“ถ้าผลกระทบกับแม่เหาะ ก็คือแม่ตาย ถ้าคลอดที่ สปส. จะยังไม่มีแม่ตาย มันก็จะมีส่วนมากก็คือ ตัดมดลูก คนใช้ตัดมดลูกเพราะว่า เดียวนี้เค้า detect เร็ว พอ detect เร็วปั๊บ เขาก็ช่วยได้ทันทีจะเป็นเกี่ยวกับการตัดมดลูก ” (H.N1)

“เราต้องมีการย้ายไอซียูเพิ่มมากขึ้น” (R.N.2)

2.2 การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า พยาบาลรับรู้ การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ต้องมีการประเมินปริมาณเลือด การตรวจเลือด การค้นหาความเสี่ยง และให้การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินได้ทันทั่วทั้งที่

ประเมินปริมาณเลือดต่ำกว่าความเป็นจริง ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเลือดที่ออกไม่สัมพันธ์กับอาการที่เปลี่ยนแปลง

“บางทีคนไข้ blood loss น้อยๆ ทำไม BP มันถึง drop V/S มัน change แบบนี้ มันต้องหนึ่งพันอัพขึ้นไป มันถึงจะ change เราก็คงต้องกลับมาดูว่า เห็นเรา under estimate blood loss” (D.N3)

“เมื่อก่อนตกเลือดไม่เยอะ เพราะว่าเรา estimate สองร้อยซีซี มาตลอด แล้วคนไข้ BP drop” (R.N1)

ประเมินด้วยถุงตวงเลือด ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความคิดว่า การใช้ถุงตวงเลือดอย่างน้อย ก็ช่วยในการเฝ้าระวังภาวะตกเลือด

“เรา Estimate ด้วยสายตา การตกเลือดหลังคลอด แต่ละเดือนเมื่อก่อนที่ยังไม่ใช้ถุงตวงเลือด ก็จะไม่เกิน ห้าเปอร์เซ็นต์ แต่ตอนนี้คือมันเกิน ห้าเปอร์เซ็นต์ ของทุกเดือนตั้งแต่ใช้ถุงตวงเลือด ถามว่าถ้าเกิดกับคนไข้คาร์กษาพยาบาลเพิ่มมัย ก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นถึงขั้น สองเท่าสามเท่า แต่ว่าก็คือใช้ถุงตวงเลือดอย่างน้อยมันก็คือการเฝ้าระวังในระดับหนึ่ง ว่าเนี่ยคนไข้เริ่มเลือดออกเยอะนะ เราเฝ้าระวังเพื่อว่า วางแผนการพยาบาลให้คนไข้ ก่อนที่คนไข้จะตกเลือดก่อนถึงขั้นช็อค” (R.N1)

ค้นหาปัจจัยเสี่ยง พยาบาลรับรู้ว่า หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลภาวะช็อคก่อนคลอด และมีการคัดกรองช่วงฝากครรภ์

“เอ่อ การป้องกันก็จะเป็น หนึ่ง เรื่องการซักประวัติ ประเมินภาวะเสี่ยง แล้วก็ดูว่าเขาท้องที่ สี่ ขึ้นไปไหม จากการซักประวัติ..คะ.. สอง มีประวัติการตกเลือดในท้องที่แล้ว แล้วก็ ท้องนี้ดูความเข้มข้นของเลือดว่าต่ำไหม พอเสร็จนี้แล้วเราก็จะ.. อันที่หนึ่ง คือให้ยาบำรุง สอง ส่งพบโภชนากร แล้วก็ส่งพบแพทย์..” (D.N1)

“ให้ยาบำรุง” “ส่งพบโภชนากร” “ถ้าซีดมากก็ส่งพบแพทย์” (R.N3)

“ไม่สามารถที่จะคัดกรองได้เต็มที่ ชักประวัตินี้ต้องใช้เวลาอย่างรวดเร็วที่สุด เพื่อที่จะให้คนไข้ flow ไปก็มีโอกาสจะได้เจอคนไข้แบบ คือชนิดเดียวค่ะ คือชักประวัติก็ หนึ่งนาที สองนาที อะรีบออก ที่นี่ก็ไม่ครบ” (R.N.4)

“แต่ก่อนนะ ANC ไม่เคยเจาะ Hct สอง บ่อยสนใจนั้นน่า..ห้องคลอดก็ ไม่เคยไม่เจาะ Hct สองนะ ตอนหลังพามาเจอเราก็ต้องเจอ case..อ่า พอดีมาเจอ คนไข้ที่เป็น ITP. เอ้อ case dead. หลังจากนั้นมาเขาก็เริ่มเฝ้าระวังครั้งที่สอง มันก็มา เชื่อมโยงกับคนไข้ที่ ป้องกัน PPH อะไรพวกนี้ เพื่อดู Hct stand by ในห้องคลอดอีก ครั้งหนึ่ง” (D.N3)

Monitory Early detection

“เราจะได้จัดการ ก่อนที่มันจะเยอะมากขึ้น บางทีก็ว่าจะเย็บแผลเสร็จ อย่างเช่น หนึ่งชั่วโมงครึ่งถ้าเราเห็นตั้งแต่ สามสิบนาทีแรกที่เข้าเย็บ อ่าเราจะได้ ป้องกันไม่ใช่รองจนกว่า บางครั้งนี่ มันออกครั้งเดียวก็มีนะคะ จ๊วด ครั้งเดียวตอนหลัง คลอดครั้งเดียวได้เป็น หนึ่งพัน อย่างนี้ก็ไม่ได้หลังจากนั้นมันไม่ออกอีกเลย คือ uterine atony ค่ะ” (R.N5)

“ถ้าคนไข้เรา shock แสดงว่าเราประเมินตั้งแต่ Early ไม่ดี” (R.N.4)

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคำพูด	ดัชนี (Index)	ประเภท (category)	ประเด็น (theme)
“เมื่อก่อนตกเลือดไม่ เยอะ เพราะว่าเรา คาดคะเนสองร้อย ซีซี มาตลอด แล้วคนไข้ ความดันต่ำ”	ตกเลือดไม่เยอะ	คาดคะเนปริมาณ เลือดเท่ากัน	ประเมินปริมาณ เลือด
“บางทีคนไข้ blood loss น้อยๆ ทำไม ความดันมันถึงตกลง ซีพจรมันเปลี่ยนแปลง แบบนี้ เลือดต้อง หนึ่งพัน อัฟขึ้นไป	ปริมาณเลือด หนึ่งพัน อัฟ ขึ้นไป	ประเมินต่ำกว่า ความเป็นจริง	

ข้อมูลคำพูด	ดัชนี (Index)	ประเภท (category)	ประเด็น (theme)
มันถึงจะเปลี่ยนแปลง เราก็ต้องกลับมาดูว่า เห็นเรา <i>under</i> <i>estimate blood loss</i> ”			

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า การรับรู้ของพยาบาลเกิดขึ้น และเปลี่ยนแปลงได้จากเหตุการณ์ และประสบการณ์ที่ผ่านมา พยาบาลรู้ว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความรุนแรงถึงตาย บางรายต้องตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิต ทำให้ต้องนอนรักษาตัวที่ห้องไอซียู บางรายต้องสูญเสียบุตร ส่งผลต่อการปรับตัวและการฟื้นฟูสภาพจิตใจ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ผ่านภาวะวิกฤตินี้¹⁴ อีกประเด็นที่พยาบาลตระหนัก คือ พยาบาลควรมีการจัดความรู้ที่ดี และมีสมรรถนะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จนกระทั่งคลอดอย่างน้อยเมื่อพยาบาลมีการรับรู้ว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จะทำให้พยาบาลให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามความเหมาะสมได้แก่ การดูแลขณะตั้งครรภ์ จะเป็นการป้องกันภาวะตกเลือด ให้การดูแลภาวะช็อค ติดตามความเข้มข้นของเลือด และแนะนำด้านโภชนาการ ขณะคลอดมีการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของการตกเลือด การคาดคะเนปริมาณเลือดเตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยเหลือ มีการรายงานแพทย์ทันตแพทย์ เพื่อค้นหาสาเหตุและให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันที¹⁵⁻¹⁶ มีแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด¹⁷ หากพยาบาลรับรู้ได้ดังกล่าว จะช่วยตอบสนองความต้องการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของหญิงตั้งครรภ์ได้ดี¹⁴ ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวยังไม่ปรากฏในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ที่สะท้อนบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์

พยาบาลให้ความสำคัญของการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้คลอด ดังนั้นพยาบาลควรมีการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน อันตรายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในขณะตั้งครรภ์ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และญาติ

ตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นและมาตรวจรักษาทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตัวเองและทารก สามารถเฝ้าระวังและปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้นได้ นอกจากนี้ พยาบาลรับรู้ว่าการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ยอมรับปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาคิดค้นขึ้นมาร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนางาน มีการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันมีความต่อเนื่องในการพยาบาล สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดี¹⁷⁻¹⁸

โดยสรุปพยาบาลส่วนใหญ่ มีการรับรู้ต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ถูกต้อง แต่การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลยังขาดในประเด็น การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด การคาดคะเนปริมาณเลือด การเฝ้าระวังภาวะตกเลือด จึงควรนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจและทราบถึงการรับรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สู่การสร้างและพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้มีคุณภาพและเป็นมาตรฐานที่ดีต่อไป รวมถึงให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทันทีทันที่ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด หรือหากเกิดขึ้นก็ช่วยลดความรุนแรงไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้หน่วยงานควรมีระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่มีคุณค่า และขอขอบคุณ
ดร.สุเพียร โภคทิพย์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 14]. Available from:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/
2. สุจิตต์ คุณประดิษฐ์. การจัดการเชิงระบบเพื่อลดการตายมารดา. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การสืบสวนสาเหตุการตายมารดาเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการหาแนวทางป้องกันและลดการตายมารดาในระดับประเทศ; 23-24 มีนาคม 2560; กรมอนามัย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; 2560.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). นนทบุรี; 2559. หน้า 11-2.
4. กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ. ภาวะตกเลือดหลังคลอด: การป้องกันและการดูแลรักษา. ใน: ประภาพร สู่ประเสริฐ, ฉลอง ชิวเกรียงไกร, เพ็ญลดา ทองประเสริฐ, ทวีวัน พันธศรี, บรรณาธิการ. สูตินรีเวช เชียงใหม่ทันยุค. เชียงใหม่: จรัสธุรกิจการพิมพ์; 2558. หน้า 53-62.
5. World Health Organization (WHO). Recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 14]. Available from:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/

6. Carroll M, Daly D, & Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. J BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16:261. doi: 10.1186/s12884-016-1054-1.
7. Tort J, Rozenberg P, Traoré M, Fournier P, Dumont A. Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:1-9.
8. Michelet D, Ricbourn A, Rossignol M, Schurando P, Barranger E. Emergency hysterectomy for lifethreatening postpartum hemorrhage: Risk factors and psychological impact. Gynecologic Obstetric and Fertilities 2015;43:773-9.
9. กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. รายงานสถิติงานห้องคลอดประจำปี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. 2558.
10. Angela H, Andrew D W, Dame T L. Is accurate and reliable blood loss estimation the 'crucial step' in early detection of postpartum hemorrhage: an integrative review of the literature. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:1-9.
11. Hancock A, Weeks A D, Lavender D T. Is accurate and reliable blood loss estimation the 'crucial step' in early detection of postpartum haemorrhage: an integrative review of the literature. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:1-9.
12. นันทพร แสนศิริพันธ์. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุนเฉียวทางสูติศาสตร์. ใน: นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติง แอนด์ เซอร์วิส; 2560. หน้า 241-72.

- 13.พรทิพย์ เรืองฤทธิ์. ผลลัพธ์ของการกอดมดลูกส่วนล่างภายหลังคลอดทันที ร่วมกับการคลึงมดลูกเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้ คลอดปกติ. งานประชุมวิชาการระดับชาติ นเรศวรวิจัยครั้งที่ 13: วิจัยและ นวัตกรรม ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม; 20-21 กรกฎาคม 2560; มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก; 2560.
- 14.ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลใน การป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระ ราชนูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2553;6: 146-57.
- 15.สุสัณหา ยิ้มแย้ม. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน: นันทพร แสนศิริพันธ์ และ ฉวี เบาทรวง, บรรณาธิการ. การพยาบาล และการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2560. หน้า 321-332.
- 16.สุพรรณ ศรีภักชัย. ผลของการใช้นวัตกรรมตุ๊กตาช่วยเตือนคลึงมดลูกต่อ ปริมาณการสูญเสียเลือดในมารดา 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด. [รายงาน การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
- 17.ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาตา วิภวานนท์, อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนว ปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาล กระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3:127-41.
- 18.นพวรรณ มณีจันทร์ และอุบล แจ่มนาม. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560;31:143-55.

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก
ในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือ
ของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี**

**ศรินรา ทองมี คม.^{1*}, ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน รบ.ม.¹,
สมจิตต์ ศรีเจริญ พย.บ.¹**

บทคัดย่อ

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงในผู้ป่วยเด็กทำให้การนำสลบยาก และมีพฤติกรรมทางลบในประสบการณ์การผ่าตัด การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย การประยุกต์แนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 ส่วน คือส่วนที่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยการสืบค้นวรรณกรรมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วง ค.ศ. 2014-2019 จากนั้นคัดสรรงานวิจัยจำนวน 17 เรื่อง ซึ่งอยู่ในระดับ 1a-4a นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบแล้วเรียบเรียงเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ส่วนที่ 2) การประเมินคุณภาพของแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล โดยใช้เครื่องมือ AGREE II จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ส่วนที่ 3) การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า 1) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วยกิจกรรมพยาบาล 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่หนึ่ง การประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัด ขั้นตอนที่สอง การพยาบาลในการจัดการความวิตกกังวลแบบไม่ใช้ยา ขั้นตอนที่สาม การประเมินผลการพยาบาล 2) ผลการตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

¹ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

*Corresponding e-mail: tsarinra@gmail.com

วันที่รับ (received) 25 ก.พ. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 เม.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 เม.ย. 2563

คิดเป็นร้อยละ 89.57 3) การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในทุก
หัวข้ออยู่ในเกณฑ์มาก 4) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปศึกษานำร่องใช้ผู้ป่วยเด็ก
กับที่มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าจำนวน 10 ราย ผลพบว่าสามารถคลายความ
วิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบได้โดยมี
ข้อเสนอแนะให้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ
ในการวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด,
ความร่วมมือในผู้ป่วยเด็ก, การนำสลบ

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Reducing Preoperative Anxiety and Increasing Cooperation in Children during Induction of General Anesthesia at Sunpasitthiprasong Hospital Ubon Ratchathani

**Sarinra Thongmee M.Ed.^{1*}, Sirtip Sanguanwongwan M.P.A.¹,
Somchit Sricharoen B.N.S¹**

Abstract

High levels of preoperative anxiety in children will lead to difficulties in anesthesia induction and produce negative behaviors during the surgery experience. The purpose of this research was to develop clinical nursing practice guidelines (CNPgs) for reducing preoperative anxiety and increasing cooperation in children during the induction of general anesthesia at Sunpasitthiprasong Hospital in Ubon Ratchathani, Thailand. The CNPgs were developed based on the guidelines formulated by the National Health and Medical Research Council. The development of the CNPgs for Sunpasitthiprasong Hospital consisted of three steps. First, the researchers studied the development of clinical nursing practice guidelines by searching the relevant literature. The results revealed that there were 17 relevant research studies with 1a- to-4a evident level published between years 2014- 2019. Secondly, the CNPgs were validated by three experts using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation criteria (AGREE II). Thirdly, a study of the feasibility incorporating of the CNPgs into practice was performed.

The results found four aspects. First, these CNPgs were systematically analyzed and consisted of 3 steps 1) the assessment of the child's preoperative anxiety, 2) nursing care in non- pharmacological management and nursing

¹ Department of nursing anesthesia Sunpasitthiprasong Hospital

*Corresponding e-mail: tsarinra@gmail.com

evaluation. Second, the results of the expert appraisal was 89.57% favorable. Third, the feasibility study indicated that the CNPGs had a good level of feasibility for being integrated into practice. Fourth, the CNPGs were tested with 10 children undergoing elective surgery. These results revealed that the CNPGs were effective for reducing preoperative anxiety and increasing cooperation during the induction of anesthesia. However, the effectiveness of these CPGs should undergo further testing in subsequent studies.

Keywords: clinical nursing practice guideline (CNPG), preoperative anxiety, cooperation in children, induction of anesthesia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่พบบ่อยที่เกิดกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด ซึ่งเป็นสภาวะตึงเครียดหรือความไม่สบายใจที่เกิดจากความสงสัยหรือความกลัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด¹ ในผู้ป่วยเด็กการเผชิญกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่แปลกใหม่ ความไม่สุขสบาย การถูกจำกัดกิจกรรม การพบบุคคลแปลกหน้าที่ไม่คุ้นเคย สิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งความวิตกกังวล ช่วงเวลาที่ทำให้เด็กวิตกกังวลมากคือ การแยกจากผู้ปกครอง การนำเด็กเข้าห้องผ่าตัด การนำเด็กขึ้นเตียงผ่าตัด การติดเครื่องมือเฝ้ารอ การสอดเข็มให้สารน้ำ การนำสลบผ่านทางหน้ากากนำสลบ² ถ้าไม่ให้การพยาบาลเพื่อคลายความกังวลอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การต่อต้านผู้ดูแลและไม่ให้ความร่วมมือกับทีมวิสัญญี

ความวิตกกังวลส่งผลให้ใช้เวลาในการนำสลบมากขึ้น การฟื้นตัวจากยาสลบช้า มีอาการ Agitation emergence มากขึ้น ภายหลังการผ่าตัด และอาจจะมีภาวะเจ็บปวดหลังผ่าตัดมากขึ้น ทำให้อยู่ที่ห้องพักฟื้นนานขึ้น³⁻⁴ และปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ถึง 1 ปีหลังการผ่าตัด เช่น ผื่นร่าย พัฒนาการถดถอยในเด็กเล็ก เช่น บัสสาวะรดที่นอน พูดน้อยลง แต่ที่พบเห็นได้บ่อยคือเด็กจะกลัวบุคลากรทางวิสัญญี และห้องผ่าตัดมากเมื่อต้องมารับการผ่าตัดอีกครั้ง

เมื่อเด็กกลัวและวิตกกังวลอาจจะไม่ให้ความร่วมมือกับการทำหัตถการทางการแพทย์ เนื่องจากพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรมยังน้อยกว่าผู้ใหญ่ การนำสลบในผู้ป่วยเด็กที่มี Intravenous line มาแล้ว สามารถนำสลบด้วยยานำสลบเข้าหลอดเลือดดำได้รวดเร็ว ส่วนในเด็กที่ยังไม่มี Intravenous line จะนำสลบด้วยยาดมสลบไอระเหยร่วมกับอากาศ หรือไนตรัสออกไซด์และออกซิเจน ผ่านวงจรนำสลบ (วงจรต่อกับหน้ากากนำสลบ) การนำสลบด้วยยาดมสลบไอระเหย ปัจจุบันจัดเป็นการนำสลบที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีผู้ปกครองร่วมอยู่ด้วยขณะนำสลบ ช่วงการนำสลบนี้เด็กจะกลัวและวิตกกังวลมากที่สุด บางรายไม่ให้ความร่วมมือจะต่อต้านหลบหนีหรือร้องไห้ ไม่ยอมให้ครอบหน้ากากนำสลบ ทำให้เกิดผลกระทบกระเทือนทางจิตใจต่อเด็ก ผู้ปกครอง และบุคลากรวิสัญญี เพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ดังกล่าว วิสัญญีพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อ

ลดความกลัวและความวิตกกังวลก่อนการทำหัตถการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็ก คลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการนำสลบ

จากสถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีผู้ป่วยเด็กที่อายุ 1-12 ปี มารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในปีงบประมาณ 2559 2560 และ 2561 จำนวน 1,186 1,291 และ 1,179 ตามลำดับ กลุ่มงานวิสัญญีเห็นความสำคัญของการคลายความวิตกกังวลในเด็กก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และเพิ่มความร่วมมือในการนำสลบ โดยการให้ความรู้ผู้ปกครอง และให้เด็กทำความรู้จักกับวงจรยาสลบ ตั้งแต่ที่คลินิกวิสัญญีก่อนมาผ่าตัด แต่จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา ยังไม่มีการทำ แผนปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อคลายความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือ ระหว่างนำสลบในผู้ป่วยเด็ก ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เป็นระบบชัดเจน ดังนั้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่กล่าวมาข้างต้นในผู้ป่วย จึงได้ทำการสืบค้น หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการวิสัญญีต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือระหว่างนำสลบในผู้ป่วยเด็ก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาแผนปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อคลายความกังวลก่อนผ่าตัด และเพิ่มความร่วมมือในการนำสลบของผู้ป่วยเด็ก ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดความ วิตกกังวล จิตวิทยาพัฒนาการและแนวทางของสภาวิจัยด้านการแพทย์และ สาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)⁵ แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) กำหนด ทิมพัฒนาแผนปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์ และ กลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมิน ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้แนวทางของ The Joanna Briggs Institute⁶ 6) ยกร่างแผนปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประเมินคุณภาพแนวทาง ปฏิบัติสำหรับงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ AGREE II⁷⁻⁸ 7) กำหนดกลยุทธ์การเผยแพร่

และการใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 ระยะ ดำเนินใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย 1) การนำร่างแนวทางปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 2) การประเมินผลการทดลองใช้เบื้องต้น เพื่อการประเมินเชิงโครงสร้างและกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ และการเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนาและประเมินผลเบื้องต้นของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็ก จำนวน 3 ท่าน
- 2) ทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 8 ท่าน
- 3) ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 40 คน
- 4) ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเพื่อประเมินแนวปฏิบัติ เป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 2-10 ปีในโรงพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 10 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้คือ 1) เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า 2) มีอายุระหว่าง 2-10 ปี 3) ASA PS I-II 3) มีพัฒนาการปกติ 4) มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาคือ 1) ผู้ป่วยเด็กเป็นมีภาวะบกพร่องทางปัญญา 2) ผู้ป่วยเด็กออทิสติก 3) เป็นผู้ป่วยเด็กที่มีโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง 4) เคยผ่าตัดมาก่อนภายในหนึ่งปี

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ภายใต้เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการเลขที่ 049/62C วันที่ 4 ธันวาคม 2562 ในระยะเก็บข้อมูล ทีมงานผู้วิจัยทำการการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านจริยธรรมในมนุษย์ และในส่วนผู้ป่วยเด็กเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 18 ปี ดังนั้นจึงมีการขอความยินยอม

จากผู้ปกครองเด็ก และในเด็กที่อายุ 7 ปีขึ้นไปมีการเอกสารยินยอมให้ผู้ป่วยเด็กโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะกับเด็ก

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยปรีกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรง ตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1

2) แบบประเมินพฤติกรรมความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดด้วยเครื่องมือ The Modified Yale Preoperative Anxiety Scale-Short Form (mYPAS-SF) แปลเป็นไทยโดยนัยนา อรุณพฤชากุลและคณะ⁹ นำแบบประเมินไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยเด็กอายุ 2-10 ปี จำนวน 10 รายแล้วตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) ใช้ผู้ประเมิน 2 ท่านโดยใช้สถิติ Kappa ได้ค่าความเชื่อมั่น ($k = 0.72, p < 0.001$)

3) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการนำสลบด้วยการให้ยาทางหลอดเลือดดำ Pediatric Anesthesia Behavior ของ Beringer และคณะ¹⁰ โดยติดต่อทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อขออนุญาตแปลเครื่องมือวิจัยและนำไปใช้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแปลเป็นไทยและผู้เชี่ยวชาญแปลกลับเป็นภาษาต่างประเทศ แล้วนำแบบประเมินไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยเด็กอายุ 2-10 ปี จำนวน 10 รายแล้วตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) ใช้ผู้ประเมิน 2 ท่านโดยใช้สถิติ Kappa ได้ค่าความเชื่อมั่น ($k = 0.83, p = 0.001$)

4) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีวิธีการขั้นตอนและพัฒนาที่ประยุกต์มาจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย โดยทีมพัฒนาได้ทบทวนจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 – เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ

1) กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหาในการพัฒนา จากการรวบรวมข้อมูลสถิติในปีงบประมาณ 2559 2560 และ 2561 มีผู้ป่วยเด็กอายุ 2-10 ปี ที่มาผ่าตัดจำนวน 1,186 1,291 และ 1,179 ตามลำดับ พบว่า ผู้ป่วยเด็กมากกว่าร้อยละ 25 มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการนำสลบน้อย อาจส่งผลให้มีอาการ Agitation emergence มากขึ้น ภายหลังการผ่าตัด และอาจจะมี ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมากขึ้น ทำให้อยู่ที่ห้องพักฟื้นนานขึ้น และปัญหาพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ได้ถึง 1 ปีหลังการผ่าตัด เช่นผื่นร่าย พัฒนาการถดถอยในเด็กเล็ก เช่น บั๊สสาวะรดที่นอน พูดน้อยลง และที่ผ่านมาการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือในการนำสลบในผู้ป่วย กลุ่มนี้ยังไม่เป็นแนวทางที่เป็นระบบชัดเจน เป็นผลให้ผู้ป่วยเด็กยังมีความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการนำสลบน้อย ผู้วิจัยจึงกำหนดประเด็น ในการศึกษาเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นไป

2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกเพื่อคลายความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการนำสลบ ประกอบด้วย วิชาญญแพทย์สาขาเด็ก และทารกแรกเกิด 1 คน วิชาญญแพทย์ 1 คน ศัลยแพทย์เด็ก 1 คนอาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 คน วิชาญญพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน อย่างน้อย 10 ปี และมีความสามารถในการสืบค้น วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐาน เชิงประจักษ์ จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ด้านการพยาบาลวิชาญญ) จำนวน 2 คน รวมจำนวน 8 คน

3) กำหนดวัตถุประสงค์ คือเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อ คลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือในการนำสลบในผู้ป่วยเด็ก กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และวิชาญญพยาบาล จำนวน 40 คน ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และความเป็นไปได้ ความยากง่าย และ ความพึงพอใจของวิชาญญพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ด้านผู้ป่วยเด็ก คือคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือในการนำสลบในผู้ป่วยเด็ก

5) สืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้คำศัพท์สำคัญ สืบค้นคือ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความร่วมมือในผู้ป่วยเด็กและการนำสลบ

5.1 ใช้กรอบแนวคิด PICO¹¹ ในการคัดเลือก งานวิจัย และใช้ The Joanna Briggs Institute guides ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิง ประจักษ์

5.2 การทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับ การตีพิมพ์เผยแพร่โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) เช่น PubMed, Google scholar ในตีพิมพ์ในระหว่างปี ค.ศ. 2014-2019

ผลการวิจัย

หลังจากดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่ 1-5 ผลการวิจัยพบดังนี้

1. ได้งานงานวิจัยทางการพยาบาลที่ตรงประเด็น จำนวน 17 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1a 2 เรื่อง, 1 b 1 เรื่อง, 1c 10 เรื่อง, 2a 1 เรื่อง, 2c 1 เรื่อง 3c 1เรื่อง และ 4a 1 เรื่อง ตามลำดับ สรุปวิธีคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กดังตาราง

ตารางที่ 1 สรุปวิธีคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดที่ได้จากการทบทวน

วรรณกรรม

วิธีคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	วิธีการ
1. วิธีการจัดการวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา ^{1,12,28-29} (Non-Pharmacological Intervention)	1. โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ¹⁴⁻²⁷ - โดยการศึกษาความรู้ที่คลินิกการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่เหมาะสมตามอายุ โดยการดูวิดีโอ หนังสือ แผ่นพับ - ให้ฝึกเป่าวงจรมยาสลบ - การพาดูสถานที่ห้องผ่าตัด - ดูวิดีโอสาธิตโดยหมอแสดงตลกพาชมห้องผ่าตัดและอธิบายแบบตลกขบขัน โดยดูจากแท็บเล็ต 2. เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยเด็ก - แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟน - ตุ๊กตาหุ่นแอนิเมชันในแท็บเล็ต - ให้เด็กดูวิดีโอเทปนิยายระหว่างนำสลบ

วิธีคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	วิธีการ
	- ให้เด็กเล่นวิดีโอเกมในห้องรอผ่าตัดและก่อนนำสลบ - เล่นของเล่นในห้องรอผ่าตัดและในห้องผ่าตัดระหว่างนำสลบ - การนำผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดด้วยรถของเล่นเด็ก - ให้วิดีโอร่วมให้พ่อแม่อยู่ด้วยขณะนำสลบ
	3. ให้ผู้ปกครองอยู่ด้วยระหว่างนำสลบ
	4. เจ้าหน้าที่แต่งตัวเป็นการดูที่ผู้ป่วยเด็กชอบอยู่ด้วยระหว่างนำสลบ
2. วิธีการจัดการวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยใช้ยา ² (Pharmacological Intervention)	- การให้ยาก่อนการระงับความรู้สึกชนิดสงบประสาทในเด็กเพื่อให้เด็กสงบและร่วมมือระหว่างการนำสลบ

2. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบ ประกอบด้วยกิจกรรมพยาบาล 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลในการจัดการความวิตกกังวลแบบไม่ใช้ยาและ 3) การประเมินผลการพยาบาลและการประเมินความร่วมมือในการนำสลบ โดยนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้ในการให้การระงับความรู้สึก 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ที่คลินิกวิสัญญี (Peanesthetic evaluation clinic) จะมีโปรแกรมการเตรียมเด็กและครอบครัวก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังนี้

- ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยเด็กที่คลินิกวิสัญญี
- ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อให้คลายความวิตกกังวลและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะนำสลบ และการดูแลเด็กในห้องพักฟื้น
- ให้เด็กและผู้ปกครองดูวิดีโอการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกและฝึกให้ผู้ป่วยเด็กคุ้นเคยกับวงจรดมยาสลบ

ที่ห้องรอผ่าตัด (Holding area)

- สร้างบรรยากาศที่ดีในห้องรอผ่าตัดโดยจัดให้มีมุมเด็กเล่นเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กผ่อนคลาย
- ให้ผู้ปกครองอยู่ด้วยเพื่อลดความวิตกกังวลจากการพลัดพราก
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กเพื่อให้เด็กไว้วางใจ
- จัดของเล่นให้เด็กตามวัยหรือตามที่เด็กสนใจ เช่น ตุ๊กตา ของเล่น เล่นเกม ดูการ์ตูนในมือถือหรือในแท็บเล็ต
- หัดเป่าหน้ากากนำสลบเพื่อให้คุ้นเคยกับวงจรดมยาสลบ เพื่อลดความหวาดกลัวอุปกรณ์แปลกใหม่ทางการแพทย์
- ทบทวนผู้ปกครองเรื่องการเข้าไปอยู่ด้วยกับผู้ป่วยขณะนำสลบและการดูแลเด็กในห้องพักฟื้น
- วัตถุประสงค์ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดด้วยเครื่องมือ mYPAS-SF³⁰
- ให้เด็กทำกิจกรรมตามที่น่าสนใจและอยู่กับผู้ปกครองจนกระทั่งถึงเวลาผ่าตัด

ระยะที่ 2 ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

ในห้องผ่าตัด (Operating room)

- นำผู้ป่วยเด็กเข้าห้องผ่าตัดพร้อมผู้ปกครองเพื่อลดความวิตกกังวลจากการพลัดพราก พร้อมกับประเมินพฤติกรรมความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดด้วยเครื่องมือ mYPAS-SF
- ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กด้วยความนุ่มนวล ไม่ส่งเสียงดังและไม่ให้มีบุคลากรระหว่างนำสลบมากเกินไปจะเพิ่มความวิตกกังวลในผู้ป่วยเด็กได้
- อนุญาตให้นำของเล่น มือถือ/แท็บเล็ต สติกเกอร์ ตามที่เด็กชอบให้เล่นบนเตียงผ่าตัดได้
- ระหว่างนำสลบให้เล่นเกม ของเล่น ดูการ์ตูนในมือถือ/แท็บเล็ตได้ตามใจชอบ
- ขณะนำสลบสังเกตประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการนำสลบกรณีนำสลบด้วยวิธีสูดดม ให้ประเมินด้วยเครื่องมือ Induction Compliance Checklist (ICC)³¹ หรือนำสลบด้วยการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำให้ประเมินด้วยเครื่องมือ Pediatric Anesthesia Behavior (PAB)³²

- เมื่อผู้ป่วยเด็กหลับนำผู้ปกครองให้รอที่ห้องรอผ่าตัด กรณีผ่าตัดนานให้ผู้ปกครองไปรับประทานอาหารและกลับมารอหน้าห้องผ่าตัด

ผู้จัดทำรวบรวมข้อมูลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำเสนอต่อทีมพัฒนาและคัดเลือกข้อเสนอแนะที่ดีที่สุด และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ปรับปรุงแก้ไข แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 2 ท่าน และวิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อประเมินผล ด้านคุณค่าของแนวปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน คุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) The AGREE II ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อสรุปที่ได้จาก AGREE II

หมวด	ร้อยละ
หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	88.89
หมวด 2 การมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย	90.27
หมวด 3 ความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ	85.71
หมวด 4 ความชัดเจนและการนำเสนอ	86.11
หมวด 5 การนำแนวปฏิบัติไปใช้	87.03
หมวด 6 ความเป็นอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ	94.44
ภาพรวม	89.57

จากตารางที่ 2 พบว่าหมวดที่ได้คะแนนมากที่สุดคือความเป็นอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติเนื่องจาก บรรณาธิการของแนวทางปฏิบัติมีอิสระจากหน่วยงานสนับสนุนเงินทุน รองลงมาคือการมีส่วนร่วมได้ส่วนเสียเนื่องจากกลุ่มผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติประกอบไปด้วยบุคลากรจากกลุ่มวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยมีเป้าหมายในการคลายความวิตกกังวลในผู้ป่วยเด็กและเพิ่มความร่วมมือในการนำสลบ ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์มีการอธิบายอย่างชัดเจนว่าแนวทางปฏิบัตินี้ทำขึ้นเพื่อใช้กับประชากรผู้ป่วยเด็กที่มาผ่าตัดอายุระหว่าง 2-10 ขวบ ด้านความชัดเจนและการนำเสนอมีการนำเสนอทางเลือกในการจัดการ

ความวิตกกังวลไว้ชัดเจนทั้งการใช้ยา ไม่ใช้ยาและการใช้ร่วมกัน ความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติมีการใช้วิธีการสืบค้นหลักฐานอย่างเป็นระบบ มีการอธิบายเกณฑ์สำหรับการเลือกหลักฐานไว้อย่างชัดเจน

ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขดังนี้ ในระยะการพยาบาลก่อนระดับความรู้สึกให้เพิ่มแนวทางการพยาบาลให้ครอบคลุม และรักษาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาสงบประสาท กำหนดการประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยเด็กให้ชัดเจนว่าจะประเมินกี่ครั้งที่ไหนโดยใคร และระบุคะแนนจุดตัดคะแนนความวิตกกังวล ในการประเมินและรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยาสงบประสาทก่อนนำสลบ ในกรณีที่ใช้การคลายความวิตกกังวลแบบไม่ใช้ยาสงบประสาทแล้วคะแนนความวิตกกังวลยังสูง ผู้จัดทำจึงได้ทำการทบทวนงานวิจัยของนัยนา อรุณพฤกษากุลและคณะ⁹ ที่ทำการศึกษาหาความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของเยลที่แปลเป็นภาษาไทยฉบับเต็มและฉบับย่อในกลุ่มเด็กเล็ก ผลการศึกษาพบว่ามีความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นสูง แบบประเมินฉบับย่อก็มีความสัมพันธ์กับฉบับเต็มชัดเจน แต่กลุ่มตัวอย่างไม่มากพอจึงหาจุดตัดคะแนนความวิตกกังวลสูงไม่ได้ แต่จากการทบทวนงานวิจัยของ Jung และคณะ³³ ได้ทำการศึกษาหาความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของเยลที่แปลเป็นภาษาไทยในกลุ่มเด็กชาวเกาหลี อายุ 5-12 ปี พบว่าคะแนนมากกว่า 49 เป็นจุดตัดคะแนนความวิตกกังวลสูง เมื่อได้ข้อสรุปของจุดตัดคะแนนความวิตกกังวลที่ชัดเจน จัดประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ การประเมินคุณสมบัติเบื้องต้นของแนวปฏิบัติของทีมสุขภาพ และขอความร่วมมือในการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำแนวปฏิบัติ

6) ยกเว้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบ โดยกลุ่มวิสัญญีแพทย์สาขาเด็กและทารกแรกเกิด ศัลยแพทย์เด็ก อาจารย์พยาบาล วิสัญญีพยาบาลพยาบาลห้องผ่าตัดและผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จำนวน 8 คน

7) กำหนดกลยุทธ์การเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยจัดประชุมให้ความรู้ให้กับวิสัญญีพยาบาล จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการคลายความวิตกกังวลในผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ของเล่นสำหรับเด็กตามช่วงวัย จัดทำวิดีโอทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระดับความรู้สึกผู้ป่วยเด็ก

และการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองขณะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเด็กขณะนำสลบและขณะดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกับวิสัญญีพยาบาลในห้องพักฟื้น

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อประเมินคุณภาพเบื้องต้นของแนวปฏิบัติพยาบาล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ประกอบด้วย

1) การนำร่างแนวทางปฏิบัติไปศึกษานำร่องกับกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเด็ก อายุ 2-10 ขวบ ที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองดำเนินการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือในการนำสลบที่สร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และนำร่างแนวทางปฏิบัติให้วิสัญญีพยาบาลประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

2) การประเมินผลการทดลองใช้เบื้องต้น เพื่อการประเมินเชิงโครงสร้างและกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ และการเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ตรวจสอบสมบูรณ์แล้ว มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละ ทดสอบการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test ในกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 และสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากทดสอบการกระจายของข้อมูลความวิตกกังวลและความร่วมมือในการนำสลบแล้วไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ผลการนำร่างแนวทางปฏิบัติไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วยเด็กที่มาผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าจำนวน 10 ราย พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 4.80 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 21.60 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือร้อยละ 60 เป็น ASA Physical status I ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 และการผ่าตัดที่มากที่สุดคือ Hemiorrhaphy ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 5.60 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 19.40 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคือร้อยละ 60 และการผ่าตัดที่มากที่สุดคือ Orchidoplexy ร้อยละ 40 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ น้ำหนัก เพศ ASA Physical status ชนิดการผ่าตัด

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 5)	กลุ่มควบคุม (n = 5)
อายุ : (ปี) : Mean(SD)	4.80(2.59)	5.60 (2.41)
น้ำหนัก : (กิโลกรัม) : Mean(SD)	21.60(11.28)	19.40(7.32)
เพศ		
ชาย n(%)	2 (40%)	2(40%)
หญิง n(%)	3(60%)	3(60%)
ASA Physical status		
I n(%)	4(80%)	3(60%)
II n(%)	1(20%)	6(40%)
ชนิดการผ่าตัด n(%)		
Herniorrhaphy	2 (40%)	1 (20%)
Orchidopexy	1 (20%)	2 (40%)
Excision	1 (20%)	1(20%)
Circumcision	1 (20%)	0
Debridement	0	1(20%)

2. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลแรกรับในห้องรอผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ($p = 1.00$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในห้องผ่าตัดขณะนำสลบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) และความร่วมมือในการนำสลบสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวล ความร่วมมือในการนำสลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือ	กลุ่มทดลอง (n=5)		กลุ่มควบคุม (n=5)		z	p
	Median	IQR	Median	IQR		
mYPAS-SF T1	27	22.75	33.25	12.50	0.00	1.00
mYPAS-SF T2	23	5.13	33.25	18.88	-2.34	0.02*
mYPAS-SF T3	23	5.13	41.75	16.63	-2.55	0.01*
PAB	1	1	2	1	-2.46	0.01*

IQR: interquartile range, mYPAS-SF: The Modified Yale Preoperative Anxiety Scale- Short Form (คะแนน 23 - 100), * $p < 0.05$, mYPAS-SF T1: ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแรกได้รับ รผ่าตัด (คะแนนน้อยหมายถึงมีความวิตกกังวลน้อย), mYPAS-SF T2: ความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดหลังให้การพยาบาล, mYPAS-SF T3: ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดขณะนำสลบ, PAB: ความร่วมมือในการนำสลบแบบให้ทางหลอดเลือดดำ (คะแนนน้อยหมายถึง ให้ความร่วมมือในการนำสลบสูง)

3. ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวไปใช้

วิสัญญีพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 40 ราย มีอายุระหว่าง 29-48 ปี เฉลี่ย 37.65 ปี ($\bar{X} = 37.65$, $SD = 4.55$) ประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกระหว่าง 1-26 ปี เฉลี่ย 9.87 ปี ($\bar{X} = 9.87$, $SD = 5.96$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเป็นร้อยละ 90 จบปริญญาตรีทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติพยาบาลที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.56$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้ทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ไปใช้ในหน่วยงาน (n = 40)

รายการ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ความเหมาะสม สอดคล้องในการนำไปใช้กับผู้ป่วย	2.60	0.54	มาก
2. มีความชัดเจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน	2.65	0.66	มาก
3. เป็นประโยชน์ต่อวิสัยทัศน์พยาบาลในการปฏิบัติให้ครอบคลุมกับลักษณะผู้ป่วย	2.75	0.44	มาก
4. การไปใช้ในหน่วยงานสามารถประหยัดด้านต้นทุน กำลังคน และเวลา	2.35	0.70	ปานกลาง
5. มีประโยชน์สามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย	2.80	0.41	มาก
6. ระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ โดยรวม	2.6	0.60	มาก
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.63	0.56	มาก

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัด 2) การจัดการความวิตกกังวลแบบไม่ใช้ยาและ 3) การประเมินผลการพยาบาลและการประเมินความร่วมมือระหว่างนำสลบของผู้ป่วยเด็ก แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ที่พัฒนาขึ้นนี้พัฒนาจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 17 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2019 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 1a 2 เรื่อง, 1 b 1 เรื่อง, 1c 10 เรื่อง, 2a 1 เรื่อง, 2c 1 เรื่อง 3c 1เรื่อง และ 4a 1 เรื่อง ตามลำดับโดยประยุกต์ใช้กรอบ แนวคิด NHMRC พบว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้ในหน่วยงาน ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำใช้เนื้อหาแนวปฏิบัติฯ ของวิสัยทัศน์พยาบาลผู้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาถึงคุณค่าของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ The AGREE II ผลการประเมินในภาพรวม ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ให้คะแนนคุณภาพตรงกัน และผลจากการนำใช้แนวปฏิบัติฯ กับผู้ป่วยจำนวน 10 คน พบมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์สูงระหว่างร้อยละ 85 ซึ่งคะแนนที่ประเมิน โดยใช้ AGREE II ในแต่ละขอบเขตที่มากกว่าร้อยละ 60 ถือว่าแนวปฏิบัติฯ นั้นมีคุณภาพและเหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติได้

ส่วนที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปศึกษานำร่องใช้กับที่มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าจำนวน 10 ราย ผลพบว่าสามารถคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยได้ระหว่างนำสลบได้ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีไม่เพียงพอในการประเมินความร่วมมือผู้ป่วยขณะนำสลบด้วยก๊าซ จึงไม่นำเสนอในการศึกษานำร่องนี้ โดยมีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ทำการศึกษาในครั้งต่อไป

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ของทีมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม มีผู้ใช้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยได้ระหว่างนำสลบ บางส่วนมีข้อคิดเห็น ดังนี้คือ ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วยเด็กมีความคิดเห็นว่าเป็น 1) ควรเขียนกระบวนการคลายความวิตกกังวลผู้ป่วยเด็กแต่ละช่วงวัยให้ชัดเจน เป็นผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน 2) ควรประเมินความวิตกกังวลผู้ปกครองที่จะไปอยู่ร่วมกับผู้ป่วยระหว่างนำสลบด้วย เพราะผู้ปกครองที่มาด้วยอาจไม่ได้มาฟังการอธิบายด้วย ขณะที่อยู่ในคลินิกวิสัญญีแพทย์มีส่วนร่วมในการในการดูแลผู้ป่วยระหว่างนำสลบ ถ้าผู้ปกครองวิตกกังวลสูงจะส่งผลต่อผู้ป่วยเด็กให้กังวลด้วย และให้ข้อมูลความรู้ผู้ปกครองให้คลายวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

หน่วยงานควรมีการพัฒนาและนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยได้ระหว่างนำสลบ เช่น มีการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลในการฝึกใช้เครื่องมือประเมินความวิตกกังวลและความร่วมมือในการนำสลบผู้ป่วยเด็กทั้งแบบนำสลบด้วยก๊าซและแบบนำสลบทางหลอดเลือดดำ การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามแนวปฏิบัติฯ ในการศึกษาครั้งต่อไปในผลลัพธ์แนวปฏิบัติพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาและติดตามประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้กับจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มากขึ้น และศึกษาในแต่ละช่วงวัยโดยแบ่งเป็น เด็กก่อนวัยเรียนและเด็กวัยเรียน

2. ทำการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กระหว่างนำสลบในผู้ป่วยเด็กที่ให้การนำสลบด้วยก๊าซและแบบนำสลบทางหลอดเลือดดำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.สุเพียร โภคทิพย์ ที่ให้คำแนะนำในการทำงานวิจัย และวิสัญญีพยาบาลทุกท่านที่สนับสนุนงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Hosseinpour H, Madise SA, Hamsaie M, Ahmadi B. Preoperative anxiety and its contributing factors in pediatric patient's parent undergoing surgery. Iranian Journal of Pediatric Surgery 2016;2:28-35.
2. Kar SK, Ganguly T, Dasgupta CS, Goswami A. Preoperative Anxiety in Pediatric Population: Anesthesiologist Nightmare. Transl Biomed 2015; 6:1-9.
3. Open Anesthesia. Pediatric: Preoperative anxiety [Internet]. 2015 [cited 2019 June 23]. Available from: <http://www.openanesthesia.org/pediatric-preoperative-anxiety-2/>
4. Charana A, Tripsianis G, Matziou V, Vaos G, Iatrou C, Chloropoulou P. Preoperative anxiety in greek children and their parents when presenting for routine surgery. Anesthesiol Res Pract 2018;2:1-6.

5. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. Guideline for the Development and Implementation of Clinical Practice Guideline. 2016 [cited 2018 Aug 1] Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/research-policy/guideline-development>
6. The Joanna Briggs Institute. New JBI Levels of Evidence. Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013. 2014 [cited 2018 Aug 1] Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
7. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล. ม.ป.ท.: 2556.
8. Canadian Institutes of Health Research. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 1]. Available from: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf
9. Aroonpruksakul N, Nithiuthai J, Jenjarat S, Choorerk D. Validation and reliability of full and short Thai-version modified yale preoperative anxiety scale (m-YPAS) in young children. J Med Assoc Thai 2017; (100 Suppl. 7):53-8.
10. Beringer RM, Greenwood R, Kilpatrick N. Development and validation of the pediatric anesthesia behavior score – an objective measure of behavior during induction of anesthesia. Pediatric Anesthesia 2014; 24:196–200. doi: 10.1111/pan.12259.
11. อัจฉรา คำมะতিชัย, มัลลิกา มากรัตน์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติที่ละขั้นตอน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;246-59.

12. Manyande A, Cyna AM, Yip P, Chooi C, Middleton P. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;7:1-119.
13. Capurso M, Ragni B. Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient Educ Couns* 2015;2:173-85.
14. Lin CJ, Liu HP, Wang PY, Yu MH, Lu MC, Hsieh LY, et al. The effectiveness of preoperative preparation for improving perioperative outcomes in children and caregivers. *Behav Modif* 2019;3:311-29.
15. Liguori S, Stacchini M, Ciofi D, Olivini N, Bisogni S, Festini F. Effectiveness of an app for reducing preoperative anxiety in children: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics* 2018;8:1-8.
16. Chow CHT, Lieshout RJV, Schmidt LA, Dobson KG, Buckley N. Systematic review: Audiovisual interventions for reducing preoperative anxiety in children undergoing elective surgery. *Journal of Pediatric Psychology* 2016;41:182-203.
17. ศรีนรา ทองมี, ทศนีย์ บุญวานิตย์. ประสิทธิภาพของการดูแอนิเมชันในแท็บเล็ตต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในระหว่างนำสลบของผู้ป่วยเด็ก. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2559;1: 29-36.
18. Dehghan Z, Reyhani T, Mohammadpour V, Aemmi SZ, Shojaeian R, Nekah SMA. The effectiveness of dramatic puppet and therapeutic play in anxiety reduction in children undergoing surgery: A randomized clinical trial. *Iran Red Crescent Med J* 2017;3:e41178. doi: 10.5812/ircmj.41178.
19. Navarro CM, Marquez GG. Anxiety and pain in children subjected to venipuncture in pediatric emergencies. *iMedPub Journals* 2016;1:1-8

20. Cumino DO, Vieira JE, Lima LC, Stievano LP, Silva RA, Mathias LA. Smartphone-based behavioural intervention alleviates children's anxiety during anaesthesia induction: A randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol* 2017;34:169-75.
21. Rodriguez ST, Jang O, Hernandez JM, George AJ, Caruso TJ, Simons LE. Varying screen size for passive video distraction during induction of anesthesia in low-risk children: A pilot randomized controlled trial. *Paediatr Anaesth* 2019;6:648-55.
22. Chaurasia B, Jain D, Mehta S, Gandhi K, Mathew PJ. Incentive-based game for allaying preoperative anxiety in children: A prospective randommized trial. *Anesth Analg* 2019;129:1629-34.
doi:10.1213/ANE.0000000000003717
23. Liu PP, Sun Y, Wu C. Xu WH, Zhang RD, Zheng JJ, et.al. The effectiveness of transport in a toy car for reducing preoperative anxiety in preschool children: a randomised controlled prospective trial. *BJA* 2018;2:438-44.
24. Hyuckgoo K, Mee JS, Hwarim Y, Jin PS. Video distraction and parental presence for the management of preoperative anxiety and postoperative behavioral disturbance in children: A randomized controlled trial. *Anesth Analg* 2014;121:778-84.
25. Ryu JH, Park JW, Nahm FS, Jeon YT, Oh AY, Lee HJ, et al. The effect of gamification through a virtual reality on preoperative anxiety in pediatric patients undergoing general anesthesia: A prospective, randomized controlled trial. *J Clin Med* 2018;9:2-8.
26. Sadeghi A, Tabari AK, Mahdavi A, Salarian S, Razavi SS. Impact of parental presence during induction of anesthesia on anxiety level among pediatric patients and their parents: a randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017;12:3237-41.

27. Biddiss E, Knibbe TJ, McPherson A. The effectiveness of interventions aimed at reducing anxiety in health care waiting spaces: A systematic review of randomized and nonrandomized trials. *Anesthesia & Analgesia* 2014;119:434-48.
28. García S, Carmen M, Flores S, Francisca M, Garrido L, Lucia A, et al. Reduction of preoperative anxiety in children using non-pharmacological measures. *J Nurs Care* 2015;1:1-4.
29. Aranha PR, Sams LM, Saldanha P. Preoperative preparation of children. *Int J Health Allied Sci* 2017;6:1-4.
30. Jenkins BN, Fortier MA, Kaplan SH, Mayes LC, Kain ZN. Development of a short version of the modified yale preoperative anxiety scale. *Anesthesia & Analg* 2014;113:643-50.
31. พิชานนท์ พูลสวัสดิ์, รื่นเริง ลีลาอนุกรม. การศึกษาภาวะวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดต่างขยายท่อ ปัสสาวะส่วนล่างในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วิสิญญ์สาร* 2561;4:149-56.
32. Beringer RM, Greenwood R, Kilpatrick N. Development and validation of the pediatric anesthesia behavior score—an objective measure of behavior during induction of anesthesia. *Pediatric Anesthesia* 2014;24:196-200.
33. Jung K, Im MH, Hwang JM, Oh AY, Park MS, Jeong WJ, et al. Reliability and validity of Korean version of modified: Yale preoperative anxiety scale. *Ann Surg Treat Res* 2016;90:43-8.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

สุภาพร ผุดผ่อง ท.บ.*

บทคัดย่อ

การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก การเข้าใจถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นข้อมูลเพื่อการวางแผนส่งเสริมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 409 คน จากการสุ่มแบบระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.78$, S.D. = 0.37) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ ($X^2 = 7.46$, $p\text{-value} = 0.024$) และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($X^2 = 13.82$, $p\text{-value} = 0.029$) ปัจจัยนำ คือ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ($X^2 = 10.05$, $p\text{-value} = 0.004$) ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r = 0.31$, $p\text{-value} = 0.000$) และความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ($r = 0.35$, $p\text{-value} = 0.000$) ปัจจัยเอื้อ คือ การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก ($X^2 = 96.96$, $p\text{-value} = 0.000$) และการเข้ารับบริการทันตกรรม ($X^2 = 31.77$, $p\text{-value} = 0.000$) และปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ($X^2 = 0.39$, $p\text{-value} = 0.000$) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ($X^2 = 7.89$, $p\text{-value} = 0.011$) เนื้อหาที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ($X^2 = 20.73$, $p\text{-value} = 0.000$) จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

*โรงพยาบาลวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

*Correspondence e-mail: ja.jati@hotmail.com

วันที่รับ (received) 12 มี.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 เม.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 เม.ย. 2563

และจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
ผู้สูงอายุอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัย, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ

Factors Related to Oral and Dental Health Care Behaviors of the Elderly in Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province

Supaporn Phudphong DDS*

Abstract

Tooth loss is an essential problem in the elderly and is found majorly affecting the elderly population. Consequently, the elderly have faced with the impacts of oral and dental health difficulties. An understanding of oral and dental health care behaviors is nailed the problems and be able to establish health promotion for the elderly. In this study, the cross-sectional descriptive study was conducted to identify the related factors that affected to oral and dental health care behaviors among the elderly in Muang Sam Sip district, Ubon Ratchathani Province. There were four hundred and nine participants which had been chosen through the systemic random sampling technique from Muang Sam Sip district. The questionnaire was used for data collection. The collected data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test, and Pearson correlation coefficient. The results revealed that the studied participants had the oral and dental health care in moderate level ($\bar{X} = 1.78$, S.D. = 0.37). This result was significantly related to four factors and behaviors of oral and dental health care. First, demographic factors that relating to dental care behavior were gender ($\chi^2 = 7.46$, $p\text{-value} = 0.024$) and average monthly income ($\chi^2 = 13.82$, $p\text{-value} = 0.029$). Second, enabling factors also were related to oral and dental health care behavior: knowledge of oral and dental health care ($\chi^2 = 10.05$, $p\text{-value} = 0.004$); attitude of oral and dental health care ($r = 0.31$, $p\text{-value} = 0.000$); and belief of oral and dental health care ($r = 0.35$, $p\text{-value} = 0.000$).

* Muang Sam Sip Hospital, Ubon Ratchathani

* Correspondence e-mail: ja.jati@hotmail.com

Third, supporting factors, oral and dental cleaning equipment ($X^2 = 96.96$, $p\text{-value} = 0.000$); and dental service ($X^2 = 31.77$, $p\text{-value} = 0.000$), were related. Lastly, adding factors, support from individuals ($X^2 = 0.39$, $p\text{-value} = 0.000$); receiving information from various sources ($X^2 = 7.89$, $p\text{-value} = 0.011$); and contents related to oral and dental health care ($X^2 = 20.73$, $p\text{-value} = 0.000$) were related. Based on the study, the mentioned factors are significantly related to oral and dental health care behaviors. With the results of this study, it will be beneficial for concerned parties or persons who need the basic information for planning a program to promote oral and dental health care among the elderly in Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province in the future.

Keywords: factors, dental health care behavior, elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูญเสียฟันในสูงอายุเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากทำให้ประสิทธิภาพการเคี้ยวอาหารลดลง จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 56.1 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีจำนวนฟันถาวรเฉลี่ย 18.6 ซี่ต่อคน ร้อยละ 40.2 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ และจะลดลงในผู้สูงอายุตอนปลาย เมื่ออายุ 80-85 ปี มีเพียงร้อยละ 22.4 เท่านั้นที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ โดยเฉลี่ย 10 ซี่ต่อคน และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ ร้อยละ 12.1 ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลงชัดเจนแม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจำนวนมากกว่าครึ่งมีฟันถาวรใช้งานได้ 20 ซี่ แต่ฟันถาวรที่เหลืออยู่นี้ ยังมีปัญหารอยโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการลุกลามที่นำไปสู่ความเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน ซึ่งปัญหาสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียฟันโดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปาก ในผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบร้อยละ 8.7 แต่เมื่ออายุ 80-85 ปี เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31.0 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการบดเคี้ยวอย่างมาก ปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในเรื่องการทำความสะอาดช่องปากที่พบว่าผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอน โดยไม่รับประทานอะไรใดๆ อีกร้อยละ 53.7 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 4.1 และ 1.9 ตามลำดับ และมีการไปรับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 38.6 ในจำนวนนี้เหตุผล ที่ไปรับบริการสูงสุดร้อยละ 12.3 คือรู้สึกมีอาการปวดหรือเสียวฟัน ดังนั้นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากการสื่อสารความรู้ให้เข้าใจและตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งช่องทางหลักที่กลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงและได้รับข้อมูลสูงสุดคือ การสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 54.7 และผ่านสื่อโทรทัศน์ร้อยละ 36.2 รวมทั้งการสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี ซึ่งจากการสำรวจครั้งนี้มีร้อยละ 8.4 และเข้ารับบริการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อลดความเสี่ยงในการสูญเสียฟัน พร้อมกับการใส่ฟันเทียมบางส่วนและทั้งปากเพื่อทดแทนฟันถาวรที่สูญเสียไป จากข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาสุขาภาพช่องปากกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และมีฟันหลังแท้ใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 30.75 ผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีมีฟันที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และมีฟัน หลังแท้ใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 29.10

และผู้สูงอายุอำเภอวังสามสีเป็นผู้สูงอายุที่มีพื้นที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซึ่งและมีพื้นที่หลังเท้าใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สับ ร้อยละ 35.88²

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงปัญหาทางทันตสาธารณสุขในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่ต้องใส่ใจและเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผน และส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

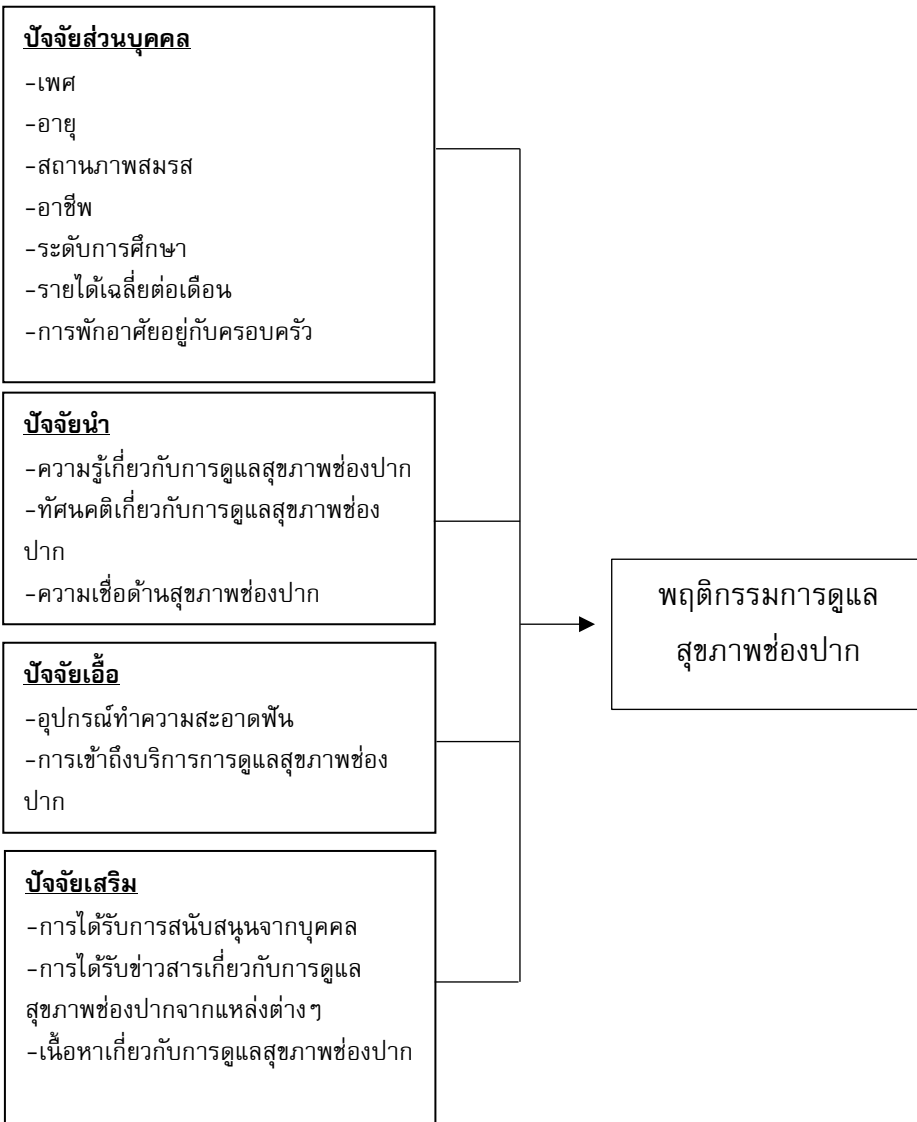
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอำเภอวังสามสี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว) ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก) ปัจจัยเอื้อ (การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน เข้ารับบริการดูแลสุขภาพช่องปาก) ปัจจัยเสริม (การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 11,993 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร

$$n = \frac{x^2_{NP}(1-P)}{e^2(N-1)+x^2P(1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้(5%)

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.814$)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($P = 0.5$)

แทนค่าในสูตร $n = 372.2$

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 372 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษ่อีก 10% ดังนั้นจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 409 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบระบบ (Systemic random Sampling) โดยแจกแจงแบ่งสัดส่วนตามขนาดประชากรแต่ละตำบลเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้สูงอายุตามจำนวน 409 คน

$$\text{สูตร } I = N/n$$

N = จำนวนประชากรทั้งหมด 11,993 คน

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 409 คน

I = ช่วงการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ = 29.32

โดยการนำรายชื่อผู้สูงอายุในระบบทะเบียนราษฎรของแต่ละตำบล มาสุ่มประชากรออกเป็นช่วง ๆ ละ 29 ดังนี้ 1 29 58 87 116 145.....จนครบขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบล

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง เพศชาย อาศัยในอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ดี ไม่อยู่ในภาวะที่มีความเจ็บปวด หรือมีอาการของโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2562-029 ลงวันที่ 13 กันยายน 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการทดสอบความเชื่อมั่น

แบบสอบถาม	จำนวน	IOC*	Alpha / KR-21
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล	7 ข้อ	1	-
ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ			
- ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก	8 ข้อ	0.83	KR-21=0.72
เกณฑ์มาตรฐาน ผ่าน 50%			
- ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	8 ข้อ	0.87	Alpha =0.73
เกณฑ์มาตรฐาน			
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.14-3.00			
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.23-2.13			
ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.22			
- ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก	10 ข้อ	0.83	Alpha =0.71
เกณฑ์มาตรฐาน			
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 1.93-3.00			
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.28-1.92			
ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.27			
ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ			
- อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำสะอาดช่องปาก	1 ข้อ	1	-
- การเข้ารับบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก	1 ข้อ	1	-

แบบสอบถาม	จำนวน	IOC*	Alpha / KR-21
ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม			
-การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลบุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข	5 ข้อ	0.86	Alpha =0.82
เกณฑ์มาตรฐาน			
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 1.88-3.00			
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0.95-1.87			
ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 0.01-0.94			
-การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งต่างๆ	1 ข้อ	1	-
-เนื้อหาที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	1 ข้อ	1	-
ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก			
9 ข้อ	0.81	Alpha =0.74	
เกณฑ์มาตรฐาน			
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00			
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50			
ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50			

* ค่า IOC เฉลี่ย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือกำหนดวันเวลาและสถานที่ไปยังเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละตำบล
2. ผู้วิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล
3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบแบบสอบถาม ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ

แล้วตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อรวบรวมไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.34 เพศชาย ร้อยละ 37.66 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 80.93 มีอายุเฉลี่ย 68.02 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.42 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 68.22 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุดร้อยละ 76.53 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 82.64 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 63.08 โดยพักอาศัยอยู่กับครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ลูก พี่ น้อง หรือ หลานมากที่สุดร้อยละ 90.95 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 409)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	154	37.66
หญิง	255	62.3
อายุ(ปี)		
60 – 74 ปี	331	80.93
75 – 84 ปี	72	17.60
85 ปีขึ้นไป	6	1.47
สถานภาพสมรส		
โสด	27	6.60
คู่	279	68.22
หม้าย/หย่า/แยก	103	25.18

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	258	63.08
น้อยกว่า 3,000 บาท	69	16.87
ระหว่าง 3,001-5,000 บาท	47	11.49
ระหว่าง 5,001-10,000 บาท	35	8.56
มากกว่า 10,000 บาท		
การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว		
ไม่ใช่	37	9.05
ใช่	372	90.95

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับไม่ผ่าน ($\bar{X} = 0.67$, S.D. = 1.09) ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.68$, S.D. = 0.45) ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ($\bar{X} = 1.60$, S.D. = 0.32) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากน้อยกว่า 4 ชนิด ร้อยละ 74.08 เข้ารับบริการการดูแลสุขภาพช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยใกล้บ้าน ร้อยละ 68.46 ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.46$, S.D. = 0.46) ไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งต่างๆ ร้อยละ 97.31 ไม่ได้รับทราบเนื้อหาเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 69.68 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.78$, S.D. = 0.37) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ปัจจัยนำ					
ความรู้เรื่องดูแลสุขภาพช่องปาก	-	-	0.67	1.09	ไม่ผ่าน
ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	-	-	1.68	0.45	ปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพ	-	-	1.60	0.32	ปานกลาง

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ปัจจัยเอื้อ					
การมีอุปกรณ์ทำความสะอาด					
ช่องปาก					
≥ 4 ชนิด	106	25.92	-	-	-
< 4 ชนิด	303	74.08	-	-	-
การเข้ารับบริการการดูแล					
สุขภาพช่องปาก					
รพ.สต./สถานีอนามัยใกล้บ้าน	280	68.46	-	-	-
โรงพยาบาลรัฐ	109	26.65	-	-	-
โรงพยาบาลเอกชน	9	2.20	-	-	-
ปัจจัยเสริม					
การได้รับการสนับสนุนจาก	-	-	1.41	0.46	ปานกลาง
บุคคล					
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ					
ดูแลสุขภาพช่องปาก จาก					
แหล่งต่างๆ					
ได้รับ	11	2.69	-	-	-
ไม่ได้รับ	398	97.31	-	-	-
เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแล					
สุขภาพช่องปาก					
ได้รับ	124	30.32	-	-	-
ไม่ได้รับ	285	69.68	-	-	-
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	-	-	1.78	0.37	ปานกลาง
ช่องปาก					

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก การเข้ารับบริการทันตกรรม การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) อายุ สถานะสภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การพักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\chi^2 = 2.23, p\text{-value} < 0.68$; $\chi^2 = 2.26, p\text{-value} < 0.69$; $\chi^2 = 13.26, p\text{-value} < 0.08$; $\chi^2 = 1.60, p\text{-value} < 0.34$; $\chi^2 = 2.78, p\text{-value} < 0.26$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ปัจจัย	ค่าความสัมพันธ์		P value
	χ^2	r	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ	7.46 [*]	–	0.02
อายุ	2.23	–	0.68
สถานะภาพสมรส	2.26	–	0.69
อาชีพ	13.26	–	0.08
ระดับการศึกษา	10.60	–	0.34
รายได้เฉลี่ย/เดือน	13.82 [*]	–	0.03
การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว	2.78	–	0.26
ปัจจัยนำ			
ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก	10.05 ^{**}	–	0.004
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	–	0.31 ^{**}	0.000
ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก	–	0.35 ^{**}	0.000
ปัจจัยเอื้อ			
การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก	96.97 ^{**}	–	0.000
การเข้ารับบริการทันตกรรม	31.77 ^{**}	–	0.000
ปัจจัยเสริม			
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล	–	0.39 ^{**}	0.000
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งต่างๆ	7.89 [*]	–	0.011
เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	20.73 ^{**}	–	0.000

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีดังนี้

เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการศึกษาพบว่าความแตกต่างของเพศ มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน³ ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย⁴

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จากการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาว่า เพศ ระดับรายได้ และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ⁶

ปัจจัยนำ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก คือ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพช่องปาก และความเชื่อด้านสุขภาพ แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากและมีความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากที่ดี มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้หากบุคคลเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคและเชื่อว่าการปฏิบัติจะเกิดผลดีช่วยลดภาวะคุกคามของการเกิดโรคจะส่งผลให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรม⁷ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า ความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ⁸

ปัจจัยเอื้อ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการเข้ารับบริการทันตกรรม แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ในการทำทำความสะอาดช่องปากที่เพียงพอ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ซึ่งเป็นไป

ในทิศทางเดียวกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่มากสามารถเลือกซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากได้ดีกว่าจึงมีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี นอกจากนี้เข้ารับบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมากที่สุด เนื่องจากมีความสะดวกต่อการเดินทางซึ่งอยู่ใกล้บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี แต่ละตำบลจะมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำตำบลอยู่ปฏิบัติงานครบทุกตำบล ซึ่งสามารถให้บริการทันตกรรมพื้นฐานได้ เช่น ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย เป็นต้น การเข้ารับบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก รองลงมาคือ โรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากการรับบริการการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนต้องได้รับบริการที่ยากขึ้นจำเป็นต้องเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการประเมินสภาพร่างกายก่อนรับบริการทันตกรรม ผู้สูงอายุรับบริการใส่ฟันปลอม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ การศึกษา พบว่า การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก^{3,5,8-10}

ปัจจัยเสริม จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งต่าง และเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่า ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลป้อนกลับจากบุคคลอื่น ภายหลังที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของปัจจัยเสริมจะเป็นทั้งการสนับสนุนและขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ปัจจัยสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นลักษณะการกระตุ้นเตือน การยอมรับ การยกย่องชมเชย การตำหนิติเตียน การลงโทษ ดังนั้น จึงอาจมีอิทธิพลต่อบุคคลในการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น สอดคล้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก^{4,9} ยังมีการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า การได้รับสนับสนุน

จากครอบครัว หรือคนใกล้ชิด เบาหวาน การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2¹¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทันตบุคลากรควรปรับปรุงรูปแบบการให้สุขศึกษา ให้ครอบคลุมทั้งความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากโดยเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ภาษาเข้าใจง่าย เน้นการสื่อสารแบบสองทางเป็นหลัก
2. ควรมีการจัดหาอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากในราคาถูกลงกว่าท้องตลาด มาจำหน่ายให้ผู้สูงอายุ เช่น ขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก แปรงสีฟัน ยาสีฟันไหมขัดฟัน แปรงชอกฟัน ที่โรงพยาบาลในราคาถูก เป็นต้น
3. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในชุมชนเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้กลุ่มเพื่อและครอบครัวได้มีส่วนร่วมสนับสนุน โดยผ่านการบูรณาการกับบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น จัดกิจกรรมผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมร่วมกับบริการเยี่ยมบ้านของหมอครอบครัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การเข้ารับบริการทันตกรรม แรงสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง และเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นควรศึกษาวิจัยถึงทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ทพญ.อุไรวรรณ อมรไชย, ทพญ.อุมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ และ ทพญ.ณัฏฐา ใจแก้ว ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้คำแนะนำ และตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมถึงเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี และผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก
แห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาสุขาภาพช่อง
ปาก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 8 เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5
3. วิชพลประสิทธิ์ กันแก้ว. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล
ตำบลคลองตำหรุ อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐ
ประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
4. เบญจพร สว่างศรี, เสริมศิริ แต่งงาม. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการ มทร.สุพรรณภูมิ
2556;1:128-37.
5. ศิริรัตน์ รอดแสวง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่อง
ปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอนองบัว จังหวัดนครสวรรค์.
การประชุมวิชาการระดับชาติ นครสวรรค์ ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับ
การพัฒนาประเทศ; 21-22 กรกฎาคม 2559; มหาวิทยาลัยนเรศวร.
พิษณุโลก; คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558. หน้า
785-97.
6. ปัทมาสน์ เพชรสม. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MN. Health Promotion in Nursing
Practice. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.

8. ชนินทร์ สุทธิโต. พฤติกรรมทันตสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง [หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต]. ตรัง: สถาบัน
สมทบมหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
9. ธนิตา ผาติเสนาะ, กิตติยา ก้อยจะบก, มณีรัตน์ บุตรศรีภูมิ, สุทธิดา
เสาสิ่งห์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ
ผู้สูงอายุ. วารสารพจนานิตยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2018;17:20-30.
10. อุดมพร ทรัพย์บวร. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในเขตตำบล
นครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5
2562;38:244-55.
11. ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่อง
ปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอแม่
ทะ จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

เรื่องเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วยเอชไอวี

“

การเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ เป็นภาวะวิกฤตหนึ่งในชีวิตเนื่องจากมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ในด้านร่างกายนั้นเชื้อเอชไอวีจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยตรง และเมื่อร่างกายอ่อนแอการติดเชื้อหรือติดเชื้อฉวยโอกาสนี้จะง่ายมากขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสเสียชีวิตได้ สำหรับด้านจิตใจบุคคลที่รับทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ก็จะมีสติตกใจ กลัว กังวล กอดันหมัดกำลังใจ บางครั้งไม่อยากมีชีวิตอยู่ ขณะที่ผลกระทบทางสังคมจะพบว่าสังคมเกิดความหวาดกลัว รังเกียจ บางครั้งเหยียดหยามต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วเป็นตราประทับ จนนำไปสู่การฉีกรังและฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายก็เป็นอีกด้านที่ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ที่จะมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงซึ่งจะเป็นค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายโดยอ้อม เช่น ค่าเดินทาง การรับประทานอาหาร หรือค่าผู้ดูแล เป็นต้น

จากข้อมูลเบื้องต้น การที่จะข้ามผ่านภาวะวิกฤตแต่ละด้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ ได้นั้น อาจต้องอาศัยโอกาสที่หลากหลายหรือวิธีการต่างๆ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤตนั้นไปได้ และบางครั้งอาจล้มเหลวหรือเกิดภาวะท้อแท้ในแต่ละบุคคลของผู้ติดเชื้อเอดส์หรือเอชไอวีบทความนี้ ขอเสนอเรื่องเล่าประสบการณ์ของผู้หญิงไทยท่านหนึ่งที่เผชิญภาวะวิกฤต แล้วกลายเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนมุมมองของผู้ป่วยเอชไอวี และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับผู้อ่านเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการข้ามผ่านภาวะวิกฤตของชีวิต

”

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทยนามสมมติ “กุหลาบ” ชีวิตครอบครัวเดิมอาศัยอยู่ต่างอำเภอของจังหวัดใหญ่แห่งหนึ่ง คุณกุหลาบเป็นบุตรคนที่ 4 จาก 6 คน พ่อแม่มีอาชีพเกษตรกรกรรรม ภายหลังจากคุณกุหลาบจบการศึกษาระดับประถมศึกษา แม่ฐานะทางครอบครัวเดิมจะลำบาก แต่คุณกุหลาบก็มุ่งมั่นในการศึกษา เข้ามารับจ้างทำงานร่วมกับเรียนระดับมัธยมศึกษาของการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย หรือเรียกย่อๆ ว่า “กศน.” จนจบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย และได้เข้าทำงานตำแหน่งลูกจ้างประจำของหน่วยงานแห่งหนึ่ง ลักษณะนิสัยทั่วไปเป็นคนรับผิดชอบงานเป็นอย่างดี ชอบช่วยเหลือผู้อื่น เป็นคนสนุกสนาน และบางครั้งก็ชอบอยู่คนเดียว มีโลกส่วนตัวสูง

การเปลี่ยนแปลงของชีวิต

การเปลี่ยนแปลงชีวิตของคุณกุหลาบมีด้วยกัน 3 ครั้ง ครั้งแรกก็คือ การแต่งงานและมีครอบครัวเป็นของตนเอง คุณกุหลาบพบรักและแต่งงานเมื่ออายุ 25 ปี สามีของคุณกุหลาบอายุ 53 ปี อาชีพพนักงานบริษัทเครื่องยนต์ คุณกุหลาบแยกจากครอบครัวเดิมมาสร้างครอบครัวใหม่ที่น่ารักอยู่กับสามี สามีคุณกุหลาบเป็นคนน่ารัก อัธยาศัยดี ช่างพูด และจริงใจกับเพื่อนๆ ทำให้คุณกุหลาบมีความสุขทุกๆ วัน อย่างไรก็ตามด้วยลักษณะนิสัยดังกล่าวของสามีคุณกุหลาบ ทำให้คุณกุหลาบเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 2 นั่นก็คือ สามีคุณกุหลาบมีผู้หญิงมาเกี่ยวพันอยู่เป็นระยะ ภายหลังจากแต่งงานประมาณ 3-5 ปี ต่อมาสามีคุณกุหลาบได้มีสัมพันธ์กับหญิงอื่น แต่คุณกุหลาบก็ให้อภัยและยังคงสภาพการเป็นครอบครัวต่อไป

สำหรับการเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 3 ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องร้ายแรงสำหรับคุณกุหลาบ คือสามีติดเชื้อเอชไอวี แต่คุณกุหลาบก็ยังดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดีทั้งการรักษาตัวที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ต่อมาสามีเสียชีวิต เนื่องจากคุณกุหลาบไม่มีบุตร จึงทำให้ครอบครัวคุณกุหลาบมีกันเพียง 2 คน คือสามีและคุณกุหลาบ ซึ่งต่างก็ร่วมทุกข์และสุขกันมาตลอด 9 ปี แต่มาวันนี้เหลือเพียงคุณกุหลาบตามลำพัง อย่างไรก็ตาม การสูญเสียครั้งนี้เป็นเพียงเลี้ยวหนึ่งของความรู้สึกเสียใจของคุณกุหลาบ และเมื่อคุณหมอทางโรงพยาบาลแจ้งผลการตรวจเลือดของคุณกุหลาบให้รับทราบ ว่า “คุณกุหลาบติดเชื้อเอชไอวี” ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตร้ายแรงที่สุดสำหรับชีวิตคุณกุหลาบเลยทีเดียว

ความรู้สึกต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ในระยะแรกเมื่อได้รับทราบข่าวร้ายจากคุณหมอ คุณกุลลาบเล่าว่า ซ็อกเสียใจมาก ๆ พุดอะไรไม่ได้เลย มีแต่ร้องไห้อย่างเดียว เดินทางกลับบ้านแบบไม่รู้ตัว แล้วนั่งตามลำพังที่บ้านไม่พุดคุยกับใคร ต่อมาก็เริ่มคิดกังวล สับสน กลัวว่าตนเองจะตายไหม แล้วรู้สึกเกลียดชังสามีอย่างมาก เพราะเป็นต้นเหตุที่ทำให้คุณกุลลาบต้องติดเชื้อเอชไอวีนี้ นอกจากนี้ยังโทษโชคชะตาว่าตนเองวาสนาน้อย อุสาห์อดทนยอมรับชะตากรรมไปแล้ว ชีวิตก็ยังเจอเรื่องร้าย ๆ เช่นนี้อีก คุณกุลลาบยอมรับว่าช่วงเวลานั้นเสียใจมาก ไม่ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง เอาแต่โทษสามีและโชคชะตา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมแยกตนเอง

การเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส

จากความรู้สึกเสียใจที่หลังไหลออกมานั้น ยังมีความโชคดีแฝงอยู่ คุณกุลลาบเปลี่ยนมุมมองชีวิตอีกด้านหนึ่ง คือ การมองบุคคลที่เขาเผชิญปัญหา อุปสรรคหรือความยากลำบากกว่าคุณกุลลาบมีอีกมาก คุณกุลลาบเองยังโชคดีกว่าบุคคลเหล่านั้น ไม่ได้เป็นคนพิการ มีอวัยวะครบ 32 ประการ หรืออีกหลายคนที่ย่วยแบบไม่มีทางรักษาหรือประสบอุบัติเหตุแล้วเสียชีวิตก่อนวันอันควร แต่คุณกุลลาบยังโชคดีที่คุณหมอบอกว่าโรคเอดส์ไม่ใช่สาเหตุการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ แล้วมีชีวิตได้ยาวนานหากรักษาและดูแลตนเองตามคำแนะนำของคุณหมอ ดูเหมือนคุณกุลลาบจะใจขึ้นขึ้นมาในระดับหนึ่ง แต่ก็ต้องมาเผชิญกับความรู้สึกที่โดนเหยียดหยามจากสาวยตาและความคิดของบุคคลอื่นที่มีต่อคุณกุลลาบยอมรับว่าบุคคลอื่นทราบว่ามีคุณกุลลาบเป็นโรคเอดส์ และทราบอย่างชัดเจนเมื่อสามีคุณกุลลาบเสียชีวิต แล้วก็มีเสียงที่ลอยมาตามสายลม ว่าคุณกุลลาบติดเชื้อด้วย สาวยตาที่คนอื่นมองพร้อมกับความรู้สึกสงสัยในตัวคุณกุลลาบนั้นคุณกุลลาบจะต่อสู้กับสถานการณ์นี้อย่างไร

ท่ามกลางความโชคร้ายก็มีความโชคดีอยู่บ้าง แม้จะมีคนที่พุดหรือมองคุณกุลลาบในทางลบ แต่ก็มีบางคนที่มีมองคุณกุลลาบในทางบวกอย่างเข้าใจ ซึ่งถือว่าเป็นกัลยาณมิตรที่ดี ไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้านอีกหลาย ๆ คน ที่คอยให้กำลังใจ และแนะนำการปฏิบัติตัว ทำให้คุณกุลลาบสามารถผ่านภาวะวิกฤตินั้นมาได้ โดยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของคุณกุลลาบ ช่วยดูแลเรื่องค่ารักษาพยาบาล เมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และ

ปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด รวมทั้งรับผิดชอบต่อสังคมอย่างดี ทุกครั้งที่มียุบัติเหตุ เลือดออก คุณกุหลาบจะแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ว่ามีเชื้อเอชไอวี เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ดูแลตามมาตรฐานในการป้องกันการแพร่กระจายของโรค (Standard precaution) จะไม่ยอมให้เพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนบ้านเข้ามาช่วยตนเอง หากไม่มีวิธีการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาการดูแลตนเอง แบบทางเลือก ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อ ร่างกาย เช่น น้ำดื่มที่สะอาด ผักผลไม้ที่ต้านอนุมูลอิสระ เป็นต้น รวมทั้งใช้ธรรมชาติ มาดูแลจิตใจของตนเองด้วย

จากสถานการณ์ตั้งแต่คุณกุหลาบทราบว่าตนเองติดเชื้อจนถึงปัจจุบัน เป็นเวลา 19 ปี คุณกุหลาบยังคงปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดในการดูแลสุขภาพตนเอง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และพบคุณหมอย่อยอย่างต่อเนื่อง คุณกุหลาบมีสุขภาพ แข็งแรงทั้งกายและใจ เป็นที่รักของเพื่อนร่วมงานและเพื่อนบ้านตลอดมา

สรุป

เรื่องเล่าประสบการณ์ของคุณกุหลาบผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นตัวอย่างหนึ่งของหญิงที่ทำหน้าที่เป็นภรรยาที่ดีของสามี เป็นหญิงใจงามที่ให้อภัยสามี เมื่อประพฤติตัวไม่เหมาะสม แล้วสามีก็ติดเชื้อเอชไอวี แต่ดูแลสามีเป็นอย่างดีจนวาระสุดท้ายของชีวิต สิ่งเหล่านั้นแสดงให้เห็นว่าคุณกุหลาบเป็นบุคคลที่รับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเองอย่างดี และเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่สุดของชีวิต โดยมีปฏิกิริยาแสดงอาการเสียใจ ร้องไห้อย่างมาก กล่าวโทษสามีและโชคชะตา นอกจากนั้นยังมีปฏิกิริยาจากบุคคลภายนอกที่แสดงออกในทางลบต่อคุณกุหลาบ แต่โชคดีที่คุณกุหลาบสามารถปรับมุมมองชีวิตได้ โดยมองบุคคลที่เผชิญกับความทุกข์ว่าคุณกุหลาบยังมีอีกมาก บวกกับได้กัลยามิตรที่ดีทั้งญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้านบางคน และหน่วยงาน ทำให้คุณกุหลาบสามารถผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตได้เป็นอย่างดี

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ขอเรียนเชิญ สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ทั้งนี้ บทความหรือรายงานการวิจัย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น งานวิจัยที่ศึกษาวิจัย และทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC) และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร FreesiaUPC ขนาด 16 pt. และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด B5 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้าโดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ ยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 14 pt.

6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง
8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสเตอร์ โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ใต้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
 - 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.2.8 ผลการวิจัย

2.2.9 การอภิปรายผล

2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา(In- text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิงดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดี่ยว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

- กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,5}

- กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. หลักการเบื้องต้น

1.1 ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

1.2 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the Workforce for 21st Century Science: A Vital Direction for Health and Health Care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

1.3 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

- ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
- ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
- ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่
- เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 1337-43 หรือ p.222-35 เป็นต้น
- สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

ตัวอย่าง

4. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.

5. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

3. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

6. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง; 2552.

7. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.

4. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

8. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณี ปิติสุทธิธรรม ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติง; 2552. หน้า 255-78.

9. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health Prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok; Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.

5. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

10. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโช, จิตราวัฒน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรรณ, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชิมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุขเจณพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุนีย์ แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.

11. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

12. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และคณะ, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.

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

7. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

14. พันธ์ญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.

15. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

8. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

16. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>

17. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

9. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี]; ปีที่:[หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

18. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593

19. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของจิราภรณ์ จันทร์จร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่ <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชร ใจการุณ โทรศัพท์ 091-832-3817

กองบรรณาธิการ

อ.ลักขณา ชอบเสียง โทรศัพท์ 087-863-3441

อ.ชนุกร แก้วมณี โทรศัพท์ 081-064-3536

อ.ทัศน พละไชย โทรศัพท์ 088-133-2803

ผู้ปฏิบัติงานวารสาร

นางสาวสมพร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709

E-mail: journal.bcns@gmail.com