



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในปัจจุบันต่อการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

วสันต์ ศรีแดน, ศุภรดา วงศ์จำปา, ชนิชา ไชยต้นเทือก

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล

กิตติยาพร จันทรัมย์, ญาณี แสงสาย, บรรณกิจ พลสวัสดิ์

บทบาทของพยาบาลในการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

ศรินยา พลสิงห์ชาญ, คมวัฒน์ รุ่งเรือง, รุ่งนภา ดีอ้อม

บทความวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี

พนัญญา ชันติจิตร, ไวยพร พรหมวงศ์, ชนุกร แก้วมณี, อภิรดี เจริญบุญกุล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7

นวกรณ์ ดอกชะบา, พัทธวีโล ศรีแสง

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติใน 2 เดือนหลังคลอดในมารดาที่แยกจากบุตรทันทีตั้งแต่แรกเกิด:

กรณีศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

พามาลย์ จันทะวงษ์, สมจิตร เมืองพิล

แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์

อุดมขัญญา อินทเรือง, คมวัฒน์ รุ่งเรือง, รุ่งนภา ปรางภูติ, กรวิภา จันทรัมย์

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

บุษมาศ แก้วกุลกล, พรรณทิพย์ ชัยขุนทด, ปรางทิพย์ กาสนน, เอลเกอริ, ปัทมากรณ์ คงขุนทด,

อังสนา อัครฤทธิชัยมงคล, ปาลิดา โพธิ์ตา, อธิพนธ์ พลนิกรกิจ

ผลการใช้นวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบต่อการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยเลือดออกในสมองในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท

นิตยา กรายทอง, พัทธกัญ วัฒนพันธ์, สุวิมล จันทะศรี, นุสรา ประเสริฐศรี

พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาศาสตร์ พ.ศ. 2560

ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

วรรณดี เสือมาก, อธิวรรณ เกิดทอง, ศุภลักษณ์ ชนาโรจน์

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564)

ISSN (Print): 2673-0723

ISSN (Online): 2697-5246

เจ้าของ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
หน่วยงานที่จัดพิมพ์	สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 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 หัวหน้างานวิจัยและผลิตทางวิชาการ
-----------	--

บรรณาธิการ ดร.พัชรี ไกรฤกษ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวลักขณา	ชอบเสียง
นางจงลักษณ์	ทวีแก้ว
นางพนัชฌา	ขันติจิตร
นายชนุกร	แก้วมณี
นางสาวจิณวัตร	จันครา
นายหัตถกาน	พลไชย

เลขานุการและประชาสัมพันธ์

นางสาวสิริภัทร โจมสติ



กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุกธำพิทักษ์พล
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธารน
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ท้าดี
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติกรณากรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา นวดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงกนกการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์

ดร.นพ.สุธีร์	รัตน์มงคลกุล
ดร.วีไลวรรณ	ปรีเอก
ดร.สุเพียร	โกกทิพย์
ดร.วีโรจน์	เชนรัมย์
ดร.คมวัฒน์	รุ่งเรือง
ดร.นิสากร	วิบูลชัย
ดร.ศุภวดี	แถวเพีย
ดร.กมลทิพย์	ตั้งหลักมั่นคง
ดร.พิทยา	ศรีเมือง
ดร.สินศักดิ์ชนม์	อุนพรมมี
ดร.ชลิยา	วามะสุน
ดร.อนุชตรา	วรรณเสวก
ดร.เกษราภรณ์	เคนนุปลา
ดร.สุภาภรณ์	ศรีรัตนรัตน์
ดร.เอมอร	แสงศิริ
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย
ดร.เพชรณีน	วิริยะสีบพงศ์
ดร.นภา	สิงห์วีธรรม
ดร.ปรางทิพย์	ทาสนา: เอลเทอร์
ดร.สุรศักดิ์	สุนทร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี



ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ
ดร.ณัฐยา ศรีทะแก้ว
ดร.พาญ นาอาจูระ

ดร.บุญสือ ฉิมบ้านไร่
ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์
ดร.บุญยสิทธิ์ พงษ์พิจิตร
ดร.ศรีจันทร์ พลับจั่น
ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธ์
ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา
ดร.นุสรุ ประเสริฐศรี
ดร.พัชรี ใจการุณ
Mr. Kent Dale Hamilton
อาจารย์ทรงวุฒิ ภัทรไชยกร
อาจารย์ยุทธรชัย บัณฑอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี



บทบรรณาธิการ

โพชฌังโคสะติสังขาโต ธัมมานัง วิจะโย ตะถา วิริยัมปีติปัสสัทธิ โพชฌังคา จะตะถาปะเร สะมาธุ
เปกขะโพชฌังคา สัตเต เต สัพพะทัสสินา มุนินา สัมมะทักขตา ภาวิตา พะหุลิกะตา

สังวัตตันติ อะภิญญาเยะ นิพพานายะ จะ โพธิยา เอเตนะ สัจจะวัชเชนะ โสตถิ เต โหตุ สัพพะทาฯ
เอกัสมิง สะมะเย นาโถ โมคคัลลานัญจะ กัสสะปัง คิลาเน ทุกขิเต ทิสสะวา โพชฌังเค สัตตะ เท
สะยิ เต จะ ตัง อะภินันทิตะวาโรคา มุจจิงสุ ตังขะณเ

เอเตนะ สัจจะวัชเชนะ โสตถิ เต โหตุ สัพพะทาฯ เอกะทา ธัมมะราชาปิ เกลัญญะนาภิปิโต
จุนทัตถะเรนะ ตัญญะวะ ภาณปะตะวานะ สาทะรัง สัมโมทิตะวา จะ อาพาธา ตัมहा วุฏฐาสี
ฐานะโส เอเตนะ สัจจะวัชเชนะโสตถิ เต โหตุ สัพพะทา

ที่มา: www.googlelifeupdate.com

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ขออันเชิญบทสวด
โพชฌังคปริตร หรือ ธรรมที่เป็นองค์ประกอบแห่งการตื่นรู้ เป็นธรรมที่เกี่ยวกับปัญญา จัดเป็นธรรมชั้นสูง ทำให้ใจสว่าง
ใส เมื่อใจสว่าง สงบ ร่างกายก็จะดีตามหลักที่ว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” และ ชาวพุทธเชื่อกันว่าบทสวดโพชฌังคปริตร
เป็นบทที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ และเป็นขวัญกำลังใจให้ทุก ๆ ท่าน ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ และรู้ทันการเปลี่ยนแปลง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงาน
วิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ
พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษารวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้า
และพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ ในประเทศไทย สำหรับกองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 10 เรื่อง เสนอในวารสาร
วิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564)
ดังนี้ 1) บทบาทพยาบาลในปัจจุบันต่อการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจ
ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล 3) บทบาทของพยาบาล
ในการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต 4) แบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี 5) ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคเบาหวานจากการขาดดุลเกลือของน้ำบริการแผนก



พาครอบครัวในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 6) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติในมารดา
ที่แยกจากบุตรทันทีตั้งแต่แรกเกิด: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย
7) แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์ 8) สมรรถนะทาง
วัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 9) ผลการใช้นวัตกรรมถุงเจลเย็น
ต่อการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยเลือดออกในสมองในห้องผู้ป่วยหนักสัลยกรรมประสาท และ 10) พฤติกรรม
คุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเปิดมุมมอง
แนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้งช่วยส่งเสริม บัณฑิต รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชน
ในประเทศไทยต่อไปในอนาคต นอกจากนี้กองบรรณาธิการจะเรียนให้ท่านผู้อ่านได้ทราบว่า จะมีการปรับคณะกรรมการบริหารจัดการ
กองบรรณาธิการในปี 2565 เพื่อส่งเสริมและพัฒนางานวารสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในปีต่อไป

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในปัจจุบันต่อการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย 1
The Current Role of Nurses in Social Support among Thalassemic Adolescents
วสันต์ ศรีแดน, ศุภรดา วงศ์จำปา, ฌนิชา ไชยตันเทือก
Wasun Sridan, Suparada Wongjumpa, Chanicha Chaitontheng
- การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: 12
บทบาทสำคัญของพยาบาล
Empowering Family and Community in End-of-life Care: Important Role of Nurses
กิตติยาพร จันทรชม, ญาณิ แสงสาย, บรณกิต พอสวัสดิ์
Kittiyapon Junchom, Yanee Sangsai, Bunternng Polsavat
- บทบาทของพยาบาลในการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อน 25
การบำบัดทดแทนไต
Nursing role in applying health promotion models in patients with chronic kidney
disease before the renal replacement therapy
ศรินยา พลสิงห์ชาญ, คอมวัฒน์ รุ่งเรือง, รุ่งนภา ต้ออม
Sarinya Polsingchan, Komwat Rungruang, Rungnapa Deeom

บทความวิจัย

- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 39
ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี
Health Belief Model in the Prevention of Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)
among people in Ubon Ratchathani Province
พนัษญา ขันติจิตร, ไวยพร พรหมวงศ์, ฌนุกร แก้วมณี,
อภิรดี เจริญบุญกุล
Phanatchaya Khantichitr, Waiyaporn Promwong, Chanukorn Keawmanee,
Apiradee Charoenukul
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการ 54
ขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7
Factors Related to Perceived Quality of Antenatal Care Services for Pregnant
Women with Iron Deficiency Anemia in the Public Hospitals in Health Region 7
นวกรณ์ ดอกชะบา, แพกทวีไล ศรีแสง
Navaporn Dokchaba, Pakvilai Srisaeng



ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564)

สารบัญ

บทความวิจัย

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติในระยะเวลา 2 เดือนหลังคลอดในมารดาที่แยกจากบุตรทันทีตั้งแต่แรกเกิด: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย 70
The Two-month Exclusive Breastfeeding among Mothers Immediately Separated from Their Offsprings: A Case Study of Two Tertiary Hospitals at Northeastern Thailand
พจมาลย์ จันทะวงษ์, สมจิตร์ เมืองพิลา
Potchamarn Jantawong, Somjit Muangpin
- แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด 86
โรงพยาบาลสุรินทร์
Motivation for a 6-month Exclusive Breastfeeding among Postpartum Mothers, Surin Hospital
อุทุมมชญาณ์ อินทเธือง, คมวัฒน์ รุ่งเรือง, รุ่งนภา ปรากฏดี,
กรวิภา จันทรแจ่ม
Utchaya Intharueang, Komwat Rungruang, Runghapa Prakoddee,
Kornvipa Chancham
- สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 101
Transcultural Competency of Nursing Students at Boromarajonnani College of Nursing, Nakhon Ratchasima
บุษมาศ แก้วกุลทล, พรรณทิพย์ ชัยขุนทด, ปรางทิพย์ ทาเสนา: เอลเทอร์,
ภัทมากรณ์ คงขุนทด, อังสนา วิศรุทธเกษมพงศ์, ปาลิตา โพธิ์ตา, วีรพงษ์ พลนิกรกิจ
Nuchamart Gaewgoontol, Phunthip Chubkuntod, Prangthip Thasanoh Elter,
Patamaporn Khongkhoontod, Angsana Wisarutkasempong,
Palita Phota, Weerapong Polnigongit
- ผลการใช้นวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบต่อการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยเลือดออกในสมอง 113
ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท
Effect of an Innovative Use of “Jell Cold Packs” for Reducing Body the Temperature of Intracerebral Hemorrhage Neurosurgery Patients in Neurosurgery Intensive Care Units
นิตยา กรายทอง, พัทธ์ชัย พิมพ์พันธ์, สุวิมล จินดาศรี, นุสรุ ประเสริฐศรี
Nittaya Kraythong, Pithack Pimpun, Suwimon Jindasri, Nusara Prasertsri



ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564)

สารบัญ

บทความวิจัย

- พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี
สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สุราษฎร์ธานี
Behavior of Moral and Ethical Standards under the Qualifications Framework for
the Bachelor of Nursing Science 2017 among Nursing Students
at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani
วรรณดี เสือมาก, วีรวรรณ เกิดทอง, สุภาลักษณ์ ธนาโรจน์
Wandee Sueamak, Weerawan Keadthong, Supalak Thanaroj 125
- คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

บทบาทพยาบาลในปัจจุบันต่อการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

วสันต์ ศรีแดน พย.ม.¹

ศุภรดา วงศ์จำปา พย.ม.^{1*}

ชนิชา ไชยตันเทือก พย.ม.²

บทคัดย่อ

การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่ต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมที่เกิดจากการดำเนินการของโรค และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ทำให้อาจเกิดปัญหาด้านการปรับตัว จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากแหล่งอื่นในสังคมเพื่อให้เกิดความรู้สึกถึง ความปลอดภัย มั่นคง การยอมรับและมีคุณค่าในตนเอง โดยมีการสนับสนุนครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อช่วยให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถเผชิญสถานการณ์และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการดูแลวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การสนับสนุนทางสังคม วัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย

¹ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

² วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

* Corresponding author email: suparada@smnc.ac.th

วันที่รับ (received) 4 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ส.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ส.ค. 2564

The Current Role of Nurses in Social Support among Thalassemic Adolescents

Wasun Sridan M.N.S.¹

Suparada Wongjumpa M.N.S.^{1*}

Chanicha Chaitontheng M.N.S.²

Abstract

Social support is important for chronic disease patients, especially in adolescents with thalassemia, who face both physical and psychosocial problems caused by disease progression. When adolescents are in physical changes, the changes can cause adaptive problems that require support from other sources in society to create a sense of safety, security, acceptance and self-worth. The support involves four aspects: emotional, valuation, information and resources that help adolescents with thalassemia to face situations and live appropriately. This academic article therefore aims to present the concept of social support and the role of nurses in encouraging social support as basic information in the care of Thalassemic adolescents.

Keywords: role of nurses, social support, adolescent, thalassemia

¹ Srimahasarakham Nursing College

² Boromarajomani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University

* Corresponding author email: suparada@smnc.ac.th

บทนำ

โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ และส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จึงนับเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพของโลก จากการสำรวจพบว่าเด็กแรกเกิดที่เป็นโรคธาลัสซีเมียและมีอาการรุนแรงจะพบประมาณ 300,000 ถึง 400,000 รายต่อปี และเกือบร้อยละ 90 พบในประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและระดับปานกลาง¹ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 1 ของประชากรทั้งหมด และมีอุบัติการณ์และเป็นพาหะของโรคมีสูงถึงร้อยละ 35 ของประชากรทั้งหมด ประเด็นที่น่าสนใจคือพบโรคธาลัสซีเมียในทารกแรกเกิดสูงถึง 10,000 รายต่อปี² โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกมากที่สุดโดยเป็นเบต้าธาลัสซีเมียชนิดมีฮีโมโกลบินอี ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ อัลฟาธาลัสซีเมีย ร้อยละ 5.8 และเบต้าธาลัสซีเมีย ร้อยละ 0.9 อีกทั้งยังพบวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีความชุกมาก โดยเฉพาะช่วงอายุ 15 - 17 ปี พบร้อยละ 62.2 ในจังหวัดมุกดาหาร และ ร้อยละ 58.8 ในจังหวัดร้อยเอ็ด³

วัยรุ่นถือเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเพื่อเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีรวิทยา จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างมาก เมื่อวัยรุ่นเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงอาจส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านช่วงวัยนั้นยากลำบากกว่าวัยรุ่นทั่วไป⁴ จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจึงมีความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับโรคและความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง โดยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจะมีภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ ภาวะซีดและภาวะเหล็กเกิน ซึ่งเกิดจากการมีเม็ดเลือดแดงแตกง่ายและมีอายุสั้น ทำให้เกิดภาวะซีดเรื้อรัง ส่งผลให้มีการสร้างเม็ดเลือดนอกไขกระดูก และไขกระดูกขยายตัว ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดกระดูกใบหน้าผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของวัยรุ่น⁵ เมื่อวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการดูแลตนเองที่ไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะเหล็กเกินตามมา โดยภาวะเหล็กเกินจะส่งผลทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติ เกิดเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ เกิดความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดปัญหาการเข้าสู่ภาวะหนุ่มสาวล่าช้า รวมทั้งมีการเจริญเติบโตไม่สมวัย⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้ภาพลักษณ์ในระดับไม่ดี โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ การรับรู้ปฏิกริยาของบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม⁶ นอกจากผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้น วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอาจได้รับผลกระทบด้านจิตใจ และด้านสังคม โดยผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่ามีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง จากการรับรู้ว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น รวมถึงการถูกเพื่อนล้อเลียนเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพ โดยพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28 ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย⁷ อีกทั้งวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการเข้ากับกลุ่มเพื่อน สังคม และสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง โดยจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตชีวิตที่ต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป รวมทั้งมีอัตราการเกิดปัญหาด้านจิตใจที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁸

การส่งเสริมการปรับตัวของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและปัญหาทางด้านจิตใจ รวมถึงลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การสนับสนุนทางสังคม เป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้ในการดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความผูกพัน ความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ส่งผลให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดี โดยผู้ให้การสนับสนุนส่วนใหญ่ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ ครู และอื่น ๆ ในชุมชน⁹ ในมิติการสนับสนุนทางสังคมได้มีการจำแนกออกมาเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) การสนับสนุนด้านข่าวสาร (Information support) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หากวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมและเพียงพอจะส่งผลทำให้เกิดการปรับตัวกับการเจ็บป่วยและสังคมได้เป็นอย่างดี รวมถึงสามารถลดผลกระทบ

ที่เกิดจากปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ ซึ่งวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอาจมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ได้รับความรักและกำลังใจจากครอบครัวและเพื่อน อีกทั้งได้รับการสนับสนุนด้านข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ โดยรับรู้ว่าเป็นโรคทางพันธุกรรม รักษาไม่หาย จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาและการให้เลือดตลอดชีวิต⁴ และจากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าการเผชิญปัญหาด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับมุมมองที่ดีขึ้นในด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ รวมถึงระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย¹¹

การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นแนวคิดที่สำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากสังคมที่ตรงตามความต้องการ ก็จะช่วยให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย มั่นคง และมั่นใจในการดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้อีกด้วย ดังนั้นแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญและควรมีการส่งเสริมให้เกิดแก่เด็กป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะในวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ในบทความนี้เป็น การนำเสนอบทบาทพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการอย่างใกล้ชิดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลถือเป็นหนึ่งในผู้ดูแลหลักซึ่งจะต้องมีความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียที่ถูกต้อง ทันสมัย ร่วมกับใช้กลวิธีในการให้ความรู้ที่มีความเหมาะสม เพื่อให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีองค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งมีบทบาทเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน ครู และโรงเรียน เพื่อให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถดูแลตนเองได้ต่อเนื่องและยั่งยืน ลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹² พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการแสดงบทบาทการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยและสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีภาวะสุขภาพที่ดี

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาได้ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน และการให้ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่าง ๆ การช่วยเหลือโดยการให้วัสดุสิ่งของหรือบริการ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้เกิดการเรียนรู้หรือประเมินตนเอง โดยได้เริ่มมีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 จนในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาใช้อย่างแพร่หลาย อีกทั้งมีการให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ โดย แคปแพลน¹³ ได้ให้ความหมายว่าเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น เช่น เงิน ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ให้คำแนะนำหรือให้กำลังใจ ซึ่งผลักดันให้บุคคลนั้นไปสู่จุดมุ่งหมาย สำหรับ คอบบ์¹⁴ ได้ให้ความหมายว่า เป็นการให้การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ยกย่อง บุคคลจะรู้สึกปลอดภัยและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เผชิญสถานการณ์นั้นได้ และ ไวส์¹⁵ ได้ให้ความหมายว่า เกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันทั้งในครอบครัวและสังคม เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้วจะเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อีกทั้ง เฮาส์⁹ ได้ให้ความหมายไว้ว่า เกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันจนก่อให้เกิดความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ จนเกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมินค่า 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านทรัพยากร

นอกจากนี้ เฮาส์⁹ ได้กล่าวถึงแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งออกเป็น 2 แหล่ง ได้แก่ 1) แหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Work-related source of support) เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ มีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะ เช่น บุคลากรด้านสุขภาพ ครู ผู้บังคับบัญชา

หรือเพื่อนร่วมงาน 2) แหล่งสนับสนุนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Nonwork-related source of support) เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ เช่น พ่อ แม่ คู่สมรส เครือญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน โดยจะเห็นได้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยน ช่วยเหลือกันและกัน ซึ่งบุคคลจะให้ความสำคัญในการเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมตามสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ จากข้อความข้างต้นจะเห็นได้ว่า พยาบาล เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่ต้องการการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งยังเป็นผู้ที่สามารถประสานงานกับกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการได้เป็นอย่างดี โดยจากประสบการณ์ของผู้เขียน พยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถเชื่อมโยงความต้องการของผู้ป่วยวัยรุ่นกับผู้ดูแลบุคลากรด้านสุขภาพ และครูได้เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมล้วนมีความหมายในการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถและแนวทางในการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติอย่างเต็มศักยภาพของบุคคลนั้น โดยพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่าง ๆ ฉะนั้นบทความวิชาการนี้ผู้เขียนจึงได้นำเสนอบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ ซึ่งได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการสนับสนุนทางสังคมแก่วัยรุ่นที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์⁹ ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การที่บุคคลได้รับการแสดงออกถึงความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย เอาใจใส่และไว้วางใจ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) คือ การให้การประเมินผล โดยการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ในการกระทำเพื่อให้บุคคลได้ประเมินผลของการกระทำนั้นเกิดกำลังใจในการกระทำสิ่งนั้นต่อ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การได้รับการให้คำแนะนำ (Suggestion) ชี้แนะ การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารที่มีประโยชน์ เพื่อให้บุคคลสามารถปรับใช้ได้เหมาะสมตามสถานการณ์นั้น ๆ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) คือ การได้รับการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือเพื่ออำนวยความสะดวก เช่น แรงงาน เงิน เวลา อุปกรณ์ในการดำเนินชีวิต การจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่าง ๆ

การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกับผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอย่างมาก ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับความผูกพันระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ดูแลกับครอบครัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การสื่อสารด้วยวิธีการสนทนาและการรับฟังข้อมูลต่าง ๆ ระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพ กับผู้ดูแลและครอบครัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความผูกพัน รวมถึงการโอบกอดซึ่งเป็นการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่ดีต่อครอบครัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งเป็นการให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา และส่งผลให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถรับมือกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม¹⁶ ในปัจจุบันยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของแอปพลิเคชันในโทรศัพท์เคลื่อนที่ของวัยรุ่นที่เป็นโรคหอบหืด ซึ่งพบว่าเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เพื่อนและผู้ให้บริการทางการแพทย์ในการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคหอบหืด และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นนี้จัดการกับโรคหอบหืดด้วยตนเองได้ดีขึ้น¹⁷ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียด้วย หากบุคลากรด้านสุขภาพมีการส่งเสริมให้ความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ แก่สมาชิกในครอบครัวอย่างถูกต้อง และเพียงพอแล้ว จะเกิดผลดีต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กและวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ดังเช่น การศึกษาของ ขนิษฐา หะยิมะแล¹⁸ ได้ทำการศึกษเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด นั่นคือ คนรอบข้างไม่มีพฤติกรรมที่ดูหมิ่นหรือดูแคลน และในเวลาที่ท้อแท้หรือไม่สบายใจได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง และจากการวิเคราะห์ ความแปรปรวนพบว่า กลุ่มผู้ดูแลเด็กในแต่ละประเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังพบว่าผู้ดูแลในเด็กทุกกลุ่มมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดคล้ายกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร ส่วนแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารนั้นมีความแตกต่างกัน คือ ผู้ดูแลเด็กที่เป็นออทิสซึมจะได้รับข้อมูลจากบุคลากรด้านสุขภาพมากที่สุด ส่วนผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาการตามวัยจะได้รับข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในสังคมมากที่สุด นอกจากนี้การศึกษาของ วสันต์ ศรีแดน¹⁰ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการกับตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสื่อถึงว่าหากเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพและบุคคลในสังคมจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการดูแลทั้งผู้ดูแลและวัยรุ่นที่มีการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

บทบาทพยาบาลในปัจจุบันต่อการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีปัญหาและความต้องการในการสนับสนุนทางสังคม โดยพยาบาลเปรียบเสมือนบุคคลสำคัญในการสนับสนุนทางสังคม ที่ช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เจ็บป่วยได้ปรับตัวให้มีความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค และให้มีสุขภาพะที่ดีเหมาะสมตามวัย ในสาระหัวข้อนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลในชีวิตประจำวัน ทั้งการสนับสนุนและให้กำลังใจจากครอบครัว นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีความต้องการที่จะบอกเล่าความรู้สึก และการเจ็บป่วยของตนเองให้แก่เพื่อน รวมทั้งต้องการความเข้าใจและการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน⁴ และพบว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียก็มีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ เครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง⁷ ไม่ใช่เพียงแค่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเท่านั้นที่มีความเครียด แต่ยังพบว่าผู้ปกครอง ผู้ดูแลและครอบครัวของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียก็มีความเครียดในการดูแล เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล วิตกกังวลและเป็นห่วงมากเกินไป และอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ญาติพี่น้องและโรงเรียนได้¹⁹ ดังนั้นกิจกรรมการให้ความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา สามารถเป็นอีกหนึ่งในการพยาบาลที่ทำให้ครอบครัวของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกได้ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัวของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย²⁰ อีกทั้งยังพบว่าบิดามารดาเป็นกำลังใจสำคัญที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีกำลังใจในการรักษา เป็นที่ปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ และช่วยแนะนำเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ⁴ ดังนั้นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียควรได้รับ การสนับสนุนด้านอารมณ์

จากครอบครัว เพื่อน และผู้ที่ใกล้ชิด เช่น ความเห็นอกเห็นใจ ค่ายกย่องชมเชยจากผู้อื่น อันจะเป็นการสนับสนุนให้มีความตั้งใจเพื่อให้สามารถตอบสนองภาวะและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

สรุปได้ว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์นั้น กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรสนับสนุนให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้ระบายความรู้สึก หาบุคคลที่ไว้วางใจได้ในการปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ตระหนักรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย เป็นผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและครอบครัวปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ยกตัวอย่างกิจกรรมเช่น พยาบาลเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ที่เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน ทำให้รับรู้ถึงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกับปัญหาเป็นการลดแรงตึงเครียดที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ถือเป็นการเสริมพลังอำนาจทางด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่ง¹² ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวเข้ากับสังคมได้อย่างเป็นสุขตามศักยภาพ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้ภาพลักษณ์อยู่ในระดับที่ไม่ดี เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากพยาธิสภาพ มีความไม่สุขสบายจากอาการซีดเรื้อรัง การมีรูปร่างหน้าตาที่ผิดปกติถาวร อีกทั้งวัยรุ่นมีรูปร่างเล็กกว่าปกติ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีความรู้สึกผิดหวังเพราะร่างกายไม่เป็นไปตามที่ต้องการ และรู้สึกอายเพื่อน จึงทำให้เกิดการรับรู้ที่ตนเองมีภาพลักษณ์ในระดับที่ไม่ดี⁶ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเมเจอร์ที่ได้รับการยอมรับจากผู้ปกครอง และบุคลากรด้านสุขภาพในการตัดสินใจและทำกิจกรรมด้วยตนเอง จะมีความรู้สึกมั่นใจ และความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น²¹ จากการศึกษาพบว่าเด็กโรคธาลัสซีเมียและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมาก ในการที่พยาบาลมีการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตาม เนื่องจากเป็นการสร้างแรงจูงใจ ให้ความสำคัญ ส่งเสริมให้เด็กเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และไว้วางใจพยาบาล จนสามารถบอกถึงความต้องการที่แท้จริงได้¹² อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้เขียน ในขณะที่สอนภาคปฏิบัติ ณ คลินิกโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยนักศึกษาพยาบาลได้ทำกิจกรรมกลุ่มแก่เด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียพร้อมครอบครัว ซึ่งมีการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวต่อการเจ็บป่วย แต่หากครอบครัวใดที่ยังคงมีเรื่องไม่สบายใจสามารถรับคำปรึกษารายบุคคลกับแพทย์และพยาบาลได้เพื่อให้ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาตามความต้องการและมีความมั่นใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องและใกล้ชิดกับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ผู้ปกครอง เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพมากที่สุด จะต้องให้การยอมรับ เข้าใจในศักยภาพการปฏิบัติตัวของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและครอบครัว รวมถึงเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการรักษา อีกทั้งควรกล่าวยกย่อง ชมเชยเมื่อมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้วัยรุ่นที่เจ็บป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในอนาคต โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากบุคลากรด้านสุขภาพ โดยรับรู้ว่าเป็นโรคทางพันธุกรรมที่ทำให้มีอาการผิดปกติของร่างกาย รักษาไม่หาย จำเป็นต้องรักษาด้วยยา และให้เลือดตลอดชีวิต และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม⁴ นอกจากนี้ บางโรงพยาบาลมีการสนับสนุนผู้ป่วยโดยการเปิดบริการคลินิกโรคเลือดในวันสุดสัปดาห์ ทำให้วัยรุ่นสามารถมารับการตรวจรักษาโดยไม่ต้องขาดเรียน ทำให้สามารถไปเรียนตามปกติ และได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ ที่โรงเรียนอย่างต่อเนื่อง⁶

ดังนั้น พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และเหมาะสมแก่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ทั้งข้อมูลทางด้านการดูแลสุขภาพและการเรียนการสอน เพื่อที่จะสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และปรับตัวให้เข้ากับการทำกิจกรรมในโรงเรียน โดยใช้กลวิธีในการให้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย เช่น การสอนด้วยตัวพยาบาลเอง การใช้คู่มือ วิดีทัศน์ สื่อออนไลน์ การสนทนากลุ่ม หรือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้งเนื้อหาในการให้ความรู้ สามารถให้ได้ทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคธาลัสซีเมีย และทักษะชีวิตอื่น ๆ เช่น การจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมความปลอดภัยบนท้องถนน อันตรายจากการใช้สารเสพติด รวมถึงทักษะป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการวางแผนครอบครัว ซึ่งถือเป็นการเตรียมความพร้อมการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่¹² ซึ่งในอดีตการได้รับข้อมูลข่าวสารจะได้เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดเท่านั้นและส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียว อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ไม่กล้าสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้บางครั้งปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขทันทั่วทั้ง แต่รูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารมีการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน โดยสามารถนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาช่วยในการให้ข้อมูลข่าวสาร และคำปรึกษาได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และง่ายต่อการติดตาม โดยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เฟสบุ๊ค ที่สามารถติดต่อสื่อสารแบบสองทาง²² และเป็นช่องทางการสื่อสารหลักของวัยรุ่นในปัจจุบัน ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มไลน์ หรือกลุ่มเฟสบุ๊ค ที่สร้างขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นและครอบครัว ในการติดตามผลตรวจเลือด การติดตามนัด บอกแหล่งสืบค้นข้อมูลและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรค เป็นต้น โดยช่องทางการสื่อสารเหล่านี้ จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและกล้าที่จะขอคำปรึกษาจากพยาบาลมากกว่าในอดีต

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องของวัสดุสิ่งของ เงินทอง แรงงาน หรือการบริการ และช่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถดูแลตนเองได้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และยานพาหนะในการเดินทางไปพบแพทย์จากผู้ปกครอง และได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการฉีดยาเข็มเล็กและเครื่องช่วยฉีดยาจากโรงพยาบาลเพื่อนำไปใช้ในฉีดยาเข็มเล็กที่บ้าน ซึ่งช่วยทำให้วัยรุ่นสามารถรับยาได้ต่อเนื่อง โดยไม่จำเป็นต้องมารับบริการฉีดยาเข็มเล็กที่โรงพยาบาล²³ อีกทั้งพบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีความต้องการการสนับสนุนด้านการเรียนในโรงเรียนจากเพื่อนและครูเพิ่มขึ้น เนื่องจากวัยรุ่นมีการขาดเรียนเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำ จึงมีความต้องการอยากให้เพื่อนช่วยจดบันทึก เก็บเอกสารประกอบการสอน หรือทำงานแทนในช่วงที่ผู้ป่วยขาดเรียนไปพบแพทย์ อีกทั้ง มีความต้องการให้ครูขยายเวลาในการส่งงานให้ส่งภายหลังเมื่อกลับมาจากการรักษาแล้ว หรือมีการสอนเสริมเนื้อหาในบทเรียนที่ไม่เข้าใจ⁶

ดังนั้นพยาบาลจึงควรสนับสนุนวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและครอบครัวโดยเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับแหล่งช่วยเหลือ เช่น ช่วยติดต่อหน่วยงานสังคมสงเคราะห์หรือมูลนิธิ กรณีที่ครอบครัวมีความเดือดร้อนทางด้านเศรษฐกิจ หรือช่วยประสานงานในกรณีไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ รวมทั้งให้คำแนะนำช่องทางหรือหน่วยงานที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด เช่น การปรึกษาทางไลน์ ทางโทรศัพท์ หรือสายให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต²² รวมทั้งช่วยประสานงานกับทางโรงเรียน เกี่ยวกับแผนความช่วยเหลือด้านการเรียน เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความจำเป็นของผู้ป่วยเด็ก จะช่วยทำให้เกิดการได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง และลดความยากลำบากในการดูแลตนเองเพื่อให้วัยรุ่นสามารถพึ่งพาตนเองและมีกำลังใจในการทำกิจกรรมต่อไป นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรการเรียนจากครูและเพื่อน จะช่วยทำให้เด็กเกิดการใส่ใจด้านการเรียน เกิดการยอมรับและอยากเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนในโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งช่วยประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนองค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียในชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านการดูแล รวมไปถึงเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากที่สุด

จากข้อความข้างต้นแสดงให้เห็นว่าพยาบาลในปัจจุบันจำเป็นต้องมีบทบาทในการสนับสนุนทางสังคมให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถมีศักยภาพในการดูแลตนเองและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียลดลง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการเผชิญกับปัญหาและให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁴

บทสรุป

การสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียนั้นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้ปกครอง เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพในการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อช่วยให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วยและสังคม รวมถึงช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่มีความซับซ้อนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และต้องดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา พยาบาลจำเป็นต้องแสดงบทบาทการให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างครอบคลุม เพื่อให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล อีกทั้งสามารถช่วยลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นทางด้านจิตใจตามมา ดังนั้น พยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพ และครอบครัว ควรทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อวางแผนทางการสนับสนุนทางสังคมให้แก่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ยั่งยืน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Williams TN, Weatherall DJ. World distribution, population genetics, and health burden of the hemoglobinopathies. Cold Spring Harbor perspectives in medicine 2012;2:1-14. doi: 10.1101/cshperspect.a011692
2. Chaibunruang A, Sornkaysit K, Chewasateanchai M, Sanugul P, Fucharoen G, Fucharoen S. Prevalence of thalassemia among newborns: a re-visited after 20 years of a prevention and control program in northeast Thailand. Mediterr J Hematol Infect Dis 2018;10:1-6.
3. สุพรรณ พูเจริญ. ภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ ในภาคอีสาน ลาว และเวียดนาม. การประชุมวิชาการประจำปี Moving towards the center of excellence in ASEAN; 11-18 ตุลาคม 2556; คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น; 2556. หน้า 153-7.
4. นฤมล อีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. ประสบการณ์การจัดการดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2558;23:48-60
5. Kucine N, Giardina PA. Thalassemia. Biomedical Research 2014;3:1-8.

6. จิรกานต์ พันธุ์ฤทธิ์ดำ, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2561;36:57-72.
7. Jain M, Bagul AS, Porwal A. Psychosocial problems in thalassemic adolescents and young adults. *Chronicles of Young Scientists* 2013;4:21-3.
8. Behdani F, Badiie Z, Hebrani P, Moharreri F, Badiie AH, Hajivosugh N, et al. Psychological aspects in children and adolescents with major thalassemia: A case-control study. *Iran J Pediatr* 2015;25:1-8.
9. House JS. Work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
10. วสันต์ ศรีแดน. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
11. Abbasi S, Shahriari M, Ghanavat M, Talakoub S, Asl FSM, Hemati Z. The relation between different aspects of quality of life with coping style in adolescents with thalassemia in comparison to a healthy group. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res* 2020;14:19-26.
12. เกศมณี มูลพานันท์. บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย. *การพยาบาลและการศึกษา* 2556;6:2-11.
13. Caplan G. Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publication; 1974.
14. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976;38:300-14.
15. Weiss R. The provisions of social relationships. In: Robin Z, editor. *Doing unto others*. New Jersey: Prentice Hall; 1974. p. 17-26.
16. Machado AN, Nóbrega VMD, Silva MEA, França DBL, Reichert APDS, Collet N. Chronic disease in children and adolescents: professional-family bond for the promotion of social support. *Revista gaucha de enfermagem* 2018;39:e2017-0290.
17. Roberts CA, Geryk LL, Sage AJ, Sleath BL, Tate DF, Carpenter DM. Adolescent, caregiver, and friend preferences for integrating social support and communication features into an asthma self-management app. *Journal of Asthma* 2016;53:948-54.
18. ขนิษฐา หะยิมะแส. การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
19. Shahraki-Vahed A, Firouzkouhi M, Abdollahimohammad A, Ghalgaie J. Lived experiences of Iranian parents of beta-thalassemia children. *Journal of multidisciplinary healthcare* 2017;10:243-51. doi: 10.2147/JMDH.S132848
20. Salehi S, Morovati S. Coping behaviors in families with children suffering from thalassemia major and evaluating the implementation effect of nursing intervention on these behaviors. *International Journal of Medical Research & Health Sciences* 2016;5:58-63.

21. Razzazan N, Ravanipour M, Gharibi T, Motamed N, Zarei A. Effect of self-management empowering model on the quality of life in adolescents and youths with major thalassemia. Journal of nursing education 2014;3:48-59.
22. วิภาวี พลแก้ว, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, ญัฐวรรณ คำแสน. การสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในยุคสารสนเทศ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2563;4:21-34.
23. รัตนภูววรรณ อยู่่นาค, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์. การประสบกับความยากลำบากในการฉีดยาขับเหล็กให้ครบตามแผนการรักษา : ประสพการณ์การใช้ยาฉีดขับธาตุเหล็กที่บ้านของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2554;5:10-20.
24. กนกวรรณ ภัทรมัย, จุฑารัตน์ มีสุขโข, สุธิศา ล่ามช้าง. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย. พยาบาลสาร 2564;48:181-92.

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล

กิตติยาพร จันทร์ชม พย.ม.^{1*}

ญาณิ แสงสาย พย.ม.¹

บรรเทิง พลสวัสดิ์ พย.ม.²

บทคัดย่อ

กลุ่มผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่จำเป็นได้ การสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จะเป็นการดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน มาใช้ในการแก้ปัญหา ช่วยเสริมสร้างความสามารถ การมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมในครอบครัวและชุมชนได้ โดยการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการและความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย บทความนี้ผู้เขียนรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และนำเสนอแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรจะมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความปวด ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตั้งแต่การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การให้ข้อมูลสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การประสานงาน การสร้างเครือข่ายในชุมชน การจัดการทรัพยากรจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง บทบาทพยาบาล

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแ้ง จ.อุบลราชธานี

*Corresponding E-mail: kittiyapornj744@gmail.com

วันที่รับ (received) 28 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 ส.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 ส.ค. 2564

Empowering Family and Community in End-of-life Care: Important Role of Nurses

Kittiyapon Junchom M.N.S.^{1*}

Yanee Sangsai M.N.S.¹

Bunterng Polsavat M.N.S.²

Abstract

The number of elders dying from chronic non-communicable diseases tends to be higher and they specifically need palliative care to improve their life quality, to reduce hospital readmissions and to save the unnecessary treatment costs. Moreover, the empowerment of individuals, families, and communities in palliative care for end-of-life patients can boost the potentials among patients, family members, and community, and it can also encourage the participation and development among individuals, family, and community by choosing the various sources in family and community to plan for the patients' treatment, also known as the Advance care Plan. This plan will be one of the last pieces of jigsaw fulfilling the last desire of the patients. In this article, the authors collect, analyze, and synthesize the body of knowledge on palliative care for end-of-life patients and present guidelines for empowering palliative care for such patients. This is considered as the vital role for nurses who are in close contact with patients and their families. As nurses, they should maintain knowledge and understanding of patient care management to relieve their pains. Moreover, psychological, social, and spiritual treatment is also needed to meet the complicated preferences of patients and families. Additionally, the process of empowerment started from finding the situation of patients and their families, providing the overall and continuous treatment, reflecting the critical information, coordinating, and connecting with community members, managing resources. This will provide an effective way for individuals to access the various beneficial resources and improves the life quality of patients until they reach the final stage of their lives.

Keywords: empowerment, palliative care, end-of-life patients, nurse's role

¹Nursing Instructor Boromajonani of College of Nursing Sanpasitiprasong

²Mastered nurse Health Dong Hong Hae Health Promoting Hospital, Ubon Ratchathani Province

*Corresponding E-mail: kittiyapornj744@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ทั่วโลก มีผู้ป่วยระยะท้ายประมาณ 40 ล้านคนที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง และมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 78 ที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง สาเหตุที่ทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งประมาณ 20.4 ล้านคนที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงระยะท้ายของชีวิต ในกลุ่มนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 69 ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง² ซึ่งขณะนี้ ประเทศทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรโลกและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ³ สำหรับประเทศไทยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด⁴ ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต จากการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากพบว่า ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่า ลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายการบริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น ทั้งในผู้ป่วยที่เสียชีวิตและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วย⁵

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 67 ปี 2557 กำหนดให้การสร้างความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมตลอดช่วงชีวิต ซึ่งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยได้ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายของไทยว่า ประชาชนทุกคนจะได้รับการดูแลสุขภาวะระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการแบบไร้รอยต่อเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล² การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต เป็นประเด็นสำคัญที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ผลักดันให้เกิดยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556 - 2559 โดยเน้นให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ควรมีการจัดระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นระบบ เน้นให้เกิดการดำเนินงานที่สำคัญเกี่ยวกับการบริหารแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (Palliative care) การพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข พัฒนาสถานบริการและการดูแลที่บ้าน โดยการมุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้น เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้และจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ควรจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพ⁶

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในช่วงปี 2550 - 2555 คิดเป็น ร้อยละ 84.9 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี แม้วิวัฒนาการทางการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น จนสามารถรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งให้มีชีวิตที่ยาวนานมากขึ้นซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่ในมุมนกกลับกันสังคมเริ่มมีความคาดหวังกับการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น จนบางครั้งไม่สามารถยอมรับความตายได้ การตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จึงถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มากขึ้นที่ต้องใช้เทคโนโลยีช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ แต่การยืดชีวิตโดยใช้เทคโนโลยีนั้นก็มีขีดจำกัด ซึ่งไม่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแต่กลับเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยในช่วงระยะท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ และยังทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสูงมากขึ้นทุกปี⁷ ดังนั้น การประชุมครอบครัว (Family meeting) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan)

ซึ่งเป็นกระบวนการของการปรึกษาหารือระหว่างทีมที่ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล) ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการและความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย⁸

การสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับกระบวนการการตายอย่างสงบ เป็นบทบาทการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่สำคัญของพยาบาลชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความต้องการการดูแลระยะท้ายของชีวิตจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้สูงอายุที่อยู่ด้วยกัน ทั้งในระยะก่อนการเสียชีวิตเกี่ยวกับการดูแลแบบใกล้ชิดใส่ใจมากกว่าปกติจากบุตรหลาน และภายหลังการเสียชีวิตในการจัดการดูแลศพ⁹ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมถึงการดูแลญาติภายหลังจากการเสียชีวิต ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตวิญญาณและการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ¹⁰ บทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ยังรวมถึงการบริหารจัดการการพยาบาล ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม การจัดการดูแลที่บ้าน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย และการเสียชีวิต ครอบคลุมการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต¹¹ จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า ผู้ป่วยเมื่อรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายและเป็นผู้ป่วยระยะท้ายจะมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และมีความกลัว วิตกกังวล ที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทสถานการณ์ในแต่ละครอบครัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล ส่วนมากต้องการกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งญาติผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการจัดการอาการทุกข์ทรมานและปัญหาบวกรต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้ง การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระยะท้าย การเสียชีวิตและการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจะทำให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกมิติและต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพนอกจากจะมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแล้ว ควรจะรับบทบาทในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยได้มองเห็นคุณค่าในตนเองและครอบครัว จะได้ช่วยส่งเสริมศักยภาพให้มีการเตรียมความพร้อมสำหรับตนเองและครอบครัวเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย การยอมรับที่จะจากไปและการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตได้เป็นอย่างดี

จากข้อเท็จจริงและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น บทความนี้ผู้เขียนมีความประสงค์ที่จะรวบรวมวิเคราะห์ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้การดูแลแบบประคับประคองและนำเสนอแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขในชุมชนที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรจะมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคม สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้มีการพิจารณาถึงประเด็นการดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัด

การดำรงชีวิต (Life limiting conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening conditions) ดีขึ้น¹² เน้นการควบคุมและจัดการอาการรบกวนที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังแต่เริ่มวินิจฉัย จนกระทั่งเสียชีวิต รวมทั้ง การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยจนถึงหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม¹³ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังมุ่งเน้นการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวมครบทุกมิติของสุขภาพ (Holistic health care) หรือระบบสุขภาพที่เน้นหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care)¹⁴

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-of-life care) หรือระยะประคับประคอง (Palliative care)

เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะสุดท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้ เป้าหมายหลักของการดูแลคือการลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือ “ตายดี” การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรค เป็นการส่งเสริมให้เกิดความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการแสดงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงเลวลง เช่น อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม สติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง การหายใจผิดปกติ ปลายมือปลายเท้าเย็นหรือคล้ำ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ หลับตาไม่สนิท ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารและน้ำลดลง และสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายอย่างมีความสุข¹⁵ ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองส่วนมากมี 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็ง 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาหายขาด และมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ 3) กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life)¹⁴

โดยสรุปการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จึงเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลงหรือเสียชีวิตจากตัวโรค หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เน้นการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย¹⁶ ซึ่งกระบวนการดูแลดังกล่าวนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลตลอดจนชุมชนรอบข้าง เพื่อให้เกิดกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี ทั้งนี้การที่จะปฏิบัติดังกล่าวได้ ครอบครัวจะต้องมีศักยภาพและพลังอำนาจในการตัดสินใจ วางแผนและลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกลวิธีที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพของครอบครัว ด้วยการเสริมศักยภาพ สมรรถนะ ความสามารถ การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจ อำนาจต่อรอง การเข้าถึงและการจัดการทรัพยากรเพื่อให้ครอบครัวสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนทำให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม¹⁷ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ผ่านกระบวนการการรับรู้พลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอนดังนี้¹⁸

1) การค้นหาสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง โดยมีการตอบสนอง 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ และด้านพฤติกรรม ด้วยการพิจารณาไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วย

2) การสะท้อนคิดอย่างวิจลณญาณ (Critical reflection) เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อทำความเข้าใจ ให้ชัดเจนขึ้น การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจลณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองในการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้บุคคลมีความเข้มแข็ง มั่นใจในตนเอง รู้สึกมีความสามารถ ได้มีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น

3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุดกับตนเอง (Taking charge) ในการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตัวเอง

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Commitment) ได้แก่ การมีพฤติกรรมการดูแลที่มีประโยชน์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถส่งเสริมได้ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวก เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป

ดังนั้น การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) จึงเป็นหลักการที่สำคัญที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ควรจะได้นำมาใช้เพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ผลที่ได้จะทำให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจควบคุมชีวิตของตนเอง มีพลัง มีความสุข มีอิสระในการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต สามารถดำเนินกิจกรรมที่เป็นการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจของตนได้อย่างต่อเนื่อง

การสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองจนถึงระยะท้ายของชีวิตนับได้ว่าเป็นความสำคัญและจำเป็นในระบบสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย โรคมะเร็ง และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้น การสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว จะเป็นการเสริมศักยภาพ สมรรถนะความสามารถ การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจ การเข้าถึงและการจัดการทรัพยากรเพื่อให้ครอบครัวสามารถตั้งศักยภาพที่มีอยู่ในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนทำให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม พยาบาลวิชาชีพควรนำแนวคิดและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรให้ผู้ป่วยได้รับรู้สภาพการณ์จริงของการเจ็บป่วยจากแพทย์ที่รับการรักษา (เจ้าของไข้) ทุกราย โดยพยาบาลเป็นทีมสุขภาพในดูแลผู้ป่วย ควรนัดประชุมครอบครัว (Family meeting) เพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแลญาติทุกคน เพื่อสะท้อนคิดอย่างวิจลณญาณในตัดสินใจ เลือกการรักษาเพื่อการวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกัน (Advance care plan) ในการจัดการอาการรบกวนและปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง มั่นใจในตนเอง และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดให้กับตนเอง ครอบครัว ซึ่งประเทศไทยส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ดังนั้น แนวทางในการสร้างเสริมพลังอำนาจการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จึงควรมุ่งเน้นที่บทบาทพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในระดับปฐมภูมิเป็นสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

บทบาทพยาบาลชุมชนในเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจ แบ่งองค์ประกอบ วิธีการ ปัจจัยที่มีผลต่อพลังอำนาจ กระบวนการและขั้นตอนรวมทั้งคุณลักษณะพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่หลากหลาย และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะบทบาทพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน การศึกษาพบว่าบุคคลที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่หมดหวังจากการรักษาให้หายขาด บ้านจะเป็นสถานที่ผู้ป่วยต้องการใช้ชีวิตอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เพราะบ้านเป็นสถานที่ที่รู้สึกคุ้นเคย มีความทรงจำที่สำคัญ มีความอิสระรวมทั้งครอบครัวคอยอยู่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยระยะสุดท้ายย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล¹⁹ พยาบาลชุมชนควรเน้นวิธีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวดูแลซึ่งกันและกัน เลือกรับการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิตด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัวให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกัน บรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะท้าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์²⁰ บทบาทพยาบาลควรสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยได้มองเห็นถึงสภาพการณ์เห็นคุณค่าของตนเอง ด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ คอยช่วยเหลือจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ รวมทั้งคอยสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลและแหล่งประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸ โดยเฉพาะการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยจะทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง สามารถลดอัตราการกลับเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลได้ การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ ยังเป็นการสร้างเสริมพลังใจให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และยังสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ ตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของสุขภาพ หันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพตนเองและครอบครัว²¹ ผลการศึกษาทำให้ทราบบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายในครอบครัว ประกอบด้วย การบริหารจัดการ การพยาบาลครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม การจัดการดูแลที่บ้าน การเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายและการเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังเสียชีวิต และการสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบ¹¹ สอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายที่บ้าน ประกอบด้วย 1) การวางแผนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) การให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน 3) การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและ 4) การประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน²² ฉะนั้น แนวคิดที่นำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาเป็นการนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยมุ่งเน้นที่บทบาทพยาบาลชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระดับปฐมภูมิเป็นสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการแก้ปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในครอบครัวและชุมชน ทั้งหมด 7 ขั้นตอน^{15,18} ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นด่านแรกและเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับพยาบาลในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านในชุมชน เริ่มตั้งแต่การแนะนำตนเองและแนะนำทีมสุขภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้าไปเยี่ยมให้กำลังใจและให้การดูแล

ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปด้วยทุกครั้ง เพื่อพยาบาลจะได้รับทราบถึงข้อมูลการให้การดูแลสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัวที่ต่อเนื่องได้ พยาบาลควรมีความรู้และทักษะการสื่อสารและให้คำปรึกษา ทักษะการฟัง และตั้งคำถาม ซึ่งควรเป็นคำถามปลายเปิด มีทักษะการเยี่ยมบ้าน ทักษะการสังเกตและไวต่อการรับรู้ ด้านอารมณ์และความรู้สึก ทักษะการเรียนรู้ การใช้ผังเครือญาติครอบครัว (Family genogram) ทำให้เข้าใจ โครงสร้างครอบครัว ได้ทราบถึงสัมพันธ์ภาพและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ผลลัพธ์ที่ได้จากการสร้างสัมพันธ์ภาพ จะทำให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัวและชุมชน เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยได้มองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธ์ภาพที่ดี เสริมพลังใจให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้ตระหนักรู้และเห็นความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย

2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองและควบคุมตนเองเป็นการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องโดยการสอบถามประวัติการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มป่วย จนถึงระยะท้ายจากผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อจะได้ประเมินถึงการรับรู้ประเด็นเกี่ยวกับโรค (Disease) การดำเนินของโรค การรักษา ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วย และความเจ็บป่วย (Illness) ซึ่งมีความแตกต่างกัน พฤติกรรมท่าทีถึงการแสดงออกด้านอารมณ์ เป้าหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุระยะท้าย ในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากคาดหวังที่อยากจะหายจากโรคที่เจ็บป่วยในครั้งนี้ ยังหวังครอบครัวกลัวว่า จะไม่มีใครดูแล พยาบาลควรมีความรู้และทักษะการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะด้านการประเมินโดยใช้แนวทางการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในประเด็นการสืบค้นโรค (Disease) และค้นหาความเจ็บป่วย (Illness) โดยใช้หลัก IFFE ได้แก่ I = Idea ความคิด F = Feeling ความรู้สึก F = Function ผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันหลังจากที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว E = Expectation ความคาดหวังรวมไปถึงความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแลและทีมแพทย์²³ พยาบาลควรใช้ทักษะ การเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้เกิดพลังอำนาจแห่งตน มีสมรรถนะแห่งตน มีแรงจูงใจเกิดการเรียนรู้ ประเด็นปัญหาที่พบ ส่งเสริมให้มีความรู้สึกเป็นนายตนเอง มีอิสระที่จะกระทำตามที่ตนเองปรารถนา โดยอยู่บนพื้นฐานการรับรู้การดำเนินของโรค ความคาดหวังที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดำเนินการจัดการตนเองได้ดี มีการเตรียมความพร้อมตนเองและครอบครัวเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย การยอมรับที่จะจากไปและการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตได้เป็นอย่างดี

3. การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ในการดูแลให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติทางกาย ทางใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ การจัดการดูแลที่บ้าน การเตรียมผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายและการเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต พยาบาลควรมีความรู้ ด้านการจัดการความปวดโดยใช้ยาและหรือไม่ ใช้ยา จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน สามารถพักผ่อนได้ ช่วยยืดระยะเวลาการเสียชีวิตจากการเจ็บปวด ได้ การบรรเทาอาการเครียด การเข้าถึงจิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล รู้จักการปล่อยวาง และพยาบาลควรมีความต่อเนื่องในการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล ในผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการตอบสนองความต้องการในการเสริมสร้างศักยภาพตนเองและครอบครัว ในการดูแลจัดการอาการรบกวนและอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ

4. การให้ข้อมูลสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อทำความเข้าใจ ให้ชัดเจนขึ้น การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิด มุมมองในการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็ง มั่นใจในตนเอง ทำให้พยาบาลได้เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้นในการตัดสินใจแสวงหาทางเลือกในการรักษา ในประเด็นนี้ จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย มักจะพบว่าผู้ป่วยและญาติจะแสวงหาทางเลือกในการรักษาโดยใช้

ยาสมุนไพรในผู้ป่วยโรคระยะท้ายของชีวิต ดังนั้น การให้ข้อมูลสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ จะช่วยให้พยาบาลได้เรียนรู้ถึงแนวทางการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลควรใช้ทักษะการประชุมครอบครัว (Family meeting) จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถวางแผนการรักษาตามความต้องการของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Advance care plan)

5. การประสานงาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมักมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จึงต้องการบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลจากหลายสาขาวิชาชีพเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการพยาบาลควรมีบทบาทในการประสานงานเพื่อให้มั่นใจ เกิดความสบาย การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ และการเยียวยารักษาของผู้ป่วยและครอบครัว ควรได้รับการตอบสนองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลและแหล่งประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยจะทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง สามารถลดอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

6. การสร้างเครือข่ายในชุมชน เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็นอย่างเช่น เตียง รถเข็นและอุปกรณ์ต่างๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพและหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกรวดเร็ว และบทบาทของพยาบาลควรประสานเชื่อมโยงการสร้างเครือข่ายในชุมชนกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการออกแบบการบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนตั้งแต่การวางแผน การสนับสนุนช่วยเหลือวัสดุอุปกรณ์ การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ เนื่องจากครอบครัวมีข้อจำกัด การบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน เป้าหมายให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้รับการดูแลประคับประคองแบบองค์รวมและต่อเนื่องในชุมชน

7. การเข้าถึงและการจัดการทรัพยากรเพื่อให้ครอบครัวสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีความต้องการวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลตนเองให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลเช่น เตียง ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ฯ ล ฯ การที่หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ในชุมชนสร้างเครือข่ายกับชุมชน จัดตั้งคลังวัสดุอุปกรณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การจัดการทรัพยากรเหล่านี้ได้ รวมทั้งบทบาทพยาบาลที่ช่วยสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถดึงศักยภาพครอบครัวมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ดังนั้น การสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชนทั้ง 7 ด้าน จะช่วยเสริมสร้างความสามารถ การมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน บทบาทพยาบาลจึงจำเป็นต้องสร้างเสริมพลังอำนาจในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเสริมพลังใจให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง บุคคลในครอบครัว ได้ตระหนักรู้และเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จนกระทั่งผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งคนในชุมชนเกิดความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองให้เกิดความสุขสบายทั้ง กาย ใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณตามความเชื่อ ความหวังของตนเองและค่านิยมของครอบครัว ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการแก้ปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

กรณีศึกษา

หญิงไทยวัยชราอายุ 90 ปี นับถือศาสนาพุทธ แพทย์ให้การวินิจฉัย Dilated cardiomyopathy with Arterial insufficiency left foot ซึ่งเกิดจากขาขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน (Acute limb ischemia) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล นิ้วเท้าซ้ายเริ่มมีสีคล้ำดำ มีอาการปวด มึนชา เหมือนมีเข็มมาทิ่ม ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ได้รับยากลับไปรับประทานที่บ้าน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลอาการปวดไม่ทุเลา ผู้ป่วยบ่นปวดตลอดเวลา ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้พักรักษา (Admit) ที่โรงพยาบาล ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล มีปัญหาเรื่องเท้าซ้ายเป็นแผลแห้งดำ ปวด มีไข้ 37.8 - 38 องศาเซลเซียส ซีฟจรเต้นเร็ว หายใจหอบเหนื่อยเป็นพักๆ หลังทำกิจกรรม และผู้ป่วยยังมีอาการบวมที่มือและเท้า ผลการตรวจเลือดพบค่าไต GFR = 50.79 ซึ่งแสดงให้เห็นทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะไตวายระยะที่ 3 แพทย์ไม่ได้วางแผนการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยอายุมากแล้วและเป็นความประสงค์ของญาติด้วย แพทย์เจ้าของไข้ ได้แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทราบถึงการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค รวมถึงแนวทางการดูแลแบบประคับประคองตามอาการ เนื่องจากโรคหลอดเลือดไม่สามารถรักษาโรคหายขาดได้ ครอบครัวรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิเสธการผ่าตัดเนื่องจากอายุมากแล้ว (และเป็นความประสงค์ของญาติผู้ป่วย) การป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่าเป็นมากขึ้น รับรู้ว่าหากมีอาการแย่งลง ขอรับการรักษาแบบประคับประคอง ขอให้ผู้ป่วยไม่ทรมาน และเมื่ออาการทรุดลงญาติๆ ไม่ขอใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ผ่าตัดหัวใจ หรือให้ยาใด ๆ ที่เป็นการยื้อชีวิต และขอไปเสียชีวิตที่บ้าน เพื่อร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ประเด็นดังกล่าวพบทางของพยาบาลในโรงพยาบาลสำคัญมากในการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยมีแผลที่เท้า มีอาการปวดแผลต้องทำแผลทุกวัน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยร่างกายผอม เหนื่อยไม่ค่อยมีแรง เพื่อให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การปฏิบัติในการสร้างเสริมพลังอำนาจ พยาบาลได้พูดคุยสร้างสัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้เกิดความไว้วางใจ และรับทราบจากครอบครัวในช่วงการประชุมครอบครัว (Family meeting) ว่าผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาวและหลานสาวของผู้ป่วย ได้ตัดสินใจวางแผนการรักษา (Advance care plan) เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน พยาบาลได้ให้ข้อมูลสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในการวางแผนการรักษายาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิเสธการผ่าตัด และหากมีอาการแย่งลงญาติไม่ขอใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ผ่าตัดหัวใจ หรือให้ยาใด ๆ ที่เป็นการยื้อชีวิต และขอไปเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งบุตรสาวผู้ป่วยแจ้งว่า “หากจะให้พาผู้ป่วยกลับบ้าน ไปทำแผลเองตนเองไม่มีความมั่นใจ ทำไม่เป็น อยู่คนเดียว ไม่มีคนช่วย กังวลใจมากในเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามลำพัง” ประเด็นดังกล่าว พยาบาลได้สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย บุตรสาวและหลานสาวของผู้ป่วย ได้มองเห็นคุณค่าของตนเอง โดยได้พูดคุยชี้แจงถึงการรับรู้เรื่องโรค ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค สอบถามถึงความคาดหวังรวมถึงความต้องการการช่วยเหลือจากทีมแพทย์ โดยเฉพาะการทำแผลผู้ป่วยที่เท้า โดยให้ลูกสาวและหลานสาวได้เรียนรู้ถึงการทำแผลที่เท้าอย่างไรให้นุ่มนวลเจ็บน้อยที่สุด พยาบาลได้สังเกตเห็นสีหน้าของผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง หลังจากที่ได้รับการเรียนรู้และชี้แจงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งได้รับความรู้ในการจัดการอาการปวด จากการใช้ยาแก้ปวดและแนวทางการไม่ใช้ยาช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน สามารถพักผ่อนได้โดยญาติสามารถรับยาแก้ปวดที่คลินิกะงับปวดแทนผู้ป่วยได้ด้วย และเพื่อความต่อเนื่องในการเยี่ยมผู้ป่วย

ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยพยาบาลได้ประสานงานไปที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลและแหล่งประโยชน์ได้อย่างประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยถึงแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาล จะทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง สามารถลดอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ โดยพยาบาลใกล้บ้านไปดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วย

และครอบครัว ที่ต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพและหน่วยงานส่วนท้องถิ่นได้แก่ ถึงออกซิเจนและอุปกรณ์ในการทำแผล สำหรับ เตียงและรถเข็น ลูกสาวผู้ป่วยจัดหามาเองโดยใช้ทรัพยากร ในครอบครัวเพื่อความสะดวก โดยพยาบาลได้ชี้แนะดื่งศักยภาพที่มีอยู่ในครอบครัวผู้ป่วยมาใช้ในการดูแล และสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้ครอบครัวสามารถจัดการ กับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตอบสนองความต้องการในการเสริมสร้างศักยภาพตนเองและครอบครัว ในการดูแลจัดการอาการรบกวน และอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่องให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติทางกาย ทางใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงได้ให้การสนับสนุนและกำลังใจให้ครอบครัวสามารถเผชิญ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อาจจะเกิดขึ้นโดยพยาบาลและครอบครัวได้ร่วมกันวางแผนถึงการเสียชีวิต ของผู้ป่วยที่บ้าน การจัดการภายหลังเสียชีวิต เพื่อให้ครอบครัวยอมรับภาวะการสูญเสียบุคคล อันเป็นที่รัก ได้อย่างสงบ

จุดท้าทายของบทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคอง ระยะสุดท้ายอีกประเด็นที่น่าสนใจ คือช่วงของการมีส่วนร่วมตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพยาบาล เป็นหนึ่งในทีมสุขภาพในดูแลผู้ป่วยที่มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแล แบบประคับประคองระยะสุดท้าย โดยการช่วยประสานงานและนัดประชุมครอบครัว (Family meeting) เพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว และญาติทุกคน ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว และญาติทุกคนไว้วางใจและได้ประเมินสถานการณ์ถึงการรับรู้ เรื่องโรค การดำเนินการของโรค ความรู้สึกและความคาดหวังของครอบครัว และมีทางเลือกที่ชัดเจน ซึ่งเป็นการสะท้อนคิดอย่างวิจรรณญาณในตัดสินใจ เลือกการรักษาเพื่อการวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกัน (Advance care plan) ในการจัดการอาการรบกวนและปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง การดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยมีเครือข่ายในชุมชนใกล้เคียงให้การสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงการดูแลและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ได้อย่างประสิทธิภาพ ดังนั้นบทบาทพยาบาลในชุมชนจึงมีส่วน ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็น โรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มทรุดลงหรือเสียชีวิตจากตัวโรค หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มุ่งเน้นที่การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุม มิติทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล การนำแนวคิดการเสริมสร้าง พลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล จึงเป็นบทบาทที่สำคัญในการเพิ่มศักยภาพให้พยาบาลได้มีความรู้ ความเข้าใจในการสร้างเสริมพลังอำนาจ เป็นการตั้งศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว มาใช้ในการแก้ปัญหาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจบนพื้นฐานความเข้าใจโรค การดำเนิน ของโรค และมีทางเลือกที่ชัดเจน ในการตัดสินใจเพื่อการวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกับครอบครัว (Advance care plan) โดยต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถจัดการแก้ปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของ ชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Palliative care [Internet]. 1999 [cited 22 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. ปฐมพร ศิริประภาศิริ. ใน: คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานพิมพ์กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
3. มุลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://fopdev.or.th/>
4. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2559.
5. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ. ใน: คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
6. เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์. คู่มือมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
7. กิตติพล นาควิโรจน์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559.
8. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และอุกฤษฏ์ มลิทางกูร. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556 - 2559. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2556.
9. สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. ความต้องการการดูแลในระยะท้ายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2557;34:71-87.
10. ภาณิต หลีเจริญ. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ. วารสาร มฉก.วิชาการ 2557;17:127-38.
11. จอนพะจง เพ็งจาด. บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2557;30:100-9.
12. ศูนย์ข้อมูลด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF.
13. อากาศ พัฒนเรืองไล. List disease of Palliative care and Functional unit. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์; 2559.
14. วัฒนา นาวาเจริญ และคณะกรรมการดูแลแบบประคับประคอง. ใน: บุญมาส ชีวสกุลย, บรรณาธิการ. การดูแลแบบประคับประคอง Palliative care. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
15. กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะท้าย The end of life care. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555.
16. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: สำนักงานพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.

17. นิตย์ ทศนิยม และสมพนธ์ ทศนิยม. การสร้างเสริมสุขภาพ: การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2555.
18. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, ชูติมา มาลัย, สุพรรณี หดิลก. การเสริมสร้างพลังอำนาจ: บทบาทของพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล 2560;44:159-68.
19. นงนุช เพ็ชรร่วง. การพยาบาลครอบครัว. นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
20. ยูพา จิ๋วพัฒนกุล. การดูแลครอบครัว. ใน: กิรดา ไกรนุวัตร และรัชชนก คชไกร, บรรณาธิการ. การพยาบาลชุมชน (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
21. กุณนที พุ่มสงวน. การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15:86-90.
22. พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, วรธิดา มาศเกษม, และอนงค์ ดิษฐสังข์. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน: ความท้าทายในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2558;29: 98-109.
23. สรญา แก้วพิบูลย์. เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน Family Medicine and Community Medicine. นครราชสีมา: สำนักวิชาการแพทย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2559.

บทบาทของพยาบาลในการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

ครินยา พลสิทธิ์ชาญ ปร.ด.¹, คมวัฒน์ รุ่งเรือง ศษ.ด.^{1*},

รุ่งนภา ดีอ้อม พย.บ.²

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การทำหน้าที่ของไตที่ลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ อันส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค ดังนั้นแนวทางในการดูแลโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต คือการชะลอความเสื่อมของไต ยืดระยะเวลาการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการประเมินและการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม แนวคิดอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยสำคัญในสร้างแรงจูงใจและมีอิทธิพลต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนที่กำหนด และนำไปสู่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้าย จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต ช่วยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

¹ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์

*Corresponding E-mail: komwat_cmu@hotmail.com

วันที่รับ (received) 13 ส.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 มิ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ก.ค. 2564

Nursing role in applying health promotion models in patients with chronic kidney disease before the renal replacement therapy

Sarina Polsingchan Ph.D.¹, Komwat Rungruang Ph.D.^{1*},
Runnapa Deeom B.N.S.²

Abstract

Nowadays, the increased number of patients with chronic kidney disease is considered as the major public health problem in Thailand which possibly results in the gradual loss of kidney function affecting several parts of body systems. By being suffered from the disease, patients would face several difficulties such as physical and mental health problems as well as their social, and economic status. Consequently, the invasion of kidney disease would decrease patients' life quality and the negative health effects depend on the stage of the disease itself. Therefore, it is vital to treat the patients before receiving renal replacement therapy in order to delay the kidney failure and prolong its functions, to avoid the onset of the end-stage renal disease and to maintain their good quality of life. Apart from that issue, this study involved the application of Pender's health promotion model in the evaluation and practice of health-promoting behaviors which consisted of three major concepts namely; 1) individual characteristics and experiences affecting individual behaviors, 2) behavior-specific cognitions which are the important factors in motivating and maintaining patients' healthy behaviors, and 3) behavioral outcomes involving the patients' willingness to follow the plans which finally leads to health-promoting behaviors. These approaches are be used among the patients with chronic renal failure before receiving renal replacement therapy by delaying the failure of the kidneys' functions, adjusting the their inappropriate behaviors, reducing any other complications, and leading to their healthier behaviors and lifestyles.

Keywords: nursing role, health promotion models, chronic kidney disease patients before renal replacement therapy

¹ Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin

² Professional nurse, Surin hospital

*Corresponding E-mail: komwat_cmu@hotmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกที่มีความชุกและอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยจากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 13 ในปี พ.ศ.2537-2547¹ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ของประชากรหรือประมาณ 37 ล้านคนในปีพ.ศ. 2562² สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากการศึกษาของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 ร้อยละ 17.5 คิดเป็นจำนวนประชากรกว่า 8 ล้านคน และส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงร้อยละ 7.5 รองลงมาคือ ระยะที่ 2 และระยะที่ 1 ร้อยละ 5.6 และร้อยละ 3.3 ตามลำดับ³ ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้องกว่า 70,000 คน และรัฐบาลต้องรับผิดชอบค่ารักษาปีละ 10,000 ล้านบาท⁴

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและเศรษฐกิจ รวมทั้งคุณภาพชีวิตลดลงจากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังจะลดลงเมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 และระดับคุณภาพชีวิตจะลดลงมากขึ้นเมื่อมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต⁵ ดังนั้นแนวทางในการดูแลโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ยืดระยะเวลาการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด⁶ โดยผู้ป่วยควรได้รับการติดตามการรักษาตามแผนการดูแลรวมทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับแผนการดำเนินชีวิตในการดูแลตนเองเพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทำให้สามารถชะลอความเสื่อมของไต ป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่า (Expectancy-value theory) ที่อธิบายว่าบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ที่เชื่อว่าบุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญาผ่านการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ และส่งผลต่อการตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ⁷ แบบจำลองนี้ได้มีการนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁸⁻¹¹ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากจะช่วยประเมิน สรรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย หรือการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ลดภาวะเสี่ยงต่างๆ และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการนำเสนอบทความในครั้งนี้ เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจในโมเดลหลักในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และบทบาทของพยาบาลในการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการประเมินและส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการประเมินและการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ซึ่งจะสามารถชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ให้เข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มโนทัศน์หลักในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

มโนทัศน์หลักในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์หลักที่สำคัญ¹² ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีต มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะผลจากพฤติกรรมสุขภาพเดิมทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัยจนทำเป็นอัตโนมัติและเพิ่มการกระทำซ้ำ กลายเป็นพฤติกรรมถาวร

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม มีดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานะการเจริญพันธุ์ ภัยหมดประจำเดือน ความแข็งแรงของร่างกาย ความคล่องแคล่วว่องไว เป็นต้น

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นต้น

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียม ประเพณี การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) ปัจจัยด้านนี้เป็นหัวใจสำคัญในการสร้างกลยุทธ์หรือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจให้เกิดความมุ่งมั่นในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นหลักสำคัญของการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefit of action) เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมจะเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงอุปสรรค หรือสิ่งขัดขวางโดยสิ่งนั้นอาจจะเป็นจริงหรือคาดคะเนขึ้น ที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยอุปสรรคภายใน เช่น ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ อุปสรรคภายนอก เช่น ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง สภาพอากาศเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสถานะต่างๆ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-related affect) เป็นความรู้สึกทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการปฏิบัติซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งที่มากระตุ้น การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในภายหลัง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรม (Activity-related) การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นด้วยตนเอง (Self-related) และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Context-related)

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล และส่งผลให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่ อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงความคาดหวังของบุคคลที่สำคัญ การสนับสนุนทางสังคม และการเห็นแบบอย่าง

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation influences) เป็นการศึกษาและความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีแรงจูงใจและสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น ในสภาพแวดล้อมที่น่าสนใจและบุคคลนั้นรู้สึกปลอดภัย และมั่นคง

3. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (Behavioral outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of action) เป็นจุดเริ่มต้น ในการปฏิบัติพฤติกรรม ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิด ประกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในเวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้ ทั้งทำตามลำพังหรือทำ ร่วมกับบุคคลอื่นโดยไม่ได้คำนึงถึงความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น ซึ่งเป็นความตั้งใจปฏิบัติ และ 2) การระบุ กลยุทธ์หรือวิธีการที่แน่นอนที่จะปฏิบัติ สามารถเลือกได้ โดยปฏิบัติตามความชอบหรือตามที่บุคคลนัดและ การเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

3.2 ความต้องการและความชื่นชอบในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences) คือ พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ ซึ่งความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อนขึ้นอยู่กับความต้องการภายนอกหรือสภาพแวดล้อม ภายนอกที่บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างน้อย ส่วนความชื่นชอบอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่น ซึ่งมีอำนาจผลักดันให้บุคคลกระทำได้มากกว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งใจจะทำ

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) เป็นผลลัพธ์ที่คาดหวัง ในทางบวกของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนี้มีผลโดยตรงต่อ ผลลัพธ์เชิงบวกก็ต่อเมื่อบุคคลนำมาปฏิบัติโดยบูรณาการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง มีผลทำให้ บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี มีการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วง พัฒนาการของมนุษย์

แบบจำลองสุขภาพของเพนเดอร์ดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ 1) การประเมินลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ประเมินอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับ พฤติกรรม และประเมินผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการระบุปัญหาที่พบ ซึ่งพิจารณาจากความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังทั้งทางบวกและทางลบ 3) การวางแผนการพยาบาล โดยการวางแผนให้สอดคล้องกับความต้องการ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิถีชีวิต สนับสนุนความเข้มแข็งและความสามารถของผู้ป่วย 4) การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดและผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และ 5) การประเมินผลการพยาบาล โดยประเมินผลที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

บทบาทของพยาบาลในการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

พยาบาลมีบทบาทในการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตโดยการค้นหาและประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่เหมาะสม ประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดปัญหาและออกแบบกำหนดกิจกรรมหรือโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในประเด็นต่อไปนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย

1.1 การประเมินพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น หรืออีกด้านหนึ่งก็เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเติมเครื่องปรุงรสที่มีส่วนประกอบของโซเดียมในการประกอบอาหารหรือก่อนรับประทานอาหาร การซื้ออาหารแปรรูปมารับประทาน การไม่ชอบออกกำลังกาย

1.2 การประเมินปัจจัยส่วนบุคคล

1.2.1 ประเมินปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรงของร่างกาย ความคล่องแคล่วว่องไว เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการประเมินนี้จะเปรียบเสมือนการประเมินความพร้อมของร่างกายในผู้ป่วยว่ามีความพร้อมมากน้อยเพียงใดในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง ที่พบว่าอายุสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเพนเดอร์ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าอายุและดัชนีมวลกายสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 23¹¹

1.2.2 ประเมินปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงจูงใจในตนเอง เพราะความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีแรงจูงใจในตนเองจะส่งผลให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตรักตนเอง สนใจและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความตั้งใจในการเข้ารับการรักษและปฏิบัติตามคำแนะนำ สำหรับการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะต้นมักไม่ปรากฏอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตนเองว่าเป็นโรคไตจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะเข้ารับการรักษและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ตั้งแต่วัยแรก⁶ และข้อมูลจากการศึกษาจาก Thai SEEK พบว่ามีผู้ที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง เพียงร้อยละ 0.79 2.06 และ 5.63 ตามลำดับ ในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3³ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2561 ที่ผู้ป่วยร้อยละ 6.4 ไม่ตระหนักว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง แม้ได้รับการรักษาที่คลินิกเฉพาะด้านโรคไตมานานมากกว่า 6 เดือน ซึ่งอาจเกิดจากการที่โรคไตเรื้อรังไม่แสดงอาการ ในระยะต้น ทำให้ไม่เห็นความสำคัญ¹³ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา และการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมยังมีกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง และแม้ว่าส่วนใหญ่รับทราบ แต่มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังระยะใดและไม่ทราบค่า eGFR ของตนเอง

และหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 50¹⁴ นอกจากนั้นจากการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตต่อความรู้ พฤติกรรม สุขภาพและระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่เมื่อสอบถามการรับรู้ระยะการดำเนินของโรค กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ทราบระยะการดำเนินของโรคของตนเองที่ถูกต้องและผู้ป่วยบางรายเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยรับรู้และเข้าใจว่าการได้รับการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องเป็นตัวบ่งชี้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และมีผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาเนื่องจากรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง¹⁵ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ไม่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง หรือรับรู้ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไม่ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ดังนั้นพยาบาลควรสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นระยะและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยทุกราย

1.2.3 ประเมินปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติหรือไม่ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่พบว่าชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, S.D. = 0.91) อาจเนื่องมาจากชาวไทยมุสลิมมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายต้องคำนึงถึงหลักศาสนา มีการแต่งกายที่เหมาะสม สถานที่ออกกำลังกายต้องมีคิฮาดอยู่ในบริเวณบ้านจึงทำให้เป็นอุปสรรคในการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย¹¹

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม

2.1 การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการประเมินผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ถึงการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรม การประเมินนี้จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น การรับประทาน อาหารที่จำกัดโซเดียม การจำกัดอาหารโปรตีน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การช้ยา การติดตาม ผลการรักษา เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังลงได้ ถ้าผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยไม่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลางที่มีการใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือ Benefit scale จำนวน 8 ข้อ และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 44.7 และมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนาย⁸

2.2 การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการประเมินผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ถึงการรับรู้อุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อว่าโรคนี้เป็นโรคที่รักษาหายขาดได้ และเป็นโรคที่ไม่รุนแรง ก็จะทำให้ไม่สนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพในการรับประทานอาหารจำกัดโซเดียม โปรตีนต่ำ ฟอสเฟตต่ำ การออกกำลังกาย การช้ยา และการติดตามผลการรักษา หรือผู้ป่วยคิดว่ามีความยุ่งยาก ไม่มีเวลา ไม่สะดวกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการรักษาในการประกอบอาหารหรือเลือกซื้อ

อาหารที่มีโซเดียมต่ำ โปรตีนต่ำ ฟอสเฟตต่ำ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการเลือกซื้ออาหารที่เป็นไปตามแผนการรักษา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยไม่ยอมทำเนื่องจากสภาพอากาศร้อนมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น และไม่ส่งผลต่อการดำเนินของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีปัญหาและข้อจำกัดในการออกกำลังกาย เช่น ไม่มีเวลา มีข้อห้ามสำหรับการออกกำลังกาย ไม่เห็นคุณค่าและปฏิเสธการออกกำลังกาย¹⁶

นอกจากนั้นความไม่รู้ก็เป็นอีกอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการวิจัยการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและไม่ลึกซึ้ง โดยเข้าใจว่าโรคไตเรื้อรังสามารถรักษาให้หายขาดได้ และผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร โดยการซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากรถมารับประทานเป็นประจำและถ้าหากทำอาหารรับประทานเองส่วนใหญ่ใช้วิธีการทอดและผัดเนื่องจากสะดวกและรวดเร็ว ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นรูปแบบเนื่องจากเข้าใจว่าการทำงานคือการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว มีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน มีการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง¹⁷ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ต้องถูกต้อง ทำให้ขาดทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมตามมา ซึ่งมีส่วนทำให้ไตต้องทำงานหนักขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลางที่มีการใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือ Barrier scale จำนวน 18 ข้อ และพบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 44.7⁸

2.3 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากการรับรู้ความสามารถตนเอง เกิดจากความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เมื่อบุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองก็จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 28.3¹⁰

2.4 การประเมินอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม จะทำให้ทราบถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่ารู้สึกอย่างไร

2.5 การประเมินอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยการประเมินการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ และโดยเฉพาะจากครอบครัว ถ้าสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยได้วางเรื่องก่อนการบำบัดทดแทนไตไม่มีความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ไม่ทราบวิธีการดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย จะทำให้มีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้น้อย รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หากสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และคอยกระตุ้นเตือนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนของครอบครัว การมีสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากสามารถสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน โดยสามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่

ตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 23 เนื่องจากอิทธิพลระหว่างบุคคลได้แก่ ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ มีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้คนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้¹¹

2.6 การประเมินอิทธิพลด้านสถานการณ์ เป็นการประเมินการรับรู้ทางเลือกที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตมีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนี้

1. ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการให้ความรู้ และสร้างความตระหนักถึงประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและไม่ลึกซึ้ง โดยเข้าใจว่าโรคไตเรื้อรังสามารถรักษาให้หายขาดได้ และผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม¹⁷ ผู้ป่วยบางคนไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง และไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังระยะใดและไม่ทราบค่า eGFR ของตนเอง¹³⁻¹⁵ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทายยาและผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁸⁻¹⁹ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เชื่อมโยงเรื่องราวต่างๆ มองเห็นภาพรวมของผลลัพธ์และประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง รู้เท่าทันถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น หรือปัญหาที่อาจจะเกิดตามมาถ้ามีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง มองเห็นปัญหาและทางแก้ปัญหาคได้ และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การให้ความรู้เป็นรายบุคคลจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้วิธีการอื่นๆ ในการสอน²⁰ และควรมีภาพที่กระตุ้นความสนใจ มีแผนผังเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลให้ชัดเจนทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่าย ให้ข้อมูลความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับระยะของโรคไตเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องการได้รับข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคของตนเอง²¹ ขณะให้ความรู้ควรเปิดโอกาสให้มีการซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง เน้นการให้ข้อมูลเพื่อการควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน¹⁵ และควรมีการแจกเอกสารหรือคู่มือเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ที่ไม่แน่ใจเมื่ออยู่ที่บ้าน^{15,22}

2. การปรับเปลี่ยนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอุปสรรคที่พบ เช่น ความเชื่อผิดๆ ความไม่รู้ การไม่เห็นคุณค่าในการปฏิบัติพฤติกรรมได้หลากหลายวิธี เช่น การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติทางลบที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การสอบถามปัญหาทางโทรศัพท์พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ²³

3. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ วิธีที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด โดยผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแผนในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การติดตามการรักษาและผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทหลักในการจัดการตนเองเพื่อให้

เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตมีความสามารถในการจัดการตนเอง โดยสามารถตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง ประเมินปัญหาที่พบในการปฏิบัติพฤติกรรม การระบุแหล่งประโยชน์ทั้งในสถานบริการและในชุมชน ตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหา วางแผนปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และประเมินตนเองหลังการปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่^{15,22,24} กระบวนการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ หรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้สำเร็จ ส่งผลให้ดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ เพราะเป็นสิ่งที่ตนเองวางแผน กำหนดเลือกเอง ซึ่งจะสอดคล้องกับวิถีชีวิตตนเอง เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองก็จะเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่อง เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม²⁵ ที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3 ขั้นตอน คือ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ สาธิต แจกและแนะนำวิธีการใช้คู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง ครั้งที่ 2 ให้คำปรึกษารายบุคคล วิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินปัญหารายบุคคล ทบทวนการใช้คู่มือ กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร ครั้งที่ 3 ประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ทบทวนสิ่งที่ทำได้/ปัญหาอุปสรรค พร้อมให้กำลังใจในการควบคุมอาหาร ภายหลังจากให้โปรแกรมพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตยังสามารถดำเนินการในรูปแบบอื่นได้อีก เช่น งานวิจัยผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Building motivation) 2) การให้คำมั่นจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Commitments to change) และ 3) การติดตามและการคงไว้ (Compliance and maintenance) รวมทั้งใช้ Stage of change 5 ระยะ ในการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย และมีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นระยะ เสริมแรงทางบวกไม่ตำหนิและช่วยวิเคราะห์สาเหตุหาแนวทางการแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำเมื่อพบว่าไม่สามารถปฏิบัติตามที่วางแผนไว้ได้ซึ่งผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากสามารถกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจจากภายในที่จะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม¹⁴

4. ส่งเสริมอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการลดความเครียด ความกังวลใจจากสภาวะไม่พร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำ โดยการพูดคุยเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนปัญหาด้วยตนเอง ได้รับรู้บทบาทของตนเองที่จะต้องปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการปัญหา ได้รับรู้วิธีที่ทำได้แบบค่อยเป็นค่อยไปไม่ยุ่งยาก ทำให้เกิดความสบายใจ ลดความเครียดและความกังวลใจได้²³

5. ส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคล เนื่องจากอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว (พ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง) เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องแบบแผนครอบครัวในการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่พบว่าแบบแผนครอบครัวที่สมาชิก

ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การดูแลเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย การกำกับการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารปรุงอาหาร การเฝ้าสังเกตภาวะแทรกซ้อน การจัดการทั่วไป การจัดการความเครียด สามารถลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งชะลอความเสื่อมของไตไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ซึ่งแบบแผนครอบครัวดังกล่าวจะสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและใช้หลักทุนทางสังคมระดับครอบครัว ในการเอื้อประโยชน์และสร้างแรงบันดาลใจให้สมาชิกในครอบครัว²⁶

นอกเหนือจากการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พยาบาลยังมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตคงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในการชะลอความเสื่อมของไตเพื่อให้ความรู้และช่วยเตือนความจำ สนับสนุนด้านอารมณ์โดยกระตุ้นเตือนให้กำลังใจ สนับสนุนการประเมินค่าของผู้ปฏิบัติพฤติกรรมในการให้ข้อมูลย้อนกลับ และสนับสนุนทางทรัพยากรในการเตรียมอาหาร การออกกำลังกาย²⁷ อีกทั้งสามารถใช้แนวทางการเป็นพี่เลี้ยงทางสุขภาพหรือโค้ชสุขภาพ (Health coaching) เช่น การสนทนาผ่านทางข้อความ การใช้สื่อดิจิทัล (Video call) ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ คือ 1) การให้คำแนะนำและสร้างแรงจูงใจ เช่น การจัดทำเมนูอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต การจัดการออกกำลังกาย 2) การติดตามอาการและค้นหาภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดตามประเมินน้ำหนักตัว การคัดกรองหาภาวะซีมเศร้า 3) การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการไม่ยึดมั่นแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ถูกต้อง 4) การติดตามประเมินความต้องการในการช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ เช่น การเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด การใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคม และ 5) การติดตามประเมินผลและบันทึกข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง²²

6. การส่งเสริมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจัดหาแผนที่แสดงที่ตั้งร้านขายอาหารปลอดเกลือ น้ำตาล ความเค็ม ในชุมชน หรือการจัดให้มีอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิตตั้งไว้ในบริเวณที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย²² หรือการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยลดระดับความหนักลงและให้เวลาพักนานกว่าคนปกติ และพักบ่อยๆ ทุก 5-10 นาที²⁸

บทสรุป

โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง วิธีการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือการชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มต้น พยาบาลจึงมีความสำคัญในการประเมินและส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโดยการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ซึ่งเป็นแนวคิดที่คำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และมีกระบวนการในการกระตุ้นหรือเสริมแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ซึ่งจะสามารถชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ให้เข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายได้

เอกสารอ้างอิง

1. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA* 2007; 298:2038-47.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Chronic kidney disease in the United States, 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 15]; 1:13-24. Available from: https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/2019_National_Chronic-Kidney-Disease-FactSheet.pdf
3. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:1567-75.
4. พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงค์สาธิต, อัมรินทร์ ทักชินเสถียร. การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 12 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4345?locale-attribute=th>
5. Pugh-Clarke K, Naish PF, Mercer TM. Quality of life in chronic kidney disease. *J Ren Care* 2006;32:167-71.
6. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 12 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก :http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD_CKD_2015.pdf
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons, MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002.
8. สุปรานี กิตติพิมพ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง. *วารสารพยาบาล* 2556;62:35-42.
9. ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, วีรณัฐ รอบสันติสุข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2558;7:26-36.
10. ขวัญฤทัย พันธู, จันทน์ฉาย มณีวงศ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา* 2559;22:93105.
11. พัชร รัศมีแจ่ม, ปรีศนา อัครชนพล, พรทิพย์ ลิ้มธีระยศ, กมลทิพย์ ชลัธธรรมเนียม. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม* 2561;19:56-68.
12. Pender NJ. The health promotion model. In: K Masters, editor. *Nursing theories: A framework for professional practice*. 2nd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2015. p. 213-23.
13. Devraj R, Borrego ME, Vilay AM, Pailden J, Horowitz B. Awareness, self-management behaviors, health literacy and kidney function relationships in specialty practice. *World J Nephrol* 2018;7:41-50. doi: 10.5527/wjn.v7.i1.41

14. จุฑามาศ เพียนสอาด, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, ชาศรีย์ กิตติยากร. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561;5:19-38.
15. สุนิสา สีมม, วรณภา ประไพพานิช, พูลสุข เจนพานิชย์, วรางคณา พิชัยวงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2557;25:16-31.
16. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
17. กวิศรา สอนพุด, ลัษวี ปิยะบัณฑิตสกุล. การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563;40:101-14.
18. Lopez-Vargas PA, Tong A, Howell M, Craig JC. Educational interventions for patients with CKD: a systematic review. Am J Kidney Dis 2016;68:353-70.
19. Lei CC, Lee PH, Hsu YC, Chang HY, Tung CW, Shih YH, Lin CL. Educational intervention in CKD retards disease progression and reduces medical costs for patients with stage 5 CKD. Ren fail 2013; 35:9-16.
20. Warsi A, Wang PS, LaValley MP. Self-management education programs in chronic disease. Arch Int Med 2004;164:1641-49. doi:10.1001/ archinte.164.15.1641
21. Costantini L, Beanlands H, McCay E, Cattran D, Hladunewich M, Francis D. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. Nephrol Nurs J 2008;35:147-55.
22. รสสุคนธ์ วาริตสกุล. กลยุทธ์การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสภาอากาศไทย 2560;10:1-12.
23. เบญจมาศ เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์, ชุลินดา สะมะแอ. การพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพพระดัมปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3:194-207.
24. จันจิรา หินขาว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, สุนทรี เจียรวิทย์กิจ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2562;30:185-202.
25. พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัก. ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2559;6: 205-15.
26. สังคม ศุภรัตน์กุล. แบบแผนครอบครัวในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.วารสารควบคุมโรค 2561;44:92-101.

27. เสาวนีย์ ชนะพาล. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
28. วิภู กำเหนิดดี. การออกกำลังกายในโรคไตเรื้อรัง. ใน: สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, ไกรวิพร เกียรติสุนทร, พงศธร คชเสนี, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี, ธันนดา ตระการ วณิช,บรรณาธิการ. ตำราโรคไตเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2562. หน้า 879-90.

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี

พนัชญา ชันติจิตร พย.ม.^{1*}

ไวยพร พรหมวงศ์ พย.ม.¹

ชนุกร แก้วมณี พย.ม.¹

อภิรดี เจริญนุกูล พย.ม.¹

บทคัดย่อ

บุคคลที่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 350 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นมาจากประชากรทั้งหมด 25 อำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.96 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 99.43 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.14 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ร้อยละ 94.86 และอยู่ระดับน้อย คือ ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค ร้อยละ 40.86 จากผลการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การป้องกันโรค

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

*Corresponding author: phanatchaya@bcnsp.ac.th

วันที่รับ (received) 17 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ก.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 ส.ค. 2564

Health Belief Model in the Prevention of Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) among people in Ubon Ratchathani Province

Phanatchaya Khantichitr M.N.S.^{1*}

Waiyaporn Promwong M.N.S.¹

Chanukorn Keawmanee M.N.S.¹

Apiradee Charoenukul M.N.S.¹

Abstract

A person who has a good health belief model will engage in appropriate health prevention behaviors, especially during the current COVID-19 pandemic situation. The objective of this research was to study the patterns of the health belief model among people in Ubon Ratchathani province in order to prevent infection by the Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). The sample consisted of 350 persons selected by stratified random sampling from the population in 25 districts of Ubon Ratchathani. Data collection was conducted using an online questionnaire with an index of item-objective congruence of 0.96 and a reliability of 0.80. The questionnaire consisted of two parts; a personal data section and the health belief model in the prevention of COVID-19 instrument. Data were analyzed using descriptive statistics, including number, percentages, means, and standard deviations. The results of the study showed most of level in each domain of the health belief towards the disease. The high level includes perceived susceptibility (99.43%), perceived severity (97.14%), perceived benefits (100%), and perceived self-efficacy (94.86%). The low level was their perceived barriers (40.86%). The research findings indicate that the participants had a strong health belief model for the prevention of COVID-19. These results provide basic information for creating interventions to further the promotion of COVID-19 prevention behaviors.

Keywords: health beliefs model, corona virus disease 2019, disease prevention

¹ Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong

*Corresponding author : phanatchaya@bcnsp.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญ

ไวรัสโคโรนา (Coronavirus, CoV) เป็นไวรัสชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ในสัตว์และในมนุษย์ บางสายพันธุ์ของไวรัสโคโรนาทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจร้ายแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูง เมื่อต้นเดือนธันวาคม 2019 พบว่า มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ โดยมีต้นกำเนิดมาจากประเทศจีน และแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก¹ ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ตั้งชื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่เกิดขึ้นใหม่นี้ว่า Coronavirus disease 2019 (COVID-19) โดยเชื้อไวรัสที่ก่อโรคให้ชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV2) ส่วนในประเทศไทย กรมควบคุมโรคให้ชื่อว่าเป็น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีแนวโน้มระบาดเป็นวงกว้างและรวดเร็ว จึงประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค²

การติดต่อของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อผ่านการไอ จาม การสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของคนและสัตว์ที่เป็นแหล่งของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว สัมผัสกับเยื่อทางเดินหายใจของคนทั่วไป โดยการสูดหายใจเข้าไป หรือการสัมผัสบริเวณจมูกและปาก เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะมีการฟักตัวโดยไม่แสดงอาการในระยะเวลา 2 ถึง 14 วัน ระยะนี้สามารถแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้อื่นได้ และพบว่ามีสามารถแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้มากกว่า 2 คน³ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อที่เข้าไปถึงเนื้อเยื่อปอดและความลึกของของเนื้อเยื่อปอดที่เชื้อสามารถเข้าไปถึง ซึ่งเกิดจากละอองฝอยของเชื้อโรคที่มีขนาดเล็กมาก จึงเข้าสู่ปอดได้ง่ายและก่อโรคได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ปอดอักเสบพร้อมกันหลายที่ จนเนื้อปอดทำหน้าที่แลกเปลี่ยนออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เนื่องจากระยะฟักตัวของเชื้อโรคสั้นทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถสร้างได้ทัน โดยเฉพาะผู้ที่มิโรคปอดเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง จึงทำให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอัตราการเสียชีวิตสูง⁴

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่แต่แพร่ระบาดในประเทศไทยและทั่วโลกอย่างรวดเร็ว รัฐบาลจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา และมีมาตรการต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จังหวัดและระดับประเทศเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น การรณรงค์ให้ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” การไม่รวมกลุ่มกับผู้คนจำนวนมาก การใช้หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ การหมั่นล้างมือ การไม่สัมผัสหรือรับเชื้อที่มากับฝอยละอองน้ำลาย การเว้นระยะสัมผัสห่างจากผู้อื่น การไปพบแพทย์ในกรณีต้องสงสัย ซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วโลกแล้วว่าสามารถลดความเสี่ยงได้ดีที่สุดในการป้องกันตนเองและบุคคลอื่นได้⁴

การที่บุคคลจะสามารถมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้นั้น โรเซนสต็อค และคณะ⁵ ได้อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากเพียงใด หรือรับรู้ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งการรับรู้ความโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในด้านการรักษาและการปฏิบัติตนว่ามีมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำแล้วบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันเกิดขึ้น ทั้งนี้ ร่วมกับบุคคลนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ

ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ เช่น การเห็นความเจ็บป่วยของบุคคลอื่น การได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น⁵

จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2564 ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อสะสมมากถึง 336,371 คน เสียชีวิต 2,711 คน จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ติดเชื้อสะสม 1,076 คน² ซึ่งเป็นที่ทราบดีว่าการมีผู้ป่วยจำนวนมากจะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตผู้คนมากขึ้น รวมถึงมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมืองฯ ในทุกระดับ การให้ความร่วมมือตามมาตรการต่างๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับบุคคล จึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะลดการระบาดของโรค ทำให้ผู้คนกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติในเร็ววัน การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีในครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการป้องกันการติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับมาตรการด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนความเชื่อของโรเซนสต็อค และคณะ⁵ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งได้อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ 4) การปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย 5) ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความกระตือรือร้น และพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการกระทำเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการกระทำดังกล่าวเกิดจากการมีความรู้ที่ถูกต้อง และมีการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมส่งผลให้ ลดจำนวนหรือความรุนแรงจากการติดเชื้อ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 1.875 ล้านคน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่า โดยใช้สูตรดังนี้ $n = Z^2 \alpha/2 \sigma^2 / e^2$ คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 278 คน และผู้วิจัยป้องกันการสูญหายโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 15 เท่ากับ 42 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 320 คน

วิธีการเลือกใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น (Proportionate stratified random sampling) จากจำนวนประชากร

ในจังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2562 เท่ากับ 1,878,146 คน⁷ จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 320 คน และเก็บข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม 30 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 350 คน เมื่อเทียบสัดส่วนประชากรแยกตามรายอำเภอจำนวน 25 อำเภอ จะได้กลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งตามจำนวนประชากรในอำเภอดังนี้ 1) อำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 42 คน 2) อำเภอศรีเมืองใหม่ จำนวน 13 คน 3) อำเภอโขงเจียม จำนวน 7 คน 4) อำเภอเขื่องใน จำนวน 21 คน 5) อำเภอเขมราฐ จำนวน 15 คน 6) อำเภอเดชอุดม จำนวน 33 คน 7) อำเภอนาจะหลวย จำนวน 11 คน 8) อำเภอน้ำยืน จำนวน 13 คน 9) อำเภอบุญทริก จำนวน 17 คน 10) อำเภอตระการพืชผล จำนวน 23 คน 11) อำเภอกุดข้าวปุ้น จำนวน 8 คน 12) อำเภอม่วงสามสิบ จำนวน 17 คน 13) อำเภวารินชำราบ จำนวน 31 คน 14) อำเภอพิบูลมังสาหาร จำนวน 25 คน 15) อำเภอตาลสุม จำนวน 6 คน 16) อำเภอโพธิ์ไทร จำนวน 9 คน 17) อำเภอสำโรง จำนวน 10 คน 18) อำเภอดอนมดแดง จำนวน 5 คน 19) อำเภอสิรินธร จำนวน 10 คน 20) อำเภอทุ่งศรีอุดม จำนวน 5 คน 21) อำเภอนาเยีย จำนวน 5 คน 22) อำเภอนาตาล จำนวน 7 คน 23) อำเภอเหล่าเสือโก้ก จำนวน 5 คน 24) อำเภอสว่างวีระวงศ์ จำนวน 6 คน และ 25) อำเภอน้ำขุ่น จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 350 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 25/2563 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยได้เขียนอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการตอบแบบสอบถามว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ หากเปลี่ยนใจที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัยสามารถยุติการตอบแบบสอบถามทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีการระบุชื่อหรือระบุข้อมูลส่วนตัวใดๆ และจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 5 ปี โดยมีรหัสลับในการเข้าถึงข้อมูล ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเก็บข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ 1 ฉบับ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 และที่มาของแหล่งความรู้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของโรเซนสตัดด์ และคณะ⁵ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จำนวน 7 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค จำนวน 11 ข้อ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค จำนวน 8 ข้อ 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ เห็นด้วย = 3 ไม่แน่ใจ = 2 ไม่เห็นด้วย = 1 การแปลความหมายของระดับคะแนนเฉลี่ย แบ่งได้ตามแนวคิดของ Best⁸ ได้ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับมาก

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 0.96 หลังจากนั้นนำมาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำไปใช้จริง และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80 (N = 350)

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการ กำหนดให้ผู้ช่วยวิจัยต้องเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความรู้เบื้องต้นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และต้องอาศัยอยู่ในเขตอำเภอที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ และงดเว้นการเดินทางไปต่างอำเภอ จำนวน 25 คน อำเภอละ 1 คน ปฐมนิเทศแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยใช้ช่องทางออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ซึ่งแจ้งรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์วิจัย การเก็บข้อมูล แบบสอบถาม การตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินความพร้อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ร่วมวิจัย ก่อนให้ทำแบบสอบถาม และดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการทำแบบสอบถาม แบบสอบถามมีจำนวน 53 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม ประมาณ 10-20 นาที เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ช่วยวิจัยอ่านจากแบบสอบถามออนไลน์ และกรอกข้อมูลลงในโปรแกรมออนไลน์ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษารั้วนี้ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 350 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66.57) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 59.72) มีอายุเฉลี่ย 38.96 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.29) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 37.71) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 20) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.00) จากการประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่า มีความเสี่ยงเล็กน้อย (ร้อยละ 43.43) โดยได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 99.40) รองลงมาคือ ได้ความรู้จากการดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 80.65) และ จากเฟซบุ๊ก (ร้อยละ 70.83) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 350)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	117	33.43
หญิง	233	66.57
อายุ (ปี) (Range 19 – 88, Mean = 38.96, SD 14.12)		
19 – 40 ปี (วัยผู้ใหญ่)	209	59.72

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
41 – 60 ปี (วัยกลางคน)	109	31.14
60 ปี ขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	32	9.14
สถานภาพสมรส		
โสด	127	36.00
คู่	197	56.29
หม้าย/หย่า/แยก	27	7.71
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	0.57
ประถมศึกษา	58	16.57
มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า	39	11.14
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	75	21.43
อนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า	26	7.43
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	132	37.71
สูงกว่าปริญญาตรี	18	5.14
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	294	84.00
มีโรคประจำตัว	56	16.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	4.86
นักศึกษา	28	8.00
เกษตรกร	70	20.00
รับจ้าง	42	12.00
พนักงานบริษัทเอกชน	18	5.14
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	35	10.00
อาชีพอิสระ	26	7.43
รับราชการ	58	16.57
พนักงานราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	51	14.57
ข้าราชการบำนาญ	5	1.43
การประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเอง		
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	7	2.00
ไม่เสี่ยง	50	14.29
เสี่ยงเล็กน้อย	152	43.43
เสี่ยงปานกลาง	83	23.71
เสี่ยงมาก	58	16.57
การได้รับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
เคยได้รับความรู้	336	96.00
ไม่เคยได้รับความรู้	14	4.00
แหล่งข้อมูลของความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=336) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บุคคลในครอบครัว	142	42.26
คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	334	99.40
เพื่อน/บุคคลที่รู้จัก	153	45.54
ผู้นำชุมชน	133	39.58
เฟสบุ๊ก (Facebook)	238	70.83

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ไลน์ (Line)	133	39.58
โทรศัพท์	271	80.65
วิทยุ	71	21.13
หอกระจายข่าว	88	26.19
สื่อสิ่งพิมพ์/ป้ายโฆษณา	172	51.19
เอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือของโรงพยาบาล	126	37.50
อื่นๆ	12	3.57

ข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้ออยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 99.43) รองลงมา มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 0.57) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ในระดับน้อย เมื่อวิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในประเด็น ผู้ที่เดินทางไปยังสถานที่แออัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น ($\bar{X} = 2.98$, S.D. = 0.15) รองลงมาคือ ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ หรือเดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น ($\bar{X} = 2.96$, S.D. = 0.22) และ ผู้ที่ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น ($\bar{X} = 2.96$, S.D. = 0.20)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 97.14) รองลงมา มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.86) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ในระดับน้อย เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในประเด็น ผู้ที่มีโรคปอดเรื้อรังอยู่แล้ว หากติดเชื้อโควิด 19 อาจทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงและรวดเร็ว จนถึงแก่ชีวิตได้ ($\bar{X} = 2.94$, S.D. = 0.25) รองลงมาคือ ผู้การติดเชื้อโควิด 19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีอาการป่วยเริ่มตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.27) ผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 หากได้รับการรักษาซ้ำอาจนำไปสู่การล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตได้ ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.28) และ ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป หากติดเชื้อโควิด 19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่น ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.29)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 100) ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลางและระดับน้อย เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในประเด็น การสวมผ้าปิดปากปิดจมูก เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.12) และประเด็น การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X} = 2.99$,

S.D. = 0.09) รองลงมาคือ การงดกิจกรรมที่มีคนไปชุมนุมกัน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}$ = 2.98, S.D. = 0.13) การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}$ = 2.98, S.D. = 0.13) และการกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ($\bar{X}$ = 2.98, S.D. = 0.15)

การรับรู้ต่ออุปสรรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 40.86) รองลงมา มีระดับการรับรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 34.28) และการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 24.86) เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเด็น ท่านรู้สึกว่าการสวมผ้าปิดปากปิดจมูกไม่สะดวกต่อการปฏิบัติ ไม่เคยชิน และทำให้หายใจลำบาก ($\bar{X}$ = 2.22, S.D. = 0.92) และ ท่านรู้สึกว่าการระมัดระวังไม่เอามือไปจับหน้า จมูก และปาก ทำได้ยากเนื่องจากท่านไม่เคยชิน ($\bar{X}$ = 2.10, S.D. = 0.92) รองลงมา คือประเด็น การเว้นระยะห่างจากคนอื่น อย่างน้อย 1-2 เมตร ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น ($\bar{X}$ = 2.01, S.D. = 0.92)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 94.86) รองลงมา มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 4.86) และการรับรู้ในระดับน้อย (ร้อยละ 0.28) เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเด็น ท่านสามารถล้างมือให้ถูกวิธีด้วยการใช้สบู่ และแอลกอฮอล์ ได้บ่อยๆ ($\bar{X}$ = 2.93, S.D. = 0.26) รองลงมา คือประเด็น ท่านสวมผ้าปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ($\bar{X}$ = 2.92, S.D. = 0.31) และ ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้า จมูก และปาก หากพบว่ามือไม่สะอาด ($\bar{X}$ = 2.92, S.D. = 0.30)

รายละเอียดระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ					
	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	348	99.43	2	0.57	0	0.00
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	340	97.14	10	2.86	0	0.00
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	350	100.00	0	0.00	0	0.00
การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค	120	34.28	87	24.86	143	40.86
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	332	94.86	17	4.86	1	0.28

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 350 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66.57) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 59.72) มีอายุเฉลี่ย 38.96 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.29) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 37.71) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 20) สอดคล้องกับรายงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี⁹ ที่พบว่า ประชากรของจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนประชากรชายและหญิงในขนาดใกล้เคียงกัน มีโครงสร้างประชากรในวัยผู้ใหญ่ และวัยกลางคน (อายุ 15 - 59 ปี) เป็นประชากรส่วนใหญ่ของจังหวัด (ร้อยละ 66.8) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ระดับการศึกษาของประชากรจำนวนมากที่สุดคือ ระดับมัธยมศึกษา รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา และระดับปริญญาตรี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.00) จากการประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่า มีความเสี่ยงเล็กน้อย (ร้อยละ 43.43) โดยได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 99.40) รองลงมาคือ ได้ความรู้จากการดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 80.65) และ จากเฟสบุ๊ก (ร้อยละ 70.83) ตามลำดับ สอดคล้องกับสถิติการใช้เครื่องมือสื่อสารของประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าประชากรส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือสื่อสาร (ร้อยละ 85) โดยพบว่า ส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 87.80) รองลงมาคือมีการใช้อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 38.55) และมีการใช้คอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 30.43) ตามลำดับ⁹

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้ออยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 99.43) รองลงมา มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 0.57) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ในระดับน้อย ซึ่งความเชื่อของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วย เป็นโรคนั้นๆ จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเอง⁵ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง¹⁰ และจากการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีชาวแอฟริกันอเมริกันที่อาศัยอยู่แถบดินดอนสามเหลี่ยมปากแม่น้ำมิสซิสซิปปี (Mississippi delta) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับการรับรู้ที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคแตกต่างกัน¹¹ และจากการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อ Leptospirosis พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคในระดับต่ำ มีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับต่ำด้วย¹² เมื่อวิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในประเด็น ผู้ที่เดินทางไปยังสถานที่แออัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น ($\bar{X} = 2.98, S.D. = 0.15$) รองลงมาคือ ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ หรือเดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น ($\bar{X} = 2.96, S.D. = 0.22$) และ ผู้ที่ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น ($\bar{X} = 2.96, S.D. = 0.20$) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ที่พบว่า มีการระบาดจากผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค แรงงานต่างด้าว และผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานที่แออัดหรือติดต่อกับคนเป็นจำนวนมาก มีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อสูง รวมถึงการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ

การดำเนินการเชิงรุกของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีการให้ความรู้ผ่านสื่อหลากหลายช่องทาง ป้ายประกาศ ประชาสัมพันธ์ และการลงพื้นที่ทำความเข้าใจกับประชาชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ จากการดูโทรทัศน์ และจากเฟสบุ๊ค ตามลำดับ ดังนั้น หากมีการประชาสัมพันธ์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการประชาสัมพันธ์จากบุคลากรทางการแพทย์ การประชาสัมพันธ์ผ่านรายการโทรทัศน์ และสื่ออื่นๆ โดยเฉพาะเฟสบุ๊คที่เป็นหน่วยงานที่เชื่อถือได้ จะช่วยให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 97.14) รองลงมา มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.86) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ในระดับน้อย เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค⁵ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง กับ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง¹⁴ เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในประเด็น ผู้ที่มีโรคปอดเรื้อรังอยู่แล้ว หากติดเชื้อโควิด 19 อาจทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงและรวดเร็ว จนถึงแก่ชีวิตได้ ($\bar{X} = 2.94$, S.D. = 0.25) รองลงมาคือ ผู้การติดเชื้อโควิด 19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีอาการป่วยเริ่มตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.27) ผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 หากได้รับการรักษาซ้ำอาจนำไปสู่การล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตได้ ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.28) และ ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป หากติดเชื้อโควิด 19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่น ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.29) สืบเนื่องจากการมีการประชาสัมพันธ์สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสหลากหลายช่องทาง เช่น เพจเฟสบุ๊ค ชื่อ “ศูนย์ข้อมูลกลาง COVID -19 จังหวัดอุบลราชธานี” เป็นต้น และการกำหนดมาตรการ การประกาศ และมีคำสั่งจากจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อเป็นการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนดให้ประชากรในจังหวัดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ประชากรได้รับข้อมูลการระบาดและความรุนแรงของโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจาก บุคลากรทางการแพทย์ จากการดูโทรทัศน์ และจากเฟสบุ๊ค ตามลำดับ ดังนั้น หากมีนำเสนอข้อมูลความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการประชาสัมพันธ์จากบุคลากรทางการแพทย์ การประชาสัมพันธ์ผ่านรายการโทรทัศน์ และสื่ออื่นๆ โดยเฉพาะเฟสบุ๊คที่เป็นหน่วยงานที่เชื่อถือได้ จะช่วยให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 100) ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง และระดับน้อย

ซึ่งการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค เป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย⁵ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของชาวนาในจังหวัดชัยนาท ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ โดยในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในประเด็น การสวมหน้ากากปิดปากปิดจมูกเมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.12) และประเด็น การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.09) รองลงมาคือ การงดกิจกรรมที่มีคนไปชุมนุมกัน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X} = 2.98$, S.D. = 0.13) การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X} = 2.98$, S.D. = 0.13) และการกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนา เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ($\bar{X} = 2.98$, S.D. = 0.15) จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเด็นที่สำคัญที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 40.86) รองลงมามีระดับการรับรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 24.86) และการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 24.86) การรับรู้ต่ออุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง หรือพฤติกรรมนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรค⁵ สอดคล้องกับการศึกษา การใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อประเมินตัวทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 และความเต็มใจที่จะจ่ายเงินค่าฉีดวัคซีน ของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศมาเลเซีย พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนมีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹⁷ แตกต่างจากการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง¹⁶ โดยการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเด็น ท่านรู้สึกว่าการสวมหน้ากากปิดปากปิดจมูกไม่สะดวกต่อการปฏิบัติ ไม่เคยชิน และทำให้หายใจลำบาก ($\bar{X} = 2.22$, S.D. = 0.92) และ ท่านรู้สึกว่าการระมัดระวังไม่เอามือไปจับหน้า จมูก และปาก ทำได้ยากเนื่องจากท่านไม่เคยชิน ($\bar{X} = 2.10$, S.D. = 0.92) รองลงมา คือประเด็น การเว้นระยะห่างจากคนอื่น

อย่างน้อย 1-2 เมตร ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น ($\bar{X} = 2.01$, S.D. = 0.92) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์¹⁸ ที่พบว่า อุปสรรคสำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การขาดความร่วมมือในการสวมหน้ากาก และการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล ซึ่งจากการรับรู้ต่ออุปสรรคในประเด็นดังกล่าว เป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการรณรงค์ให้ประชาชนทุกคนปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีความจำเป็นต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจถึงความสำคัญ และตระหนักถึงความจำเป็นในการสวมหน้ากากอนามัย และการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 94.86) รองลงมา มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 4.86) และการรับรู้ในระดับน้อย (ร้อยละ 0.26) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็น ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของตนเอง ในการปฏิบัติตนให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญทำให้บุคคลเริ่มต้น พยายามและมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความกระตือรือร้น และพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร¹⁹ เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเด็น ท่านสามารถล้างมือให้ถูกวิธี ด้วยการใช้น้ำสบู่และแอลกอฮอล์ ได้บ่อยๆ ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.26) รองลงมา คือประเด็น ท่านสวมผ้าปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ($\bar{X} = 2.92$, S.D. = 0.31) และ ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้า จมูก และปาก หากพบว่ามือไม่สะอาด ($\bar{X} = 2.92$, S.D. = 0.30) หากส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ลดอุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค และจะต้องมีความเหมาะสมตามเพศของกลุ่มตัวอย่างจะสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการประชาสัมพันธ์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชิงรุกโดยบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านรายการโทรทัศน์ และสื่อโซเชียลมีเดียอื่นๆ โดยเฉพาะเฟซบุ๊กที่เป็นหน่วยงานที่เชื่อถือได้ จะช่วยให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และลดการรับรู้ต่ออุปสรรค ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรค และนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

ด้านการศึกษาการวิจัย

ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อหาวิธีการสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร อาจารย์นันทรียา โลหะไพบุลย์กุล และ อาจารย์อรรช มาลาหอม ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 25 คน ที่ลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เป็นผู้ร่วมในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ji W, Wang W, Zhao X, Zai J, Li X. Cross-species transmission of the newly identified coronavirus 2019-nCoV. *Journal of medical virology* 2020;92:433-40.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค.2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf
3. Prompetchara E, Ketloy C, Palaga T. Immune responses in COVID-19 and potential vaccines: Lessons learned from SARS and MERS epidemic. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology* 2020;38:1-9.
4. อมร ลีลาธรมี. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>
5. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly* 1988;15:175-83.
6. อัจฉรา จินดาวงศ์, นพวรรณ เปียชื่อ, พชรินทร์ นินทจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร* 2555;18:58-69.
7. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
8. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ประกาศจำนวนประชากรประจำปี [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.thstat/statnew/statMenu/newStat/sumyear.php>.
9. สำนักงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี Ubon Ratchathani Provincial Statistical Report. อุบลราชธานี: สำนักงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี; 2560.
10. อุมพร ปุณณโสพรรณ, ผจงศิลป์ เฟิงมาก และจุฑามาศ ทองต่ำลิ่ง. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองใน ตำบลท่าฉาง อำเภوتاฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2554;16;3:41-60.
11. Gibson EG, Gage JC, Castle PE, Scarinci IC. Perceived susceptibility to cervical cancer among African American women in the Mississippi Delta: does adherence to screening matter?. *Women's Health Issues* 2019;29:38-47.
12. Sukeri S, Zahiruddin WM, Shafei MN, Hamat RA, Osman M, Jamaluddin TZ, Daud AB. Perceived severity and susceptibility towards leptospirosis infection in Malaysia. *International journal of environmental research and public health* 2020;17:6362.

13. สุดา แวหะยี. การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขต ตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;6:158-68.
14. อรอนงค์ โกเมศ สุดศิริ หิรัญขุนหะ และหทัยรัตน์ แสงจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงกับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแล. วารสารสภาการพยาบาล 2555;25:54-63.
15. วนิดา นาคศิลา สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ และยุวดี ลีลัคณาวิระ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของชาวนาในจังหวัดชัยนาท. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2557;22:61-72.
16. ณัฐชา แก้วโกคา. การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2561;19:47-60.
17. Wong LP, Alias H, Wong PF, Lee HY, AbuBakar S. The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. Human vaccines & immunotherapeutic 2553;16:2204-14.
18. เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2564;4:44-58.
19. จีรรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, รัตน์ศิริ ทาโต. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2560;28:111-25.

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์
ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการ
แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7**

นวกรณ์ ดอกชะบา พย.ม^{1*}

พัทตร์วิไล ศรีแสง ปร.ด. (การพยาบาล)²

บทคัดย่อ

การรับรู้คุณภาพการให้บริการของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ นำมาซึ่งการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์ จำนวน 102 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลด้านบุคคล ด้านสถานการณ์ และการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติ Fisher's exact test ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.68$, S.D. = 0.37) ปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ ($r_s = 0.412$, $p < 0.01$ และ $r_s = 0.249$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้านสถานการณ์เกี่ยวกับสื่อการสอนที่มีเนื้อหาครอบคลุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการ ($r_s = 0.196$, $p < 0.05$) ส่วนประสบการณ์ และการได้รับการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ดี และการใช้สื่อการสอนในการให้ความรู้ที่มีจำนวนเนื้อหาครอบคลุมของผู้ให้บริการ ทำให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีความถูกต้อง เหมาะสมและมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้คุณภาพการให้บริการ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* ผู้นิพนธ์หลัก E-mail: navapornnamtok@bcnu.ac.th

วันที่รับ (received) 14 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 มิ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 ส.ค. 2564

Factors Related to Perceived Quality of Antenatal Care Services for Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia in the Public Hospitals in Health Region 7

Navaporn Dokchaba M.N.S.^{1*}

Pakvilai Srisaeng Ph.D. (Nursing)²

Abstract

Perceived quality of antenatal care services by health providers is potentially one of the most effective health interventions for improving the quality and efficient of antenatal care services, especially for those who developed iron deficiency anemia. The purposes of this study were to investigate the relationship between individuals and situational factors of health professionals working at antenatal care services, together with their perceived service quality of antenatal care services. To the research instruments, questionnaires were employed to investigate individual, situational factors, and the level of perceived service quality, and the 102 participants in this study consisted of doctors and registered nurses who experienced at least one year of operating at the antenatal departments of community hospitals in public health region 7. Moreover, data were analyzed through the descriptive analysis and Spearman's rank correlations coefficient as well as Fisher's exact test. The study results were reported as follows: the overall score of perceived service quality toward antenatal care services by health professionals working at antenatal care services was at a high level ($\bar{X} = 4.68$, S.D. = 0.37). Personal factors related to knowledge and attitudes were positively correlated with quality of antenatal care services ($r_s = 0.412$, $p < 0.01$ and $r_s = 0.249$, $p < 0.05$, respectively). For the situational factor, comprehensive teaching materials, which covered all major contents, were positively correlated with the level of perceived service quality ($r_s = 0.196$, $p < 0.05$). Surprisingly, experiences of antenatal care services and training regarding antenatal care were not statistically correlated with the perceived service quality of antenatal care. The results of this research indicated that promoting knowledge and a positive attitude as well as using well-written materials covering all essential contents can lead to accurate, appropriate, and effective care for pregnant women with iron deficiency Anemia

Keywords: perceived services quality, pregnant women with anemia, iron deficiency anemia

¹Master student in Master of Nursing Science Program (Midwifery), Faculty of Nursing Khon Kaen University

²Assistant Professor, Midwifery Division Faculty of Nursing Khon Kaen University

* Corresponding author: E-mail: navapornnamtok@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2011 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 38.2 (32.4 ล้านคน) พบมากที่สุดในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 48.7 สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 30¹ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2556 และ 2560 พบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 20.42 และ 17.00 ตามลำดับ² แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเมื่อเทียบกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 16³ ในส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงกว่าภาคอื่น ๆ และในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า มีภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในช่วงปีงบประมาณ 2556-2560 เกินกว่าร้อยละ 16 โดยพบร้อยละ 16.9, 21.08, 28.72, 13.25 และ 24.87 ตามลำดับ⁴ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถลดความรุนแรงจากภาวะโลหิตจางอันจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งของมารดาและทารก ซึ่งภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์พบ ร้อยละ 50¹ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดถึงร้อยละ 27.1⁴⁻⁵

องค์การอนามัยโลกกำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและมาตรฐานการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก ดังนี้ 1) การเสริมธาตุเหล็ก 2) การให้โภชนาการ 3) การขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง 4) การเติมธาตุเหล็กในอาหารหลัก และ 5) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน⁶⁻⁷ มีการคัดกรองภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย โดยการตรวจวัดระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงจำนวน 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์)⁸ ประเทศไทยมีคู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) การตรวจคัดกรองและส่งตรวจวินิจฉัย 2) การให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กรับประทานทุกวันตลอดการตั้งครรภ์ 3) การให้ความรู้ร่วมกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และ 4) การกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางและการติดตามการรักษาภาวะโลหิตจาง โดยตรวจเลือดเพื่อหาระดับค่าฮีโมโกลบิน หรือระดับค่าฮีมาโตคริตหลังการรักษาด้วยยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4 สัปดาห์⁹⁻¹⁰ รวมถึงการติดตามพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และ 4) การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและการติดตามผลการรักษาตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นว่าความสำคัญของบทบาทผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะนำไปสู่การป้องกันและลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพแสดงถึงคุณภาพบริการ และการได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรับรู้ภาวะโลหิตจางและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์¹¹ โดยคุณภาพของการบริการสุขภาพประกอบด้วย 2 ประการ คือ 1) คุณภาพของการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และ 2) คุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ¹² ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อให้เกิดคุณภาพตามการรับรู้และมีประสิทธิภาพสูงสุด การวิจัยที่ผ่านมาศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการเท่านั้น แต่การศึกษาค้นคว้า การบริการสุขภาพในการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของผู้ให้บริการยังมีอยู่จำกัด จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการปฏิบัติงานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์จริงในปัจจุบันยังไม่เพียงพอที่จะป้องกันและลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ได้

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ศึกษาปรากฏการณ์การให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า การให้ความรู้

ของผู้ให้บริการยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน ขึ้นกับประสบการณ์ของผู้ให้บริการแต่ละคน และพบว่ามีใช้เวลาในการอธิบายความรู้ต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย ไม่ว่าจะเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำให้ครอบคลุมต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน อาจไม่สามารถปฏิบัติได้ หากไม่มีการให้บริการที่เหมาะสม เช่น สื่อการสอนด้วยวิธีทัศน์ ภาพพลิก คู่มือการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง แผ่นพับ แบบบันทึกการรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เป็นต้น ซึ่งจะสามารถทำได้หากโรงพยาบาลมีระบบการให้บริการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการทำงาน มีอุปกรณ์ที่ช่วยในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนให้การดำเนินงานนั้นเป็นไปได้อย่างราบรื่น และบุคลากรที่มีความรู้ในการให้บริการที่เพียงพอ มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน¹³ และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน¹⁴ มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานได้สำเร็จและมีคุณภาพมากกว่าบุคลากรที่ขาดคุณสมบัติดังกล่าว และถ้าหากบุคลากรได้รับการฝึกอบรมที่ต่อเนื่องทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร

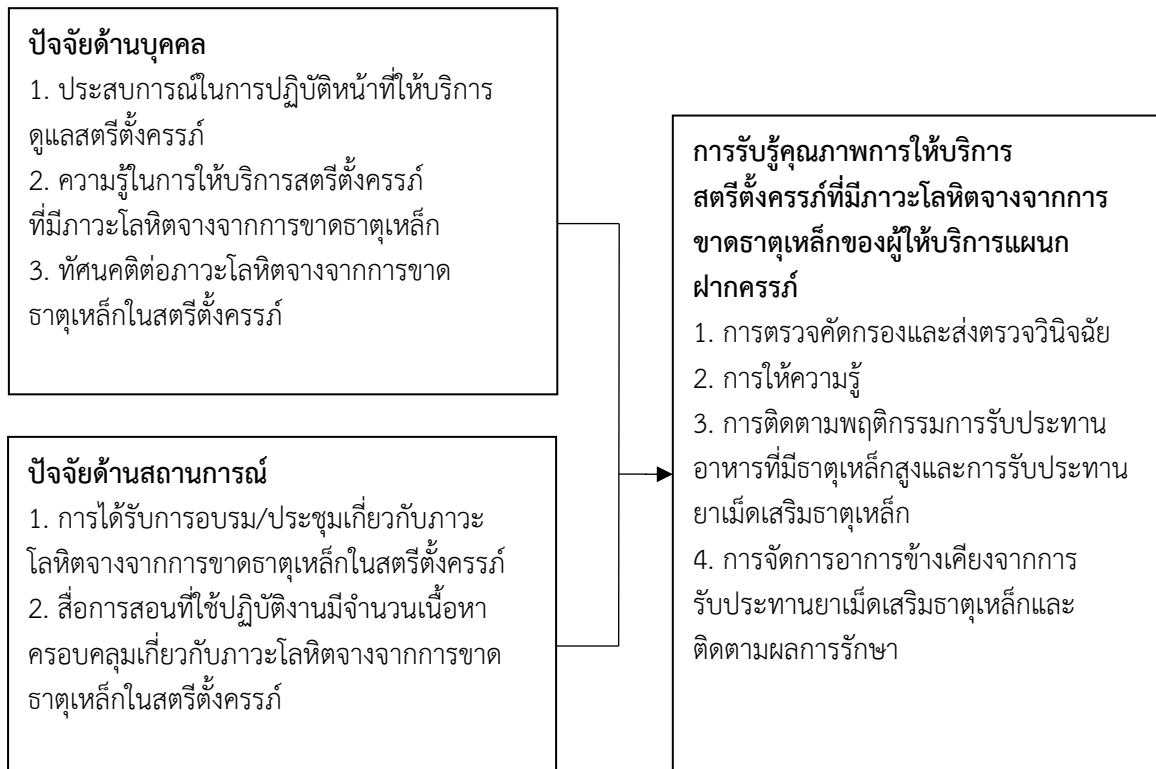
จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการปฏิบัติงานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์จริงในปัจจุบัน ยังไม่เพียงพอที่จะป้องกันและลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้แนวคิดของ McCormick and Ilgen¹⁵ ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการให้บริการในแผนกฝากครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งการให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อการบรรลุตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขและการมีภาวะสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ McCormick and Ilgen¹⁵ ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประการ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมในการปฏิบัติงานของบุคคลแตกต่างกัน 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ หมายถึง เงื่อนไขทางเหตุการณ์หรือลักษณะของสิ่งแวดล้อมนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 อยู่ในระดับมากที่สุด
2. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ในการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ความรู้ในการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และทักษะการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7
3. ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การได้รับการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ และสื่อการสอนที่ใช้ปฏิบัติงานมีจำนวนเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนโรงพยาบาล 32 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพและแพทย์ที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีขนาดเตียงรับผู้ป่วย 30 เตียงขึ้นไป และมีการให้บริการฝากครรภ์อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ เป็นผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์และมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่าง Power analysis ของ Cohen¹⁶ ซึ่งใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการหาความสัมพันธ์แบบสหสัมพันธ์ โดยการศึกษาครั้งนี้กำหนดระดับความมีนัยสำคัญ (α) = .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 และการกำหนดขนาดความสัมพันธ์ (effect size) ที่ระดับ .30 เป็นขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับตารางที่ 3.4.1 ของ Cohen¹⁶ พบว่าได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 85 คน เพื่อป้องกันกรณีความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนและการสูญหายของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน โดยทุกคนสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย และการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิโดยใช้สัดส่วนที่เท่ากัน (proportional stratified random sampling) ตามประเภทของโรงพยาบาล คือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงขึ้นไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ด้วยสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ของขนาดตัวอย่าง เพื่อให้ครบทุกระดับของโรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลจำนวน 32 แห่ง จาก 64 แห่ง ทำการเลือกตัวอย่างที่ศึกษาโดยคิดเป็นสัดส่วนตามระดับของโรงพยาบาล ดังนี้ 1) โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป เลือกมาแต่ละ 5 คน และ 2) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงขึ้นไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เลือกมาแต่ละ 3 คน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งครบตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1.1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประเภทโรงพยาบาล ประสบการณ์ในการทำงาน และแหล่งความรู้ที่ได้รับ 1.2) แบบสอบถามความรู้ในการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 9 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็น 3 แบบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูก คะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ คะแนนเท่ากับ 0 ดังนั้นคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 - 9 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยอ้างอิงตามแนวคิดของบลูม¹⁷ มีเกณฑ์การแบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 5 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99 (6 - 7 คะแนน) ความรู้ระดับสูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-9 คะแนน) และ 1.3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็น Rating Scale มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามมาตรวัดของ Likert scale ซึ่งเป็นข้อความที่

แสดงความเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด โดยให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับในข้อคำถามเชิงบวก และให้ค่าคะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับในข้อคำถามเชิงลบ การแปลความหมาย ระดับทัศนคติต่อการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 1.00 - 5.00 คะแนน ในการแปลผลคะแนนผู้วิจัยได้กำหนดระดับทัศนคติ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นตัววิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และจัดระดับค่าเฉลี่ยคะแนนออกเป็นช่วง 5 ระดับ¹⁸ ได้แก่ ระดับทัศนคติน้อยที่สุด (1.00 - 1.50) ระดับทัศนคติน้อย (1.51 - 2.50) ระดับทัศนคติปานกลาง (2.51 - 3.50) ระดับทัศนคติมาก (3.51 - 4.50) ระดับทัศนคติมากที่สุด (4.51 - 5.00)

2. แบบสอบถามข้อมูลด้านสถานการณ์ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนให้มีการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ และสื่อการสอนในการปฏิบัติงานมีจำนวนเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยสื่อการสอนที่ใช้ปฏิบัติงาน มีจำนวนเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจำนวน 9 ประเด็น ซึ่งลักษณะคำตอบเป็น 3 แบบ คือ มี ไม่มี หรือไม่แน่ใจ ถ้าตอบมี คะแนนเท่ากับ 1 และตอบไม่มีหรือไม่แน่ใจ คะแนนเท่ากับ 0 การแปลความหมายของคะแนนจำนวนเนื้อหาในสื่อการสอนที่ใช้ปฏิบัติงาน มีจำนวน 9 ข้อ ดังนั้นคะแนนอยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน

3. แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating Scale มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามมาตรวัดของ Likert scale คือ ปฏิบัติได้มากที่สุด ปฏิบัติได้มาก ปฏิบัติได้ปานกลาง ปฏิบัติได้น้อย และไม่ได้ปฏิบัติ ระดับคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลความหมาย ระดับการรับรู้คุณภาพการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ ซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน ในการแปลผลคะแนนผู้วิจัยได้กำหนดระดับการรับรู้ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นตัววิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและจัดระดับค่าเฉลี่ยคะแนนออกเป็นช่วง 5 ระดับ¹⁸ ได้แก่ ระดับการรับรู้น้อยที่สุด (1.00 - 1.50) ระดับการรับรู้น้อย (1.51 - 2.50) ระดับการรับรู้ปานกลาง (2.51 - 3.50) ระดับการรับรู้มาก (3.51 - 4.50) ระดับการรับรู้มากที่สุด (4.51 - 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งทดสอบความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับได้ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.80 ภายหลังปรับตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน และมีการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่า KR-20 (Kuder-Richardson 20) กำหนดค่าความเที่ยงที่มีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป และคำนวณหาค่า Cronbrach's alpha coefficient กำหนดค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นต้องมีค่าเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป ดังนั้นแบบวัดความรู้ โดยวิธีการหาค่า KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.70 แบบสอบถามทัศนคติ มีค่า Cronbrach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการให้บริการ มีค่า Cronbrach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามข้อมูลด้านสถานการณ์ มีค่า Cronbrach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือเลขที่ HE 622036 วันที่ 21 มีนาคม 2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน โดยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ทั้งหมด 104 ฉบับ และได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับมาคืนมา 102 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.07 โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ด้วยสถิติอนุมาน (inferential statistics) โดยใช้ Spearman rank correlation coefficient ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณและเป็นข้อมูลต่อเนื่อง ที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ และใช้สถิติ Fisher's exact test ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบกลุ่ม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 90.20 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เฉลี่ย 2.02 ± 1.50 ปี ส่วนใหญ่เคยได้รับอบรมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 63.73 สถานที่ปฏิบัติงานมีแนวทาง (Guideline) ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่สอดคล้องการปฏิบัติงาน ร้อยละ 100 และสถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีสื่อการสอน ร้อยละ 91.16 และสื่อการสอนมีเนื้อหาที่สอนครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับผลกระทบต่อการขาดอาหารมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาเกี่ยวกับการป้องกันและการรักษา ร้อยละ 98.94 ดังตารางที่ 1

ความรู้ในการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 มีคะแนนสูงสุด 9 คะแนน จากการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-9 คะแนน ร้อยละ 56.86 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-7 คะแนน ร้อยละ 34.31 และมีคะแนนรวมน้อยกว่า 6 คะแนน ร้อยละ 8.82 ดังตารางที่ 2

ทัศนคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ผู้ให้บริการ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 47.06 มีทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 51.96 มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก และจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.98 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

การรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ผู้ให้บริการที่มีคะแนนการรับรู้คุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 70.59 มีคะแนนการรับรู้คุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 28.43 ดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ กับ การรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติ กับ การรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ พบว่า ความรู้ของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r_s = 0.412$) และทัศนคติ

ของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.249$) แต่พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการ ดังตารางที่ 4

ปัจจัยด้านสถานการณ์ พบว่าสื่อการสอนที่ใช้ปฏิบัติงาน มีจำนวนเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.196$) ดังตารางที่ 4 ส่วนการได้รับการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 102$)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ตำแหน่งงาน		
แพทย์	10	9.80
พยาบาลวิชาชีพ	92	90.20
2. ประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์		
1-2 ปี ผู้เริ่มต้น (Novice)	64	62.75
3-4 ปี ผู้เรียนรู้ (Advance Beginner)	9	8.82
5-7 ปี ผู้ปฏิบัติ (Competent)	5	4.90
8-10 ปี ผู้ชำนาญ (Proficient)	11	10.78
มากกว่า 10 ปี ผู้เชี่ยวชาญ (Expert)	13	12.75
(Max = 27 ปี, Min = 1 ปี, $\bar{X} = 2.02$, S.D. = 1.50)		
3. ใน 5 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับการอบรม หรือประชุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์		
เคยอบรม	65	63.73
ไม่เคยอบรม	37	36.27
4. สถานที่ปฏิบัติงานมีแนวทาง (Guideline) ในการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่สอดคล้องการปฏิบัติงาน		
มี	102	100
ไม่มี	0	0
5. สถานที่ปฏิบัติงาน มีสื่อการสอนภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ และสื่อการสอนมีจำนวนเนื้อหาครอบคลุม		
5.1 สถานที่ปฏิบัติงาน มีสื่อการสอนภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์		
(1) ไม่มี	8	7.84
(2) มี	94	91.16
5.2 สื่อการสอนมีจำนวนเนื้อหาครอบคลุมเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ในประเด็นดังต่อไปนี้*		
(1) ผลกระทบต่อมารดาและทารก	94	100.00
(2) การป้องกันและการรักษา	93	98.94

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(3) การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง	92	97.87
(4) สาเหตุและหรือปัจจัยเสี่ยง	92	97.87
(5) อาการและอาการแสดง	91	96.81
(6) วิธีการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	91	96.81
(7) อาหารที่ช่วยส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก	90	95.74
(8) การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	88	93.62
(9) อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก	87	92.55

(Max = 9 ประเด็น, Min = 3 ประเด็น, $\bar{X}$ = 8.02, S.D.= 2.53)

*ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความรู้ในการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (n = 102)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง (คะแนนระหว่าง 8-9 คะแนน)	58	56.86
ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 6-7 คะแนน)	35	34.32
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน)	9	8.82
รวม	102	100.00

(Max = 9 คะแนน, Min = 4 คะแนน, $\bar{X}$ = 7.55, S.D.= 1.38)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับทัศนคติและระดับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ (n = 102)

ระดับ	ทัศนคติ ^a		การรับรู้คุณภาพการให้บริการ ^b	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (คะแนนระหว่าง 4.51-5.00)	48	47.06	72	70.59
มาก (คะแนนระหว่าง 3.51-4.50)	53	51.96	29	28.43
ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.51-3.50)	1	0.98	1	0.98
น้อย (คะแนนระหว่าง 1.51-2.50)	0	0	0	0
น้อยที่สุด (คะแนนระหว่าง 1.00-1.50)	0	0	0	0
รวม	102	100.00	102	100.00

^a($\bar{X}$ = 4.43, S.D.= 0.40), ^b($\bar{X}$ = 4.68, S.D.= 0.37)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการ
สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์

ตัวแปร	การรับรู้คุณภาพการให้บริการ	
	r_s	p-value
ปัจจัยด้านบุคคล		
1. ประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์	0.035	0.724
2. ความรู้	0.412**	0.000
3. ทักษะ	0.249*	0.012
ปัจจัยด้านสถานการณ์		
4. สื่อการสอนที่ใช้ปฏิบัติงาน มีจำนวนเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	0.196*	0.049

**p-value < 0.01, * p-value < 0.05

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กใน
สตรีตั้งครรภ์ กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
ของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์

ตัวแปร	การรับรู้คุณภาพการให้บริการ			Fisher exact test (P - value)
	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมาก จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	
การอบรมหรือประชุม เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก ในสตรีตั้งครรภ์				
อบรม (n=65)	0 (0)	16 (24.61)	49 (75.38)	3.169
ไม่อบรม (n=37)	1 (2.70)	13 (35.13)	23 (62.16)	(Fisher exact test = 0.166)

การอภิปรายผล

ผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 มีการรับรู้คุณภาพการให้บริการ
สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมผู้ให้บริการรับรู้คุณภาพ
การให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.68$, S.D. = 0.37) อาจเนื่องมาจากการประเมินการรับรู้คุณภาพ
การให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์เป็นผู้ประเมิน
ตนเอง ทำให้ได้คะแนนค่อนข้างมาก และมีแนวปฏิบัติในการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
จากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้ จึงทำให้ผู้ให้บริการมีการรับรู้และเข้าใจ
ในการปฏิบัติงานให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สอดคล้องกับการศึกษา
ของ Mosadeghrad¹⁹ พบว่า คุณภาพการให้บริการขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ รวมทั้ง
การมีแนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลที่ชัดเจนส่งผลต่อคุณภาพในการให้บริการดูแลทางสุขภาพ

ประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการ
แผนกฝากครรภ์มีประสบการณ์ในการทำงาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และสูงสุด 27 ปี มีประสบการณ์ในการทำงาน

เฉลี่ย 2.02 (S.D.= 1.50) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานยาวนานเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะใช้ตัดสินผลการดำเนินงานหรือความมีคุณภาพของงานได้เสมอไปและจะเห็นได้จากผลการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการมีประสบการณ์ในระดับผู้เริ่มต้น (Novice) ถึงแม้ว่าผู้ให้บริการจะเป็นระดับ Novice หากมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานผู้ให้บริการระดับ Novice ก็สามารถปฏิบัติตามได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง²⁰ และวิญญา ลือเลื่อง²¹ ซึ่งพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล ในกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานมาก ส่งผลให้สมรรถนะและการปฏิบัติงานตามบทบาทได้ดี

ความรู้ในการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ อธิบายได้ว่าหากผู้ให้บริการมีความรู้ที่ดีจะทำให้เกิดการให้บริการที่ถูกต้อง มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้²² พบว่า ความรู้ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพบริการสุขภาพ และในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.86 โดยปัจจัยด้านความรู้ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะการมีความรู้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทางสติปัญญาที่ทำให้สามารถเข้าใจและนำมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alomari, Alshahrani and Alyami²⁴ พบว่า การมีความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมาตรฐานคุณภาพการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ทั้งนี้การที่ผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 63.73 นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ที่มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.32 และระดับต่ำ ร้อยละ 8.82 อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1-2 ปี จำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้เพิ่มเติม เพราะความรู้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์

ทัศนคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุในสตรีตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ อธิบายได้ว่าหากผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดีจะทำให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ กตกร ประสารวรรณ, อัจฉริยา ปทุมวัน และ เรณู พุกบุญมี²⁵ พบว่า ทัศนคติเชิงบวกของพยาบาลส่งผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แต่หากมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน จะทำให้บุคคลเกิดความเบื่อหน่ายและถอยหนีให้ห่างจากงานที่ทำอยู่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น²⁶ ดังนั้นถ้าหากส่งเสริมให้ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ก็จะทำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมที่นำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นตามมา ดังเช่นความเห็นของ ทศนา บุญทอง²⁷ ที่กล่าวไว้ว่าทัศนคติเป็นที่มาของพฤติกรรม ถ้าสามารถทำให้ทัศนคติดีการปฏิบัติวิชาชีพก็จะดีด้วย

การได้รับการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์
ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
ของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เคยอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับ
การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 63.73 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้
คุณภาพการให้บริการ เท่ากับ 4.72 และผู้ให้บริการที่ไม่เคยอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์
ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 36.27 ก็มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้คุณภาพการให้บริการ
เท่ากับ 4.62 อธิบายได้ว่าการได้รับการอบรมเพิ่มเติมอาจไม่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้หรือเพิ่มพูนความสามารถ
ในการปฏิบัติงาน อาจเนื่องมาจากเรื่องที่ว่าผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ได้รับการอบรมไม่เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง
จากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์โดยตรง หรือมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาปฏิบัติงานจริง
ในสถานที่ปฏิบัติงาน ไม่เป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตนเองและหน่วยงาน ทำให้การได้รับการอบรม
หรือประชุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้
คุณภาพการให้บริการการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้ให้บริการ
แผนกฝากครรภ์ ประกอบกับสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ มีแนวทาง (Guideline)
ในการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา
ของ วิญญูญา ลือเลื่อง²¹ พบว่า การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน
ตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ อธิบายได้ว่าหากสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ มีแนวทาง
(Guideline) ในการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ชัดเจน
อาจจะไม่จำเป็นต้องได้รับการอบรม แต่จะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทาง (Guideline) ในการให้บริการดูแล
สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สื่อการสอนที่ใช้ปฏิบัติงาน มีจำนวนเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
จากการขาดธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษา
ของ ปรียาภรณ์ บุญยัง²⁸ และการศึกษาของ สุจิรา พรหมทองบุญ²⁹ พบว่า การให้โปรแกรมสุขศึกษาและการใช้
กระบวนการกลุ่ม ในการจัดกิจกรรมที่เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
ร่วมกับการใช้สื่อต่าง ๆ รวมทั้งภาพตัวอย่างอาหาร แบบบันทึกการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและ
วิดีโอทัศน์จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น
ซึ่งการที่มีทรัพยากรหรือสื่อต่าง ๆ ที่เพียงพอและเหมาะสม ส่งผลให้การพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น³⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า

1. ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์
แก่ผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ โดยเฉพาะเรื่องยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
2. ส่งเสริมทัศนคติที่ดีให้ผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ และการเพิ่มศักยภาพแก่ผู้ให้บริการ
แผนกฝากครรภ์ทุกระดับอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้คุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับดีต่อไป
3. ส่งเสริมการสร้างและผลิตสื่อการสอนที่มีจำนวนเนื้อหาที่ครอบคลุม เพื่อการสอนที่ถูกต้อง
และมีประสิทธิภาพ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
เพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาองค์ประกอบด้านคุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งจะได้ครอบคลุมทั้งในมิติของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แล้วนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกับ เพื่อหาช่องว่างในการรับรู้ของคุณภาพการบริการเพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาการให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อการดูแลแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาคุณภาพของการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในครั้งนี้ เป็นการประเมินตนเองของผู้ให้บริการแผนกฝากครรภ์ ทำให้ผลการประเมินการรับรู้คุณภาพการให้บริการมีคะแนนค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเกิดความลำเอียงในการตอบแบบสอบถามได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฝากครรภ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). THE GLOBAL PREVALENCE OF ANAEMIA IN 2011. [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 11]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/
2. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลรายงานระบบ Health Data Center. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
3. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์ พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569). นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp, Ö, Moller A-B, Gülmezoglu A M, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014;2:323-33.
6. World Health Organization (WHO). Iron deficiency anemia, assessment, prevention and control: A guide for program manager. [Internet]. 2001 [cited 2017 Nov 11]. Available from:

http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf.

7. World Health Organization (WHO). Standards for Maternal and Neonatal Care: Iron and folate supplementation. [Internet]. 2007 [cited 2017 Nov 11]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/iron_folate_supplementation.pdf
8. World Health Organization. Antenatal Care Randomized Trial: Manual for The Implementation of the new model. [Internet]. 2002 [cited 2018 Jan 5]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42513/1/WHO_RHR_01.30.pdf
9. นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล, บรรณานิการ. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
10. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
11. นฤมล ทองวัฒน์, ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, สุชาดา รัชชกุล. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ : กรณีศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2552;3:37-46.
12. Omachonu VK. Quality of care and the patient: New criteria for evaluation. Nursing management issue and ideas. Maryland: Aspen publishers; 1990.
13. อาริยา นิตุธร. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
14. นงนุช หลอมประโคน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
15. Mc Cormick EJ, Ilgen D. Industrial and Organization Psychology. 3rd ed. New York: Englewood Prentice-Hall; 1985.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
17. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
18. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย:คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
19. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. International journal of health policy and management 2014;3:77-89.
20. สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง. ปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

21. วิญญา ลือเลื่อง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
22. สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
23. รัชนิพร รักดี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของกรรมการโรงเรียนในจังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม; 2550.
24. Alomari FK, Alshahrani MM, Alyami RM. Knowledge, attitude, and practice of quality standards in small-sized public hospitals, Saudi Arabia. *Journal of Health Specialties* 2018;3:22-27.
25. กตกร ประสารวรรณ, อัจฉริยา ปทุมวัน, เรณู พุกบุญมี. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัด. *รามธิบดีพยาบาลสาร* 2561;24:37-50.
26. Luthans F. *Organizational behavior*. 11th ed. Boston: McGraw-Hill; 2008.
27. ทศนา บุญทอง. พยาบาลกับการพัฒนาบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิสุทธิอักษร; 2530.
28. ปรียาภรณ์ บุญยัง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.
29. สุจิรา พรหมทองบุญ, โสเพ็ญ ชูนวน, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ผลการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารหาดใหญ่วิชาการ* 2555;10:53-64.
30. Bour M. *Factors Affecting Quality Nursing Care Delivery at Ridge Hospital: Perspectives of Nurses* [dissertation]. Ghana: University of Ghana; 2014.

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 2 เดือนหลังคลอดในมารดาที่แยกจากบุตร
ทันทีตั้งแต่แรกเกิด: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

พจมาลย์ จันทะวงษ์ พย.บ.^{1*}
สมจิตร เมืองพิล ปร.ด.(การพยาบาล)²

บทคัดย่อ

น้ำนมแม่เป็นวัคซีนและยารักษาโรคในทารกโดยเฉพาะทารกป่วย แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในทารกป่วยพบร้อยละ 17-40 เท่านั้น การศึกษานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 2 เดือนหลังคลอดในมารดาที่แยกจากบุตรทันทีตั้งแต่แรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทยและบุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 168 ราย เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.88 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.92 รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึงธันวาคม 2563 โดยเมื่อบุตรอายุครบ 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและส่งคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการศึกษา พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2 เดือนร้อยละ 60.70 ระยะเวลาในการแยกจากบุตรนาน 6 ชั่วโมงถึงมากกว่า 1 สัปดาห์ ทารกส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.10 คลอดครบกำหนดและได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดา ร้อยละ 80 ของมารดาได้บีบเก็บน้ำนม พักอยู่กับบุตรเพื่อให้นมแม่ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงก่อนบุตรจำหน่าย การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดา การพักอยู่กับบุตรเพื่อให้นมแม่ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงก่อนบุตรจำหน่าย มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2 เดือนหลังคลอด) $p < 0.05$ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ข้อมูล/สนับสนุนการจัดกิจกรรมดังกล่าว และศึกษาผลของโปรแกรมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ การพักอยู่กับบุตรเพื่อให้กินนมแม่ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงก่อนบุตรจำหน่ายต่ออัตราการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนหลังคลอด

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว การแยกจากมารดาและบุตร ทารกป่วย

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ผู้พิมพ์หลัก E mail: Poch.hanasa@gmail.com

วันที่รับ (received) 13 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 มิ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ส.ค. 2564

The Two-month Exclusive Breastfeeding among Mothers Immediately Separated from Their Offsprings: A Case Study of Two Tertiary Hospitals at Northeastern Thailand

Potchamarn Jantawong RN^{1*}

Somjit Muangpin Ph.D. (Nursing)²

Abstract

Breast milk is vaccination and medication for infants and newborns, especially sick newborns. The percentage of sick newborns who are exclusively breastfed for six months is varied from 17–40. This research aimed to study the situation of, and selected factors associated with two months exclusive breastfeeding among mothers who immediately separated from the offspring at birth. The samples in the study were 168 mothers who gave birth at two tertiary hospitals at Northeastern Thailand and their offsprings were hospitalized in neonatal intensive care unit. The content validity index and Cronbach alpha's coefficient of the 16 items of breastfeeding and selected factors questionnaire was reported as 0.88 and 0.92. When the offspring was 2 month-old, the data were gathered by the self-report postal questionnaires, from September 2019 to December 2020. The data were then analyzed by Chi-square test and Fisher's exact test. The findings showed that the exclusive breastfeeding rate at two months was 60.70 percentage. The separation period of mothers and the offspring were accounted for from six hours to more than a week. Most infants were born at full-term pregnancy and received skin-to-skin contact with their mothers. Nearly 80 percentages of mothers practiced breast milk expression for the offsprings. During the pre-discharge period, most mothers stayed with their offsprings and continued breastfeeding practice for 24 hours. The mothers relied on the breastfeeding information provided by the health facilities. The skin-to-skin contact, breastfeeding practice for 24 hours during pre-discharge, and breastfeeding information resource was significantly associated with the 2-months exclusive breastfeeding ($p < 0.05$). The skin-to-skin contact, continually breastfeeding practices for 24-hours during pre-discharge, and resources of breastfeeding information were crucial activities, then healthcare providers should educate/support the mothers and the separated offsprings. The effect of skin-to-skin contact and continually breastfeed for 24 hours at pre-discharge program on the six-months exclusive breastfeeding should be further conducted.

Keywords: exclusive breastfeeding, mother and infant separation, sick newborn

¹ Master student in Master of Nursing Science Program (Midwifery). Faculty of Nursing Khon Kaen University Thailand

² Assistant Professor, Midwifery Division Faculty of Nursing Khon Kaen University Thailand

* Corresponding author : E mail: Poch.hanasa@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นมแม่เปรียบเหมือนวัคซีนและยารักษาโรค เพราะสามารถป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจในทารกและเด็ก¹ ลดอัตราการตายของทารกได้ร้อยละ 13 และเพิ่มความฉลาดทางปัญญาขึ้น 3.76 จุด โดยเฉพาะทารกที่กินนมแม่นานถึง 1 ปี² องค์การอนามัยโลกและองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ เห็นความสำคัญและกำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน ให้ได้ร้อยละ 70 ภายในปี พ.ศ. 2573 แต่ปัจจุบันอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนทั่วโลกมีเพียงร้อยละ 41 เท่านั้น³ และประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพียง 1 ใน 3 ของเป้าหมาย (ร้อยละ 23.10)⁴ โดยกลุ่มทารกที่แยกจากการดื่มนมตั้งแต่แรกเกิดมีโอกาสสูงที่จะเลี้ยงลูกนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไม่สำเร็จ จากการศึกษาพบว่าขณะที่ทารกกลุ่มนี้อยู่ในโรงพยาบาลมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประมาณ ร้อยละ 17 – 40⁵⁻⁶ แต่เมื่อติดตามไปจนถึง 4-6 เดือนหลังคลอดพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เพียงร้อยละ 16 เท่านั้น^{5,7} และจากการศึกษาข้อมูลของคลินิกนมแม่โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ทารกที่แยกจากการดื่มนมตั้งแต่แรกเกิด ในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2560 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเมื่ออายุครบ 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 และลดลงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 27) เมื่ออายุครบ 4 เดือน ต่อมาลดเหลือเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นเมื่ออายุครบ 6 เดือน (ข้อมูลจากคลินิกนมแม่โรงพยาบาลขอนแก่น ก.พ.- ส.ค. 2564)

ปัจจุบันการแยกทารกแรกเกิดจากการดื่มนมเพื่อการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด แนวโน้มมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งทารกคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด การแยกจากกันของมารดาและทารกตั้งแต่แรกเกิดนี้เป็นอุปสรรคในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้นานอย่างน้อย 6 เดือน⁷ สาเหตุของการแยกจากกันระหว่างมารดาและทารกส่วนใหญ่เกิดจากการเจ็บป่วยของทารกซึ่งต้องได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ส่งผลให้ทารกไม่ได้รับการโอบกอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดา รวมทั้งไม่สามารถจัดให้ทารกอยู่กับมารดาในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยขัดขวางการทำงานของฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ส่งผลให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลงหรือน้ำนมมาช้า^{1,3} จากการศึกษาพบว่าหากมารดาให้นมแม่แก่ทารกหรือเข้าเต้าครั้งแรก ช้ากว่า 6 ชั่วโมงหลังคลอด⁸ หรือ บีบเก็บน้ำนมครั้งแรก ช้ากว่า 48 ชั่วโมงหลังคลอด มารดามีแนวโน้มที่จะหยุดให้นมลูกก่อนทารกอายุครบ 6 เดือน⁸ ขณะที่ทารกแรกเกิดที่ได้รับการโอบกอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดามีแนวโน้มที่จะได้ดูนมแม่ครั้งแรกสำเร็จเป็น 2.77 เท่าของทารกที่ไม่มีการโอบกอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (OR 2.77; 95%CI 1.59-4.84)⁹

ปัจจัยด้านทารกเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วย อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ คะแนนแอฟการ์ (APGAR score) ที่ใช้ประเมินสภาวะของทารกเกิด เป็นต้น กล่าวคือ ทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยตั้งแต่แรกคลอดจำเป็นต้องแยกจากมารดาเพื่อการรักษา ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด ขณะที่ทารกคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ พบว่าระบบประสาทและระบบควบคุมการหายใจยังทำงานไม่สมบูรณ์ ทำให้การดูดกลืนไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้มีโอกาสสำลักน้ำนมได้¹⁰ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ถึงร้อยละ 26 ในทารกคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้มารดาเกิดความกังวลและไม่กล้าให้นมแม่แก่ทารก⁷ นอกจากนี้ ทารกคลอดก่อนกำหนดยังมีแนวโน้มน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ หรือ มีคะแนนแอฟการ์ในนาທີที่ 1 และ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน ซึ่งกลุ่มทารกที่น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ หากมีคะแนนแอฟการ์น้อยกว่าเกณฑ์ (< 7 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะได้รับการแยกจากมารดาตั้งแต่แรกเกิดเพื่อสังเกตอาการหรือเพื่อการรักษา แม้การศึกษาที่ผ่านมา ระบุว่า น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนแอฟการ์ในนาທີที่ 1 และ 5

ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในระยะ 4 เดือนหลังคลอด ($p > 0.05$)⁵ แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มดังกล่าวนี้ในระยะ 2 เดือนหลังคลอด

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของมารดา เช่น ลักษณะงานของมารดา ระดับการศึกษา ชนิดของการคลอด เป็นต้น เป็นปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่แยกจากมารดาตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งการศึกษาในทารกคลอดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า มารดาที่มีคุณลักษณะเฉพาะบางประการมีแนวโน้มเลี้ยงที่จะลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 4 เดือนมากกว่ามารดาที่ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว⁵ เช่น มารดาที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน (Adjusted OR 6.77, 95%CI 1.80-25.55) เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Adjusted OR 5.09, 95%CI 1.39-18.65),) สามารถพักอยู่กับลูกในขณะที่ลูกรักษาตัวในโรงพยาบาล (Adjusted OR 4.22, 95%CI 1.17-15.22) หรือให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย (Adjusted OR 4.70, 95%CI 1.17-18.89) แม้การศึกษาเดียวกันนี้ พบว่า ชนิดของการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน ($p > 0.05$)⁵ แต่ในการศึกษาพบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มให้นมแม่มาช้า ดังนั้น ชนิดการคลอดอาจมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 2 เดือน¹¹

สถานการณ์การแยกมารดาและทารกเพื่อการรักษานี้ มีแนวโน้มจะมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยมีปัจจัยร่วมทั้งด้านคุณลักษณะของมารดาและทารก แต่การศึกษาที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นทารกก่อนกำหนดเท่านั้น และพบว่าปัจจัยร่วมด้านคุณลักษณะมารดาและทารกบางประการยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับทิศทางความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งยังไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่วนใหญ่ศึกษาในบริบทของภาคกลางของประเทศไทย^{5,7-8} จากการศึกษาสำรวจพบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในทารกที่แยกจากมารดาตั้งแต่แรกเกิดในระยะ 2 เดือนแรก มีอัตราค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มลดลงเกือบเท่าตัว เมื่อทารกอายุครบ 2 เดือน ซึ่งในระยะ 2 เดือนหลังคลอดแรกหลังคลอดนี้ เป็นช่วงสำคัญสำหรับการเรียนรู้ระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹² ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารกในช่วง 2 เดือนหลังคลอด จะทำให้เข้าใจปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในระยะ 2 เดือนหลังคลอดในกลุ่มนี้ และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวได้นาน 6 เดือน

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2 เดือน หมายถึง การให้ทารกแรกเกิดจนถึง 2 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ไม่ให้น้ำหรืออาหารอื่นใด ยกเว้นวิตามิน เกลือแร่และยา ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยวิธีการให้ลูกดูดจากเต้านมหรือการป้อนน้ำนมแม่ที่บีบเก็บไว้
2. การแยกจากกันของมารดาและทารก หมายถึง การนำทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยไปรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ตามแนวทางการรักษาของกุมารแพทย์ ขณะที่มารดาหลังคลอดนอนพักฟื้นที่แผนกหลังคลอดของโรงพยาบาลและ/หรือถูกจำหน่ายกลับบ้านในเวลาถัดมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 2 เดือนหลังคลอด ในมารดาที่แยกจากบุตรทันทีตั้งแต่แรกเกิด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของมารดาและทารก พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแหล่งประโยชน์/ผู้สนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 เดือน เมื่อบุตรอายุครบ 2 เดือน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ มาจากการทบทวนวรรณกรรม^{1,5-9,13-15} เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาและทารกที่แยกจากกันทันทีตั้งแต่แรกเกิด พบว่ามีปัจจัยคัดสรรทั้งด้านมารดา ทารกและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ยังไม่มียข้อมูลเพียงพอที่ระบุแน่ชัดว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยเอื้อหรือขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนในกลุ่มนี้ ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนหลังคลอด โดยปัจจัยคัดสรร ที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของมารดา เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสบการณ์การให้นมบุตรคนก่อน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และ ชนิดการคลอด 2) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของทารก เช่น อายุครรภ์เมื่อทารกคลอด และ น้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิด 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การสัมผัสเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก ระยะเวลาของการแยกจากกับมารดา การที่ได้รับนมแม่ก่อนกลับบ้าน และการเริ่มปั๊มนมครั้งแรก และ 4) ปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์/แหล่งสนับสนุนมารดาหลังคลอด เช่น บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ หรือให้ความรู้แก่มารดาในการเลี้ยงดูลูก แหล่งข้อมูลความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้พัฒนากรอบแนวคิดเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 2 เดือน ในมารดาของกลุ่มทารกแรกเกิดที่ต้องแยกจากมารดาตั้งแต่แรกเกิดเพื่อเข้า รักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (A cross-sectional study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ คุณลักษณะของมารดาและทารก และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 2 เดือนแรก ในมารดาที่แยกบุตรทันทีตั้งแต่แรกเกิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติในการคัดเข้าศึกษา ดังนี้ 1) เป็นมารดาหลังคลอดที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในวันที่คลอด 2) ภายหลังคลอดได้พักฟื้นในแผนกหลังคลอดและไม่ได้เข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ 3) บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดทันทีภายหลังคลอด 4) บุตรมีชีวิตรอดอายุครบ 2 เดือนหรือมากกว่า 5) สามารถพูดคุย สื่อสาร เขียนและอ่านภาษาไทยได้ และ 6) มารดาไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ เช่น ภาวะติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคทางจิตเวช วัณโรค โรคไทรอยด์เป็นพิษที่รักษาด้วยรังสีรักษา เป็นต้น

และมีเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา ดังนี้ 1) ทารกเสียชีวิตระหว่างการวิจัย 2) มารดาเจ็บป่วยไม่สามารถนมแม่ได้ เช่น ได้รับอุบัติเหตุหรือเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤติและ 3) มารดาได้รับยาและต้องงดนมแม่ โดยเป็นการวินิจฉัยโรคเพิ่มหรือได้รับยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ภายหลังเข้าร่วมงานวิจัย เช่น จิตเวช วัณโรค ลมชัก โรคไทรอยด์เป็นพิษที่ได้รับรังสีรักษา เป็นต้น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power¹⁶ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และกำหนดอิทธิพลของตัวอย่างเท่ากับ 0.30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลางที่นิยมใช้ในการวิจัยทางการพยาบาล¹⁷ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 ราย และการศึกษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นของผู้วิจัย พบว่าการรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบกลับทางไปรษณีย์มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ดังนั้น การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 20 หรือ จำนวน 28 ราย โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 168 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โครงการเลขที่ HE612339/8 ก.พ.62 โรงพยาบาลขอนแก่น โครงการเลขที่ KEMOU62008/23 ธ.ค. 61 และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โครงการเลขที่ RE040/2562/25 มี.ย.62 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลโครงการวิจัย สิทธิประโยชน์ และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นให้แก่ผู้ร่วมวิจัยทราบ เช่น ความเครียดความกังวล ในการตอบคำถาม ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งกับกลุ่มอาสาสมัครให้ตอบตามความเป็นจริง ไม่ต้องกังวลกับการตอบแบบสอบถาม โดยจะไม่มีผลเสียต่อการรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จะไม่เปิดเผยถึงตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลงานวิจัยเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การตอบแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีการกระทำหัตถการใด ๆ จึงไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกายของอาสาสมัคร ทั้งนี้กลุ่มอาสาสมัครเป็นมารดาหลังคลอดที่ผ่านการคลอดและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาแล้ว 2 เดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่อาสาสมัครสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ตามปกติ และพ้นช่วงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนภายหลังการคลอดมาแล้ว จึงไม่เกิดโทษและอันตรายต่ออาสาสมัคร

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก และการให้นมแม่ของมารดา พร้อมทั้งระบุสาเหตุของการให้นมแม่แก่ทารก ที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 16 ข้อ และได้รับความทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลทารกแรกเกิด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา จำนวน 2 ท่าน พยาบาลที่มีความชำนาญการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ 2 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index, CVI) เท่ากับ 0.88 จากนั้นนำไปรวบรวมข้อมูลกับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และหาความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุญาตให้เข้าดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. การเตรียมการ

ผู้วิจัยจัดเตรียมคู่มือสำหรับผู้ช่วยวิจัยและเตรียมผู้ช่วยวิจัยในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยได้ปฏิบัติได้ถูกต้องโรงพยาบาลละ 1 คน โดยมีรายละเอียดของการดำเนินงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การชี้แจงแบบสอบถาม การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยวิจัยของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นพยาบาลหลังคลอดที่สมัครใจในการเก็บข้อมูล หลังจากผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจะปฐมนิเทศและนิเทศการดำเนินการวิจัยของผู้ช่วยวิจัย ในประเด็นต่อไปนี การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและการเชิญชวนมารดาหลังคลอดเข้าร่วมโครงการ จนผู้ช่วยวิจัยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกับผู้วิจัย จำนวนที่คนระบุมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยหรือไม่อย่างไรระบุ

2. การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ผู้วิจัย ดำเนินการที่โรงพยาบาลขอนแก่น และเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลหลังคลอดของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยผู้วิจัยจะปฐมนิเทศและนิเทศการดำเนินการวิจัยของผู้ช่วยวิจัย ในประเด็นต่อไปนี การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและการเชิญชวนมารดาหลังคลอดเข้าร่วมโครงการ การตอบแบบสอบถามเมื่อหลังคลอด 2 เดือน จนผู้ช่วยวิจัยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกับผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประสานห้องคลอดและหลังคลอด ตรวจสอบคุณสมบัติของมารดาหลังคลอดจากเวชระเบียน เพื่อค้นหาอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หากพบอาสาสมัครมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา ผู้วิจัยขอพบมารดาหลังคลอดในแผนกหลังคลอด ภายหลังจากการคลอดปกติ 24 ชั่วโมงหรือภายหลังจากผ่าคลอด 72 ชั่วโมง เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ชี้แจงสิทธิประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในกรณีเข้าร่วมวิจัย แนวทางปกป้องอาสาสมัครและข้อมูลวิจัย จากนั้นเชิญชวนและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2. หากอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อในแบบคำยินยอม จากนั้นชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามและการส่งคืนแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยผู้วิจัยแจกซองเอกสารที่บรรจุแบบสอบถามจำนวน 1 ชุดและซองเอกสารเปล่าที่ติดแสตมป์จำหน่ายซองถึงผู้วิจัย ซึ่งบนซองเอกสารแต่ละซองจะมีเลขรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด ไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อทารกอายุครบ 2 เดือนหลังคลอด

3.1 เมื่อครบกำหนดส่งแบบสอบถามคืน คือ เมื่อทารกของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอายุครบ 2 เดือนหลังคลอด ผู้วิจัยจะตรวจสอบซองเอกสาร/พัสดุไปรษณีย์ต่าง ๆ ที่ส่งถึงผู้วิจัย กรณีไม่ได้รับเอกสารกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยรอการตอบกลับอีก 2 สัปดาห์ หากไม่มีการตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตามที่อยู่เดิม อีก 1 ครั้ง เพื่อติดตามแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่ตอบใด ๆ ถือว่าเป็นการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะค้นหาอาสาสมัครใหม่เพิ่มให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างไม่ส่งแบบสอบถามคืนเมื่อครบกำหนดส่งแบบสอบถามคืน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ค้นหาอาสาสมัครเพิ่มและส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างใหม่ ซึ่งเป็นการส่งแบบสอบถามทั้งหมด 208 ฉบับ เพื่อให้ได้แบบสอบถามกลับ 168 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 80.70 ของแบบสอบถามที่ส่งออกทั้งหมด

3.2 เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามในจำนวน 168 ฉบับ สามารถนำแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ SPSS Version 23 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก ข้อมูลการให้นมมารดาแก่ทารก

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 2 เดือนแรก ด้วยสถิติ Chi square test and Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้นำเสนอใน 2 ส่วนคือ 1) สถานการณ์หรืออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 2 เดือนหลังคลอด ในมารดาที่แยกจากบุตรทันทีตั้งแต่แรกเกิด และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 เดือน ดังนี้

1. สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การศึกษานี้ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 60.70 ขณะที่มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม/อาหารอื่นๆ พบ ร้อยละ 39.30 โดยสาเหตุที่ทำให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมผสมหรืออาหารอื่นร่วมกับนมแม่ เนื่องจาก มารดารับรู้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น มีน้ำนมไม่เพียงพอ ทารกกินนมแม่แล้วไม่อิ่มร้องกวนจึงต้องให้นมผสมเสริม ทารกไม่ดูดนมจากเต้า มารดาไม่ได้บีบเก็บน้ำนมหรือบีบเก็บน้ำนมได้ไม่เพียงพอหรือมารดาต้องกลับไปทำงาน เป็นต้น

ลักษณะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการศึกษานี้ พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่บีบน้ำนมแล้วจัดเก็บในภาชนะที่ทางหอผู้ป่วยจัดเตรียมให้ จากนั้นตนเองหรือสามีจะนำน้ำนมที่บีบเก็บไว้ไปส่งลูกในหออภิบาลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาล ซึ่งวิธีการให้นมลูกมารดาหลังคลอดหรือสามีจะป้อนนมลูกด้วยตนเองหรือพยาบาลเป็นผู้ป้อนน้ำนมให้ทารก

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 เดือน

2.1 คุณลักษณะของมารดาและทารก เมื่อบุตร 2 เดือนหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาหลังคลอดที่มีบุตรมีอายุครบ 2 เดือน จำนวน 168 ราย มีอายุระหว่าง 18-45 ปี (อายุเฉลี่ย 28 ± 6.25 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 41.70) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 30.40) มารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 28.60) รองลงมาคือ รับราชการ (ร้อยละ 25) และ ร้อยละ 50.60 ของกลุ่มตัวอย่าง มีชั่วโมงทำงานนอกบ้านมากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน ขณะที่ร้อยละ 39.90 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้ทำงาน จำนวนมารดาที่เคยและไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.60 และ 49.40 ตามลำดับ) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 37.50 และ 25.60 ตามลำดับ) วิธีการคลอดพบว่า เป็นการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 54.20 และคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 45.80 อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านมารดาได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสบการณ์ให้นมบุตรคนก่อน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน หรือ ชนิดของการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) (ดังตารางที่ 1)

ทารก/บุตรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 168 คน คลอดเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 37 สัปดาห์ ($S.D. \pm 3.01$) โดยเป็นการคลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.10 รองลงมาคือ คลอดเมื่ออายุ 34 -36 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 22.60 ทารกส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิด อยู่ระหว่าง 2,501 ถึง 3,999 กรัม (ร้อยละ 53.60) รองลงมาคือ 2,001 ถึง 2,500 กรัม (ร้อยละ 18.50) ระยะเวลาในการแยกจากกันของมารดาและทารก พบตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป สาเหตุของจากแยกจากกันของมารดาและทารก พบว่า

ร้อยละ 100 เกิดจากการเจ็บป่วยของทารก ซึ่งการเจ็บป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ 1) ภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจตั้งแต่กำเนิด (ร้อยละ 16.30) 2) ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.80) 3) ภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน (ร้อยละ 7.60) 4) ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (ร้อยละ 5.80) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ร้อยละ 5.80) ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนชนิดรุนแรง (ร้อยละ 5.80) และภาวะหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 5.80) และ 5) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 5.20) เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังพบว่า อายุครรภ์เมื่อคลอดมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) อย่างไรก็ตาม น้ำหนักของทารกแรกเกิด และ ระยะเวลาการแยกจากกันของมารดาและทารก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของมารดาหลังคลอดกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 เดือน ในมารดาที่แยกจากทารกตั้งแต่แรกเกิด ($n = 168$)

คุณลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง	EBF จำนวน (ร้อยละ)	Non-EBF จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนรวม (ร้อยละ)	χ^2	P -value
อายุ				5.45	0.06
- อายุน้อยกว่า 20 ปี	18 (45.00)	22 (55.00)	40 (23.81)		
- อายุ 20-34 ปี	66 (65.30)	35 (34.70)	101 (60.12)		
- อายุ 35 ปีขึ้นไป	18 (66.70)	9 (33.30)	27 (16.07)		
ระดับการศึกษา				5.35	0.37
- ประถมศึกษา	3 (42.90)	4 (57.10)	7 (4.17)		
- มัธยมศึกษาต้น	30 (58.80)	21 (41.20)	51 (30.36)		
- มัธยมศึกษาปลาย/ปวช.	40 (57.10)	30 (42.90)	70 (41.67)		
- อนุปริญญา/ปวส.	7 (58.30)	5 (41.70)	12 (7.14)		
- ปริญญาตรีขึ้นไป	22 (77.80)	6 (22.20)	28 (16.67)		
อาชีพ				5.53 ^F	0.60
- ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	16 (59.30)	11 (40.70)	27 (16.10)		
- รับราชการ	28 (66.70)	14 (33.30)	42 (25.00)		
- รับจ้าง	25 (52.10)	23 (47.90)	48 (28.60)		
- ธุรกิจส่วนตัว	10 (66.70)	5 (33.30)	15 (8.90)		
- เกษตรกรรม	18 (66.70)	9 (33.30)	26 (15.50)		
- นักเรียน/นักศึกษา	5 (55.60)	4 (44.40)	10 (5.90)		
ชั่วโมงการทำงาน/วัน				0.88	0.64
- ไม่ได้ทำงาน	42 (62.70)	25 (37.30)	67 (39.88)		
- จำนวน 1-8 ชม./วัน	8 (50.00)	8 (50.00)	16 (9.52)		
- มากกว่า 8 ชม./วัน	52 (61.20)	33 (38.80)	85 (50.60)		
ประสบการณ์การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่				0.25	0.61
- เคย	50 (58.80)	35 (41.20)	85 (50.60)		
- ไม่เคย	52 (62.70)	31 (37.30)	83 (49.40)		
รายได้ครอบครัว/เดือน				2.51 ^F	0.65
- น้อยกว่า 5,000 บาท	7 (77.80)	2 (22.20)	9 (5.36)		

คุณลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง	EBF จำนวน (ร้อยละ)	Non-EBF จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนรวม (ร้อยละ)	χ^2	P-value
- 5,001 ถึง 10,000 บาท	36 (57.10)	27 (42.90)	63 (37.50)	0.30	0.57
- 10,001 ถึง 15,000 บาท	25 (58.10)	18 (41.90)	43 (25.60)		
- 15,001 ถึง 20,000 บาท	17 (41.40)	12 (28.60)	29 (17.26)		
- ตั้งแต่ 20,001 ขึ้นไป	17 (85.70)	7 (14.30)	24 (14.29)		
ชนิดของการคลอด					
- คลอดทางช่องคลอด	45 (58.40)	32 (41.60)	77 (45.83)	0.30	0.57
- ผ่าตัดคลอด	57 (62.60)	34 (37.40)	91 (54.17)		

EBF =Exclusive breastfeeding, Non-EBF =Non Exclusive breastfeeding, F=Fisher's Exact test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของทารกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน ในทารกที่แยกจากการดื่มนมตั้งแต่แรกเกิด (n = 168)

คุณลักษณะ ของกลุ่มทารก	EBF จำนวน (ร้อยละ)	Non-EBF จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนรวม ร้อยละ	χ^2	P-value
อายุครรภ์ของทารกเมื่อคลอด				12.11 ^F	0.01
- < 28-32 สัปดาห์	3 (37.50)	6 (62.50)	9 (5.36)	3.55 ^F	0.47
- 32 ⁺¹ -34 สัปดาห์	5 (55.60)	4 (44.40)	9 (5.36)		
- 34 ⁺¹ - 36 ⁺⁶ สัปดาห์	16 (42.10)	22 (57.90)	38 (22.62)		
- 37- 42 สัปดาห์	74 (69.80)	32 (30.20)	106 (63.10)		
- มากกว่า 42 สัปดาห์	4 (66.70)	2 (33.30)	6 (3.57)		
น้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิด				8.32 ^F	0.07
- 1,000 ถึง 1,500 กรัม	9 (50.00)	9 (50.00)	18 (10.71)	8.32 ^F	0.07
- 1,501 ถึง 2,000 กรัม	17 (68.00)	8 (32.00)	25 (14.88)		
- 2,001 ถึง 2,500 กรัม	19 (61.30)	12 (38.70)	31 (18.45)		
- 2,501 ถึง 3,999 กรัม	56 (62.20)	34 (37.80)	90 (53.57)		
- ตั้งแต่ 4,000 กรัม ขึ้นไป	1 (25.00)	3 (75.00)	4 (2.38)		
ระยะเวลาแยกจากการดื่มนม				8.32 ^F	0.07
- 6 ชม. -12 ชม. หลังคลอด	11 (84.60)	2 (15.40)	13 (7.74)	8.32 ^F	0.07
- หลัง 12-24 ชม. หลังคลอด	6 (75.00)	2 (25.00)	8 (4.46)		
- หลัง 24- 48 ชม. หลังคลอด	17 (77.30)	5 (22.70)	22 (13.10)		
- หลัง 48 ชม - 1 สัปดาห์	21 (56.80)	16 (43.20)	37 (22.02)		
- > 1 สัปดาห์หลังคลอด	47 (53.40)	41 (46.60)	88 (52.38)		

EBF =Exclusive breastfeeding, Non-EBF =Non Exclusive breastfeeding, F=Fisher's Exact test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

2.2. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อยในการศึกษานี้ ได้แก่ 1) การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก 2) การได้กินนมแม่อย่างต่อเนื่องในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนถูกจำหน่ายกลับบ้าน และ 3) การบีบเก็บน้ำนมของมารดา ซึ่งพบว่า ทารกส่วนใหญ่ได้รับการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รองลงมา คือ ได้รับการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดแล้วนาน 1 สัปดาห์ขึ้นไป (ร้อยละ 29.20 และ 28.00 ตามลำดับ) ทารกส่วนใหญ่หรือร้อยละ 77.40 ได้กินนมแม่อย่างต่อเนื่องในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนถูกจำหน่ายกลับบ้าน และมารดาหลังคลอดเริ่มบีบเก็บน้ำนมครั้งแรกในช่วง 4 - 12 ชั่วโมงหลังคลอด และ ช่วง 24 - 48 ชั่วโมงหลังคลอด (ร้อยละ 23.70 และ 24.00 ตามลำดับ)

การสัมผัสเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก และการได้กินนมแม่ต่อเนื่องในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนถูกจำหน่ายกลับบ้าน มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.01) อย่างไรก็ตาม การบีบเก็บน้ำนมครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.05) (ตารางที่ 3)

2.3. แหล่งประโยชน์หรือผู้สนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างระบุว่า บุคคลที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ สามีย่า ยาย พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยบุคคลที่มารดาหลังคลอดกล่าวถึงบ่อย คือ สามีย คิดเป็นร้อยละ 59.50 รองลงมาคือ ย่าหรือยาย ร้อยละ 35.70 สำหรับบุคคลที่ให้ความรู้/ข้อมูลในการเลี้ยงลูกด้วยนมและการเลี้ยงดูทารก ได้แก่ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 93.40 และ 4.20 ตามลำดับ ส่วนแหล่งข้อมูล/ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ส่วนใหญ่ได้รับจากโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 68.50 รองลงมา คือ สืบค้นข้อมูลจากโทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต/อ่านหนังสือ ร้อยละ 23.80

นอกจากนี้ พบว่า บุคคลที่ให้ความรู้/ข้อมูล แหล่งข้อมูล/แหล่งความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.01) อย่างไรก็ตาม แหล่งประโยชน์หรือผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน ในมารดาที่แยกจากลูกทันทีตั้งแตแรกเกิด ($n = 168$)

พฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	EBF จำนวน (ร้อยละ)	Non-EBF จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนรวม ร้อยละ	χ^2	P- value
การสัมผัสเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดา และทารก				15.87 ^F	0.01
- ภายใน 30 นาที – 6 ชม.หลังคลอด	14 (92.86)	1 (7.14)	15 (8.93)		
- หลัง 6 -12 ชม.หลังคลอด	2 (66.70)	1 (33.30)	3 (1.79)		
- หลัง 12- 24 ชม.หลังคลอด	6 (50.00)	6 (50.00)	12 (7.14)		
- หลัง 24 -48 ชม.หลังคลอด	22 (68.80)	10 (31.30)	32 (19.05)		
- หลัง 48 ชม- 1 สัปดาห์	29 (60.00)	20 (40.00)	49 (29.17)		
- หลัง 1 สัปดาห์หลังคลอด	29 (57.44)	28 (42.56)	57 (33.93)		
ทารกกินนมแม่ต่อเนื่อง 24 ชม. ก่อนกลับบ้าน				20.70	0.01
- ได้กินนมแม่	91 (70.00)	39 (30.00)	130 (77.38)		
- ไม่ได้กินนมแม่	11 (28.90)	27 (77.10)	38 (22.62)		
เริ่มบีบเก็บน้ำนมครั้งแรก				8.16	0.08
- ก่อน 4 ชม.หลังคลอด	16 (64.00)	9 (36.00)	25 (14.88)		
- 4 -12 ชม.หลังคลอด	24 (64.90)	13 (35.10)	37 (22.02)		
- หลัง 12-24 ชม.หลังคลอด	11 (37.90)	18 (62.10)	29 (17.26)		
- หลัง 24 -48 ชม.หลังคลอด	25 (62.50)	15 (37.50)	40 (23.81)		
- หลัง 48 ชม.หลังคลอด	26 (7.30)	11 (29.70)	37 (22.02)		

EBF =Exclusive breastfeeding, Non-EBF =Non-exclusive breastfeeding, F=Fisher's Exact test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของแหล่งประโยชน์ฯ กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตี๋ยตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน ในมารดาที่แยกจากลูกทันทีตั้งแต่แรกเกิด ($n = 168$)

แหล่งประโยชน์หรือ ผู้สนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่อย่างเตี๋ย	EBF จำนวน (ร้อยละ)	Non-EBF จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนรวม ร้อยละ	χ^2	P-value
บุคคลสนับสนุน/ช่วยเหลือมารดา				4.82 ^F	0.08
- สามี	67 (67.00)	33 (33.00)	100 (59.50)		
- ย่า/ยาย	32 (53.30)	28 (46.70)	60 (35.70)		
- ปู่/ตา/และอื่นๆ	3 (37.50.00)	5 (62.50)	8 (4.80)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความรู้/ ช่วยเหลือมารดา				2.74 ^F	0.25
- แพทย์	5 (71.40)	2 (28.60)	7 (4.20)		
- พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	93 (58.80)	63 (41.20)	156 (93.40)		
- ไม่มี	4 (80.00)	1 (20.00)	5 (2.40)		
แหล่งข้อมูลความรู้ในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเตี๋ย				14.28 ^F	< 0.01

แหล่งประโยชน์หรือ ผู้สนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่อย่างเดียว	EBF จำนวน (ร้อยละ)	Non-EBF จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนรวม ร้อยละ	P-value χ^2
- โรงพยาบาล/รพ.สต.	70 (60.90)	40 (39.10)	110 (68.8)	
- โทรศัพท์/อินเทอร์เน็ต/หนังสือ	30 (75.00)	10 (25.00)	40 (23.8)	
- เพื่อนบ้าน/คนในครอบครัว/ชุมชน	2 (15.40)	11 (84.60)	13 (7.70)	

EBF =Exclusive breastfeeding, Non-EBF =Non-exclusive breastfeeding, F=Fisher's Exact test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 2 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 60.70 และ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม/อาหารอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 39.30 จะเห็นได้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังในระยะเวลา 2 เดือนหลังคลอดในการศึกษานี้ค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบร้อยละ 16-50 เท่านั้น⁵ ทั้งนี้อธิบายได้จากคุณลักษณะของทารกของการศึกษานี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดครบกำหนดและมีการพัฒนาของระบบทางเดินหายใจและระบบการดูดกลืนค่อนข้างสมบูรณ์ ทำให้การดูดกลืนนมแม่ได้ดี¹⁰ ทารกจึงได้รับนมแม่ต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนดที่แยกจากมารดาตั้งแต่แรกเกิด จึงอาจเกี่ยวข้องกับอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังกล่าว⁷ นอกจากนี้ ทารกแรกเกิดในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ได้รับสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังในระยะเวลา 2 เดือนหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ในทารกคลอดก่อนกำหนดที่อายุตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไป จะเพิ่มอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะแรกขณะที่อยู่โรงพยาบาลได้ถึง 7 เท่า (OR = 7.00; 95% CI 1.20 - 40.83)¹⁸

นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีความสัมพันธ์กับการจัดให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันและให้นมลูกต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายทารกกลับบ้าน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในขณะที่มารดาและทารกอยู่ด้วยกัน มารดาได้ฝึกให้ทารกดูดนมจากเต้านมแม่ พร้อมทั้งมีการโอบกอดสัมผัสเนื้อแนบเนื้อกับบุตร¹⁹ ทำให้มารดาสามารถให้นมแม่แก่ลูกได้ต่อเนื่อง ซึ่งสนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียวในช่วง 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มารดามีแนวโน้มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องได้สูงเกือบ 5 เท่า (OR 4.70, 95%CI 1.17-18.89)¹⁰ และการจัดให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันและให้นมลูกต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายทารกกลับบ้าน ยังช่วยให้มารดาได้เรียนรู้การให้นมแม่และพฤติกรรมต่างๆของบุตร หากพบปัญหาในการเลี้ยงลูก ให้นมแม่ มารดาสามารถขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้ จะเห็นได้จากการศึกษานี้ มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ระบุว่า ตนเองได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากทางโรงพยาบาล และแหล่งข้อมูลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการศึกษานี้ ยังมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยัง 2 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F-Test 14.28, $p < 0.01$)

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยนมแม่อย่างเดียวยัง 2 เดือน กับ การช่วยเหลือ/สนับสนุนจากสามี ย่า ยายหรือคนในครอบครัว การสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คุณลักษณะของมารดา (อาชีพ ลักษณะงานของมารดา) ชนิดของการคลอด ระยะเวลาที่เริ่มบีบเก็บน้ำนมครั้งแรก คุณลักษณะด้านทารก (น้ำหนักแรกเกิด) ระยะเวลา

แยกจากกันของมารดาและทารก ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในระยะคลอด (2 เดือน หลังคลอด) สามารถอยู่กับลูกเพราะยังไม่กลับไปทำงานตามปกติ ดังนั้น อาชีพ ลักษณะงาน หรือ ความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจึงยังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการศึกษานี้ ซึ่งแตกต่างในการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาในระยะ 4 เดือนหรือ 6 เดือนหลังคลอด ที่ปัจจัยการทำงานที่บ้าน มีเวลาใกล้ชิดและให้นมบุตรมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว^{10,19}

สำหรับพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างเริ่มบีบเก็บน้ำนมแม่ ครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และ ใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด พบอัตราการบีบเก็บน้ำนมครั้งแรก เป็นร้อยละ 80 แต่ในการศึกษานี้ พบว่า ระยะเวลาที่เริ่มบีบเก็บน้ำนมครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียว 2 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่เริ่มต้นในการบีบน้ำนม อาจจะไม่สำคัญเท่ากับมารดาหลังคลอดได้บีบกระตุ้นเต้านมเพื่อช่วยการกระตุ้นฮอร์โมนโปรแลคติน ในการสร้างน้ำนมและกระตุ้นฮอร์โมนออกซิโตซินให้หลั่งน้ำนม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ได้บีบกระตุ้นเต้านม หรือบีบเก็บน้ำนมอยู่ภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด สอดคล้องกับงานวิจัยในทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการบีบเก็บน้ำนมภายหลังคลอดแล้ว 48 ชั่วโมง มีแนวโน้มที่มารดาจะไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียวเมื่อทารกคลอดก่อนกำหนดถูกจำหน่ายกลับ (OR 4.9,95% CI 1.9–12.6)⁸ ทำนองเดียวกัน ชนิดของการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และระยะเวลาในการแยกจากมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า สัดส่วนของการคลอดปกติ และการผ่าตัดคลอดในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มี อัตราที่ใกล้เคียงกันและน้ำหนักของทารกส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงไม่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ รวมทั้งการแยกจากกันระหว่างมารดาและทารก ถึงแม้ว่าทารก จะแยกจากมารดาในเวลาแตกต่างกัน แต่ทารกส่วนใหญ่ได้รับนมแม่ โดยมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ ได้บีบเก็บน้ำนม ภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดเพื่อนำไปส่งบุตรที่หออภิบาลทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก การได้รับนมแม่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงก่อน ทารกถูกจำหน่ายกลับบ้าน และแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2 เดือน ดังนั้น ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ในทารกกลุ่มนี้ ดังนี้ 1) ควรจัดสิ่งแวดล้อมและจัดโอกาสให้ทารกได้สัมผัสกับแบบเนื้อแนบเนื้อกับ มารดา 2) ควรจัดสถานที่ให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมงก่อนกลับบ้านเพื่อให้นมลูก และ มารดาเรียนรู้วิธีการดูแลทารก โดยผนวกเข้ากับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทารก และ 3) ควรมีการจัดทำ ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้มารดาหลังคลอดเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายทุกที่ทุกเวลา เพื่อนำไปใช้สนับสนุนการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ในมารดาที่แยกจากทารกตั้งแต่แรกเกิด

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะของมารดาและทารกเหล่านี้กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 4 และ 6 เดือนหลังคลอดในมารดาที่แยกจากทารกตั้งแต่แรกเกิด

3. ควรศึกษาผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก การได้รับนมแม่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงก่อนทารกถูกจำหน่ายกลับบ้าน และแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 และ 6 เดือนหลังคลอด ในมารดาที่แยกจากทารกตั้งแต่แรกเกิด

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ เป็นศึกษาภาคตัดขวางเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด ที่แยกจากทารกตั้งแต่แรกเกิดในระยะ 2 เดือนหลังคลอดเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษา

ในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งบริบทของการจัดบริการอาจมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการอ้างอิงผลการศึกษานี้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด หลังคลอด คลินิกนมแม่โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และอาสาสมัครที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for Vulnerable infants. J Neonatal Nurs 2004;18:385-96.
2. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health [Internet]. 2015 [Cited 2021 Feb 15];3:199-205. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)
3. World Health Organization (WHO). Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes [Internet]. 2019 [Cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/media/5146/file/Multiple%20Indicator%20Clust%20Survey%202019.pdf>
5. Ngerncham S, Boonlerluk P, Sudsawat B, Jaroonnetr T, Arkomwattana M, & Sawangsi U. Rate of breast feeding for 4 months and promoting factors: A cohort study of mothers of preterm infants at Siriraj hospital. Siriraj Medical Journal 2010;62:128-32.
6. จิตภา ปิณฑาม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาทารกป่วยในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://203.131.209.219/km/admin/new/020517_150116.pdf.
7. Sutthida O, Pimpaporn K, Malee U. Factors predicting breastfeeding among mothers of preterm Infants". The Journal of Faculty of Nursing Burapha University [Internet]. 2016. [Cited 2021 Feb 15];24:32-42. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/82401>
8. Mastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants: Results from a

- prospective national cohort study. PLoS One [Internet]. 2014 [Cited 2021 Feb 15];9:1-10. Available from: <https://doi:10.1371/journal.pone.0089077>
9. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. Taiwan J Obstet Gynecol [Internet]. 2019 [Cited 2021 Feb 15];58:1-9. Available from: <https://doi:10.1016/j.tjog.2018.11.002>
10. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ปัญหาที่พบบ่อยทารก. ใน: สรยุทธ สุภาพรรณชาติ, บรรณาธิการ. Minimizing Neonatal Morbidities. กรุงเทพฯ: แอคทิฟพริ้นท์; 2554.
11. Hobbs A, Mannion C, McDonald S, Brockway M, Tough S. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2016 [Cited 2021 Feb 15];16:1-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
12. ศศิกันต์ กาละ, รังสินันท์ ขาวนาถ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทารกป่วย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2559;36:196-207
13. อำภา วังคำ, นิตยา ไทยาภิรมณ์, อุษณีย์ จินตะเวช. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้นมมารดาอย่างต่อเนื่องของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด. พยาบาลสาร 2554;38:73-85.
14. นฤมล จินเมือง, วรรณภา พาหุวัฒนกร, ณวีวรรณ อยู่สำราญ. ปัจจัยด้านมารดาทารกและสิ่งแวดล้อมในการทำนายความสำเร็จของบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนด. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2559;8:44-53.
15. อุษณีย์ จินตะเวช, เทียมศร ทองสวัสดิ์, ลาวัลย์ สมบูรณ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาหลังคลอด. พยาบาลสาร 2557;41:133-44.
16. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior research Methods [Internet]. 2009 [Cited 2021 Feb 15];41:1149-60. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.3758/BRM.41.4.1149.pdf>
17. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
18. Casper C, Sarapuk I, Pavlyshyn H. Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomes for very preterm infants: A dose-dependent intervention. Archives de Pédiatrie [Internet]. 2018 [Cited 2021 Feb 15];25:469-75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.09.008>
19. Premji SS, Currie G, Reilly S, Dosani A, Oliver LM, Lodha AK, et al. A qualitative study: Mothers of late preterm infants relate their experiences of community-based care. PLoS One [Internet]. 2017 [Cited 2021 Feb 15];12:1-13. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174419>

แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด

โรงพยาบาลสุรินทร์

อุทุมมชญาณ์ อินทเรือง ปร.ด.^{1*}, คมวัฒน์ รุ่งเรือง ศษ.ด.¹,

รุ่งนภา ปรากฏดี พย.บ.², กรวิภา จันทรแจ่ม พย.บ.²

บทคัดย่อ

แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ช่วยเป็นพลังผลักดันให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนประสบความสำเร็จ การศึกษาวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดคลอดปกติจำนวน 380 คน ที่มารับบริการที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งได้รับการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในภาพรวม อยู่ในระดับดีจำนวน 288 คน (ร้อยละ 75.79) เมื่อพิจารณาแรงจูงใจภายใน พบว่า มารดามีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 13.06$, S.D. = 1.84) มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.49) และมีสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 13.44$, S.D. = 0.87) และแรงจูงใจภายนอก พบว่า มารดามีแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 9.79$, S.D. = 0.21, $\bar{X} = 9.44$, S.D. = 0.79 ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการเตรียมความพร้อมและเสริมสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างอย่างเดียว 6 เดือน เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา สนับสนุนครอบครัวได้ช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูก และส่งผลให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างมีความสุข

คำสำคัญ: แรงจูงใจ มารดาหลังคลอด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

¹ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์

* Corresponding E-mail: utchaya@bcnsurin.ac.th

วันที่รับ (received) 30 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ส.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ส.ค. 2564

Motivation for a 6-month Exclusive Breastfeeding among Postpartum Mothers, Surin Hospital

Utchaya Intharueang Ph.D.^{1*}, Komwat Rungruang Ph.D.¹
Rungrunap Prakoddee B.N.S.², Kornvipa Chancham B.N.S.²

Abstract

Motivation is one of the key factors driving the success of 6-month exclusive breastfeeding postpartum mothers. The objective of this descriptive research aimed to study the level of motivation for 6-month exclusive breastfeeding among postpartum mothers. The sample group was 380 postpartum mothers with normal delivery who received services at the postpartum department Surin hospital which obtained by systematic randomization. The instrument used in this research was a 6-month exclusive breastfeeding motivation questionnaire that was examined for the quality of the instrument and had a questionnaire's confidence with a Cronbach's alpha coefficient of 0.91. The data was analyzed using percentage, mean and standard deviation. The results showed that the overall motivation for a 6-month exclusive breastfeeding among 288 postpartum mothers was at a good level (75.79%). Considering intrinsic motivations, it was found that mothers had a high level of knowledge about breastfeeding ($\bar{X}$ = 13.06, S.D. = 1.84), a moderate level of attitude towards breastfeeding ($\bar{X}$ = 3.83, S.D.=0.49), and a high level of competence to breastfeeding ($\bar{X}$ = 13.44, S.D. = 0.87). Furthermore, for extrinsic motivation, it was found that the mothers' support from husband and family and social support were at a good level ($\bar{X}$ = 9.79, S.D. = 0.21, $\bar{X}$ = 9.44, S.D. = 0.79) respectively. The results of this research can be used to prepare for 6 months of exclusive breastfeeding planning and enhancing competency in order to create positive attitudes towards breastfeeding, to support family to help mothers after childbirth to raise their children. As a result, mothers after giving birth are happy in exclusive breastfeeding.

Keywords: motivation, postpartum mothers, exclusive breastfeeding for 6 months

¹ Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin

² Professional nurse, Postpartum ward, Surin hospital

*Corresponding E-mail: utchaya@bcnsurin.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรากฐานสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกและเด็กเล็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา อีกทั้งส่งผลดีต่อสุขภาพของแม่ลดปัญหาทางด้านสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การยูนิเซฟให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนมแม่ ทารกทุกคนควรได้รับนมแม่ในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต และเมื่ออายุ 6 เดือนขึ้นไปให้ได้รับนมแม่เป็นอาหารเสริมและให้ควบคู่กับอาหารที่เพียงพอเหมาะสม และปลอดภัย โดยให้นมแม่อย่างต่อเนื่องนาน 2 ปี หรือมากกว่า 2 ปีขึ้นไป¹ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญและเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยของทารกทั่วโลกทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว และสามารถช่วยชีวิตเด็กทั่วโลกที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ได้ถึงปีละ 820,000 คนต่อปี ลดความเสี่ยงของมารดาต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ 20,000 คนต่อปี² นมแม่ทำให้ทารกมีสุขภาพที่ดีและการพัฒนาที่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น พัฒนาการในการเรียนรู้ และความสำเร็จในการศึกษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะผลต่อไปในอนาคตของคนซึ่งเป็นอนาคตของประเทศชาติทั้งด้านการผลิตผลงานที่ดี ค่าจ้างที่ดี เศรษฐกิจที่ดี อีกทั้งรัฐบาลประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน³ สมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) ได้กำหนดค่าเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหลังคลอดอย่างน้อยร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025⁴ และประเทศไทยได้ดำเนินการตามนโยบายขององค์การอนามัยโลกและได้กำหนดค่าเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2568

สำหรับสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภาพรวมทั่วโลกมีทารกแรกเกิดที่ได้ดุนมแม่ภายในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ 44 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 40 และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง 2 ปี ร้อยละ 45⁵ สำหรับประเทศไทยจากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่า มีทารกแรกเกิดดุนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดร้อยละ 39.9 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิตร้อยละ 23.1 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง 2 ปี ร้อยละ 15.6⁶ ในปี พ.ศ. 2562 ทารกแรกเกิดดุนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดร้อยละ 34.0 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิตร้อยละ 14.0 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง 2 ปี ร้อยละ 15.0⁷ จะเห็นได้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแต่ละช่วงเวลามีอัตราการลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน

โรงพยาบาลสุรินทร์ได้ดำเนินการมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ได้แก่ จัดตั้งคลินิกนมแม่ พัฒนาผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ “Miss นมแม่” ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดการบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และสะดวกมากยิ่งขึ้น ในปีงบประมาณ 2558-2561 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 76.03 77.04 69.13 และ 73.58⁸ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ ร้อยละ 50 แต่ทั้งนี้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในภาพรวมทั่วประเทศยังคงอยู่ในอัตราที่ต่ำ เพื่อเป็นการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้สูงขึ้นก็ต้องดำเนินการให้ในแต่ละจังหวัดมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน

การเริ่มต้นให้นมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีหลายปัจจัยทั้งระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และนโยบายสาธารณะ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์⁹ ชนิดของการคลอด สถานภาพสมรส

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹⁰⁻¹² ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹²⁻¹⁴ ความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹⁴⁻¹⁵ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน^{13,15-16} ทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการได้รับการบริการ¹³ ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง¹⁵ การสนับสนุนของครอบครัว¹³ ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹¹⁻¹² การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์¹¹ การสนับสนุนจากพยาบาล และการสนับสนุนจากสถานที่ทำงาน¹⁶ ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน¹⁷ และปัจจัยนโยบายสาธารณะ ได้แก่ ข้อกำหนดการลาคลอดบุตร การได้รับเงินเดือนระหว่างลาคลอด¹⁸ นโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกระทรวงสาธารณสุข¹⁹ พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560²⁰ เป็นมาตรการในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กให้เหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนประสบความสำเร็จนั้น แรงจูงใจเป็นปัจจัยระดับบุคคลจะชักนำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายหรือประสบความสำเร็จตามที่ต้องการและคงรักษาไว้ บุคคลที่มีแรงจูงใจสูงก็จะใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายโดยไม่ลดละ แต่คนที่มีแรงจูงใจต่ำก็จะไม่แสดงพฤติกรรม หรือไม่ก็ล้มเลิกการกระทำพฤติกรรม Ryan และ Deci²¹ กล่าวว่า บุคคลจะกระทำอย่างต่อเนื่อง หรือเลิกกระทำพฤติกรรม เกิดจากแรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจมี 3 ลักษณะ คือ แรงจูงใจภายใน แรงจูงใจภายนอก และไม่มีแรงจูงใจ แรงจูงใจภายในเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ความต้องการมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น ความต้องการเป็นคนที่มีทักษะความสามารถ อีกทั้งแรงจูงใจภายในเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เช่น ความสนใจ ความสุข ความพอใจ ทศนคติ ความสามารถแห่งตน และการมีปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แรงจูงใจภายนอกเป็นความรู้สึกต้องการกระทำพฤติกรรมของบุคคลด้วยสาเหตุอื่น เช่น มีความคาดหวังในรางวัลตอบแทน ซึ่งส่งผลให้การกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ไม่คงทนต่อเนื่อง ส่วนไม่มีแรงจูงใจเป็นภาวะที่บุคคลขาดความตั้งใจขาดความสนใจในการกระทำพฤติกรรม เช่น ไม่สนใจ ไม่เห็นคุณค่า ไม่สามารถควบคุมตัววิจัยจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination theory) ของ Ryan และ Deci²¹ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ประกอบด้วย แรงจูงใจภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ ด้านทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สมรรถนะของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แรงจูงใจภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนของสามีและครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาแรงจูงใจที่ทำให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการกระทำพฤติกรรมที่ต่อเนื่องยาวนาน การเริ่มต้นให้เกิดแรงจูงใจและการคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และการศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาวิจัยปัจจัยระดับบุคคลยังไม่พบการศึกษาแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาหลังคลอด เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน หรือมากกว่า 6 เดือน ขึ้นไปจนกระทั่งถึง 2 ปี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับแรงงูใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 6 เดือนของมารดาหลังคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรม กระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง หรือเลิกกระทำพฤติกรรม เกิดจากแรงงูใจ ซึ่งแรงงูใจมี 3 ลักษณะ คือ แรงงูใจภายใน แรงงูใจภายนอก และไม่มีแรงงูใจ แรงงูใจภายใน เป็นที่การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ความต้องการมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น ความต้องการเป็นคนที่มีทักษะความสามารถ แรงงูใจภายในเป็นสิ่ง ที่เกิดขึ้นภายในตนเองที่จะเป็นแรงผลักดันสำคัญในการกระทำพฤติกรรมหากไม่มีแรงงูใจภายนอก และมีแรงงูใจในระดับที่มากพอก็จะเกิดการกระทำพฤติกรรมได้เช่นเดียวกัน แรงงูใจภายนอกเป็นความรู้สึก ต้องการกระทำพฤติกรรมของบุคคลด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่แรงงูใจภายใน แรงงูใจภายนอก เช่น สังคมให้คุณค่ากับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การช่วยเหลือสนับสนุนให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างต่อเนื่องหากมีแรงงูใจภายนอกอย่างเดียวการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ไม่คงทนต่อเนื่อง บุคคลสามารถ นำแรงงูใจภายนอกมาเป็นแรงขับที่จะผลักดันให้เกิดเป็นแรงงูใจภายในได้ การขาดแรงงูใจหรือไม่มี แรงงูใจ ไม่สนใจ ไม่เห็นคุณค่า ก็จะไม่สามารถผลักดันให้เกิดการกระทำพฤติกรรม²¹ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination Theory) ของ Ryan และ Deci²¹ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย แรงงูใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 6 เดือน ประกอบด้วย แรงงูใจภายใน ประกอบด้วย 1) ความรู้ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา 2) ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) สมรรถนะในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่และแรงงูใจภายนอก ประกอบด้วย 1) แรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว และ 2) แรงสนับสนุน ทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเรื่องแรงงูใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 6 เดือน เป็นการวิจัย เชิงบรรยาย (Descriptive research) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทาง ในการศึกษาวิจัย โดยกำหนดวิธีดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 2,890 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Yamane ที่มีค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 347 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย จำนวน 35 คน จึงมีกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 347-382 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างเป็นระบบ (System random sampling) โดยใช้วันที่ (คู่) ของการรับมารดาหลังคลอดเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) มารดาหลังคลอดปกติ 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3) มารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 4) มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์และพร้อมให้ข้อมูลในขณะที่พักรักษาตัว ที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มารดาหลังคลอดที่บุตรป่วยและไม่สามารถให้นมได้ 2) มารดาที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น 3) มารดาหลังคลอดที่ไม่ใช่สัญชาติไทย และ 4) มารดาหลังคลอดที่มี ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น มีภาวะช็อคจากการตกเลือด ความดันโลหิตสูง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ P-EC-05-04-63 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว จำนวนบุตร ผู้ที่มีส่วนช่วยในการดูแลบุตร จำนวนวันพักฟื้นที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แรงจูงใจภายใน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- 1) ด้านความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 15 ข้อ
- 2) ด้านทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 15 ข้อ
- 3) ด้านสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 15 ข้อ

2. แรงจูงใจภายนอก ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

- 1) แรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว จำนวน 10 ข้อ
- 2) แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ

เกณฑ์การพิจารณาและการแปลผล แรงจูงใจภายใน

1. ด้านความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 15 ข้อ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พิจารณาแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์	การแปลผล
≥ 14 คะแนน	มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง
คะแนน 10-13 คะแนน	มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง
≤ 9 คะแนน	มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับต่ำ

2. ด้านทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	ข้อความถามด้านบวก	ข้อความถามด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลการให้คะแนน ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พิจารณาโดยใช้การอิงกลุ่ม²²

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
3.68 - 5.00 คะแนน	มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี
2.34 - 3.67 คะแนน	มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง
1.00 - 2.33 คะแนน	มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับไม่ดี

3. ด้านสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ไข่ ให้ 1 คะแนน ไม่ไข่ ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน พิจารณาแบบอิงเกณฑ์ ตามเกณฑ์²³ ดังนี้

เกณฑ์	การแปลผล
> 14 คะแนน	มีสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี
คะแนน 10-13 คะแนน	มีสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง
≤ 9 คะแนน	มีสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับไม่ดี

แรงจูงใจภายนอก

1. แรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว จำนวน 10 ข้อ และ 2. แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มี ให้ 1 คะแนน ไม่มี ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน พิจารณาแบบอิงเกณฑ์²³ ดังนี้

เกณฑ์	การแปลผล
> 9 คะแนน	มีแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัวหรือทางสังคม อยู่ในระดับดี
คะแนน 6-8 คะแนน	มีแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัวหรือทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง
≤ 5 คะแนน	มีแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัวหรือทางสังคม อยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฯ ซึ่งผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล และด้านการวัดประเมินผล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความครอบคลุมเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม ในแต่ละข้อ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามโดยใช้สูตร IOC ผลการพิจารณาพบว่า มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ (IOC มีค่ามากกว่า 0.50) ไว้ จำนวน 65 ข้อ แล้วนำแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขภาษาใหม่และนำไปทดลองใช้ กับมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น พบว่า แบบสอบถามด้านความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้านสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้านแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.84 0.87 0.93 และ 0.89 ตามลำดับ และแบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทางผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2563 - 30 เมษายน 2564 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผ่านการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บข้อมูลจริง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยส่งจัดเตรียมแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ประสานผู้ช่วยวิจัย เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 382 ฉบับ

3. ตรวจนับจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน ดำเนินการติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้รับคืน และสรุปจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา จำนวน 380 ฉบับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คือ 347-382 ฉบับ

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน พบว่า แบบสอบถามทั้ง 380 ฉบับ มีความสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละของการตอบกลับ (Response rate) เท่ากับ ร้อยละ 99.48 ผู้วิจัยดำเนินการลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ใช้การวิเคราะห์หาความถี่ ค่าร้อยละ การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการวิจัย นำเสนอผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

จากข้อมูลทั่วไปพบว่า มารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 18 - 35 ปี จำนวน 298 คน (ร้อยละ 78.42) อายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 46 ปี ($\bar{X}$ = 28.88 ปี, S.D. = 6.75 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ คู่ จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 73.95 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 145 คน (ร้อยละ 38.16) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 130 คน (ร้อยละ 34.21) มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท จำนวน 126 คน (ร้อยละ 33.16) รายได้น้อยที่สุด 3,000 บาท รายได้มากที่สุด 60,000 บาท ($\bar{X}$ = 17,909.09 บาท, S.D. = 12,330.37 บาท) มีบุตรส่วนมาก 2 คน จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 68.16 ผู้ที่มีส่วนช่วยในการดูแลบุตร คือ มารดา จำนวน 157 คน (ร้อยละ 41.32) และพักฟื้นที่โรงพยาบาล จำนวน 3 วัน (ร้อยละ 67.89) พักฟื้นน้อยที่สุด จำนวน 2 วัน และพักฟื้นมากที่สุด จำนวน 5 วัน ($\bar{X}$ = 2.93 วัน, S.D. = 0.62 วัน)

ผลการศึกษาแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 49.56, S.D. = 0.89) เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัย พบว่า 1. ปัจจัยแรงจูงใจภายใน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 30.33, S.D. = 1.57) เมื่อพิจารณารายด้านประกอบด้วย 1.1) ด้านความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในภาพรวมมีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 13.06, S.D. = 1.84) 1.2) ด้านทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.83, S.D. = 0.49) และ 1.3) ด้านสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในภาพรวมมีสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 13.44, S.D. = 0.87) และ 2. ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 19.23, S.D. = 0.65) เมื่อพิจารณารายด้าน ประกอบด้วย 2.1) แรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว ในภาพรวมมีแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 9.79, S.D. = 0.21) และ 2.2) แรงสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวมมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 9.44 S.D. = 0.79) ดังแสดงในตารางที่ 1

และเมื่อพิจารณาแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในภาพรวมรายบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับดี จำนวน 288 คน (ร้อยละ 75.79) และเมื่อพิจารณารายปัจจัย พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจภายใน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 215 คน (ร้อยละ 56.58) และปัจจัยแรงจูงใจภายนอก อยู่ในระดับดี จำนวน 343 คน (ร้อยละ 90.26) เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัย พบว่า 1) ปัจจัยแรงจูงใจภายใน ประกอบด้วย 1.1) ด้านความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่มีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 227 คน (ร้อยละ 59.74) 1.2) ด้านทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 225 คน (ร้อยละ 59.21) และมีทัศนคติของมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับดี จำนวน 155 คน (ร้อยละ 40.79) และ 1.3) ด้านสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่มีสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับดี จำนวน 202 คน (ร้อยละ 53.16) และ 2) ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก ประกอบด้วย 2.1) แรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว อยู่ในระดับดี จำนวน 309 คน (ร้อยละ 81.83) และ 2.2) แรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับดี จำนวน 331 คน (ร้อยละ 87.11) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวจำแนกรายด้านและภาพรวม (n = 380)

ด้าน	ผลการประเมิน			
	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
แรงจูงใจภายใน				
1. ด้านความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	15.00	13.06	1.84	ระดับสูง
2. ด้านทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	5.00	3.83	0.49	ปานกลาง
3. ด้านสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	15.00	13.44	0.87	ระดับดี
ภาพรวมแรงจูงใจภายใน	35.00	30.33	1.57	ระดับดี
แรงจูงใจภายนอก				
1. ด้านแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว	10.00	9.79	0.21	ระดับดี
2. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	10.00	9.44	0.79	ระดับดี
ภาพรวมแรงจูงใจภายนอก	20.00	19.23	0.65	ระดับดี
แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือน	55.00	49.56	0.89	ระดับดี

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละของแรงงูใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว รายด้านและภาพรวม จำแนกตามระดับแรงงูใจ (n = 380)

รายด้าน	ระดับแรงงูใจ					
	ดี/สูง		ปานกลาง		ไม่ดี/ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แรงงูใจภายใน						
1. ด้านความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	66	17.37	227	59.74	87	22.89
2. ด้านทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	155	40.79	225	59.21	-	-
3. ด้านสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	202	53.16	173	45.53	5	1.32
ภาพรวมแรงงูใจภายใน	215	56.58	148	38.95	17	4.47
แรงงูใจภายนอก						
1. ด้านแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว	309	81.31	71	18.69	-	-
2. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	331	87.11	49	12.89	-	-
ภาพรวมแรงงูใจภายนอก	343	90.26	37	9.74	-	-
แรงงูใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือน	288	75.79	83	21.84	9	2.37

อภิปรายผลการวิจัย

แรงงูใจภายใน ประกอบด้วย ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า

1. ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 13.06$, S.D. = 1.84) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ประโยชน์ของนมแม่ วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การกระตุ้นให้มีการการหลั่งน้ำนม มารดาหลังคลอดก็จะนำความรู้เหล่านี้ไปใช้ประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐวรรณ ศุภสิริเพ็ญพงศ์¹² ความรู้ประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 12.20$, S.D. = 2.20) และจากการศึกษาของลักขณา ไชยนอก²⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอดส่งผลให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดี มารดาหลังคลอดได้รับรู้ประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อร่างกายของมารดาและทารก เช่น มดลูกเข้าอู่เร็ว ป้องกันมะเร็งเต้านม ช่วยให้อุปร่างดีขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่าย ทารกร่างกายแข็งแรง ได้รับความอบอุ่น ความรู้เหล่านี้ก็จะเห็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานานมากขึ้น¹¹ และจากการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบผลการใช้ชุดส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับชุดส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่างทุก 1 เดือนเป็นเวลา 6 เดือนพบว่า ร้อยละ 57.50 ของกลุ่มทดลองประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ประสบความสำเร็จมีเพียง ร้อยละ 30²⁵ และจากการสังเคราะห์งานวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มต้นและความต่อเนื่องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน คือ ความรู้เรื่องนมแม่¹⁰

2. ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.49) อธิบายได้ว่า ทศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 77.37 ประกอบอาชีพที่ต้องทำงานนอกบ้าน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องที่ยากลำบาก ทำให้มารดาหลังคลอดพักผ่อนในแต่ละวันลดลง ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพทำให้สุขภาพทรุดโทรม ซึ่งทศนคติเป็นความรู้สึกและความคิดต่อการกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรง และแสดงออกมาในรูปแบบของความรู้สึกและความคิดเห็นเชิงบวกหรือลบ²⁶ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐวรรณ ศุภสิริเพ็ญพงศ์¹² ที่พบว่า เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.76) เนื่องจากมีความเชื่อ มีความคิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นเรื่องที่ทำหายความสามารถ มีความสุข ทำให้เกิดความพึงพอใจจึงเป็นแรงจูงใจภายในที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้ยาวนานมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของชิดชนก พันธุ์ป้อม, วรรณภา พงษ์พัฒนกร และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง²⁷ ทศนคติเป็นปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาที่ทำงานนอกบ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ ลักขณา ไชยนอก²⁴ พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง และเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 13.44$, S.D. = 0.87) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 68.18 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ร้อยละ 11.58 ซึ่งเคยมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดี จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถให้ลูกดูดนมจากอกตั้งแต่ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงหลังคลอด สามารถให้ลูกดูดนมได้ลึกถึงลานนม สามารถให้ลูกดูดนมแต่ละมื้อห่างกันทุก 2-3 ชั่วโมง หรือเมื่อลูกต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณา ชนะภัย²⁸ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งสามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในระดับสูงมีโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวอย่างน้อยนาน 6 เดือน สำเร็จ เท่ากับ 1.077 เท่าของมารดาที่มีสมรรถนะในตนเองต่ำ และจากการศึกษาของมาลิวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา¹³ การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงจูงใจภายนอก ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า

1. แรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 9.79$, S.D. = 0.21) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพคู่ถึงร้อยละ 73.95 ร้อยละ 100 ได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูทารก โดยได้รับการช่วยเหลือจากสามี ปู่ย่า ตายาย ญาติพี่น้อง ซึ่งครอบครัวถือเป็นแรงสนับสนุนที่มีส่วนช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในจัดเตรียมเครื่องดื่มน้ำที่มีประโยชน์ให้ดื่มเพื่อให้สร้างน้ำนมได้เพียงพอ ช่วยเหลือดูแลลูกเพื่อให้มารดาหลังคลอดพักผ่อนหลังจากให้นม พุดและให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความพึงพอใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ไชยนอก²⁴ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.55) อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 31 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 9.44$, S.D. = 0.79) อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลสุรินทร์ที่มีการนำทารกมาให้ดูดนมภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

หลังคลอด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเอกสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แจกสำหรับมารดาหลังคลอดให้อ่านขณะอยู่โรงพยาบาลและสามารถนำติดตัวเมื่อกลับไปบ้าน มีการเข้มงวดไม่ให้ใช้นมขวดและหัวนมหลอก มีการประเมินการให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมง และให้คำแนะนำทันทีเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการให้นมลูก มีคลินิกนมแม่ในการให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหากรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งมีการชมเชยและให้รางวัลผู้ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ซึ่งถือว่าเป็นการสนับสนุนที่ช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่เริ่มต้นชีวิตของทารกจากการศึกษาของอุษา วงศ์พิณีจ, นิตยา สีนสุกใส และฉวีวรรณ อยู่สำราญ²⁹ ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และประสิทธิภาพการดูนมของทารกก่อนจำหน่ายในการทำนายนมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 1 เดือน ในมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่ามารดาหลังคลอดให้คะแนนการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่อยู่ระหว่าง 32 - 48 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.14 (S.D. = 4.29) จากคะแนนเต็ม 48 การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยหนึ่งร่วมกันทำนายโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 1 เดือน ได้ถึงร้อยละ 49.9 ($R^2 = .499$ $p < .01$) และจากการศึกษาของศศิธรา น่วมภา และคณะ³⁰ การสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้สมรรถนะของตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

ข้อเสนอแนะข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านนโยบาย

1. ผลักดันนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เป็นวาระที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ที่เน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานยุติธรรมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด และหน่วยงานกรมเวชกรรมเพื่อให้ทารกได้รับนมแม่ตั้งแต่เริ่มต้นชีวิตและได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่อง
2. สนับสนุนให้พยาบาลพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. การประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด เนื่องจากระยะเวลาที่ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานาน การคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ด้านปฏิบัติ

1. จัดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจและสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้มารดามีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างน้อย 6 เดือน เตรียมความพร้อมสำหรับตนเองในการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และในระยะคลอดและหลังคลอดจัดกิจกรรมสาธิตการให้นมบุตรอย่างถูกวิธี การบีบเก็บน้ำนมไว้ใช้เมื่อมารดาออกไปทำงาน และการแก้ไขเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับนมแม่
2. จัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้กำลังใจ การชื่นชม การชมเชยและให้รางวัลผู้ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

ด้านวิจัย

1. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน
2. ศึกษาวิจัยข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน
3. ศึกษาวิจัยแบบเจาะลึกถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation Child's Fund (UNICEF). Breastfeeding: A mother's gift for every child. New York: n.p; 2018.
2. Victora CG, Bahl R, Barros Aluisio J D, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in The 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet 2016;387:475-90. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
3. UNICEF. Breastfeeding: A smart investment [Internet]. 2020[Cited 2021 May 24]. Available from: <https://sites.unicef.org/breastfeeding/>
4. World Health Organization (WHO). Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief [Internet]. 2014 [Cited 2021 May 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149022>
5. UNICEF. Based on MICS, DHS and other nationally representative sources. Note: Data included in these global averages are the most recent for each country between 2013-2018 [Internet]. 2018 [Cited 2021 May 24]. Available from: [https:// August-iyfc-continuum-mdd-mmf-mad-regions3-2018-1%20\(6\).pdf](https://August-iyfc-continuum-mdd-mmf-mad-regions3-2018-1%20(6).pdf)
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 รายงานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2559.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562: รายงานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย; 2563.
8. คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลสุรินทร์. สถิตินมแม่. สุรินทร์: ม.ป.ท; 2562.
9. ทศนีย์ รวิภควัต. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว 6 เดือน ของมารดาที่มารับบริการในคลินิกนมแม่ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ. วารสารกรมการแพทย์ 2560;42:42-8.
10. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: A meta-analysis. J Pediatr 2018;203:190-196.e21. doi: [org10.1016/j.jpeds.2018.08.008](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008)
11. เจริญ ทะวา. ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มารดาตั้งครรรภ์วัยรุ่นประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการ แผนกห้องคลอดโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;1:32-41.
12. ขนิษฐวรรณ ศุภสิริเพ็ญพงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องของมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561;32:853-62.
13. มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก 2561;41:76-87.
14. Mossman M, Heaman M, Dennis CL, Morris M. The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. J Hum Lact 2008;3:268-77

15. สุภาพันธ์ จันทร์ศิริ, วรรณภา พาหุวัฒนกร, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. อิทธิพลของทัศนคติ การเคลื่อนย้ายตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2560;35:49-60.
16. สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์ และเบญจวรรณ แก้วมา. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561;38:14-24.
17. อาริรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, สมลักษณ์ ศรีวิริญ. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2561;1:170-84.
18. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. พระราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136 ตอนที่ 43 ก. (ลงวันที่ 5 เมษายน 2562) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 27 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://legal.labour.go.th/images/law/Protection2541/labour_2541_7.PDF
19. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดระดับกระทรวง กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.anamai.moph.go.th/download/download/102557/strategic_plan/1/3_7.pdf
20. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134/ตอนที่ 72 ก/หน้า 1/10 กรกฎาคม 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 27 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&Itemid=814&func=startdown&id=1311
21. Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. American Psychologist 2000;55:68-78. doi: 10.1037/110003-066X.55.1.68
22. Best JW. Research in Education. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall, Inc.; 1986.
23. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
24. ลักษณะ ไซนอก. รายงานการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2558.
25. พรพิมล อาภาสสกุล และอุษา วงศ์พินิจ. ผลของการใช้ “ชุดส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” ต่อความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีหลังคลอด. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20: 102-11.
26. Montaño DE, Kasprzyk D. Theory of reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and The integrated Behavioral Model. In Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (Eds), Health Behavior and Health Education. 4th edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 67-95.
27. ชิดชนก พันธุ์ป้อม, วรรณภา พาหุวัฒนกร และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2563;38:47-59.

28. สุวรรณ ชนะภัย, นิตยา สีนสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ, วรรณ ปาหุวัฒน์กร. ความรู้ทัศนคติการรับรู้สมรรถนะในตนเองและการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำนายนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 6 สัปดาห์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2557;32:51-60.
29. อุษา วงศ์พินิจ, นิตยา สีนสุกใส และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และประสิทธิภาพการดูแลของทารกก่อนจำหน่าย ในการทำนายนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 1 เดือน ในมารดาที่มีบุตรคนแรก. วารสารพยาบาลทหารบก 2559;17:88-95.
30. ศศิธรรา น่วมภา, นิตยา สีนสุกใส, วรรณ ปาหุวัฒน์กร, พฤษ หันทรประภาพ. ปัจจัยส่วนบุคคล เวลาที่เริ่มให้นมแม่และการสนับสนุนจากพยาบาล ในการทำนายนความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2556;31:49-59.

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

นุชมาศ แก้วกุลชล กจ.ด.^{1*}, พรรณทิพย์ ชับขุนทด พย.ม.¹,
ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ Ph.D.¹, ปัทมาภรณ์ คงขุนทด พย.ม.¹,
อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ พย.ม.¹, ปาลิตา โพธิ์ตา พย.บ.², วีรพงษ์ พลนิกกรกิจ Ph.D.³

บทคัดย่อ

ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้สาขาพยาบาลศาสตร์ ผู้เรียนต้องมีความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 200 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย การประเมินความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.84 และการประเมินทักษะทางวัฒนธรรม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมของนักศึกษาทุกชั้นปี อยู่ในระดับมีความตระหนักถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรม และไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ในระหว่างชั้นปี เมื่อวิเคราะห์สมรรถนะทางวัฒนธรรมรายด้าน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 8.74$, $S.D. = 1.97$) และสูงกว่าชั้นปีอื่น ($p = 0.05$) ส่วนด้านทักษะทางวัฒนธรรม ได้แก่ การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ต่างวัฒนธรรม และด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ในระหว่างชั้นปี ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้พัฒนาการจัดการเรียนรู้เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม

คำสำคัญ: สมรรถนะทางการพยาบาล สมรรถนะทางวัฒนธรรม นักศึกษาพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

³ รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

* Corresponding author e-mail : nuchamart@knc.ac.th

วันที่รับ (received) 8 ก.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 มิ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ก.ค. 2564

Transcultural Competency of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

Nuchamart Gaewgoontol D.M.(c)^{1*}, Phunthip Chubkuntod M.N.S¹,
Prangthip Thasanoh Elter Ph.D.¹, Patamaporn Khongkhoontod M.N.S¹,
Angsana Wisarutkasempong M.N.S¹, Palita Phota B.N.S², Weerapong Polnigongit Ph.D.³

Abstract

According to domains of learning in nursing, learners need to be equipped with knowledge and nursing skills which take cultural diversity into consideration. The purpose of this descriptive research was to study and compare the cultural competencies of student nurses studying at the Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. Participants were 200 nursing students in their first to fourth year, who were recruited using simple random sampling. Data were collected using the cultural competency questionnaire, which is divided into two parts: the cultural knowledge test (KR-20 = 0.84) and the cultural competency self-evaluation (Cronbach's alpha coefficient = 0.88). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and One-Way ANOVA. Research results revealed that the overall cultural competency of the nursing students was at the cultural awareness level, and there were no difference ($p > 0.05$) in the mean scores between classes (year of study). After the sub-domains of cultural competency were analyzed, we found that the knowledge about culture of the 4th year nursing students was highest ($\bar{X} = 8.74$, $S.D. = 1.97$) and that it was statistically significantly higher than the other classes ($p = 0.05$). However, there were no differences found between the classes' cultural awareness, the cultural skills, the cultural encounter, and the cultural desire ($p > 0.05$). This study's findings can be applied to developing learning management in order to improve the cultural competency among nursing students.

Keywords: nursing competency, cultural competency, nursing students

¹ Registered nurse, senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

² Registered nurse, Practitioner level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

³ Associate Professor, Institute of Social Technology, Suranaree University of Technology

* Corresponding author e-mail : nuchamart@knc.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนส่งผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาล จากการที่มีผู้รับบริการ และผู้ร่วมวิชาชีพต่างชาติมากขึ้น สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้ความรู้และทักษะทางวัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานผลการเรียนรู้ (Domains of learning) ที่สอดคล้องกับตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ดังเช่นผลการศึกษาของศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ, ดาริน ไต่กานี และมุสลิมท์ ไต่กานี ที่พบว่าระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 55.55$, S.D. = 6.16)¹ ส่วนการศึกษาของเยาวดี สุวรรณนาคะ, บุญสืบ โสโสม และกนกอร ชาวเวียง พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะทางวัฒนธรรมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง² หรือแม้แต่พยาบาลวิชาชีพเองก็มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน³ อีกทั้งในด้านความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้สอนต่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนก็พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง⁴ สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาผู้เรียน ให้มีขีดความสามารถของผู้ให้การพยาบาลในสถานการณ์ที่ความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้อย่างมีคุณภาพ

สมรรถนะทางวัฒนธรรมมี 2 องค์ประกอบ คือ ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม และทักษะทางวัฒนธรรม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม 2) ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม 3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ต่างวัฒนธรรม และ 4) ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม⁵ ทั้งนี้สมรรถนะทางวัฒนธรรมดังกล่าวเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์จนเกิดความเข้าใจผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม⁶ โดยอาศัยความรู้ และทักษะการพยาบาลเพื่อเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม⁷ หากผู้ให้การพยาบาลไม่เข้าใจวัฒนธรรมของผู้รับบริการถือเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล⁸ ดังนั้น สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงควรจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดคุณภาพในการพยาบาล

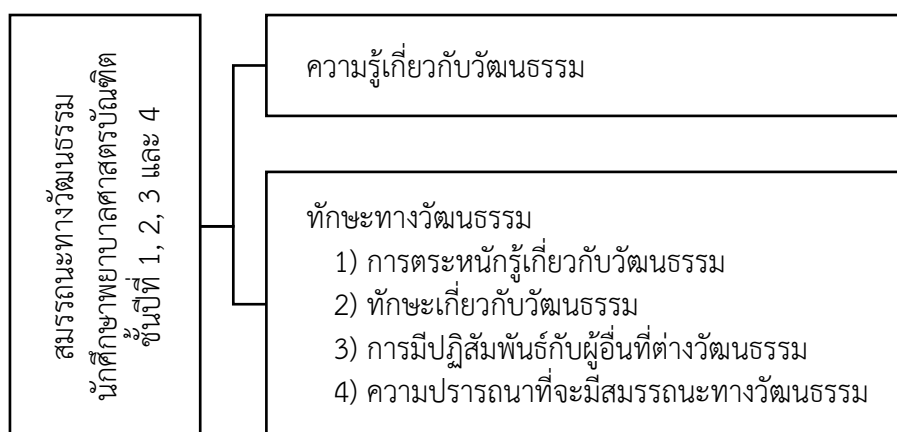
การส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยคำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของสถาบันการศึกษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในด้านความรู้และทักษะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอน และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรม ในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาคมอาเซียนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ระหว่างชั้นปีที่ 1-4

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของอังคณา จิโรจน์⁹ ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของแคมปินฮา-บาโคเต (Campinha-Bacote)⁵ สรุปได้ว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมมี 2 องค์ประกอบ คือ ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม และ ทักษะทางวัฒนธรรม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม 2) ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม 3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ต่างวัฒนธรรม และ 4) ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2561 จำนวนทั้งสิ้น 697 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (β) เท่ากับ .80 ค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05¹⁰ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.25¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 200 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปี 1 - 4 ปีการศึกษา 2561 ซึ่งมีจำนวนแต่ละชั้นปีใกล้เคียงกัน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ชั้นปีละ 50 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ COA 004/2562 คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล แล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะทำในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมทางการพยาบาลของอังคณา จิโรจน์⁹ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ระดับชั้นปี อายุ เพศ ศาสนา จังหวัดที่เกิดและเติบโต ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการมีเพื่อนต่างวัฒนธรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1) การประเมินความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน และ 2) การประเมินทักษะทางวัฒนธรรม ใช้มาตราวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น ระดับ 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง เพื่อประเมินทักษะทางวัฒนธรรม 4 ด้าน คือ (1) ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม 4 ข้อ (2) ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม 6 ข้อ (3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ต่างวัฒนธรรม 3 ข้อ และ (4) ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม 3 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางบวกจำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 2 ข้อ คะแนนรวม 64 คะแนน เมื่อนำผลประเมินมารวมกัน จะได้คะแนนรวม 84 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมสูง และเพื่อให้การแปลผลมีความหมายชัดเจนขึ้น จึงแบ่งเป็น 4 ช่วงคะแนน ดังนี้⁹

16 - 42 คะแนน หมายถึง ไม่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Culturally incompetent)

43 - 62 คะแนน หมายถึง มีความตระหนักถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Culturally awareness)

63 - 76 คะแนน หมายถึง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Culturally competent)

77 - 84 คะแนน หมายถึง ใช้สมรรถนะทางวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Culturally proficient)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย อังคณา จิโรจน์⁹ ได้นำแบบประเมินสมรรถนะด้านวัฒนธรรมทางการพยาบาล ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ก่อนจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงเพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย ผลพบว่า แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม คำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.81 และแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88 คณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงสาระหลักจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แต่ได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่า แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม มีค่า KR-20 เท่ากับ .84 และประเมินทักษะทางวัฒนธรรม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติและการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ส่งแบบประเมินสมรรถนะด้านวัฒนธรรมทางการพยาบาลให้กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ตอบแบบสอบถามภายใน 5 วันหลังจากได้รับแบบประเมิน ซึ่งได้รับการตอบกลับจากนักศึกษาครบตามจำนวน

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกด้านก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)
2. วิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเกิดและเติบโตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นับถือศาสนาพุทธ มีอายุเฉลี่ย 19.66 ปี (S.D. = 0.80) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลด้านเพศ ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการมีเพื่อนต่างวัฒนธรรม โดยใช้การทดสอบไคสแควร์พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ($n = 200$)

ข้อมูลทั่วไป	นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต				p-value
	ชั้นปี 1 ($n = 50$)	ชั้นปี 2 ($n = 50$)	ชั้นปี 3 ($n = 50$)	ชั้นปี 4 ($n = 50$)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ					0.65
หญิง	44 (88.00)	47 (94.00)	46 (92.00)	47 (94.00)	
ชาย	6 (12.00)	3 (6.00)	4 (8.00)	3 (6.00)	
ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม					0.95
เคย	31 (62.00)	29 (58.00)	30 (60.00)	29 (58.00)	
ไม่เคย	10 (20.00)	13 (26.00)	14 (28.00)	14 (28.00)	
ไม่แน่ใจ	9 (18.00)	8 (16.00)	6 (12.00)	7 (14.00)	
การมีเพื่อนต่างวัฒนธรรม					0.77
มี	23 (46.00)	27 (54.00)	26 (52.00)	28 (56.00)	
ไม่มี	27 (54.00)	23 (46.00)	24 (48.00)	22 (44.00)	

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล

1. ผลการศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พบว่า นักศึกษาทุกชั้นปีมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมอยู่ในระดับมีความตระหนักถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรม (43-62 คะแนน) ตามเกณฑ์ของอังคณา จิโรจน์⁹ โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่มีค่าสูงที่สุด ($\bar{X} = 54.58$, S.D. = 10.84) และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด ($\bar{X} = 52.92$, S.D. = 12.79) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนสมรรถนะทางวัฒนธรรม ($n = 200$)

การประเมินสมรรถนะ	นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต							
	ชั้นปี 1 ($n = 50$)		ชั้นปี 2 ($n = 50$)		ชั้นปี 3 ($n = 50$)		ชั้นปี 4 ($n = 50$)	
	$\bar{X}$	(S.D.)	$\bar{X}$	(S.D.)	$\bar{X}$	(S.D.)	$\bar{X}$	(S.D.)
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	6.60	(2.26)	7.80	(1.74)	7.86	(2.08)	8.74	(1.97)
2. ด้านทักษะทางวัฒนธรรม								
2.1 ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	11.20	(1.63)	11.76	(1.72)	10.90	(1.75)	11.24	(2.29)
2.2 ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม	17.28	(2.91)	16.86	(3.14)	17.16	(3.50)	16.02	(3.97)
2.3 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ต่างวัฒนธรรม	8.50	(1.36)	8.90	(1.85)	8.34	(1.61)	8.40	(2.14)
2.4 ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม	9.38	(1.97)	9.26	(2.39)	9.08	(2.26)	8.52	(2.43)
รวม	52.96	(10.13)	54.58	(10.84)	53.34	(11.20)	52.92	(12.79)

2. ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา พบว่า สมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ในแต่ละชั้นปี แต่เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านทักษะทางวัฒนธรรมซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม 2) ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม 3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ต่างวัฒนธรรม และ 4) ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม พบว่าค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนสมรรถนะทางวัฒนธรรม ($n = 200$)

การประเมินสมรรถนะสมรรถนะทางวัฒนธรรม		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	Between Groups	115.86	3	38.62	9.47	0.00
	Within Groups	799.64	196	4.08		
	Total	915.50	199			
2. ด้านทักษะทางวัฒนธรรม						
2.1 ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	Between Groups	19.14	3	6.38	1.83	0.14
	Within Groups	682.74	196	3.48		
	Total	701.88	199			
2.2 ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม	Between Groups	48.42	3	16.14	1.39	0.25
	Within Groups	2269.80	196	11.58		
	Total	2318.22	199			
2.3 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ต่างวัฒนธรรม	Between Groups	9.54	3	3.18	1.02	0.38
	Within Groups	610.22	196	3.11		
	Total	619.76	199			
2.4 ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม	Between Groups	21.72	3	7.24	1.41	0.24
	Within Groups	1007.56	196	5.14		

การประเมินสมรรถนะสมรรถนะทางวัฒนธรรม		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Total		1029.28	199			
รวม	Between Groups	90.50	3	30.17	0.40	0.76
	Within Groups	14883.00	196	75.93		
	Total	14973.50	199			

เมื่อนำค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมมาเปรียบเทียบกับระหว่างชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 มีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมมากที่สุด และมากกว่านักศึกษาทุกชั้นปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 มีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 มีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมน้อยที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพหุคูณของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมโดยใช้ Least-Significant Different ($n = 200$)

Dependent Variable			Mean Difference	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	น.ศ. พยาบาล ปี 1	น.ศ. พยาบาล ปี 2	-1.20	.00*	-2.00	-0.40
		น.ศ. พยาบาล ปี 3	-1.26	.00*	-2.06	-0.46
		น.ศ. พยาบาล ปี 4	-2.14	.00*	-2.94	-1.34
	น.ศ. พยาบาล ปี 2	น.ศ. พยาบาล ปี 1	1.20	.00*	0.40	2.00
		น.ศ. พยาบาล ปี 3	-0.06	.88	-0.86	0.74
		น.ศ. พยาบาล ปี 4	-0.94	.02*	-1.74	-0.14
	น.ศ. พยาบาล ปี 3	น.ศ. พยาบาล ปี 1	1.26	.00*	0.46	2.06
		น.ศ. พยาบาล ปี 2	0.06	.88	-0.74	0.86
		น.ศ. พยาบาล ปี 4	-0.88	.03*	-1.68	-0.08
	น.ศ. พยาบาล ปี 4	น.ศ. พยาบาล ปี 1	2.14	.00*	1.34	2.94
		น.ศ. พยาบาล ปี 2	0.94	.02*	0.14	1.74
		น.ศ. พยาบาล ปี 3	0.88	.03*	0.08	1.68

การอภิปรายผล

ผลการศึกษพบว่านักศึกษาทุกชั้นปีมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวม (การมีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและการมีทักษะทางวัฒนธรรม) อยู่ในระดับ มีความตระหนักถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผุศนีย์ แก้วมณี และคณะ¹² ที่ทำการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม และเกณฑ์การแบ่งสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็น 4 ระดับของอังคณา จิโรจน์⁹ เหมือนกันกับการศึกษาครั้งนี้ และพบว่านักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ระดับ มีความตระหนักถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรม เช่นเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พัฒนาเครื่องมือมาจากกรอบแนวคิดของ Campungha-Bacote เหมือนกัน แต่เครื่องมือมีรายละเอียดและเกณฑ์ในการแบ่ง

ระดับที่แตกต่างกัน พบว่าระดับ มีความตระหนักถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรม นี้ตรงกับ ระดับพอใช้ ของการศึกษาที่แบ่งสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็น 4 ระดับ (ต่ำ, พอใช้, ปานกลาง, สูง)³ การที่นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมใน ระดับพอใช้ เท่านั้น อธิบายได้นักศึกษายังมีโอกาสให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีวัฒนธรรมแตกต่างจากตนน้อย ทำให้พร่องความสามารถในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้บริการต่างวัฒนธรรม และไม่เกิดการกระตุ้นความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมสูงในระดับที่สูงกว่านักศึกษาพยาบาล คืออยู่ใน ระดับปานกลาง ทุกด้าน¹³ หรือการศึกษาของจุฑามาศ เอี่ยมวุฒิวัฒนา และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์² ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพในแผนกสูติกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมใน ระดับปานกลาง โดยพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 5-7 ปี มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานอื่น

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมของแต่ละชั้นปีพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และคณะ¹ ที่ศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนา และคณะ⁶ ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาในนักศึกษาที่อยู่ประจำหอพัก ในสถาบันการศึกษาที่มีเพียงหลักสูตรการสอนเดียว และมีแหล่งฝึกปฏิบัติงานหลักเดียวกัน ทำให้นักศึกษาอยู่ในสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกันทั้งในชีวิตประจำวันและด้านการเรียน จึงมีโอกาสสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้บริการต่างวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน ทั้งนี้วิทยาลัยได้เริ่มต้นปลูกฝังให้นักศึกษามีสมรรถนะทางวัฒนธรรมทั้งด้านความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม ด้วยการจัดการเรียนการสอนรายวิชาพหุวัฒนธรรมให้ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 โดยมุ่งเน้นให้นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างทางความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของความเจ็บป่วย และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาอาการเจ็บป่วยของบุคคลที่มาจากหลากหลายวัฒนธรรม ต่อมาเมื่อนักศึกษาฝึกทักษะทางการพยาบาลในชั้นปีที่ 2 - 4 ผู้สอนจะเน้นให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และความเป็นปัจเจกของบุคคล อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเฉพาะตัวเลขค่าเฉลี่ยโดยไม่ใช้สถิติทดสอบ พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งแตกต่างนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 2 ตามลำดับ¹³

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเฉพาะด้านสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมนั้น พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมมากที่สุด และมากกว่าทุกชั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิโรจน์⁹ ที่พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สูงกว่าชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมุศินีย์ แก้วมณีย์ และคณะ¹³ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบบรรยาย และพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน โดยชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด การที่นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในการศึกษาครั้งนี้มีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมมากที่สุด และมากกว่าทุกชั้นปีนั้น อาจจะเป็นเพราะว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning) ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมในคลินิกและชุมชนเพิ่มเติมจากการเรียนรู้ในภาคทฤษฎีมากกว่านักศึกษาชั้นปีอื่น โดยเฉพาะการศึกษาในชุมชนที่เอื้อให้ได้เรียนรู้ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมของบุคคลในสถานการณ์จริง ทำให้เข้าใจวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย และแบบแผนการดูแล

สุขภาพมากขึ้น จนช่วยเพิ่มสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของนักศึกษาในที่สุด แม้นักศึกษาจะมีประสบการณ์เดิมไม่มากนักก็ตาม ดังจะเห็นได้จากการศึกษาประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ในรายวิชากายวิภาคและสรีรวิทยา¹⁴ ซึ่งพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่มีประสบการณ์เดิมไม่มาก หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานแล้ว พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งรายด้านและภาพรวม และมีระดับของสมรรถนะทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น โดยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม นักศึกษาส่วนมาก (ร้อยละ 92) มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับ *มีความตระหนักเกี่ยวกับวัฒนธรรม* หลังการเข้าร่วมกิจกรรม นักศึกษาส่วนมาก (ร้อยละ 84) มีระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมสูงขึ้นเป็นระดับ *มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม*

นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) อาจจะเนื่องจากวิทยาลัยฯ มีระบบและกลไกการผลิตบัณฑิตหรือจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีความรู้ในวิชาการและวิชาชีพ มีคุณลักษณะตามหลักสูตรที่กำหนด และตาม อัตลักษณ์ของสถาบันอุดมศึกษา¹⁵ แม้ว่าทั้งสองชั้นปีจะมีการศึกษาภาคปฏิบัติแล้ว แต่ยังไม่ได้อาศัยโอกาสศึกษาภาคปฏิบัติในรายวิชาครบถ้วนและชุมชนมากนัก ยังไม่มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งจึงไม่สามารถสะท้อนออกมาเป็นความรู้ในสมรรถนะทางวัฒนธรรมได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมน้อยที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากยังเรียนในรายวิชาการศึกษาทั่วไป ไม่มีโอกาสดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในคลินิกหรือในชุมชนเลย

จากผลการศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรม ด้านการมีทักษะทางวัฒนธรรมทั้ง 4 ด้านย่อย คือ ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ต่างวัฒนธรรม และด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม พบว่านักศึกษาทุกชั้นปีมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านนี้ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ทั้งนี้อาจจะเนื่องทักษะเป็นสิ่งที่ต้องสะสมและใช้เวลา แม้ว่าระยะเวลาการศึกษาในหลักสูตรที่สถาบันการศึกษาจัดให้เป็นระยะเวลา 4 ปี จะกระตุ้นให้เกิดสมรรถนะด้านความรู้และแสดงผลชัดเจนว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีสมรรถนะด้านความรู้มากกว่าชั้นปีอื่น ๆ แต่อาจจะไม่เพียงพอที่จะพัฒนาทักษะทางวัฒนธรรมที่ต้องใช้เวลามากกว่า ดังเช่นการศึกษาที่ได้อภิปรายไว้ข้างต้นว่า พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับที่สูงกว่านักศึกษาพยาบาล^{2,13} อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพได้มีโอกาสพัฒนาทักษะทางวัฒนธรรมมากกว่า และมีระยะเวลาการพัฒนา มากกว่านั้นเอง โดยเฉพาะพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 5 - 7 ปี ที่พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติอื่น

สมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เป็นนักศึกษาไปจนกระทั่งทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้สามารถแยกแยะความรู้สึก ความเชื่อ และพฤติกรรมของผู้รับบริการที่มีวัฒนธรรมแตกต่างจากตนได้ สามารถสื่อสารเพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ นำไปสู่การดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ สามารถมีติดต่อกับสื่อสารกับผู้ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามกาลเทศะ และเกิดการพัฒนากายใจจิตใจ คือเกิดความความต้องการพัฒนาตนเองและความปรารถนาที่ปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน และผู้รับบริการที่มีความต่างวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมในแต่ละชั้นปีไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบในรายด้านพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมสูงกว่าทุกชั้นปี แต่สมรรถนะด้านทักษะทางวัฒนธรรมไม่แตกต่างกันในระหว่างชั้นปี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. อาจารย์ที่สอนภาคทฤษฎีของทุกชั้นปี ควรออกแบบการสอนในลักษณะของโจทย์สถานการณ์ที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ของนักศึกษากับบุคคลที่มาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ส่วนอาจารย์ที่สอนภาคปฏิบัติ ควรมอบหมายให้นักศึกษาได้ดูแลผู้รับบริการที่มาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างจากนักศึกษา แล้วอภิปรายเกี่ยวกับความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางวัฒนธรรมในด้านต่าง ๆ เพื่อให้นักศึกษาได้สะสมความรู้ทางวัฒนธรรมตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จนถึงชั้นปีที่ 4

2. เนื่องจากนักศึกษาทุกชั้นปีมีทักษะทางวัฒนธรรมในระดับเดียวและเป็นนักศึกษาที่อยู่ประจำในหอพัก สถาบันการศึกษาควรจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร และจัดสิ่งแวดล้อมให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะดังกล่าวไปพร้อมกัน เช่น จัดโครงการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมกับนักศึกษาจากสถาบันอื่น ส่งเสริมการตั้งกลุ่มหรือชมรมตามวัฒนธรรมของนักศึกษา และมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมในระหว่างชมรม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้เรียน ในรายวิชาต่าง ๆ เช่น การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลเด็ก เป็นต้น

2. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริพันธ์, ศิริพันธ์, ดาริน โต๊ะกานี และมุสลิม โต๊ะกานี. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2552;1: 42-55.
2. เยาวดี สุวรรณาคะ, บุญสืบ โสโสม และกนกอร ชาวเวียง. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558;1:186-97.
3. จุฑามาศ เอี่ยมวุฒิวัฒนา และศิริพันธ์, ศิริพันธ์. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพแผนกสูติกรรมในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;3:14-28.
4. ปานทิพย์ ปุณณานนท์. ความรู้ ทักษะและความพร้อมต่อการเป็นประชาคมอาเซียนของอาจารย์และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2557;2:17-31.
5. Campinha-Bacote J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. Journal of Nursing Education 1999;5:203-7.
6. ประณีต ส่งวัฒนา, สุตศิริ หิรัญขุนทด, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และศิริพร ชัมภลิต. รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.

7. Douglas MK, Pierce JU, Rosenkoetter M, Pacquiao D, Callister LC, Hattar-Pollara M, et al. Standards of practice for culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing* 2011;4:317-33.
8. Leininger M. Leininger's reflection on her ongoing father protective care research. *Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare* 2011;2:1-13.
9. อังคณา จิโรจน์. การศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของอาจารย์และนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2558;6:1006-22.
10. นงลักษณ์ วิรัชชัย. การกำหนดขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมุติฐานวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://rdo.psu.ac.th/ResearchStandards/animal/assets/document/GPower3-3.pdf>
11. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull* 1992;1:155-9.
12. ผุสณีย์ แก้วมณีย์, วานิดา สามะ, เรวัตร คงผาสุข, และพัชรินทร์ คมขำ. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของอาจารย์และนักศึกษพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2561;5:26-37.
13. จิระนันท์ ภูสมตา และ มาริสา ไกรฤกษ์. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2562; 37:113-22.
14. กรรณิกา เรืองเดช, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, รุจา รอดเข็ม, และขจิต โอชาอัมพวัน. ประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน ต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2558;23:12-25.
15. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. มคอ.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา; 2560.

ผลการใช้นวัตกรรมอุณหภูมิเย็นประคบต่อการลดอุณหภูมิร่างกาย ผู้ป่วยเลือดออกในสมองในหัตถ์ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท

นิตยา กรายทอง พย.บ.^{1*}

พิทักษ์ พิมพ์พันธ์ พย.บ.¹

สุวิมล จินดาศรี พย.บ.¹

นุสรา ประเสริฐศรี Ph.D.²

บทคัดย่อ

อุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นทำให้การบาดเจ็บของสมองเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการลดอุณหภูมิร่างกายของนวัตกรรมอุณหภูมิเย็นประคบ เป็นการวิจัยแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบโดยไม่ปิดบังแบบไปข้างหน้า (A prospective randomized, nonblinded trial) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่มีเลือดออกในสมองที่มีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าหรือเท่ากับ 37.9 °C ถึง 39.5 °C จำนวน 50 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองใช้นวัตกรรมอุณหภูมิเย็นประคบ 25 รายและกลุ่มควบคุมใช้วิธีลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาตามวิธีปกติ (Tepid sponge) 25 รายโดยวิธีการจับฉลาก วัดอุณหภูมิร่างกายหลังการทดลอง 15 นาที 30 นาที และ 60 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอุณหภูมิร่างกายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Pair t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 38.44 องศาเซลเซียส (SD ± 0.51) และ 38.40 องศาเซลเซียส (S.D. ± 0.33) ตามลำดับ หลังการทดลอง 15 นาที พบว่า ไม่มีความแตกต่างของอุณหภูมิร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 30 นาที และ 60 นาที พบว่า มีความแตกต่างของอุณหภูมิร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลอง (37.10 (S.D. ± 0.69)), (36.9 (S.D. ± 0.71)) และกลุ่มควบคุม (37.56 (S.D. ± 0.84)), (37.92 (S.D. ± 0.75)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.1, P < 0.05$), ($t = 4.8, P < 0.01$) นอกจากนี้พบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความเย็นหลังการใช้นวัตกรรมอุณหภูมิเย็นประคบในกลุ่มทดลอง ได้แก่ อาการหนาวสั่น ผิวหนังไหม้จากความเย็นและหัวใจเต้นผิดปกติชนิด Ventricular Fibrillation ผลการศึกษาสรุปได้ว่านวัตกรรมอุณหภูมิเย็นประคบสามารถใช้ในการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทที่มีเลือดออกในสมองได้มากกว่าการเช็ดตัวด้วยน้ำตามวิธีปกติ และมีความปลอดภัย เป็นวิธีที่สะดวก ประหยัด และเป็นทางเลือกในการลดไข้ให้ผู้ป่วยในภาวะที่ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: นวัตกรรมอุณหภูมิเย็นประคบ การลดอุณหภูมิร่างกาย เลือดออกในสมอง

¹ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

* Corresponding author email: Nittaya1311@hotmail.com

วันที่รับ (received) 2 ก.ค.2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 ส.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ส.ค. 2564

Effect of an Innovative Use of “Jell Cold Packs” for Reducing Body the Temperature of Intracerebral Hemorrhage Neurosurgery Patients in Neurosurgery Intensive Care Units

Nittaya Kraythong RN, BSN^{1*}

Pithack Pimpun RN, BSN¹

Suwimon Jindasri RN, BSN¹

Nusara Prasertsri RN, Ph.D.²

Abstract

Elevated temperature worsens brain injury in patients with intracerebral hemorrhage. The objective of this study was to examine the effect of jell cold packs for reducing body temperature in intracerebral hemorrhage neurosurgery patients. This was a prospective, randomized, nonblinded trial. There were 50 intracerebral hemorrhage neurosurgery patients who had a body temperature between 37.9°C to 39.5 °C that were randomly sampled into an experimental group (25) using jell cold packs and a control group (25) using a tepid sponge method. The body temperatures were assessed three timepoints, 15-minutes, 30 minutes, and 60 minutes, after treatment. The data were analyzed using descriptive statistics for percentages, averages, and standard deviations, and Paired t-tests were used for comparison of body temperature means. The result revealed that the subjects' average body temperatures before the jell cold packs method and the tepid sponge method treatment were 38.44 (S.D. $\pm$ 0.51), 38.40 (S.D. $\pm$ 0.33) respectively. There was no difference in body temperature between the experimental group and the control group in the experiment at 15 minutes post treatment. At the 30- and 60-minute timepoints, there were statistically significant differences in body temperature ($t = 2.1$, $P < 0.05$), ($t = 4.8$, $P < 0.01$) between the experimental group (37.10 (S.D. $\pm$ 0.69)), (36.9 (S.D. $\pm$ 0.71)) and the control group (37.56 (S.D. $\pm$ 0.84)), (37.92 (S.D. $\pm$ 0.75)). In addition, there no complications were observed from using the jell cold packs, including shivering, skin burns from the cold, and ventricular fibrillation. The conclusion from this study is that jell cold packs can be safely used to reduce body temperature in neurological surgery patients with cerebral hemorrhage more effectively than the tepid sponge method and that is a safe, convenient, time-saving, low cost, alternative method to reduce temperature in patients when there is a shortage of nursing personnel.

Keywords: jell cold pack, reduction body temperature, hemorrhage neurosurgery patients

¹ Sunpasitthiprasong hospital

² Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong

* Corresponding author email: Nittaya1311@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บของสมองเนื่องจากการแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดก้อนเลือดในสมอง ผู้ป่วยบางรายอาจจะเกิดภาวะสมองบวมตามมา เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่งผลต่อระบบการไหลเวียนของเลือดภายในสมองลดลง ทำให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเสียหายที่¹ ภาวะใช้เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บของสมอง² และเป็นสาเหตุทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นนำไปสู่การบาดเจ็บสมองทุติยภูมิ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การทำงานของสมองแย่งและการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

ภาวะไข้เป็นภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิมากกว่า 37.5°C ในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ภาวะไข้เกิดได้หลายสาเหตุ เช่น เลือดไปเลี้ยงไฮโปทาลามัส ลดลง ทำให้ไฮโปทาลามัสไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติได้ ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น³ หรือเกิดจากการตอบสนองต่อการอักเสบในบริเวณที่หลอดเลือดฉีกขาดของสมองทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ที่มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะไข้สูง จะทำให้เกิดความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากขึ้น 1.5 เท่า ของผู้ป่วยที่ไม่มีไข้⁴ อุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 เกิดความร้อนเพิ่มขึ้นทำให้อัตราการเสียน้ำของร่างกายเพิ่มขึ้นและร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 หากอุณหภูมิสูงมากกว่า 43°C เซลล์ระบบประสาทส่วนกลางจะถูกทำลาย ซึ่งเป็นอันตรายและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁵

ปัญหาที่สำคัญของพยาบาลในการที่ต้องช่วยเหลือแก้ไขเพื่อลดความรุนแรงของโรคจากภาวะไข้ ซึ่งการบำบัดรักษาภาวะไข้ที่เหมาะสมและรวดเร็วในระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงและความพิการของโรคหรือภาวะคุกคามชีวิตที่จะเกิดตามมาได้ วิธีจัดการภาวะไข้ในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและสมองมีการศึกษาและปฏิบัติในการลดไข้หลายวิธี เช่นการให้ยาอะเซตามิโนเฟน ซึ่งจะออกฤทธิ์หลังได้ยาประมาณ 30-40 นาที เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาทำให้ไม่สามารถออกฤทธิ์ลดไข้ได้ทันที และอาจเกิดผลข้างเคียงและเกิดพิษต่อดับได้⁶ หรือการใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิ Hypothermia equipment ซึ่งสะดวกและลดไข้ได้เร็วแต่มีราคาแพงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หากไม่ระมัดระวัง เช่นผิวหนังถูกทำลายจากความเย็น หรือเกิดอาการหนาวสั่น⁷ การเช็ดตัวลดไข้เป็นวิธีทำได้ง่าย⁸ โดยใช้การเช็ดด้วยน้ำเย็นแต่ต้องใช้เวลาและจำนวนบุคคลากรในการดูแลและเกิดความเปียกชื้นและในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองอาจทำให้บาดเจ็บเกิดการติดเชื้อได้จึงต้องระมัดระวังในการปฏิบัติ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดบวมตามมาได้⁹ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาเลือกวิธีลดไข้ที่เหมาะสมและให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดและป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติ

การพัฒนาผ้าห่มเย็นเจลลดไข้เป็นวิธีการหนึ่งที่ถูกนำมาใช้โดยการนำเจลเย็นที่ได้จากการแช่แข็งนานมากกว่า 2 ชั่วโมงและนำมาวางบนตัวผู้ป่วย และจากการศึกษาการใช้ผ้าห่มเจลลดไข้ พบว่าหลังการใช้ผ้าห่มเจลสามารถลดไข้ได้ อุณหภูมิลดลงอยู่ในช่วง $0.3-0.9^{\circ}\text{C}$ ¹⁰ และผลจากการใช้นวัตกรรมผ้าห่มเย็นต่อการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและสมองที่มีอุณหภูมิร่างกายสูง พบว่าสามารถลดอุณหภูมิร่างกายในช่วง $0.31-0.83^{\circ}\text{C}$ โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อน¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการลดอุณหภูมิร่างกายโดยการนำความเย็นจากภายนอกมาใช้ โดยการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและลำคอ เป็นการลดอุณหภูมิของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองให้ความเย็นแก่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง และให้ความเย็นแก่หลอดเลือดดำบริเวณผิวของศีรษะ และหลอดเลือดดำที่ไหลกลับจากส่วนต่างๆของสมองเข้าสู่หัวใจ สามารถลดอุณหภูมิของสมองอยู่ระหว่าง $33 - 35^{\circ}\text{C}$ ^{12 13}

จากสถิติข้อมูลห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ผู้ป่วยเลือดออกในสมอง พบผู้ป่วยมีเลือดออกในสมองมีภาวะไข้จำนวนย้อนหลัง 3 ปี พบดังนี้ 2559 (11,749 ครั้ง/ปี) 2560 (9,147 ครั้ง/ปี) และ 2561 (18,798 ครั้ง/ปี) ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงคิดประดิษฐ์นวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบขึ้นนำมาใช้ในการลดไข้ โดยการนำถุงเจล (Cold pack) บรรจุในถุงผ้าที่เย็บจากผ้าต่วนแช่ในตู้เย็น

ในช่องธรรมดานานมากกว่า 2 ชั่วโมง แล้วใช้เจลเย็นวางประคบบริเวณลำตัวผู้ป่วยที่มีไข้ด้านหน้า 2 ชั้น วางรองด้านหลังผู้ป่วย 2 ชั้น และบริเวณหน้าผากและศีรษะ 1 ชั้น ใช้หมอนรองคอที่บรรจุเจลเย็นวางบริเวณคอผู้ป่วย 1 ชั้น โดยอาศัยหลักการนำ การพา และการแผ่รังสีความร้อนออกจากร่างกายผ่านวัตถุที่เย็น¹⁴ และการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและลำคอไปใช้กับผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะไข้โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท นวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบนี้สามารถทำความสะดวกและนำมาใช้กับผู้ป่วยซ้ำได้อีกหลายครั้งรวมถึงต้นทุนในการผลิตนวัตกรรมชุดละ 1,500 บาท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยขณะมีไข้และหลังจัดการภาวะไข้โดยใช้นวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยหลังจัดการภาวะไข้โดยใช้นวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบในการจัดการภาวะไข้ และการจัดการภาวะไข้โดยใช้วิธีลดไข้แบบปกติ

กรอบแนวคิดการศึกษา

การพัฒนานวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบใช้แนวคิด ADDIE ในการพัฒนา¹⁵ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์ (Analysis) ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) เกี่ยวกับปัญหาไข้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและการพยาบาลเพื่อลดอุณหภูมิผู้ป่วยขณะมีไข้ การทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Basic Information) สำหรับการออกแบบนวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบ
2. การออกแบบ (Design) ออกแบบนวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบจากการทบทวนวรรณกรรม
3. การพัฒนา (Development) พัฒนานวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบให้มีประสิทธิภาพและสามารถใช้ได้กับผู้ป่วย
4. การนำไปใช้ (Implementation) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยนำนวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง
5. การประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลการใช้นวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบในผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โดยเปรียบเทียบกับผลการลดอุณหภูมิแบบปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองกลุ่มที่ได้รับการลดไข้ด้วยโดยใช้นวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบหลังจากได้รับการลดไข้มีค่าเฉลี่ยอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าอุณหภูมิเมื่อเริ่มต้นมีไข้
2. ผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองกลุ่มที่ได้รับการลดไข้ โดยใช้ใช้นวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบมีค่าเฉลี่ยอุณหภูมิร่างกายหลังการลดไข้ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลลดไข้แบบปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาผลการใช้นวัตกรรมมุงเจลเย็นประคบในการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทที่มีเลือดออกในสมองที่มีไข้เปรียบเทียบกับวิธีการลดไข้ด้วยวิธีการปกติด้วยน้ำธรรมดาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ศึกษาระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ 2563 - 30 เมษายน 2563 โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบโดยไม่ปิดบังโดยทำ

แบบไปข้างหน้า (A prospective randomized, nonblinded trial) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มทดลองใช้นวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบบริเวณลำตัว ศีรษะและคอ
2. กลุ่มควบคุมใช้ผ้าชุบน้ำธรรมดา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่มีเลือดออกในสมอง และมีภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงในช่วง 37.9°C ถึง 39.5°C ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ถึงเดือนเมษายน 2563 จำนวน 50 คน โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณใช้ G*power analysis กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ($\alpha = 0.05$), อำนาจความทดสอบ เท่ากับ 0.80 และ Effect size ขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.8 ค่าได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 ราย เพื่อการสูญเสียเพิ่ม 15% รวมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 ราย/กลุ่ม กำหนดคุณสมบัติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) หรือเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) หรือเลือดออกในเวนทริเคิล (Intraventricular hemorrhage)
3. มีอุณหภูมิร่างกายขณะศึกษาเท่ากับหรือมากกว่า 37.9°C หรือเท่ากับ 39.5°C
4. ไม่ได้รับยาลดไข้ก่อนการทดลอง หรือได้รับแล้วอย่างน้อยนานเกิน 4 ชั่วโมง
5. ไม่มีโรคหรือพยาธิสภาพที่เป็นอันตรายหากทำการประคบเย็นเช่นแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกหรือกระดูกสันหลังเคลื่อนเป็นต้น
6. ไม่มีการติดเชื้อ XDR หรือ MDR ในร่างกาย
7. ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ CA code 019/2563 ให้การรับรองวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563 ทีมวิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมวิจัยทุกประการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยง ประโยชน์ หรือผลเสีย และการรักษาความลับของข้อมูลจากการวิจัย ในระหว่างการเก็บข้อมูลและมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง เช่น ความดันโลหิตไม่คงที่ หัวใจเต้นเร็วจังหวะชนิด Ventricular Fibrillation (VF) อาการหนาวสั่น มีผิวไหม้จากความเย็น ผู้วิจัยจะยุติการศึกษาและรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง
นวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบโดยผู้วิจัยเป็นผู้ผลิตเอง ประกอบด้วยอุปกรณ์ 2 ส่วนคือ
1.1 ปลอกถุงผ้า ที่ตัดเย็บจากผ้าต่วนเนื้อเนียนลื่น เพราะมีคุณสมบัติคือลื่น ระบายอากาศได้ดีสามารถทำความสะอาดได้ง่ายตัดเย็บเป็นลักษณะดังนี้

1.1.1 ผ้าสี่เหลี่ยมขนาด 8×10 นิ้วเย็บติดกัน 2 ชั้นเพื่อบรรจุถุงเจลขนาด 8×10 นิ้ว 2 ถุง ซึ่งมีน้ำหนักรวมเมื่อนำถุงเจลเย็นที่ผู้วิจัยเป็นผู้ผลิตเอง บรรจุในปลอกถุงผ้าแล้วประมาณ 1400 กรัมจะเป็น 4 ชุดใช้วางบริเวณลำตัวด้านหน้าผู้ป่วย 2 ชั้น และด้านหลังของผู้ป่วย 2 ชั้น ดังภาพ

1.1.2 ผ้าสี่เหลี่ยมขนาด 8×10 นิ้ว 1 ชั้น เพื่อบรรจุเจลเย็น 1 ถุง สำหรับวางบริเวณ หน้าผากและศีรษะของผู้ป่วย ซึ่งมีน้ำหนัก ประมาณ 700 กรัม

1.1.3 ปลอกหมอนรองคอ เย็บผ้าตัวเป็นลักษณะเหมือนหมอนรองคอเพื่อบรรจุเจลเย็นที่บรรจุอยู่ในหมอนรองคอแบบสำเร็จรูป ใช้วางบริเวณคอของผู้ป่วยซึ่งมีน้ำหนักประมาณ 1100 กรัม



ภาพที่ 1 : แสดง ผ้าสี่เหลี่ยมขนาด 8×10 นิ้วใช้บรรจุถุงเจลและปลอกหมอนรองคอ

1.2 ถุงประคบร้อนเย็น (Cold hot pack) สำหรับผู้ใหญ่ขนาด 8×10 นิ้ว น้ำหนักประมาณ 700 กรัมต่อถุง ถุงเจลประคบเป็นวัสดุทางการแพทย์ซึ่งผลิตจากเจลชนิดพิเศษโพรพิลีน ไกลคอล (Propylene glycol) สามารถทนภาวะความร้อนได้ระหว่างอุณหภูมิ 29 °C 100 °C เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัยตามคำแนะนำในการใช้งานในลักษณะการประคบเย็น สามารถใช้ในการลดอุณหภูมิร่างกายกรณีมีภาวะไข้ได้ ต้นทุนการผลิตนวัตกรรมอยู่ที่ชุดละ 1,500 บาท

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือขึ้นประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2.2 เครื่องมือวัดอุณหภูมิร่างกายระบบดิจิทัล

การตรวจสอบและการหามาตรฐานเครื่องมือ

1. คณะผู้ศึกษาได้นำนวัตกรรมเจลเย็นที่ใช้ในการศึกษาดังกล่าวไป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่แพทย์เฉพาะทางระบบประสาท 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางระบบประสาท 2 ท่าน ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบ (Usability) ประเมินนวัตกรรมและความปลอดภัยในการนำไปใช้กับผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่มีเลือดออกในสมอง และมีภาวะไข้ตั้งแต่ 37.9 °C ถึง 39.5 °C ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษารั้งนี้ ได้ค่าความตรงของการใช้นวัตกรรมเจลเย็น เท่ากับ 0.95

2. เครื่องมือวัดอุณหภูมิร่างกายทางรักแร้ ระบบดิจิทัล ได้รับการสอบเทียบค่ามาตรฐานจากบริษัทผู้ผลิตเป็นปรอทใหม่ที่เพิ่งเปิดใช้งาน

3. เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิห้อง อุณหภูมิตู้เย็นและถุงประคบ และเครื่องวัดสัญญาณชีพชนิดติดตามตัว ได้รับการสอบเทียบค่ามาตรฐานจากบริษัทผู้ผลิตเป็นปรอทใหม่ที่เพิ่งเปิดใช้งาน

4. นาฬิกาจับเวลาเทียบเวลาตามมาตรฐานของประเทศไทย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแต่ละราย จะได้รับการสุ่มคัดเลือกวิธีปฏิบัติในการลดไข้เพียง 1 วิธี โดยการจับฉลาก กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 จะได้รับการจับฉลากสุ่มวิธีการปฏิบัติเพียงหนึ่งวิธี ซึ่งกลุ่มทดลองจะใช้วิธีการลดไข้โดยใช้เจลเย็นประคบจำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุมจะใช้วิธีการลดไข้โดยการเช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดาตามแนวทางปฏิบัติเดิมคือการใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตามลำตัวผู้ป่วยและพับผ้าไว้ในจุดที่มีเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก เพื่อให้หลอดเลือดที่ผิวหนังขยายใช้เวลา 25 - 30 นาที จำนวน 25 ราย

2. ก่อนการทดลอง ผู้เข้าร่วมโครงการศึกษาทุกรายจะได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษารายละเอียดวิธีปฏิบัติ และผู้ศึกษาจะหยุดการทดลองทันทีหากเกิดความเสี่ยง หรือผู้เข้าร่วมโครงการขอยกเลิกไม่เข้าร่วมโครงการ กรณีผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวญาติสายตรงผู้มีสิทธิ์ตามกฎหมายเป็นผู้ตัดสินใจแทน และผู้เข้าร่วมโครงการทุกรายเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมโครงการศึกษาไว้เป็นหลักฐาน

3. บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและสัญญาณชีพก่อนการทดลองในแบบฟอร์มทุกราย

4. บันทึกอุณหภูมิร่างกายก่อนการทดลองและหลังการประคบเจลเย็นในนาที่ที่ 15 30 และ 60 นาที โดยใช้ปรอทระบบดิจิตอล วัดทางรักแร้นาน 1 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลและใช้แบบฟอร์มที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นในการบันทึกข้อมูล

5. บันทึกสัญญาณชีพและแผนระวางอาการแทรกซ้อนระหว่างการทดลอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลและใช้แบบฟอร์มที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นในการบันทึกข้อมูล

6. วิธีการวางเจลเย็นโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลและใช้แบบฟอร์มที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

6.1 การเตรียมนวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบโดยนำถุงเจลบรรจุในถุงผ้าที่เตรียมไว้แบบเย็บติดกัน 2 ชั้นจำนวน 4 ชั้น แบบชั้นเดียว 1 ชั้นและแบบหมอนรองคอ 1 ชั้น แช่ในตู้เย็นในช่องธรรมดานานมากกว่า 2 ชั่วโมง อุณหภูมิถุงเจลประคบจะอยู่ในช่วงระหว่าง 8 - 12 °C โดยหลังการเอาถุงเจลออกจากตู้เย็นจะมีการวัดอุณหภูมิของถุงเจลหลังการแช่ทุกครั้งเพื่อควบคุมอุณหภูมิถุงเจลให้อยู่ในช่วง 8 - 12 °C จึงจะนำไปวางประคบที่ตัวผู้ป่วย

6.2 จัดทำผู้ป่วยนอนหงาย ถอดเสื้อผู้ป่วยออกวางถุงเจลแช่เย็นแบบเย็บติดกัน 2 ชั้น ด้านหลังตัวผู้ป่วย 2 ชั้น และบริเวณด้านหน้าอกถึงท้อง 2 ชั้น และใช้ถุงเจลประคบชนิดแบบชั้นเดียววางบริเวณหน้าผาก 1 ชั้น และแบบชนิดหมอนรองคาวางบริเวณคอผู้ป่วยด้านหลัง 1 ชั้น

6.3 หลังการวางนวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบตัวผู้ป่วยครบ 60 นาที นำนวัตกรรมออกจากตัวผู้ป่วย จัดทำนอนผู้ป่วยให้เรียบร้อยอยู่ในท่าที่สบาย นำนวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบไปทำความสะอาดเพื่อเตรียมไว้ใช้ในวันต่อไป โดยนำถุงเจลออกจากถุงผ้าไปล้างทำความสะอาดด้วยน้ำผสมผงซักฟอก และล้างด้วยน้ำสะอาดนำไปผึ่งให้แห้งก่อนนำไปเก็บ ส่วนผ้าที่บรรจุถุงเจลนำไปซักด้วยผงซักฟอก ล้างด้วยน้ำสะอาดแล้วนำไปผึ่งแดดให้แห้งก่อนนำไปใช้ครั้งต่อไป เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

7. การเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาใช้น้ำธรรมดาที่อุณหภูมิห้องเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วย โดยให้เช็ดนาน 30 นาที ตามหลักวิชาการเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วย โดยเช็ดบริเวณหน้า ลำตัว แขน ขา ซอกคอ ซอกรักแร้ ขาหนีบ เพื่อระบายความร้อน

8. หลังการใช้แนวทางปฏิบัติในการลดไข้แต่ละวิธีจะบันทึกอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยหลังการทดลอง 15 นาที 30 นาที และ 60 นาที ตามลำดับ พร้อมประเมินอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้แนวทางปฏิบัติ ได้แก่ ผิวหนังไหม้จากความเย็น อาการหนาวสั่น และหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Ventricular Fibrillation

(VF) ซึ่งจะมีการประเมินอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยทุก 15 30 และ 60 นาที พร้อมการวัดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย และประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในส่วนของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ส่วนการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิผู้ป่วยขณะมีไข้และหลังจัดการภาวะไข้ โดยใช้สูตรกรรมถ่วงเฉลี่ยเป็นประคบบและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิผู้ป่วยหลังจัดการภาวะไข้โดยใช้สูตรกรรมถ่วงเฉลี่ยในการจัดการภาวะไข้ และการจัดการภาวะไข้โดยใช้วิธีลดไข้แบบปกติ ใช้สถิติ Pair t-test เปรียบเทียบอุณหภูมิเริ่มต้น เป็นคู่ระหว่างเวลาเริ่มต้นกับเวลา 15 นาที เริ่มต้นกับเวลา 30 นาที และเริ่มต้นกับเวลา 60 นาที

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้สูตรกรรมถ่วงเฉลี่ยเป็นประคบบ จำนวน 25 คน และเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฉีดตัวแบบปกติ 25 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ ^a					0.33 ^{ns}
ชาย	16	64	14	56	
หญิง	9	36	11	44	
อายุ (ปี) ^b					5.9 ^{ns}
31-40 ปี	5	20.00	2	8.00	
41-50 ปี	3	12.00	3	12.00	
51-60 ปี	3	12.00	10	40.00	
มากกว่า 60ปี	14	56.00	10	40.00	
โรคประจำตัว ^a					.085 ^{ns}
มี	15	60.00	16	64.00	
ไม่มี	10	40.00	9	36.00	
การผ่าตัด ^b					7.18 ^{ns}
Ventriculostomy	8	32.00	9	36.00	
Craniotomy	4	16.00	2	8.00	
Craniectomy	10	40.00	8	32.00	
ไม่ได้ผ่าตัด	3	12.00	6	24.00	

ns = not statistically significant, ^aChi-square test, ^bLikelihood Ratio

จากตารางที่ 1 จะพบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 64 เพศหญิงร้อยละ 36 ส่วนใหญ่เป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 88 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอุณหภูมิของผู้ป่วยก่อนลดอุณหภูมิ และอุณหภูมิหลังการลดใน 3 ระยะเวลา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับเจลความเย็น (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ใช้การเช็ดตัวแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) โดยใช้สถิติที อิสระ (N = 50)

ระยะเวลา	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อุณหภูมิก่อนลดอุณหภูมิ	38.44	0.51	38.40	0.33	0.36	0.71
อุณหภูมิหลัง 15 นาที	37.79	0.77	37.91	0.62	-0.60	0.54
อุณหภูมิหลัง 30 นาที	37.56	0.84	37.10	0.68	2.1	.041*
อุณหภูมิหลัง 60 นาที	37.92	0.75	36.9	0.71	4.8	0.00*

*p< 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอุณหภูมิของผู้ป่วย ก่อนและหลังการลดใน 3 ระยะเวลา ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ เจลความเย็น โดยใช้ pair t-test (N=25)

อุณหภูมิก่อนได้รับถุงเจลเย็น ประคบ		เวลาหลังได้รับถุงเจลเย็น ประคบ	อุณหภูมิ		t	p
$\bar{X}$ (°C)	S.D.		$\bar{X}$ (°C)	S.D.		
38.39	0.33	15 นาที	37.91	0.62	4.71	0.01*
		30 นาที	37.10	0.68	9.85	0.00*
		60 นาที	36.90	0.71	12.4	0.00*

*p< 0.05

จากการเปรียบเทียบอุณหภูมิของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังการลดอุณหภูมิใน 3 ระยะเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (N = 50) พบว่าอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย ทั้ง 2 กลุ่ม ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อหลังให้การพยาบาล 30 นาที และ 60 นาที เปรียบเทียบอุณหภูมิ ของผู้ป่วยก่อนและหลังอุณหภูมิร่างกายหลังการทดลองใน 3 ระยะเวลา ในกลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมถุง เจลเย็นประคบ โดยใช้ pair t-test พบว่า อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยลดลงหลังได้รับนวัตกรรมถุงเจลเย็น ประคบ 15 นาที โดยค่าความน่าเชื่อถือเมื่อวิเคราะห์ห่อออกมาอยู่ที่ P-value = 0.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 60 นาที หลังได้รับนวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบ

การอภิปรายผล

ผลการใช้นวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทที่มีเลือดออก ในสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวางนวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบมีอุณหภูมิร่างกายลดลงหลังการวาง นวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบ ตั้งแต่ 15 ถึง 60 นาที โดยที่อุณหภูมิของกลุ่มตัวอย่างก่อนการวางนวัตกรรมถุง เจลเย็นประคบ เฉลี่ยเท่ากับ 38.39 °C และภายหลังการวางนวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบ นาทีที่ 15 30 และ 60 นาที เท่ากับ 37.91 °C 37.10 °C และ 36.90 °C ตามลำดับ ทำให้เห็นได้ว่านวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบ สามารถลดอุณหภูมิร่างกายได้เนื่องจาก เมื่อวางนวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบ ความเย็นจากเจลที่วางสัมผัสกับ ผิวกายผู้ป่วยจะนำความร้อนออกจากร่างกายได้ดี ซึ่งความร้อนจากร่างกายจะถูกนำความร้อนผ่านวัตถุที่เย็น กว่าความร้อนที่ถูกนำออกจะมากหรือน้อยขึ้นกับความแตกต่างของอุณหภูมิเจลและอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย การนำความร้อนจะถ่ายเทอุณหภูมิจากที่มีอุณหภูมิสูงกว่าไปสู่ที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า¹⁶ นอกจากนี้การวาง Cold pack บริเวณลำคอและหน้าผากจะช่วยเพิ่มการนำความร้อนจากอวัยวะบริเวณนั้นโดยระบบไหลเวียน

จากอวัยวะส่วนกลางสู่หลอดเลือดใหญ่ หลอดเลือดเล็ก หลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนัง และระบายความร้อนออกทางผิวหนัง

การแช่ตัวด้วยน้ำธรรมดาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการแช่ตัวด้วยน้ำธรรมดาพบว่าอุณหภูมิร่างกายลดลงเช่นกัน โดยพบอุณหภูมิร่างกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนการแช่ตัวด้วยน้ำธรรมดามีอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยอยู่ที่ 38.44°C และหลังได้รับการแช่ตัว 15 30 และ 60 นาที พบว่าอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยเป็น 37.79 37.56 และ 37.92°C ตามลำดับ ซึ่งน้ำที่ใช้แช่ตัวผู้ป่วยจะช่วยพาความร้อน นำความร้อนและระบายออกจากร่างกาย การสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายจะขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิของน้ำ และร่างกายผู้ป่วยและจะถ่ายเทความร้อนจากที่ ๆ มีอุณหภูมิสูงกว่าไปที่อุณหภูมิต่ำกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Lui และคณะ¹⁷ แต่ประสิทธิภาพในการลดอุณหภูมิของร่างกายต่ำโดยการแช่ตัวลดใช้สามารถลดอุณหภูมิร่างกายได้เพียงระยะสั้นๆ เพียง 2 - 3 ชั่วโมงเท่านั้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องแช่ตัวผู้ป่วยอยู่บ่อย ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นมากเกินไป ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงตามมา¹⁸ การเปรียบเทียบผลของการลดอุณหภูมิร่างกายของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฉีดยาชาวกายส่วนบนโดยใช้ Pair t-test พบว่า อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยลดลงหลังได้รับยาชาวกายส่วนบน 15 นาที โดยค่าความน่าเชื่อถือเมื่อวิเคราะห์ออกมาอยู่ที่ $P\text{-value} = 0.00$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตั้งแต่ 15 จนถึง 60 นาที หลังได้รับยาชาวกายส่วนบน จึงสรุปได้ว่าการใช้น้ำยาชาวกายส่วนบน สามารถช่วยลดไข้ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางระบบประสาทได้ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Andrew และคณะ¹⁹ และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการแช่ตัวลดอุณหภูมิด้วยน้ำยาชาวกายส่วนบน พบว่า การใช้น้ำยาชาวกายส่วนบนสามารถลดอุณหภูมิได้ดีกว่าในเวลาที่ 30 และ 60 อีกทั้งการใช้น้ำยาชาวกายส่วนบน ผู้ป่วยไม่ได้รับการกระตุ้นมากเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลการแช่ตัวลดอุณหภูมิด้วยน้ำธรรมดา

การศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการใช้น้ำยาชาวกายส่วนบน ได้แก่ ไข้หวัดใหม่จากการใช้ความเย็น อาการหนาวสั่นและหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด Ventricular Fibrillation จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มหลังการทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ทั้ง 3 อาการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการลดอุณหภูมิร่างกายอย่างช้า ๆ ภายในระยะเวลา 60 นาที และหลังการทดลองกลุ่มทดลองไม่พบภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ทำให้ไม่เกิดอาการหนาวสั่นและหัวใจเต้นผิดปกติชนิด VF ซึ่งอาการหนาวสั่นจะเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ^{14, 20} อาการหนาวสั่นจะเป็นการทำงานของกลุ่มเนื้อที่อยู่นอกอำนาจของจิตใจ เป็นการเพิ่มการเผาผลาญทำให้เกิดความร้อนร้อยละ 600 ซึ่งมีผลให้ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 200 - 400 ทำให้ระบบหัวใจและการไหลเวียนของร่างกายทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะและเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้²¹ นอกจากนี้ การใช้ความเย็นของน้ำยาชาวกายส่วนบน อุณหภูมิของน้ำยาชาวกายส่วนบนอยู่ที่ $8 - 12^{\circ}\text{C}$ อุณหภูมิของน้ำที่ใช้แช่ตัวลดไข้อยู่ระหว่าง $8 - 12^{\circ}\text{C}$ จึงไม่เกิดภาวะไข้หวัดใหม่จากความเย็นและการแลกเปลี่ยนอุณหภูมิระหว่างน้ำยาชาวกายส่วนบนกับผิวหนังของผู้ป่วย ทำให้อุณหภูมิของน้ำยาชาวกายส่วนบนสูงขึ้นเรื่อย ๆ จึงทำให้ผิวหนังของผู้ป่วยไม่สัมผัสกับความเย็นเป็นเวลานาน ๆ จึงไม่เกิดภาวะไข้หวัดใหม่จากความเย็น การใช้น้ำยาชาวกายส่วนบนจึงเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีไข้สูง สามารถใช้ได้ง่าย ประหยัดกิจกรรมและเวลาของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ราคาไม่สูงและสามารถนำกลับมาใช้ได้หลายครั้ง มีความปลอดภัยและสามารถลดต้นทุนการใช้งานเครื่อง Hyperthermia ที่มีราคาสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองและมีภาวะไข้สูง การไข้ยาเพื่อลดไข้อาจเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการทำงานของตับได้ หากต้องใช้อย่างต่อเนื่องและอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ถ้าใช้วิธีการลดไข้ด้วยน้ำธรรมดา ซึ่งประหยัดแต่มีข้อจำกัดเรื่องความชื้นของน้ำและเสี่ยงต่อการติดเชื้อหากผู้ป่วยมีบาดแผล และการเช็ดตัวที่มีประสิทธิภาพต้องใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที และใช้บุคลากรในการเช็ดตัว 1 - 2 คน หลังเช็ดตัวต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย ทำให้เพิ่มเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น หรือหากเลือกใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ซึ่งลดไข้ได้ดี ประหยัดบุคลากร แต่มีราคาแพงและผู้ใช้ต้องมีทักษะในการใช้งาน การใช้นวัตกรรมถุงเจลเย็นประคบจึงเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีไข้สูง สามารถใช้ได้ง่าย ประหยัดกิจกรรมและเวลาของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ราคาไม่สูง และสามารถนำกลับมาใช้ได้หลายครั้ง มีความปลอดภัย สามารถลดไข้ในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่มีไข้สูงควบคู่กับวิธีอื่น ๆ ได้ผลดี การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองและมีภาวะไข้สูง และพบว่าสามารถลดอุณหภูมิได้ดี ดังนั้น ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันกับผู้ป่วยรายอื่นที่มีความหลากหลายของโรคเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยรายอื่นเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Yenari MA, Han HS. Neuroprotective mechanisms of hypothermia in brain ischaemia. *Nature Reviews Neuroscience* 2012;13:267-78.
2. Niven DJ, Laupland KB. Pyrexia: aetiology in the ICU. *Critical Care* 2016;20:1-9.
3. Wang H, Wang B, Normoyle KP, Jackson K, Spitler K, Sharrock MF, et al. Brain temperature and its fundamental properties: a review for clinical neuroscientists. *Frontiers in neuroscience* 2014;8:307.
4. Tomura S, de Rivero Vaccari JP, Keane RW, Bramlett HM, Dietrich WD. Effects of therapeutic hypothermia on inflammasome signaling after traumatic brain injury. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism* 2012;32:1939-47.
5. Wang H, Kim M, Normoyle KP, Llano D. Thermal regulation of the brain—an anatomical and physiological review for clinical neuroscientists. *Frontiers in neuroscience* 2016;9:528.
6. Jefferies S, Saxena M, Young P. Paracetamol in critical illness: a review. *Critical Care and Resuscitation* 2012;14:74.
7. Kulstad E, Caherty HP. Devices and methods for controlling patient temperature [Internet]. 2013 [cited 2021 Jun 4]. Available form: <https://patents.google.com/patent/EP2401023A2>
8. Chan E, Chen W, Assam P. External cooling methods for treatment of fever in adults: a systematic review. *JBIM Evidence Synthesis*. 2010;8:793-825.
9. Lewis SR, Evans DJ, Butler AR, Schofield-Robinson OJ, Alderson P. Hypothermia for traumatic brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;9:CD001048. doi: 10.1002/14651858.CD001048.pub5.

10. Lumprom O, Songwathana P. Evidence-based Fever Management in Patients with Traumatic Brain Injury: A Case Study. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017;37: 147-56.
11. วาสนา ชนเศรษฐ, อภิรดี เจริญจรรยากุล, อุไรวรรณ ทองบำเพ็ญ, รณิดา สารวรงค์กุล, จินธิมา คูเรืองรัมย์. ผลของการใช้นวัตกรรมผ้าห่มเย็นต่อการลดอุณหภูมิร่างกายในผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่มีอุณหภูมิร่างกายสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์* 2558;31:70-81.
12. Poli S, Purrucker J, Priglinger M, Diedler J, Sykora M, Popp E, et al. Induction of cooling with a passive head and neck cooling device: effects on brain temperature after stroke. *Stroke* 2013;44:708-13.
13. นิรันดร์ นายกชน, ทิตยา พุฒิกามิน, อำนาจ กิจควรดี. ประสิทธิภาพของเครื่องมือให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอต่อการลดอุณหภูมิเทียบเคียงสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554;29:40-9.
14. Polderman KH, Herold I. Therapeutic hypothermia and controlled normothermia in the intensive care unit: practical considerations, side effects, and cooling methods. *Critical care medicine* 2009;37:1101-20.
15. McCormick M, Hippensteel CD. Innovative Education Improves Patient Safety and Staff Satisfaction [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 4]. Available form: http://2016roundtablediscussions.s3.amazonaws.com/McCormick_Hippensteel_Innovative+Education+Improves+Patient+Safety+and+Staff+Satisfaction_FINAL.pdf
16. Georgiou A, Manara A. Role of therapeutic hypothermia in improving outcome after traumatic brain injury: a systematic review. *British journal of anaesthesia* 2013;110:357-67.
17. Liu Y-H, Shang Z-D, Chen C, Lu N, Liu Q-F, Liu M, et al. 'Cool and quiet' therapy for malignant hyperthermia following severe traumatic brain injury: A preliminary clinical approach. *Experimental and therapeutic medicine* 2015;9:464-8.
18. Law ZK, Appleton JP, Bath PM, Sprigg N. Management of acute intracerebral haemorrhage—an update. *Clinical Medicine* 2017;17:166.
19. Andrews PJ, Verma V, Healy M, Lavinio A, Curtis C, Reddy U, et al. Targeted temperature management in patients with intracerebral haemorrhage, subarachnoid haemorrhage, or acute ischaemic stroke: consensus recommendations. *British journal of anaesthesia* 2018;121:768-75.
20. Choi HA, Badjatia N, Mayer SA. Hypothermia for acute brain injury—mechanisms and practical aspects. *Nature Reviews Neurology* 2012;8:214-22.
21. Wood T, Thoresen M, editors. Physiological responses to hypothermia. *Seminars in fetal and neonatal medicine* 2015;20:87-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.10.005>

**พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี
สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี**

วรรณดี เสือมาก พย.ม.^{1*}, วีรวรรณ เกิดทอง พย.ม.¹,
ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์ พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาลต้องมีการพัฒนาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งหากสถาบันการศึกษาดำเนินการได้จะส่งเสริมให้นักศึกษาเป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2562 จำนวน 520 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 53 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.42$, S.D. = 0.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.56$, S.D. = 0.50) นอกจากนั้นยังพบว่าด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ด้านความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม ด้านการมีจิตสาธารณะ และด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.50$, S.D. = 0.51, $\mu = 4.46$, S.D. = 0.47, $\mu = 4.43$, S.D. = 0.45, $\mu = 4.36$, S.D. = 0.48, $\mu = 4.23$, S.D. = 0.52) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมโดยการสอดแทรกกิจกรรมในการฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติ และจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรอย่างต่อเนื่องเพื่อปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม นักศึกษาพยาบาล

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

*Corresponding E-mail: wandee@bcnsurat.ac.th

Behavior of Moral and Ethical Standards under the Qualifications Framework for the Bachelor of Nursing Science 2017 among Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani

Wandee Sueamak M.S.N.^{1*}, Weerawan Keadthong M.S.N.¹

Supalak Thanaroj M.S.N.¹

Abstract

The development of behavior of moral and ethical standards in nursing students since entering the nursing program is necessary. If nursing colleges promote ethics in their nursing education, nursing graduates will become moral nurses. This descriptive research aimed to study behavior of moral and ethical standards under the qualifications framework for the bachelor of nursing science 2017 among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. The population used in this research were 520 nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani in academic year 2019. The instrument used in this research was a questionnaire on the moral and ethical behavior consisting of six aspects, 53 questions. The reliability of the questionnaire was determined using the alpha coefficient of Cronbach obtained the entire confidence value equal to 0.80. The data were analyzed using descriptive statistics which were mean and standard deviation. The results of the research showed that overall moral and ethical behavior were at a high level ($\mu = 4.42$, S.D.= 0.43). Considering each aspect, it was found that having a positive attitude towards the profession was at the highest level ($\mu = 4.56$, S.D.=0.50). In addition, it was found that the respect of human rights and dignity, honesty, discipline, punctuality, responsibility towards self and society, public consciousness, and management of ethical issues were at a high level ($\mu = 4.50$, S.D. = 0.51, $\mu = 4.46$, S.D. = 0.47, $\mu = 4.43$, S.D. = 0.45, $\mu = 4.36$, S.D. = 0.48, $\mu = 4.23$, S.D.=0.52), respectively. The results of this study could be used for the development of moral and ethical behavior by integrating activities in practical experience training and organizing additional curriculum activities for continue to cultivate morality and ethics in nursing profession.

Keywords: behavior of moral and ethical, nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

¹Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani

*Corresponding E-mail: wandee@bcnsurat.ac.th

วันที่รับ (received) 13 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 ส.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ส.ค. 2564

พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล (Ethical behaviors of professional nurses) เป็นการแสดงออกของพยาบาลในการปฏิบัติวิชาชีพ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานจริยธรรมทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ในจรรยาบรรณและกฎหมายข้อบังคับจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์¹ จากผลการสำรวจวิชาชีพต่าง ๆ ในอเมริกา ปี ค.ศ. 2012 จำนวน 22 วิชาชีพ และ ปี ค.ศ. 2014 จำนวน 11 วิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า วิชาชีพที่มีความซื่อสัตย์และมีจริยธรรมเป็นอันดับหนึ่งคือพยาบาล²⁻³ ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 (The qualifications framework for the bachelor of nursing science 2017) มีการกำหนดให้สถาบันอุดมศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พัฒนาผู้เรียนให้มีลักษณะบัณฑิต ที่พึงประสงค์ด้านคุณธรรมจริยธรรม โดยมุ่งหวังให้บัณฑิตพยาบาลที่จบไปมีความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม สามารถใช้ดุลพินิจในการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม แสดงออกถึงการเคารพสิทธิ คุณค่า ความแตกต่าง และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้อื่นและตนเอง แสดงออกถึงการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ตระหนักในคุณค่าวิชาชีพ และสิทธิของพยาบาล⁴ พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ ปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรง ต้องมีความเมตตา ความอ่อนโยน ความเอื้ออาทร ความตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์⁵ พยาบาลที่ดีนอกจากจะมีความรู้ในศาสตร์สาขาต่างๆ ยังถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรมสูง ดังนั้นคุณธรรมจริยธรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิชาชีพพยาบาล⁶ คุณธรรม จริยธรรมสำหรับบัณฑิตพยาบาลประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน คือ คุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ⁷

สถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล มีความตั้งใจในการปลูกฝังนักศึกษาเพื่อให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่มีจริยธรรม เพราะเมื่อสำเร็จการศึกษาเข้าสู่ระบบการปฏิบัติวิชาชีพ ตัวผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละบุคคล คือแกนสำคัญที่จะต้องใส่ใจและมุ่งมั่นในการควบคุมตนเองด้านพฤติกรรมส่วนตัวและจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดโดยความสำนึกและตระหนักถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพที่แสดงออกทางพฤติกรรมอย่างผู้มีวัฒนธรรม⁸

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เป็นสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาตามปรัชญาของสถาบันพระบรมราชชนก โดยมีแนวคิดการจัดการศึกษาพยาบาลและมโนทัศน์ทางการพยาบาลด้านความเอื้ออาทร ภายใต้มาตรฐานของวิชาชีพและระบบคุณภาพ คุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ อย่างไรก็ตามภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์โลกอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้เยาวชนไทย มีค่านิยมทางด้านวัตถุเพิ่มมากขึ้น มีการเฮอร์ดเอาเปรียบ เกิดปัญหาชู้สาว การพนัน ยาเสพติด การเที่ยวสถานบันเทิงที่ไม่เหมาะสม ดิตเกม อินเทอร์เน็ต การเข้าถึงสื่อลามก อนาจาร หรือสื่อที่แสดงคามรุนแรง สังคมไทยในอนาคตมีแนวโน้มที่อาจนำไปสู่สังคมที่ล่มสลายได้ จึงนับเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบคุณธรรมจริยธรรมส่วนบุคคล ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นเยาวชนกลุ่มหนึ่งในสังคมปัจจุบัน โดยพบว่านักศึกษามีการกระทำผิดกฎระเบียบของวิทยาลัยมากขึ้น เช่น การเข้าห้องเรียนไม่ตรงเวลา เข้าหอพักสาย มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลยังพบปัญหาข้อร้องเรียนซึ่งปัญหาข้อร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความไม่พึงพอใจในพฤติกรรมบริการพยาบาล ผู้รับบริการมีความรู้สึกที่ไม่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เรื่องร้องเรียนจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับมารยาท กิริยา วาจา ภาษาพูด การสื่อสาร การให้ข้อมูล ปัญหาเรื่องเทคนิคบริการ การดูแลผู้ป่วยหนัก การดูแลระหว่างคลอด และการดูแลเด็ก เป็นต้น⁹ หรืออาจเกิดจากการถูกยุยงส่งเสริมให้ร้องเรียนจากบุคคล

รอบข้าง¹⁰ และจากงานวิจัยของศิณาภรณ์ หู้เต็ม ที่พบว่านักศึกษาในระดับปริญญาตรี ยังมีพฤติกรรมด้านคุณธรรม จริยธรรมในระดับน้อย เช่น การไม่ตรงต่อเวลาในการทำงานกลุ่ม ไม่ซื่อสัตย์ในการสอบ และการเข้าร่วมกิจกรรม นานนม อาหารเครื่องดื่มมารับประทานในห้องเรียน เป็นต้น¹¹ จากเหตุผลและสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมให้กับนักศึกษาต่อไป

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี อยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2562

ขอบเขตเนื้อหา เนื้อหาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 1 ง วันที่ 3 มกราคม 2561 ที่กำหนดไว้ว่า พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) มีความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา 2) มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม 3) สามารถใช้ดุลพินิจในการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม 4) แสดงออกถึงการเคารพสิทธิ คุณค่า ความแตกต่าง และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้อื่นและตนเอง 5) แสดงออกถึงการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม 6) แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ตระหนักในคุณค่าวิชาชีพ และสิทธิของพยาบาล พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประกอบวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากการพยาบาลเป็นการให้บริการสุขภาพในทุกะดับของสถาบันทางสังคม ซึ่งเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้นผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรมจริยธรรม และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นแนวทางในการประพฤติและปฏิบัติกรพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2562 จำนวนทั้งสิ้น 520 คน แบ่งเป็น นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 133 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 157 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 96 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 134 คน การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษา และเกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ประกอบด้วยพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม 6 ด้าน ดังนี้ 1) มีความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา จำนวน 8 ข้อ 2) มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม จำนวน 11 ข้อ 3) สามารถใช้ดุลพินิจในการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม จำนวน 8 ข้อ 4) แสดงออกถึงการเคารพสิทธิคุณค่า ความแตกต่างและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้อื่นและตนเอง จำนวน 6 ข้อ 5) แสดงออกถึงการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม จำนวน 10 ข้อ และ 6) แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ตระหนักในคุณค่าวิชาชีพและสิทธิของพยาบาล จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 53 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง การกระทำหรือความคิดเห็นตรงมากที่สุด
- 4 หมายถึง การกระทำหรือความคิดเห็นตรงมาก
- 3 หมายถึง การกระทำหรือความคิดเห็นตรงปานกลาง
- 2 หมายถึง การกระทำหรือความคิดเห็นตรงน้อย
- 1 หมายถึง การกระทำหรือความคิดเห็นตรงน้อยที่สุด

โดยมีการแปลความหมายของพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมโดยรวมและรายด้าน คือ 1) ช่วงคะแนน 1.00-1.50 หมายถึง มีคุณธรรมจริยธรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด 2) ช่วงคะแนน 1.51-2.50 หมายถึง มีคุณธรรมจริยธรรมอยู่ในระดับน้อย 3) ช่วงคะแนน 2.51-3.50 หมายถึง มีคุณธรรมจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง 4) ช่วงคะแนน 3.51-4.50 หมายถึง มีคุณธรรมจริยธรรมอยู่ในระดับมาก 5) ช่วงคะแนน 4.51-5.00 หมายถึง มีคุณธรรมจริยธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมของการใช้ภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ด้านคุณธรรมจริยธรรมและการประเมินผล พบว่า มีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) เท่ากับ .80-1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 2020/9 ลงวันที่ 7 เมษายน 2563 โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิด้วยการเก็บไว้ในที่ปลอดภัย โดยไม่มีการเปิดเผยแก่ผู้อื่นทราบ และการวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ และติดต่อประสานไปยังนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อเริ่มเก็บข้อมูลได้อธิบายรายละเอียดของการวิจัย สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ และเมื่อสมัครใจแล้วให้ลงนามแสดงความยินยอม และมีการขอความร่วมมือจากอาจารย์ประจำชั้น อาจารย์ที่ปรึกษาในติดตามการตอบแบบสอบถามของนักศึกษาจนได้ข้อมูลครบ 100%

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ
2. พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการวิจัย นำเสนอผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 รายด้าน พบว่า

ด้านความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=4.46$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เข้าเรียน/ฝึกประสบการณ์ภาคสนามตามตารางที่กำหนดไว้ ส่งงานตรงตามเวลาที่กำหนด รักษาความลับของผู้อื่น โดยจะเปิดเผยเมื่อได้รับอนุญาตเท่านั้น และไม่นำของของผู้อื่นมาเป็นของตนเองก่อนได้รับอนุญาต อยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนั้นอยู่ในระดับมาก โดยการไม่นำของของผู้อื่นมาเป็นของตนเองก่อนได้รับอนุญาตมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\mu=4.67$) รองลงไปได้แก่ รักษาความลับของผู้อื่น โดยจะเปิดเผยเมื่อได้รับอนุญาตเท่านั้น ($\mu=4.59$) และเข้าเรียน/ฝึกประสบการณ์ภาคสนามตามตารางที่กำหนดไว้ ($\mu=4.55$) ตามลำดับ ส่วนการอ้างอิงผลงานของผู้อื่นเมื่อนำมาใช้ในการทำรายงานส่งอาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu=4.20$) ดังแสดงในตาราง 1

ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.43$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ยอมรับความผิดพลาดที่เกิดจากการกระทำของตนเอง รักษาภาพลักษณ์และชื่อเสียงของวิทยาลัย ไม่ทำให้ครอบครัวเสื่อมเสียชื่อเสียง เชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ปกครองและอาจารย์ อยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนั้นอยู่ในระดับมาก โดยไม่ทำให้ครอบครัวเสื่อมเสียชื่อเสียง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\mu=4.63$) รองลงไปได้แก่ รักษาภาพลักษณ์และชื่อเสียงของวิทยาลัย ($\mu=4.55$) และเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ปกครองและอาจารย์ ($\mu=4.54$) ตามลำดับ ส่วนวางแผนการทำงานอย่างเหมาะสมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu=4.11$) ดังแสดงในตาราง 2

ด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.23$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยสามารถรับรู้และทำความเข้าใจกับปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\mu=4.27$) รองลงไปได้แก่ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมโดยคำนึงถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ ($\mu=4.25$) สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงาน ($\mu=4.24$) และหาวิธีการ/ทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมที่หลากหลาย ($\mu=4.24$) ตามลำดับ ส่วนการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu=4.20$) ดังแสดงในตาราง 3

ด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.50$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า รับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่นด้วยความเต็มใจ และเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้แสดงความคิดเห็น อยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนั้นอยู่ในระดับมาก โดยการเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้แสดงความคิดเห็น มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\mu=4.55$) รองลงไปได้แก่ รับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่นด้วยความเต็มใจ ($\mu=4.51$) ส่วนการไม่ตัดสินผู้อื่นโดยใช้ความคิดเห็นของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu=4.44$) ดังแสดงในตาราง 4

ด้านการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.36$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เป็นสมบัติของส่วนรวมของวิทยาลัย เช่น โต๊ะเก้าอี้ คอมพิวเตอร์ หนังสือของห้องสมุด อย่างระมัดระวังไม่ให้ชำรุดเสียหาย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\mu=4.48$) รองลงไป ได้แก่ เข้าแถวอย่างเป็นระเบียบ รู้ลำดับก่อน-หลัง ไม่แย่งเมื่อต้องใช้ของส่วนรวมร่วมกัน เช่น เข้าแถวซื้ออาหาร เข้าแถวขึ้นลิฟต์ ($\mu=4.46$) และเมื่อพบว่ามีคนเปิดไฟ พัดลม เครื่องปรับอากาศ หรือเปิดน้ำทิ้งไว้จะรีบเข้าไปปิดให้เรียบร้อย ($\mu=4.44$) ส่วนการอาสาช่วยงานต่าง ๆ ของวิทยาลัยโดยไม่ต้องร้องขอมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu=4.17$) ดังแสดง ในตาราง 5

ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu=4.56$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เชื่อว่า การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลมีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง อยู่ในระดับมาก นอกจากนั้นทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด โดยรู้สึกภูมิใจที่สังคมให้ความสำคัญ และยอมรับในวิชาชีพพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\mu=4.64$) รองลงไปได้แก่ เชื่อว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติ ได้รับการยกย่องจากสังคม ($\mu=4.60$) และรู้สึกภูมิใจ ในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีองค์ความรู้เฉพาะ ($\mu=4.58$) ส่วนเชื่อว่าการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\mu=4.49$) ดังแสดงในตาราง 6

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=4.42$, S.D.=0.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu=4.56$, S.D.=0.50) ด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.50$, S.D.=0.51) ด้านความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.46$, S.D.=0.47) ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.43$, S.D.=0.45) ด้านการมีจิตสาธารณะ อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.36$, S.D.=0.48) และด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.23$, S.D.=0.52) ตามลำดับแสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์ มีวินัยตรงต่อเวลา จำแนกรายข้อ (N = 520)

ข้อความ	μ	S.D.	ระดับ
1. ปฏิบัติหน้าที่ตรงตามเวลาที่ได้รับมอบหมาย	4.38	0.61	มาก
2. ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายเสร็จทันเวลา	4.43	0.60	มาก
3. ปฏิบัติตนในขอบเขต กฎระเบียบของวิทยาลัยฯ อย่างเคร่งครัด	4.32	0.61	มาก
4. เข้าเรียน/ฝึกประสบการณ์ภาคสนามตามตารางที่กำหนดไว้	4.55	0.60	มากที่สุด
5. ส่งงานตรงตามเวลาที่กำหนด	4.53	0.60	มากที่สุด
6. อ้างอิงผลงานของผู้อื่นเมื่อนำมาใช้ในการทำรายงานส่งอาจารย์	4.20	0.80	มาก
7. รักษาความลับของผู้อื่น โดยจะเปิดเผยเมื่อได้รับอนุญาตเท่านั้น	4.59	0.58	มากที่สุด
8. ไม่นำของของผู้อื่นมาเป็นของตนเองก่อนได้รับอนุญาต	4.67	0.54	มากที่สุด
ภาพรวม	4.46	0.47	มาก

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง และสังคม จำแนกรายข้อ (N = 520)

ข้อความ	μ	S.D.	ระดับ
1. วางแผนการทำงานอย่างเหมาะสม	4.11	0.58	มาก
2. มุ่งมั่นและตั้งใจในการปฏิบัติงานด้วยความกระตือรือร้น	4.33	0.61	มาก
3. ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายด้วยความตั้งใจอย่างเต็มความสามารถ	4.42	0.59	มาก
4. ยอมรับความผิดพลาดที่เกิดจากการกระทำของตนเอง	4.53	0.59	มากที่สุด
5. สามารถอธิบายชี้แจงเหตุผลจากการกระทำของตนเอง	4.36	0.61	มาก
6. ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายจนสำเร็จ	4.50	0.60	มาก
7. ดูแล รักษาทรัพย์สินของวิทยาลัย	4.47	0.59	มาก
8. รักษาภาพลักษณ์และชื่อเสียงของวิทยาลัย	4.55	0.57	มากที่สุด
9. ไม่ทำให้ครอบครัวเสื่อมเสียชื่อเสียง	4.63	0.55	มากที่สุด
10. เชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ปกครองและอาจารย์	4.54	0.56	มากที่สุด
11. แนะนำ ตักเตือน เมื่อพบเพื่อนกระทำผิด	4.30	0.63	มาก
ภาพรวม	4.43	0.45	มาก

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหา ทางจริยธรรม จำแนกรายข้อ (N = 520)

ข้อความ	μ	S.D.	ระดับ
1. สามารถรับรู้และทำความเข้าใจกับปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	4.27	0.58	มาก
2. สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	4.21	0.60	มาก
3. สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงาน	4.24	0.60	มาก
4. วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมโดยใช้หลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.21	0.62	มาก
5. ใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการแก้ปัญหาตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.23	0.65	มาก

ข้อความ	μ	S.D.	ระดับ
6.ใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทางจริยธรรม	4.20	0.65	มาก
7.หาวิธีการ/ทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมที่หลากหลาย	4.24	0.62	มาก
8.สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมโดยคำนึงถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ	4.25	0.62	มาก
ภาพรวม	4.23	0.52	มาก

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จำแนกรายข้อ (N = 520)

ข้อความ	μ	S.D.	ระดับ
1.เคารพการตัดสินใจของผู้อื่นโดยคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	4.50	0.59	มาก
2.รับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่นด้วยความเต็มใจ	4.51	0.59	มากที่สุด
3.เปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้แสดงความคิดเห็น	4.55	0.58	มากที่สุด
4.เปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้แสดงพฤติกรรมในแบบของตนเอง	4.50	0.60	มาก
5.ไม่ตัดสินผู้อื่นโดยใช้ความคิดเห็นของตนเอง	4.44	0.62	มาก
6.ปฏิบัติต่อบุคคลอื่นโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล	4.48	0.60	มาก
ภาพรวม	4.50	0.51	มาก

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมด้านการมีจิตสาธารณะ จำแนกรายข้อ (N = 520)

ข้อความ	μ	S.D.	ระดับ
1.อาสาช่วยงานต่าง ๆ ของวิทยาลัยโดยไม่ต้องร้องขอ	4.17	0.62	มาก
2.ให้ความร่วมมือช่วยเหลือเมื่อมีกิจกรรมต่าง ๆ ในวิทยาลัย	4.37	0.60	มาก
3.ทำความสะอาด เก็บอุปกรณ์การเรียน อุปกรณ์ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของวิทยาลัยเข้าที่ให้เรียบร้อยภายหลังการใช้งาน	4.40	0.58	มาก
4.ใช้ของส่วนรวม เช่น ไฟฟ้า น้ำ เครื่องปรับอากาศ อย่างประหยัดและพอเพียง	4.34	0.60	มาก
5.ใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เป็นสมบัติของส่วนรวมของวิทยาลัย เช่น โต๊ะ เก้าอี้ คอมพิวเตอร์ หนังสือของห้องสมุด อย่างระมัดระวังไม่ให้ชำรุดเสียหาย	4.48	0.58	มาก
6.ช่วยอาจารย์และเจ้าหน้าที่ถือของ แม้ไม่ได้ร้องขอ	4.43	0.61	มาก
7.เมื่อพบขยะตกอยู่บริเวณทางเดิน บนถนน หรือบริเวณอื่น ๆ จะเก็บไปทิ้งในถังขยะ	4.24	0.67	มาก
8.แจ้งผู้เกี่ยวข้องเมื่อพบว่าอุปกรณ์ของใช้ส่วนรวมเกิดการชำรุดเสียหาย เพื่อจะได้ดำเนินการซ่อมแซม	4.27	0.65	มาก
9.เมื่อพบว่ามีไฟฟ้ พัดลม เครื่องปรับอากาศ หรือเปิดน้ำทิ้งไว้จะรีบเข้าไปปิดให้เรียบร้อย	4.44	0.62	มาก

ข้อความ	μ	S.D.	ระดับ
10.เข้าแถวอย่างเป็นระเบียบ รู้ลำดับก่อน-หลัง ไม่แย่งเมื่อต้องใช้ของส่วนรวมร่วมกัน เช่น เข้าแถวซื้ออาหาร เข้าแถวขึ้นลิฟต์	4.46	0.59	มาก
ภาพรวม	4.36	0.48	มาก

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม ด้านการมีทัศนคติที่ดี ต่อวิชาชีพ จำแนกรายข้อ (N = 520)

ข้อความ	μ	S.D.	ระดับ
1. เชื่อว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติ ได้รับการยกย่องจากสังคม	4.60	0.57	มากที่สุด
2. รู้สึกภูมิใจที่สังคมให้ความสำคัญ และยอมรับในวิชาชีพพยาบาล	4.64	0.54	มากที่สุด
3. รู้สึกภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีองค์ความรู้เฉพาะ	4.58	0.57	มากที่สุด
4. เชื่อว่าการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลมีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง	4.49	0.60	มาก
5. ยินดีที่จะปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล	4.55	0.60	มากที่สุด
6. พร้อมที่จะอุทิศตน เสียสละในการปฏิบัติงานเพื่อวิชาชีพพยาบาล	4.56	0.58	มากที่สุด
7. รู้สึกมีความสุขที่ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วย หรือได้ให้การช่วยเหลือผู้อื่น	4.54	0.58	มากที่สุด
8. พร้อมที่จะให้ความร่วมมือกับผู้ร่วมงาน และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ	4.54	0.58	มากที่สุด
9. มุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพ	4.54	0.58	มากที่สุด
10. ให้ความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพในการดำเนินการต่าง ๆ เช่น ประชุมอบรม สัมมนา เข้าร่วมวิจัย เป็นต้น	4.55	0.57	มากที่สุด
ภาพรวม	4.56	0.50	มากที่สุด

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม จำแนกรายด้าน (N = 520)

พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม	μ	S.D.	ระดับ
ด้านความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา	4.46	0.47	มาก
ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม	4.43	0.45	มาก
ด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม	4.23	0.52	มาก
ด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	4.50	0.51	มาก
ด้านการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม	4.36	0.48	มาก
ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ	4.56	0.50	มากที่สุด
ภาพรวม	4.42	0.43	มาก

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยรายด้านพบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด และมีความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม สามารถจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม การเคารพสิทธิ

และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้จากผลการวิจัยที่พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุดนั้นเป็นผลมาจากการจัดการศึกษาของวิทยาลัยได้มีการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ตั้งแต่กิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าศึกษา การปลูกฝังโดยการสอดแทรกในกิจกรรมการเรียนการสอนรายวิชาภาคทฤษฎี เช่น วิชาমনโมติ ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล วิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล รวมทั้งการปลูกฝังผ่านกิจกรรมเสริมหลักสูตร เช่น การร่วมกิจกรรมวันพยาบาลสากล วันพยาบาลแห่งชาติ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิริยาภรณ์ แสนสมรสและคณะ⁶ ที่ศึกษาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคุณธรรมจริยธรรมในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก การศึกษาของสุชาภา คล้ายมณี และคณะ¹² ที่ศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมเชิงจริยธรรมโดยรวมและรายด้านอยู่ในขั้นที่ 5 การศึกษาของเกศินี ไชยมอและคณะ¹³ ที่ศึกษาพฤติกรรมจริยธรรม: การศึกษาเปรียบเทียบภาคตัดขวางในนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า พฤติกรรมจริยธรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของพรศิริ พันธสี และเจตจรรยา บุญญกุล¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า การจัดการเรียนการสอนจริยธรรมทางการพยาบาลและกฎหมายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560 ที่มีการนำมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ที่กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมทั้ง 6 ประเด็น มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในทุกรายวิชา เพื่อบ่มบ่มให้บัณฑิตสามารถดำเนินชีวิตและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณธรรมจริยธรรมตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีรายวิชาที่เรียนเพื่อส่งเสริมจริยธรรมให้กับนักศึกษา คือรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต โดยนักศึกษาจะได้เรียนหลักจริยธรรมในวิชาชีพ แนวคิดทางจริยธรรม ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมในชั้นปีที่ 2 ซึ่งมีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนหลายหลากวิธี เช่น การบรรยาย กรณีตัวอย่าง และการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem base Learning)⁸ สำหรับในการเรียนในภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำองค์ความรู้จากการเรียนภาคทฤษฎีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริง ผ่านการฝึกปฏิบัติงานในรายวิชา ภายใต้การนิเทศของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ซึ่งอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติจะต้องเป็นแบบอย่างของการพยาบาลแบบเอื้ออาทร การเคารพศักดิ์ศรี และคำนึงถึงหัวใจความเป็นมนุษย์ และมีการศึกษารายละเอียดวิชานำมาวางแผนการสอนภาคปฏิบัติเพื่อปลูกฝังให้ผู้เรียนมีคุณธรรมจริยธรรมตามที่กำหนดตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ พร้อมสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพ โดยการจัดกิจกรรมในการฝึกภาคปฏิบัติ ดังนี้¹⁵⁻¹⁶ 1) การปฐมนิเทศ ผู้สอนต้องอธิบายให้ผู้เรียนเข้าใจถึงพฤติกรรมจริยธรรมที่จะต้องใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติ 2) จัดให้มีการพูดถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็น/ปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลในการประชุมปรึกษาก่อน และหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลประจำวัน โดยให้ผู้เรียนแสดงความรู้สึก อภิปรายผลกระทบและแนวทางการแก้ไขปัญหา 3) สอดแทรกในกระบวนการพยาบาลโดยระบุหลักจริยธรรมที่นำมาใช้ เช่น ในขั้นการประเมินสภาพผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หรือการตรวจร่างกาย โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ ความพร้อมและการยินยอมของผู้ป่วยมีการแสดงออกและใช้คำถามที่เหมาะสม คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย 4) กำหนดในรายวิชาให้นักศึกษาเขียน

เล่าประสบการณ์และความคิดเห็นในการปฏิบัติการพยาบาลประจำวันที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางจริยธรรมที่นักศึกษาพบเห็นในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (Reflective thinking) นำมาร่วมวิเคราะห์กับเพื่อนในกลุ่มและอาจารย์ผู้นิเทศ เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ 5) กำหนดหัวข้อประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาในการประชุมปรึกษากรณีศึกษาทางการพยาบาล (Case conference) 6) กำหนดหัวข้อรายงานให้มีประเด็นด้านจริยธรรมทางการพยาบาลและแนวทางการแก้ปัญหาหรือพัฒนาจริยธรรมทางการพยาบาลในการทำรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วย (Case study) 7) การน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติ เช่น รายวิชาการศึกษาพยาบาลครอบครัวและชุมชน โดยให้ผู้เรียนนำมาใช้พิจารณาการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในความดูแล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ 8) มีแบบประเมินพฤติกรรม/หัวข้อการประเมินที่ชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นคุณธรรมจริยธรรม พร้อมชี้แจงผู้เรียนให้ทราบแนวทางการปฏิบัติ นอกจากนี้วิทยาลัยยังมีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในการพัฒนาจริยธรรมนักศึกษา เช่น โครงการพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาให้มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของวิทยาลัย โครงการจิตอาสา โครงการอบรมจริยธรรม หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมทางจริยธรรม เช่น การจัดให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาความสะอาดของพื้นที่วิทยาลัย ห้องเรียน หอพัก เพื่อเป็นการฝึกความมีวินัย ความรับผิดชอบ และสร้างเสริมลักษณะนิสัยรักความสะอาด การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยในการพัฒนาจริยธรรมนักศึกษา ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเป็นส่วนส่งเสริมปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไปในอนาคตของนักศึกษาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการ

1. คงไว้ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร และพิจารณาเพิ่มเติมสาระหรือสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรมได้ดียิ่งขึ้น

2. บูรณาการการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่มีการสอดแทรกพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิให้มากยิ่งขึ้น หรือเพิ่มการประเมินพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมในรายวิชาทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ และมีการประเมินพัฒนาการด้านคุณธรรมจริยธรรมอย่างต่อเนื่อง ในนักศึกษาทุกชั้นปี

3. เพิ่มการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรด้านคุณธรรมจริยธรรมเพิ่มมากขึ้น เช่น ศึกษาชีวประวัติบุคคลต้นแบบด้านคุณธรรมจริยธรรมเพื่อนำมาเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต ศึกษาแหล่งเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรม

ด้านนโยบาย

คงไว้ซึ่งนโยบายในการพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่มีความครอบคลุมทั้งในการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมแก่นักศึกษาทุกชั้นปี เพื่อคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมในระดับมาก และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมในระดับมากที่สุด ในนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ก่อนการสำเร็จการศึกษา

ด้านวิจัย

1. วิจัยและพัฒนาารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

2. วิจัยและพัฒนาาระบบการประเมินและติดตามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 และมีการติดตามผู้สำเร็จการศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, สมใจ ศิระกมล. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2558.
2. Newport, F. Congress retains low honesty rating: Nurses have highest honesty rating; care salespeople, lowest, Gallup [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 30]. Available form: <http://www.gallup.com/poll/159035/congress-retains-low-honesty-rating.aspx>
3. Riffkin, R. Americans Rate Nurses Highest on Honesty, Ethical Standards. Gallup [Internet]. 2014 [2019 August 30]. Available form: <http://www.gallup.com/poll/180260/americans-rate-nurses-highest-honesty-ethical-standards.aspx>
4. กระทรวงศึกษาธิการ. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/data6/ประกาศ-ศธ-NQF-/2560-พยาบาลศาสตร์-ป-ตรี.PDF>
5. สิวลี ศิริไธ. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556
6. วิริยาภรณ์ แสนสมรส, วิภารัตน์ ยมดิษฐ์, นิศากร เยาวรัตน์, อมรรัตน์ สว่างเกตุ, นพวรรณ ดวงจันทร์. คุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล : กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2560;10:144-59.
7. คมวัฒน์ รุ่งเรือง, เชษฐา แก้วพรม, อรัญญา บุญธรรม. การพัฒนาแบบประเมินคุณธรรม จริยธรรมสำหรับบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;27:99-112.
8. วีรวรรณ เกิดทอง, วรรณดี เสือมาก. การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลเพื่อก้าวสู่พยาบาลคุณธรรม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31:257-71.
9. สภาการพยาบาล. แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฑทอง; 2551.
10. บุษบา จินดาทอง. ประสบการณ์การถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
11. ศินาภรณ์ หู่เต็ม. พฤติกรรมด้านคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี วิทยาลัยราชพฤกษ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2562] เข้าถึงได้จาก: <https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/255788>

12. สุชาภา คล้ายมณี, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, คณินันต์ พงษ์สุวรรณ. พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2556;6:89-103.
13. เกศินี ไชยมโน, กิตติพร ประชาศรีสรเดช, พิษณุ อังคะนาวัน. พฤติกรรมจริยธรรม: การศึกษาเปรียบเทียบภาคตัดขวางในนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2563;26:370-84.
14. พรศิริ พันธสี, เจตจรรยา บุญญกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารพยาบาลสภาอากาศไทย 2560;10:81-94.
15. วิไลวรรณ ทองเจริญ. การสอนภาคปฏิบัติเพื่อพัฒนาจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต; 22-24 ธันวาคม 2558; สภาการพยาบาล.นนทบุรี; 2558.
16. ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจริยธรรมรายวิชาปฏิบัติ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ; 22-24 ธันวาคม 2558; สภาการพยาบาล. นนทบุรี; 2558.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ประเภทบทความที่ตีพิมพ์

ประเภทบทความที่รับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นผลงานที่ได้มาจากการค้นคว้าและวิจัยด้วยตนเอง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นผลงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยมุ่งเน้นการนำเสนอความรู้ใหม่ในเชิงวิชาการ
3. การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) คือ งานเขียนที่ศึกษาค้นคว้า มีการผสมผสานแนวคิด การทบทวนความก้าวหน้าของเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสรุปความรู้ในเรื่องนั้น จากหลายๆ การศึกษาเพื่อนำเสนอแนวคิด หรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้ มีข้อวิจารณ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป
4. บทความรับเชิญ (Invitation Article) เป็นผลงานที่ได้จากความเชี่ยวชาญ หรือองค์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวบุคคล ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ และบทสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. บทความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. บทความวิจัยที่ศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความต้องได้รับความยินยอมจากผู้เขียนทุกคน โดยผู้เขียนจะต้องลงนามในหนังสือรับรองบทความวิจัย บทความวิชาการ ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. บทความต้องไม่ซ้ำซ้อน หรือละเมิดลิขสิทธิ์จากผลงานเขียนของผู้อื่น
5. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความตามอัตราที่วารสารกำหนดเพื่อเป็นค่าจัดทำวารสาร และค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านประเมินคุณภาพบทความ สำหรับบุคคลภายนอก 4,000 บาท/1 บทความ และสำหรับบุคลากรภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 3,000 บาท/ 1 บทความ ทั้งนี้ การชำระค่าธรรมเนียมจะเกิดขึ้นก่อนการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินคืนได้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น
6. วารสารจะพิจารณาการตีพิมพ์บทความเมื่อได้รับเอกสารครบถ้วน และรูปแบบบทความถูกต้องตามที่วารสารกำหนด

หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพบทความ

หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบทความทางวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อรับการพิจารณา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเภทของบทความที่ได้รับการประเมินคุณภาพ เพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ประกอบด้วยบทความทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา
 2. บทความทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นการประเมินแบบ Double Blinded
 3. บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะได้รับการพิจารณาความถูกต้องตามหลักวิชาการ ในขั้นตอนสุดท้ายจากกองบรรณาธิการ
 4. ผู้นิพนธ์จะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสาร เมื่อการตัดสินใจถูกต้องตามหลักวิชาการ จากกองบรรณาธิการ เป็นที่สิ้นสุด
- ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

กำหนดการออกต้นฉบับ

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ

- ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านสามารถส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร Microsoft Office Word ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้า โดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 12 pt.
6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่น้อยกว่า 5 แต่ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง

8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ได้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย 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) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมา อ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมใน กรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมี วิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อ ผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการ รักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลัง ข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็น ฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ ผ่านมา^{3,5}

กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และ จัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหามารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของ การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับ ตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.
(ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม)

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ 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.

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

ตัวอย่าง

3. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรภพ, อุไร จเรประพาฬ, พรณิภา ไชยรัตน์, และคณะ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2557.
4. Cirawattanakul S, Sawancharoun K, Runruangkamonkit S, Arnusonteerakul S, Chongaudomkarn D, Wattanakulkeart S, et al. Prevention of and dealing with teenage pregnancy. Khon Kaen University: Centre for research and training on gender and woman's health; 2011.

1.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

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

ตัวอย่าง

5. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณีย์ ปิตุสทธิธรรม, ชัยนัต พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78.
6. 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.

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งอาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด
3. ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.
4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. ... ถ้าเป็นเล่มที่มีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th rev. ed.
5. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย colon (:)
6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วย semicolon (;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือสำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อนายราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือ นั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม
7. ปีพิมพ์ (Year) ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทยให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือ ภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาพ (.)

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

7. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.
8. 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

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม
2. ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
3. ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุลาลงกรณ์เวชสาร 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
4. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่ และฉบับที่
5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201
6. สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

9. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโข, จิตรารัตน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรณ์, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชัมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุโขทัย แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.
10. 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.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

ตัวอย่าง

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

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

13. พันธ์ญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
14. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>
16. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

7. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

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

ตัวอย่าง

17. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โจรนประภาพรรณ. 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
18. 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>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแนวคูเวอริในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของ
จิราภรณ์ จันทรจักร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่
<http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชรี ใจการุณ โทรศัพท์ 085-564-6532

กองบรรณาธิการ

อ.ลักขณา ชอบเสียง	โทรศัพท์ 087-863-3441
อ.ชนกร แก้วมณี	โทรศัพท์ 081-064-3536
อ.จงลักษณ์ ทวีแก้ว	โทรศัพท์ 088-549-9225
อ.พนัชญา ชันติจิตร	โทรศัพท์ 088-377-8383
อ.จิณวัตร จันครา	โทรศัพท์ 098-569-9858
อ.ทัตถณ พลไชย	โทรศัพท์ 088-133-2803

เลขานุการ

นางสาวสิรภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709
E-mail: journal.bcns@gmail.com