

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science and Health

ปีที่ 43 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2563 Volume 43 No.3 (July-September) 2020

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ  
Journal of Nursing Science and Health

ปีที่ 43 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2563 Volume 43 No.3 (July-September) 2020

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

ปีที่ 43 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2563



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
Faculty of Nursing Khon Kaen University

ISSN 0125-7021

### ที่ปรึกษา

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รองคณบดีฝ่ายวิจัย นวัตกรรมและบริการวิชาการ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล  
ศาสตราจารย์ ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์  
Professor Michele J. Upvall  
Professor Ariko Noji  
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย

### บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรหม อีรานูต (amptee@kku.ac.th)  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### บรรณาธิการผู้ช่วย

รองศาสตราจารย์สมพร วัฒนกุลเกียรติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สมใจวงษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ตะปินตา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด พจนามาตร์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
รองศาสตราจารย์ ดร.อรรธรณ แก้วบุญชู	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เตียววิเศษ	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณชนก จันทุม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาสนา รวยสูงเนิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### ผู้จัดการวารสาร/การส่งเรื่องลงตีพิมพ์/การบอกรับเป็นสมาชิก

นางสาวชนัญชิตา อภิโชคหิรัญ  
e-mail : journal.nu@gmail.com  
โทรศัพท์/โทรสาร 043-202435

### สำนักงาน

งานวิจัยและบริการวิชาการ ชั้น 1 อาคาร 6  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
123 หมู่ 16 ถนนมิตรภาพ  
อำเภอเมืองขอนแก่น  
จังหวัดขอนแก่น 40002  
โทรศัพท์/โทรสาร 0-4320 2435  
Website : <http://www.tci-thaiJo.org/index.php/nah>

### การลงโฆษณา

ติดต่อฝ่ายบริหารจัดการ

### กำหนดการออก ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม  
ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน  
ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน  
ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม

### อัตราค่าสมาชิกในประเทศ

ประเภท 1 ปี จำนวน 600 บาท (จำนวน 4 ฉบับ)  
ประเภท 2 ปี จำนวน 1,190 บาท (จำนวน 8 ฉบับ)  
ประเภท 3 ปี จำนวน 1,780 บาท (จำนวน 12 ฉบับ)

### พิมพ์ที่

หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา  
โทรศัพท์ 043-466444

เนื้อหาบทความ ทัศนะหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้

ถือว่าเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะเท่านั้น

ทางคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือกองบรรณาธิการวารสาร

ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีความเกี่ยวข้องใด ๆ

### *Advisory Board*

Dean, Faculty of Nursing Khon Kaen University  
Associate Dean for Research innovation and Academic Service  
Faculty of Nursing Khon Kaen University  
Prof. Dr. Siriporn Jirawatkul  
Prof. Dr. Daranee Jongudomkarn  
Professor Michele J. Upvall  
Professor Ariko Noji  
Assoc. Prof. Dr. Jintana Tangoraphonkchai

### *Editor*

Assoc. Prof. Dr. Ampornpan Theeranut (amptee@kku.ac.th)

### *Assistant Editors*

Assoc. Prof. Somporn Wattananukulkiat Khon Kaen University  
Assoc. Prof. Dr. Saovakon Virasiri Khon Kaen University  
Assist. Prof. Dr. Busaba Somjaivong Khon Kaen University  
Assist. Prof. Dr. Ladawan Panpanit Khon Kaen University

### *Editorial Board Members:*

Prof. Dr. Rutja Phuphaibul Mahidol University  
Prof. Dr. Veena Jirapaet Chulalongkorn University  
Prof. Dr. Darawan Thapinta Chiang Mai University  
Prof. Dr. Sasitorn Phumdoung Prince of Songkla University  
Assoc. Prof. Dr. Chomnard Potjanamart Mae Fah Lung University  
Assoc. Prof. Dr. Orawan Kaewboonchoo Chiang Mai University  
Assoc. Prof. Dr. Johnphajong Phengjard Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing  
  
Assoc. Prof. Dr. Suparb Aree-Ue Mahidol University  
Assoc. Prof. Dr. Chintana Wacharasin Burapha University  
Assoc. Prof. Dr. Wannee Deoisres Rambhai Barni Rajabhat University  
  
Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp Chulalongkorn University  
Assoc. Prof. Dr. Sopen Chunuan Prince of Songkla University  
Assoc. Prof. Dr. Somporn Rungreangkulkij Khon Kaen University

Assoc. Prof. Dr. Wanchanok Juntachum Khon Kaen University  
Assist. Prof. Dr. Sirimart Piyawattanapong Khon Kaen University  
Assist. Prof. Dr. Wasana Ruaisunmgnoen Khon Kaen University  
Assist. Prof. Dr. Donwiwat Saensom Khon Kaen University  
Assist. Prof. Dr. Atchariya Wonginchan Khon Kaen University

### *Journal Manager/Submitting stories for publication/ Subscription*

Miss. Chananchida Apichokhiran  
e-mail : journal.nu@gmail.com  
Tel/Fax +66-43-202435, +66-43-202407 ext.117

### *Office*

Department of Research & Academic Service  
1<sup>st</sup> flr. 6<sup>th</sup> Bld. Faculty of Nursing Khon Kaen University  
123 Moo 16 Mittraphap Road, Muang,  
Khon Kaen 40002  
Website : <http://www.tci-thaijo.org/index.php/nah>

### *Publication Frequency*

No.1 January–March  
No.2 April–June  
No.3 July–September  
No.4 October–December

### *Printing house*

Klungnanawittaya Printing  
Tel. +66 043-466444

### *Disclaimer:*

*The contents, views, and opinions expressed in the Journal of Nursing Science and Health are those of the authors only and do not necessarily reflect the views of Faculty of Nursing Khon Kaen University or the Editorial board.*

# บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ (Journal of Nursing Science & Health) ฉบับนี้ มีบทความวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า: ประเด็นสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ และประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการผดุงครรภ์ยุคประเทศไทย 4.0 สำหรับบทความวิจัย เช่น ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมและภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด และปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ภายในฉบับยังมีบทความวิจัยที่น่าสนใจอันมีความหลากหลายทั้งรูปแบบและกลุ่มประชากรที่ศึกษาและสาระทางวิชาการที่มีคุณภาพสามารถเลือกอ่านและอ้างอิงเชิงวิชาการได้ ซึ่งวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากการอ่านอย่างเต็มที่เพื่อใช้ในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพต่อไป

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนให้ทุกท่านได้ส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพและการพยาบาลมาตีพิมพ์ที่วารสารวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพนี้ และขอบคุณทุกท่านที่ได้ส่งบทความชนิดต่างๆมาตีพิมพ์กับวารสาร ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในการพิจารณาบทความต้นฉบับ ตลอดจนการสนับสนุนในทุกรูปแบบจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่งมา ณ ที่นี้

รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร  
บรรณาธิการ

---

# Editorial

**T**here are many interesting academic articles presented in this issue of Journal of Nursing Science & Health, namely Advance care planning: important issue of geriatric palliative care. Ethical dilemmas and ethical decision making for midwifery in the Thailand 4.0 reformation and research articles ,The effects of empowerment program on breastfeeding behaviors among mothers and neonatal jaundice and Factors predicting insomnia among patients with heart failure. In addition, this issue also contains interesting research articles that are diverse in designs, population, and quality academic content, available for reading and academic reference. We hope that Journal of Nursing Science & Health will benefit all readers for both further personal and professional development.

We, the editorial team, would like to invite you all to submit academic and research articles on health and nursing to be published in Journal of Nursing Science & Health. We also would like to thank all of you who have submitted the articles to be published in the journal. We also would like to express our sincere gratitude to all the experts for considering the original articles and the Faculty of Nursing, Khon Kaen University for all the support given to us.

Associate Professor Ampornpan Theeranut, Ph.D.  
Editor of Journal of Nursing Science and Health

# สารบัญ

# Contents

## ● บทบรรณาธิการ

## ● บทความวิชาการ

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม  
ในการผดุงครรภ์ยุคประเทศไทย 4.0

ศุภาวี เพ็ชกเทศ      กฤษณา พูลเพิ่ม

การวางแผนการดูแลรักษาช่วงหน้า: ประเด็นสำคัญในการดูแล  
แบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กัญญาพิชญ์ จาอ้าย      อรอนงค์ ธรรมจินดา  
พิชฌักษณ์      ฉัตรวิไลลักษณ์

## ● บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรม  
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด

นาฏตยา ศรีสวัสดิ์      นิลาวรรณ ฉันทะปริตตา

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย  
ระยะท้าย

บำเพ็ญจิต แสงชาติ      เรวัตน์ เอกวุฒินงศา  
ยุพเรศ โจมแพง      เพ็ญนภา บุบผา  
น้ำทิพย์ ไผ่คำนาม

ประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาล  
เทพรัตนนครราชสีมา

จารุจิต ประจิตร      อศนี วันชัย  
จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร

## ● Editorial

## ● Academic Articles

Ethical dilemmas and ethical decision making for  
midwifery in the Thailand 4.0 Era

Supa Puektes      Kritsana Poolperm

Advance care planning: important issue of geriatric  
palliative care

Panchan Thapanakulsuk

Health promoting strategies for breastfeeding

Kanyapat Chaeye      On-Anong Thammajinda  
Phatcharakan Chatwilailak

## ● Research Article

The effects of empowerment program on breastfeeding  
behaviors among mothers and neonatal jaundice

Nattaya Srisawat      Nilawarn Chanthapreeda

Development of nurse competency assessment tool for end  
of life care

Bumpenchit Sangchart      Rawat Ekwuttiwongsa  
Yupared Jompaeng      Pennapa Buppha  
Namtip Phaikammam

The effectiveness of anesthetic nursing service system in  
Debaratana Nakhonratsima Hospital

Jarujit Prajit      Ausanee Wanchai  
Jitpinan Srijakkot

## สารบัญ

## Contents

- การพัฒนาารูปแบบบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด  
มดลูกผ่านหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด  
อุบลราชธานี
- นันท์ชพร เนลสัน                      จุฬารกรณ์ ศักดิ์สิงห์  
เอี่ยมพร ชมภูมี                      สุลักขณา จันทร์วิสุข  
อรดี ต่อวิวัฒน์
- ทักษะและทัศนคติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต  
ในโรงพยาบาลศูนย์กลางแห่งหนึ่งในเวียดนาม
- แดง กวุก บ่าว                      มาริสา ไกรฤกษ์  
ฮวง ทรง ฮาน
- การศึกษาสมรรถนะหลักของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย  
สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม
- ดง ตี เชียง เอียง                      ขนิษฐา วรธงชัย  
โฮ ดาย บิน
- ความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่โรงพยาบาลทั่วไปประจำ  
จังหวัดแห่งหนึ่งของประเทศเวียดนาม
- ทราน ทิ วู มาย                      มาริสา ไกรฤกษ์  
พ็ย็น ทิ อาน เพ็อง
- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำ  
ของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดเหอหนาน ประเทศจีน
- ดง ยาง หวาง                      อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์  
เกษราวัลณ์ นิลวารังกุล
- รูปแบบการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษา  
ระดับปริญญาตรี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- เกษร เกตุชู                      วิไลพร กาเชียงราย  
วิชานีย์ โจมาลัย                      ชลลดา ไชยกุลวัฒนา
- 68      The development of risk management total abdominal  
hysterectomy perioperative nursing at Sunpasitthiprasong  
Hospital Ubonratchathani province  
Nanthatchaporn Neilson      Julaporn Saksing  
Auamporn Chompoomee      Sulakana Jantawesuk  
Orade Taviwat
- 79      Skills and attitudes of nurses working in intensive care  
units in a central hospital, Vietnam  
Dang Quoc Bao                      Marisa Krairiksh  
Hoang Trong Hanh
- 90      A study of core competency among staff nurses at a  
University Hospital in the Socialist Republic of Vietnam  
Duong Thi Dieu Huong      Kanittha Volrathongchai  
Ho Duy Binh
- 104      Job satisfaction among nurses working at a provincial  
general hospital in Vietnam  
Tran Thi Vu Mai                      Marisa Krairiksh  
Nguyen Thi Anh Phuong
- 113      Prevalence and factors associated with needlestick injuries  
among nursing students in Henan Province, China  
Dongyang Wang                      Amornrat Anuwatnonthakate  
Kessarawan Nilvarangkul
- 124      Alcohol consumption behavior reduction model for  
undergraduate student: A systematic review  
Kesorn Ketchu                      Wilaiporn Kachiangrai  
Wichanee Jaimalai                      Cholada Chaikoolvatana

## สารบัญ

## Contents

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

โสภิตา ทิพย์สวัสดิ์      เพลินพิศ ฐานิวัตตนานนท์  
อารุณทิกิพย์ บัวเพ็ชร์

ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

จรรยา ฉิมหลวง      รสสุคนธ์ วาริศกุล  
ยุพิน อังสุโรจน์

ภาวะโภชนาการและความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยในเข้ารักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต

วาสนา ฟ้าวัน      พรทิพย์ อยู่ญาติมาก  
รภัศศา แพรภัทรประสิทธิ์

◎ คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

135 The effect of behavioral change program for smoking cessation on smoking cessation among smokers in a risk group of cardiovascular diseases

Sopida Thipsawat      Ploenpit Thaniwattananon  
Aporntip Buapetch

148 Factors predicting insomnia among patients with heart failure

Janya Chimluang      Rotsukon Varitsakul  
Yupin Aunguroch

161 The nutritional status and association of new pressure ulcer in patients who transfer from in-patient ward to intensive care unit (ICU)

Wasana Lavin      Porntip Yooyadmak  
Raphassa Praepataraprasit

172 ◎ Instructions for Authors





## ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการผดุงครรภ์ยุคประเทศไทย 4.0

ศุภาวี เพ็ญเทศ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) \* กฤษณา พูลเพิ่ม พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)\*\*

### บทคัดย่อ

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการผดุงครรภ์ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ และตามยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป บทความนี้ขอนำเสนอประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการผดุงครรภ์ยุคประเทศไทย 4.0 ที่พบบ่อย ขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในประเด็นต่าง ๆ สำหรับผดุงครรภ์ ประกอบด้วย 1) การแสดงความยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 2) การทำแท้งหรือยุติการตั้งครรภ์ในทารกกลุ่มดาวน์ 3) การรักษาความลับของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 4) การบอกความจริงและการแจ้งข่าวร้ายเมื่อทารกตายคลอดหรือพิการ 5) การปกป้องทารกแรกเกิดในการวางแผนจำหน่ายทารกกลับบ้าน ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรมีกระบวนการและแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสม เพื่อการดูแลมารดา ทารกที่มีประสิทธิภาพและลดความขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการณ์ผดุงครรภ์

**คำสำคัญ:** ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม การผดุงครรภ์ยุคประเทศไทย 4.0

วันรับบทความ 9 พฤษภาคม 2563 วันแก้ไขบทความแล้วเสร็จ 3 กรกฎาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 16 กรกฎาคม 2563

\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์มารดาการกแรกเกิด สถาบันพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย E-mail: kaisupa2007@yahoo.co.th

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์มารดาการกแรกเกิด สถาบันพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

## Ethical dilemmas and ethical decision making for midwifery in the Thailand 4.0 Era

Supa Puektes M.Sc. (Public Health)\* Kritsana Poolperm M.N.S. (Maternal and Child Nursing)\*\*

### Abstract

Ethical dilemmas and ethical decision making in midwifery practice is related to many factors and eras. This article presented issues related to Ethical dilemmas and ethical decision making commonly occur in midwifery practice in Thailand 4.0 Era This article presented issues related to Ethical dilemmas and ethical decision making commonly occur in midwifery practice in Thailand 4.0 Era 1) Informed consent of adolescent pregnancy 2) abortion of fetus with down's syndrome 3) maintaining confidentiality in pregnant women with HIV 4) telling the truth to mother when having stillbirth or birth defects 5) Safeguarding concerns in discharge planning of the newborn. In order to provide quality care and reduce ethical dilemmas in midwifery practice, midwifery should have appropriate ethical decision making process and ethical decision making guideline.

**keywords:** ethical dilemmas; ethical decision making; midwifery in the Thailand 4.0 Era

*Received 9 May 2020, Revised 3 July 2020, Accepted 16 July 2020*

---

\*Assistant Professor, Maternal Newborn Nursing and Midwifery Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing,  
Corresponding author, E-mail: kaisupa2007@yahoo.co.th

\*\*Assistant Professor, Maternal Newborn Nursing and Midwifery Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

## บทนำ

การดูแลผู้รับบริการทุกประเภท พยาบาลย่อมมีโอกาสเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ yakต่อการตัดสินใจ ในการผดุงครรภ์ยุคประเทศไทย 4.0 ก็เช่นเดียวกันย่อมเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่มีบริบทในการตัดสินใจที่แตกต่างจากในอดีตขึ้นได้ เนื่องจากยุคปัจจุบันที่มีความเจริญทางเทคโนโลยี ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม วัฒนธรรม และอื่น ๆ ดังนั้น ผดุงครรภ์ผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพมารดาและทารก จึงควรมีความรู้ที่ทันสมัย ทั้งด้านกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกในยุคประเทศไทย 4.0 ต่อไป บทความนี้นำเสนอ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในการผดุงครรภ์ยุคประเทศไทย 4.0 หลักจริยศาสตร์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม บทบาทพยาบาลในการป้องกันหรือลดความขัดแย้งทางจริยธรรมและเสนอแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการผดุงครรภ์ยุคประเทศไทย 4.0

## ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในการผดุงครรภ์ยุคประเทศไทย 4.0

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ที่เน้นความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล<sup>1</sup> และจากแนวคิดการพัฒนาประเทศไทยในยุค 4.0 ประกอบกับสถานการณ์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ก้าวกระโดด ผู้รับบริการสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น ความท้าทายใหม่ ๆ นี้ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพมารดา ทารกย่อมส่งผลให้พยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ

การให้บริการ อีกทั้งมีบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น ในการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในการผดุงครรภ์หรือการดูแลสุขภาพมารดา ทารก พอสรุปได้ดังนี้

1. การแสดงความยินยอมเมื่อได้รับการบอกกล่าวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในปัจจุบันผดุงครรภ์มีโอกาสในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากขึ้น จากข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 15-19 ปี พบว่ามีอัตราการคลอดในวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 35.0 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน<sup>2</sup> ดังนั้น ในการแสดงความยินยอมเพื่อการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการผดุงครรภ์ เช่น การฝากครรภ์ การคลอด หรือการผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้อง การทำแท้งบุตร การฝังยาคุมกำเนิด ซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการแสดงความยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวเพื่อการรักษาพยาบาล ว่าใครควรเป็นผู้ตัดสินใจ ควรเคารพสิทธิในการตัดสินใจของวัยรุ่นอย่างไรบ้าง ตามหลักจริยธรรมแล้ววัยรุ่นควรได้รับการเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy) สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองได้ แต่การแสดงความยินยอมเมื่อได้รับข้อมูลหรือได้รับการบอกกล่าวเป็นกระบวนการตามกฎหมาย และตามสิทธิผู้ป่วยระบุว่า “บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก อายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”<sup>3</sup> ดังนั้น ถึงแม้วัยรุ่นมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองแต่ก็ยังไม่มียุติในการแสดงความยินยอมเมื่อได้รับการบอกกล่าว (Informed consent) ได้หากอายุยังไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ ยกเว้นวัยรุ่นที่อายุสิบเจ็ดปีขึ้นไปและแต่งงานจดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายแล้ว และจากพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรา 5 ระบุว่า วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้

ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคม อย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ ตามพระราชบัญญัตินี้ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ<sup>4</sup> ดังนั้น แนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลสุขภาพมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับการแสดงยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวเพื่อรับการรักษาพยาบาลจึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางประการ เช่น ปัจจุบันการรับบริการฝังยาคุมกำเนิดที่วัยรุ่นมีสิทธิดำเนินการเองได้โดยไม่ต้องให้ผู้ปกครองยินยอม ในขณะที่การทำแท้งหรือยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อายุยังไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ ยังคงต้องให้ผู้ปกครองตามกฎหมายแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2. การทำแท้งหรือยุติการตั้งครรภ์ในทารกกลุ่มดาวน์ เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมประเด็นหนึ่งที่พยาบาลต้องเข้าไปเกี่ยวข้องมากขึ้น นอกจากนี้ อาจเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ เทคโนโลยีการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยสุขภาพทารกตั้งแต่ในครรภ์ สามารถทราบได้ว่าทารกในครรภ์มีการเจ็บป่วยหรือมีความพิการหรือไม่ เช่น การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยก่อนคลอดทารกกลุ่มดาวน์ มีประเด็นที่ถกเถียงกันคือเป็นการคัดเลือกทางพันธุกรรมแบบหนึ่งที่ทำให้โอกาสเฉพาะทารกปกติได้เกิดมา ส่วนทารกที่ผิดปกติจะถูกทำแท้งออกไป ความเจริญทางเทคโนโลยีเหล่านี้ได้รับการยอมรับในคู่สมรสส่วนใหญ่<sup>5</sup> นอกจากนี้ในยุคปัจจุบันมีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น จึงนำไปสู่การตัดสินใจทำแท้งหรือยุติการตั้งครรภ์โดยถูกกฎหมายได้มากขึ้น ซึ่งประเด็นนี้พยาบาลต้องเข้าไปเกี่ยวข้องทั้งบทบาทผู้ให้คำปรึกษา ผู้ช่วยแพทย์ในการทำแท้งเพื่อการรักษา เป็นต้น

3. การรักษาความลับของสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ประเด็นการรักษาความลับของสตรีตั้งครรภ์ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่พยาบาลผดุงครรภ์ต้อง

เผชิญปัญหาในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การรักษาความลับของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีกับการป้องกันการติดเชื้อของสามีกรณีผลเลือดสามีเป็นลบ นอกจากนี้ยังมีประเด็นการรักษาความลับในสถานการณ์อื่น ๆ เช่น การรักษาความลับของวัยรุ่นที่มาใช้บริการทำแท้งกับการบอกให้ผู้ปกครองทราบเพื่อให้วัยรุ่นได้รับการดูแลจากผู้ปกครอง การที่ภรรยาปกปิดสามีว่าเคยทำแท้งหรือเคยมีบุตรแล้วกับสามีในอดีต เป็นต้น

4. การบอกความจริงและการแจ้งข่าวร้ายเมื่อทารกตายคลอดหรือพิการ ในการตรวจคัดกรองทารกในครรภ์หากทารกมีความผิดปกติหรือพิการ ผดุงครรภ์อาจต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการบอกความจริงแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว หรือในการทำคลอดเมื่อพบทารกมีความผิดปกติ พิการหรือไม่สมบูรณ์ ผดุงครรภ์ควรตัดสินใจบอกความจริงหรือแจ้งข่าวร้ายแก่มารดาอย่างไร จึงเหมาะสม นับเป็นประเด็นจริยธรรมประการหนึ่งที่ผดุงครรภ์ต้องตัดสินใจ

5. การปกป้องทารกแรกเกิดในการวางแผนจำหน่ายทารกกลับบ้าน ในปัจจุบันลักษณะครอบครัวมีความซับซ้อนมากขึ้น บางครอบครัวยังขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ต่อเนื่องมาจากปัจจุบันมีหลายครอบครัวมีการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม ซึ่งสาเหตุความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตรมาจากหลายประการ เช่น การตั้งครรภ์วัยรุ่น การติดยาเสพติด ปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น ดังนั้น ผดุงครรภ์จึงเป็นบุคคลสำคัญบุคคลหนึ่งในการทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของทารกแรกเกิด เพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับความคุ้มครองตามสิทธิเด็ก ที่ระบุว่าเด็กทุกคนมีสิทธิได้รับการปกป้องคุ้มครองจากความรุนแรง และได้รับความปลอดภัยในชีวิต<sup>6</sup>

## หลักจริยศาสตร์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการผดุงครรภ์ นอกจากพยาบาลต้องคำนึงถึงคำประกาศรับรองสิทธิ

และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ที่องค์การสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ ประกาศไว้เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2558 และหลักการปฏิบัติให้สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล พ.ศ. 2546 แล้ว การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลมารดา ทารก ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม 6 ประการ ประกอบด้วย 1) การเคารพเอกสิทธิ์ 2) การทำประโยชน์ 3) การไม่ทำอันตราย 4) ความยุติธรรม 5) การบอกความจริง 6) ความซื่อสัตย์ ดังนี้<sup>7</sup>

1. การเคารพเอกสิทธิ์ (respect for autonomy) คือ การยอมรับและให้อิสระในสิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองตัดสินใจ ภายหลังจากการได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการดูแลมารดา ทารก

2. การทำประโยชน์ (beneficence) คือ การทำสิ่งดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

3. การไม่ทำอันตราย (non-maleficence) คือ การกระทำที่ไม่ทำอันตรายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มาสู่ผู้รับบริการหรือผู้ปกครอง

4. ความยุติธรรม (justice) คือ การปฏิบัติด้วยความเสมอภาค เท่าเทียมกันโดยไม่เลือกปฏิบัติ

5. การบอกความจริง (veracity or truth telling) คือ การไม่พูดเท็จกับผู้รับบริการหรือผู้ปกครอง เป็นความจำเป็นพื้นฐานในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

6. ความซื่อสัตย์ (fidelity) คือ การรักษาสัญญา (promise keeping) และการปกปิดความลับ (maintaining confidentiality) ไม่นำข้อมูลของผู้ป่วยไปเผยแพร่ให้ผู้อื่นทราบโดยไม่ได้รับอนุญาต

## บทบาทพยาบาลในการป้องกันหรือลดความขัดแย้งทางจริยธรรม

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งทางจริยธรรมอยู่เสมอ พยาบาลต้องมีความไวเชิงจริยธรรม และพยาบาลควรนำแนวคิดทางจริยธรรมที่สำคัญมาเป็นหลักในการ

ดำเนินบทบาทของพยาบาลเพื่อลดความขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งแนวคิดทางจริยธรรมมีรายละเอียด ดังนี้<sup>8</sup>

1. การทำหน้าที่แทน (advocacy) หมายถึง การกระทำเพื่อปกป้องพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง บทบาทสำคัญในการทำหน้าที่แทนผู้รับบริการหรือผู้ปกครอง เช่น การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของมารดาและครอบครัว การให้ข้อมูลแก่ทีมสุขภาพถึงการตัดสินใจของมารดาและครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์ยังมีบทบาทสำคัญในการปกป้องพิทักษ์สิทธิทารกแรกเกิด และทารกในครรภ์หากสตรีตั้งครรภ์มีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นอันตรายต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น สตรีตั้งครรภ์เสพยาเสพติด เป็นต้น

2. ความรับผิดชอบ (accountability) หมายถึง การรับผิดชอบต่อผลของการกระทำหน้าที่ของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดประเด็นจริยธรรม พยาบาลต้องแสดงถึงความรับผิดชอบที่มีต่อมารดา ทารก และครอบครัว รวมทั้งเร่งแก้ไขความผิดพลาดอย่างเร่งด่วน

3. ความร่วมมือและการประสานความร่วมมือ (cooperation and collaboration) หมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือให้มารดา ทารกปลอดภัย ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อมารดาและทารกมากที่สุด

## ขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการผดุงครรภ์

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นกระบวนการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการพิจารณาตัดสินใจเลือกกระทำกรอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อแก้ไขความรู้สึกคับข้องใจที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำคุณค่า ความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ หลักการ/แนวคิดเชิงจริยธรรมตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ มาประกอบการตัดสินใจ ซึ่งสามารถสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้<sup>7, 9, 10</sup>

1. การรวบรวมข้อมูล เป็นสิ่งที่สำคัญมาก และเป็นสิ่งแรกที่ต้องดำเนินการในกระบวนการตัดสินใจประเด็นปัญหาทางจริยธรรม ข้อมูลที่จะต้องรวบรวมประกอบด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของมารดา คุณค่าและความเชื่อของสตรีตั้งครรภ์และคู่สมรส การตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของครอบครัว ตลอดจนแหล่งสนับสนุน กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ นโยบายสุขภาพขององค์กร ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่กำลังเผชิญ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในสถานการณ์

2. การกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์สรุปเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เช่น ควรพิทักษ์สิทธิ์ของทารกในครรภ์กับการช่วยทำแท้งตามความต้องการของครอบครัว ควรปกป้องความลับของภรรยาซึ่งติดเชื้อเอชไอวีกับการป้องกันอันตรายให้กับสามีของสตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก เป็นการกำหนดทางเลือกที่เป็นไปได้ในทุก ๆ ทาง ผดุงครรภ์ต้องทำความเข้าใจและวิเคราะห์แต่ละทางเลือก โดยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง

4. การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ เป็นขั้นตอนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่มีความสำคัญ โดยต้องนำทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกมาแล้วนั้น มาพิจารณาบนพื้นฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 1) ทฤษฎีจริยศาสตร์/หลักจริยธรรม/แนวคิดทางจริยธรรม 2) จรรยาบรรณวิชาชีพ 3) คุณค่า ความเชื่อของบุคคล/สังคม 4) กฎหมาย/สิทธิผู้ป่วย/พรบ.วิชาชีพ 5) นโยบายสุขภาพของรัฐและหน่วยงาน/เศรษฐกิจ/สังคม 6) วัฒนธรรม ซึ่งไม่ว่าจะเลือกทางเลือกใด ก็จะมีทั้งผลดีและผลเสียเสมอ โดยต้อง

พิจารณาเลือกด้วยความรอบคอบ และคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงให้มากที่สุด

5. การประเมินผลลัพธ์และกระบวนการ เป็นการประเมินว่าวิธีการหรือแนวทางที่เลือกช่วยให้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นหมดไปหรือไม่ไปสู่ประเด็นขัดแย้งใหม่ รวมถึงประเมินความรู้สึกของผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจในครั้งนี้

**ตัวอย่างกรณีศึกษา: ประเด็นความขัดแย้งและแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรม**

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ผู้ปฏิบัติงานผดุงครรภ์พบบ่อย และเกิดปัญหาในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม บทความนี้ผู้เขียนขอเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาและแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อให้ผดุงครรภ์ที่กำลังปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ได้ 5 ประเด็น ดังนี้

**ประเด็นที่ 1 การแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ต้องได้รับการผ่าตัดด่วน**

“สตรีตั้งครรภ์อายุ 16 ปี ยังไม่เคยแต่งงาน ขณะอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ รู้สึกทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง จึงมาพบแพทย์ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แพทย์ประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ พบว่าทารกมีภาวะค้ำขั้น ต้องได้รับการผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้องด่วนเพื่อช่วยชีวิตทารกในครรภ์ แต่วัยรุ่นรายนี้ไม่มีผู้ปกครองหรือสามีมาส่งที่โรงพยาบาลด้วย”

จากสถานการณ์สตรีตั้งครรภ์ อายุเพียง 16 ปี เป็นวัยรุ่นซึ่งมีวุฒิภาวะเพียงพอในระดับที่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ แต่ตามสิทธิผู้ป่วยระบุไว้ว่า “บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้ปกครองทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” ซึ่งยกเว้นกรณีสตรีนั้นอายุ 17 ปี แต่งงาน โดยความยินยอมของผู้ปกครอง และจดทะเบียนสมรสแล้ว ไม่ถือว่าเป็นผู้เยาว์ ดังนั้น ในกรณีนี้จึงเกิดประเด็น

ขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้นระหว่างการได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้มีสิทธิตามกฎหมายและการคำนึงถึงความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์รวมทั้งทารกในครรภ์ ในที่นี้พยาบาลควรคำนึงถึงความปลอดภัยของทารกในครรภ์เป็นสำคัญ เพื่อประโยชน์สูงสุดของมารดาและทารก ทั้งด้านการคำนึงถึงร่างกายที่ปลอดภัยของทารก และสภาพจิตใจที่ไม่ต้องสูญเสียบุตรของมารดา และคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยที่ระบุว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที”<sup>3</sup> ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง หากเกิดกรณีดังกล่าว มีแนวปฏิบัติ คือแพทย์ตัดสินใจทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อช่วยชีวิตทารกในครรภ์ โดยโทรศัพท์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนแก่ผู้ปกครองตามกฎหมายของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และให้แสดงความยินยอมอย่างไม่เป็นลายลักษณ์อักษรก่อน แล้วจึงให้ผู้ปกครองมาแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรในภายหลัง ทั้งนี้แพทย์และพยาบาลต้องทำบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้เป็นหลักฐานอย่างละเอียด ดังนั้น จากกรณีดังกล่าวในปัจจุบันหน่วยงานต่าง ๆ ควรมีกำหนดแนวปฏิบัติไว้ล่วงหน้าให้ชัดเจน เพื่อลดความคับข้องใจเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในประเด็นนี้สำหรับแพทย์และผดุงครรภ์ผู้ปฏิบัติงาน

## ประเด็นที่ 2 การทำแท้งหรือยุติการตั้งครรภ์ในทารกกลุ่มดาวน์

“สตรีตั้งครรภ์ อายุ 38 ปี อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ มีความวิตกกังวลเนื่องจากตั้งครรภ์อายุมาก จึงตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์หลังได้รับคำปรึกษาจากแพทย์และผดุงครรภ์ผู้ดูแล ผลการตรวจคัดกรองโดยวิธีการเจาะน้ำคร่ำพบว่าทารกมีภาวะดาวน์ จึงปรึกษากับสามีและตัดสินใจทำแท้ง จึงมาปรึกษาผดุงครรภ์เรื่องการตัดสินใจทำแท้ง”

จากสถานการณ์หากผดุงครรภ์มีความเชื่อว่าการทำแท้งเป็นการทำบาป ผดุงครรภ์ควรตัดสินใจอย่างไรหากต้องเข้าไปเกี่ยวข้อง จึงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจประเด็นหนึ่ง ซึ่งถ้าวิเคราะห์คุณค่าความเชื่อของผดุงครรภ์แล้ว หากผดุงครรภ์รายนี้มีความเชื่อว่าการทำแท้งถือเป็นการฆ่าสัตว์ ตัดชีวิต ผู้ร่วมช่วยเหลือในการทำแท้งอาจเป็นบาปได้ เมื่อพิจารณาประเด็นเกี่ยวกับการทำแท้ง ยังเป็นที่ถกเถียงกันระดับโลกในแง่มุมเรื่องจริยธรรม กฎหมายห้ามทำแท้งแบบเข้มงวดประสบปัญหาการละเมิดสิทธิเหนือร่างกายของสตรี ในขณะที่แนวคิดการทำแท้งถูกกฎหมายก็ประสบปัญหาการละเมิดสิทธิในชีวิตของทารกด้วยเช่นกัน<sup>11</sup> ในทางกฎหมายการทำแท้งเสรีมีหลายประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา สตรีสามารถทำแท้งเสรีโดยไม่ผิดกฎหมาย แต่มีเงื่อนไขคือทำแท้งได้ก็ต่อเมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 16 สัปดาห์<sup>12</sup> สำหรับในประเทศไทยกฎหมายทำแท้งเสรียังประสบปัญหาด้านจริยธรรมและสังคมไทยเป็นสังคมที่ศาสนาพุทธมีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อของคนไทยมายาวนาน ปัจจุบันนี้กฎหมายทำแท้งของประเทศไทยตามมาตรา 305(1) แห่งประมวลกฎหมายอาญานุญาตให้ทำแท้งได้ในกรณีที่จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายและปัญหาสุขภาพทางจิตของหญิงตั้งครรภ์ในกรณีที่หญิงนั้นมีความเครียดอย่างรุนแรง เนื่องจากทารกในครรภ์มีหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะมีความพิการอย่างรุนแรง เมื่อหญิงนั้นได้รับการตรวจวินิจฉัยและการปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ (genetic counselling) และมีการลงนามรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีใช้ ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์อย่างน้อยหนึ่งคน ให้ถือว่าหญิงตั้งครรภ์นั้นไม่มีปัญหาสุขภาพจิต<sup>13</sup> ในสถานการณ์นี้จึงเป็นการตัดสินใจทำแท้งที่ถูกกฎหมาย ดังนั้นพยาบาลควรแสดงบทบาทผู้ประสานงานให้สตรีตั้งครรภ์ทำแท้งได้ตามความประสงค์ของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว โดยมีเหตุผลสนับสนุนตามหลักทฤษฎี



จริยศาสตร์คือทฤษฎีประโยชน์นิยม และหลักจริยศาสตร์ในแง่การทำสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่สตรีตั้งครรภ์ แต่ถ้าพยาบาลมีความเชื่อว่าการช่วยแพทย์ในการทำแท้งเป็นบาป เมื่อพิจารณาตามสิทธิพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งรัฐมิชิแกน ที่ระบุว่า “พยาบาลแต่ละคนมีความรับผิดชอบที่จะเปลี่ยนแปลง ปรับตัวหรือถอนตัวจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งต่อความรู้ ความสามารถและความเชื่อของตน”<sup>14</sup> ดังนั้น สถานการณ์นี้จะเห็นได้ว่าตามความเชื่อทางศาสนาของตนและตามสิทธิของพยาบาลพยาบาลก็มีสิทธิที่จะพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ โดยสามารถบอกปฏิเสธในการช่วยเหลือแพทย์ทำแท้งได้

### ประเด็นที่ 3 การปกปิดความลับกับการป้องกันอันตรายแก่สามีของหญิงหลังคลอดติดเชื้อเอชไอวี

“หญิงหลังคลอด 3 วัน ผลเลือดตรวจพบติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่มาฝากครรภ์ และยังคงปกปิดสามีเรื่องผลเลือดของตน ขอร้องมิให้พยาบาลแจ้งให้สามีทราบผลเลือดของตน เพราะกลัวสามีทอดทิ้งตนเองและลูก ขณะนอนพักที่ตึกหลังคลอดพยาบาลไม่ได้ส่งทารกแรกเกิดให้มารดาเลี้ยงเนื่องจากงดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สามีคนปัจจุบันซึ่งเป็นสามีคนที่ 2 มีผลเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นลบมาเยี่ยมเกิดความสงสัยว่าทำไมพยาบาลจึงไม่ส่งบุตรของตนไปดูนมแม่ จึงถามพยาบาลว่า ภรรยาของผมเป็นอะไรหรือป่าวทำไมจึงไม่ส่งลูกให้ภรรยาผมเลี้ยงจะได้กินนมแม่เหมือนลูกคนอื่น ๆ ”

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์นี้ ผดุงครรภ์ควรตัดสินใจแจ้งให้สามีของหญิงหลังคลอดทราบหรือไม่ เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับสามีคือมีการติดเชื้อจากภรรยา หรือควรที่จะเลือกการปกปิดความลับของหญิงหลังคลอด ตามสิทธิผู้ป่วยที่หญิงหลังคลอดควรได้รับ และตามหลักจริยธรรม ด้านความซื่อสัตย์ (fidelity) คือการรักษาสัญญา (promise keeping) และการปกปิดความลับ (maintaining

confidentiality) ไม่นำข้อมูลของผู้รับบริการไปแจ้งให้ผู้อื่นทราบ แต่หากไม่บอกให้สามีทราบ สามีก็อาจไม่ปลอดภัยเพราะมีโอกาสติดเชื้อจากภรรยาได้ ดังนั้นในกรณีนี้จึงตัดสินใจยากพอสมควร จึงขอเสนอแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสมที่สุดจากสถานการณ์นี้ ผดุงครรภ์ควรคำนึงถึงการปกปิดความลับของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่สุดตามหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพ ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลฯ ข้อ 15 ที่ระบุว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่”<sup>15</sup> และตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 323 เกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ<sup>16</sup> ในขณะที่เดียวกันผดุงครรภ์ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของสามีและบุตรของผู้รับบริการ คือควรให้คำปรึกษาแก่หญิงหลังคลอดในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่สามีและวิธีการเลี้ยงดูบุตรให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อจากตน และเป็นที่ปรึกษาถึงแนวทางการบอกความจริงกับสามีว่าตนติดเชื้อเอชไอวี เมื่อหญิงหลังคลอดมีความพร้อม ซึ่งในกรณีนี้การบริการในคลินิกฝากครรภ์ เมื่อรู้ผลเลือดพยาบาลในคลินิกฝากครรภ์ควรให้คำปรึกษาถึงแนวทางการให้สตรีตั้งครรภ์วางแผน การพูดคุยกับสามี และวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อสามีรับทราบผลเลือดและแนวทางการเลี้ยงดูบุตรต่อไป และจะเหมาะสมยิ่งขึ้นถ้าพยาบาลผดุงครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์จัดบริการให้คำปรึกษาแบบคู่ (couple counselling) ทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

### ประเด็นที่ 4 การแจ้งข่าวร้ายกับมารดากรณีทารกมีความพิการ

“ผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ 38 สัปดาห์คลอดบุตรแข็งแรงดี แต่มีความพิการปากแหว่ง เพดาน

โหว่ ผู้คลอดไม่ทราบมาก่อนว่า ทารกในครรภ์มีความพิการ แรกคลอดผู้คลอดถามผดุงครรภ์ว่า ลูกอวัยวะครบ 32 ไหม”

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์นี้ ผดุงครรภ์ผู้ทำคลอดควรแจ้งอาการให้ผู้คลอดทราบทันทีหรือไม่ หรือควรประเมินสภาพผู้คลอดก่อนว่า ยอมรับได้หรือไม่ ตามหลักจริยธรรมการบอกความจริง (veracity or truth telling) บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับรู้ความจริง ไม่ถูกโกหกหลอกลวง แต่แนวทางการบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายในที่นี้คือ ความพิการของบุตรหรือคลอดบุตรเสียชีวิตเป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อผดุงครรภ์พอสมควร เนื่องจากอาจไม่มั่นใจว่าผู้คลอดและครอบครัวจะเผชิญกับการสูญเสียได้เหมาะสมหรือไม่ แนวปฏิบัติในสถานการณ์นี้พยาบาลผดุงครรภ์ควรบอกความจริงให้ผู้คลอดทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาได้เห็นความผิดปกติของบุตร จากสถานการณ์ทารกมีความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ในการบอกความจริงพยาบาลควรอธิบายถึงแนวทางการดูแลรักษา แก่ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ให้มารดาทราบพร้อมทั้งจัดสถานที่ให้ผู้คลอดและครอบครัวมีโอกาสระบายความรู้สึกโศกเศร้าสูญเสียอย่างเต็มที่ พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทแสดงความเอื้ออาทร เข้าใจเห็นใจ พร้อมทั้งแสดงออกถึงความเต็มใจให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ รวมถึงแนวทางการวางแผนในอนาคตต่อไป

**ประเด็นที่ 5 การพิทักษ์สิทธิ์ทารกแรกเกิดก่อนจำหน่ายทารกไปอยู่ในความดูแลของครอบครัว**

“มารดาหลังคลอด 4 วัน เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว มีประวัติติดเชื่อเอชไอวีและติดยาบ้า ต้องการรับบุตรของตนไปเลี้ยงดูที่บ้าน จากข้อมูลที่นักสังคมสงเคราะห์ไปสำรวจสิ่งแวดล้อมที่บ้าน พบว่าสภาพบ้านอาศัยเป็นที่พักพิงชั่วคราวขนาดเล็ก ๆ อยู่บริเวณใต้สะพานลอยแห่งหนึ่ง”

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์นี้ ผดุงครรภ์ควรจำหน่ายทารกให้มารดากลับไปเลี้ยงดูที่

บ้านตามความต้องการของมารดา หรือควรป้องกันอันตรายแก่ทารกจากการได้รับการเลี้ยงดูในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ในที่นี้ตามกฎหมายและตามสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ข้อ 9 ระบุว่า “บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”<sup>3</sup> ดังนั้นมารดาหลังคลอดมีสิทธิโดยชอบธรรมในการนำบุตรกลับไปเลี้ยงดูที่บ้านตามความประสงค์ แต่เมื่อพิจารณาตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เด็กต้องได้รับการคุ้มครอง<sup>6</sup> และตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ข้อ 6 ระบุว่า “กรณีที่ผู้ปกครองตกอยู่ในสภาพที่ไม่อาจให้การอุปการะเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนและพัฒนาเด็กได้ไม่ว่าด้วยเหตุใด หรือผู้ปกครองกระทำการใดอันน่าจะเกิดอันตรายต่อสวัสดิภาพหรือขัดขวางต่อการเจริญเติบโต หรือพัฒนาการของเด็ก หรือให้การเลี้ยงดูโดยมิชอบให้พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการให้การสงเคราะห์หรือคุ้มครองสวัสดิภาพตามพระราชบัญญัตินี้”<sup>17</sup> ดังนั้น ในสถานการณ์นี้ผดุงครรภ์ควรปฏิบัติบทบาทในการพิทักษ์สิทธิ์ของเด็กเพื่อให้เด็กได้รับความปลอดภัย มีการเลี้ยงดูที่เหมาะสม นอกจากนี้ ผดุงครรภ์ต้องมีบทบาทในการให้ความร่วมมือและการประสานความร่วมมือ (cooperation and collaboration) ระหว่างทีมสุขภาพ รวมทั้งนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อพิจารณาข้อมูลร่วมกันอย่างรอบด้านในการวางแผนการจำหน่ายทารกครั้งนี้ ซึ่งในการพิจารณาต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของทารกให้มากที่สุด หากทีมสุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่าเด็กจะไม่ปลอดภัยหากให้ครอบครัวรับไปดูแลที่บ้าน จึงยังไม่ควรจำหน่ายทารกครั้งนี้

## สรุป

การปฏิบัติการพยาบาลในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป พยาบาลผดุงครรภ์ย่อมเผชิญสถานการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่แตกต่าง

จากในอดีต รวมทั้งมีบริบทในการตัดสินใจที่ต่างกัันบางประการ ดังนั้น ควรมีกระบวนการการตัดสินใจที่เหมาะสมตามหลักจริยธรรม คุณค่า ความเชื่อ สิทธิผู้ป่วย สิทธิพยาบาล สิทธิเด็ก กฎหมาย พระราชบัญญัติ และข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้หน่วยงานควรมีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพเพื่อพัฒนาแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในประเด็นที่พบบ่อยไว้ล่วงหน้า เพื่อลดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของผู้ปฏิบัติงานลงได้ส่วนหนึ่ง และตัวอย่างกรณีศึกษาที่ได้นำเสนอนี้ น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงานผดุงครรภ์ในยุคประเทศไทย 4.0

## References

1. Ministry of Public Health. Twenty-year national strategic plan for public health (2017–2036) first revision 2018. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2018. (in Thai)
2. Ministry of Public Health. Situation of adolescent and youth reproductive health in 2018 [internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019[updated 2019; cited 2020 January 22th]. Available from: [http://rh.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=86](http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=86). (in Thai)
3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Patient's right 2538 (1995); [internet]. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2018[updated 2018 Jun 5; cited 2020 Jan 20th]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/AA01.pdf>. (in Thai)
4. Office of the Council of State. Prevention and solution of the adolescent pregnancy problem act, B.E. 2559 (2016) [internet]. The Government Gazette Vol. 133, Part 30a, Date 31<sup>st</sup> March B.E. 2559(2016) [cited 2020 Jan 12]. Available from: <http://teenact.moph.go.th/main.php?filename=center>. (in Thai)
5. Suntharasaj T. Ethic issues concerning prenatal screening and diagnosis In: Pranpanus S. Pruksanusak N, editors, Prenatal screening and diagnosis of down syndrome. 2<sup>nd</sup> ed. Songkhla: Book unit, Faculty of Medicine, PSU.; 2013: p. 9–14. (in Thai)
6. Office of Welfare Promotion, Protection and empowerment of vulnerable groups. convention on the rights of the child [internet]. Bangkok: Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups; 2013[updated 2013; cited 2020 Jan 20]. Available from: <http://humanrights.mfa.go.th/upload/pdf/crc.pdf>. (in Thai)
7. Chaowalit A, Khampalikit S, Nasae T, Chanthamas S. editor. Ethical guidelines for nursing organization: Mechanism and practices. Bangkok: Chudthong; 2015. (in Thai)
8. Fry ST, Johnstone MJ. Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making. 3<sup>rd</sup> ed. MA: Wiley–Blackwell Publishing; 2008.
9. Catalano JT. Nursing now: Today's issue, tomorrow & trends. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia PA: F.A. Davis Company; 2003.
10. Fry ST, Johnstone MJ. Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 2003.
11. Wattana T. Legal abortion: ethics and development. Journal of Thai Justice System 2019;12(2):73–86. (in Thai)

12. United Nations. Abortion policies and reproductive health around the world. n. p.; United Nations publication; 2014.
13. Thai Medical Council. The Thai Medical Council's Regulation on criteria for performing therapeutic termination of pregnancy in accordance with section 305 of the criminal code of Thailand 2005 [internet]. Thai Medical Council; 2005 [cited 2020 April 11]. Available from: [https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/abortion\\_regulation\\_in\\_Thai.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/abortion_regulation_in_Thai.pdf). (in Thai)
14. Michigan Nurses Association. Legislative priorities for the Michigan Nurses Association [internet]. Michigan: Michigan Nurses Association; 2017[updated 2017 Jan; cited 2020 Feb 10]. Available from: <https://www.minurses.org/cms/assets/uploads/2017/01/Legislative-Priorities.pdf>
15. Thailand Nursing and Midwifery Council. Professional regulation ethical issues, B.E. 2550 (2007); The Government Gazette. Vol 124, Part 83d., Date 11<sup>st</sup> July, B.E. 2550(2007); [internet]. [cited 2020 January 12]. Available from: [http://www.lpnh.go.th/nurse/upload\\_pdf/myfile/2550\\_rule\\_ethics\\_nurse.pdf](http://www.lpnh.go.th/nurse/upload_pdf/myfile/2550_rule_ethics_nurse.pdf). (in Thai)
16. The Justice Group. Penal code. Bangkok: Lawbook; 2020. (in Thai)
17. Office of the Council of State. Child protection act, B.E. 2546 (2003) [Internet]. The Government Gazette. Vol. 120, Part 95 a., Date 2<sup>nd</sup> October, B.E. 2546 (2003). [cited 2020 January 20]. Available from: [https://www.dcy.go.th/webnew/upload/regulation/regulation\\_th\\_20170105023516\\_1.pdf](https://www.dcy.go.th/webnew/upload/regulation/regulation_th_20170105023516_1.pdf). (in Thai)

## การวางแผนการดูแลรักษาล้วงหน้า: ประเด็นสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

ปานจันทร์ ฐานกุลศักดิ์ ป.ศ. (การพยาบาล)\*

### บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้ นำเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดูแลรักษาล้วงหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ จำนวน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดูแลรักษาล้วงหน้าสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยอุปสรรคด้านตัวผู้สูงอายุ และ ด้านครอบครัวหรือผู้ดูแล และปัจจัยอื่นๆ และ 2) แนวทางในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลรักษาล้วงหน้าของผู้สูงอายุ ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการเตรียมการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการวางแผนการดูแลรักษาล้วงหน้าสำหรับผู้สูงอายุ การเตรียมการที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุตระหนักและยอมรับการวางแผนการดูแลรักษาล้วงหน้า ตลอดจนมั่นใจที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต

**คำสำคัญ:** การวางแผนการดูแลรักษาล้วงหน้า การดูแลแบบประคับประคอง ผู้สูงอายุ

วันรับบทความ 10 พฤษภาคม 2563 วันแก้ไขบทความแล้วเสร็จ 3 กรกฎาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 9 กรกฎาคม 2563

\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย  
E-mail: panchan.t@stin.ac.th

---

## Advance care planning: important issue of geriatric palliative care

Panchan Thapanakulsuk RN, Ph.D. (Nursing)\*

### Abstract

This review article aims to present the issues related to advanced care plans for the older adults. The content consists of 2 important issues: 1) factor related to advance care planning in older adults consists of factors related to the older adults themselves, families and caregivers, and the other factors. 2) guidelines for promoting advance care planning of the older adults. Health care provider should have good preparation in promoting advanced care plan for older people. A good preparation will encourage the older adults to be aware of and accepted advanced care plans as well as be confident in receiving palliative care for good quality of life at the end of their lives.

**keywords:** advanced care planning; palliative care; older adults

*Received 10 May 2020 Revised 3 July 2020 Accepted 9 July 2020*

---

\*Assistant Professor, Department of Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing,  
Corresponding author, E-mail: panchan.t@stin.ac.th

## บทนำ

ประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (ageing society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดยประชากรไทย 1 ใน 10 เป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และ ในอนาคตอันใกล้ในปี พ.ศ. 2564 คาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (complete aged society) คือ สัดส่วนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และในปี พ.ศ. 2578 จะพัฒนาไปสู่การเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (super aged society) โดยประมาณการว่าจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด<sup>1</sup> จึงต้องมีการเตรียมพร้อมในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ในอนาคต เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัยทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมประสิทธิภาพ ร่วมกับการมีโรคร่วมหลายอย่าง โดยพบว่าครึ่งหนึ่งของประชากรสูงอายุทั้งหมดมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว<sup>2</sup> การมีความจำที่ถดถอยลง ความสามารถในการคิด การตัดสินใจลดลง มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม หรืออุบัติเหตุซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคอง มีโอกาสก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ

ระบบสุขภาพจึงต้องมีการเตรียมการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง (geriatric palliative care) ในอนาคต ซึ่งการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าเป็นแนวคิดที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคอง โดยเป็นการดูแลที่บูรณาการศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุ (geriatric medicine) รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และจริยธรรมในการดูแล (ethic of care) เข้าด้วยกัน<sup>3</sup> โดยมีจุดเน้นที่การทำงานประสานความร่วมมือของทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและ

ครอบครัว ซึ่งการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า (advance care planning) มีความจำเป็นกับกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อถึงเวลาที่ต้องการเจ็บป่วยดำเนินมาถึงระยะที่ผู้สูงอายุไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเองได้ การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าจึงเป็นโอกาสที่ผู้สูงอายุสามารถแสดงเจตนาารมณ์ไว้ล่วงหน้าว่าจะให้มีการดำเนินการในการรักษาหรือดูแลตนเองอย่างไรในฐานะเจ้าของชีวิต ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ในฐานะบุคคล<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่มีประโยชน์เพื่อให้จากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี มีความสำคัญต่อครอบครัว เนื่องจากในเวลาของผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะตัดสินใจในการรักษา ครอบครัวจะสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้สูงอายุกววางแผนไว้ ทำให้ลดการขัดแย้งระหว่างสมาชิกของครอบครัว และมีความสำคัญต่อบุคลากรทางการแพทย์ ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องการดูแลรักษา โดยสามารถจัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามเจตนาารมณ์อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลบรรเทาอาการ (symptom control) การบรรเทาความเจ็บปวด (relief pain) และการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psycho-spiritual healing) ซึ่งการสื่อสารให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าใจความหมาย กระบวนการ การนำไปใช้ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า จึงมีความสำคัญมาก ต่อการปฏิบัติตามความต้องการของเจ้าของชีวิต

การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) ความต้องการของผู้ป่วย (patient preference) 2) การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอในการตัดสินใจ (advance decisions) และ 3) การเลือกบุคคลใกล้ชิดแสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ (proxy nomination) ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่มุ่งเน้น คือ

การปฏิบัติตามความต้องการของเจ้าของชีวิต<sup>5</sup> ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยหรือเจ้าของชีวิตอาจนำไปสู่การทำหนังสือแสดงเจตนาซึ่งเป็นเอกสารที่เจ้าของชีวิตหรือผู้แทนโดยชอบธรรม แสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้าว่าจะรับหรือไม่รับบริการสาธารณสุขเพื่อช่วยชีวิต โดยการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าจะเน้นที่กระบวนการสื่อสารและการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างเจ้าของชีวิต ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ เกี่ยวกับโรคที่เป็น ผลกระทบ แนวทางการรักษา<sup>6</sup> และเจ้าของชีวิตอาจแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการดูแลรักษาให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลรับทราบด้วยวาจาหรือทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษรที่เรียกว่า พินัยกรรมชีวิต ก็ได้ ซึ่งพินัยกรรมชีวิตอาจเกิดจากการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า หรือเกิดจากการที่ผู้สูงอายุต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาและบุคลากรทางการแพทย์อาจใช้โอกาสนี้ในการพูดคุยเรื่องแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าก็ได้<sup>7</sup>

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้สูงอายุที่พบในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าในประชากรสูงอายุในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ดังนี้

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าสำหรับผู้สูงอายุ**

หลังจากมีการประกาศมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในปี 2550 โดยความมุ่งหมายของมาตรา 12 มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยอุปกรณ์จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ และมีการเผยแพร่ความรู้ในเรื่องนี้ในหลายรูปแบบและหลายแหล่งข้อมูล ซึ่งช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และยังมีตัวอย่างของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาในระยะ

สุดท้ายของชีวิต ของบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคมที่เผยแพร่เพื่อให้ความรู้และแนวทางการเขียนแก่ประชาชนทางอินเทอร์เน็ต<sup>8</sup> โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญและมีแรงจูงใจในการเขียนแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของตนเองได้ อย่างไรก็ดีพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เจ็บป่วยให้ความสนใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าน้อย และมักทำเมื่อพบว่าป่วยเป็นโรคที่มีความรุนแรง หรือป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย<sup>9</sup> และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังพอจะทราบเรื่องข้อมูลการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าบ้าง แต่การตัดสินใจเขียนแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าจริง ๆ มีจำนวนน้อย ซึ่งในความเป็นจริงทั้งบุคคลที่ป่วยและไม่ป่วย สามารถวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าและทำพินัยกรรมชีวิตของตนเองได้<sup>10</sup> นอกเหนือจากนี้พบว่าการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุมักทำในระยะท้ายที่ผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะวิกฤติหรือในวาระสุดท้ายของชีวิตจริง ๆ ซึ่งถือว่าช้าเกินไป<sup>11</sup> การทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าทั้งจากผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ ดังนี้

**ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ** ปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ได้แก่ ความคิดส่วนบุคคล การรับรู้/ความคิดและมุมมองของการตายดี การยอมรับเรื่องความตาย ความเชื่อของผู้สูงอายุและครอบครัวในสังคมไทย รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ ดังนี้

**1. ความไม่แน่ใจเกี่ยวกับสถานการณ์ในอนาคต** เนื่องจากมองว่าเรื่องของอนาคตเป็นเรื่องที่ไม่แน่นอน จึงคิดว่ายังมีเวลาในการตัดสินใจ<sup>12,6</sup> ในกลุ่มผู้สูงอายุมีปัจจัยที่ค้ำึงถึง ได้แก่ สถานการณ์ของครอบครัวในอนาคต ความเหนื่อยล้าและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุต่อจากวันนี้ไป ซึ่งอาจมีผลต่อการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้สูงอายุ<sup>6</sup> ทำให้เกิดความไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนเองต้องการหรือคาดหวังจากครอบครัวหรือผู้ดูแล



ในเวลาที่ยุติหรือตนเองไม่ได้หรือในวาระสุดท้ายของชีวิต จะไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวังไว้ทำให้ไม่กล้าตัดสินใจในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ซึ่งประเด็นนี้อาจถูกหักล้างด้วยหลักการของการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ว่าสามารถปรับเปลี่ยนได้เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง และหากทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษร จะมีความชัดเจนมากขึ้น และถูกรับรองโดยกฎหมาย ทั้งนี้ถือว่าฉบับสุดท้ายเป็นฉบับที่มีผลในการนำไปใช้ การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรจึงต้องมีการลงวันที่กำกับไว้ และมีพยานเซ็นรับทราบทุกครั้ง เพื่อรับรองว่าผู้เขียนมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์<sup>10</sup>

2. ความเชื่อเกี่ยวกับระยะเวลาที่เหมาะสมในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ในกลุ่มผู้สูงอายุในสังคมไทย เชื่อว่า การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าควรทำในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าถือเป็นการแข่งขันตนเอง และในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุคิดว่า การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าควรทำเมื่ออายุ 60-70 ปี<sup>12,13</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษานในสหรัฐอเมริกา พบว่า การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังจะทำในผู้สูงอายุมากกว่า 85 ปีมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่านั้น<sup>14</sup> ซึ่งอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เพราะช่วงเวลาที่เหมาะสมในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า คือ ทำได้ตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป ทั้งผู้ที่ป่วยและยังไม่ป่วยที่สำคัญคือ มีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์เพียงพอที่จะสามารถตัดสินใจในการออกแบบการดูแลรักษาล่วงหน้าด้วยตนเอง สามารถทำได้ทั้งชนิดที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือพูดปากเปล่าให้เป็นที่รับรู้โดยทั่วกันในครอบครัว และอาจปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่ก็ได้<sup>12</sup> ในการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 22 คน พบว่าผู้สูงอายุ

มีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าตั้งแต่ช่วงที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีเพียง 4 คน<sup>12</sup> ซึ่งประเด็นความสามารถในการตัดสินใจเป็นประเด็นจริยธรรมที่ถูกพูดถึงและอ่อนไหวมากสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความเข้าใจในสถานการณ์ การทำความเข้าใจทางเลือกต่าง ๆ และผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการตัดสินใจ<sup>15</sup>

3. การรับรู้/ยอมรับเรื่องความตาย ผู้สูงอายุในสังคมไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งสอนว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และไม่มีใครหลีกเลี่ยง<sup>4</sup> และพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 มีการเตรียมตัวเพื่อการตาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ<sup>2</sup> แม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุจะมีการยอมรับการตายได้ไม่ยาก แต่พบว่ายังมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะคนที่ยังไม่ป่วย<sup>9</sup> อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และไม่ทราบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเมื่อไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ไม่ทราบว่าเริ่มต้นวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าอย่างไร และจำนวนมากยังไม่เคยได้ยิน เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า หรือการทำพินัยกรรมชีวิตมาก่อน<sup>11</sup> ประกอบกับการไม่ได้รับการสื่อสารเรื่องนี้จากผู้ดูแล หรือบุคลากรทีมสุขภาพจึงเป็นสาเหตุให้ละเลยและไม่ได้วางแผน<sup>13</sup>

4. ความคิดและมุมมองของการตายดี ความหมายของการตายที่ดี ในทัศนะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 คุณลักษณะคือ การมีสติรับรู้อยู่ตลอดเวลา ตั้งจิตมั่นว่าตนเองจะจากไปด้วยดี และเสียชีวิตโดยการนอนหลับไป คือ การนอนแล้วหมดลมไปอย่างเงียบ ๆ ตามธรรมชาติ ไม่ทรมานทรมาน<sup>8,12,16</sup> และอยู่แวดล้อมด้วยครอบครัว ลูกหลาน คนที่รัก ไม่ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต<sup>16-18</sup> ซึ่งความคิดและมุมมองของการตายดีในลักษณะนี้จะทำให้วางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าไว้ตามแนวทางที่ตนเองต้องการ และมีแนวโน้มที่จะไม่ใช้หัตถการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ตนเองในช่วงสุดท้ายของชีวิต

5. **ระดับการศึกษาผู้สูงอายุ** จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ<sup>17</sup> เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีจะเปิดรับข่าวสารทางสุขภาพมากกว่าและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาและจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา<sup>19</sup> จึงมีความเป็นไปได้ที่ได้รับความรู้ข่าวสาร หรือหาข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการเพื่อวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

**ปัจจัยจากครอบครัวและผู้ดูแล** ครอบครัวและผู้ดูแลมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากครอบครัวและผู้ดูแล ได้แก่ ประเด็นด้านการสื่อสาร การมีความเห็นไม่ตรงกัน ความเชื่อของครอบครัว และแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของครอบครัว ดังนี้

1. **การสื่อสารเรื่องการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า** การสื่อสารเรื่องนี้กับสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องยาก พบปัญหาว่าสมาชิกในครอบครัวมักจะไม่ปฏิเสธหรือไม่ต้องการรับฟังเรื่องการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า เนื่องจากมีความเชื่อว่าเป็นลางไม่ดี<sup>20, 21</sup> ทำให้ละเลยโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาข้อสรุปร่วมกันในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าระหว่างเจ้าของชีวิตและครอบครัว ในบางครอบครัวนำไปสู่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หรือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

2. **ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของครอบครัวหรือผู้ดูแล** เกี่ยวกับการยื้อชีวิต หลายครอบครัวมีความเชื่อว่าการทำทุกวิถีทางที่จะช่วยยื้อชีวิตผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ถูกต้อง เป็นการแสดงถึงความกตัญญูรู้คุณ ซึ่งเป็นค่านิยมที่สำคัญในสังคมไทย หากปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปตามธรรมชาติ โดยไม่ใช้เทคโนโลยีต่างๆ เพื่อยื้อชีวิต ทำให้อาจถูกมองว่ายากปลอดเปลื้อง

ภาระในการดูแล และอาจถูกตำหนิจากสมาชิกครอบครัวคนอื่นหรือบุคคลรอบข้าง แต่ในความเป็นจริงการยื้อชีวิตของผู้ป่วยออกไปด้วยหัตถการต่าง ๆ นั้นเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมาน และทำให้ผู้ป่วยจากไปแบบไม่สงบ<sup>22</sup>

3. **ความคิดเห็นไม่ตรงกันของสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล** เป็นอุปสรรคหนึ่งของการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และเมื่อยังไม่สามารถตกลงเกี่ยวกับแนวทางดูแลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว จึงยังไม่มีข้อสรุปในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า หรือยังไม่มีการทำหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจนทำให้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จะทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลรักษา และอาจส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการรักษา หรือเกิดการยื้อชีวิตที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ<sup>23</sup>

4. **อิทธิพลของผู้ดูแลต่อการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า** ความคิดเห็นในเรื่องนี้ อาจแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ การตัดสินใจของผู้สูงอายุอาจโน้มเอียงไปตามความคิดเห็นของผู้ดูแล เนื่องจากไม่ต้องการสร้างความยุ่งยากในเรื่องการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าให้กับผู้ดูแลอีก เพราะผู้ดูแลประสบกับความยุ่งยากมากพอแล้วในระหว่างการดูแลตนเองหรือ ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุบางกลุ่มคิดว่าผู้ดูแลจะเป็นผู้ช่วยที่ดีในการปฏิบัติตามความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย<sup>6</sup>

5. **ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของครอบครัว** ในสังคมไทยผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ย่อมเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ด้วยอิทธิพลของแนวความคิดแบบนี้ ผู้ป่วยบางรายที่ป่วยหนักและวางแผนไว้แล้วว่า จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ดูแลเองก็อาจเปลี่ยนใจ พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวความยุ่งยากหากผู้ป่วยจะเสียชีวิตที่บ้าน<sup>13</sup> ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลขาดโอกาส

ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลแต่เนิ่น ๆ และผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการได้รับความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิตจากหัตถการทางการแพทย์ที่จะยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป<sup>17</sup> ซึ่งความคิดและความเชื่อในลักษณะนี้จะถูกแก้ไขเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเรื่อง ความต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิตและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า

**6. ฐานะทางเศรษฐกิจและความพร้อมในการดูแล** แม้ว่ารายได้เป็นปัจจัยทำนายความสุขในชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ในความเป็นจริงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้<sup>2, 18</sup> และการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง ครอบครัวจึงเป็นผู้รับภาระในการดูแล เป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าโดยใช้หัตถการที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิต แต่ไม่ได้ช่วยให้สภาวะของโรคหรือการเจ็บป่วยดีขึ้น จึงเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของครอบครัวโดยไม่จำเป็น พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการตัดสินใจในการยืดชีวิตของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากผู้ดูแลขาดรายได้เพราะต้องออกจากงานหรือทำงานได้ไม่เต็มที่เพราะต้องดูแลผู้ป่วย<sup>12</sup> ดังนั้นเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าว่าจะเลือกรับหรือไม่รับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดชีวิตเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าจากบุคลากรทีมสุขภาพ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้วางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าโดยส่วนใหญ่บุคลากรทีมสุขภาพมักจะเริ่มพูดคุยกับครอบครัวในช่วงที่ผู้สูงอายุมีอาการทรุดหนักจนไม่สามารถร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ซึ่งกระบวนการที่ดีควรทำมาเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่เริ่มป่วย<sup>23</sup> นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุหรือครอบครัวได้รับข้อมูลการรักษาที่ไม่เพียงพอ หรือ

ไม่เหมาะสมตรงตามความเป็นจริง จะส่งผลถึงความสำเร็จหรือความชัดเจนในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้สูงอายุ<sup>24</sup> นอกจากนี้การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่า การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าไม่ใช่การสิ้นสุดการรักษาแต่เป็นการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายของบุคลากรทางการแพทย์ การได้ข้อมูลการดำเนินโรคที่ชัดเจนว่าไม่สามารถรักษาหายขาด และการทำหัตถการเพื่อช่วยยืดชีวิตจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และไม่ทำให้อากาโรดีขึ้น ตลอดจนการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต มีผลทำให้ผู้ดูแลได้คิดพิจารณาถึงเหตุผลและแนวทางในวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากนี้ การเป็นที่ปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าเป็นอีกบทบาทที่สำคัญในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า

ด้วยบริบทและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ทั้งจากผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ วรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ได้นำเสนอแนวทางในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุในหลายประเด็น ดังนี้

**แนวทางในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุ**

**1. การพัฒนาความรู้และสร้างแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของบุคลากรทางการแพทย์** บุคลากรทีมสุขภาพทุกระดับควรมีความเข้าใจใน พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น โดยจัดการอบรม หรือ การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เข้าใจกระบวนการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนตามระดับความรับผิดชอบของตนเอง<sup>23</sup> และใช้

เวทีนี้ในการซักถาม ทำความเข้าใจในบางประเด็นที่มีข้อสงสัย ควบคู่กันไปกับการสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับสถานพยาบาลในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย ทั้งในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และควรพัฒนาระบบการจัดเก็บหนังสือแสดงเจตนาให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยงาน เพื่อรองรับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรและประชาชนทั่วไปรับทราบว่าสถานพยาบาลมีการเตรียมพร้อมดังกล่าว

**2. การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว** อุปสรรคต่างๆ ในการเขียนแผนการรักษาล่วงหน้าทั้งจากตัวผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล จะถูกแก้ไขได้โดยการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนา โดยใช้สื่อที่เข้าถึงได้โดยง่าย และควรมีการจัดอบรม หรือการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ให้เข้าใจถึงกระบวนการในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ประโยชน์ที่ได้รับจากการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ให้ความรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาที่เหมาะสมในการวางแผน และการนำแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าไปใช้ ควรทำความเข้าใจกับผู้สูงอายุและครอบครัวว่า การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าควรทำตั้งแต่นั้น ๆ เมื่อผู้สูงอายุยังมีสติสัมปชัญญะ ด้วยเป็นสิ่งที่ถูกต้องและไม่ถือเป็นเรื่องไม่มงคล ในทางตรงกันข้ามเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ตกลงหรือพูดคุยกัน เพื่อหาข้อสรุปที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุได้ออกแบบการรักษาตามเจตนารมณ์ของตนเอง โดยสามารถวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของตนเองโดยระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษร หรือแจ้งผู้แสดงเจตนาแทนเมื่อไม่มีสติสัมปชัญญะในการตัดสินใจด้วยตนเองได้ โดยการอธิบายประกอบกับดูตัวอย่าง หรือ

แนะนำแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้การปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของเจ้าของชีวิตเป็นไปอย่างเป็นรูปธรรม โดยแนะนำว่าหลังจากการเขียนแผนการรักษาล่วงหน้าให้เซ็นชื่อ แล้วถ่ายเอกสารไว้ พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนา ฉบับถ่ายเอกสารให้เก็บไว้ในวาระเขียนของผู้ป่วย ไม่ว่าแพทย์ท่านใดจะได้ดูแลผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้ และฉบับจริงให้ไว้กับตัวผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยกระทันหัน ก็ได้รับการดูแลจากแพทย์ตามเจตนารมณ์นั้น<sup>22</sup>

**3. การพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากรทีมสุขภาพ** โดยส่วนใหญ่เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพมักจะเริ่มพูดคุยกับครอบครัวในการวางแผนการดูแลรักษาตอนที่ผู้สูงอายุมีอาการทรุดหนัก จนไม่สามารถร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้ ซึ่งกระบวนการที่ดีควรทำมาเป็นระยะๆ ตั้งแต่เริ่มป่วย<sup>23</sup> ในกรณีมีการขัดแย้งกันในครอบครัว ต้องใช้ทักษะในการค้นหาว่าสมาชิกคนใดมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว หากสามารถทำให้บุคคลนั้นเข้าใจบริบทการดูแล เกิดความรู้สึกว่าอยู่ทีมเดียวกับบุคลากรทีมสุขภาพ จะสามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยมากที่สุด<sup>2</sup> บุคลากรทีมสุขภาพควรพัฒนาตนเองให้มีทักษะการสื่อสารที่ดีในการแจ้งการดำเนินโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ แพทย์ควรทำความเข้าใจกับครอบครัวถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย การตอบสนองของร่างกายต่อโรคที่เป็นและวิธีการบรรเทาอาการต่างๆ<sup>22</sup> และอธิบายให้เข้าใจว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำเพื่อยื้อชีวิตไม่ได้ช่วยทำให้สถานะของโรคดีขึ้น และให้ความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวว่าการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ไม่ใช่การหยุดการดูแลรักษา แต่จะเป็นการดูแลแบบประคับประคองที่ต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิตไปตามธรรมชาติ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งบุคลากรที่ให้ข้อมูลเรื่อง การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และได้รับการ

ฝึกฝนในการให้ข้อมูลเนื่องจากจะสามารถให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากกว่า<sup>25</sup> สิ่งสำคัญคือ การใช้เวลาพูดคุยถึงความต้องการของผู้สูงอายุและรับฟัง โดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือแก้ปัญหาาร่วมกัน ชักถามความเข้าใจ และทบทวนการตัดสินใจที่เข้าร่วมกัน<sup>15</sup> ซึ่งพบว่าปัญหาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจะไม่เกิดขึ้นถ้ามีการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุ และครอบครัวของผู้สูงอายุ

**4. การสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพ** สถานบริการควรสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การพัฒนาการบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน เช่น มีทีมการรักษาที่มีการรักษาไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีเป้าหมายในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคองควรครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาล เชื่อมต่อถึงการให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุ และการให้บริการติดตามดูแลในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการสนับสนุนการดูแลจากระบบการดูแลที่มีความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล บ้านและชุมชน อย่างเป็นรูปธรรม และมีระบบการให้คำปรึกษาที่เชื่อมต่อการดูแลของสถานพยาบาลในเครือข่าย<sup>26</sup> การพัฒนาเหล่านี้จะช่วยให้อุบัติการณ์สุขภาพสามารถดำเนินการตามเจตนาของเจตนาของผู้ป่วยที่แจ้งไว้หรือกำหนดไว้ในหนังสือแสดงเจตนาได้ นอกจากนี้ในการดูแลที่ต้องมีการตัดสินใจในประเด็นสำคัญบางประเด็นที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อร่วมในการตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจในการหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้มีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น เป็นต้น<sup>27</sup> นอกเหนือจากนี้

ในระดับสถานศึกษาควรมีการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา และพยาบาลศึกษา ให้มีความรู้เรื่องการดูแลประคับประคองมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน<sup>27</sup>

**5. การเตรียมระบบการเงินเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาว** ในระบบบริการสุขภาพควรมีนโยบายการจัดหาแหล่งเงินสำหรับการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน หรือ การจัดตั้งกองทุนการดูแลระยะยาว จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและครอบครัว<sup>28</sup> สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในการวางแผนการดูแลรักษาว่าเมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะเจ็บป่วยอยู่ในระบบบริการระดับใด ก็จะมีที่ปรึกษาที่ดี และมีการสนับสนุนทางการเงิน เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ แม้ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ที่บ้าน

**6. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการดูแล** เป็นการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณที่สำคัญ เพราะการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนการยอมรับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ในกรณีที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้คล้ายสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ตลอดจนเปิดโอกาสให้ญาติที่ผู้ป่วยรักเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุอบอุ่นใจ รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง<sup>12</sup> และควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก ความต้องการในการรักษา โดยการพูดคุยกับครอบครัวหรือญาติ โดยทุกคนควรเป็นผู้ฟังที่ดี และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ<sup>22</sup> ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาให้ถ้อยฉบับสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญ<sup>29</sup> สิ่งแวดล้อมที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งคือบุคลากรทางการแพทย์ ควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างอ่อนโยน นุ่มนวล อยู่เป็นเพื่อนในขณะที่กำลังเจ็บปวด การเอาใจใส่ในการดูแล การตอบสนองทันทีต่อการร้องขอความช่วยเหลือ ตลอดจนการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากเสียชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องการ<sup>18</sup>

การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า เป็นกระบวนการสื่อสารที่สำคัญระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามเจตนาารมณ์ในระยะสุดท้ายของชีวิต และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี แนวทางที่จะสามารถส่งเสริมการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้าในเรื่อง กระบวนการการนำไปใช้ ประโยชน์ที่จะได้รับเพื่อให้เกิดความเข้าใจยอมรับ รวมทั้งการปรับทัศนคติของทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับความเชื่อที่ว่า การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าเป็นเรื่องไม่มงคล ในส่วนของบุคลากรทีมสุขภาพ ควรจัดการอบรม หรือ อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาความรู้หรือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การพัฒนาตนเองในบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวางแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย และพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าว่า จะมีระบบที่รองรับการนำแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าไปใช้ มีที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ และจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องไม่ว่าจะอยู่ในสถานบริการหรือที่บ้าน นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติตามเจตนาารมณ์ของผู้สูงอายุเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

## References

1. National Elderly Committee. The 2<sup>nd</sup> national plan on the elderly 2002–2021. 1<sup>st</sup> revision 2009. (in Thai)
2. Ubolwan K, Pongkaew A, Sanghuachang W, Khunpinit K. Factors predicting the happiness of community-dwelling older adults with chronic diseases. *J Public Health* 2018; 48(2): 244–55. (in Thai)
3. Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Büla C, Jox RJ, et al. Geriatric palliative care: A view of its concept, challenges and strategies. *BMC geriatrics* 2018; 18(220): 1–6.
4. Boonchalermpivas S. Section 12 of national health act, B.E. 2550. Bangkok: 3 D printing equipment; 2016. (in Thai)
5. Phunggrassami T. Advance care plan [cited 2019 Jul 25]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/472858>. (in Thai)
6. Fan SY, Sung HC, Wang SC. The experience of advance care planning discussion among older residents in a long-term care institution: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2019 Oct; 28(19–20): 3451–8. doi: 10.1111/jocn.14936. Epub 2019 Jun 21.
7. Putika Foundation. [Internet]. Advance care plan [cited 2019 Jul 28]. Available from: <http://boonbudnet.com/sunset/node/213>. (in Thai)
8. National Health Commission office. Living will [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 25]. Available from: <http://www.thailivingwill.in.th/content/living-will>. (in Thai)
9. Pimsen A, Wirojratana V, Jitramontree N. Community-dwelling older adult's attitudes, subjective norm, perceived behavioral control, and intention to make living wills. *JTNMC* 2019; 34(1): 74–87. (in Thai)
10. Petkong D. [Internet]. Living will. [Updated 2019 Nov 4; cited 2020 Apr 14]. Available from: [https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw\\_parcy/ewt\\_dl\\_link.php?nid=1786](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=1786). (in Thai)

11. Kunakornwong W. [Internet]. Preparation before the end of life: Choose to stay or go with hope [Updated 2019 April 11; cited 2019 Jul 11]. Available from: <https://tdri.or.th/2019/04/attitude-toward-palliative-care-in-thailand/>. (in Thai)
12. Thaniwattananon P, Isaramalai S, Naka K, Supansathit J. Living will and health of elders with chronic illness at the end of life as perceived by caregivers. *Journal of Nursing Science and Health* 2016; 39(2): 118-32. (in Thai)
13. Wongprasertsuk C, Pramaunwongteera T. Attitudes toward writing self-advance directives. *J Med Health Sci* 2018; 25(3): 81-94. (in Thai)
14. Saracino RM, Bai M, Blatt L, Solomon L, McCorkle R. Geriatric palliative care: Meeting the needs of a growing population. *Geriatr Nurs* 2018; 39(2): 225-9.
15. Mueller PS, Hook CC, Fleming KC. Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. *Mayo Clin Proc* 2004; 79(4): 544-62.
16. Kunsongkeit W. Good death as perceived by the patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2013; 21(4): 25-36. (in Thai)
17. Piriyaup P, Klinwicht W, Inchai P, Somanusorn S. The elderly and family 's paradigm for preparing the end-of-life on hospital based care. *Journal of Nursing and Education* 2017; 10(2): 1-18. (in Thai)
18. Junsomkoy C, Wirojratana V, Chanruangvanich W. Relationships between basic condition factors, symptom severity, Palliative self-care behaviors and quality of life in older adults with advanced cancer receiving chemotherapy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018; 19 suppl: 108-17. (in Thai)
19. Nakasene S. Self healthcare behavior of the elderly in Bangkok. *Rajaphat Rambhai Barni Research Journal* 2018; 12(1): 39-48. (in Thai)
20. Kunsongkeit W. Good death as perceived by the patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2011; 19 Suppl 2: 138-45. (in Thai)
21. Tangtanawutwet T. Buddhist ethics and the extending of death at the end of life with the intention of denying. *Bulletin of Suanprong* 2017; 33(1): 47-64. (in Thai)
22. Boonchalermvipas S. End of patients' life: a medicalfact with legal limits. *Public Health & Health Laws Journal* 2015; 1(3): 241-53. (in Thai)
23. Tipkanjanaraykha K, Saleekul S, Apisitwasana N, Thiammok M. Advanced care planning for peaceful death. *JBCNM* 2017; 33(3): 138-45. (in Thai)
24. Rajawang N. Declaration of intention to refuse life sustaining of terminal stage patient: perspective of elderly in Bangkok Metropolitan. *Thailand Journal of Health Promotion and Environment* 2013; 36(4): 54-65. (in Thai)
25. Owen L, Steel A. Advance care planning: what do patients want?. *Br J Hosp Med (Lond)* 2019; 80(5): 263-7.
26. Puangniyom S, Rungnoei N, Boontae U. Development of integrated healthcare model for the dependent elderly in the pilot areas. *Phetchaburi province* 2019; 38(3): 178-95. (in Thai)

27. Boonchalermvipas S, Pirojkul S, Watanapa P, Ruyaporn T, Limwongse C, Wansawang P, editors. Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment. Bangkok: Pimsiripatana; 2019. (in Thai)
28. Chai E, Meier D, Morris J, Goldhirsh S. Geriatric palliative care: A practical guide for clinicians. New York: Oxford university press; 2014.
29. Wuthiphongpat P. Palliative care according to the religious beliefs and the living will. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2016; 3(6): 149-61. (in Thai)



## ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กัญญาพิชญ์ จาอำย์ ศษ.ม.\* อรอนงค์ ธรรมาจินดา DNP\* พิชรกับย์ ฉัตรวีไลลักษณ์ ศษ.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

นมแม่นับเป็นวัคซีนแรกของทารก การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกิจกรรมและนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตาม 5 ยุทธศาสตร์ของกฎบัตรอตตาวา ได้แก่ 1) สร้างความเข้าใจแก่มารดาเกี่ยวกับนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) ประสานงานกับผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน 3) ดำเนินงานร่วมกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการเสริมแรงทางบวกแก่ชุมชน 4) ให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่มารดาหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง และ 5) ดำเนินงานวิจัยและผลิตนวัตกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิภาพ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นำไปสู่เป้าหมายของการมีทารกสุขภาพดีในประเทศต่อไป

**คำสำคัญ:** การสร้างเสริมสุขภาพ กฎบัตรอตตาวา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วันรับบทความ 3 กันยายน 2561 วันแก้ไขบทความแล้วเสร็จ 19 มิถุนายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 9 กันยายน 2563

\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ E-mail: nattayasrisawat@hotmail.com

\*\*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

## Health promoting strategies for breastfeeding

Kanyapat Chaeye M.Ed.\* On-Anong Thammajinda DNP\* Phatcharakan Chatwilailak M.Ed.\*\*

### Abstract

Breast milk is the first vaccine for baby. Breastfeeding promotion is the activities and policies supported by the government of Thailand. This paper aims to emphasize the nurse's roles in using The Ottawa Charter as a framework for breastfeeding promotion including; 1) creating understanding for mothers in breastfeeding policies, 2) coordinating with relevant department administrators in organizing activities to promote breastfeeding at workplace, 3) collaborate with local administrative organizations in providing positive reinforcement to community, 4) continuing breastfeeding education and skill training for the postpartum mothers, and 5) conducting research and breastfeeding education and skill training. Nurse's role in collaboratively provide breastfeeding promotion will contribute to achieve the goal of having healthy babies across Thailand.

**keywords:** health promotion; Ottawa charter; breastfeeding

*Received 3 September 2018 Revised 19 June 2020 Accepted 9 September 2020*

\*Assistant professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Corresponding author, E-mail: nattayasrisawat@hotmail.com

\*\*Nursing instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

## บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลที่เริ่มต้นในช่วงขวบแรกของชีวิต ทารกยังมีระบบภูมิคุ้มกันโรคยังไม่สมบูรณ์ และเพียงพอต่อการต้านทานเชื้อโรค การได้รับน้ำนมจากแม่ ถือเป็น การสร้างเสริมสุขภาพที่นับเป็นก้าวแรกของมนุษย์ในการมีสุขภาพที่ดีได้ จากรายงานของกรมอนามัย<sup>1</sup> พบว่าในปี 2559 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนหลังคลอด มีเพียงร้อยละ 23.1 และประเทศไทยยังเป็นประเทศมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำที่สุดในเอเชีย ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากมารดาขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ต้องในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาทำงานนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานไม่เอื้อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ แผนการตลาดของนมผงตัดแปลงสำหรับทารก ที่ทำให้มารดาเข้าใจว่านมผงมีคุณค่าเท่ากับนมแม่ มีผลกระทบต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขบางส่วน ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องชัดเจน ในการช่วยเหลือมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ก่อนออกจากโรงพยาบาล หรือการติดตามช่วยเหลือ เมื่อมารดาประสบปัญหาหลังออกจากโรงพยาบาล<sup>2</sup> จึงส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก<sup>3</sup> การสร้างเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยนำ 5 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา มาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดา และผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

## ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ที่ทำให้บุคคลเพิ่มความสามารถ

ในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพะทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณให้ดีขึ้น ทั้งนี้บุคคลนั้นๆ จำเป็นต้องมีแรงบันดาลใจ สามารถบอกความต้องการของตนเอง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงปัจจัยแวดล้อมที่จะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองได้ การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาประกอบด้วยยุทธศาสตร์สำคัญ 5 ประการ<sup>2,4</sup> ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (building healthy public policy) เป็นการวางเป้าหมายหลักที่ชัดเจนและแนวทางวิธีการดำเนินงานที่สำคัญเกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งในระดับประเทศ หน่วยงาน และชุมชนท้องถิ่น เช่น มาตรการด้านกฎหมาย การเงิน การปรับเปลี่ยนองค์กร ซึ่งทุกส่วนต้องเสริมกันและกันเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (creating supportive environment) จากการศึกษาที่บุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชนได้ สิ่งแวดล้อมย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคล ดังนั้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีความปลอดภัย สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การทำงาน และการใช้เวลาว่าง ย่อมส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งอาจทำได้ทั้งในระดับ หน่วยงาน ชุมชน ระดับภูมิภาค จนถึงระดับประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง (strengthening community action) เป็นการเพิ่มความตระหนักและความยืดหยุ่นของชุมชนในการร่วมมือกันวางแผนป้องกัน และลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของคนในชุมชน โดยต้องอาศัยกำลังคนและทรัพยากรในชุมชน เพื่อยกระดับสุขภาพหรือปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (developing personal skills) เป็นการส่งเสริม

สมรรถนะของบุคคลให้รู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร เสริมพลังให้เรียนรู้ตลอดชีวิต และสามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อรองรับความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อ สุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคล

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การปรับระบบบริการสุขภาพ (reorienting health services) เป็นบทบาทของทุก ภาคส่วน ที่รวมถึงการแบ่งปันข้อมูลระหว่างบุคคล กลุ่มชุมชน สถาบันต่างๆ และหน่วยงานทั้งของเอกชน และรัฐบาล ในการบูรณาการงานร่วมกันเพื่อให้ระบบ บริการสุขภาพตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล และชุมชน โดยมีการปรับวิธีการทำงานที่สอดคล้องกับ สถานการณ์สุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ

**แนวทางการประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์การสร้าง เสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตายกับการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่**

ดังที่กล่าวข้างต้นว่ายุทธศาสตร์การสร้าง เสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตาย เป็นยุทธศาสตร์ที่ มีความหลากหลายและมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นวิธีการที่มีการบูรณาการและมีความสอดคล้องของ การทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ทำให้บุคคล เพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น ดังนั้นการนำยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตายมา ประยุกต์ใช้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงเป็นแนวทาง ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของมารดา หลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมีการดำเนิน การแล้วในหลายภาคส่วน แต่ทั้งนี้ยังมีประเด็นที่ เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตร รอดตายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่น่าสนใจและควร นำมาพิจารณา รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อนำบทบาท ของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ในแต่ละยุทธศาสตร์ ดังนี้

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** การสร้างนโยบายสาธารณะ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ถือเป็นแนวทางการดำเนิน งานสำคัญ นำไปสู่เป้าหมายของการทำให้ทารกมี สุขภาพดี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ เครือข่ายร่วมกันรณรงค์ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ ภายใต้แนวคิด “นมแม่คือรากฐานแห่งชีวิต” โดย มีนโยบายส่งเสริม สนับสนุน และปกป้องให้เด็กทุกคน ได้กินนมแม่อย่างเต็มที่ ตามคำแนะนำขององค์การ อนามัยโลก(WHO) คือกินนมแม่ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรก หลังคลอด กินนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือน แรกของชีวิต และกินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่อาหารตาม วัยจนถึงอายุ 2 ขวบ หรือนานกว่านั้น หรือตามสูตร 1-6-2<sup>5</sup> อีกทั้งยังได้กำหนดนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต อย่างเป็นทางการโดยเป็นลายลักษณ์อักษร<sup>6</sup> และได้ กำหนดให้โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ดำเนินการ โดยใช้หลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานในการส่งเสริมให้ มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ<sup>7</sup> นอกจากนี้รัฐบาล ได้กำหนดสิทธิการลาคลอดและการลาเลี้ยงดูบุตรโดย เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับแม่ที่ทำงานอยู่ใน ทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถลาคลอดได้ 90 วัน และ ได้ให้สิทธิแก่บิดาในการลาช่วยภรรยาในการดูแลบุตร โดยให้ข้าราชการสามารถลาติดต่อกันได้ไม่เกิน 15 วัน ทำการ เพื่อเป็นการลดภาระในการเลี้ยงดูบุตร และ ส่งเสริมความอบอุ่นของครอบครัวอีกด้วย สำหรับ ภาคเอกชนยังอยู่ในระหว่างการผลักดันให้เกิดขั้นต่อไป เช่นเดียวกับต่างประเทศมีการให้สิทธิบิดา ในการลาเลี้ยงดูบุตร อาทิ ประเทศสวีเดนได้ใช้กฎหมายการ ลาเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับค่าจ้าง ซึ่งเป็นสิทธิที่พ่อและแม่ ควรจะได้รับ โดยให้ผู้ชายมีสิทธิลาเลี้ยงดูบุตรรวม 90 วัน จากวันลาทั้งหมด 480 วัน (ในรอบ 16 เดือน)<sup>8</sup> และมาตรการให้เวลาพักปั๊มนม ให้ชั่วโมงพักเพิ่ม สำหรับมารดาหลังคลอดที่กลับไปทำงาน หลังครบ กำหนดการสิ้นสุดการลาคลอด เป็นต้น นอกจากนี้ พระราชบัญญัติการควบคุมการส่งเสริมการตลาด

อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560<sup>9</sup> ได้กำหนดหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ (Milk Code) มาควบคุมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับนมผงดัดแปลง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันแก่บุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ เช่น การห้ามเผยแพร่ หรือโฆษณา และห้ามไม่ให้ชักจูงหรือชี้แนะการใช้นมผงดัดแปลง แก่มารดาหลังคลอดและญาติ นอกจากนี้โรงพยาบาลภาครัฐยังได้นำเอายุทธศาสตร์โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก มาเป็นแนวปฏิบัติในการให้บริการแก่บุคลากรและผู้รับบริการทั้งในและนอกเวลา เพื่อให้สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับนโยบายที่กำหนดขึ้น

**ประเด็นที่ควรพิจารณาของยุทธศาสตร์นี้ คือ**

1. อุปสรรคหนึ่งของสาเหตุการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จ มาจากการที่มารดาที่มีความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ต้องกลับไปทำงานไม่สามารถลางานได้ตามจำนวนวันที่กฎหมายกำหนด จากกรณีที่นายจ้างขาดกำลังคน ทำให้มารดากลุ่มนี้ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองได้ตามนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรมีนโยบายและมาตรการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงทำงาน เพื่อให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยเป็นไปตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก<sup>10</sup>

2. นมผงดัดแปลงสำหรับทารก ยังมีบทบาทในการเลี้ยงดูทารก<sup>11</sup> ส่งผลกระทบต่อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะกรณีที่มารดาต้องกลับไปทำงานตามปกติ<sup>12</sup> อีกทั้งสื่อสาธารณะที่มีหลากหลายช่องทาง และกระแสสังคมในการเชิญชวนให้ซื้อนมผงดัดแปลงสำหรับทารก<sup>13</sup> อาจทำให้เกิดการโฆษณาชวนเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

**ตามยุทธศาสตร์ 1 พยาบาลควรมีบทบาทในการดำเนินงาน ดังนี้**

1. พยาบาล ควรเป็นสื่อกลางในการประสานงาน ให้ความรู้ ข้อมูล เพื่อให้มารดาที่มีความเข้าใจและมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ สร้าง

ความเข้าใจให้แก่ลูกจ้างและนายจ้างถึงสิทธิประโยชน์ของการคลอดบุตร เช่น จำนวนวันลาคลอดตามสิทธิ เป็นต้น

2. พยาบาลสร้างความเข้าใจแก่มารดาเกี่ยวกับผลกระทบของนมผงดัดแปลง เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้นมผงดัดแปลง ในกรณีที่ทารกมีความจำเป็นต้องรับนมผงดัดแปลง พยาบาลควรมานโยบาย Milk Code มาใช้ เช่น มีการปกปิดชื่อของยี่ห้อนมผงดัดแปลงที่นำมาใช้เลี้ยงเด็กทารกในสถานพยาบาลแห่งนั้น เป็นต้น

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการจัดสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ และด้านสังคม โดยสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนหลายแห่ง ได้จัดตั้งมุมนมแม่เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่พนักงานหญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และผู้ที่วางแผนมีบุตรในอนาคต โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ การเตรียมความพร้อมเป็นคุณแม่ การอบรมให้ความรู้เรื่องนมแม่แก่พนักงานตั้งครรภ์ ตรวจเต้านมและตรวจครรภ์โดยพยาบาลประจำบริษัท กิจกรรมโภชนาการ จัดเมนูบำรุงน้ำนม ในโรงอาหาร กิจกรรมเยี่ยมแม่หลังคลอด จัดสถานที่ในการบีบเก็บน้ำนม และกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน<sup>14</sup> เป็นต้น**

**ประเด็นที่ควรพิจารณาของยุทธศาสตร์นี้ คือ**

สถานประกอบการทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน บางแห่งยังไม่มีการจัดตั้งมุมนมแม่ที่ชัดเจน ในการเอื้ออำนวยที่บีบเก็บน้ำนม แม้จะเอื้อเวลาหรือผ่อนผันระยะเวลาในการพักเพื่อบีบเก็บน้ำนม บางแห่งมีอุปกรณ์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่เพียงพอ เช่น ตู้เย็นเก็บน้ำนมชั่วคราว เป็นต้น การวางแผนกำหนดเวลาพักที่แน่นอนระหว่างปฏิบัติงานของสตรีให้นมบุตรที่ทำงานนอกบ้าน ในบางหน่วยงานก็เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เนื่องจากหน้าที่ที่รับผิดชอบ และความรู้สึกผิดเมื่อต้องปลีกตัวจากงานมาบีบเก็บน้ำนม เพราะต้องมีพนักงานอื่นรับผิดชอบปฏิบัติงานแทน เช่น พนักงานขาย ในห้างสรรพสินค้า<sup>15</sup>

**ตามยุทธศาสตร์ 2 พยาบาลควรมีบทบาทในการดำเนินงาน ดังนี้**

พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานในสถานประกอบการ ต้องเป็นผู้ประสานงาน ผลักดัน ส่งเสริม และร่วมก่อตั้งกับผู้บริหารในสถานประกอบการ ให้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดตั้งมุนนมแม่ และผลักดันให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น หากพบว่าในสถานประกอบการมีพนักงานหญิงให้นมบุตร ควรส่งเสริมให้ได้พักในช่วงเวลาของการบีบเก็บน้ำนม นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มพนักงานหญิงให้นมบุตรในสถานประกอบการเดียวกัน เพื่อให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน ซึ่งอาจนำไปสู่การจัดตั้งเครือข่ายนมแม่ต่อไป เป็นต้น

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างชุมชนเข้มแข็งในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิผลและบรรลุเป้าหมายได้** ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ที่มารดาหลังคลอดอาศัยอยู่ ซึ่งต้องมีกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม โดยมีการชี้แจงให้ข้อเสนอนั้นเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น นโยบายมทศจรรยา 1,000 วันแรกของชีวิต ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานแผนร่วมกัน ในทุกระดับตั้งแต่เขตสุขภาพ หรือเขตจังหวัด อำเภอ และตำบล มีการตั้งทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับตำบลและหมู่บ้าน ประกอบด้วยบุคลากรของภาครัฐ ภาคเอกชน สร้างแกนนำนมแม่ ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชน ยกตัวอย่าง เช่น การแต่งตั้งบุคคลเป็นประชาญ์นมแม่ในหลายอำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้ทำหน้าที่เสมือนญาติ คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาให้กับมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>16</sup> มีการจัดตั้งมูลนิธิ ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นศูนย์รวมเกี่ยวกับกิจกรรม

ต่าง ๆ ในการสนับสนุน การส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**ประเด็นที่ควรพิจารณาของยุทธศาสตร์นี้ คือ**

1. มารดาที่มีบุตรคนแรกมักประสบความสำเร็จในการปรับตัวต่อการเป็นมารดา เนื่องจากการขาดความรู้และประสบการณ์ของการเป็นมารดามาก่อน<sup>17</sup> แกนนำนมแม่ในที่ทำงานหรือในชุมชน ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีบทบาทสำคัญ
2. บริบทสังคมไทยในปัจจุบันที่เป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ มารดา-บิดาแยกกันอยู่หรือมารดาต้องกลับไปทำงานหลังคลอด 3 เดือน จึงต้องฝากให้ปู่ ย่า ตา ยาย ที่อยู่ห่างไกลช่วยเลี้ยงเด็ก ทำให้มารดาไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองได้<sup>12</sup>

**ตามยุทธศาสตร์ 3 พยาบาลควรมีบทบาทในการดำเนินงาน ดังนี้**

1. พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ควรสร้างความเข้มแข็ง โดยการวางแผนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสมาชิกในชุมชนอย่างเป็นระบบ เช่น มีฐานข้อมูลส่วนตัวของสตรีหลังคลอดในชุมชน รวมถึงข้อมูลติดต่อที่ถูกต้องสามารถติดต่อได้จริง มีการบันทึกข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรในส่วนกลางที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงการทำงานร่วมกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น วิเคราะห์ศักยภาพของแกนนำนมแม่ในท้องถิ่น หาวิธีการเพิ่มจำนวนของแกนนำนมแม่ และจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้แก่แกนนำนมแม่ ในชุมชน เป็นประจำทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งการเสริมแรงทางบวกแก่แกนนำนมแม่ เช่น จัดให้มีกิจกรรมการมอบรางวัลประจำปีแก่แกนนำนมแม่ หรือจัดประกวดมิสนมแม่ดีเด่น เป็นต้น

2. พยาบาลและแกนนำนมแม่ในชุมชน ช่วยดูแล สนับสนุน และช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเลี้ยงบุตรหลาน จากมารดาที่ต้องแยกตัวไปทำงานต่างจังหวัด เช่น สอนวิธีการเก็บรักษาและการจัดเตรียมนมแม่ที่บีบเก็บไว้ให้ทารกอย่างถูกวิธี และการหลีกเลี่ยงการใช้นมผงตัดแปลงแทนนมแม่ เป็นต้น

**ยุทธศาสตร์ที่ 4** การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของสตรีให้นมบุตรหลังคลอด เป็นการสร้างและสนับสนุนการพัฒนาตนเองของมารดาหลังคลอด กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้มีการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และองค์กรเอกชนต่างๆ มีการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างเสริมทักษะต่างๆ ในด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาในการให้นมบุตรด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้มารดาหลังคลอดและครอบครัว มีความพร้อมเกิดการเรียนรู้และสามารถที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้ เพื่อประโยชน์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งมารดาและทารก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดและครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ช่วงระยะเวลาในการให้ความรู้เริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด<sup>18</sup> ในมารดาหลังคลอดที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากมีทั้งปัจจัยเอื้อและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จและล้มเหลว เช่น มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับปัญหาการมีน้ำนมไม่เพียงพอ เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า การที่จะรักษาปริมาณน้ำนมให้เพียงพอครบ 6 เดือน ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนของครอบครัว และที่ทำงานที่เอื้อต่อการบีบเก็บน้ำนม การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและพี่เลี้ยงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>19</sup> ดังนั้นจึงต้องสอนทักษะในการเก็บน้ำนมกับมารดาและครอบครัวด้วย

**ประเด็นที่ควรพิจารณาในยุทธศาสตร์นี้** คือ

1. มารดาหลังคลอดยังพร่องความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้องในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากการรับความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอจากการเป็นคุณแม่มือใหม่ การฝึกปฏิบัติ ในโรงพยาบาลไม่เพียงพอเนื่องจากปัญหาการอ่อนเพลีย

หลังการคลอด การเจ็บปวดแผลขณะอยู่โรงพยาบาลในช่วงแรกของการคลอด<sup>10</sup> หรือแม้แต่การคาดหวังและความเชื่อมั่นของบุคลากรที่สูงมากในเรื่องทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลายเป็นการกดดันของมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>12</sup>

2. มารดาได้รับการกดดันจากครอบครัวข้าง เช่น สมาชิกในครอบครัว ที่อาจไม่สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือสามี ย่ำ ยาย ที่ส่งสารหลานไม่อาจทนฟังเสียงร้องของลูกหลานได้ จึงต้องการให้เลี้ยงด้วยนมผงตัดแปลง<sup>10</sup> ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่ 6 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาหลังคลอด

3. การทำงานนอกบ้านของมารดาหลังคลอดเป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญ และเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>11,12</sup>

**ตามยุทธศาสตร์ 4** พยาบาลควรมีบทบาทในการดำเนินงาน ดังนี้

1. พยาบาลที่ดูแลให้การพยาบาลในโรงพยาบาลประเมินสภาพมารดาและครอบครัวในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ ความรู้และการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนการสอนหลังคลอด การจัดทำแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับนมแม่อย่างถูกต้องชัดเจน มีการประเมินผลการสอน และติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อรับทราบปัญหาและให้การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ

2. พยาบาลในสถานบริการปรับทัศนคติแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมผงตัดแปลงรวมทั้งเสริมความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่ 6 เดือนแรกหลังคลอด

3. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล สร้างสมรรถนะให้มารดาในการทำอาชีพเสริม เพื่อให้สามารถทำงานหารายได้ขณะอยู่ที่บ้านไปพร้อมกับการเลี้ยงดูบุตร ลดความจำเป็นในการออกไปทำงานนอกบ้านลง

**ยุทธศาสตร์ที่ 5** การปรับเปลี่ยนและปรับบริการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจัดการบริการสุขภาพเป็นหน้าที่ที่ทุกฝ่ายผู้เกี่ยวข้องต้องร่วมกันรับผิดชอบ เพื่อหาแนวทางพัฒนาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เคยให้ข้อมูลต่างๆ รวมถึงการติดตามสตรีให้นมบุตร หลังคลอด ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์ แต่ในปัจจุบันการสื่อสารทางเครือข่ายออนไลน์เข้ามา มีบทบาทมากขึ้น ระบบสาธารณสุขจึงปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการที่ผู้รับบริการเข้าถึงง่าย สามารถสื่อสารได้อย่างรวดเร็ว เช่น การจัดตั้งกลุ่มไลน์<sup>20,21</sup> ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ส่งเสริมช่องทางการเข้าถึงข้อมูล การช่วยเหลือ และการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกวิธีการหนึ่งที่ครอบคลุมการบริการเป็นอย่างดี เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลยังเพิ่มบทบาทเป็นผู้พัฒนางานจากการวิจัย โดยการสร้างนวัตกรรมที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระบบ<sup>20</sup> อาทิเช่น นวัตกรรมการนวดเต้านมด้วยวิธีโอคิตานิ การนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า และการนวดหัวนมและเต้านมด้วยวิธี Self Mamma Control Method (SMC) และนวัตกรรมใช้แผ่นเจลมาประคบเต้านม<sup>22,23</sup> จากกรณีศึกษานักศึกษาพยาบาลของผู้เขียนที่โรงพยาบาลหางดง โรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า แต่ละโรงพยาบาลได้มีการใช้ผ้าห่อด้วยสมุนไพร ทำเป็นลูกประคบ นำไปประคบเต้านมเช่นกัน ซึ่งผลการใช้นวัตกรรมดังกล่าว พบว่า ช่วยให้การลดหลังคลอดมีการหลั่งของน้ำนมครั้งแรก นอกจากนั้นยังมีการนำนวัตกรรมในการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาให้บริการ<sup>20</sup> เช่น การนำไปกระหล่ำปลีประคบเต้านมซึ่งช่วยลดความเจ็บปวดและการคัดตึงของเต้านม การพัฒนาชุดบีบเก็บน้ำนม รวมทั้งนวัตกรรมที่ช่วยให้อารมณ์ดีได้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการอบรมเชิง

วิชาชีพสำหรับบุคลากร โดยเน้นให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริง มีเจตคติที่ดี เป็นผู้เชี่ยวชาญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างแท้จริง<sup>24</sup> เพื่อปรับเปลี่ยนระบบการบริการเป็นแบบเชิงรุก ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ประเด็นที่ควรพิจารณาในยุทธศาสตร์นี้ คือ**

1. การใช้สื่อเทคโนโลยีในการสื่อสาร ยังมีข้อจำกัดและปัจจัยเกี่ยวข้องหลายด้านที่ทำให้การสื่อสารอาจไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้<sup>20,21</sup>
  2. นวัตกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความหลากหลายประเด็นและหลายแหล่งในการให้บริการ<sup>22,23</sup>
- ตามยุทธศาสตร์ 5 พยาบาลควรมีบทบาทในการดำเนินงาน ดังนี้**

1. ส่งเสริมให้มีความร่วมมือกันระหว่างองค์กร ในระบบสุขภาพ และองค์กรที่ให้บริการด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร เพื่อเอื้อประโยชน์แก่กลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึงข้อมูลหรือขอคำปรึกษาผ่านระบบได้

2. พยาบาลในสถานพยาบาลควรมีการส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาลในการแลกเปลี่ยน แบ่งปันนวัตกรรมที่สร้างขึ้น และควรให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ให้รู้สึกความเป็นเจ้าของร่วมกัน ปรับแก้ นวัตกรรมนั้นๆ ร่วมกัน นอกจากนี้ พิจารณานำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาลตนเอง โดยมีการประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และต้องเป็นบุคคลหนึ่ง ในขณะทำงานทุกระดับในเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อผลักดันกิจกรรมต่างๆ ที่ได้วางแผนไว้ให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

## สรุป

มิตินการสร้างเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่เพียงแต่เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพ หรือ



มองว่าเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลแก่มารดา หลังคลอดและครอบครัวเท่านั้น หากเป็นการร่วมมือกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินกระบวนการเพิ่มขีดความสามารถของมารดาหลังคลอดเพื่อการเตรียมความพร้อมของตนเองและครอบครัว เพิ่มการเรียนรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวามาเป็นแนวทางการสร้างเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาอธิบายนั้น ทำให้เห็นภาพของแนวคิดองค์รวมของการสร้างเสริมสุขภาพพระดับบุคคลที่มีประสิทธิผล อีกทั้งยังมองเห็นมิติของการบูรณาการและความสอดคล้องซึ่งกันและกัน พยาบาลควรมีบทบาทของผู้ให้บริการในการปฏิบัติ มีการเพิ่มพูนหรือทบทวนความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะในการให้คำปรึกษาแก่มารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เผยแพร่ข้อมูลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง บทบาทของนักวิจัยในการสร้างหรือพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมที่มีอยู่ให้เกิดสิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงร่วมเสนอแนวคิด ผลักดันให้เกิดกิจกรรมตามบทบาทของการเป็นผู้ประสานงานกับชุมชนหรือสังคมในการเป็นกรรมการขององค์กรหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลควรมีเทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การทำงานเป็นระบบ มีเครือข่ายทำงานร่วมกันเป็นทีมที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการมีสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกต่อไป

## References

1. Pengchan W. Driving the policy of breastfeeding in Thailand; 2019 [cited 2019 June 21]. Available from: [http://hp.anamai.moph.go.th/article\\_attach.pdf](http://hp.anamai.moph.go.th/article_attach.pdf). (in Thai)
2. Kunchana S. Breastfeeding rates in Thailand are still low. The ministry of public health supports the “Working Mom”, exclusive breastfeeding for 6 months; 2019 [cited 2019 June 21]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2015/09/10785>. (in Thai)
3. Jareun C. Breastfeeding; 2018 [cited 2018 September 22]. Available from: <http://www.med.cmu.ac.th>. (in Thai)
4. Aunprom-me S. Milestones in health promotion: statements from global conferences. Bangkok: Tana Press; 2013. (in Thai)
5. Wangein C. Breastfeeding campaign for the first 6 months; 2020 [cited 2020 February 25]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/>. (in Thai)
6. Pengchan W. Driving direction for the first 1000 days miracles of life; 2019 [cited 2019 June 25]. Available from: <http://nutrition.anamai.moph.go.th/>. (in Thai)
7. World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018); 2018 [cited 30 April 2018]. Available from: [www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/](http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/).
8. Chuumnach S. Breastfeeding support day; 2018 [cited 2018 Sept 18]. Available from: <http://www.mol.go.th/content/57895/1489146794>. (in Thai)
9. The control of marketing of infant and young child food act 2017; 2018 [cited 2018 Sept 11]. Royal Thai Government Gazette 2017; 134(12): 1-14. (in Thai)

10. Payakkaraung S, Sangperm P, Samart C. Breastfeeding problem in early postpartum period: mother's experiences. *J Nurs Sci* 2016; 34(3): 30-40. (in Thai)
11. Sinsuksai N, Yusamran C, Phupaibul R. Breastfeeding behaviour in a suburban community. *Thai Journal of Nursing Council* 2014; 29(3): 69-79. (in Thai)
12. Tamdee P. The path of breast milk: Identity of modern working mothers and difficulties in motherhood. *J Social Research* 2016; 39(1): 1-37. (in Thai)
13. Kanhar J. Milk powder for babies is not permitted to be advertised. Watch! the sales of online marketing to the brand-new mothers; 2020 [cited 2020 June 18]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/265904>. (in Thai)
14. Thai Breastfeeding Center Foundation. Linking family love with "Breast milk corner" in workplace; 2018 [cited 2018 Sept 18]. Available from: <https://thaibf.com>. (in Thai)
15. Yimyam S, Thapphansan P, Chumphan S. Development of ways of promoting breastfeeding in workplaces. *Thai Journal of Nursing Council* 2012; 27(2): 122-33. (in Thai)
16. Anansawat S, Suwannobol N. Breastfeeding sages' lived experiences for breastfeeding promotion. *Journal of Nursing Science & Health* 2017; 35(1): 82-90. (in Thai)
17. Srihawech T, Juthamane S, Maleewon K, Sujarae A, Techasatian K. A postpartum woman educational system on mobile device. *Journal of Police Nurse* 2019; 11(2): 474-82. (in Thai)
18. Ngoenthong P, Kantaruksa K, Chaloumsuk N. Education provision on breastfeeding among adolescent mothers: A systematic review. *Nurs J* 2015; 42 suppl 1: 57-68. (in Thai)
19. Tangsuksan P, Ratinthom A. Experience and contextual factors related to exclusive breastfeeding in full-time working mothers. *Journal of Nursing Science and Health* 2011; 29(3): 51-62. (in Thai)
20. Theerasopon P, Muangpin S. Innovations promoting breastfeeding. *Journal of Nursing Science and Health* 2016; 39(4): 75-84. (in Thai)
21. Mekkam K. Breastfeeding promotion: community practice guideline. *The Southern College Network J of Nurs and Public Health* 2018; 5(3): 274-86. (in Thai)
22. Pingwong K, Kantaruksa K. Breast massage for promoting milk production and milk ejection. *Nurs J* 2018; 44(4): 169-76. (in Thai)
23. Punturat P, Boonrue S. Effects of the royal style massage and the herbal compress with applying breast combing on the lactating level of mothers after laboring: Chiang Rai Prachanukroh hospital, AS the 5th academic science and technology conference; 2017: 939-45. (in Thai)
24. Kantaruksa K, Sansiriphun N, Prasitwattanaseree P. Development of breastfeeding promotion models for instructors faculty of nursing, Chiang Mai University and Nurses Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Nurs J* 2014; 41 suppl 1: 158-68. (in Thai)

## ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด

นาฏศยา ศรีสวัสดิ์ พย.ม.\* ธิลาวรรณ ฉันทะปรีดา ปส.ด.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาคลอดปกติและทารก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 คน และกลุ่มทดลอง 32 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ แบบประเมินภาวะตัวเหลืองของทารก และโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 นำแบบสอบถามความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ คูเดอริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 1 และแบบสอบถามทักษะและการปฏิบัติ หาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 และ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test และ Chi-square test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และทารกกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของภาวะตัวเหลืองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ พฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภาวะตัวเหลือง

วันรับบทความ 16 กันยายน 2562 วันแก้ไขบทความแล้วเสร็จ 21 กรกฎาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 23 กรกฎาคม 2563

\*นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: nilcha@kku.ac.th

## The effects of empowerment program on breastfeeding behaviors among mothers and neonatal jaundice

Nattaya Srisawat M.N.S.\* Nilawarn Chanthapreeda Ph.D.\*\*

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of empowerment program on breastfeeding behaviors among mothers and neonatal jaundice. The sample was normal labor mother and newborns. There were 2 groups: 32 of the control group and 32 of the experimental group. The research instruments were. The questionnaire including the personal information questionnaires of pregnant women and infants. Knowledge attitude and practice concerning breastfeeding, assessment of neonatal jaundice and empowerment program. Content validity indexes were 1, the knowledge questionnaire the confidence value KR-20 at 1 and questionnaires, attitudes and practices, the reliabilities was showed at 0.89 and 0.85. Data were analyzed using Mann-Whitney U test and Chi-square test. Result showed the experimental group had knowledge, attitude and practice scores higher than the control group with statistical significance at the 0.05 level and the experimental group had a proportion of neonatal jaundice less that the control group with statistically significance at the 0.05 level.

**keywords:** empowerment program; breastfeeding behaviors; neonatal jaundice

*Received 16 September 2019 Revised 21 July 2020 Accepted 23 July 2020*

---

\*Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing of Faculty of Nursing, Khon Kaen University

\*\*Assistant professor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kean University,

Corresponding author, E-mail: nilcha@kku.ac.th

## บทนำ

ทารกแรกเกิดเป็นวัยที่มีการปรับตัวอย่างมากในระบบต่าง ๆ เป็นช่วงวัยที่มีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายที่พบได้มาก อีกปัญหาหนึ่งที่พบมากในทารกแรกเกิดคือภาวะตัวเหลือง ซึ่งทั่วโลกพบได้ประมาณร้อยละ 60 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด<sup>1</sup> พบว่าทารกแรกเกิดชาวเอเชียจะมีระดับบิลิรูบินสูงกว่าทารกชาวยุโรปและอเมริกา<sup>2</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบประมาณร้อยละ 60-70<sup>3</sup> สำหรับประเทศไทยพบได้บ่อยถึงร้อยละ 50 ของปัญหาสุขภาพในทารกแรกเกิดทั้งหมดและพบมากขึ้นในทารกคลอดก่อนกำหนด<sup>4</sup> ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะตัวเหลืองส่วนใหญ่เกิดจากทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ ซึ่งเกิดจากมารดามีพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ถูกต้อง คือให้ลูกดูดนมช้า ให้นมไม่ถูกวิธีและให้ดูดนมไม่บ่อย ซึ่งส่งผลให้การบีบตัวลำไส้ลดลง กำจัดขี้เทาได้ช้าลงจึงทำให้เกิดการดูดกลับสารบิลิรูบินเพิ่มมากขึ้น<sup>5</sup> ทารกจึงเกิดภาวะตัวเหลือง และทารกเป็นวัยที่ต้องมีการพึ่งพิงจากผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพของวัยทารกจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแล เนื่องจากทารกยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้<sup>6</sup> ดังนั้นควรส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกวิธีซึ่งการให้นมลูกที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้น้ำนมมากทารกได้รับนมอย่างเพียงพอจะช่วยให้ทารกถ่ายขี้เทาเร็วขึ้นส่งผลให้ลดอาการตัวเหลืองของทารกได้<sup>7</sup>

การสร้างเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่จะกระตุ้นให้มารดาค้นพบและยอมรับสภาพความจริงมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้มารดาเกิดความตระหนักรู้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม<sup>8</sup> ซึ่งกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจะช่วยให้มารดามีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และยัง

เป็นวิธีการที่จะช่วยปรับเปลี่ยนวิถีคิดเกิดการเรียนรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง

จากการศึกษาสถานการณ์ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าทารกมีปัญหภาวะตัวเหลืองซึ่งพบเป็นอันดับ 1 ของภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิดทั้งหมด และมีทารกเสียชีวิตเนื่องจากภาวะ kernicterus และมีทารกที่กลับบ้านไปแล้วต้องกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการตัวเหลือง ซึ่งส่งผลให้เด็กทารกต้องนอนรักษาตัวที่ โรงพยาบาลเป็นเวลานานขึ้น มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น<sup>9</sup> จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ค้นหาสาเหตุของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโดยศึกษาย้อนหลังพบว่า ปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกคือการที่ทารกได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ เนื่องจากน้ำนมมาช้าหรือให้นมไม่ถูกวิธีตั้งแต่ระยะหลังคลอด<sup>5</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการสังเกตและสัมภาษณ์มารดาที่ทารกมีอาการตัวเหลืองจำนวน 10 คน พบว่า มารดามีพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่เหมาะสมให้ลูกดูดนมไม่ถูกวิธี ไม่ได้ให้ลูกดูดนมภายใน 30 นาทีหลังคลอด และได้รับนมครั้งแรกเมื่อ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และความถี่ของการให้ลูกกินนมห่างกันนานเกิน 4 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามมารดาที่ไม่ให้นมลูกให้เหตุผลดังนี้ มารดาไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการที่ทารกได้กินนมแม่สามารถป้องกันหรือลดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด มารดาจัดทำในการอุ้มลูกไม่ถูกทำให้ลูกไม่สามารถที่จะดูดนมได้ส่งผลให้มารดามีปัญหาหัวนมแตก และลูกนอนหลับไม่ได้ปลุกหรือกระตุ้นจากมารดาแต่จะร้องจนเด็กตื่น หรือร้องหิวจึงให้ลูกกินนม มารดาารู้สึกว่าน้ำนมไม่มาหรือนมมาช้าลูกได้รับนมไม่เพียงพอ

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น สามารถชี้ให้เห็นว่า เหตุผลของการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกคือการได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ ทำให้การบีบตัวลำไส้ลดลงกำจัดขี้เทาได้ช้าลง จึงทำให้ทารกมีภาวะตัวเหลือง นอกจากนี้การที่มารดาไม่ได้ให้นมลูกอย่างถูกต้องและ

เหมาะสม คือ ดุดเร็ว ดุดบ่อย ดุดถูกวิธี เพื่อลดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ส่วนหนึ่งมาจากมารดาขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังข้อความที่กล่าวไว้ว่า รู้สึกว่าน้ำนมมาน้อยลูกได้รับนมไม่เพียงพอร้องกวนบ่อยจึงต้องให้ลูกกินนมผสม และในท้องแรกน้ำนมมาช้าทำให้ลูกต้องได้กินนมผสมตั้งแต่แรกเกิด อนึ่งการที่มารดาไม่ได้ให้นมแม่ด้วยเหตุผลที่สำคัญคือ มารดามีความเห็นคล้อยตามญาติ ได้แก่ ย่า ยาย ซึ่งให้เหตุผลดังนี้ เมื่อเด็กร้องกวนก็จะนำเด็กมาอุ้ม และไม่让孩子กินนมแม่และบอกว่าน้ำนมแม่ยังไม่มา หรือน้ำนมแม่มาน้อยทำให้เด็กกินไม่อิ่มจึง让孩子กินนมผสมตั้งแต่แรกเกิดและให้เหตุผลว่าเมื่อกลับบ้านไปแม่ก็ต้องกลับไปทำงานก็ต้องให้กินนมผสมจึงฝึกให้เด็กกินนมผสมซึ่งชี้ให้เห็นว่ามารดาได้รับอิทธิพลจากคนรอบข้าง ส่งผลให้มารดาไม่มีพลังอำนาจในตัวเอง ที่จะต่อกรในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นหากมารดาได้รับการส่งเสริมพลังอำนาจ จะช่วยให้มารดาได้พัฒนาทักษะการคิด วิเคราะห์ และทักษะการแก้ไขปัญหา จะทำให้มารดาเกิดความตระหนักและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม<sup>๑</sup> ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะสร้างเสริมให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องทั้งมีความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดจึงมีความสำคัญและเหมาะสม

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด

**สมมุติฐานการทดลอง**

มารดาในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และทารกกลุ่มทดลองมีสัดส่วนทารกเกิดภาวะตัวเหลืองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

**กรอบแนวคิดในการวิจัย** การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจแนวคิดของกิบสัน<sup>๑</sup> ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การค้นพบสภาพการจริง เป็นกระบวนการที่จะทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ คือการที่บุคคลพยายามทบทวนปัญหาอย่างรอบครอบ พยายามทำความเข้าใจในปัญหาจนเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (3) การช่วยเหลือให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสม บุคคลจะเริ่มแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา หาข้อมูลความรู้ด้วยตนเองหรือการขอความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงนำกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจมากเป็นกรอบแนวคิดในการส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีพลังอำนาจ สามารถเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความรู้และทักษะ ความสามารถของตน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจพร้อมทั้งลงมือปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-post test design) กลุ่มตัวอย่างคือมารดาอายุครรภ์มากกว่า

37 สัปดาห์ คลอดโดยวิธีธรรมชาติ และทารกแรกเกิด คลอดครบกำหนดที่เกิดจากมารดาในกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลของผลงาน วิจัยกึ่งทดลอง (effect size) คำนวณได้จากสูตร ของแกส<sup>10</sup> กลุ่มตัวอย่างที่วิจัยในครั้งนี้ได้มาจากการ ศึกษาที่ผ่านมาของสุจิตรา ยวงทอง, วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, วรณิ เตียววิศเรศ<sup>11</sup> เรื่อง ผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับ มารดาหลังคลอดลูกคนแรกต่อระยะเวลาและ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง

$$d = \frac{x E - x C}{SDC}$$

$$d = \frac{35.43 - 31.93}{4.76} = 0.73$$

จากค่า effect size ที่ได้มีค่าเท่ากับ 0.73 เปิด ตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบ สมมุติฐานทางเดียวและกำหนดให้ค่า = 0.5 ค่า power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน โดยเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีการจับคู่ (matching) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด ตัวแปรที่จะนำ มาเป็นเกณฑ์ คือ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ มารดาและทารก และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ด้านดังนี้

(1) แบบสอบถามความรู้การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า 2 คะแนน มีจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ และให้คะแนนดังนี้

ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ใช่ เท่ากับ 2 คะแนน

(2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า ด้วยมาตรวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ มีทั้งทัศนคติด้านบวก 10 ข้อ และด้านลบ 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและ ให้คะแนนดังนี้

ข้อความเกี่ยวกับทัศนคติด้านบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน

เฉยๆ เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อความเกี่ยวกับทัศนคติด้านลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน

เฉยๆ เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน

(3) แบบสอบถามการปฏิบัติการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณ ค่า 3 คะแนน มีจำนวน 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือก ตอบและให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และภาวะตัวเหลือง ของทารกแรกเกิดโดยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสร้าง เสริมพลังอำนาจของก๊อบสัน<sup>9</sup> ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดลอง โดยพบกลุ่มทดลองทั้งหมด 5 ครั้ง และในการพบกลุ่ม ทดลองแต่ละครั้งจะใช้ขั้นตอนการสร้างเสริมพลัง อำนาจของก๊อบสันทั้ง 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ซึ่งมีกิจกรรมการพูดคุยซักถามเปิดโอกาสให้มารดาแสดงความคิดเห็นและประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ (latch score) และแบบประเมินการได้รับนมของทารกและภาวะตัวเหลือง เพื่อเป็นการค้นหาปัญหา

2.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มารดาค้นพบปัญหา โดยใช้แนวคำถามในการสะท้อนคิดเพื่อให้มารดาทบทวนคิดวิเคราะห์และทำความเข้าใจกับปัญหาและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น

2.3 การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม การที่มารดาเริ่มแสวงหาความรู้ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ให้คำแนะนำเพื่อเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น โดยใช้แผนการให้ความรู้และคู่มือเรื่องการป้องกันภาวะตัวเหลืองในลูกน้อยด้วยนมแม่ ซึ่งได้มาจากบททบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

2.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ให้มารดานำวิธีการแก้ไขปัญหาที่ตัดสินใจเลือกไปใช้ปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจและสามารถที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้วิจัยมีการติดตามพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยใช้แผนการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. แบบประเมินภาวะตัวเหลือง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะตัวเหลืองในทารก ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วยการประเมินภาวะตัวเหลืองจากการตรวจร่างกาย ประเมินสีผิวของทารก และการตรวจคัดกรองค่าสารเหลืองของทารก ซึ่งจะทำการตรวจกรองในวันที่ 2 และ 5 หลังคลอด และนำผลที่ได้มาลงบันทึกไว้ในแบบประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index-CVI) ของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ และแบบสอบถามพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบประเมินภาวะตัวเหลืองของทารก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบสอบถามพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่และแบบประเมินภาวะตัวเหลือง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ด้านความรู้ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 1 และแบบสอบถามพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ด้านทัศนคติและการปฏิบัติ หาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98 และ 0.85

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นครั้งที่ 1 หมายเลขโครงการ HE 592353 เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2560 และครั้งที่ 2 หมายเลขโครงการ HE 622017 เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2562 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเริ่มโครงการ เมื่อได้รับอนุญาตและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่ พบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด เพื่อชี้แจงรายละเอียด และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้



### กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมลงนามร่วมโครงการวิจัย ให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ ด้านความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. ให้การพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการทั้งที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด พร้อมทั้งติดตามค่าตัวเหลืองของทารกที่อายุ 2 วัน ซึ่งเป็นแผนการพยาบาลตามปกติที่เป็นนโยบายตามปกติที่กุมารแพทย์จะตรวจคัดกรองค่าสารเหลืองในเลือดทารกทุกรายพร้อมกับการเจาะเลือดคัดกรอง TSH/PKU ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

3. พบผู้ร่วมวิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอก ในวันที่ 5 หลังคลอด เพื่อติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำแบบประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมทั้งติดตามค่าตัวเหลืองของทารกจากการนัดติดตามค่าตัวเหลืองซ้ำ ซึ่งเป็นแผนการพยาบาลปกติที่เป็นนโยบายตามปกติที่กุมารแพทย์จะนัดตรวจติดตามค่าสารเหลืองของทารกที่อายุ 5 วัน

### กลุ่มทดลอง

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมลงนามร่วมโครงการวิจัย ณ โรงพยาบาลบัวใหญ่

ขั้นที่ 2 ดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดา การพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้งจะดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาปัญหา การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจการปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยจะพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ (ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที) โดยให้มารดาทำแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะตัวเหลือง และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อประเมินตนเองละค้นหา

ปัญหา และคิดวิเคราะห์ทำความเข้าใจกับปัญหานั้น ๆ ผู้วิจัยให้ความรู้โดยใช้แผนการให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะตัวเหลืองในลูกน้อยด้วยนมแม่ พร้อมทั้งมอบคู่มือการป้องกันภาวะตัวเหลืองในลูกน้อยด้วยนมแม่

ครั้งที่ 2 พบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องคลอด (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที) ซึ่งหลังจากมารดาคลอดลูกแล้ว โดยการประเมินการให้นมลูกภายใน 30 นาที หลังคลอด ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มารดาให้นมลูกเร็ว เพื่อที่จะช่วยลดปัญหาการเกิดภาวะตัวเหลือง ซึ่งใช้แบบสังเกตการให้นมลูก (จะห่างจากการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก ประมาณ 2 สัปดาห์)

ครั้งที่ 3 การพบกลุ่มตัวอย่างที่ตึกหลังคลอด (โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที) โดยให้หญิงตั้งครรภ์ค้นหาปัญหา และสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับการให้นมลูกขณะอยู่ที่แผนกห้องคลอด และขณะอยู่ที่แผนกหลังคลอด พร้อมประเมินการเข้าเต้าโดยใช้แบบประเมิน LATCH score และสนับสนุนให้ความรู้และฝึกทักษะการให้นมลูกอย่างถูกวิธี และส่งเสริมการให้นมลูกเมื่อกลับบ้านโดยใช้แผนการให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะตัวเหลืองในลูกน้อยด้วยนมแม่ พร้อมทั้งประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดวันที่ 2 หลังคลอด

ครั้งที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้าน (โดยผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที) ซึ่งหลังจากกลับบ้าน 2 วัน ให้มารดาค้นหาปัญหาและสะท้อนคิดเกี่ยวกับการให้นมลูกขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้ความรู้และฝึกทักษะการให้นมลูกอย่างถูกวิธี เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิภาพโดยใช้แผนการติดตามเยี่ยมบ้าน

ครั้งที่ 5 ที่แผนกผู้ป่วยนอก (มาตรวจตามนัด โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที) ประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดในวันที่ 5 หลังคลอด ทำแบบประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (post-test) และยุติโปรแกรมในการสร้างเสริมพลังอำนาจ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลค่าคะแนนความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ พิจารณาจากค่า Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงไม่ปกติจึงใช้สถิติ non-parametric statistics

1. เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ ทัศนคติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยใช้สถิติ Mann-Witney U Test

2. เปรียบเทียบสัดส่วนทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

### ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 18-34 ปี ร้อยละ 50 และ 46.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 และ 53.1 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มประกอบอาชีพ

รับจ้างทั่วไปร้อยละ 34.4 และ 37.5 จากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์พบว่าคุณลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของทารกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.3 และ 53.1 มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 3,001-4,000 กรัม ร้อยละ 37.5 และ 50 ค่าคะแนนแอฟการีนในนาทีที่ 1 เท่ากับ 8 และในนาทีที่ 5 เท่ากับ 9 ร้อยละ 53.1 และ 43.8 จากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของทารก พบว่าข้อมูลทั่วไปของทารกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด จากผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้และทัศนคติ การปฏิบัติของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีค่าคะแนนความรู้และทัศนคติและการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$  ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในกลุ่มควบคุมและทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	n	Median	Mane Rank	Sum Rank	95% CI	Z	p-value	
ความรู้	กลุ่มควบคุม	32	11.50	16.50	528.00	10.82-11.47	7.153	0.000
	กลุ่มทดลอง	32	20	48.50	1552.00	19.78-20.09		
ทัศนคติ	กลุ่มควบคุม	32	46.50	16.50	528.00	45.03-47.51	6.900	0.000
	กลุ่มทดลอง	32	90	48.50	1552.00	89.72-92.52		
การปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม	32	40	15.50	528.00	30.18-31.43	6.896	0.000
	กลุ่มทดลอง	32	73	48.50	1552.00	71.98-73.32		

3. จากการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของทารกที่มีภาวะตัวเหลืองระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ พบว่าทารกกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ

โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีสัดส่วนทารกที่มีภาวะตัวเหลืองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$  ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนทารกที่มีภาวะตัวเหลืองระหว่างกลุ่มควบคุม ทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ทารกตัวเหลือง	กลุ่มควบคุม (n=32)	กลุ่มทดลอง (n=32)	Chi-square	p-value
วันที่ 2	10/32	3/32	4.730	0.030
วันที่ 5	6/32	1/32	4.010	0.045

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้โดยพบว่า หลังการทดลองมารดาในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และทารกกลุ่มทดลองมีสัดส่วนทารกเกิดภาวะตัวเหลืองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน<sup>8</sup> ประกอบด้วยกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนดังนี้

(1) การค้นพบสถานการณ์ ให้มารดาได้ค้นหาปัญหาด้วยตัวเองโดยการพูดคุยซักถามและทำแบบประเมินพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งส่งผลให้มารดาทราบว่าปัญหาและสาเหตุที่ทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากมารดาขาดความรู้หรือมีทัศนคติที่ไม่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติในการให้นมลูกไม่ถูกต้องทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จตามมาด้วย

(2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ให้มารดาได้คิดวิเคราะห์บทวนสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบครอบ เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหานั้นๆ และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยแสดงความคิดเห็น โดยใช้แนวคำถามในการสะท้อนคิดให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายทำให้เกิดแนวทางในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเอง

(3) การช่วยเหลือให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสม มารดาเริ่มแสวงหาความรู้โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ให้คำแนะนำเพื่อเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจ โดยใช้แผนการให้ความรู้และคู่มือเรื่องการป้องกันภาวะตัวเหลืองในลูกน้อยด้วยนมแม่ มารดาจะมีส่วนร่วมและเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ จะส่งผลให้มีการจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นำไปสู่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ

(4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มารดาได้นำวิธีการที่เลือกปฏิบัติไปปฏิบัติ จนเกิดความชำนาญ และปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพเห็นผลสำเร็จ ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจ ซึ่งจะส่งผลให้มารดามีพลังอำนาจและจะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหาต่อไป

จากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสันทั้ง 4 ขั้นตอน ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้ง 3 ด้านคือ(1) พฤติกรรมด้านความรู้ มีการส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้มารดาเกิดความตระหนักในประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อมารดารับรู้ถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งต่อตัวมารดาละทารกแล้ว จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในเชิงบวกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>12</sup> (2) พฤติกรรมด้านทัศนคติ การที่มารดามีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาก็จะเกิดความพยายามมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ทัศนคติที่ี้อาจเกิดจากการที่มารดาเล็งเห็นประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อันเกิดผลดีทั้งต่อมารดาและทารก จากการศึกษาการมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายกลับบ้านสูงขึ้น<sup>13</sup> และการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลให้มีการเสริมนมผสมให้แก่ทารกเร็วขึ้น<sup>14</sup> (3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ การฝึกฝนที่เหมาะสมจะเกิดเป็นความชำนาญในการปฏิบัติตามมารดาที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้มารดาที่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่ไม่เคยผ่านการปฏิบัติหรือมารดาที่ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน จากการศึกษาพบว่ามารดาที่ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สัมพันธ์กับการหยุดให้นมแม่เร็วขึ้น<sup>15</sup> และมารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ดี เช่น หัวนมแตก แม่เจ็บหัวนมจะสัมพันธ์กับการตัดสินใจไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>16</sup> และการที่มารดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีจะสัมพันธ์กับอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย<sup>17</sup>

ดังนั้นเมื่อมารดามีความรู้ทัศนคติที่ดียอมส่งผลต่อการปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ทารกได้รับนมอย่างเพียงพอทำให้ทารกถ่ายขี้เทาเร็วขึ้นซึ่งจะลดภาวะตัวเหลืองของทารกได้<sup>7</sup> นมแม่จึงช่วยในการป้องกันภาวะตัวเหลือง และลดจำนวนเด็กที่มีภาวะตัวเหลืองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทร<sup>18</sup> ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับนมแม่ไม่เพียงพอในทารกแรกเกิดครบกำหนด เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับนมแม่ไม่เพียงพอระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับนมแม่ ไม่เพียงพอในทารกแรกเกิดครบกำหนดของกลุ่มที่มารดาได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่า

กลุ่มที่มารดาได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ดังนั้น การใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจจึงส่งผลเป็นไปในทางที่ดีต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีขึ้นส่งผลให้ทารกตัวเหลืองลดลง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของก๊อบสัน

**ข้อเสนอแนะ:**

ควรส่งเสริมให้พยาบาลนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจจากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์หรือนำไปเป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด และในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก ควรพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติ เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์จริงใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดแทนการใช้แบบสอบถามซึ่งจำกัดคำตอบ

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ และพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอคุณมารดาและทารกกลุ่มตัวอย่าง ขอคุณเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาลบัวใหญ่ ที่มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

**References**

1. Porter ML, Dennis BL. Hyperbilirubinemia in the term newborn. *American Family Physician* 2002; 65(4): 599–606.
2. Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG, editors. *Neonatology: Pathophysiology and management of the newborn* 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1994: p. 630–725.

3. Juliann, W. Risk of serious jaundice in newborns accurately predicted by simple test. Retrieved October 1, 2008. From <http://www.medical-newstoday.com/articles/93633.php>
4. Prawanne N, Kiatchoosakun P, Jirapradittha J, Suphakunpinyo C. Neurological and hearing development of infants with severe hyperbilirubinemia bilirubin levels greater than 20 mg / dl. *J Pediatr* 2012; 51: 120–26. (in Thai)
5. Wichitsukon K. Children's nursing. 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> ed, revised 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: Textbook of the Faculty of Science Mahidol University; 2012, P 378–92. (in Thai)
6. Woragidpoonpol P. Neonatal nursing practice. khon kaen: Klang nan with; 2012. (in Thai)
7. Blackburn ST. Maternal fetal & neonatal physiology: A clinical perspective. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Saunders; 2007.
8. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21(6): 1201–10.
9. Information. Patient statistics, Buayai: Buayai Hospital; 2014.
10. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: U&I Intermedia; 2010.
11. Yaungthong S, Sawatphanit W, Deoisres W. The effect of breastfeeding promoting program for first-time postpartum mothers on breastfeeding duration and behaviors. *The Public Health Journal of Burapha University* 2010; 7(2): 100–15. (in Thai)
12. Wong EH, Nelson E, Choi KC, Wong KP, IpC, Ho LC. Evaluation of a peer counseling programme to sustain breastfeeding practice in Hong Kong. *International Breastfeed Journal* 2007; 2: 12–22.
13. Lin SS, Chien LY, Tai CJ, Lee CF. Effectiveness of a prenatal education programme on breastfeeding outcomes in Taiwan. *J Clin Nurs* 2008; 17(3): 296–303.
14. Stoll BJ, Kliegman RM. Jaundice and hyperbilirubinemia in the newborn. In: Behemen RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors, *Nelson textbook in pediatrics*. 17<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004: p 592–9.
15. De Lathouwer S, Lionet C, Lansac J, Body G, Perrotin F. Predictive factors of early cessation of breastfeeding: A prospective study in a university hospital. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2004; 117(2): 169–73.
16. Lamontagne C, Hamelin AM, St-Pierre M. The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study. *International Breastfeed Journal* 2008; 3: 17–29.
17. Qiu L, Zhao Y, Binns C, Lee A, Xie X. Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban and rural areas of Zhejiang China. *International Breastfeeding Journal* 2009; 4(1): 1–7.
18. Momthawi S. The effect of coaching program on maternal behavior to prevent breast feeding jaundice in full term neonate. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011. (in Thai)

## ประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

จารุจิต ประจิตร พย.ม.\* อัครณี วันชัย ปส.ด.\*\* จิตกนิษฐ์ ศรีจักรโคตร ปส.ด. (การพยาบาล)\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี โดยใช้ The Conduct and Utilization of Research in Nursing (CURN Model) เป็นกรอบแนวคิด เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติในการคัดเลือก ประกอบด้วย ผู้ป่วย 60 คน วิสัญญีพยาบาล 8 คน และพยาบาลวิชาชีพ 46 คน ขั้นตอนการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบการบริการพยาบาลวิสัญญีโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน ได้ CVI = 0.91 และอบรมพยาบาลผู้เกี่ยวข้อง 3) ทดลองใช้ระบบ 4) ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบ โดยใช้ 1) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด และข้อมูลการเลื่อนผ่าตัด และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 2.10 เหลือร้อยละ 1.10 และ อัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 0.90 เหลือร้อยละ 0.75 วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลวิสัญญีที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 3.50, S.D. = 0.76 และ = 3.91, S.D. = 0.59 ตามลำดับ)

**คำสำคัญ:** ระบบบริการพยาบาลวิสัญญี ระบบบริการพยาบาลวิสัญญี

วันที่รับบทความ 20 มกราคม 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 พฤษภาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 5 สิงหาคม 2563

\*พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ พยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

\*\*พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พิชญกุล

\*\*\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: jonsri@kku.ac.th

## The effectiveness of anesthetic nursing service system in Debaratana Nakhonratsima Hospital

Jarujit Prajit M.N.S. A.P.N.\* Ausanee Wanchai Ph.D. (Nursing)\*\* Jitpinan Srijakkot Ph.D. (Nursing)\*\*\*

### Abstract

The objectives of this action research were to develop and examine effects of the development of examine effects system by using the Conduct and Utilization of Research in Nursing Model as a conceptual framework. The sample group was recruited. Consisting of 60 patients, 8 nurse anaesthetises and 46 professional nurses. Four steps of the development of the anesthetic nursing system comprise 1) Analysis of situation, 2) Development the anesthetic nursing service system using empirical evidence. The developed system was verified by 7 experts and obtain content validity index (CVI) of 0.91 Nurses who had worked related to the system were also trained, 3) Trying out in using the system, and 4) Evaluation of the developed system.

Outcomes by using 1) an incomplete pre-operative patient preparation record form as well as a surgery postponement record form, and 2) a satisfaction assessment form with reliability of 0.85. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyzed data.

The finding showed that: 1) Rate of incomplete pre-operative patient preparation and surgery postponement was decreased after applying the developed system (2.1 % to 1.1% and 0.9% to 0.75%, respectively). Anesthetic nurses and professional nurses were satisfied with the developed system at a high level ( $\bar{x}$  = 3.50, S.D. = 0.76, and = 3.91, S.D. = 0.59, respectively).

**keywords:** anesthetic nursing service system; anesthetists nursing service system

*Received 20 January 2020 Revised 21 May 2020 Accepted 5 August 2020*

---

\*Registered Nurse, Professional Level, Anesthesiology Nursing, Debaratana Nakhonratsima Hospital

\*\*Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj Phitsanulok

\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: jonsri@kku.ac.th

## บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อให้การบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้ระบบบริการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า เช่น นโยบาย การพยาบาล โครงสร้างการทำงาน และการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อการจัดระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสม 2) กระบวนการ หมายถึง การดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับเพื่อให้ระบบบริการพยาบาลเกิดผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ต้องการ และ 3) ผลผลิต/ผลลัพธ์ หมายถึง ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สะท้อนคุณภาพการจัดระบบบริการพยาบาล<sup>1</sup> และเมื่อพิจารณาการบริการพยาบาลวิสัญญีจะพบว่าเป็นการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีตั้งแต่ระยะก่อน ขณะและหลังให้บริการทางวิสัญญี ตามมาตรฐานการปฏิบัติกรพยาบาลวิสัญญี 9 มาตรฐานที่สำนักการพยาบาลกำหนด ดังนี้ 1) การพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี 2) การพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญี 3) การพยาบาลระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี 4) การดูแลต่อเนื่อง 5) การสร้างเสริมสุขภาพ 6) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ 7) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ 9) การบันทึกทางการแพทย์<sup>1</sup> โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัดและทีมแพทย์ผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดและการทำหัตถการทุกประเภทดำเนินได้สะดวกและปลอดภัย<sup>2</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคกลาง<sup>3</sup> เพื่อประเมินการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพของวิสัญญีพยาบาล และหาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กร ปัจจัยจูงใจ กับการ

ปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลผลการวิจัย พบว่าวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานได้มาตรฐานร้อยละ 82.1 โดยมีการปฏิบัติสูงสุด (ร้อยละ 97.4) ในมาตรฐานที่ 2 คือการพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญีและมีการปฏิบัติต่ำสุด (ร้อยละ 53.6) ในมาตรฐานที่ 7 คือการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพนอกจากนี้มีการศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาลพบว่า จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยของการพยาบาลด้านวิสัญญีต่อผู้ป่วย 1 คน คือ 6.03 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง 4.77 ชั่วโมง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม 1.26 ชั่วโมง<sup>4</sup>

สำหรับระบบบริการพยาบาลวิสัญญีของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา มีโครงสร้างของระบบบริการการพยาบาลวิสัญญีอยู่ภายใต้การดูแลของกลุ่มงานการพยาบาล โดยมีอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลทั้งสิ้น จำนวน 8 คน โดยบุคลากรทั้ง 8 คนมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการตั้งแต่การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนระดับความรู้สึก การประสานงานกับวิสัญญีแพทย์และทีมผ่าตัดเพื่อความร่วมมือในการให้บริการผู้ป่วย ตลอดจนถึงการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ซึ่งผลลัพธ์การดำเนินการในปีงบประมาณ 2558, 2559 และ 2560 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่ได้รับการระดับความรู้สึก จำนวน 3,273, 4,360 และ 4,859 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้พบปัญหาการเตรียมผู้ป่วยที่ไม่พร้อมก่อนระดับความรู้สึกร้อยละ 0.91, 1.40 และ 1.91 ตามลำดับ มีอัตราการเลื่อนผ่าตัด ร้อยละ 0.30, 0.62 และ 0.90 ตามลำดับ<sup>5</sup>

ทั้งนี้จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญีของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยหวังว่าระบบบริการพยาบาลวิสัญญีที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้ผลลัพธ์บริการพยาบาลวิสัญญีมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลต่อไป



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลวิสัญญีภายหลังการพัฒนาได้แก่ อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด และอัตราการเลื่อนผ่าตัด ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาลวิสัญญีที่พัฒนาขึ้น

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญีในครั้งนี้ใช้ CURN Model<sup>6</sup> ซึ่งเป็นรูปแบบของการใช้ผลการวิจัยมาพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา โดยให้วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาระบบ เพื่อให้ระบบบริการพยาบาลวิสัญญีที่พัฒนาขึ้นเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ซึ่งมีเป้าหมายให้อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด และอัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลง

## วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดหรือทำหัตถการทั้งการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (GA : general anesthesia) และผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน โดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (SB : spinal analgesia) ที่โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2561-2562 จำนวน 60 คน 2) วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2561-2562 จำนวน 8 คน 3) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน

แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2561-2562 จำนวน 46 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive random sampling method) ดังนี้

เกณฑ์การตัดเข้าที่กำหนด (inclusion criteria) สำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (elective case) โดยวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว และการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจนไม่สามารถประเมินความรู้สึกหลังการตรวจชีพจรได้ และ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน

สำหรับวิสัญญีพยาบาล ได้แก่ 1) เป็นวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา 2) มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการพยาบาลวิสัญญีทั้งในและนอกเวลาราชการ

สำหรับพยาบาล ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 2) มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (elective case)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการบริการพยาบาลวิสัญญีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 1

แนวปฏิบัติการบริการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา



1. ตรวจเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

- ตรวจสอบผล Lab ต่าง Chest X-ray, EKG, โปอินยอนผ่าตัด การจางเลือดและองค์ประกอบของเลือด (Blood & Blood components)
- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับบริการระงับความรู้สึก
- งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6- 8 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด ถอดฟันปลอม สิ่งของมีค่าต่าง ๆ เครื่องประดับ แว่นตา เลนส์สัมผัส (contact lens)
- ตรวจสอบการได้รับยา Pre-medication ตามแผนการรักษา
- ให้ผู้ป่วยคู่มือชี้แจงการนอนให้ความรู้ก่อนระงับความรู้สึกและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
- แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเปิดคู่มือชี้แจงด้วยตนเองเพื่อทบทวนความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

	แนวทางปฏิบัติการส่งตรวจ Lab							อื่นๆ
	CBC	CXR	EKG	BUN ,Cr E' Lyte	FBS/ DTX	Coag.	LFT	
1.อายุ 15ปีขึ้นไป	/	/						
2.อายุ>45ปี	/	/	/	/				
3.ผู้ป่วยมีโรคประจำ								
3.1ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	/	/	/	/		/		
3.2ผู้ป่วยโรคตับ	/	/	/	/		/	/	
3.3ผู้ป่วยโรคไต/CKD	/	/	/	/		/	/	
3.4ผู้ป่วยโรคDM	/	/	/	/	/			
3.5ผู้ป่วยโรค Thyroid	/	/	/	/				FT3, T4,TSH
3.6ผู้ป่วยอ้วน BMI>30	/	/	/	/				

ระยะเวลา NPO	
อาหาร	ชั่วโมง
Clear liquid	2
Breast milk	4
Infant formular	6
Non- human milk	6
Light meal	6
Heavy meal	8

2. ให้บริการขณะระงับความรู้สึก

3. ตรวจเยี่ยมและประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย 1 วัน หลังได้รับยาระงับความรู้สึก

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย และพยาบาล ดังนี้

2.1 เครื่องมือเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และกลุ่มโรคที่ผ่าตัด 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก มี 18 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 6 ข้อ ถามเกี่ยวกับคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ ได้แก่ เสียง ภาพ ความยาวของสื่อและความรู้ที่ได้รับ ตัวเลือกรับตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด<sup>7</sup> 2) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด และอัตราการเลื่อนผ่าตัด ได้แก่ ตารางบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัดมีการระบุสาเหตุของการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมและบันทึกสรุปการเลื่อนผ่าตัด/ยกเลิกผ่าตัดประจำวัน

2.2 เครื่องมือเก็บข้อมูลจากพยาบาล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 2) แบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีที่พัฒนาขึ้น จำนวน 3 ข้อ ดังนี้ 1) ความพึงพอใจระบบบริการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนระดับความรู้สึก 2) ความพึงพอใจระบบบริการพยาบาลวิสัญญีขณะระดับความรู้สึก และ 3) ความพึงพอใจระบบบริการพยาบาลวิสัญญีระยะหลังระดับความรู้สึก 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 2 ข้อ ดังนี้ 1) ความพึงพอใจระบบบริการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนระดับความรู้สึก 2) ความพึงพอใจระบบบริการพยาบาลวิสัญญีระยะหลังระดับความรู้สึก ลักษณะเป็น

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุด จนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด<sup>7</sup> เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ได้แก่ APN สาขาการพยาบาลด้านการระงับความรู้สึก 2 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก 1 ท่าน และวิสัญญีแพทย์ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา CVI = 0.91 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก คัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกสูติกรรม รวม 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น แบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.85

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในกลุ่มผู้รับบริการและพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2018-027 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและศึกษาความต้องการการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี โดยการศึกษเอกสารและนโยบายของโรงพยาบาล เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับยาระงับความรู้สึก และศึกษาความต้องการในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการบริการวิสัญญี โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยและญาติจำนวน 12 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 12 คน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการบริการพยาบาลวิสัญญี โดยนำผลการศึกษาที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และผลการสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องมากร่างการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการพยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา โดยผ่านการตรวจสอบและพัฒนาแนวปฏิบัติจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และจัดอบรมบุคลากรทั้งวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในเบื้องต้นได้ทดลองใช้ร่างแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 3 เดือน โดยนำไปทดลองกับการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา จำนวน 30 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ก่อนที่จะนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (Elective case) ทั้งการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวและการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน จำนวนกลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยการประเมินอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด และอัตราการเลื่อนผ่าตัด การประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในต่อแนวปฏิบัติการบริการพยาบาลวิสัญญีที่พัฒนาขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวิสัญญีพยาบาลจำนวน 8 คน เป็นเพศหญิง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 100 อายุอยู่ระหว่าง 36-46 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 50 อายุมากกว่า 46 ปีขึ้นไปจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน > 20 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก 46 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 44 คน คิดเป็นร้อยละ 95.70 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-35 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 73.90 อายุเฉลี่ย 30 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 19.60 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 47.80 และพยาบาลวิชาชีพลูกจ้างชั่วคราว 15 คน คิดเป็นร้อยละ 32.60 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 0-5 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 52.17 และ ระยะปฏิบัติงาน 6-10 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 23.91

ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีอายุ 36-50 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 41.70 อาชีพเป็นลูกจ้างหรือพนักงานบริษัท จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 30 อาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.70 อาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 อาชีพเกษตรกร/ประมง

จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.70 มารับการผ่าตัดโรคทางศัลยกรรมกระดูก จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 ผ่าตัดโรคศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 ผ่าตัดโรคทางสูติกรรมและนรีเวช จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และผ่าตัดโรคหูดอกจุก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 ประวัติการระงับความรู้สึกไม่เคยได้รับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกมาก่อนจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 เคยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (GA) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 เคยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18.30

2. ผลการพัฒนาาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

จากข้อมูลการศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเทพรัตนพบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการบริการวิสัญญีให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากในส่วนของโครงสร้างที่สนับสนุนการดำเนินการพบมีจำนวนบุคลากรที่ค่อนข้างจำกัดในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก และทิศทางการให้ความรู้ค่อนข้างแตกต่างกัน ขึ้นกับประสบการณ์การทำงานของวิสัญญีแต่ละราย ผลการพัฒนาาระบบบริการพยาบาลวิสัญญีสามารถสรุปได้ดังนี้ มีการดำเนินการพัฒนาเพื่อให้ มีแนวทางการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยก่อนได้รับบริการทางวิสัญญี รวมทั้งการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยใช้ CURN Model โดยการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นใช้การมีส่วนร่วมของ

วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาระบบ ซึ่งรูปแบบของระบบ ประกอบด้วย 1) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด/ระงับความรู้สึก 2) จัดทำเอกสารแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด/ระงับความรู้สึกและจัดทำเอกสารในรูปแบบออนไลน์ และ 3) จัดทำสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับวิธีการเตรียมตัวและปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด 2 เรื่อง ได้แก่ (1) สื่อวีดิทัศน์การสอนก่อนระงับความรู้สึกด้วยวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General Anesthesia) (2) สื่อวีดิทัศน์การสอนก่อนระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน โดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Analgesia) ใช้ในการสอนผู้ป่วยตามมาตรฐานระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี และเผยแพร่ผ่านคิวอาร์โค้ด และเผยแพร่บนสังคมคลาวด์ (Social cloud) ในรูปแบบวีดิทัศน์ตามอรรถาศัย (VDO on demand) ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึง เปิดดูซ้ำได้ตลอดเวลา มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้วิสัญญีพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยตลอดระยะเวลา ระหว่างดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึก และระยะฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และ มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้วิสัญญีพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายและปลอดภัยภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

3. ประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลวิสัญญีภายหลังการพัฒนา

3.1 อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด และอัตราการเลื่อนผ่าตัด

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด และอัตราการเลื่อนผ่าตัด

รายการ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562
ร้อยละอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	2.10	1.10
อัตราการเลื่อนผ่าตัด	0.90	0.75

จากตารางที่ 1 พบว่าภายหลังการพัฒนา  
ระบบการพยาบาลวิสัญญี อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วย  
ไม่พร้อมลดลงเหลือจากร้อยละ 2.10 เหลือร้อยละ

1.10 และอัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลงจาก 0.90 เหลือ  
ร้อยละ 0.75

3.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อ  
การพัฒนาระบบการพยาบาลวิสัญญี

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี (n=8)

ด้าน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. การพัฒนาระยะก่อนให้บริการวิสัญญี	3.38	1.06	ปานกลาง
2. การพัฒนาระยะให้บริการวิสัญญี	3.75	0.46	มาก
3. การพัฒนาระยะหลังให้บริการวิสัญญี	3.87	0.35	มาก
โดยรวม	3.67	0.63	มาก

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าวิสัญญี  
พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล  
วิสัญญีที่พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับมาก ( $\bar{x}$ = 3.67,  
S.D.= 0.63) และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่าความ  
พึงพอใจต่อการพัฒนาระยะให้บริการวิสัญญี และใน  
ระยะหลังให้บริการวิสัญญีอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$ = 3.75,

S.D.= 0.46; = 3.87, S.D.= 0.35) ส่วนความพึง  
พอใจต่อการพัฒนาในระยะก่อนให้บริการวิสัญญี  
อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$ = 3.38, S.D.= 1.06)

3.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อ  
การพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี (n=46)

ด้าน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. การพัฒนาระยะก่อนให้บริการวิสัญญี	3.78	0.55	มาก
2. การพัฒนาระยะหลังให้บริการวิสัญญี	3.89	0.57	มาก
โดยรวม	3.84	0.56	มาก

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นพยาบาลวิชาชีพ  
มีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลวิสัญญีที่  
พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับมาก ( $\bar{x}$ = 3.84, S.D.=  
0.56) และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่าความพึงพอใจ  
ต่อการพัฒนาระยะก่อนให้บริการวิสัญญี และในระยะ  
หลังให้บริการวิสัญญีอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$ = 3.78, S.D.=  
0.55; = 3.89, S.D.= 0.57)

## การอภิปรายผล

1. สภาพปัจจุบันเกี่ยวกับระบบบริการ  
พยาบาลวิสัญญี

1) ปัญหาจากการดำเนินการที่ผ่านมา  
พบว่าภาระงานกับอัตรากำลังของวิสัญญีพยาบาล

ไม่สมดุล ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการประเมินและให้  
ความรู้คำแนะนำได้ไม่ครบถ้วน การขาดแคลนกำลัง  
คนทางการพยาบาลส่งผลกระทบต่อ การดูแลที่ได้รับ  
อาจไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย  
ได้มากขึ้น เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล ภาวะ  
แทรกซ้อนมากขึ้นอัตราการตายในโรงพยาบาลสูงขึ้น  
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สอดคล้องกับ  
การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ  
กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า กลุ่ม  
งานวิสัญญีพยาบาลพบปัญหาและอุปสรรคในการ  
ปฏิบัติงานที่สำคัญได้แก่ การขาดแคลนอุปกรณ์  
ทางการแพทย์และการขาดแคลนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน  
สอดคล้องกับการศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากร

ทางการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาล พบว่าจำนวน ชั่วโมงเฉลี่ยของการพยาบาลด้านวิสัญญีต่อผู้ป่วย 1 คน คือ 6.03 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาล โดยตรง 4.77 ชั่วโมง และกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม 1.26 ชั่วโมง<sup>10</sup> และสอดคล้องกับการศึกษา ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว ในห้องพักฟื้นด้วยการจัดการแบบสิ้น ที่พบว่าวิสัญญีพยาบาลทุกคนพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนพัฒนา โดยมีความเห็นว่าเป็น สามารถลดระยะเวลาในการดูแลได้ และลดค่าใช้จ่ายได้ ผู้ป่วยทุกคนมีความปลอดภัย สามารถดูแลผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น กระบวนการที่พัฒนาขึ้นใหม่มีความง่าย ทุกคนเสนอแนะว่าควรมีการจัดการกับกระบวนการส่งผู้ป่วยจากห้องพักฟื้นกลับหอบผู้ป่วยให้เร็วขึ้นเพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง<sup>11</sup>

2) มาตรฐานการสอนของวิสัญญีพยาบาลแตกต่างกันเนื่องจากไม่มีแนวทางการให้ความรู้ที่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีสื่อการสอน อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการสอนให้ความรู้คำแนะนำไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาลระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดใหญ่แบบชนิดลวงหน้า พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดใหญ่แบบชนิดลวงหน้า ส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับของสาเหตุจากมากไปน้อยได้แก่ 1) ความกลัว 2) การไม่ได้รับข้อมูลตามความต้องการ 3) ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ 4) การวินิจฉัย การรักษา 5) ประสบการณ์การผ่าตัด<sup>12</sup> ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับข้อมูลความรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานในระดับได้มาตรฐานร้อยละ 82.1 โดยมาตรฐานการพยาบาลระยะให้บริการทางวิสัญญีมีการปฏิบัติสูงสุด (ร้อยละ 97.4) และมาตรฐานการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพมีการปฏิบัติต่ำสุด (ร้อยละ 53.6)<sup>3</sup> สอดคล้องกับการ

ศึกษาผลของการใช้สื่อวิดีโอช่วยในการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในการระงับความรู้สึกกับความวิตกกังวล ในประเทศเยอรมัน พบว่ากลุ่มที่ได้ดูวิดีโอที่มีความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดูวิดีโออย่างมีนัยสำคัญ ระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน<sup>13</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การดูสื่อโทรทัศน์วิสัญญีทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติก่อนระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง ลดความวิตกกังวล<sup>14</sup>

## 2. การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการวิสัญญี

2.1 อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด และอัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลงภายหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญีในครั้งนี้ที่ได้ดำเนินการปรับปรุงแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด/ระงับความรู้สึก พร้อมทั้งจัดทำเอกสาร/คู่มือการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด/ระงับความรู้สึก ปรับปรุงคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการบริการพยาบาลวิสัญญี อีกทั้งยังมีสื่อวิดีโอที่เกี่ยวกับวิธีการเตรียมตัวและปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ทำให้เกิดแนวทางร่วมกันในการปฏิบัติในการให้ข้อมูลและดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และไปในทางเดียวกัน อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมลดลงเหลือจากร้อยละ 2.10 เหลือร้อยละ 1.10 และอัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลงจาก 0.90 เหลือร้อยละ 0.75 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดภาควิชาศัลยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ในปี 2547-2556 ซึ่งเกิดจากการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ พบว่าการใช้ใบ pre-operative physician order sheet ในการทำรับใหม่ผู้ป่วยผ่าตัด ทำให้อัตราการเลื่อน-งดผ่าตัดจากทุกสาเหตุลดลงร้อยละ 2.24 ต่อปี โดยสาเหตุที่ควบคุมได้ลดลงร้อยละ 0.34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .03$ )<sup>15</sup> และสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ของวิสัญญีพยาบาล ที่พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของระบบหัวใจและ

การไหลเวียนเลือดหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ไม่พบอุบัติการณ์งัด เลื่อนจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ<sup>16</sup>

2.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบพยาบาลวิสัญญี จากการศึกษาที่พยาบาลวิชาชีพและวิสัญญีพยาบาล ประสบปัญหาในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ มีความต้องการพัฒนาและได้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการพัฒนาระบบบริการพยาบาลวิสัญญี มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยระงับความรู้สึก ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นความเป็นเจ้าของความเป็นทีม จึงพบว่าพยาบาลวิชาชีพและวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจระบบที่พัฒนาขึ้น ในระดับมาก เนื่องจากในการศึกษาคั้งนี้พยาบาลวิชาชีพและวิสัญญีพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในกระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดมีส่วนร่วมในการเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการ ตลอดจนนำไปใช้และประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการวิสัญญีที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้ครบถ้วนทุกขั้นตอนร้อยละ 100 อุตบัติการณ์การงัด-เลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยลดลงเหลือร้อยละ 2 ผู้ป่วยร้อยละ 98 มีความรู้และปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลและให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด<sup>17</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพของวิสัญญีพยาบาล และหาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กร ปัจจัยจูงใจ กับการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคกลาง พบว่าบรรยากาศองค์กร และปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับสูง และพบว่าบรรยากาศองค์กรโดยรวมและปัจจัยจูงใจโดยรวม มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะส่งผลดีต่องานบริการ<sup>3</sup> ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พยาบาล

วิชาชีพและวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในระดับมาก

## ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในการแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเปิดดูสื่อวีดิทัศน์การเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึกด้วยตนเอง ตั้งแต่เมื่อเริ่มรู้ว่าต้องผ่าตัดและต้องระงับความรู้สึก ควรให้คำแนะนำ และสร้างช่องทางให้ผู้ป่วยติดต่อสอบถามแพทย์และพยาบาลวิชาชีพได้เมื่อมีข้อสงสัย หรือมีความกลัว วิตกกังวล

## References

1. Nursing Division, Ministry of Public Health, Thailand. Nursing quality assurance: Quality assurance for anesthetic nursing service. Nonthaburi: Nursing Division; 2013. (in Thai)
2. Nursing Division, Ministry of Public Health, Thailand. Guidelines for nursing quality assurance: Service plan. Nonthaburi: Nursing Division; 2018. (in Thai)
3. Pancharoen R, Tridech P, Krugkrungjit P. Nurse anesthetists' performance according to professional standards in general and provincial hospitals in the central region of Thailand. J Health & Nurs Res 2010; 26(2): 41-50. (in Thai)
4. Triemkietikon S, Prachusilpa G. Nurse staffing for nurse anesthetists, Taksin hospital. J Royal Thai Amy Nurs 2011; 12(2): 76-83. (in Thai)
5. Theparat Hospital Nakhon Ratchasima. Annual report 2017. Nakhon Ratchasima: Theparat Hospital. (in Thai)
6. Horsler JA, Crane J, Crabtree MK, Woos BJ. Using research to improve nursing practice: A guide (CURN Project). Orlando FL: Grune & Stratton; 1983.



7. Srisa-ard B, Basic research. 6<sup>th</sup> ed. BK: Suweeriya sarn publishing house; 2000. (in Thai)
8. Khunthar A. The impacts and solutions to nursing workforce shortage in Thailand, Journal of Nursing Science 2014; 32(1): 81-90. (in Thai)
9. Tienchumpham R. The problems and obstacles of anesthesiology operation working group in the police general hospital, Royal Thai Airforce Medical Gazette; 2009; 55(2): 37-44. (in Thai)
10. Triemkietikon S. Nurse staffing for nurse anesthetists, Taksin Hospital, Thesis of master of nursing science program in nursing administration Faculty of Nursing Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
11. Oearsakul M, Thongsuk P, Thiengjanya P. Effectiveness of postanesthetic care process in postoperative patients under general anesthesia through lean management: A case study at Songklanagarind hospital, the seventeenth national graduate research conference and the fifth academic seminar to disseminate research to the community; 2010. (in Thai)
12. Yusamran M, Sripontan P. Perceived anxiety level and it's causes in the pre-operative patients at Mahasarakham hospital, Journal of Science and Technology, Academic conference Mahasarakham research 10<sup>th</sup>; 2014: 419-28. (in Thai)
13. Cornelia S, Corinna P, Irmgard B, Uwe K, Alwin E, Martin S, et al. The effect of detailed, video-assisted anesthesia risk education on patient's anxiety and the duration of the pre-anesthetic interview: A randomized controlled trial, Anesthesia & Analgesia 2008; 106(1): 202-9.
14. Auttayasai-ngam P, Yeekian C. Knowledge, anxiety and opinions of pre-operation patient watched anesthetic TV channel. Thai Journal of Anesthesiology 2015; 41(2): 92-102. (in Thai)
15. Piyasontarawong N, Sukthan S, Sooksee U, Chantorn P, Kongdan Y. The incidence of postoperative postpone and the problem solving by using participatory action research. Thai Journal of Nursing Council 2015; 30(3): 112-20. (in Thai)
16. Pansamai L, Ujuntuk J, Jeanjankij V, Buhome N, Poorananon P, Meenasantirak A, et al. Pre-operative preparation nursing model in geriatric anesthesia of anesthetist nurses. Mahasarakham Hospital Journal 2017; 14(3): 76-89. (in Thai)
17. Tangjairakkarnde J. The guideline development of preoperative preparation for patients undergoing surgery Hua Hin hospital. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal 2018; 3(1): 1-6. (in Thai)

## การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย\*

บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ค.\*\* เรวัตน์ เอกวุฒิจวงศา พย.ม.\*\*\* ยุพเรศ โจนแพง พย.ม.\*\*\*\* เพ็ญนภา บุบผา พย.ม.\*\*\*\*\* นภัทพย์ ไพคำนาม พย.ม.\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อกำหนดสมรรถนะและรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้และความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย การตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 7 คน โดยการสนทนากลุ่ม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย 7 สมรรถนะดังนี้ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) การประเมินและการวางแผนการดูแล 3) การจัดการความปวด 4) การจัดการอาการที่ทำให้ไม่สุขสบาย 5) การดูแลในมิติจิตวิญญาณ 6) การดูแลเชิงวัฒนธรรม และ 7) การดูแลภายหลังการสูญเสีย และเมื่อนำไปทดลองใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลจำนวน 7 หอผู้ป่วย พบว่าผู้ใช้เครื่องมือมีความเห็นว่าจะสามารถนำไปใช้ได้ตามสถานการณ์จริงในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

**คำสำคัญ:** การพัฒนาเครื่องมือ สมรรถนะพยาบาล การดูแลระยะท้าย

วันรับบทความ 13 พฤศจิกายน 2562 วันแก้ไขบทความแล้วเสร็จ 23 มิถุนายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 24 มิถุนายน 2563

\*ได้รับทุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: bamphenc@kku.ac.th

\*\*\*หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษรวม 9 ซี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

\*\*\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

\*\*\*\*\*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครขอนแก่น

## Development of nurse competency assessment tool for end of life care\*

Bumpencht Sangchart D.N.S.\*\* Rawat Ekwuttiwongsa M.S.N.\*\*\* Yupared Jompaeng M.S.N.\*\*\*\* Pennapa Buppha M.S.N.\*\*\*\*\*  
Namtip Phaikammam M.S.N.\*\*\*\*\*

### Abstract

The objective of this research was to define and develop a tool for assessing nurse competencies in the area of end of life care. In-depth interviews and group discussion were conducted with 15 registered nurses together with a literature review to determine competencies and related details that demonstrated skills, knowledge, and capability in each competency. Content validation of the tool included qualitative content validity verified by 7 head nurses using the group discussion, and quantitative content validity verified by 3 experts.

The results revealed that the competencies in the area of end of life care consisted of 7 competencies as follows: 1) communication skills; 2) assessment and care planning; 3) pain management; 4) discomfort management; 5) spiritual care; 6) cultural care; and 7) bereavement care. Following the trial use of the instrument for assessing nurse competencies at 7 patient wards, it was found that the users totally agreed that the instrument was practical.

**keywords:** instrument development; nurse competency; end of life care

*Received 13 November 2019 Revised 23 June 2020 Accepted 24 June 2020*

---

\*Granted by Faculty of nursing Khon Kaen University

\*\*Associate professor, Faculty of nursing Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand, Corresponding author,

E-mail: bamphenc@kku.ac.th

\*\*\*Head Nurse, Semi Private ward 9C, Srinagarind Hospital, Khon Kaen

\*\*\*\*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

\*\*\*\*Registered Nurse, Professional Level, Sisaket Hospital

\*\*\*\*\*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

**บทนำ**

จากการปฏิรูประบบบริหารราชการในปี พ.ศ. 2545 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร ระบบการบริหารงาน ระบบบริการราชการ ระบบการบริหารบุคคล โดยเน้นการบริหารแบบมุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ มีการส่งเสริมวัฒนธรรมและค่านิยมการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับในยุคปัจจุบันได้ก้าวเข้าสู่ยุคแห่งการพัฒนาเศรษฐกิจโดยใช้ความรู้เป็นฐาน (knowledge-based economy) ส่งผลให้เกิดการแข่งขันกันทางธุรกิจต่าง ๆ รวมถึงธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพด้วย ซึ่งการเข้าสู่ยุคดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลต่อเฉพาะภาคเอกชนเท่านั้นแต่ยังส่งผลต่อภาครัฐอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบ การบริการสุขภาพที่ภาครัฐจะต้องพัฒนา เปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถแข่งขันกับภาคเอกชนได้ โดยมุ่งผลผลิต คิดค้นนวัตกรรม การบริการให้ทัดเทียมหรือเหนือกว่าภาคเอกชนแต่อย่างไรก็ตามการที่จะก้าวเข้าสู่จุดนั้นได้ขึ้นอยู่กับผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานจึงเป็นเสมือนกุญแจสำคัญในการอยู่รอด ขององค์กร ดังนั้นองค์กรวิชาชีพสถานบริการภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพการพยาบาลจึงพยายามแสวงหาเครื่องมือและวิทยาการต่าง ๆ เพื่อนำมาจัดระบบหรือวางแผนทางในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ในองค์กรให้เปี่ยมไปด้วยความสามารถ ยังผลให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และสมรรถนะ (competency) ถือเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการจัดระบบและวางแผนทางในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลขององค์กรพยาบาล

สมรรถนะเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่กำลังได้รับความนิยมและทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการบริหารทรัพยากรบุคคล<sup>1</sup> และนับได้ว่ามีความสำคัญต่อทุกองค์กรหรือหน่วยงาน เนื่องจากเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถทุกคนในองค์กรอย่างมี

ทิศทาง เป็นเครื่องมือสนับสนุนระบบตัวชี้วัดหลักของผลงาน ใช้ในการพัฒนาฝึกอบรมคนให้สอดคล้องกับตำแหน่งงานและเหนือสิ่งอื่นใดคือ การกำหนดสมรรถนะจะช่วยให้ได้บุคคลที่มีความสามารถเหมาะสมกับงาน<sup>2</sup> โดยเฉพาะหากงานนั้น ๆ มีความเฉพาะเจาะจงและซับซ้อน การกำหนดสมรรถนะจะช่วยให้การกำหนดบุคคลที่มีความสามารถเหมาะสมกับงาน ผลที่เกิดขึ้นก็คือได้งานที่มีประสิทธิภาพตามมา

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและใกล้ตาย นับได้ว่าเป็นการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีความซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากความตายมีความเป็นสหมิติทั้งมิติด้านกายภาพ กฎหมาย ศาสนา ความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรม เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้ก้าวเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ รวมไปถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและจริยธรรม ทางารแพทย์ด้วย<sup>3</sup> ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล หรือแม้กระทั่งสังคมและประเทศชาติโดยรวม อีกทั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ โดยการขจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบและตายอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ รวมถึงการขยายขอบเขตการดูแลสู่ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยระยะท้ายและใกล้ตายด้วย<sup>4-7</sup> การดูแลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนั้น พยาบาลนับได้ว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะที่จำเพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย แต่มีการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนไม่ได้หมายความว่าจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้<sup>3,5</sup> จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่เฉพาะ ที่จะมีความ

สามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าในต่างประเทศได้มีการกำหนดมาตรฐานและสมรรถนะเฉพาะ สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างชัดเจน<sup>6-7</sup> สำหรับประเทศไทยสภาการพยาบาล<sup>8</sup> ได้กำหนดสมรรถนะหลักที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แต่ยังไม่ได้มีการกำหนดสมรรถนะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีเพียงสำนักการพยาบาลที่ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลระดับประคอง โดยอาศัยการกำหนดสมรรถนะตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมตามบริบทของประเทศไทย<sup>9</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะ ด้วยความเชื่อที่ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนและเฉพาะเจาะจง จำเป็นต้องมีการกำหนดสมรรถนะและเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะของผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และผลในลำดับต่อมา ก็คือ การดูแลที่มีคุณภาพสำหรับครอบครัวและผู้ป่วยระยะท้าย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

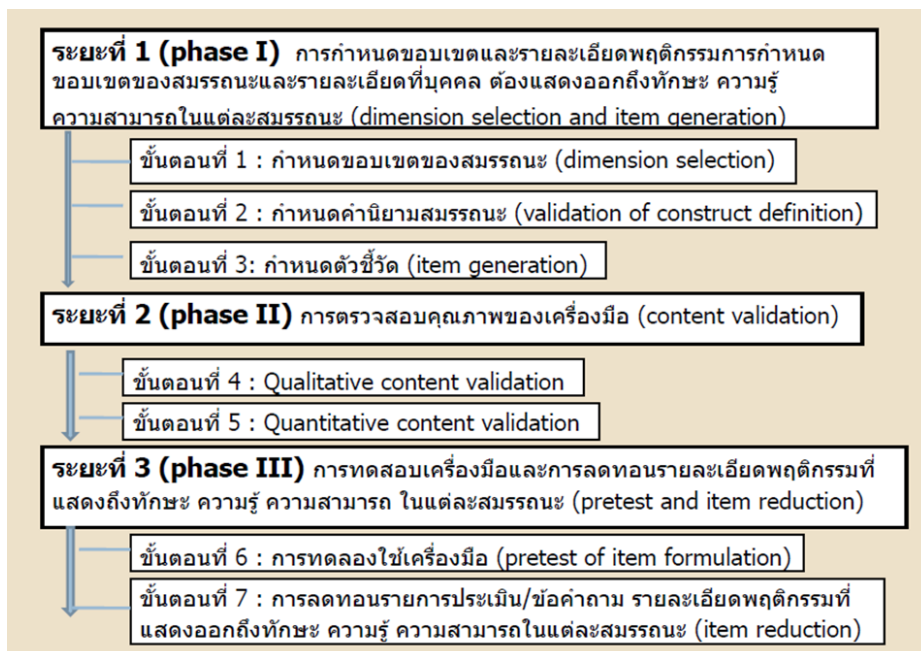
1. เพื่อกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการแบ่งระดับสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ Palliative care nurse new zealand<sup>10</sup> มาดัดแปลงเป็น 3 ระดับ คือ พยาบาลทั่วไป หมายถึงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1-5 ปี พยาบาลผู้มีประสบการณ์ หมายถึงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 6-10 ปี หรือผ่านการอบรมหลักสูตร PCWN (Palliative Care Ward Nurse) จากหน่วยการุณรักษ์และพยาบาลเชี่ยวชาญ หมายถึง พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่า 10 ปีขึ้นไป หรือผ่านการอบรมหลักสูตร BCCPN (Basic certificate course in palliative nursing) หรือหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4 เดือน หรือผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

### กลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ทำการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายหลังจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (เลขที่ HE571230) ผู้วิจัยทำการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ 7 ขั้นตอน ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสร้างและการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2557)

ระยะที่ 1 (Phase I) การกำหนดขอบเขตของสมรรถนะและรายละเอียดที่บุคคล ต้องแสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ (dimension selection and item generation) การดำเนินการวิจัยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ กำหนดขอบเขตสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและรายละเอียดพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ และความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะที่กำหนดขึ้น โดยมีขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนย่อยที่ 1 การกำหนดขอบเขตของสมรรถนะ (dimension selection) ดำเนินการโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จากนั้นยกร่างสมรรถนะฉบับที่ 1 พร้อมกำหนดตัวชี้วัด หรือรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ขั้นตอนย่อยที่ 2 กำหนดคำนิยามสมรรถนะ (validation of construct definition) โดยผู้วิจัยนำ

สมรรถนะที่กำหนดไว้แล้ว มาให้คำนิยามโดยอ้างอิงจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการให้คำนิยามสมรรถนะจะต้องเข้าใจง่าย บ่งชี้สิ่งที่พยาบาลจะต้องทำภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพสามารถวัดได้ และบอกถึงผลลัพธ์ที่ต้องการ

ขั้นตอนย่อยที่ 3 กำหนดตัวชี้วัด หรือรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ (item generation) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม (focus group discussion) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร BCCPN จากหน่วยการอนุรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ ที่กำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและจำแนกพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในแต่ละสมรรถนะออกเป็นรายชื่อ หลังจากนั้นสร้างเป็นตัวชี้วัดหรือรายละเอียดที่

แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในการในแต่ละสมรรถนะ ร่วมกับยก่างสมรรถนะฉบับที่ 1 ในขั้นตอนย่อยที่ 1

**ระยะที่ 2 (Phase II)** การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิจัยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำยก่างสมรรถนะฉบับที่ 1 มาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่ 4-5 ได้แก่

ขั้นตอนย่อยที่ 4 ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ของเครื่องมือยก่างสมรรถนะฉบับที่ 1 จากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 7 คน โดยจัดสนทนากลุ่ม เพื่อขอคำชี้แนะและปรับปรุงเครื่องมือ

ขั้นตอนย่อยที่ 5 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำยก่างสมรรถนะฉบับที่ 1 ที่แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนย่อยที่ 4 พร้อมโครงการวิจัยฉบับย่อ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เป็นแพทย์หน่วยการุณรักษ์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองของหน่วยการุณรักษ์ 1 คน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะเป็นยก่างสมรรถนะฉบับ 2

**ระยะที่ 3 (Phase III)** การทดสอบเครื่องมือและการลดทอนรายละเอียดพฤติกรรมที่แสดงถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในแต่ละสมรรถนะ (pretest and item reduction) โดยมีวิธีการดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนย่อยที่ 6 การทดสอบเครื่องมือ การดำเนินการวิจัยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชัดเจนของรายการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในแต่ละสมรรถนะ โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (ยก่างสมรรถนะฉบับ 2) ไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร BCCPN จากหน่วยการุณรักษ์ และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล

ศรีนครินทร์ จำนวน 6 คน โดยการสัมภาษณ์ที่ใช้เทคนิคการถามแบบตะล่อมกล่อมเกลา (verbal probing technique) ในแต่ละข้อของรายการประเมินอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อสำรวจกระบวนการตอบสนองต่อรายการประเมินแต่ละข้อ เช่น “คุณลองถามข้อคำถามนี้ด้วยคำพูดของคุณเองดูซิคะ?” “การตอบคำถามข้อนี้เป็นอย่างไรง่ายไป หรือยากไปคะ” เป็นต้น ข้อคำถามจะได้รับการปรับปรุง ถ้าผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อคิดเห็นว่าอาจเกิดความคลาดเคลื่อน

ขั้นตอนย่อยที่ 7 การลดทอนรายการประเมิน/ ข้อคำถาม รายละเอียดพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในแต่ละสมรรถนะ (item reduction) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดทอนรายละเอียดพฤติกรรมที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในแต่ละสมรรถนะ โดยพิจารณาจากข้อมูลในขั้นตอนย่อยที่ 4, 5 และ 6+7 ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale, S-CVI) การสัมภาษณ์การรับรู้และการลดทอนรายการ (item) พัฒนาเป็นสมรรถนะและเครื่องมือที่ใช้ประเมินสมรรถนะที่ประกอบด้วยรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในแต่ละสมรรถนะ แล้วให้หัวหน้าหอผู้ป่วยไปทดลองใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลในแต่ละระดับ

## ผลการวิจัย

### 1. ขั้นตอนการพัฒนาและสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะ

1.1 ระยะที่ 1 ขั้นตอนย่อยที่ 1-3 เป็นขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตร BCCPN จากหน่วยการุณรักษ์ เพื่อกำหนดสมรรถนะและรายละเอียดที่แสดงออกถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถ ผลที่ได้จากขั้นตอนนี้ ได้ยก่างสมรรถนะฉบับที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน

7 สมรรถนะ ได้แก่ 1) สมรรถนะที่ 1 การสื่อสาร ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 21 ข้อ 2) สมรรถนะที่ 2 การประเมินและการวางแผนการดูแล ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 17 ข้อ 3) สมรรถนะที่ 3 การจัดการความปวด ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 15 ข้อ 4) สมรรถนะที่ 4 การจัดการอาการไม่สุขสบาย ประกอบด้วยตัวชี้วัดจำนวน 13 ข้อ 5) สมรรถนะการดูแลในมิติจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 15 ข้อ 6) สมรรถนะที่ 6 การดูแลเชิงวัฒนธรรม ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 9 ข้อ และ 7) ตัวชี้วัดที่ 7 สมรรถนะ การดูแลภายหลังสูญเสีย ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจำนวน 11 ข้อ

## 2. ขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 ระยะเวลาที่ 2 ขั้นตอนย่อยที่ 4 นายกร่างสมรรถนะที่ 1 ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นพยาบาลจากหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 7 คน ผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นตอนนี้คือ สมรรถนะที่ 1 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 21 ข้อ เป็น 22 ข้อ สมรรถนะที่ 2 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 17 ข้อเป็น 18 ข้อ สมรรถนะที่ 3 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 15 ข้อเป็น 19 ข้อ สมรรถนะที่ 4 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 13 ข้อเป็น 15 ข้อ สมรรถนะที่ 5 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 15 ข้อเป็น 20 ข้อ สมรรถนะที่ 6 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 9 ข้อเป็น 14 ข้อ สมรรถนะที่ 7 เพิ่มตัวชี้วัดจาก 11 ข้อเป็น 14 ข้อ

2.2 ระยะเวลาที่ 2 ขั้นตอนย่อยที่ 5 นายกร่างสมรรถนะที่ 1 ที่ได้จากขั้นตอนนี้ย่อยที่ 4 ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะมีความตรงประเด็นครอบคลุมเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำข้อมูลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ค่าคะแนนระดับ 3 และ 4 ไปวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) พบว่า 1) สมรรถนะการสื่อสารได้ค่า CVI เท่ากับ 0.97 2) สมรรถนะการจัดการความปวดได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 3) สมรรถนะการดูแลในมิติจิตวิญญาณ

ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 4) สมรรถนะการประเมินและการวางแผน การดูแลได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 5) สมรรถนะการจัดการอาการที่ทำให้ไม่สุขสบายได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 6) สมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสียได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และ 7) สมรรถนะการดูแลเชิงวัฒนธรรม ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 ค่า CVI รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

## 3. ขั้นตอนการทดสอบและทดลองใช้เครื่องมือ

3.1 การทดสอบเครื่องมือ ขั้นตอนนี้อยู่ในระยะที่ 3 ขั้นตอนย่อยที่ 6 และ 7 พบว่าสมรรถนะที่ไม่ถูกแก้ไขลดทอนลง คือ สมรรถนะที่ 1 สมรรถนะที่ 3 สมรรถนะที่ 6 และสมรรถนะที่ 7 สมรรถนะที่ถูกแก้ไข ลดทอนลง คือ สมรรถนะที่ 2 ลดทอนตัวชี้วัดจาก 18 ข้อ เหลือ 17 ข้อ สมรรถนะที่ 4 ลดทอนตัวชี้วัดจาก 15 ข้อ เหลือ 14 ข้อ สมรรถนะที่ 5 ลดทอนตัวชี้วัดจาก 20 ข้อ เหลือ 19 ข้อ ดังนั้น สมรรถนะและเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึง ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการสื่อสาร ประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 22 ข้อ 2) สมรรถนะการจัดการความปวด ประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 19 ข้อ 3) สมรรถนะการดูแลในมิติจิตวิญญาณประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 20 ข้อ 4) สมรรถนะการประเมินและ การวางแผนการดูแล ประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 18 ข้อ 5) สมรรถนะการจัดการอาการที่ทำให้ไม่สุขสบาย ประกอบด้วยตัวชี้วัดจำนวน 15 ข้อ 6) สมรรถนะการดูแลเชิงวัฒนธรรม ประกอบด้วยตัวชี้วัด จำนวน 14 ข้อ และ 7) สมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสีย ประกอบด้วยตัวชี้วัดจำนวน 14 ข้อ

3.2 ขั้นตอนการทดลองใช้เครื่องมือ หลังจากผ่านขั้นตอนการทดสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทดลองใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลประกอบด้วย หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วย



นรีเวชวิทยา หอผู้ป่วยรังสีวิทยา และหอผู้ป่วยสงฆ์ อาพาธรวม ทั้งสิ้น 7 หอผู้ป่วย ครอบคลุมพยาบาล จำนวน 58 คน ประกอบด้วย พยาบาลทั่วไปจำนวน 35 คน พยาบาลผู้มีประสบการณ์จำนวน 20 คน และ พยาบาลเชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ให้นำหน้าหอผู้ป่วย แสดงความคิดเห็น ในประเด็น 1) ความทันสมัยและความเหมาะสมกับพยาบาลในแต่ละระดับ 2) ความครอบคลุมพฤติกรรมที่ต้องประเมิน 3) ความชัดเจน เข้าใจง่าย 4) เวลาที่ใช้ประเมินเหมาะสม และ 5) สามารถนำไปใช้ได้ตามสถานการณ์จริง พบว่าผู้ใช้เครื่องมือมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ “เห็นด้วย” และ “เห็นด้วยมากที่สุด” ในทั้งห้าประเด็นและในทุกสมรรถนะ

### การอภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า สมรรถนะพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย 7 สมรรถนะ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับพยาบาล พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมพลังอำนาจ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย รวมถึงการประสานงาน ภายในช่วงเวลาที่ดูแล<sup>11</sup> และหากพยาบาลมีทักษะในการสื่อสารที่ดีจะนำไปสู่กระบวนการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (advance care plan) สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว<sup>12-13</sup> ในขณะเดียวกันพยาบาลต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแล มีหลักฐานที่สนับสนุนว่า หากพยาบาลมีทักษะและความรู้ในการประเมินผู้ป่วย จะนำไปสู่การวางแผน และให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายรวมถึงสมาชิกของครอบครัวด้วย<sup>14-15</sup> สมรรถนะการจัดการความปวดและสมรรถนะการจัดการอาการที่ทำให้ไม่สบาย

อธิบายได้ว่าในผู้ป่วยระยะท้าย อาการปวดและอาการไม่สบาย เช่น อาการหายใจลำบาก สับสน ท้องผูก เป็นอาการที่พบได้บ่อยและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน อีกทั้งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน สมรรถนะนี้ จึงจำเป็นสำหรับพยาบาลผู้ดูแล<sup>16-17</sup> สำหรับสมรรถนะการดูแลในมิติจิตวิญญาณ อธิบายได้ว่ามนุษย์ทุกคน มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ และความต้องการด้านนี้จะมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยระยะท้าย<sup>18-20</sup> การที่สามารถให้การดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการในมิตินี้ได้ นั้น พยาบาลต้องมีสมรรถนะอย่างดีทั้งด้านความรู้ ทักษะการประเมินและทักษะการให้การดูแล<sup>20-22</sup> นอกจากนี้จะเห็นว่าจากงานวิจัยนี้ ยังชี้ให้เห็นถึงสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลอีกสองสมรรถนะ คือ การดูแลเชิงวัฒนธรรม และสมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสีย สำหรับการดูแลเชิงวัฒนธรรม อธิบายได้ว่า ยุคปัจจุบันเป็นยุคที่เปิดกว้าง มีการเคลื่อนย้ายของคนจากสังคมหนึ่งไปสังคมหนึ่ง การเคลื่อนย้ายดังกล่าวมาพร้อมกับวัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่มสังคม เกิดการกลายเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ผู้ป่วยในแต่ละรายจะมีความเชื่อและวัฒนธรรมเฉพาะของตน ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างจากพยาบาลผู้ให้บริการ<sup>23-24</sup> สมรรถนะนี้จึงเป็นสิ่งที่ยุคพยาบาลจะต้องให้ความสนใจและฝึกฝนเป็นอย่างมาก เนื่องจากองค์ความรู้ที่ผ่านมาพบว่า ความรู้และทักษะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลอยู่เพียงในระดับปานกลาง<sup>25-26</sup> สำหรับสมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสีย อธิบายได้ว่า การสูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก เป็นประสบการณ์ทุกข์ทรมานเศร้าโศกสำหรับมนุษย์<sup>27</sup> การปรับตัวและก้าวข้ามประสบการณ์ดังกล่าว พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้จากไป พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการช่วยเหลือและการดูแลภายหลังครอบครัวเกิดการสูญเสีย<sup>28</sup>

เมื่อพิจารณาคุณภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะพบว่า ค่า CVI อยู่ในระดับสูง กล่าวคือสมรรถนะการสื่อสาร ค่า CVI เท่ากับ 0.97 สมรรถนะการประเมินและวางแผนการดูแลค่า CVI เท่ากับ 0.98 สมรรถนะการจัดการความปวด ค่า CVI เท่ากับ 0.96 สมรรถนะการจัดการอาการที่ไม่สบาย ค่า CVI เท่ากับ 0.96 สมรรถนะการดูแลในด้านมิติจิตวิญญาณ ค่า CVI เท่ากับ 0.96 สมรรถนะการดูแลเชิงวัฒนธรรม ค่า CVI เท่ากับ 0.95 สมรรถนะการดูแลภายหลังการสูญเสียได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และค่า CVI รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.95 ซึ่งอธิบายได้ว่าในกระบวนการพัฒนาเครื่องมือของการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนที่ชัดเจนรัดกุม ซึ่งขั้นตอน ในการพัฒนาเครื่องมือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพเครื่องมือทั้งในด้านความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ<sup>29</sup> จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่ามีขั้นตอนการพัฒนาปรับปรุงอย่างเป็นลำดับขั้น โดยระเบียบวิธีทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพและครอบคลุมตัวแปรการใช้ระเบียบวิธีทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีผลต่อคุณภาพของเครื่องมือที่จะทำให้เกิดความครอบคลุมในเชิงเนื้อหามากยิ่งขึ้น<sup>30</sup> ซึ่งการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ ปรากฏในระยยะที่ 2 ขั้นตอนย่อยที่ 4 และระยยะที่ 3 ขั้นตอนย่อยที่ 6,7 โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย วิธีดังกล่าวมีผลอย่างยิ่งต่อคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์และมุมมองของคนใน (emic view) ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ตรง<sup>31-32</sup> ส่งผลให้เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาสูง

### ข้อเสนอแนะ:

1. จากผลการวิจัย หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถนำไปใช้เป็นการรอบในการกำหนดสมรรถนะเฉพาะหน่วยงาน (specific competency) ได้

2. ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำสมรรถนะ และเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการประเมินบุคลากรและวางแผนเพื่อจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (individual development plan) เพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

3. การวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อาจมีความจำเป็นสำหรับการศึกษาวิจัย ในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างออกไป

### References

1. Srisatidnarakul B. Leadership and strategic management in organization for the 21<sup>st</sup> Century. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai)
2. Saenprasan P, Phanitayanusan U, Thadsri L, Charoensit S, Chaiphitak S, Parinyawat M, et al. Nursing management to learning. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Sukhumvit; 2010. (in Thai)
3. Sangchart B, Thadmala M, Promlakano S. Potential development of nursing care for patients at the end of life. Journal of Nursing Science and Health 2013; 36(1): 54-66. (in Thai)
4. Todd P, Baldwin CM. Palliative care and culture: the optimize view. J Multicult Nurs Health 2006; 12(2): 28-32.
5. Ekwuthiwongsa R, Ngoangam P, Wuthisan P, Soontharapa W. End of life care of sick Buddhist monks. Journal of Nursing Science and Health 2015; 38(3): 110-9. (in Thai)
6. Mullen C, Thomas S. End of life care: Common care competencies. BJHCA 2009; 3(10): 490-92.

7. Gammondi C, Lakin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education- Part 2. *Eur J Palliat Care* 2013; 20(3): 140-5.
8. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies for nurses and midwifery. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2010. (in Thai)
9. Leelawong S. Role and competencies of palliative care nurse. In: Haruthai C, Attachaiwat A, Suwankesawong S, editors, Palliative nursing service system. Pathum Thani: Suetawanprinting; 2016: P. 47-63. (in Thai)
10. Palliative care Nursing New Zealand. A national professional development framework for palliative care nursing practice in Aotearoa New Zealand. Wellington: Ministry of Health. 2014.
11. Schroeder K, Lorenz K. Nursing, and the future of palliative care. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018; 5(1): 4-8.
12. Abba K, Lloy-williams M, Hurton S. Discussing end of life wishes - the impact of community interventions? *BMC Palliative Care* 2019; 18:26 <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0407-8>
13. Slort W, Schweitzer BP, Blankenstein AH, Abarshi EA, Riphagen II, Echteld MA, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. *Palliat Med* 2011; 25(6): 613-29.
14. Eagar K, Clapham SP, Allingham SF. Palliative care is effective: but hospital symptom outcomes superior. *BMJ Supportive & Palliative Care* Published Online First: 31 August 2018. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001534
15. National consensus project for quality palliative care. Clinical practice guidelines for quality palliative care, 4<sup>th</sup> ed. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018.
16. Sherwen E. Improving end of life care for adults. *Nurs Stand* 2014; 28(32): 51-7.
17. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(3): 182-96.
18. O'Brien MR, Kinloch K, Groves KE, Jack BA. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *J Clin Nurs* 2018; 28(1-2): 182-9.
19. Fitch M, Bartlett R. Patient perspectives about spirituality and spiritual care. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2019; 6(2): 111-21.
20. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 885-96.
21. Speck P. Culture and spirituality: essential components of palliative care. *Postgrad Med J* 2016; 92(1088): 341-5.
22. Gijsberts MJHE, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E. Spiritual care in palliative care: A systematic review of the recent European literature. *Med Sci* 2019; 7(2): [25]1-11.
23. Schill K, Caxaj S. Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review. *BMC Palliat Care* 2019 Feb 14; 18(1): 21. doi: 10.1186/s12904-019-0404-y.

24. Bloomer MJ, Botti M, Runacres F, Poon P, Barnfield J, Hutchinson AM. Cultural considerations at end of life in a geriatric inpatient rehabilitation setting. *Collegian* 2019; 26(1): 165-70. doi.org/10.1016/j.colegn.2018.07.004.
25. Songwathana P, Siriphan S. Thai nurses' cultural competency in caring for clients living in a multicultural setting. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail*[Internet]. 10 Feb 2015 [cited 12 Nov 2019]; 19(1): 19-1. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/18965>
26. Lin MH, Wu CY, Hsu HC. Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Appl Nurs Res* 2019; 45: 6-11.
27. Sangchart B. Suffering part 1: Fundamental experience of human condition. *Journal of Nursing Science and Health* 2015; 38(1): 131-41. (in Thai)
28. Hudson P, Hall C, Boughey A, Roulston A. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliat Support Care* 2018; 16(4): 375-87. doi: 10.1017/S1478951517000451.
29. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U & I inter media; 2010. (in Thai)
30. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006; 29(5): 489-97.
31. Keeley T, Al-Jannabi H, Lorgelly P, Coast J. A qualitative assessment of the content validity of the ICECAP-A and EQ-5D-5L and Their Appropriateness for Use in Health Research. *PLoS ONE* [serial online] 2013; [cited 2020 Mar 31]. Available from: <http://www.doi:10.1371/journal.pone.0085287>
32. Berthelsen H, Hakanen J, Kristensen TS, Lonnblad A, Westerlund H. A qualitative study on the content validity of the social COPSQ. *SJWOP*. [serial online] 2016 [cited 2020 mar 31]. Available from :<http://www.doi.org/10.16993/sjwop.5>

## การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

นันทพงษ์ เนลสัน พย.ม\* จุฬารัตน์ ศักดิ์สิงห์ พย.บ\*\* เอี่ยมพร ชมภูมี พย.ม\*\* สุลักษณ์ จันทวิสุข วท.ม\*\*\* อสดี ตอวิวัฒน์ พย.บ\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 22 คน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบและใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบ รูปแบบบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น โดยการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยง พบว่า ความรู้ ความตระหนักและทัศนคติต่อการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง การสื่อสารในทีมผ่าตัด บทบาทของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และ แนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยไม่ชัดเจน ได้พัฒนารูปแบบช่องทางการสื่อสารในทีมและกำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงระหว่างทีมผ่าตัดและทีมพยาบาลด้วยการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วย ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยไม่ชัดเจน ได้พัฒนารูปแบบช่องทางการสื่อสารในผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้องได้ครบถ้วน ร้อยละ 88.23 ผู้ป่วยไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมดทางคลินิกหรือเฉพาะโรคจากการผ่าตัดและกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมาก

**คำสำคัญ:** แผนการพยาบาล การบริหารความเสี่ยง การผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง

วันที่รับบทความ 11 กรกฎาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 24 สิงหาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 27 สิงหาคม 2563

\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี E-mail: nanthatporn@gmail.com

\*\*หัวหน้างานพยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

## The development of risk management total abdominal hysterectomy perioperative nursing at Sunpasitthiprasong Hospital Ubonratchathani province

Nanthatchaporn Neilson M.N.S.\* Julaporn Saksing B.N.S.\*\* Auamporn Chompoomee M.N.S.\*\* Sulakana Jantawesuk M.Sc.\*\*\* Orade Taviwat B.N.S.\*\*\*

### Abstract

The purpose of this participatory action research was to develop a risk management strategy for a total abdominal hysterectomy perioperative nursing care plan. The research was conducted at the Sunpasitthiprasong Hospital, located in Ubon Ratchathani, Thailand. The study sample size included 22 participants. The research was conducted from October 2017 to July 2018. The research methodology employed system theory and focus group discussions to develop the issues to be studied. The study results situation analysis and factors related to the development of a risk management strategy for the aforementioned nursing care plan. The risk management team consisted of obstetric and gynecological perioperative nurses. The model included communication between the operating room team. Clinical instruction regarding the total abdominal hysterectomy perioperative nursing care plan was evaluated and analyzed, and the trend of the risk re-checked. Factors related to the risk management strategy being implemented included; knowledge, awareness and general attitude of the nurses. Additional factors were the willingness to follow the work instruction, communication among operating room team and the role of risk management team. Finally, the patient safety clinical pathway for total abdominal hysterectomy nursing patients was analyzed in this study. The research resulted in a high level of satisfaction by the nurses and operating room team being reported. The patients included in the study, were safe and had a low risk of suffering from post-operative complications of the total abdominal hysterectomy procedure.

**keywords:** nursing care plan; risk management; total abdominal hysterectomy

*Received 11 July 2019 Revised 24 August 2020 Accepted 27 August 2020*

---

\*Nurse Instructors, Faculty of Nursing Ratchathani University, Corresponding author, E-mail: nanthatporn@gmail.com

\*\*Supervisor Professional Nurse in the Operating room of Sunpasitthiprasong Hospital

\*\*\*Professional Nurse in the Operating room of Sunpasitthiprasong Hospital

## บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) ที่จะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายจิตใจและสังคม อีกทั้งสร้างความสูญเสีย เกิดข้อร้องเรียนและปัญหาการฟ้องร้องตามมา ความปลอดภัยจึงมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ

ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (total abdominal hysterectomy) เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีโอกาสเกิดสิ่งไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยได้ ดังนั้น จึงต้องมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและประชาชน<sup>1</sup>

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาดจำนวนเตียง 1,118 เตียง แต่ให้บริการจริง 1,418 เตียง อัตราการครองเตียง ร้อยละ 116.95 มีเข็มมุ่งในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดูแลรักษาและให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและนำมาเป็นตัวชี้วัดพร้อมที่จะรองรับความปลอดภัยของผู้ป่วย ภายใต้ SIMPLE ประกอบด้วย ความปลอดภัยในการทำหัตถการ (S: safety surgery) ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล (I: infection control) ปลอดภัยจากการใช้ยา (M: medication) มีกระบวนการการดูแลผู้ป่วย (P: care process) ปลอดภัยจากการใส่สายสวนหรือท่อหายใจในผู้ป่วย (L: line/endo tracheal tube) และการตอบสนองต่อภาวะเร่งด่วนที่มีภาวะวิกฤติ (E: emergency response)

หน่วยงานห้องผ่าตัดให้บริการการพยาบาลผ่าตัดซึ่งเป็นหน่วยงานที่ถูกจัดเป็นหน่วยงานความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล<sup>2</sup> เนื่องจากอาจทำให้เกิดมีโอกาสความผิดพลาดเกิดความสูญเสีย หรือสิ่งไม่พึง

ประสงค์ที่มีผลต่อผู้รับบริการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน (wrong patient) ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง (wrong site) และผิดชนิดการผ่าตัด (wrong procedure) อย่างไรก็ตามข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้นนั้นโรงพยาบาลส่วนใหญ่ถือเป็นความลับของทางโรงพยาบาล ไม่มีการเปิดเผยสู่สาธารณะชน<sup>3</sup> การผ่าตัดมดลูก (hysterectomy) ผ่านทางหน้าท้องเป็นรูปแบบหนึ่งของการรักษาโรคและความผิดปกติที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือทุเลาอาการได้ด้วยวิธีอื่น นับเป็นการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุดในทางนรีเวชวิทยา โดยร้อยละ 25 ของสตรีที่ตัดมดลูก<sup>4</sup> จากสถิติผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบมีผู้ป่วยผ่าตัดจำนวน 541, 526, 473 ตามลำดับ จากการทบทวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยทางห้องผ่าตัด รายงานการบริหารความเสี่ยงงานห้องผ่าตัด ปี 2557 และ 2558 พบว่า มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งทางคลินิกห้องผ่าตัดหรือเฉพาะโรคในขณะให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกได้แก่ พบสิ่งตกค้างในช่องคลอด (vaginal pack) ปีละราย นอกจากนั้นไม่พบว่ามีกรรายงานอุบัติการณ์เป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคขณะผ่าตัด ได้แก่ แผลติดเนื้อภายใน แผลปริขาด ภาวะเลือดออกมากหรือเกิดลิ่มเลือด ติดเชื้อ บาดเจ็บต่อบริเวณข้างเคียงขณะผ่าตัด เป็นต้น แม้จะพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างองค์ความรู้ การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง แต่ยังไม่สะท้อนถึง ประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรค หรือความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้บริหารที่นำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้และไม่มีการศึกษาถึงการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง เพื่อให้ได้รูปแบบบริหารความเสี่ยง สำหรับผู้ปฏิบัติงานนำมาใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงยิ่ง ๆ ขึ้น<sup>2</sup> โดยการ

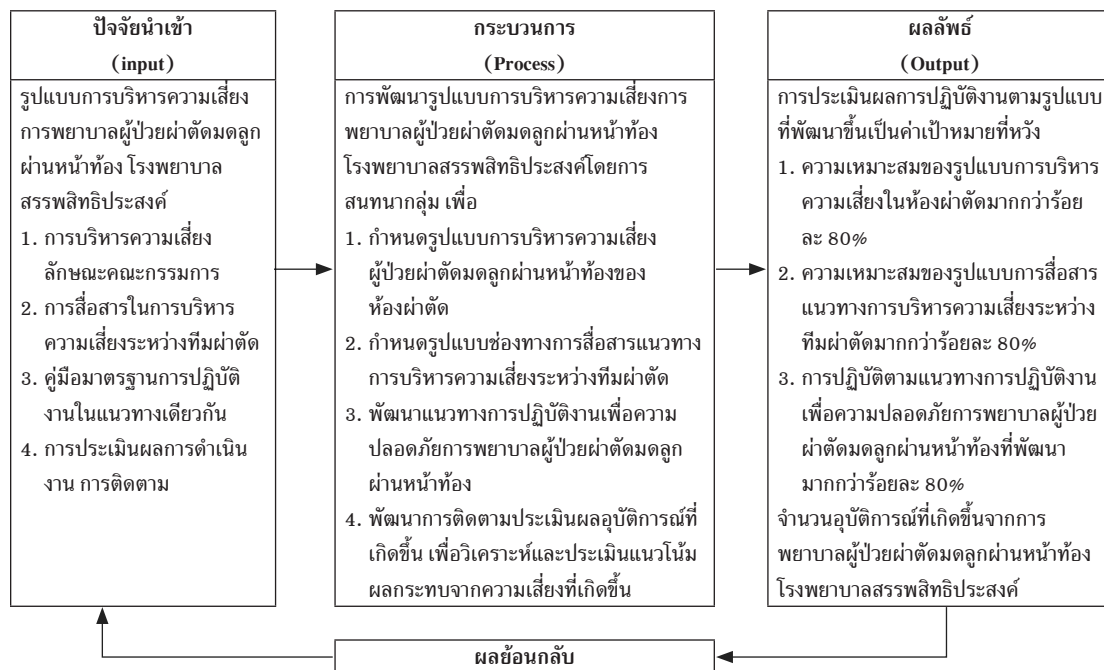
วิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนารูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก ผ่านหน้าห้องของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์<sup>2</sup>

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (system theory) และใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) ดังภาพที่ 1

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าห้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผล ต่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าห้อง (ระยะเวลา 4 เดือน ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2560-มกราคม 2561) ดังนี้

1) ศึกษาเอกสาร รายงานและหลักฐานของ โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การบริหารงานด้านการ บริหารความเสี่ยงของห้องผ่าตัด จากคณะกรรมการ งานบริหารความเสี่ยงของงานห้องผ่าตัดแผนก สูตินรีเวชกรรม และการดำเนินงาน ร่วมกับการทบทวน จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกในกลุ่มงานการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ.2558-2560)





ระยะที่ 3 ประเมินผลการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผ่าตัดที่รับผิดชอบพัฒนาด้านคุณภาพบริการการพยาบาลและด้านบริหารความเสี่ยงในงานห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด หัวหน้างานวิสัญญีและวิสัญญีพยาบาล จำนวนรวม 12 คน และกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 10 ราย

#### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) แบบคำถามสนทนากลุ่มประกอบด้วยประเด็นหัวข้อ/คำถาม ได้แก่ กระบวนการบริหารความเสี่ยง ในห้องผ่าตัด รูปแบบการบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในขณะให้การพยาบาลผ่าตัด ความคิดเห็นต่อการนำแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดมาใช้ ปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคของแผนกผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

2) แบบประเมินการใช้แนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประเภทผู้ป่วยผ่าตัด ส่วนที่ 2 รายการประเมินแนวปฏิบัติ แยกเป็น 1) ระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดขานทวนซ้ำก่อนให้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 1 ข้อ 2) ระยะผ่าตัด ทีมผ่าตัดขานขอเวลานอกก่อนเริ่มลงมือผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ และ 3) ระยะหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดขานเพื่อทบทวนกิจกรรมการผ่าตัดที่ผ่านมา จำนวน 11 ข้อ โดยมีระดับการปฏิบัติ 3 ระดับ คือ 2 หมายถึงปฏิบัติครบถ้วน 1 หมายถึงปฏิบัติไม่

ครบถ้วน 0 หมายถึงไม่ปฏิบัติ เกณฑ์ที่ใช้ประเมินผลเป็นค่าเป้าหมายที่คาดหวัง โดยแบ่งส่วนที่ 2 ออกเป็น 3 ระยะ คือก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด โดยคิดเป็นร้อยละ ตามระดับการปฏิบัติ

3) แบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้องที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 เป็นแนวคำถามปลายเปิดประเมินความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้องที่พัฒนาขึ้น

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาคุณภาพแบบสนทนากลุ่มในด้านเนื้อหา โดยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญในห้องผ่าตัดพิจารณาเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จำนวน 7 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและพยาบาลวิชาชีพวิสัญญีระดับชำนาญการพิเศษ พบว่า สัดส่วนที่ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน (ค่าเฉลี่ย I-CVI) คิดเป็น 0.90 ค่าสัดส่วนผลรวมของคำตอบของทุกคน (ค่า S-CVI/UA) คิดเป็น 0.85 ผู้วิจัยและทีมวิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งก่อนนำไปใช้ และนำเครื่องมือที่ปรับปรุงขึ้นไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เลขที่ 036/2561 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2561 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยรวมทั้งการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมการวิจัยไม่ให้เปิดเผยข้อมูลที่ได้จากการสนทนากับบุคคลภายนอกไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การบริหารความเสี่ยงตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การตีความหมาย และสรุปประเด็นพร้อมวิเคราะห์และการให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม โดยทีมวิจัยที่ผ่านการอบรมงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 4 คน ให้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

### ผลการวิจัย

จากการสนทนาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์กลุ่มพบประเด็นที่เป็นปัญหามากที่สุดคือการสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัด รองลงมาคือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลและคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง ดังนี้ “หัวหน้าไม่มีการสื่อสาร ติดตามในหน่วยงานที่รับผิดชอบ” “มีปัญหาในการเก็บข้อมูลการประสานงานกับแพทย์บางคน และคิดไม่ออกถึงรูปแบบการติดตามประเมินความเสี่ยง” “ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องไม่ได้แจ้งทีมให้ทราบเรื่องการขานรับ ตาม safety check list” “การบริหารจัดการความเสี่ยง ไม่มีใครลงมารับผิดชอบโดยตรง กรรมการที่มีอยู่ก็ไม่รู้ว่าใครบ้าง” เป็นต้น และข้อมูลที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงที่ได้จากการสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับความรู้การบริหารความเสี่ยง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง จัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเฉพาะสาขาห้องผ่าตัด แผนกสูติรีเวชกรรม การสื่อสารในระหว่างทีมผ่าตัด การทบทวนการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง การประเมินผลติดตามวิเคราะห์และแนวโน้ม

ผลกระทบจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ดังนี้ “ขอเสนอให้มี การขานรับตรวจสอบ โดย Time Out, Sign Out ทุกราย มีการมอบหมายกัน ระบุผู้นำ และทีมเต็มใจ” “กระบวนการตรวจสอบเริ่มจากห้องรอผ่าตัด การตรวจเอกสารให้ตรงกับผู้ป่วย แพทย์ผ่าตัด” “ขอเสนอให้มีรูปแบบการเก็บข้อมูล ในผู้ป่วยที่มีการใช้ surgical check list และสามารถเก็บได้ทุกคน” “เราควรมีการทบทวนคณะกรรมการให้เป็นปัจจุบัน จะได้มีผู้รับผิดชอบ” “เชิญผู้รู้หรือผู้ที่จะมาช่วยค้นหาความเสี่ยง มาให้ความรู้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ดีกว่านะคะ” “เราควรมีระบบรายงานความเสี่ยงแบบสร้างสรรค์ เพราะยังมีความกลัวในการรายงาน กลัวถือเป็นความผิด” “ประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติการบ้างก็ดีนะคะ” เป็นต้น

โดยได้นำข้อมูลมาดำเนินการพัฒนารูปแบบ โดยการสนทนากลุ่มทีมและร่วมกันวางแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ การกำหนดรูปแบบช่องทางการสื่อสารแนวทางการบริหารความเสี่ยงระหว่างทีมผ่าตัดและทีมพยาบาลวิชาชีพพร้อมกันอภิปรายถึงสิ่งที่สังเกตได้จากกระบวนการปฏิบัติ ปัญหาที่พบ ทำความเข้าใจ ประเด็นปัญหา ตรวจสอบความปลอดภัย และ สะท้อนการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง

ผลการประเมินการใช้แนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยโดยการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง จากผู้ให้ข้อมูลจำนวนรวมทั้งหมด 12 คน ดังนี้

1) สูตินรีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัดตึกผ่าตัดแผนกผ่าตัดสูติ-รีเวชกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัดมีระยะเวลา 11-15 ปีคิดเป็น ร้อยละ 33.33 เฉลี่ยปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ 13.50 ปี ผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ น้อยที่สุดมีระยะเวลา 3 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน N = 12	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	12	100
อายุ		
21-30 ปี	2	16.67
31-40 ปี	6	50.00
41-50 ปี	2	16.67
> 51 ปี	2	16.67
$\bar{X} = 36.92$ SD = 8.39 Min = 25 Max = 52		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	100.00
ปริญญาโท	0	0.00

2) ผลการประเมินการใช้แนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้องได้ครบถ้วน ร้อยละ 88.23 เมื่อแยกเป็นกิจกรรมพบว่า กิจกรรมขานรับก่อนผู้ป่วยได้ยาระงับความรู้สึกปฏิบัติได้ครบถ้วนร้อยละ100 กิจกรรมขานรับก่อนลงมีดผ่าตัดปฏิบัติได้ครบถ้วน 83.33 และกิจกรรมทบทวนกิจกรรมการผ่าตัดที่ผ่านมา ปฏิบัติได้ครบถ้วน ร้อยละ 90.90 และผลการประเมินความพึงพอใจจากผลการปฏิบัติตามบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้องที่พัฒนาขึ้น พบว่า ทั้งหมดพึงพอใจในระดับมาก เพราะได้มีการพัฒนาให้เหมาะสมยืดหยุ่นเข้ากับสถานการณ์ของห้องผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีการปรับเนื้อหาหัวข้อแนวปฏิบัติในบางข้อ ทำให้สามารถสรุปเป็นแนวปฏิบัติใหม่ที่ครบถ้วน ถูกต้อง เหมาะสม ไม่มีความยุ่งยากในการนำมาใช้ มีการสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัดมากขึ้นทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของการปฏิบัติ คือไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องการลิม

สิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด และให้เหตุผลเพิ่มเติม ดังนี้คือ “เป็นรูปแบบที่ดีที่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันประชุมปรึกษาหารือกัน ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เพราะจะต้องเป็นผู้ปฏิบัติ “เห็นด้วย เพราะงานห้องผ่าตัดต้องทำงานเป็นทีม ทุกคนในทีมต้องรู้และมีความรู้เพื่อป้องกัน แก้อิทธิพลความเสี่ยงร่วมกัน”

### สรุปผลการวิจัย

การสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัดเป็นประเด็นปัญหาที่พบมากที่สุด รองลงมาคือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลและคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง และการพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้องคือ 1) การพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับความรู้การบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง 2) จัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเฉพาะสาขาห้องผ่าตัด แผนกสูติรีเวชกรรม 3) การสื่อสารในระหว่างทีมผ่าตัด 4) ทบทวนการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง 5) การประเมินผลติดตาม



ภายนอกสอดคล้องกับการศึกษาของประนมนวัน เกษลัญชัย<sup>9</sup> ต้องมีการกำหนดแนวทางการสื่อสาร ส่วน การมอบหมายหน้าที่ในการนิเทศและปรึกษาให้กับ พยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรวงศ์ วรณธนา ทัศนและคณะ<sup>10</sup> การเกิดอุบัติเหตุจะเกิดขึ้นเมื่อไม่มี ผู้นิเทศให้การดูแลสอดส่องเฝ้าระวังโดยตรง และการ ศึกษาของพนิดา สุทธิประภา และคณะ<sup>11</sup> การติดตาม และกำกับกับการปฏิบัติตามรูปแบบ และประเมินผลความ พึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ใช้ บริการโดยรวมอยู่ในระดับมากช่วยให้เกิดการยอมรับ ในกระบวนการและนำมาซึ่งความสำเร็จในการ พัฒนาการบริหารความเสี่ยง<sup>12</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. การทบทวนการบริหารความเสี่ยงให้กับ บุคลากรห้องผ่าตัดโดยการประชุมเกี่ยวข้องกับ การบริหารจัดการความเสี่ยง กิจกรรมและแนวทางการ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันความ เสี่ยงทั้งก่อน ระยะเวลาและหลังผ่าตัด
2. การสื่อสารในการทำงานเป็นที่ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์ติดตามผลลัพธ์ ทางคลินิก
3. การกำหนดเป็นนโยบายในระดับองค์กร จากผู้บริหารสูงสุดเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการ ตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่าน หน้าห้องอย่างเคร่งครัด

### References

1. Wina J, Kriangsak J. Proceedings of the academic service system development kit, unit 11, theory of service system management. Nonthaburi: Nursing administration faculty of nursing, Sukhothai Thammathirat open university; 2014. (in Thai)

2. Piyawan L. Quality and safety of patients; academic seminar “QA to quality of live” (minutes). Pathum Thani: Hospital quality certification institute public organization; 2014. (in Thai)
3. Nongyow K, Yodying P, Jittaporn C, et al. Use and compliance with the world health organization’s surgical safety checklist in public and private hospitals in Thailand for the development of quality and safety of patients undergoing surgery. Chiang Mai: Health Systems Research Institute; 2015. (in Thai)
4. Panya S. The article revived the course uterine fibroids. Journal of the Center for Clinical Medicine Phrapokkiao Hospital; 2012: p 312-40. (in Thai)
5. Chaowarat S, Benjawan B. The factors influencing the clinical nursing risk management of professional nurses in a private hospital in Nonthaburi Province. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCP/index> 2015; 11(2): p 31-45. (in Thai)
6. Phongpan C, Nanthida P, Sangrawee M. Clinical risk management of registered nurses. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah>; 2012; 35(3): p 118-24. (in Thai)
7. Joint Commission International. Joint Commission International accreditation standards for hospitals 5<sup>th</sup> ed. Retrieved January 20; 2016, [Internet]. 2017 June 10. Available from <http://www.JointCommissionInternationalAccreditation.org>

8. Somboon M, Ratchanok S, Aphidsara S. The developing risk management model in the operating room of Sawanpracharak hospital. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND>; 2017 44(2): p 41-50. (in Thai)
9. Pranomwan K, Wiphaporn V. Factors influencing work effectiveness of nurses in emergency units in community hospitals, district 12, Ministry of Public Health. Available from: <http://www.natne.or.th/index.php/th/journal> 2012; 30(3): p24-31. (in Thai)
10. Rujirung W, Ratchatawan S, Sompratthana D, Anusorn C, Piyawadee L, Amornrat N, et al. Development of a nursing clinical supervision model for high alert drugs (HADs) administration with nurse supervisors' participation in NakhonPathom hospital. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/issue/archive> 2018; 36(1): p 234-43. (in Thai)
11. Panida S, Ravadee S, Maliwan A. The model development quality services of patient care for excellence in Roi-Et hospital. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/issue/archive> 2018; 36(1): p 244-53. (in Thai)
12. Phakphon L. Monitor & evaluation risk management system. Documentation for hospital risk management system course. Quality certification institute, Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation); 2018. (in Thai)

## ทักษะและทัศนคติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์กลางแห่งหนึ่ง ในเวียดนาม\*

แดง ควณ บ่าว พย.ม.\*\* มาริสา ไกรฤกษ์ ปส.ด. (พยาบาล)\*\*\* อวง กรอง ฮาน พบ.\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะและทัศนคติตามการรับรู้ของพยาบาลจำนวน 160 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลศูนย์กลางเว้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทักษะและทัศนคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทักษะการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตของเวียดนามและแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุขเวียดนามที่เป็นภาษาเวียดนาม ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทักษะและทัศนคติได้ค่าเท่ากับ 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า ทักษะและทัศนคติโดยรวมของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ทักษะในรายชื่อทุกข้ออยู่ในระดับสูง ยกเว้นทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลมีทัศนคติในรายชื่อทุกข้ออยู่ในระดับสูง ทักษะและทัศนคติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** ทักษะ ทัศนคติ พยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต

วันที่รับบทความ 9 เมษายน 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 2 มิถุนายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 10 มิถุนายน 2563

\*ได้รับการสนับสนุนศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างชีวิตคนวัยทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

\*\*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

\*\*\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย E-mail: kmaris@kku.ac.th

\*\*\*\*แพทย์ (รองคณบดี) ประจำหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลกลางเว้ ประเทศเวียดนาม



## Skills and attitudes of nurses working in intensive care units in a central hospital, Vietnam\*

Dang Quoc Bao M.N.S.\*\* Marisa Krairiksh Ph.D. (Nursing)\*\*\* Hoang Trong Hanh MD.\*\*\*\*

### Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to study skills and attitudes as perceived by 160 nurses in intensive care units (ICUs) at Hue Central Hospital in Vietnam. Data were collected by using a Vietnamese version of ICU nurses' skills and attitudes questionnaire developed by the researcher based on the framework of the Vietnam ICU nursing skills and the framework of safe patients of the Ministry of Health Vietnam. The reliabilities of the skill and attitude parts were 0.94 and 0.95, respectively. The study results indicated that the overall skills and attitudes of nurses were at high levels. All skills were at high levels except the skill for taking care of patients with electric shock, which was at moderate level. Nurses had high levels in all attitude items. There were statistically differences of skills and attitudes among nurses in different ICU departments.

**keywords:** skills; attitudes; nurse; intensive care unit

*Received 9 April 2020 Revised 2 June 2020 Accepted 10 June 1 2020*

---

\*Scholarships: Research and Training Center for Enhancement of Life of Working Age People. Faculty of Nursing Khon Kaen University, Thailand

\*\*Master's degree Nursing student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

\*\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand, Corresponding author, Email: kmaris@kku.ac.th

\*\*\*\*Doctor (Vice Dean) at Intensive Care Unit in Hue Central Hospital, Vietnam

## Background and significance

World Health Organization (WHO) said that nurses and midwives are the backbone of every health system and play a vital role in providing health services.<sup>1</sup> At present, the health care environment is complex and changes rapidly. If the nurse is incompetent, it will affect the quality of nursing care and treatment results for the patient. Nurses are responsible for provision of care in safe, effective, efficient, timely, patient-centered, and equitable manner is one of competency of registered nurses.<sup>2</sup> However, nurses working in intensive care units (ICUs) require more specific nursing skills and have to deal with different situations from various types of patients and nursing care compared to those working in general wards. General wards are units where patients with non-critical illness were admitted and treated with medication, surgery, or specific treatment and care. Intensive care units admitted patients with severe or life-threatening illnesses and injuries.

Along with clinical skills of ICU nurses, attitude is an important component of clinical care decision making and management for critically ill patients in a highly stressful care environment. It helps nurses to be confident in themselves, provide safe and secure nursing care.<sup>3</sup> Attitude is the interest in nursing practices to have a great incentive to perform their work as well as improve their own nursing capabilities. Moreover, respectful for patients, relatives, health care professionals and other staff means that nurses respect themselves.<sup>4</sup> Stress factors in the ICU, such as high mortality rates, isolation, high workloads, etc. gradually influence the attitude of nurses in the ICU.<sup>5</sup>

In Vietnam, the ICU nurses have to follow the Vietnam standard of nursing competency and specific competency of intensive care including patient care, taking care of patients with emergency situation, taking care of patients as a respiratory therapist, taking care of patients with arterial and intravenous lines, patient-ventilator management, life support, taking care of patients with heart attack, taking care of patients with acute renal failure, taking care of patients with respiratory failure.<sup>6</sup>

At Hue Central Hospital, Vietnam, there are three departments of ICU that take care of patients with critical illnesses: General ICU, Cardiovascular ICU, and Pediatric ICU. ICU nurses in the three units follow the intensive care skills based on Vietnam standard developed by Anh.<sup>7</sup> In order to understand the problems of skills and attitudes of ICU nurses, the researcher interviewed five ICU nurses working at ICUs of Hue Central Hospital in Thua Thien Hue. The interview focused on patient care skills in ICU based on Anh<sup>7</sup> and the attitude of nurses on patient safety as prescribed by the Ministry of Health Vietnam<sup>8</sup> when taking care of critically ill patients. The interviewed ICU nurses had experience of caring for patients in ICU more than one year. In terms of expertise, they stated that their main roles were to assess the patient, plan of care, implement nursing care plan, and evaluate all patients treated in ICU. Two of them felt unconfident about patient care skills in ICU. They expressed that they remembered the core skills of patient care in ICU, however, they did not guarantee that they followed all the procedural steps. Three of them said they did not anticipate medical incidents that might occur during their care for patients in ICU. Thus, lack of good critical care skills and attitudes towards patient safety of ICU

nurses may cause adverse patient outcomes. Studies conducted in Hue Central Hospital found some incidences occurred in ICU patients including 15.1% of pressure ulcers within the second week to third-week staying in ICU, 81.1% of dysphagia in cerebral stroke patients, 19.2% of pneumonia among patients with dysphagia, and 9.6% of mortality rate among patients with dysphagia.<sup>9-11</sup>

As mention above, ICU nurses required specific skills and attitudes in ICU patient care in order to ensure patients' safety and effective outcomes. There are no previous studies exploring skills and attitudes of ICU nurses at Hue Central Hospital. From this gap, the researcher is interested in studying ICU nurses' skills of patient care as well as their attitudes towards safety of patients. The results of this study might be able to guide the development of ICU nursing competency in Hue Central Hospital.

### Objectives of the study

1. To study levels of skills and attitudes perceived by ICU nurses in Hue Central Hospital, Viet Nam
2. To study differences of skills and attitudes of ICU nurses practicing in three ICUs at Hue Central Hospital, Viet Nam

### Material and Methods

**Study design and population:** This study used the descriptive method with a cross-sectional approach. The population used in this study was all nurses from General ICU, Cardiovascular ICU, and Pediatric ICU of Hue Central Hospital in Vietnam totaling 160 nurses. The inclusion criterion was ICU nurses who earned a diploma or bachelor's degree of nursing.

**Instrument:** A self-completed questionnaire developed by the researcher based on Nguyen Dat Anh<sup>6</sup> was used for data collection. All nurses in the three ICU departments were invited to participate (n = 160). The questionnaire consisted of the following parts:

*Demographic information.* The demographic part had six items about the nurse's personal characteristics including age, gender, marital status, highest education level, and working experience in ICU.

*Skills of the ICU nurses.* The ICU nurses' skills were explored through nine dimensions of skills with 14 items included skills related to *patient care* (2 items), *emergency situation* (4 items), *respiratory therapist* (1 item), *arterial and intravenous lines* (1 item), *ventilator management* (1 item), *life support* (1 item), *cardiac rhythms* (1 item), *renal failure* (1 item), and *respiratory failure* (1 item). The items were based on Nguyen Dat Anh.<sup>7</sup> Responses to these items ranked from 1 (very poor) to 5 (very good). The range of each skill level was simply calculated by dividing the range score of 1-5 with numbers of range, obtaining three levels: low (1.00-2.33), moderate (2.34-3.67), and high (3.68-5.00) levels.

*Attitudes of the ICU nurses.* The nurses were asked about their attitude towards patient care in ICU. The six items for assessment of attitude towards patient safety in intensive care units were developed based on the Ministry of Health Vietnam.<sup>6</sup> The items included question regarding accurate patient problem identification, surgical safety, medication safety, infectious control and prevention, risk prevention, and fall prevention. Responses to these items raked from 1 (very poor) to 5 (very

good) and the attitude level was interpreted from the mean score using the same criteria as those for skills: low (1.00–2.33), moderate (2.34–3.67) and high (3.68–5.00) levels.

**Validity and Reliability:** The content validity of the three parts of the questionnaire was evaluated by three Vietnamese experts who were two clinical instructors and a nurse supervisor working at ICU Hue Central Hospital. The researcher then used the Content Validation Index for items (I-CVI) to evaluate, modify or delete items. The result showed that the I-CVI of each item was 1.00. It means that all items of the questionnaire have been agreed upon by all experts. The reliability testing was conducted in 30 nurses working at a department that had a similar job as ICU of the Hue Central Hospital. The pilot study showed that Cronbach's alpha value of the 14-item skill questionnaire was 0.94 and Cronbach's alpha values of 6-item attitude questionnaire was 0.95.

**Data collection:** Ethics approval was obtained from the Khon Kaen University Ethics Committee for Human Research, Thailand (HE 622194) and the Institutional Ethics Committee of Hue University of Medicine and Pharmacy, Vietnam (H2019/392). After the permission from the director of Hue Central Hospital and the head nurses of the three intensive care departments, the questionnaires with blank envelopes were distributed to ICU nurses by the head nurses. Participation was voluntary. Participation confidentiality was assured to ensure that the responses were anonymous and kept confidential. Completed questionnaires were returned via sealed envelopes in a safety box in the meeting room of each department. After two weeks, the

researcher returned to each department to collect questionnaires from the box. Data were collected during October to November 2019.

## Data analysis

All 160 questionnaires were returned and completed (100% response rate). Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 23.0. Demographic data were analyzed using frequency and percentage. Scores of nursing skills and attitudes were analyzed by mean and standard deviation. The assumptions of analysis of variance (ANOVA) were met. The test of normality and homogeneity of variance indicated normal distribution and equal variance of the skills and attitude scores of each ICU department. One-way ANOVA was used to compare the means of skills and attitudes among nurses in different ICU departments

## Results

More than half of ICU nurses were aged 25 to 34 (56.8%) and female (78.0%). Most of them were married (70.5%) and graduated in internal nursing level (38.5%). Many of them had working experiences more than 5 years (70.0%)

Overall mean score of ICU nurses' skills was at a high level ( $\bar{x}$  = 4.14, SD = 0.54). Overall mean scores of nurses' skills of General ICU, Pediatric ICU, and Cardiovascular ICU were at high levels ( $\bar{x}$  = 4.28, SD = 0.49,  $\bar{x}$  = 4.01, SD = 0.54,  $\bar{x}$  = 4.08, SD = 0.56, respectively). Thirteen out of the 14-item skill questionnaire had mean scores at high levels. Only the item *taking care of patients with electric shock* was at a moderate level ( $\bar{x}$  = 3.62, SD = 0.99) (Table 1).

**Table 1** Mean, SD., and level of skills of nurses in each ICU

ICU Skills	General ICU			Pediatric ICU			Cardiovascular ICU			Overall		
	$\bar{X}$	SD	Level	$\bar{X}$	SD	Level	$\bar{X}$	SD	Level	$\bar{X}$	SD	Level
<b>Patient care</b>												
1. I am able to take care of patients with gastrointestinal bleeding.	4.16	0.73	H	4.00	0.65	H	3.49	0.94	M	3.86	0.86	H
2. I am able to take care of comatose patients.	4.18	0.71	H	3.50	0.75	M	3.72	1.02	H	3.85	0.89	H
<b>Emergency situation</b>												
3. I am able to do resuscitation for patients with circulatory respiratory arrest.	4.23	0.76	H	4.06	0.65	H	4.35	0.67	H	4.24	0.71	H
4. I am able to take care of patients with anaphylaxis.	4.25	0.72	H	4.06	0.65	H	4.29	0.61	H	4.23	0.66	H
5. I am able to take care of patients with acute pulmonary edema.	4.08	0.80	H	3.68	0.73	H	3.95	0.74	H	3.94	0.77	H
6. I am able to take care of patients with electric shock.	4.10	0.87	H	3.68	0.95	H	3.15	0.92	M	3.62	0.99	M
<b>Respiratory therapist</b>												
7. I am able to take care of patients on ventilated machines.	4.31	0.65	H	4.00	0.82	H	3.98	0.80	H	4.11	0.76	H
<b>Arterial and intravenous lines</b>												
8. I am able to take care of patients with central venous lines.	4.33	0.65	H	3.94	0.85	H	4.48	0.59	H	4.31	0.70	H
<b>Ventilator management</b>												
9. I can check the mechanical activity of the ventilator when the patient is on mechanical ventilation.	4.48	0.54	H	4.32	0.59	H	4.43	0.68	H	4.48	0.60	H
<b>Life support</b>												
10. I am able to care for patients with feeding through gastric lavage.	4.62	0.49	H	4.32	0.68	H	4.43	0.64	H	4.48	0.60	H
<b>Heart attack</b>												
11. I am able to take care of heart attack patients.	3.92	0.69	H	3.35	0.81	M	3.98	0.80	H	3.82	0.79	H
<b>Renal failure</b>												
12. I am able to take care of patients with acute renal failure.	4.03	0.82	H	3.59	0.82	M	3.58	0.95	M	3.76	0.89	H
<b>Respiratory failure</b>												
13. I am able to take care of intubated patients.	4.43	0.56	H	4.24	0.65	H	4.40	0.73	H	4.37	0.65	H
14. I am able to take care of patients with respiratory failure.	4.25	0.74	H	4.06	0.78	H	4.11	0.79	H	4.15	0.77	H
<b>Overall of each ICU</b>	4.28	0.49	H	4.01	0.54	H	4.08	0.56	H			
<b>Overall</b>	$\bar{X} = 4.14, SD = 0.54 (H)$											

Note: H = High, M = Moderate

**Table 2** Mean, SD., and level of attitudes of nurses in each ICU

Attitudes of ICU Nurses	General ICU			Pediatric ICU			Cardiovascular ICU			Overall		
	$\bar{x}$	SD	Level	$\bar{x}$	SD	Level	$\bar{x}$	SD	Level	$\bar{x}$	SD	Level
1. I think it is important to accurately identify patients, avoiding confusion when providing services at ICU	4.44	0.74	H	4.24	0.65	H	4.37	0.72	H	4.37	0.71	H
2. I think it is important for surgical safety, procedures in the ICU	4.56	0.67	H	4.26	0.62	H	4.42	0.68	H	4.44	0.67	H
3. I think it is important to be safe in using medicine at ICU	4.62	0.55	H	4.21	0.73	H	4.49	0.64	H	4.48	0.64	H
4. I think it is important to prevent and control hospital infections at ICU	4.57	0.62	H	4.18	0.58	H	4.37	0.72	H	4.41	0.67	H
5. I think it is important to prevent risks, errors caused by exchanging and communicating misinformation between medical staff at ICU.	4.57	0.62	H	4.26	0.62	H	4.40	0.63	H	4.44	0.63	H
6. I think it is important to prevent people from falling at ICU	4.52	0.70	H	4.12	0.73	H	4.48	0.64	H	4.42	0.70	H
<b>Overall of each ICU</b>	4.53	0.57	H	4.19	0.60	H	4.37	0.59	H			
<b>Overall</b>							$\bar{x}= 4.39, SD = 0.59 (H)$					

**Table 3** The differences of skills and attitudes among nurses working in the three ICUs (N=160)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Skills	Between Groups	2.685	2	1.343	4.301	.015*
	Within Groups	49.014	157	.312		
	Total	51.699	159			
Attitudes	Between Groups	2.502	2	1.251	3.536	.031*
	Within Groups	55.542	157	.354		
	Total	58.044	159			

\*significant at  $p < .05$

Table 2 describes the descriptive statistics of attitudes. Overall mean score of attitudes was at a high level ( $\bar{x}= 4.39, SD = 0.59$ ). Overall mean scores of attitudes of nurses in General ICU, Pediatric ICU, and Cardiovascular ICU were at high levels ( $\bar{x} = 4.53, SD = 0.57, \bar{x}= 4.19, SD = 0.60, \bar{x}= 4.37, SD = 0.59$ , respectively). All six items of attitudes were at high levels both in overall and

each department. The item of the attitude *towards medication safety* had the highest overall mean score (mean = 4.48, SD=0.64).

The nurses who were working in General ICU (N = 61), Pediatric ICU (N = 34) and Cardiovascular ICU (N = 65) had statistically different skills and attitudes [ $F(2,157) = 4.301, p < .05$ ] (Table 3).

## Discussion

The study results indicated that overall mean scores of skills and attitudes of all ICU nurses and ICU nurses in each department of General ICU, Pediatric ICU, and Cardiovascular ICU were at high levels. It could be postulated that most of the nurses had work experiences more than 5 years and gained considerable experience to provide higher-quality care. Patient care units with more experienced nurses had lower medication errors and lower patient fall rates.<sup>12</sup> A different reason is that the hospital provides continuous one-week training courses for new employees. Short-term development training courses help to improve the quality of patient care for all nurses throughout the hospital. The hospital's nursing unit always checks and reminds the nurses to follow the procedures in the care of patients. In addition, nurses in the hospital were evaluated their knowledge and practice by a written test and practice exams every year. This is confirmed by the findings in the study of Meretoja et al.<sup>13</sup> The author found that time spent on work was positively correlated with the overall level of self-reporting. In addition, Pitayavata-nachai<sup>14</sup> and Gillespie et al.<sup>15</sup> analyzed the factors affecting skills, attitudes and values nursing and found that work experience significantly affects nursing skills, attitudes and values. The findings in this study are also supported by the study of Vu, D.V.<sup>16</sup> which conducted among nurses at a general hospital in Vietnam. Overall skills, attitudes and values increased gradually with years of experience. However, it has been argued with the results of Safadi<sup>17</sup> that the number of experience years since graduation in relation to competency level was not found to be significantly different in any skill.

Through 14 assessments on the skills of nursing, the ICU nurses perceived their skills of feeding through gastric tube at the highest mean score. Patients in ICU are often comatose, life-threatening, and on ventilator, resulting in difficulty swallowing and needed to rely on enteral feeding. Therefore, the technique of gastric tube placement and feeding is considered a routine technique in ICU and ICU nurses have experienced to do this skill. The skill of taking care patients with electric shock had the lowest mean score. This can be explained that patients with electric shock were rarely admitted in the hospital in Vietnam.<sup>18</sup> Therefore, nurses had less experience of taking care this group of patients, especially nurses in Cardiovascular ICU. In addition, the skills of taking care of patients with gastrointestinal bleeding and taking care of patients with acute renal failure were at moderate for nurses in Cardiovascular ICU due to these patients were rarely admitted in this unit. Likewise, Pediatric ICU had few comatose patients, patients with heart attack, and patients with acute renal failure, so that nurses had moderate levels of nursing skills for these patients.

The ICU nurses expressed their overall and each item of attitude towards caring patients with critical illness at high levels. This might be a reflection of concerning about patient safety so that nurses took it serious during their work in critical situations in the ICU department. In the same way, because of having working experiences more than 5 years, ICU nurses who have experiences are proficient at work are very smart at learning experiences about typical events that will happen in specific situations and are adapted to respond to

each situation. A study by Hoseini, Manzari, and Khaleghi<sup>19</sup> showed that nurse's attitude and total work experience as a nurse had a significant direct correlation. Another reason is that critical care nursing is focused on saving the life of individual patient and safety attitudes of ICU nurses impact on the quality of patient care outcomes.<sup>20</sup> Therefore, ICU nurses perceived high levels of attitudes towards patient safety in this study. The present study also indicated that nurses viewed the importance of using medicine safely in the ICU department at a high level with the highest mean score. This may be due to most ICU patients were treated with various high alert drugs. Medication errors (MEs) and adverse drug events (ADEs) are a common and significant concern in the ICU since they represent a leading cause of iatrogenic errors in the critically ill population.<sup>21</sup> Therefore, ICU nurses are aware of this risk.

The present study indicated that nurses who were working in General ICU, Pediatric ICU and Cardiovascular ICU had different skills and attitudes. Nurses in General ICU had the highest mean scores of skills and attitudes. Although each ICU of the Hue Central Hospital has always received serious cases not only from the Thua Thien Hue province, but also from the central provinces and the highlands, this difference may be due to the type of illness of the patient. General ICU admitted patients with various types of disease unlike patients with specific diseases in Cardiovascular ICU and Pediatric ICU. Therefore, General ICU nurses have more experiences in performing critical care skills and making decisions in critical situations needed for patient safety. This finding has been supported with results in several

studies that found the differences of nurses' abilities in different areas.<sup>22,23</sup> However, this result is contrary to the Tam's study<sup>24</sup> which found that there was no difference between the capabilities of nursing and the current working area.

## Implications

The study findings contribute to the growing body of knowledge concerning ICU nurses' skills and attitudes. Nurse administrators should continuously enhance skills and attitudes of nurses working in ICU to improve the quality of patient care. Although some skills, such as skill of taking care of comatose patients, patients on ventilated machines, and patients with acute renal failure, are rarely practiced in Pediatric ICU and Cardiovascular ICU, nurses should develop their skills for taking care of some patients with those situations. In-service education, on-the-job-training, and supervision should be implemented continuously to enhance ICU nurses' competencies. Moreover, these activities will enhance the positive attitude of ICU nurses and will prevent medical errors in the process of caring for patients in ICU. Nursing education should arrange nursing practicum in ICU departments for nursing students to practice critical care skills and develop positive attitude towards patients with critical illnesses and intensive care.

This study only provided preliminary information on the skills and attitudes of ICU nurses in Hue Central Hospital, Vietnam. Therefore, future research may explore factors related to skills and attitude of ICU nurses at Hue Central Hospital such as educational level and training, inter-professional collaboration, and workload. In addition, high levels of skills and attitudes reported by the ICU nurses



might not reflect the accurate measurement. Future study aimed to develop a standardized instrument to assess skills and attitudes of ICU nurses in Vietnam is needed.

## Acknowledgement

The researchers are grateful to all ICU nurses at Hue Central Hospital who participated in this study. This study was supported by Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working-Aged People.

## References

1. World Health Organization. Nurses, midwives the backbone of every health system, says WHO (Internet); 2020. Available from: <https://www.thehindu.com/news/national/nurses-midwives-the-backbone-of-every-health-system-says-who/article30478321.ece>.
2. American Nurses Association. Nursing: Scope and standards of practice (3rd ed.). Silver spring, MD: ANA 2015 Available from: <https://www.iupuc.edu/health-sciences/files/Nursing-ScopeStandards-3E.pdf>.
3. Swinny B. Assessing and developing critical-thinking skills in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q* (Internet) 2010; 33(1): 2-9. Available from: <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181c8e064>.
4. Poorchangizi B, Farokhzadian J, Abbaszadeh A, Mirzaee M, Borhani F. The importance of professional values from clinical nurses' perspective in hospitals of a medical university in Iran. *BMC Medical Ethics*; 2017. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0178-9>.
5. Tripathy S, Routray P, Mishra J. Intensive care nurses' attitude on palliative and end of life care. *Indian Journal of Critical Care Medicine* 2017; 2: 655-9.
6. The Ministry of Health Vietnam. Regulations of intensive care. 2008. Available from: <https://kcb.vn/vanban/quy-che-cap-cuu-hoi-suc-va-chong-doc> (in Vietnamese)
7. Anh ND. Nursing ICU. 2014. Available from: <http://thuvien.cdythaiphong.edu.vn/?p=403>. (in Vietnamese)
8. The Ministry of Health Vietnam. Continuous training on patient safety. 2014. Available from: <https://www.slideshare.net/VoHa1/ti-liu-o-to-an-ton-ngi-bnh-ca-b-y-t-ai-lieu-o-to-atnb-2014-byt> (in Vietnamese)
9. Thuong ND. Survey on dysphagia in acute cerebral stroke patients at the cardiology department of Hue Central Hospital. *J Clin Med* 2015; 31: 213-9.
10. Nhat NTC. Evaluation of patient care after artificial heart valve replacement of Hue Central Hospital. *J Clin Med* 2015; 31: 27-33.
11. Lien NTK. Researching emotion and requirement of mental caring for patients coming to cardiovascular clinic in Hue Central Hospital. *J Clin Med* 2015; 31: 219-24.
12. Blegen MA, Vaughn T, Goode CJ. Nurse experience and education: Effect on quality of care. *J Nurs Adm* 2001; 31(1): 33-9.
13. Meretoja R, Koponen L. A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *J Adv Nurs* 2012; 68(2): 414-22.

14. Pitayavata-nachai T. Factors influencing competencies of professional nurses in a university hospital (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2005. (in Thai)
15. Gillespie BM, Hamlin L, Polit DF, Chaboyer W. The influence of personal characteristics on perioperative nurses' perceived competence: Implication for workforce planning. *Aust J Adv Nurs* 2013; 30(3): 14-25.
16. Vu DV. A study of trauma nursing core competency among staff nurses in Vietnamese general hospital (Internet); 2013. Retrieved from: [http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43860?src=/sidebar/thesis.jsp%5Bques;%5Dtemp=1%5Bamp;%5Dbrw\\_pos=589%5Bamp;%5Dbrw\\_total=38340](http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43860?src=/sidebar/thesis.jsp%5Bques;%5Dtemp=1%5Bamp;%5Dbrw_pos=589%5Bamp;%5Dbrw_total=38340)
17. Safadi R, Jaradeh M, Bandak A, Froelicher E. Competence assessment of nursing graduates of Jordanian universities. *Nursing & Health Sciences* 2010; 12(2): 147-54.
18. Hung LS, Thao PH, Hung NM, Linh NH. Studies of pattern of injuries due to electric current in forensic pathology. *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences* 2017; 33(2): 115-9.
19. Hoseini SM., Manzari Z. Khaleghi I. ICU nurses' knowledge, attitude, and practice towards their role in the organ donation process from brain-dead patients and factors influencing it in Iran. *International Journal of Organ Transplantation Medicine* 2013; 6(3): 105-13.
20. Alzahrani N, Jones R, Abdel-Latif ME. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. *BMC Health Service Research* 18, 736 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3542-7>
21. Kane-Gill SL, Dasta JF, Buckley MS, Devabhakthuni S, Liu M, Cohen H, et al. Executive summary: Clinical practice guideline: Safe medication use in the ICU. *Crit Care Med* 2017; 45(9): 1546-51.
22. Safadi R, Jaradeh M, Bandak A, Froelicher E. Competence assessment of nursing graduates of Jordanian universities. *Nursing & Health Sciences* 2010; 12(2): 147-54.
23. Salonen AH, Kaunonen M, Meretoja R, Tarkka MT. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *J Nurs Manage* 2007; 15(8): 792-800.
24. Tam TTX. (n.d.). Core competency of staff nurses in Binh Dinh provincial general hospital, Vietnam. 101.

## การศึกษามรรณะหลักของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสาธารณสุขสังคมนิยมเวียดนาม

ดง ตี เชียง เอื่อง พย.ม.\* ขณิษฐา วรธงชัย ปส.ค.\*\* ไช คาย ฮิน ปส.ค.\*\*\*

### บทคัดย่อ

สมรรถนะหลักของพยาบาลมีความสำคัญต่อการให้การพยาบาล การวิจัยเชิงบรรยายในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสมรรถนะหลักของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศเวียดนามพยาบาลจำนวน 110 คน ถูกสุ่มเลือกจากพยาบาล 153 คน ในการศึกษาแบบสำรวจที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก Vietnamese Nursing Core Competency Standards และ Sande ได้ความเที่ยงของเครื่องมือโดยการทดสอบด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าอยู่ที่ 0.85 - 0.94 รวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15-30 ตุลาคม 2562 ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะหลักของพยาบาลอยู่ในระดับสูง และมีความแตกต่างกันตามกลุ่มอายุ สถานภาพสมรส เพศ อายุ การทำงาน และ ใบประกอบวิชาชีพ การพยาบาล ผลการศึกษานี้ช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลมีการประเมินตนเอง พัฒนาสมรรถนะ และแสดงออกถึงความสามารถของตน อันจะส่งผลให้คงไว้ซึ่งมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล

**คำสำคัญ:** สมรรถนะหลักทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พนักงานพยาบาล สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

วันที่รับบทความ 23 เมษายน 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 มิถุนายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 21 กรกฎาคม 2563

\*นักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขานิติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

\*\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย E-mail: khanitta@kku.ac.th

\*\*\*รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ เมืองเว้ ประเทศเวียดนาม

## A study of core competency among staff nurses at a university hospital in the Socialist Republic of Vietnam

Duong Thi Dieu Huong M.N.S.\* Kanittha Volrathongchai Ph.D.\*\* Ho Duy Binh Ph.D.\*\*\*

### Abstract

This descriptive study aimed to survey core competency of nurses at a university hospital in the Socialist Republic of Vietnam. A survey method was employed for data collection, with a sample of 110 randomly selected from total of an eligible 153 nurses. The survey instrument was modified from the Vietnamese Nursing Core Competency Standards and Sande. The reliability of the survey instrument was tested using Cronbach's alpha, producing a range from 0.85 to 0.94. The data were collected from 15<sup>th</sup> to 30<sup>th</sup> October, 2019. The results showed that the mean nursing core competency among staff nurses was high and displayed significant differences with age group, gender, marital status, length of work and nursing certificate, but not education and working place. Our findings will allow nurses to self-monitor, increase nurse's competencies, and demonstrate their abilities to maintain a high standard of nursing practice.

**keywords:** nursing core competency; university hospital; staff nurse; the Socialist Republic of Vietnam

*Received 23 April 2020 Revised 30 June 2020 Accepted 21 July 2020*

---

\*Master's degree Nursing student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

\*\*Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand, Corresponding author, E-mail: khanitta@kku.ac.th

\*\*\*Vice-director, Nursing department, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue city, Viet Nam

## Introduction

Competency is the most important measurement that can be made to insure the delivery of safe and effective healthcare. Given the critical role played by the nursing profession in the health care delivery system, the competency of nurses is one of the important factors influencing patient safety and quality of care.<sup>1</sup> Nursing competency is the holistic trends and a behavioral statement reflecting skills, knowledge, attitudes, and judgments necessary for effective practice.<sup>2</sup> Nurses with high competency can apply critical thinking and knowledge on practice, contributing to a good patient outcome.<sup>3</sup>

Incompetent nurses may be considered those that lack skills and/or knowledge, have poor judgment, have difficulty working as part of a team and have difficulty in communicating with colleagues, patients or clients.<sup>1,4-8</sup> A lack of competency by nurses can lead to highly consequential problems. For example, it has been found that a lack of competency in nursing can result in malpractice and medical errors.<sup>8,9</sup> In Vietnam, a survey conducted by the Vietnamese Nurses Association (VNA) in 2010 found that 58.4% of medication errors which occurred in hospitalized patients were related to nurses.<sup>10</sup> Moreover, lack of competency is one of the reported causes of high stress among practicing nurses.<sup>11</sup> In general, junior nurses lack competency in basic nursing skills and encounter many difficulties in coping with the hospital environment.<sup>11,12</sup> However, personal and professional development, as well as exposure to nursing procedure and research activities during a career may contribute to improvement in core competency among nurses. Therefore, competency assessment is an invaluable tool that helps nurses to identify their weakness,

areas of educational that might foster professional growth and opportunities for career development.<sup>11,13</sup>

The effort to develop a framework of generalist nurse competency was first carried out by the International Council of Nurses (ICN) in 2003.<sup>14</sup> The framework grouped competencies into three headings: Professional, Ethical and Legal Practice; Care Provision and Management; and Professional, Personal and Quality Development. Closely following the ICN framework, the Vietnamese Nursing Core Competency Standards are structured into three domains: Patient Care, Nursing Management and Professional Development, and Legal and Ethics.<sup>15</sup> Since it was developed, the Vietnamese Nursing Core Competency Standards have been used as a foundation for establishing nursing programs at all levels (bachelor's, 3 year college level and 2 year diploma), for student evaluation, and for recruitment and evaluation staff nurses in hospital. While nurse competency has been better studied elsewhere, only three studies specific to Vietnam were identified.

In one such study, Tran Thi Xuan Tam found that the total mean level of core competency as self-reported by staff nurses in a Provincial General Hospital was at a high level.<sup>16</sup> With a sample consisting of 217 nurses randomly drawn from 475 staff nurses, this descriptive study assessed nurses using an instrument based on the framework of nursing core competency found in the Competency Inventory for Registered Nurses (CIRN). With regards to factors that might impact competency, significant differences were found in nursing core competency of staff nurses by education and working experience. However, there were no significant difference by gender and working area.

Dau Vu Van also assessed core competency of trauma nurses on staff at vietnamese general hospitals and reported a high level of nursing core competency.<sup>17</sup> For this study, a cross-sectional survey design was employed to study trauma nursing core competency in Vietnam. The sample consisted of staff nurses who were employed full-time and had worked for at least one year in any one of the 63 provincial general hospitals in one of the following departments: emergency, ICU, operative, trauma patient or rehabilitation. A total of 399 participants were drawn and asked to respond to the author developed Trauma Nursing Core Competency (TNCC) questionnaire. The overall TNCC of staff nurses was found to be at a high mean level. Significant differences were found among working experience groups, especially between groups from one to 3 years and groups with over 10 years' experience. However, no significant differences were found between male and female trauma nurses, nor were significant differences found among education backgrounds.

Finally, through content analysis, Do Thi Ha identified five essential themes of nursing competencies among nurses: knowledge, skills, attitude and value-based nursing practice, legal and ethical competencies, and transcultural competencies.<sup>18</sup> This was a qualitative study that used ethnographic methods with staff, patients and family associated with the Cho Ray Hospital in Vietnam. A purposive sampling technique was used to form multidisciplinary groups of nurses, managers/administrators, nurse teachers, medical doctors, other health care providers, patients and family members.

Only two of the studies specific to Vietnam outlined above actually measured competency with

an instrument, both of which found a high mean level. Notably, none of the prior studies made use of the current established Vietnamese Nursing Core Competency Standards nor broader regional standards developed by members of the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN). Instead, Tam Thi Xuan (2015) made use of the Competency Inventory for Registered Nurses, which was developed for the context of healthcare in China, while Vu (2015) used an instrument created for the Vietnam healthcare environment, which was tightly focused on trauma nurses only. Thus, to date, no study has thoroughly adapted existing Vietnam specific and regional nursing competency standards to assess the core competencies of all staff nurses and identify factors that might lead to differences in competency at hospitals in Vietnam.

## Objectives of study

The objectives of the study were to measure core competency levels according to regional standards and identify differences in competency levels between characteristics of selected factors among staff nurses at a university hospital in Vietnam.

### Research questions:

1. What is the level of core competency of staff nurses at a university hospital in Vietnam?
2. Are there any differences in core competency between characteristics of selected factors among nurses at a university hospital in Vietnam?

## Materials and Methods

**Study design and population:** This descriptive cross-sectional design study was

conducted at the teaching hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital in Vietnam. As a public tertiary care hospital with a 700 bed capacity, it provides health service to over 250,000 patients each year, with 257 doctors, 192 nurses, 46 midwives and other health workers. All together staff nurses from eleven clinic departments were included in this present study: General Internal Medicine and Endocrinology, Cardio Vascular Internal Medicine, Digestive Surgery, Urology–Neurosurgery, Trauma Orthopedics and Thoracic Surgery, Oncology, Ophthalmology Otolaryngology, Pediatrics, Anesthesia and Surgical Intensive Care, Emergency, Intensive Care Unit (ICU).

The participants were drawn from 153 staff nurses working in the study setting. For inclusion, nurses must be working in one of the clinical departments of the hospital at the time of study, providing direct care to patients and willing to participate in the study. Excluded were those working in an administrative position. The sample size ( $n=110$ ) was determined by Yamane formula with confidence level of 95 percent.<sup>19</sup> As all 153 nurses in the population agreed to participate, a simple random sampling method was used to select a total of 110 staff nurses for enrollment, with proportional representation for each clinical department in the hospital. This study was approved by the Ethical Committee of Human Research at Khon Kaen University (KKU), Thailand (HE622197) and Hue University of Medicine and Pharmacy, Vietnam (H2019/390). During the survey, participants were only recognized by codes. Furthermore, participants had the right to withdraw from the study at any time before data analysis without negative consequences. All information regarding participants was kept

confidential under the supervision of the principal investigator and used for research purpose only.

**Research instruments:** The instrument (Nursing Core Competency Scale<sup>20</sup>) that was used in this present study is a self-reported form developed by the author that consists of two parts.

#### *Demographic information*

The first part gathered personal information related to staff nurses such as age, gender, marital status, educational level, working experience, working area and nursing practice license.

#### *Evaluation of nursing competency*

The second part consisted of an instrument for the evaluation of nursing competency that consists of 56 items within 9 domains. Answers to all items were recorded on a 5-point Likert scale, ranging from 1 (very low), 2 (low), 3 (average), 4 (high) to 5 (very high). An overall score was derived from the mean across all questions and defined as follows: very low (1.00–1.79), low (1.80–2.59), average (2.60–3.39), high (3.40–4.19) and very high (4.20–5.00).

The evaluation component of the instrument was formed in two phases. The first phase established the 9 domains by examining five existing instruments used for prior studies in the People’s Republic of China and the Republic of the Philippines.<sup>21,20-24</sup> Across the five existing instruments, the author found a total of 22 domains. For the Nursing Core Competency Scale used in this present study, the author selected only those domains which were present in two or more of the existing instruments. Nine domains met this criterion and were thus included.

Once the domains were established, a second phase was carried out in which the author determined the specific items within each of the

domains. To ensure that the items chosen were relevant to both the Vietnamese context as well the broader regional context, the author drew the items from two sources: The Vietnamese Core Competency Standards<sup>15</sup> and an instrument developed by Sande<sup>22</sup> for use in the Republic of the Philippines. As both sources were constructed with the desire to be able to compare measurements across countries throughout the region, both closely followed the framework of The Asian Pacific Region and ASEAN. Because of this, there is considerable overlap between the two sources.

With an intent to keep the Nursing Core Competency Scale used in this present study as compact as possible, the author adapted items as used in Sande for two domains (Safe and Quality Nursing Care [11 items] and Management of Environment and Resources [4 items]). For these two domains, the number of items used in Sande were considerably less than the number of items used in the analogous domains within the Vietnamese Core Competency Standards. As the differences in the other domains were minimal, the items for the remaining seven domains (Legal Responsibility [5 items], Ethico-moral Responsibility [3 items], Personal and Professional Development [8 items], Research [6 items], Communication [7 items], Collaboration and Teamwork [6 items] and Health Education [6 items]) were derived from those present in Vietnamese Core Competency Standards.<sup>15</sup>

#### **Quality of the instrument:**

##### *Translation*

The items within the Nursing Core Competency Scale that derived from Sande were originally developed in English. To incorporate these items into the new instrument, the original English

questions were translated into the Vietnamese language. Both translation and back-translation were performed with the recommended methods.<sup>25</sup> A bilingual panel of three educators and one head of nursing department reviewed the questions and reached a final agreement on the translation.

##### *Validity*

The Nursing Core Competency Scale was evaluated by four experts: three nursing educators at Hue University of Medicine and Pharmacy and one Head of the Nursing Department at the Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. The content validity index of the Nursing Core Competency Scale was 0.96.

##### *Reliability*

Next, the reliability of the full Vietnamese Language survey instrument was tested by 30 clinical staff nurses at Hue Central Hospital, chosen with similar inclusion criteria used in the main study (these specific nurses were excluded from participating the main study). The reliability of the instrument used for the survey was tested using Cronbach's alpha, for which the scores of the nine individual domains ranged from 0.85 to 0.94.

**Data collection:** The author made an appointment with staff nurses through the head nurse within each department and explained the purpose of the study including benefits, the right to participate and the right to refuse/withdrawal. Nurses who agreed to participate signed a consent form, after which the survey form was distributed. Next, participants completed the questionnaire, taking approximately 15 minutes and dropping it into a collection box upon completion. The response rate was 100%. Data was collected during 15<sup>th</sup> to 30<sup>th</sup> October, 2019.



**Data analysis:** Data analysis was done using Statistics Package for Social Sciences 20 (SPSS 20). The demographics variables were analyzed by using descriptive statistics which include frequency, percentage, range, mean, and standard deviation (S.D.). The Shapiro–Wilk test was applied to check normality while analyzing links between nursing core competency and personal factors, but a non-normal distribution was observed. Therefore, the Mann–Whitney U Test (for factors with two groups) and the Kruskal–Wallis Test (for factors with more than two groups) were used.

## Results

**Demographic data:** As shown in the Table 1, the average age of the participants was 29.43 (S.D.= 5.15). Among the participants 83.6% were female nurse; and 59.1% were married. Regarding qualifications, college nurse accounted for the highest proportion (52.7%). The largest fraction of subjects worked in the Department of Anesthesia and Surgical Intensive Care (20.0%). The participants with working experience of 4 to 9 years represented the highest proportion (43.6%) in the study. Regarding nursing practice certificates, 80% of the subjects had a practicing license.

**Table 1** Characteristics of study subjects (N =110)

Factors	Characteristics	Frequency	Percentage
Age	25 years	25	22.7
	26–30 years	49	44.5
	31–35 years	24	21.8
	36–40 years	8	7.3
	>41 years	4	3.6
Gender	Male	18	16.4
	Female	92	83.6
Marital status	Single	41	37.3
	Married	65	59.1
	Divorced	4	3.6
Education	Diploma	20	18.2
	College	58	52.7
	Baccalaureate	32	29.1
Working area	General Internal Medicine and Endocrinology	9	8.2
	Cardio Vascular Internal Medicine	9	8.2
	Digestive Surgery	9	8.2
	Urology Neurosurgery	6	5.5
	Trauma Orthopedics and Thoracic Surgery	12	10.9
	Oncology	10	9.1
	Ophthalmology Otolaryngology	9	8.2
	Pediatrics	5	4.5
	Anesthesia and Surgical Intensive Care	22	20
	Emergency	13	11.8
Intensive Care Unit	6	5.5	

**Table 1** Characteristics of study subjects (N =110) (cont.)

Factors	Characteristics	Frequency	Percentage
Working experience	Less than 1 year	6	5.5
	From 1 to 3 years	27	24.5
	From 4 to 9 years	48	43.6
	From 10 to 15 years	23	20.9
	More than 15 years	6	5.5
Nursing practice license	Yes	88	80
	No	22	20

**Core competency:** The overall mean score of nursing core competency among staff nurses was at a high level ( $\bar{x}$  = 3.58, S.D.=0.47). As shown in Table 2, for specific domains of competency, nurses scored highest for Legal Responsibility ( $\bar{x}$  = 3.94, S.D.= 0.55), while the lowest aggregate score was

for Research ( $\bar{x}$  = 2.9, S.D.= 0.94). High levels were also recorded for Collaboration and Teamwork ( $\bar{x}$  = 3.77, S.D.=0.54), Ethico-moral Responsibility ( $\bar{x}$  = 3.74, S.D.= 0.63) and Communication ( $\bar{x}$  = 3.67, S.D.= 0.54).

**Table 2** Mean, standard deviation and level of nursing core competency among staff nurses in total and all domains (N=110)

Nursing core competency	Mean	S.D.	Level
Legal Responsibility	3.94	0.55	High
Collaboration and Teamwork	3.77	0.54	High
Ethico-moral Responsibility	3.74	0.63	High
Communication	3.67	0.55	High
Personal and Professional Development	3.66	0.52	High
Safe and Quality Care	3.61	0.53	High
Management of Environment and Resources	3.47	0.66	High
Health Education	3.46	0.59	High
Research	2.90	0.94	Average
<b>Total</b>	<b>3.58</b>	<b>0.47</b>	<b>High</b>

**Comparison of mean competency level by various factors:** The comparison of nursing core competency of staff nurses by various factors is shown in Table 3. Kruskal-Wallis test analysis showed that there was a significant difference in nursing core competency among the various age groups ( $p$  = 0.013). The results of Mann-Whitney test showed that there was significant difference in

nursing core competency between the sex ( $p$  = 0.025). Similarly, the Kruskal-Wallis test showed that there was statistical difference in nursing core competency when considering marital status ( $p$  < 0.001). However, there was no significant difference in nursing core competency among nurses based on education levels ( $p$  = 0.109) and working areas ( $p$  = 0.094). A significant difference

was observed in nursing core competency when considering working experience ( $p= 0.001$ ). Of importance, there was a statistical difference in nursing core competency among participants based

on nursing practice licensure, as subjects with a nursing practice certificate received higher core competency scores ( $p=0.004$ ).

**Table 3** Comparison of nursing core competency of staff nurses with various factors (N=110)

Factors	Characteristics	Mean	S.D.	P Value
Age	>41 years	4.07	0.48	
	31–35 years	3.78	0.30	
	36–40 years	3.71	0.37	
	26–30 years	3.53	0.50	
	<25 years	3.35	0.46	
	<b>Mean</b>	<b>3.58</b>	<b>0.47</b>	<b>0.013</b>
Gender	Male	3.80	0.36	
	Female	3.53	0.48	
	<b>Mean</b>	<b>3.58</b>	<b>0.40</b>	<b>0.025</b>
Marital status	Divorced	3.88	0.23	
	Married	3.72	0.39	
	Single	3.33	0.51	
	<b>Mean</b>	<b>3.58</b>	<b>0.47</b>	<b>&lt;0.001</b>
Education	Diploma	3.80	0.37	
	Bachelor's	3.62	0.48	
	College	3.49	0.48	
	<b>Mean</b>	<b>3.58</b>	<b>0.47</b>	<b>0.109</b>
Working area	Anesthesia and Surgical Intensive Care	3.79	0.49	
	Trauma Orthopedics and thoracic surgery	3.77	0.47	
	Emergency	3.73	0.29	
	Oncology	3.64	0.41	
	Intensive Care Unit	3.60	0.38	
	Pediatrics	3.57	0.18	
	Ophthalmology–otolaryngology	3.55	0.41	
	Cardio–vascular internal medicine	3.34	0.32	
	Urology–Neurosurgery	3.32	0.82	
	General internal medicine and endocrinology	3.28	0.49	
Digestive surgery	3.25	0.47		
	<b>Mean</b>	<b>3.58</b>	<b>0.47</b>	<b>0.094</b>
Working experience	More than 15 years	4.09	0.42	
	10 to 15 years	3.79	0.32	
	4 to 9 years	3.56	0.47	
	1 to 3 years	3.40	0.44	
	Less than 1 year	3.17	0.57	
	<b>Mean</b>	<b>3.58</b>	<b>0.47</b>	<b>0.001</b>
Nursing practice license	Yes	3.64	0.46	
	No	3.32	0.44	
	<b>Mean</b>	<b>3.58</b>	<b>0.47</b>	<b>0.004</b>

## Discussion

One objective of this present study was to measure core competency levels in accordance with regional standards. Findings in this regard showed that the overall mean score of the sample was at a high level ( $\bar{x}$  = 3.58), which concurred with previous studies also reporting a high mean level in Vietnam.<sup>16,17</sup> Demonstrating that considerable room remains for improvement, some foreign studies have reported a very high level of nursing competency.<sup>26,27</sup>

Examining the three highest scoring domains in more detail, the nursing core competency in this present study with the highest measured mean level was Legal Responsibility ( $\bar{x}$  = 3.94). This could be due to recent extra attention given this area from the director board and nursing administration. This finding was in line with previous studies.<sup>16,17,28</sup> The Collaboration and Teamwork Core Competency was recorded at a high level ( $\bar{x}$  = 3.77), which is consistent with results from study by Lazarte (2016) found that Collaboration and Teamwork measured at a very high mean level among nurses working at a tertiary private hospital in the Republic of the Philippines.<sup>29</sup> The Ethico-moral Responsibility core competency was measured at a high level ( $\bar{x}$  = 3.74), which can perhaps be explained by the efforts of the Vietnamese Nurses Association to maintain high ethical standards in the nursing profession.<sup>30</sup>

The sole nursing core competency that measured below a mean level was Nursing Research, which was measured at a mean average level. In Vietnam, only nurses with a bachelor's degree are trained and efficient in research activities. The fact that the majority of the participants in this present study were diploma nurses and college nurses might

explain the lower scores. Each year about 2 researchers are appointed under the Head of Nursing Department in Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, which seems insufficient to boost research activities.

The results of this present study confirm that significant differences exist in the level of nursing core competency between several personal and organizational factors. Because of its outsized impacts on the quality of care in developing countries, concerned stakeholders should analyze the situation regularly to formulate plans for improving core competency. Importantly, just such a program is now being carried out in Vietnam, with a committee under the Ministry of Health appointed annually to assess areas of nursing care with the highest priority for improvement.

The current study found significant differences in nursing core competency between genders. While some argue that males and females get the same education program and play a similar role in the hospital, others point out that some skills that require additional strength (such as transfer of patients or application of immobilization) do show differences.<sup>1,16,17</sup> Likewise, our study revealed a significant difference between nursing core competency according to working experience. Benner (1984) has pointed out that nurses with greater experience display a greater core competency.<sup>31</sup> In general, the older staff nurses had a significantly higher nursing core competency level than young nurses because the young nurses take time to adapt with their new job and develop skills. This mirrors the results found in this present study, likely due to similar reasoning. It is to mention that most of the

male nurses (72.2%) in the study had more than four years of work experience, which could also have contributed to higher nursing core competency. Xuan Tam (2015) observed a significant association between nursing competency score and five year working experience.<sup>16</sup> However, no such relationship was noticed between the core competency score and less than 1 year of nursing work experience. In the same way, Istomina et al., (2011) has asserted that nurses with longer working experience display higher competency than younger nurses with less experience.<sup>32</sup> It has been reasoned that experienced nurses better adapt themselves to different situations with high internal sense of competency and develop more empowerment, consequently manifesting as a measurable difference in competency level. Interestingly, married participants showed a significantly higher level of nursing competency than single participants, serving as a proxy of sorts for age and experience.

We also found a statistical difference between nursing core competency and holding a nursing practice certificate. In Vietnam, nurses can obtain a license after at least 9 months of work experience in the hospitals. In our study, most nurses who did not have a license to practice were new nurses who did not yet meet this requirement. Therefore, it is perhaps understandable that their nursing core competency level did not measure as high.

On the other hand, we found no statistical difference between nursing core competency and higher qualifications. Most of the nurses holding a bachelor's degree were recently graduated and quite young so they lacked extensive experience, which

could possibly explain this finding. Gillespie et al. (2011) reported that the nurses obtaining postgraduate specialty education had a high level of competency.<sup>33</sup> It has been found that nurses with higher levels of education (especially those who have completed additional educational courses based on professional development) had a good assessment of general nursing competencies and some specialized competencies.<sup>34</sup> Interestingly, some nurses with professional development courses had shown a regression in the level of nursing competency.<sup>32</sup> At present in Vietnam, improvement of nursing competency is extremely prioritized. As such, the Ministry of Health has issued a circular to stop hiring mid-level nurses starting from 2021.<sup>35</sup> Therefore, to be hired going forward, nurses who have only a diploma degree must now obtain a college degree.

Similarly, no significant difference in competency was found with regards to working area. This contrasts with previous studies which did find a significant difference in competency related to the working area (the highest competency was found in the nurses working in Hemodialysis and the lowest in nurses working in infant care unit/ pediatrics).<sup>26</sup> It has been mentioned that nurses who get more management responsibility and nursing procedures to perform measure as more competent than others. For example, nurses working in a general ward were found to be more competent than those working in the ICU.<sup>1</sup> However, the findings of some other studies indicated that nurses' level of competency was in general on a good or very good level regardless of their working areas.<sup>36</sup> At Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, there was no division of work based on level of education. This is likely why

no difference was found between working area and competency among nurses.

## Conclusions

The overall nursing core competency among staff nurses was measured at a high level in this present study. Significant differences were found in nursing core competency level according to age group, gender, marital status, length of work and nursing certificate. However, no significant differences were found for education and working place. Our findings, along with the newly developed instrument, can be valuable for further studies among staff nurses in Vietnam and perhaps other countries in the ASEAN region with a similarly structured healthcare system.

## Implications

Nurse managers can apply the findings of this study to build new programs that assist nurses with improving core competency. For example, those with more Working Experience were found to have higher levels of core competency. With this knowledge, nurse managers may encourage more experienced senior nurses to help newly appointed nurses to quickly adapt to their work through targeted education and training. Nursing practice based on evidence by conducting workshops and scientific seminars could be done to improve competency in research. Our findings could be equally vital to individual nurses to develop themselves and meet requirements in the job. Moreover, nurse educators may find it valuable in modifying curriculum for graduate nurses to meet the current practical needs.

## Acknowledgements

The author would like to acknowledge, all faculty members from the Faculty of Nursing, KhonKaen University (KKU) and all participants for participation in this research. The study could not have been completed without the funding from Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, scholarships from Faculty of International Education, Hue University of Medicine and Pharmacy and the Training Center for Enhancing Quality of Life of Working-Aged in KKU.

## References

1. Safadi R, Jaradeh M, Bandak A, Froelicher E. Competence assessment of nursing graduates of Jordanian universities. *Nurs Health Sci* 2010; 12(2): 147–54.
2. Liu Y, Aunguroch Y. Current literature review of registered nurses' competency in the global community. *Journal of Nursing Scholarship* 2018; 50(2): 191–9.
3. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. 7<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2004.
4. Clinton M, Murrells T, Robinson S. Assessing competency in nursing: a comparison of nurses prepared through degree and diploma programmes. *J Clin Nurs* 2005; 14(1): 82–94.
5. Josefsson K, Sonde L, Wahlin TB. Registered nurses' education and their views on competence development in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(2): 245–58.

6. Meretoja R, Leino-Kilpi H. Instruments for evaluating nurse competence. *J Nurs Adm* 2001; 31(7-8): 346-52.
7. Santiano N, Daffurn K. Registered nurses' self-perceived level of competence following completion of a specialist graduate certificate. *Aust Crit Care* 2003; 16(1): 16-23.
8. Tzeng HM. Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(5): 487-96.
9. Anderson P, Townsend T. Medication errors: Don't let them happen to you. *American Nurse Today* 2010; 5(3): 23-9.
10. Dung PT, Chinh ND, Hanh BM, Notter J. Evaluating a training programme at Viet Duc University Hospital in Vietnam. *Br J Nurs* 2016; 25(12): S14-21.
11. Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: A controversial concept—a focused review of literature. *Nurse Educ Today* 2005; 25(5): 355-62.
12. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: A literature review. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(2): 237-63.
13. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(2): 124-33.
14. Alexander MF, Runciman PJ, International Council of Nurses. ICN framework of competencies for the generalist nurse: Report of the development process and consultation. International Council of Nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva, Switzerland: place Jean-Marteau; 2003.
15. Ministry of Health, Vietnam. Vietnamese nursing core competency standards [Internet]. 2012 [cited 2020 March 21]. Available from: [http://asttmoh.vn/wp-content/uploads/2015/05/Chuannangluc\\_DIEUDUONG.pdf](http://asttmoh.vn/wp-content/uploads/2015/05/Chuannangluc_DIEUDUONG.pdf)
16. Tam Thi Xuan T. Core competency of staff nurses in BinhDinh Province General Hospital, Vietnam [Thesis]. Saen Suk: Burapha Univ.; 2015.
17. Vu D. A study of trauma nursing core competency among staff nurses in Vietnamese general Hospitals. *Journal of Health Research* 2015; 29: 143-51.
18. Ha D. Actual nursing competency among nurses in hospital in Vietnam. *World Academy of Science, Engineering and Technology* 2016; 10: 696-703.
19. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper and Row; 1967.
20. Duong Thi Dieu H. Selected factors of core competency among staff nurses at a university hospital in Vietnam [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen Univ.; 2020.
21. Liu M, Yin L, Ma E, Lo S, Zeng L. Competency inventory for registered nurses in Macao: instrument validation. *J Adv Nurs* 2009; 65(4): 893-900.
22. Sande MJB. Competencies of nurses in Albay: An assessment. *BU R&D Journal* 2017; 20: 85-95.
23. Takase M, Teraoka S. Development of the holistic nursing competence scale. *Nurs Health Sci* 2011; 13(4): 396-403.

24. Yang FY, Zhao RR, Liu YS, Wu Y, Jin NN, Li RY, et al. A core competency model for Chinese baccalaureate nursing graduates: A descriptive correlational study in Beijing. *Nurse Educ Today* 2013; 33(12): 1465–70.
25. Cha ES, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *J Adv Nurs* 2007;58(4):386–95.
26. Kim MJ, Kim YJ. Variables affecting nursing competency of clinical nurses. *Indian Journal of Science and Technology* 2015; 8(26): 1–9.
27. Meretoja R, Koponen L. A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *J Adv Nurs* 2012; 68(2): 414–22.
28. Numminen O, Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Professional competence of practising nurses. *J Clin Nurs* 2013; 22(9–10): 1411–23.
29. Lazarte FC. Core competencies of beginning staff nurses: A basis for staff development training program. *Journal of Advanced Management Science* 2016; 4(2): 98–105.
30. Vietnamese Nurses Association. Ethical standards for Vietnamese nurses [Internet]. 2016 [cited 2020 March 21]. Available from: <http://hoinhap.kcb.vn/en/wp-content/uploads/2016/09/Ethical-Standards-for-Vietnamese-Nurses-EN.pdf/>.
31. Benner P. From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. In: Tilden PV, Tilden S, editors, *Research in Nursing & Health*. California: Addison-Wesley Publishing Company 1985; p:95–7.
32. Istomina N, Suominen T, Razbadauskas A, Martinkenas A, Meretoja R, Leino-Kilpi H, et al. Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina (Kaunas)* 2011; 47(4): 230–37.
33. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Werder H. Education and experience make a difference: Results of a predictor study. *AORNJ* 2011; 94(1): 78–90.
34. Fatkulina N, Suominen T, Razbadauskas A, Martinkenas A, Meretoja R, Leino-Kilpi H. Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 2011; 47: 230–7.
35. Ministry of Health, Vietnam. Circular prescribes standard codes for job title of nurses, midwives, technicians [Internet]. 2015 [cited 2020 March 21]. Available from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/lao-dong-tien-luong/Thong-tu-lien-tich-26-2015-TTLT-BYT-BNV-ma-so-tieu-chuan-chuc-danh-nghe-dieu-duong-ho-sinh-ky-thuat-y-294587.aspx/>.
36. Dellai M, Mortari L, Meretoja R. Self-assessment of nursing competencies-validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; 23(4): 783–91.



## ความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่โรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัดแห่งหนึ่งของประเทศไทย

กราน กิจ งาม พย.ม.\* มาริสา ไกรฤกษ์ ปส.ด. (พยาบาล)\*\* ทชยัน กิจ อาน เพียง พน. ปส.ด.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาล จำนวน 270 คน ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในประเทศไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจความพึงพอใจในงานของสเปคเตอร์ (2001) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเหิงยีนพีทาน (2011) ด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.94 ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลทุกแผนกพึงพอใจในงานภาพรวมระดับกลาง ยกเว้นพยาบาลในแผนกรวมสามแผนกอยู่ในระดับพึงพอใจ และความพึงพอใจของพยาบาลแต่ละแผนกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลพึงพอใจในการนิเทศ เพื่อนร่วมงาน ลักษณะของงาน และการสื่อสาร และพึงพอใจในระดับกลางในค่าตอบแทน การส่งเสริมความก้าวหน้า และผลตอบแทนที่เป็นรางวัลตามผลงาน แต่ไม่พึงพอใจในผลประโยชน์ที่ได้รับนอกเหนือจากค่าจ้างและเงินเดือน

**คำสำคัญ:** ความพึงพอใจในงานของพยาบาล แบบสำรวจความพึงพอใจในงาน

วันที่รับบทความ 9 เมษายน 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 2 มิถุนายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 10 มิถุนายน 2563

\*ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยและฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างชีวิตคนวัยทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

\*\*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

\*\*\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย E-mail: kmaris@kku.ac.th

\*\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะบดีคณะศึกษานานาชาติ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเว็ ประเทศไทย

## Job satisfaction among nurses working at a provincial general hospital in Vietnam

Tran Thi Vu Mai M.N.S.\* Marisa Krairiksh Ph.D. (Nursing)\*\* Nguyen Thi Anh Phuong MD., Ph.D.\*\*\*

### Abstract

This descriptive study investigated job satisfaction of 270 nurses at a provincial general hospital in Vietnam. The data were collected by a job satisfaction survey which was developed by Spector (2001) and Vietnamese translated by Nguyen Phi Tan (2011) with back translation process. The reliability of the instrument in this study tested by Cronbach's alpha coefficient was 0.94. The study findings showed that the overall job satisfaction of nurses in each department was neutral except job satisfaction of nurses in three combined departments (TCD) was at a satisfaction level. The satisfaction levels of nurses in different departments were statistically different. When considering in each domain of job satisfaction, nurses satisfied with supervision, coworkers, nature of work, and communication. They had neutral levels of satisfaction in pay, promotion, and contingent rewards, but dissatisfied with fringe benefits.

**keywords:** nurse job satisfaction; job satisfaction survey

*Received 9 April 2020 Revised 2 June 2020 Accepted 10 June 1 2020*

---

\*Scholarships: Research and Training Center for Enhancement of Life of Working Age People. Faculty of Nursing Khon Kaen University, Thailand

\*\*Master's degree Nursing student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

\*\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand, Corresponding author, Email: kmaris@kku.ac.th

\*\*\*\*Nursing lecturer at Faculty of Nursing; Dean of International Education Faculty; Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University, Vietnam

## Introduction

Nurses, the largest group of staff within a country's health care system, have a high turnover and shortage.<sup>1-4</sup> Subsequently, their job satisfaction is very crucial. Previous studies indicated that nurse job satisfaction contributed to outcomes of patients, nurses, and organizations. Nurse job satisfaction had positive impacts on patient outcomes such as patient satisfaction and health-care associated infections and was negatively correlated with nurses' turnover intention.<sup>5,6</sup> Increasing nurse job satisfaction enhanced organizational commitment of nurses. As a result, decreasing nurses' turnover intention and increasing nurses' organizational commitment help to retain nurses and decrease nursing shortage in health care organizations. Moreover, nurses who satisfied in their job had been shown to have positive affects with a nurse's personal life satisfaction and nurses' health.<sup>7,8</sup>

It's been mentioned that job satisfaction is a multifaceted phenomenon linked to the work environment, supervision, and management. A plethora of studies have reported that factors affecting job satisfaction among nurses are not much different across countries and socio-economic settings.<sup>9-12</sup> The common factors affecting job satisfaction include salary, institutional incentive, interaction with patients, co-workers and managers, workload and task requirements, opportunities for self and job advancement and autonomy, working conditions, organizational policies, recognition, and job security.<sup>11-13</sup>

In Vietnam the public health system is divided into three levels: central, provincial, and grassroots. As such, nurses are important part at every level as well as center of national healthcare improvement strategies. However, the situation of nurse's job satisfaction issue remains crucial but is

not known at current time. A study conducted in Vietnam in 2005 indicated that only 49.1% of Vietnamese nurses working in central and district hospitals were generally satisfied with their job and wages, career value and working conditions were the issues of lowest satisfaction whereas colleague relationships and family/relatives' supports resulted in higher levels of satisfaction.<sup>14</sup> The researcher is working in General Hospital which is a provincial-level hospital in Binh Dinh province and is a tertiary care hospital with the number of patients about 1500 patients. Six hundred and thirty-seven nurses are working in the hospital. In the past 5 years, the hospital has recruited more than 200 newly graduated nursing staff to work in the hospital, while many elderly nurses are retired. In 2017, there were 20 nurses left the hospital to work elsewhere. The researcher interviewed five of them about the reasons of leaving the hospital. The answers were too low fringe benefit, crowded patients and tight, and old environment. However, no study has been conducted in General Hospital at Binh Dinh province. Therefore, it is necessary to investigate job satisfaction level and differences of job satisfaction among nurses in different departments at General Hospital, Binh Dinh province. It's been expected that the results of this study will benefit nurse administrators to understand the dissatisfaction issues and implement the solving strategies. In turn, the quality of nursing care to the patients may be enhanced.

## Objectives of the study

1. To study levels of job satisfaction of nurses working at a general hospital of Binh Dinh Province, Viet Nam.

2. To study differences of job satisfaction of nurses working in different inpatient departments at a general hospital of Binh Dinh Province, Viet Nam.

## Methodology

### Study setting

The study was conducted at the provincial general hospital of Binh Dinh Province, Viet Nam. Binh Dinh province located in the central part of the country, about 600 Km from Hue city and 800 Km from Ho-Chi Minh City. It is a tertiary care hospital with about 1,500 patients taking service daily.

### Study design and participants

We conducted a cross-sectional descriptive study among 637 working nurses in the hospital. Nurses agreed to participate voluntarily in the study. The participants were selected from seven departments of the hospital including Internal Medicine, Surgery, three combined departments of Ophthalmology Otorhinolaryngology-Odonto-stomatology (TCD), Pediatrics, Examination, Surgical Intensive Care Unit and Internal Medicine Intensive Care Unit (ICU). The inclusion criteria were ability to read and communicate in Vietnamese language, and consent to participate in the study. Nurses who were off-duty during the study period and refused to participate were automatically excluded from the participation.

### Sample size

The sample size was calculated using formula of Taro Yamane.<sup>15</sup> The authors selected 95% confidence level with  $\pm 5\%$  precision, and anticipated loss of samples was set at 10%.<sup>16</sup> Sample size was calculated to be 270. Equal proportion of sample

from each department was maintained. A random sampling method was used to collect data in December 2019, when 30 nurses surveyed during a pilot study were excluded.

### Survey instrument

The research instrument consisted of a questionnaire in two parts, which would take approximately 30 minutes to complete. The first part was about demographic and work-related information's such as education, age, gender, nature of job and duration of services. The second part was job satisfaction survey (JSS), developed by Spector and translated into Vietnamese language by Nguyen.<sup>17,18</sup> JSS has 36 items and 9 facets aimed to assess employee satisfaction about the job and aspects of the job including pay, promotion, supervision, fringe benefits, contingent rewards (performance based rewards), operating procedures (required rules and procedures), co-workers, nature of work, and communication. A summated rating scale format was used, with six choices per item ranging from 1 "strongly disagree" to 6 "strongly agree". Items were written in both positive and negative directions. The satisfaction levels were interpreted from the average of sum scores of each subscale and total scale. The interpretation of subscale scores was satisfaction (16-24), neutral (13-15.99) and dissatisfaction (4-12.99), while total score was interpreted as satisfaction (144-216), neutral (108-144) and dissatisfaction (36-108). Earlier, a pilot study involving 30 participants was used to ensure clarity and appropriateness of the questionnaire, when the Cronbach's alpha coefficient achieved was 0.94.

### Data collection procedures

The researcher made an appointment with nurse participants in each department and explained the purpose of the study including benefit, the right to participate, or refuse/withdrawal. The nurses who accepted to participate were signed on a consent form, followed by distribution of survey form and requested to drop it within 2 weeks into a collection box in the hospital. Participants returned the questionnaires form in scheduled time with 100% response rate.

### Ethical consideration

This study was approved by the Ethical Committee of Human Research at Khon Kaen University (HE 622193) and Hue University of Medicine and Pharmacy (H2019/391). Participants were recognized by a code. Moreover, participants had right to withdraw from the study at any time before data analysis. All information of the participants was kept confidential under the supervision of the principal investigator and used for research purpose only.

### Data analysis

Data were analyzed using Statistical Package for The Social Sciences (SPSS) version 20. Demographic data were analyzed by descriptive statistics including frequency and percentage. Job satisfaction was analyzed by the mean and standard deviation of sum scores of each subscale and total scale. Analysis of variance (ANOVA) was used for testing the differences of job satisfaction scores among seven departments. All statistical tests were considered significant at  $p < 0.05$ .

### Results

Most of the participants were female (92.2%) and university graduate (69%). The majority of them were 25–35 years old (57%), working as official staff (91.1%) and had worked for 6–10 years (29.7%). The department of internal medicine and internal medicine ICU had nurses with post graduate level of education. There were no contract staff in TCD, Surgery ICU, and internal medicine ICU.

Furthermore, our analysis showed that 29.6% of nurses were satisfied with their current job, while only 4.4% said that they were not satisfied. More than half of the participants were neutral to their job satisfaction (65.9%).

As illustrated in Table 1, the satisfaction levels among nurses in departments were different. Nurses in TCD were satisfied with their job but other departments nurse recorded neutral level. Nurses working in TCD department had highest score of  $150.63 \pm 18.41$ , whereas the lowest job satisfaction value was recorded for internal medicine's ICU ( $115.15 \pm 19.87$ ).

Next, the respondents were highly satisfied with co-workers ( $18.63 \pm 3.34$ ) and dissatisfied with fringe benefits ( $9.50 \pm 3.78$ ). Other subscales such as supervision, nature of work and communication were also on satisfaction levels. Pay, promotion, and contingent rewards were at neutral levels but operating conditions was at a dissatisfaction level (Table 2).

Inter-department job satisfaction when compared among nurses, the results showed that there was a significant difference in mean value of satisfaction scores ( $F = 7.125$ ,  $P < 0.05$ ). Nurses

from TCD department had the highest levels of average satisfaction value (150.63), followed by the internal medicine department (139.59), and the lowest (115.15) was recorded for internal medicine ICU, as shown in Table 1.

**Table 1** Mean, SD., level, and comparison of nurse job satisfaction of each department (n=270)

Departments	Mean	SD	Levels	F	P
Internal medicine	139.59	18.25	Neutral	7.125	<0.001
Surgery	133.36	18.04	Neutral		
Three combined departments (TCD)	150.63	18.41	Satisfaction		
Pediatrics	125.47	13.17	Neutral		
Examination	135.41	17.52	Neutral		
Surgery ICU	129.27	22.90	Neutral		
Internal ICU	115.15	19.87	Neutral		

**Table 2** Mean, SD and levels of nurse job satisfaction of each subscale (n=270)

Subscale	Mean	SD	Levels
Pay	13.75	3.49	Neutral
Promotion	14.47	3.62	Neutral
Supervision	18.52	3.83	Satisfaction
Fringe Benefits	9.50	3.78	Dissatisfaction
Contingent rewards	13.50	2.95	Neutral
Operating conditions	11.53	3.06	Dissatisfaction
Coworkers	18.63	3.34	Satisfaction
Nature of work	17.84	3.72	Satisfaction
Communication	16.60	3.97	Satisfaction

## Discussion

The study explored general characteristics and job satisfaction levels among nurses working at public hospital located in Binh Dinh province, Viet Nam. Our results indicated that more than half of the participants were neutral to their job satisfaction; however, lower scores were seen in the areas of fringe benefits and operational conditions. It is to mention that the demographic characteristics of age, years of experience in nursing and years of experience were known to be positively correlated with the job satisfaction factor of salary.<sup>19</sup>

More than half of the participants in our study were 25–35 years and majority of the nurses (70–80%) have been working for six or more years. This is important because it has been reported that over a five year period, nurses in the same hospital (public and private) were found to experience significant increases in workload that required more shifting of priorities, involvement with life and death situations, and pressure from being required to perform tasks beyond their competency.<sup>20</sup> It may lead to dissatisfaction in job. Next, most of the participants were having under university degree and this could have contributed to “neutral” score of job satisfaction

in our result. In a study, nurses with a diploma or associate degree reported greater professional commitment and lower role conflict than those with a baccalaureate degree but based upon educational level, no significant differences were found regarding job satisfaction.<sup>21</sup>

Our findings are a bit different in comparison to a Vietnamese study in 2005 reporting that about 50% of nurses were satisfied with job.<sup>14</sup> This could be due to the difference in modified lifestyles and increased needs, as there is a gap of more than a decade between two studies. The rate of job dissatisfaction in nurses in our research is lower than in a study by Molyneux.<sup>22</sup> Job dissatisfaction may vary in countries, places, departments and health settings due to many factors. Subsequently, job satisfaction of nurses across departments in our study was different. Participants working in TCD department were satisfied, may be due to less tedious nature of the work and fewer patients compared to other departments for example, internal medicine ICU. None of the participants in internal medicine ICU was satisfied with the job, rather majority expressed neutral view. Moreover, all the nurses except from internal medicine ICU and pediatric department were neutral to the contingent rewards. So it is necessary to have a proper review on inter-departmental associated factors in order to improve the quality of care and health services for patients.

Across all dimensions, nurses showed their highest satisfaction with co-worker relationships, in line with a previous study involving health workers in two districts of Hanoi district.<sup>23</sup> Recent studies on the satisfaction of nurses suggest that compensation,

promotion, contingent incentives, operating conditions and marginal benefits play a significant role in job satisfaction.<sup>24,25</sup> In developing world where there is resource-scarce settings, health workers were usually dissatisfied with the availability of equipment and supplies, facility infrastructure, and professional development.<sup>26-28</sup> We found two subscales in which participant nurses were dissatisfied, namely fringe benefits and operating conditions. These results were similar to the results by Khunou et. al.<sup>29</sup> In the Asian context, social support/relationships, workload, incentives and work environment were most influential attributes of job satisfaction among nurses.<sup>30</sup> Likewise, we recognize facility, infrastructure and incentives as factors to improve job satisfaction among nurses. The management must understand these local issues in order to enhance retaining and avoid shortage, more importantly the quality care.

The authors are aware of the limitations in the study. Firstly, this is a cross-sectional descriptive study; the data were collected once but job satisfaction among nurses may change with time. Secondly, the scope is a quite narrow considering the site and setting. Thirdly, our sample size might be too small for correlations between variables. Finally, all data were collected through a self-administered questionnaire, which could make findings prone to response bias.<sup>31</sup>

## Implications

The study revealed that majority of the nurses has neutral feeling for their job, and fringe benefit was the factor with lowest job satisfaction score. Of importance, significant difference in job

satisfaction of nurses working at various section within the hospital demands a better plan and policies to improve the working qualities as well as the welfare policies. It is recommended for hospital policy to increase nurses' satisfaction in general and help them secure their work and enable them to improve their qualifications and career development. Doing so may improve job satisfaction among nurses resulting better health care quality and low turnover.

### Acknowledgement

The researchers are grateful to all nurses at the Provincial General Hospital of Binh Dinh Province in Vietnam who participated in this study. This Master's thesis in Master of Nursing Science (International Program), Faculty of Nursing, Khon Kaen University, was supported by Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working-Aged People.

### References

1. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs (Millwood)* 2001; 20(3): 43-53.
2. Fang Y. Turnover propensity and its causes among Singapore nurses: An empirical study. *The Int J Hum Resour Man* 2001; 12(5): 859-71.
3. Kingma M. Nurses on the move: A global overview. *Health Serv Res* 2007; 42(3, part 2): 1281-98.
4. Lu H, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud* 2019; 94: 21-31.

5. Boev C, Xue Y, Ingersoll GL. Nursing job satisfaction, certification and healthcare-associated infections in critical care. *Intens Crit Care Nur* 2015; 31(5): 276-84.
6. De Simone S, Planta A, Cicotto G. The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction. *Appl Nurs Res* 2018; 39: 130-40.
7. Castaneda GA, Scanlan JM. Job satisfaction in nursing: A concept analysis. *Nurs Forum* 2014; 49(2): 130-38.
8. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Env Res Pub He* 2015; 12(1): 652-66.
9. Fung-kam L. Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. *J Adv Nurs* 1998; 27(2): 355-63.
10. Kaddourah BT, Khalidi A, Abu-Shaheen AK, Al-Tannir MA. Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre. *J Clin Nurs* 2013; 22(21-22): 3153-59.
11. Nolan M, Nolan J, Grant G. Maintaining nurses' job satisfaction and morale. *Br J Nurs* 1995; 4(19): 1149-54.
12. Price M. Job satisfaction of registered nurses working in an acute hospital. *Br J Nurs*. 2002; 11(4): 275-80.
13. Tzeng HM. The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(8): 867-78.
14. Quy VN, Muc PD, Doan NT, Tho ND, Thanh D. Satisfaction with the work and determinants among hospital nurses. Hanoi: Hue University of Medicine and Pharmacy; 2005.



15. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper and Row; 1967.
16. Israel GD. *Determining sample size*. University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agriculture Sciences, EDIS, Florida; 1992.
17. Nguyen PT. *Job satisfaction survey, JSS Translations 2011*. Available from: <http://shell.cas.usf.edu/~pspector/scales/jsstranslate.html>.
18. Spector PE. *Job satisfaction survey, JSS.*; 2001. Available from: <http://shell.cas.usf.edu/~pspector/scales/jssovr.html>.
19. Li J, Lambert VA. *Job satisfaction among intensive care nurses from the people's republic of China*. *Int Nurs Rev* 2008; 55(1): 34-9.
20. Tyson PD, Pongruengphant R. *Five-year follow-up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand*. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(3): 247-54.
21. Lu H, While AE, Barriball KL. *Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China*. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(4): 574-88.
22. Molyneux J. *Nurses' job satisfaction linked to patient satisfaction*. *Am J Nurs* 2011; 111(5): 16.
23. Tran BX, Van Hoang M, Nguyen HD. *Factors associated with job satisfaction among commune health workers: Implications for human resource policies*. *Glob Health Action* 2013; 6: 1-6.
24. HAN G, JEKEL M. *The mediating role of job satisfaction between leader-member exchange and turnover intentions*. *J Nurs Manage* 2011; 19(1): 41-9.
25. Top M, Gider O. *Interaction of organizational commitment and job satisfaction of nurses and medical secretaries in Turkey*. *The Int J Hum Resour Man* 2013; 24(3): 667-83.
26. Delobelle P, Rawlinson JL, Ntuli S, Malatsi I, Decock R, Depoorter AM. *Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey*. *J Adv Nurs* 2011; 67(2): 371-83.
27. Fomba S, Xiao PM, Yan Y, Zhou H, Liu LQ. *Utilization and perception of the quality of curative care in community health centre of the fifth commune of Bamako*. *East African Journal of Public Health* 2010; 7(2): 148-52.
28. van Duong D, Binns CW, Lee AH, Hipgrave DB. *Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Vietnam*. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; 16(6): 447-52.
29. Khunou SH, Davhana-Maselesele M. *Level of job satisfaction amongst nurses in the North-West Province, South Africa: Post occupational specific dispensation*. *Curatationis* 2016; 39(1): 1-10.
30. Sriratanaprat JS, P. *Nurses' job satisfaction within the context of Asian Cultures: A concept analysis*. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2011; 15(1): 57-73.
31. Furnham A. *Response bias, social desirability and dissimulation*. *Pers Individ Differ* 1986; 7(3): 385-400.

## ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำของนักศึกษาพยาบาล ในจังหวัดเหอหนาน ประเทศจีน

ดง ยาง ทวาง MscPH\* อมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์ Ph.D.\*\* เกษราวัลณี นิลวรางกูร Ph.D.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำของนักศึกษาพยาบาลในมณฑลเหอหนาน ประเทศจีน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำร้อยละ 67 และปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำ คือ เพศหญิง (aOR= 2.9, 95% CI=1.1-7.9) ความรู้เรื่องการป้องกันเข็มทิ่มตำ (aOR =2.8, 95% CI= 1.6-4.8) และทัศนคติเชิงลบต่อการป้องกันเข็มทิ่มตำ (aOR 9.0, 95% CI 3.5-23.3) สมาคมการพยาบาลของประเทศจีน สามารถใช้ผลการศึกษาปรับปรุงกฎข้อบังคับและกำหนดแนวทางการป้องกันเข็มทิ่มตำของนักศึกษาพยาบาล

**คำสำคัญ:** การถูกเข็มทิ่มตำ อันตรายจากการทำงาน นักศึกษาพยาบาล

วันรับบทความ 21 พฤษภาคม 2563 วันแก้ไขบทความแล้วเสร็จ 30 มิถุนายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 30 กรกฎาคม 2563

\*นักศึกษาลัทธิศาสตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

\*\*อาจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

\*\*\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ ศาสตราจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง Email: kessarawan2559@gmail.com

## Prevalence and factors associated with needlestick injuries among nursing students in Henan Province, China

Dongyang Wang MscPH\* Amornrat Anuwatnonthakate Ph.D.\*\* Kessarawan Nilvarangkul Ph.D.\*\*\*

### Abstract

The cross-sectional study was conducted to investigate the prevalence and factors associated with needlestick injuries (NSIs) among nursing students in Henan Province, China. Simple random sampling was used to recruit 400 nursing students for the study. Data were collected through a face-to-face interview using a structured questionnaire. Descriptive statistics and multiple logistic regression were applied to analyze the data. The results of the study showed that the prevalence of NSIs among nursing students was 67%. Factors associated with NSIs were female (aOR=2.9, 95% CI=1.1-7.9), knowledge of NSIs prevention (aOR= 2.8, 95% CI =1.6-4.8) and negative attitude toward NSIs prevention (aOR= 9.0, 95% CI =3.5-23.3). Nursing academic institutions could use results of this study to improve the NSIs prevention guideline for nursing students.

**keywords:** needlestick injuries; occupational hazard; nursing student

*Received 21 May 2020 Revised 30 June 2020 Accepted 30 July 2020*

---

\*Master of Science in Public Health Program, Mae Fah Luang University

\*\*Lecturer, School of Health Science, Mae Fah Luang University

\*\*\*Professor, School of Health Science, Mae Fah Luang University, Corresponding author, Email: kessarawan2559@gmail.com

## Background

Needlestick injury (NSI) is defined as an injury that occurs to the skin or mucous membranes that are pierced caused by needles, such as hypodermic needles, blood collection needles, cannula, and needles attached to various parts of the IV system.<sup>1</sup> Globally, approximately 3 million health workers are infected because of NSIs every year. In Asia, the prevalence of NSIs among nurses and nursing students is 46.3%.<sup>2</sup> In some Asian populations, such as nursing students in India, the prevalence of NSIs is as high as 69%.<sup>3</sup> In China, a previous study by Zhang et al. indicated that the prevalence of NSIs among nursing students was higher than 60%.<sup>4</sup> Similarly, another study reported that the prevalence of NSIs among bachelor nursing students in Henan Province, China was 76.1%.<sup>5</sup>

NSIs confers a potential infection risk from bloodborne pathogens, such as hepatitis B virus, hepatitis C virus, and HIV, among nursing students. According to statistics, the global incidence of NSI-induced infections is 37.6% for hepatitis B, 39% for hepatitis C, and 4.4% for HIV/AIDS.<sup>6</sup> Moreover, NSIs accountable to an average economic burden of \$747 per reported case among governments, medical institutions, and individuals globally.<sup>7</sup> The low-income and upper middle-income countries, particularly China, is a major victim of NSIs and it's economical as well as medical burden than developed countries. Nursing students are especially at risk of NSIs because they encounter close contact with body fluids in activities such as surgery, midwifery, and endoscopy when giving injections, passing needles, or removing needles.<sup>8</sup> However, the lack of awareness of personal

protection and the limited work experience of nursing students increases their risk of NSIs during nursing work. This situation has led to an increase in anxiety and stress among nursing students, with resultant feelings of being useless, awkward, or incapable of nursing work.<sup>9</sup>

Increasing research indicates that levels of the health care facility and departments are common factors in NSIs for nursing students, especially medical clinics, department of internal medicine, and injection rooms are places where nursing students often experience NSIs.<sup>10</sup> Moreover, older age and lower academic grades of some nursing students lodged them to the susceptible of NSIs due to lack of nursing knowledge, negative attitude towards preventing NSIs and lack of awareness on low personal protection.<sup>11</sup> Studies have shown that nursing students often suffer from inattention and high workloads in clinical work, which has caused invasive injuries, especially when using needles to administer medicine.<sup>12</sup>

In previous studies in China, the shortage of lesson hours in the occupational safety protection courses and teaching content lags behind the current clinical environment of nursing care are the influencing factors of NSIs among intern students in Chinese hospitals.<sup>9</sup>

In China, several studies have focused on the prevalence and factors associated with NSIs among healthcare workers, nurses, and nursing students at universities. However, there is limited research conducted among nursing students of colleges and secondary schools. Furthermore, several studies highlighted the high prevalence of NSIs in bachelor nursing students in Henan province.

Nonetheless, a study about influencing factors of NSIs among nursing students at all education levels in Henan province is lacked and necessary to uncover. Therefore, this research aimed to determine the prevalence and factors associated with NSIs among nursing students in Henan province, China.

## Material and methods

### Settings and methods

We conducted a cross-sectional study to investigate the prevalence of NSIs and its associated factors among nursing students in seven nursing education institutions using stratified random sampling in Henan Province, China. The Henan Province, located in the central part of China, has a high population of 38,114 nursing students and a high incidence of bloodborne infectious diseases as compared to other provinces.<sup>13</sup> The Henan Province has 16 bachelor-level nursing education institutes, 24 college-level nursing education institutes, and 16 nursing education institutes. To maintain the equal proportion of nursing education institutions at all levels, the researchers used a stratified random sampling of the area by following proportionate allocation to determine the study sites of 2 universities, 3 colleges, and 2 secondary schools.

### Sample size and sampling procedure

The sample size was calculated based on the single-population proportion formula.<sup>4</sup> With a 95% confidence level (CI), a sample size of 333 was considered necessary for statistical power; however, after adding an estimated 20% non-response, the sample size was increased to 400. Inclusion criteria were nursing students aged 18–25 years who were enrolled in a clinical nursing internship at hospitals

for 6 to 10 months. Nursing students with severe organic diseases and some functional diseases that prevent them from participating in internships or restricted them in internship programs were excluded.

### Questionnaire and data collection

We developed a structured self-report questionnaire to investigate the prevalence and factors of NSIs among nursing students. The questionnaire comprised four parts: general characteristics; prevalence and circumstance of NSIs; knowledge, attitude and practice (KAP) for NSI prevention; and internship environment. All questions in the questionnaire concerning KAP for preventing NSIs were designed based on the NSI prevention guidelines of the World Health Organization (WHO)<sup>14</sup> and the American Nurses Association.<sup>15</sup> Knowledge, attitude, and practice towards the prevention of NSIs among nursing students were classified into three levels according to bloom's taxonomy.<sup>16</sup>

Knowledge about NSIs prevention consisted of 18 multiples choice questions. The total score for knowledge was 17 for all items (100%), where 1 score given to each right answer and 0 score to the wrong answer. Furthermore, the scores ranged from 13–17 (80%–100%) were classified as the high knowledge level, the scores ranged from 10–12 (60%–79.99) were classified as the moderate knowledge level, the scores ranged from <10 (<60%) were classified as the low knowledge level.

Attitude towards NSIs prevention included 18 items, in which each items had 5 different score following Likert scale: “Strongly disagree” = 1; “Disagree” = 2; “Neutral” = 3; “Agree” = 4; “Strongly agree” = 5. Moreover, attitude classified

into three levels based on the scores: the scores ranged from more than 68 (80%) were classified as the high attitude level namely the positive attitude, the scores ranged from 51–68 (60–80%) were classified as the moderate attitude, the scores ranged from less than 51 (<60%) were classified as the low attitude level namely the negative attitude.

The practice of prevention NSIs consisted of 18 items and Likert type answers with scores, i.e., “Always” = 3, “Sometimes” = 2, and “Not at all” = 1. The practice was classified into three levels: The scores ranged from more than 45 (80%) were classified as the high practice level, the scores ranged from 34–45 (60%–80%) were classified as the moderate practice level, the scores ranged less than 34 were classified as the low practice level.

The research instrument was submitted for review and obtained recommendations by consultants and experts from Xinxiang Medical University (China). Three experts evaluated the content validity of the questionnaire based on the Index of item-objective congruence (IOC). Fortunately, they found each item of the questionnaire has an IOC score  $\geq 0.5$ . Then, a pilot study was carried out among 30 students of a university, with similar characteristics but not from study settings. Then, the internal consistency of the questionnaire related to knowledge, attitude, and practice of NSIs prevention was tested by Cronbach’s Alpha value and found as 0.78. The informed written consent was obtained from each participant before the data collection.

#### Statistical analyses

IBM SPSS Statistics version 26.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA) used for data management and data analysis. Descriptive statistics used to

analyze the participant’s general characteristics and circumstances of NSIs. A binary logistic regression model was used to identify the associated factors of NSIs. The variables with p-value < 0.2 in univariate analysis proceeded for multiple logistic regression model. From the multiple logistic regression model, significant independent related factors of NSIs with adjusted odds ratio at 95% confidence interval (CI) and p-value < 0.05 were detected.

#### Ethical considerations

This study was approved by the Academic Ethics Committee of the Mae Fah Luang University (approval no. 129/2562). All subjects provided their written informed consent at the sampling sites in China. The investigator approved all research activities, and subject confidentiality was maintained thoroughly in accordance with the relevant regulations. The current study conducted in compliance with the tenets of the Declaration of Helsinki and its subsequent amendments to research on human subjects.

## Results

#### General characteristics

The response rate of the participants in this study was 100%. The majority of nursing students were female (92.3%), and more than half of the respondents participated in a college program (54.5%). More than half of the students had internships at Grade III level A hospitals, and over 90% of students had internships in the departments of surgery and internal medicine. The general characteristics of the study participants are shown in Table 1

**Table 1** Frequency and percentage of general characteristics (n = 400)

Characteristics	Number (Percentage)
<b>Gender</b>	
Male	31 (7.8)
Female	369 (92.2)
<b>Education</b>	
University program	80 (20.0)
College program	218 (54.5)
Secondary school program	102 (25.5)
<b>Level of the internship hospital</b>	
Grade III level A hospital	241 (60.3)
Grade III level B hospital	34 (8.5)
Grade II level A hospital	110 (27.5)
Grade II level B and other hospitals	15 (3.7)
<b>Department (more than one answer permitted)</b>	
Operation room (OR)	138 (34.5)
Emergency (ER)	181 (45.3)
Intensive care unit (ICU)	192 (48.0)
Gynecology and child medicine	288 (72.0)
Surgery	378 (94.5)
Internal	385 (96.3)

### Prevalence and circumstance of NSIs

The prevalence of NSIs among nursing students in Henan Province was 67% (95% CI 62–72), with 65.7% of the respondents experiencing NSIs 1–3 times. Most of the respondents suffered NSIs during injections (44%), followed by management of venous catheters (22%), and needle waste disposal (20.2%). The majority of respondents experienced NSIs during the day shift (74.6%; Table 2)

**Table 2** Prevalence and circumstance of needlestick injuries

Characteristics	Number	Percentage
<b>Needlestick injuries (n = 400)</b>		
Yes	268	67.0 (95% CI 62–72)
No	132	33.0
<b>Type of nursing work (n = 268)</b>		
Injection process	118	44.0
Blood collection	34	12.7
Venous catheter management process	59	22.0
Surgical serving	3	1.1
Disposal of all kinds of needle waste	54	20.2
<b>Number of needlestick injuries (n = 268)</b>		
1–3 times	176	65.7
4–6 times	50	18.7
5–7 times	22	8.2
8–10 times	14	5.2
>10 times	6	2.2
<b>Working shift (n = 268)</b>		
Day	200	74.6
Evening	46	17.2
Night	22	8.2

### Factors associated with NSIs

Based on the multiple logistic regression analysis (Table 3), female nursing students were 2.9 times (adjusted OR [aOR]; 95% CI, 1.1–7.9) more likely to get NSIs than males. Nursing students who studied at a secondary school program were 2.5 times (95% CI 1.1–6.3) more likely to have NSIs than nursing students who studied in a university program. Nursing students who had a moderate level of knowledge on NSI prevention were 2.8 times (95% CI, 1.6–4.8) more likely to experience NSIs than students who had a high level of knowledge.

Similarly, nursing students who had negative attitudes toward NSIs prevention were 9.0 times (95% CI, 3.5–23.3) more likely to get NSIs than were students with a positive attitude toward NSI prevention. The students who did not attend training

and courses on NSIs prevention were 2.5 times (95% CI, 1.1–6.0) more likely to have NSIs than were the students who completed training and courses on NSI prevention.

**Table 3** Binary and multiple logistic regression of factors associated with needlestick injuries among nursing students in the Henan Province, China

Characteristics	Needlestick injuries		Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
	Yes (n=268) n (%)	No (n=132) n (%)		
Gender				
Male	15 (48.4)	16 (51.6)	Referent	Referent
Female	253 (68.6)	116 (31.4)	1.3 (1.1–4.9)	2.9 (1.1–7.9)*
Education				
University program	35 (43.8)	45 (56.2)	Referent	Referent
College program	146 (67.0)	72 (33.0)	2.6 (1.5–4.4)	1.2 (0.7–2.4)
Secondary school program	87 (85.3)	15 (14.7)	7.5 (3.7–15.1)	2.5 (1.1–6.3) *
Knowledge level of NSI prevention				
High	51 (47.7)	56 (52.3)	Referent	Referent
Medium	197 (73.0)	73 (27.0)	3.00 (1.9–4.7)	2.8 (1.6–4.8) *
Low	20 (87.0)	3 (13.0)	7.3 (2.1–26.1)	3.9 (1.0–15.7)
Attitude level of NSI prevention				
High	46 (50.0)	46 (50.0)	Referent	Referent
Medium	148 (65.8)	77 (34.2)	1.9 (1.2–3.2)	1.5 (0.9–2.7)
Low	74 (89.2)	9 (10.8)	8.2 (3.7–18.4)	9.0 (3.5–23.3) *
Trainings and courses on NSI prevention				
Yes	212 (63.1)	124 (36.9)	Referent	Referent
No	56 (87.5)	8 (12.5)	4.1 (1.9–8.9)	2.5 (1.1–6.0)*

**Note:** NSI, needlestick injury; OR, odds ratio; 95% CI, 95% confidence interval; \**p*-value <0.05.

## Discussion

We found a high prevalence of NSIs among nursing students in Henan Province, which was 67.0% (95% CI 62% to 72%). The current result is similar to previous studies from other parts of China.<sup>4</sup> NSIs in nursing students mainly occurred during the injection on the day shift. Most of the patients get injections and other treatments during day time, due to which, the nurses and the nursing

students experience more NSIs on the day shift as compared to the night shift. Studies had shown that in lower-level hospitals, due to the shortage of medical resources in the hospital, indwelling needles cannot be provided for more inpatients.<sup>11</sup> The large use of disposable needles increased the risk of NSIs among nursing students. Moreover, compared to China’s neighboring countries such as Thailand (27%) has strict occupational health and safety



legislation for health workers than the Henan Province, which could be accountable for a lower prevalence of NSIs than the current result.<sup>17</sup>

In the present study, the female gender had a significant association with NSI. Female nursing students were more prone to NSIs than male nursing students, which is consistent with the results of Ghanei's study.<sup>18</sup> Female nursing students were susceptible to emotional influences at work, and negative emotions such as anxiety, depression, and insomnia which surplus their risk of NSIs.<sup>19</sup>

Regarding the educational programs, this study showed that nursing students participating in secondary school programs were at a higher risk of NSIs than were nursing students in undergraduate programs. This finding is similar to a finding from Iran.<sup>20</sup> The rationale for this finding could be that nursing students in the secondary program had a shorter educational period or short-duration courses related to injection practices. Besides, nursing education in technical secondary schools was severely out of touch with current hospital nursing technology, and most of the course content learned in nursing courses focused on theoretical knowledge instead of its application to the clinical environment. Students have less chance to practice intravenous indwelling needle puncture before the internship.<sup>21</sup>

Concerning the knowledge of NSI prevention, nursing students who were lack of knowledge of NSIs prevention were more vulnerable to NSIs, because the nursing educational institutions and hospitals in the Henan Province did not provide adequate courses on occupational protection or training related to NSIs. In this study, knowledge about using a sharp beveled needle and placing the

beveled face up when doing injection was found significant with NSIs. Furthermore, knowledge of NSIs prevention, i.e., patients who do not comply with the injection treatment, should be assisted by other nursing staff significantly associated with NSIs among Nursing students. It was similar to the results of the Indian study.<sup>22</sup> Also, a study found that infection-control guidelines were considered the commonest source of information on nurses to prevent NSI (49%), followed by information from senior colleagues (36%) and continuing medical education (CME).<sup>23</sup>

Furthermore, the attitude toward NSI prevention was a significant factor in this study, which is similar to the previous study in Poland.<sup>24</sup> In particular, the attitude toward using protective needles and safe blood collection needles; avoiding passing needles by hand, and placing needles in a plate or tray when the needles need to be delivered during the operation; capping needles by one hand; and not separating the needle from the syringe by hand after injection was responsible for NSIs. The underlying reasons for these attitudes are the high load of nursing students in clinical practice, and the inattention and indifference of clinical educators to consequences of NSIs.<sup>25</sup> Nursing students in our study did not work for more than three weeks in each department. Nursing managers in some departments think that the use of protective tools and safety needles will increase the cost of the department and, therefore, limiting the use of these tools by nursing students has created a negative attitude of nursing students while using it.

The strength of this study is the high response rate (100%) from the participants, which

helped to get valid and adequate data. However, the fact that nursing students completed their internship at different periods and subjected to have recall bias, which can be considered as a probable limitation of this study. Further qualitative research is recommended to perform an in-depth investigation about specific reasons for lack of knowledge related to the prevention of NSIs in nursing students.

### Conclusion

Our study highlights the high prevalence of NSIs among nursing students. Being female, studying in the secondary program, lower knowledge and attitude about NSIs prevention, and courses and training on the prevention of NSIs were factors associated with the increased risk of NSIs. Institutes of nursing education and hospitals should focus more on strengthening their courses and pieces of training on the prevention of NSIs to improve the knowledge and attitudes among nursing students. Nursing academic institutions could use the current study results to improve the NSIs prevention guideline for nursing students.

### Acknowledgments

We would like to thank all the nursing students who have participated in this research and their nursing education institutions in Henan province, China for their cooperation and support. We also thank Mae Fah Luang University for financial support.

### References

1. Sriram S. Study of needle stick injuries among healthcare providers: Evidence from a teaching

hospital in India. *J Fam Med Prim Care* 2019; 8(2): 599–603. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe\_454\_18

2. Auta A, Adewuyi EO, Tor-Anyiin A, et al. Global prevalence of percutaneous injuries among healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2018; 47(6): 1972–80. doi:10.1093/ije/dyy208

3. Gupta D, Saxena S, Agrawal VK, et al. Study of knowledge, attitude and practice of needle stick injury among nurses in a tertiary care hospital. *Int J Community Med Public Heal* 2019; 6(2): 865. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20190221

4. Zhang X, Chen Y, Li Y, et al. Needlestick and sharps injuries among nursing students in Nanjing, China. *Workplace Health Saf* 2018; 66(6): 276–84. doi:10.1177/2165079917732799

5. Bao J, Wang F, Hu C. Investigation of needlestick injuries among nursing students in the general hospital. *J Nurs Adm* 2015; 15(2): 135–36.

6. Isara AR, Oguzie KE, Okpogoro OE. Prevalence of needlestick injuries among healthcare workers in the accident and emergency department of a teaching hospital in Nigeria. *Ann Med Health Sci Res* 2015; 5(6): 392–6. doi:10.4103/2141-9248.177973

7. Cooke CE, Stephens JM. Clinical, economic, and humanistic burden of needlestick injuries in healthcare workers. *Med Devices (Auckl)* 2017; 10: 225–35. doi:10.2147/MDER.S140846

8. Black Thomas LM. Nursing faculty experiences with students' needlestick injuries [published online ahead of print, 2020 Feb 20]. *Nurse Educ*. 2020;10.1097/NNE.0000000000000810. doi:10.1097/NNE.0000000000000810
9. Yao WX, Yang B, Yao C, et al. Needlestick injuries among nursing students in China. *Nurse Educ Today* 2010; 30(5): 435-7. doi:10.1016/j.nedt.2009.09.018
10. Zhao F, Zhang M, Xuan J, et al. A large-scale cross-sectional survey on needle-stick injuries related to injections of antidiabetics in China: incidence and infection rates. *Value Heal*. 2018; 21(1):S72. doi:10.1016/j.jval.2018.04.479
11. Suliman M, Al Qadire M, Alazzam M, et al. Students nurses' knowledge and prevalence of needle stick injury in Jordan. *Nurse Educ Today* 2018; 60: 23-7. doi:10.1016/j.nedt.2017.09.015
12. Lukianskyte R, Gataeva J, Radziunaite L. Needle sticks and sharps injuries experienced by staff nurses and nursing students and their prevention. *Int J Infect Control* 2012; 8(1): 3-9. doi:10.3396/ijic.v8i1.002.12.
13. Guo YH, Lyu YY, Yang JH, et al. Data analysis on hepatitis B through pilot surveillance reporting system in Henan Province, 2012-2016. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2018; 39(4): 500-04. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2018.04.023
14. World Health Organization. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB. Geneva; 2010.
15. American Nurses Association. Workplace safety and needlestick injuries are top concerns for nurses. Silver Spring; 2008
16. Tirpude AP, Gaikwad M, Tirpude PA et al. Retrospective analysis of prevalent anatomy spotter's examination: an educational audit. *Korean J Med Educ*. 2019; 31(2): 115-24. doi:10.3946/kjme.2019.123
17. Setthamas M, Sawaengdee K, Theerawit T, et al. Incidence and risk factors of needle stick and sharp injuries among registered nurses in Thailand. *J Public Heal Dev* 2018; 16(1): 17-28.
18. Ghanei Gheshlagh R, Aslani M, Shabani F, et al. Prevalence of needlestick and sharps injuries in the healthcare workers of Iranian hospitals: an updated meta-analysis. *Environ Health Prev Med* 2018; 23(1): 44. doi:10.1186/s12199-018-0734-z
19. Zhang MX, Yu Y. A study of the psychological impact of sharps injuries on health care workers in China. *Am J Infect Control* 2013; 41(2): 186-7. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.023
20. Motaarefi H, Mahmoudi H, Mohammadi E, et al. Factors associated with needlestick injuries in health care occupations: A systematic review. *J Clin Diagnostic Res* 2016; 10(8): IE01-04. doi: 10.7860/JCDR/2016/17973.8221
21. Wang C, Whitehead L, Bayes S. Nursing education in China: Meeting the global demand for quality healthcare. *Int J Nurs Sci* 2016; 3(1): 131-6. doi: 10.1016/j.ijnss.2016.02.009

22. Pavithran VK, Murali R, Krishna M, et al. Knowledge, attitude, and practice of needle stick and sharps injuries among dental professionals of Bangalore, India. *J Int Soc Prev Community Dent* 2015; 5(5): 406-12. doi:10.4103/2231-0762.165932
23. Madhavan A, Asokan A, Vasudevan A, et al. Comparison of knowledge, attitude, and practices regarding needle-stick injury among health care providers. *J Fam Med Prim Care* 2019; 8(3): 840-5. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc\_103\_19
24. Garus-Pakowska A, Górajski M. Behaviors and attitudes of Polish health care workers with respect to the hazards from blood-borne pathogens: a questionnaire-based study. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(5): 891. doi:10.3390/ijerph16050891
25. Gogoi J, Ahmed SJ, Saikia H, et al. A study on knowledge, attitude, practice and prevalence of needle stick injuries among health care workers in a tertiary care hospital of Assam. *Int J Community Med Public Health* 2017; 4: 2031-5. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20172171

## รูปแบบการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

เกษร เกตุชู พย.ม.\*\* วิไลพร กาเชียงราย พย.ม.\*\*\* วิชานีย์ ใจมาลัย พย.ม.\*\*\*\* ชลลดา ไชยกุลวัฒน์นา สด\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่ใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวบรวมงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2560 พบงานวิจัยทั้งหมด 13 เรื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย วิจัยเชิงทดลองจำนวน 12 เรื่อง และวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 1 เรื่อง ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและสร้างความตระหนักโดยให้ข้อมูลย้อนกลับ และ 3) รูปแบบเน้นการฝึกทักษะในการควบคุมตนเอง ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวปฏิบัติในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาต่อไป

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ นักศึกษาระดับปริญญาตรี การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันที่รับบทความ 22 กันยายน 2562 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 2 มิถุนายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 10 สิงหาคม 2563

\*การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักวิชาพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

\*\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา Email: kesorn.ke@up.ac.th

\*\*\*อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา

## Alcohol consumption behavior reduction model for undergraduate student: A systematic review

Kesorn Ketchu M.S.N.\*\* Wilaiporn Kachiangrai M.S.N.\*\*\* Wichanee Jaimalai M.S.N.\*\*\*\* Cholada Chaikoolvatana Dr.PH\*\*\*\*

### Abstract

This study aims to synthesis research studies using systematic review (SR) regarding the model of alcohol consumption behavior reduction in undergraduate students. The sample of the study emphasizes on the undergraduate students, who consume alcoholic beverage. From the selected publications in 2008–2017, the result shows that there are 13 publications according to the criteria. These publications included 12 experimental research studies and one quasi–experimental studies. Models of alcohol consumption behavior reduction consist of: 1) behavioral change model focusing on motivation 2) promoting access to information and creating personal awareness by feedback model, and 3) skill training in self–control model. The three models can be guidelines for effective drinking behavioral reduction in the drinking undergraduate students at the university level.

**keywords:** alcohol consumption behavior; undergraduate student; systematic review

*Received 22 September 2019 Revised 2 June 2020 Accepted 10 August 2020*

---

\*The study was supported by School of nursing, University of Phayao

\*\*Lecturer, School of nursing, University of Phayao, Corresponding author, Email: kesorn.ke@up.ac.th

\*\*\*Lecturer, School of nursing, University of Phayao

\*\*\*\*Assistant Professor, School of nursing, University of Phayao

## บทนำ

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนพบว่า มีสถิติการดื่มเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเฉพาะในนักศึกษา ในสหรัฐอเมริกาพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยกว่า 12 ล้านคนดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 67.5 ในชั้นปีที่ 1-2 และเมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษาชั้นปีที่ 3-4 พบว่าดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 69 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละชั้นปี ส่วนในประเทศไทย พบว่า จังหวัดพะเยามีสถิติการดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันดับ 1 ของประเทศ ซึ่งความชุกของนักดื่มอายุ 20 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 56.4 มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 0.76<sup>2</sup> เมื่อสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาใน 6 เดือนที่ผ่านมาพบถึงร้อยละ 83.8 ความถี่มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 34.0 สาเหตุของการดื่มคือสังสรรค์ร้อยละ 43.5 ส่วนใหญ่ดื่มกับเพื่อนร้อยละ 88.7<sup>3</sup> จะเห็นได้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องตระหนักมากขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ การเข้าถึงแหล่งซื้อขายแอลกอฮอล์ อิทธิพลจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์และแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน<sup>4</sup> จากวิจัยปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง พบว่า แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์คือการได้รับความยินยอมให้ดื่มจากคนในครอบครัว เพื่อน และในชุมชน การได้รับสื่อโฆษณา ความชุกของร้านค้า และความสะดวกในการหาซื้อ<sup>5</sup> จะเห็นได้ว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์นั้นเกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายประการ คือ ตัวเยาวชนเองที่อยากลอง และจากสิ่งแวดล้อม เช่น เพื่อนชักชวน ครอบครัวที่ยอมรับว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องธรรมดา รวมทั้งแหล่งจำหน่ายแอลกอฮอล์ที่สะดวกและหาซื้อได้ง่าย

ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์มีหลายประการ จากงานวิจัยพบว่า เยาวชนเคยดื่มแบบเม้าท์ราน้ำหรือดื่มเกินกำหนดร้อยละ 82.3 ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีอาการเมาค้างมากที่สุดร้อยละ 57.9 ปัญหาสุขภาพมากที่สุดคือ โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 29.7 รองลงมาคือ ได้รับบาดเจ็บจากการดื่มร้อยละ 5.0 ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มากที่สุดคือ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.7 รองลงมาคือ ทำร้ายตัวเองร้อยละ 12.6 ปัญหาครอบครัวที่พบมากที่สุดคือ ทะเลาะวิวาทร้อยละ 23.9 ปัญหาทางเศรษฐกิจที่พบมากที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการซื้อสุราร้อยละ 33.7<sup>6</sup> จะเห็นได้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลเสียทั้งทางสุขภาพกายสุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว

การแก้ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนมีมาอย่างต่อเนื่อง ในชุมชน พบว่าการส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหา ผู้นำชุมชนทำงานเชิงระบบ เชื่อมโยงหลักศาสนาวัฒนธรรม ประเพณี และเรียนรู้ร่วมกันเป็นการแก้ไขปัญหายั่งยืน<sup>7</sup> และรัฐควรกำหนดนโยบายการซื้อขายแอลกอฮอล์ที่ชัดเจน มีมาตรการโฆษณาประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ และที่สำคัญคือการเพิ่มทักษะการดำเนินชีวิตที่เสมือนภูมิคุ้มกันในตัวเยาวชน เป็นเกราะป้องกันจิตใจให้ไม่ยุ่งเกี่ยวกับแอลกอฮอล์จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวิธีการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาที่ได้ผลดีเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล<sup>8</sup> และผลเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์ ขึ้นอยู่กับการตอบสนองส่วนบุคคล กลยุทธ์ที่ใช้ การตั้งเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์<sup>9</sup> อย่างไรก็ตามยังไม่มีบททบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมนักศึกษามหาวิทยาลัยถึงวิธีการที่จะลดการดื่มแอลกอฮอล์ได้ เนื่องจากหากนักศึกษายังคงดื่มอย่างต่อเนื่อง จะมีแนวโน้มเป็นวัยผู้ใหญ่ที่ติดแอลกอฮอล์ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบของการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี เพื่อเป็น

แนวทางพัฒนานโยบายหรือกลยุทธ์ในการลดการตีพิมพ์ แอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบของการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติงานวิจัยตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICO) โดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute)<sup>10</sup> ประกอบด้วย กำหนดหัวข้อวัตถุประสงค์และคำถามในการทบทวน เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การสืบค้นงานวิจัย ประเมินคุณภาพงานวิจัย สกัดข้อมูล สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. คัดเลือกงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศที่เป็นภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึงปี พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นงานวิจัยที่มีกิจกรรม โปรแกรม การจัดการกระทำเกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวแปรต้น และมีผลลัพธ์เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวแปรตาม 2) เป็นงานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษาอายุ 18-25 ปี 3) เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองและงานวิจัยกึ่งทดลอง

2. ดำเนินการสืบค้นรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 กำหนดคำสำคัญ (key words) ในการสืบค้นทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล คือ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ห้องสมุดมหาวิทยาลัยใน

ประเทศไทย วิทยานิพนธ์ของศูนย์บริการสารสนเทศทางเทคโนโลยี และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในห้องสมุดมหาวิทยาลัยพะเยา คือ ProQuest, Medical library, Cochrane library, MEDLINE, Science direct, และ JBI library

3. เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย คัดเลือกรายงานวิจัยโดยมีการตรวจสอบความตรงในการบันทึกข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินงานวิจัยแยกกันกับผู้วิจัย เมื่อพบว่าความเห็นไม่ตรงกันจะปรึกษาคณะที่ 3 เพื่อหาข้อยุติและบันทึกผล

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบคัดกรองงานวิจัย (research screening form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal form) โดยใช้แบบประเมินงานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยกึ่งทดลอง และ 3) แบบสกัดข้อมูล (data extraction form) ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์<sup>10</sup>

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของงานวิจัย ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และใช้การสังเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหาสำหรับจำแนกรูปแบบการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษ

### ผลการวิจัย

จากการสืบค้นรายงานวิจัย พบว่า มีงานวิจัยในฐานข้อมูล ProQuest (520 เรื่อง) Medical library และ MEDLINE (679 เรื่อง) Science direct (515 เรื่อง) ส่วน Cochrane library และ JBI library และการสืบค้นด้วยมือไม่พบรายงานวิจัย ส่วนการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงท้ายงานวิจัย พบ 30 เรื่อง รายงานวิจัยมีชื่อเรื่องซ้ำกันทั้งหมด 51 เรื่อง เมื่อพิจารณาคัดเลือกบทความย่อ มีการคัดออก 1,693 เรื่องจากทั้งหมด 1,709 เรื่อง เนื่องจาก 1) ไม่ใช่งานวิจัยปฐมภูมิ 2) เป็นรายงานวิจัยที่ไม่ได้ศึกษาในนักศึกษายุ



18 -25 ปี 3) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 4) ศึกษาผลลัพธ์ที่ไม่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ จึงเหลือรายงานวิจัย 16 เรื่อง และถูกคัดออกอีก 3 เรื่อง เนื่องจากไม่ระบุวากลุ่มตัวอย่างดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น จึงเหลือรายงานวิจัยทั้งหมด 13 เรื่อง

### ลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษา (study characteristics)

งานวิจัยทั้งหมด 13 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศทั้งหมด ประกอบด้วย งานวิจัยเชิง

ทดลองที่ใช้วิธีสุ่ม 12 เรื่อง และงานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง ศึกษาในประเทศอเมริกา 11 เรื่อง ประเทศแคนาดา 1 เรื่อง และประเทศอังกฤษ 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 18-24 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่างคือ 16 - 454 คน ระยะเวลาศึกษา 2 สัปดาห์ถึง 12 เดือน ส่วนวิธีการลดการดื่มแอลกอฮอล์มีพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีที่ต่างกัน การวัดผลลัพธ์ใช้เครื่องมือและระยะเวลาที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถวิเคราะห์เมตาได้ (meta-analysis) จึงได้วิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามตารางดังนี้

ลำดับ	ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	รูปแบบการลดพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์	เครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษา	ระยะเวลาการ ศึกษา	ผลลัพธ์
1) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจ					
1	Bock et al., 2016 <sup>11</sup>	วิจัยเชิงทดลองใช้โปรแกรม TMAP (Text Message Alcohol Program) คือ 1) ให้ข้อมูลข้อเท็จจริงเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ 2) กลยุทธ์ในการงด/ลดการดื่มแอลกอฮอล์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ 3) ใช้ข้อความเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยส่งข้อความเตือนใจและเพิ่มแรงจูงใจ	- ใช้ดื่มมาตรฐาน (standard drink) - Alcohol Use Graduated Frequency survey	ระยะเวลาการศึกษา 6 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง มีการดื่มที่น้อยลง ( $p < 0.05$ ) และมีกลยุทธ์ในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงที่จะดื่มเพิ่มขึ้น
2	Braitman & Henson, 2016 <sup>12</sup>	วิจัยเชิงทดลอง ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Alcohol 101 plus) ร่วมกับการส่งเสริมลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) การสะท้อนข้อมูลย้อนกลับเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐาน 2) ให้การสนับสนุนกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนถึงกลยุทธ์การป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	- ใช้เครื่องมือ Drinking Questionnaire - Brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire (B-YAACQ)	ระยะเวลาการศึกษา 2 สัปดาห์	การดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ( $p < 0.05$ )
3	Leeman et al., 2016 <sup>13</sup>	วิจัยเชิงทดลอง ใช้โปรแกรม THRIVE โดยใช้หลักการสะท้อนข้อมูลส่วนบุคคล ร่วมกับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุ่มเข้ากลุ่ม 4 กลุ่ม คือ 1) control 2) US-thrive + direct PBS only 3) US-thrive + indirect PBS only 4) US-thrive + full PBS โดยกลยุทธ์ทางตรง คือ ลด/จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนกลยุทธ์ทางอ้อม คือ การคบเพื่อน วางแผนด้านความเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์	- ใช้เครื่องมือ Daily Drinking Questionnaire Revised (DDQ-R) - แบบสอบถามจำนวนแอลกอฮอล์ที่ดื่มมากที่สุดต่อครั้ง	ระยะเวลาการศึกษา 1 เดือน	กลุ่มที่ 4 อัตราการดื่มต่อสัปดาห์และจำนวนการดื่มที่ลดลง (rate ratio = 0.62, 0.74) - ในกลุ่ม indirect อัตราการดื่มลดลง (rate ratio = 0.74)

ลำดับ	ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	รูปแบบการลดพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์	เครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษา	ระยะเวลาการ ศึกษา	ผลลัพธ์
4	Hester, Delaney & Camp bell, 2012 <sup>14</sup>	วิจัยเชิงทดลอง ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เสริมสร้างแรงจูงใจ (The college drinker's check-up) ได้แก่ 1) look at you drinking module คือ ออกกำลังกายสมดุลง ประเมินการดื่มอย่างเข้มงวด ปัญหาที่เกิดขึ้นและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดปัญหา 2) get feedback module คือ สะท้อนข้อมูลเปรียบเทียบเพศ ค่านิยมของนักศึกษา มหาวิทยาลัย 3) consider your options คือ ตัดสินใจออกกำลังกายอย่างสมดุลง พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงตนเอง วางแผนลดการดื่มแอลกอฮอล์	- The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) - The Brief Drinker's Profile (BDP) - The College Students Alcohol Problems (CSAP)	ระยะเวลาการศึกษา 1 เดือน	-กลุ่มทดลองมีการลดการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อวัดผล 1 เดือนและ 12 เดือน ( $p < 0.05$ )
5	Voogt et al., 2013 <sup>15</sup>	วิจัยเชิงทดลองใช้โปรแกรม web-based brief alcohol intervention แบ่งเป็น 1) ระวังสร้างแรงจูงใจ คัดกรองข้อมูลและสะท้อนข้อมูลย้อนกลับ 2) ระวังปฏิบัติ ให้ตั้งเป้าหมายลดการดื่มในระยะสั้น และส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง	-The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ประเมินการดื่มแอลกอฮอล์	ระยะเวลาการศึกษา 1 เดือน	ไม่สามารถลดการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติ
6	Fazzino, Rose & Helzer, 2016 <sup>16</sup>	วิจัยเชิงทดลอง โดยการใช้การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับ web-based brief intervention โดยมีคำถาม 1) การดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา 2) ผลของการดื่มที่ทำให้เกิดปัญหา 3) ประเมินพฤติกรรม การควบคุมตนเองในการดื่มแอลกอฮอล์	-The Daily Drinking Calendar - AUDIT - The Rutgers Alcohol Problem Index	ระยะเวลาการศึกษา 1 เดือน	การดื่มแอลกอฮอล์ลดลงทั้งสองกลุ่ม แต่ไม่มีความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติ
2) รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและสร้างความตระหนักโดยให้ข้อมูลย้อนกลับ					
7	Jouriles et al., 2010 <sup>17</sup>	วิจัยเชิงทดลองใช้การสะท้อนข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) typical เป็นการประเมินออนไลน์ ให้ข้อมูลส่วนบุคคลย้อนกลับเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ผ่านระบบ e Check-up (20 นาที) 2) reading ให้อ่านข้อมูล 20 นาที แล้วให้อ่านข้อมูลสะท้อนกลับ 3) recall มีเวลาให้ถามข้อมูล 20 นาที แล้วเขียนข้อมูลสะท้อนกลับ	- ใช้เครื่องมือ 14 -day drinking calendar ประยุกต์จาก The Daily Drinking Questionnaire (DDQ)	ระยะเวลาการศึกษา 2 สัปดาห์	กลุ่ม reading และกลุ่ม recall มีการดื่มในภาพรวม และจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง ( $p < 0.05$ )
8	Lewis et al., 2014 <sup>18</sup>	วิจัยเชิงทดลอง วิธีการ คือ ให้นักศึกษาตอบคำถามการดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 เดือนที่ผ่านมา และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ คือ แสดงข้อมูลย้อนกลับเป็นกราฟและมีการเปรียบเทียบการดื่มกับข้อมูลของกลุ่มเพื่อนที่อายุเท่ากัน	- DDQ - Quantify/Frequency/Peak Alcohol Use Index - BYAACQ	ระยะเวลาการศึกษา 3 เดือน	มีการลดการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol consumption) ในกลุ่มทดลอง ( $p < 0.05$ )

ลำดับ	ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	รูปแบบการลดพฤติกรรมมารดื่ม แอลกอฮอล์	เครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษา	ระยะเวลาการ ศึกษา	ผลลัพธ์
9	King, 2015 <sup>19</sup>	วิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบวิธีให้คำแนะนำผ่านระบบวิดีโอ (video) และวิธีให้คำแนะนำที่มีการพบเจอกัน (face-to-face) ตามโปรแกรม BASICS โดยกลุ่มที่ใช้วิดีโอ จะรับรู้จากการสื่อสารทางเดียว และกลุ่มที่มีการพบเจอกัน เน้นการมีส่วนร่วม พูดคุยสื่อสารกับนักบำบัดทุกครั้ง ครั้งละ 50-60 นาที 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์	- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) - Rutgers Alcohol Problem Index - DDQ	ระยะเวลาการศึกษา 3 เดือน	ลด alcohol consumption , alcohol problems ( $p < 0.05$ ) และแนะนำให้ใช้การสื่อสารที่มีการพบเจอกัน
10	Miller, 2015 <sup>20</sup>	วิจัยเชิงทดลองใช้วิธี personalized feedback interventions (PFI) แบ่งเป็น 1) norms only PFI ให้ข้อมูลสะท้อนการดื่มแอลกอฮอล์ เปรียบเทียบกับนักศึกษาส่วนใหญ่ 2) enhanced PFI เพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ผลเสียด้านสุขภาพ และกลยุทธ์ลดความเสี่ยงที่จะดื่มแอลกอฮอล์ 3) choice PFI เพิ่มคำถาม 2 ข้อเพื่อให้ข้อมูลสะท้อนกลับ	- The Daily Drinking Questionnaire - A modified version of the Brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire	ระยะเวลาการศึกษา 1 เดือน	สามารถลดการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ไม่มี ความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติ
3) รูปแบบการฝึกทักษะในการควบคุมตนเอง					
11	Med juck, 2014 <sup>21</sup>	การวิจัยเชิงทดลองใช้หนังสือติดตามควบคุมตัวเอง (brief self-help book) ถูกออกแบบตามเทคนิคพฤติกรรมและการรับรู้ในรูปแบบที่พัฒนาความสัมพันธ์ที่ดี (ต่างเพศ) ลดความวิตกกังวล และลดพฤติกรรมคุกคามจากการดื่มแอลกอฮอล์	- ใช้แบบสอบถาม ชั่วโมงการดื่ม (total drinking hours)	ระยะเวลาการศึกษา 5 สัปดาห์	กลุ่มที่ใช้หนังสือติดตามควบคุมตัวเอง มีชั่วโมงการดื่มที่ลดลง ( $p < 0.01$ )
12	Logan, 2015 <sup>22</sup>	วิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม 1) alcohol skills training program (ASTP) ใช้เทคนิคการสร้างจุดตามแนวปฏิบัติ 2) ใช้โปรแกรม BASICS สะท้อนข้อมูลส่วนบุคคลผ่านระบบออนไลน์ ให้ความรู้ฝึกทักษะการรับรู้พฤติกรรม และวางแผนลดความเสี่ยง 3) alcohol diversion program (ADP) เน้นการให้สูศึกษา	- The Daily Drinking Questionnaire (DDQ) - The Rutgers Alcohol Problem Index	ระยะเวลาการศึกษา 2, 6 เดือน	ลดระยะเวลาในการลดค่าแอลกอฮอล์ในเลือด ในกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ( $p < 0.05$ ) แต่กลุ่มที่ 3 ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ
13	Terlecki, Buck ner, Larimer & Cope land, 2015 <sup>23</sup>	วิจัยเชิงทดลอง ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ [BASICS] ประกอบด้วย ประเมินการดื่มและให้ข้อมูลย้อนกลับตามข้อมูลพื้นฐานของนักศึกษา ใช้กลยุทธ์ในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ เน้นการติดตามอย่างต่อเนื่อง (alcohol monitoring card) ในการควบคุมตนเอง บนหลักการสร้างแรงจูงใจ	- DDQ -The Quantity /Frequency Index, The Rutgers Alcohol Problem Inventory	ระยะเวลาการศึกษา 1, 3, 6, 12 เดือน	สามารถลดการดื่มแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ได้ทั้งในระยะสั้น (1 เดือน) และระยะยาว (1 ปี) ( $p < 0.05$ )

เมื่อสังเคราะห์เนื้อหาจากงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการจัดกระทำในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สามารถสรุปรูปแบบของวิธีการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3 รูปแบบ คือ

1) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข้อเท็จจริง การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสริมสร้างแรงบวกในการควบคุมตนเอง องค์ประกอบที่ทำให้สำเร็จ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ซึ่งพบว่าโนโปรแกรมดังกล่าวนี้ กลุ่มตัวอย่างจะมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย<sup>11,12,13,14</sup>

2) รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและสร้างความตระหนักโดยให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ส่งเสริมและช่วยในการตัดสินใจที่จะลดพฤติกรรมการดื่มลง ผ่านการใช้ระบบออนไลน์เข้ามาช่วยในการเข้าถึงข้อมูลที่ย่างและมีความเป็นส่วนตัวซึ่งเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนมีการสร้างระบบตอบสนองต่อข้อมูลที่ป้อนเข้ามาอย่างรวดเร็ว สะท้อนกลับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ป้อนเข้ามาด้วยข้อเท็จจริง แสดงผ่านกราฟ รูปภาพที่มีการเปรียบเทียบ สร้างความตระหนักให้ลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>17,18,19</sup>

3. รูปแบบการฝึกทักษะในการควบคุมตนเอง โดยเน้นการฝึกทักษะในการควบคุมตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ทักษะการปฏิเสธ หรือการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ให้นักศึกษาสามารถควบคุมสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ได้ดี และลดการดื่มแอลกอฮอล์ลง<sup>21,22,23</sup>

## การอภิปรายผล

จากการสรุปเชิงเนื้อหาในรายงานวิจัยมี 3 รูปแบบที่ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ คือ 1) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและสร้างความตระหนักโดยให้ข้อมูลย้อนกลับทางสื่อออนไลน์ และ 3) รูปแบบการฝึกทักษะในการควบคุมตนเอง ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวิธีการ รูปแบบกิจกรรมที่ลดการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในประเทศไทยที่มีประสิทธิภาพ โดยมีพื้นฐานทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ และทฤษฎีการสื่อสารที่เน้นการเข้าถึงข้อมูลในช่องทางที่เหมาะสมกับกลุ่มเยาวชน คือ เข้าถึงง่ายโดยใช้สื่อออนไลน์และสะท้อนข้อมูลย้อนกลับเพื่อสร้างความตระหนัก และทฤษฎีการควบคุมตนเอง ซึ่งเน้นการฝึกทักษะในสถานการณ์เสี่ยงที่ต้องตัดสินใจสอดคล้องกับแนวทางป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่น คือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม 5 ประเด็นคือ 1) เพิ่มพูนความรู้สร้างความตระหนักและแรงจูงใจที่จะทำให้หยุดดื่ม 2) สำรวจทัศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ 3) พัฒนาทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธ 4) พัฒนาความมีคุณค่าในตัวเอง และ 5) พัฒนาความตระหนักถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์<sup>24</sup>

ผลการศึกษาผลลัพธ์ของรายงานวิจัย เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ วัดผลลัพธ์ที่หลากหลาย คือ 1) ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อสัปดาห์หรือต่อเดือน 2) ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 3) ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ และ 4) ผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เช่น ผลเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น แต่มี 3 งานวิจัยที่ไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ ซึ่งอาจจะต้องมีการศึกษาวิจัยซ้ำในอนาคต ส่วนข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ คือ ฐานข้อมูลที่เข้าถึงได้จำกัด ตามฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยพะเยา เท่านั้น และงานวิจัยทั้งหมดทำในต่างประเทศ อาจมีบริบทที่แตกต่างจากประเทศไทย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถประยุกต์เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมในการลดพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษามหาวิทยาลัยต่อไป
2. การเตรียมพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยสร้างแรงจูงใจให้ตระหนักด้วยตนเอง และใช้สื่อออนไลน์ให้ผลดีในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษามหาวิทยาลัย

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมในการสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษาในระยะยาว และควรศึกษาแบบอภิมาน (meta-analysis) ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยและขอขอบคุณนักศึกษาทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจนได้มีกรทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้

### References

1. Martin RJ, Chaney BH, Cremeens-Matthews J. Examination of breath alcohol concentration (BrAC) levels, alcohol use disorders identification test (AUDIT-C) classification and intended plans for getting home among bar-attending college students. *The American Journal on Addictions* 2015; 24(4): 285-8.
2. Center of Alcohol Studies. The international health policy program [internet]. Ministry of Public Health; 2013 [cited 2019 May 4th]. Available from: <http://cas.or.th/cas/>
3. Jaimalai W, Wongkeene W, Ketchu K, Kosalwat S, Chaikoolvatana C. Alcohol drinking behavior among undergraduate students in Phayao Province. *Journal of Public Health Nursing* 2017; 31(2): 109-25. (in Thai)
4. Buasorn R, Ratchadapunnathikul C. Alcohol consumption behavior of bachelor's degree students in the Bangkok area. *Rama Nursing Journal* 2012; 18(2): 259-71. (in Thai)
5. Kaochim P, Saethang D. Factors related to alcohol drinking behavioral of the people in university: case study in public university: UMT-POLY *Journal* 2012; 9(1): 1-13. (in Thai)
6. Onmoy P. First alcohol drinking, Binge drinking and alcohol-related consequences among youth in Muang district Uttaradit province. Center of alcohol studies [internet]. 2010 Jan [cited 2010 May 14]. Available from: <http://ihppthai.gov.net/DB/publication/attachresearch/184/chapter1.pdf> (in Thai)
7. Khorphon S, Pankeaw J, Sarobol T, Sitthisongkram S, Chaisrisawat S, Chaisrisawat S, et al. Use of participatory (PAR) in preventing and solving problems caused by alcohol consumption in the community of Nong Tao Kammai Village, Pa Phai sub-district, San Sai district, Chiang Mai province. *Journal of Community Development and Life Quality* 2014; 2(3): 313-24. (in Thai)
8. Hennessy EA, Tanner-Smith EE. Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention science* [Internet]. 2014 Oct [cite 2019 Aug]; 16(3): 463-74. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-014-0512-0>

9. Scott-Sheldon LA, Carey KB, Elliott JC, Garey L, Carey MP. Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology* 2014; 82(2): 177.
10. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2014 edition [Internet]. South Australia: Joanna Briggs Institute; 2014 [cited 2018 May 4th]. Available from: <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers Manual-2014.pdf>
11. Bock BC, Barnett NP, Thind H, Rosen R, Walaska K, Traficante R, et al. A text message intervention for alcohol risk reduction among community college students: TMAP. *Addictive behaviors* 2016; 63: 107-13.
12. Braitman AL, Henson JM. Personalized boosters for a computerized intervention targeting college drinking: The influence of protective behavioral strategies. *Journal of American college health* 2016; 64(7): 509-19.
13. Leeman RF, DeMartini KS, Georghiou R, Nogueira C, Corbin WR, Neighbors CA, et al. Randomized controlled trial of a very brief, multicomponent web-based alcohol intervention for undergraduates with a focus on protective behavioral strategies. *Journal of consulting and clinical psychology* 2016; 84(11): 1008-15.
14. Hester RK, Delaney HD, Campbell W. The college drinker's check-up: Outcomes of two randomized clinical trials of a computer-delivered intervention. *Psychology of Addictive Behaviors* 2012; 26(1): 1-12.
15. Voogt CV, Poelen EA, Kleinjan M, Lemmers LA, Engels RC. The effectiveness of the 'what do you drink' web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among students: a two-arm parallel group randomized controlled trial. *Alcohol and alcoholism* 2013; 48(3): 312-21.
16. Fazzino TL, Rose GL, Helzer JE. An experimental test of assessment reactivity within a web-based brief alcohol intervention study for college students. *Addictive behaviors* 2016; 52: 66-74.
17. Jouriles EN, Brown AS, Rosenfield D, McDonald R, Croft K, Leahy MM. Improving the effectiveness of computer-delivered personalized drinking feedback interventions for college students. *Psychology of addictive behaviors* 2010; 24(4): 592-9.
18. Lewis MA, Patrick ME, Litt DM, Atkins DC, Kim T, Blayney JA, et al. Randomized controlled trial of a web-delivered personalized normative feedback intervention to reduce alcohol-related risky sexual behavior among college students. *Journal of consulting and clinical psychology* 2014; 82(3): 429-40.
19. King SC. A comparison between telehealth and face-to-face brief alcohol interventions for college students [dissertation]. Lincoln: University of Nebraska; 2015.
20. Miller MB. Comparative efficacy of alternate personalized feedback interventions for college alcohol misuse. [dissertation]. OK: Oklahoma State University; 2015.

21. Medjuck JL. Heterosocial Anxiety Intervention for Excessive Alcohol Users in College: A Bibliotherapy Approach [dissertation]. Reno: University of Nevada; 2014.
22. Logan DE, Kilmer JR, King KM, Larimer ME. Alcohol interventions for mandated students: Behavioral outcomes from a randomized controlled pilot study. *Journal of studies on alcohol and drugs* 2015; 76(1): 31-7.
23. Terlecki MA, Buckner JD, Larimer ME, Copeland AL. Randomized controlled trial of BASICS for heavy drinking mandated and volunteer undergraduates: 12-month outcomes. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the society of psychologists in addictive behaviors* 2015; 29(1): 1-27.
24. Thongseaw N. Prevention of alcohol abuse in adolescents. *Journal of nurses association of Thailand northern office* 2018; 24(2): 1-11. (in Thai)

## ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด\*

โสภิตา กิพย์สวัสดิ์ พย.ม\*\* เพ็ญพิศ ฐาณวัฒน์นันท์ ปส.ด\*\*\* อารณภิกษย์ ชิวเพ็ชร ปส.ด\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย ใช้เวลาในการดำเนินการ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่คู่ และสถิติที่อิสระ ผลการวิจัยพบว่า ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

วันที่รับบทความ 20 มกราคม 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 กรกฎาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 23 กรกฎาคม 2563

\*ทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

\*\*อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาล มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

\*\*\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์สงขลา Email: ploenpit.t@psu.ac.th

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์สงขลา



## The effect of behavioral change program for smoking cessation on smoking cessation among smokers in a risk group of cardiovascular diseases\*

Sopida Thipsawat M.S.N.\*\* Ploenpit Thaniwattananon Ph.D\*\*\* Apornitip Buapetch Ph.D\*\*\*\*

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of behavioral change program for smoking cessation on smoking cessation among smokers in a risk group of cardiovascular diseases. Fifty-two smokers in risk group of cardiovascular diseases in Bannadoem, Suratthani were recruited. Smokers were divided into control group and experimental group, twenty-six each group. This program period was for eight weeks. Data were analyzed using paired t-test and independent t-test. The results of the experiment revealed that decision balance in smoking, mean score of self-efficacy in smoking and behavior in smoking were statistically significantly better than before received the program and the control group ( $p < .001$ ).

**keywords:** behavior in smoking cessation; the behavioral change program for smoking cessation; risk group of cardiovascular diseases

*Received 20 January 2020 Revised 23 July 2020 Accepted 23 July 2020*

---

\*Research funding from Tobacco Control Research and Knowledge Management Center

\*\*Lecturer, School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat

\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Corresponding Author, Email: ploenpit.t@psu.ac.th

\*\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

**บทนำ**

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลก เปิดเผยว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2558 เท่ากับ 412.70, 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 คนตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9, และ 32.3 คน จากสถิติดังกล่าวทำให้เห็นว่าอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคนี้กำลังทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น<sup>2</sup>

บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักสำคัญและสามารถทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>3</sup> รวมถึงทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 1.37 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่<sup>4</sup> ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 3 ล้านคน มีประวัติการสูบบุหรี่และได้รับวันบุหรี่มือสองร่วมด้วย<sup>1</sup> ในปัจจุบันพบว่า มีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคนทั่วโลก โดยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่โดยตรงถึงปีละ 6 ล้านคน มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี ถ้าหากไม่มีมาตรการในการควบคุมการสูบบุหรี่<sup>5</sup> สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2561 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน และภาคใต้ยังคงมีสถิติการสูบบุหรี่สูงสุดและอัตราการสูบบุหรี่ลดลงน้อยที่สุด สอดคล้องกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2560 ที่พบว่าผู้สูบบุหรี่สูงสุดเป็นลำดับที่ 8 ของประเทศ<sup>6</sup> ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

จากปัญหาการสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักและสามารถทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ องค์การอนามัยโลกจึงเรียกร้องให้หลายประเทศขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงกำหนดให้มึนนโยบายให้ความช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยการให้ทางภาครัฐ จัดคำปรึกษาพยาบาลให้แก่คนกลุ่มนี้ รวมถึงให้เปิดให้คำปรึกษาในแบบออนไลน์โดยไม่เสียค่าบริการ ในส่วนของประเทศไทย การช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชน พบว่ามีการให้บริการเลิกบุหรี่โดยมีการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ภายในโรงพยาบาลชุมชน บางหน่วยงานอาจมีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อีกทั้งมีการขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนในการเป็นกำลังสำคัญในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แต่ยังคงไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร<sup>7</sup> สอดคล้องกับรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาลในทุกรอบของการสำรวจ<sup>8</sup> ดังนั้นจึงต้องมีการช่วยเหลือเลิกบุหรี่เชิงรุกในชุมชน เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนสามารถเลิกบุหรี่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในปัจจุบันมีผู้สนใจศึกษาวิธีการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่หลากหลาย ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 5 เอ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และโดยเฉพาะทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model) ของโปรชาสกาและโดคิเมนเต้ (Prochaska and Diclemente)<sup>9</sup> ซึ่งกล่าวว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยุ่งยากและซับซ้อน ต้องอาศัย ความตั้งใจ ความพร้อม และความเชื่อมั่น ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 4 โครงสร้างหลักสำคัญ ได้แก่ ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) กระบวนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม (process of change) ความสมดุลของการตัดสินใจ (decision balance) และการรับรู้ความสามารถของตนเองและสิ่งเย้ายวนใจ (self-efficacy and temptation) ซึ่งทฤษฎีนี้มีจุดเด่นในการจำแนกบุคคลตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยส่งเสริมความสมดุลของการตัดสินใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองและสิ่งเย้ายวนใจเป็นสำคัญ ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เกิดขึ้น

จากการศึกษาของ เบญจมาศ และคณะ<sup>9</sup> เป็นการศึกษาถึงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้น และสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัย การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาภายในเขตเทศบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มยังไม่มีความเสี่ยงของการเกิดโรคกิจกรรมที่จัดให้จึงอาจเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มนั้นๆ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีช่วงเวลาในการทำงานที่แน่นอนตามระบบเวลาของราชการ แต่ผู้สูบบุหรี่นอกเขตเทศบาลในการศึกษานี้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาจมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคได้ในอนาคต การจัดกิจกรรมจึงต้องมีความเข้มข้นและเพียงพอที่จะทำให้อายุขัยของกลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น การทำสวนยางพารา และการทำสวนปาล์มน้ำมัน ซึ่งมีช่วงเวลาการใช้ชีวิตที่แตกต่างกับผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่

ในเขตเทศบาล ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางวัน และทำงานในตอนกลางคืน จึงอาจยังมีข้อจำกัดในการนำไปปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่นอกเขตเทศบาล ซึ่งพบว่ายังไม่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้มาก่อน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่ออาการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเด็นต่างๆ ได้แก่

1. เพื่อเปรียบเทียบความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model) ของ โพรชาสกาและไดคลิเมนเต้<sup>8</sup> เพื่อพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ฯ ซึ่งกล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่เป็นสิ่งที่ยุ่งยากและซับซ้อน การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องมีความตั้งใจ ความพร้อม และความเชื่อมั่น ซึ่งบุคคลแต่ละบุคคล มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกัน วิธีการช่วยเหลือจึงมีความแตกต่างกันด้วย การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ฯ ใช้ระยะการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม (stage of change) ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา และใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (process of change) ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ (decision balance) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ (self-efficacy) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ดีขึ้น

**ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมิถุนายนถึง สิงหาคม 2562

**กลุ่มตัวอย่าง**

ผู้สูบบุหรี่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณหาขนาดอิทธิพลจากสูตรของโคเฮน (Cohen)<sup>10</sup> จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน<sup>11</sup> ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.087 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power) .80 แต่เนื่องจากเป็นขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้เป็นอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงลดขนาดอิทธิพลเหลือ 0.80 เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อความน่าเชื่อถือ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย โดยมีการจับคู่ (matching) เพศและระดับการเสพติดนิโคติน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้สูบบุหรี่เพศชายและเพศหญิง ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปานกลาง ถึงสูงอันตราย 2) มีระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะลังเลใจ 3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการ

คัดกรองสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)<sup>12</sup> 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) สามารถติดตามทางโทรศัพท์และเข้าเยี่ยมบ้านได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่อยู่ตลอดการศึกษา

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เครื่องมือประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบตารางสี (color chart) เป็นแบบชนิดตรวจสอบรายการ แบ่งเป็นระดับความเสี่ยง 5 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก และสูงอันตราย 2) เครื่องมือประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นแบบชนิดตรวจสอบรายการ แบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะไม่สนใจ ระยะลังเลใจ ระยะเตรียมตัว ระยะปฏิบัติ และระยะปฏิบัติต่อเนื่อง และ 3) เครื่องมือแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)<sup>12</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนตามระดับการศึกษา ถ้าได้คะแนนน้อยกว่าจุดตัด สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ยุ่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) การดำเนินกิจกรรม การติดตาม และการประเมิน 2) แผนการสอนโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ยุ่ สำหรับผู้วิจัย เป็นเวลา 8 สัปดาห์ 3) สื่อที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง วิดิทัศน์ตัวแบบที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการสูบบุหรี่ และวิดิทัศน์ตัวแบบที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ คู่มือเลิกบุหรี่ ใบกิจกรรม และ 4) แบบบันทึกของโปรแกรม ได้แก่ แบบบันทึกปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และชุดข้อมูลแนวทางการให้คำปรึกษาตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ 2) แบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน<sup>11</sup> 3) แบบสอบถามความสมดุลการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ของภานิสา ระยะเวลา<sup>13</sup> เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, และ 1 แบ่งเป็นคะแนนรวมข้อดี 10-50 คะแนน คะแนนรวมข้อเสีย 10-50 คะแนน และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างคะแนนรวมข้อดีและคะแนนรวมข้อเสีย ถ้าคะแนนรวมข้อดีมากกว่าคะแนนรวมข้อเสีย หมายถึง สมดุลการตัดสินใจเลิกบุหรี่อยู่ทางบวก คะแนนรวมข้อดีเท่ากับคะแนนรวมข้อเสีย หมายถึง ยังไม่ตัดสินใจเลิกบุหรี่ และ คะแนนรวมข้อดีน้อยกว่าคะแนนรวมข้อเสีย หมายถึง สมดุลการตัดสินใจเลิกบุหรี่อยู่ทางลบ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พิจารณาคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสียความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ร่วมด้วย 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของพัชรินทร์ อินทร์ปรุง<sup>14</sup> เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 อันดับ ได้แก่ มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มาก มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย และไม่มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 3, 2, 1, และ 0 ตามลำดับโดยมีทั้งคำถามทางบวกและทางลบ และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของภานิสา ระยะเวลา<sup>13</sup> เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 อันดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนได้แก่ 2, 1, และ 0 โดยคำถามมีทั้งคำถามทางบวกและทางลบ ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวเป็นแบบให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเองอย่างอิสระ (self-report)

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ เครื่องมือการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และเครื่องมือพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และนำแบบสอบถามความสมดุลการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูบบุหรี่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 20 ราย ได้ค่า Cronbach's Coefficient เท่ากับ .80, .82, และ .82 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากได้รับการอนุมัติ จึงขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่เพื่อเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากตำบลจากทั้งหมด 4 ตำบล ตำบลที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม และตำบลที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเบื้องต้นแล้ว ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ จึงติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์รายชื่อต่อไป จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมทั้งสิ้น 52 ราย ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลในทุกขั้นตอนได้ดำเนินการที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

การพยาบาลตามมาตรฐานปกติ หมายถึง การได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่จากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง และมีหน้าที่รับผิดชอบงานเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากบุหรี่ และผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลใกล้ชิด ซึ่งทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกตินี้ด้วย

**การดำเนินการในกลุ่มควบคุม**

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน และให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 20 นาที และนัดหมายขอเข้าพบที่บ้านของกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 ข้อเสนอแนะ ภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมควรได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ด้วยเพื่อเป็นการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมว่าด้วยหลักแห่งความยุติธรรม

**การดำเนินการในกลุ่มทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)**

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน และให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 20 นาที หลังจากนั้นดำเนินโปรแกรม

**ขั้นตอนที่ 1** การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ซึ่งดำเนินการไปแล้วในเกณฑ์คัดเข้า โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation)

**ขั้นตอนที่ 2** การดำเนินกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

**2.1 กิจกรรมสร้างความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่**

2.1.1 กิจกรรม “รู้ทันบุหรี่” เป็นการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่ ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ และผลเสียของการสูบบุหรี่ บุหรี่กับการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด มอbcmือมือการเลิกบุหรี่และการบันทึก

ปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวันด้วยตนเอง พร้อมทั้งแนะนำวิธีการใช้

2.1.2 กิจกรรม “How do you feel: คุณรู้สึกอย่างไร” โดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมชมวีดิทัศน์ตัวอย่างที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการสูบบุหรี่ หลังจากชมวีดิทัศน์จบ ให้กลุ่มทดลองพูดระบายความรู้สึกหลังจากชมวีดิทัศน์

2.1.3 กิจกรรม “บุหรี่ดีหรือร้าย” โดยให้กลุ่มทดลองเขียนผลดีและผลเสียของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ ลงในใบกิจกรรม “บุหรี่ดีหรือร้าย” (ในคู่มือ) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัยเกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อบุคคลใกล้ชิดและสิ่งแวดล้อม

**2.2 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่**

2.2.1 กิจกรรม “This is new me”: นี่แหละฉันคนใหม่” โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองจินตนาการภาพลักษณะของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และจินตนาการภาพลักษณะของตนเองเมื่อเลิกบุหรี่ได้ หลังจากนั้นเขียนภาพลักษณะที่จินตนาการได้ลงในใบกิจกรรม “This is new me: นี่แหละฉันคนใหม่” จากนั้นผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์ตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ที่มาเล่าประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ให้กลุ่มทดลองชม หลังจากนั้นกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้วิจัยว่าตัวแบบในวีดิทัศน์กับภาพลักษณะที่จินตนาการไว้แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

**ขั้นตอนที่ 3** ในวันที่ 3 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม “รู้ทันบุหรี่”, กิจกรรม “How do you feel: คุณรู้สึกอย่างไร, กิจกรรม “บุหรี่ดีหรือร้าย” และกิจกรรม “This is new me: นี่แหละฉันคนใหม่” ในสัปดาห์ที่ 3, 5, 6, และ 7

3.1 กิจกรรม “Tel to You”: กิจกรรมติดตามทางโทรศัพท์ ในวันที่ 3 สัปดาห์ที่ 3, 5, และ 6 ใช้เวลา 10-15 นาทีต่อราย โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (process of change) ร่วมกับชุดข้อมูล

แนวทางการให้คำปรึกษาตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.2 กิจกรรม “I meet you: กิจกรรมเยี่ยมบ้าน” ในสัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลา 10-15 นาทีต่อราย ผู้วิจัยจะประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (process of change) ร่วมกับชุดข้อมูลแนวทางการให้คำปรึกษาตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

#### ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์ที่ 8

การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) และเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการศึกษา

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัส PSU IRB 2019-Nst 006 และผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานการติดบุหรี่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ chi-square, independent t-test, Mann Whitney u test และ fisher's exact test

2. ทดสอบการกระจายข้อมูลแบบปกติ (normality) ด้วยวิธีการตรวจสอบค่าคะแนนมาตรฐานการกระจายข้อมูลแบบปกติ (z-score) ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ซึ่งค่าที่ได้อยู่ในช่วง  $\pm 3.29^{15}$  แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติสามารถใช้สถิติที่คู่ (paired t-test) และสถิติที่อิสระ (independent t-test) ในการวิเคราะห์ได้

## ผลการศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกันในด้านข้อมูลทั่วไป ( $p > .05$ ) โดยทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 96.20 ด้านอายุ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 68.69 ปี (SD = 6.87) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.27 ปี (SD = 10.90) ในด้านสถานภาพสมรส ทั้ง 2 กลุ่มมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 88.5 และ 100 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษา ทั้ง 2 กลุ่มจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.6 และ 53.8 ตามลำดับ ด้านอาชีพ ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพกรีดยาง ร้อยละ 84.6 และ 73.1 ตามลำดับ ด้านการมีรายได้ ทั้งสองกลุ่มมีรายได้ ร้อยละ 96.2 และ 80.8 ตามลำดับ

**ข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่** ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกัน ( $p > .05$ ) ในด้านข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ ได้แก่ ด้านประเภทของบุหรี่ที่สูบ ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม สูบบุหรี่ประเภทบุหรี่ยี่ห้อตัวเอง ร้อยละ 80.8 และ 88.5 และด้านระดับการเสพติดนิโคติน พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ (3-4 คะแนน) ร้อยละ 61.5

**ผลการทดสอบสมมติฐาน แยกตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้**

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่หลังได้รับโปรแกรม ยังคงอยู่สมดุลทางบวก (ร้อยละ 100) เช่นเดียวกับก่อนได้รับโปรแกรม (ร้อยละ 100) และเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100) แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสีย ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ยังคงอยู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสียความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ยังคงอยู่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ( $\bar{x} = 34.04$ , SD = 5.26) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $\bar{x} = 23.12$ , SD = 8.18) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 25.12$ ,

SD = 7.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )  
 ตาราง 1 จึงสรุปได้ว่าความสมดุลของการตัดสินใจ

ในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดีกว่า  
 ก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสียความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=52)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสียความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่						
ก่อนได้รับโปรแกรม	27.62	10.27	23.12	8.18	1.750	.090
หลังได้รับโปรแกรม	25.12	7.33	34.04	5.26	-5.040	.000***

\*P < .05, \*\*\*P < .001

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่หลังได้รับโปรแกรม ( $\bar{x} = 36.08$ , SD = 10.14) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $\bar{x} = 22.77$ , SD = 11.50) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 16.50$ , SD = 11.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ตาราง 2 แต่ทั้งนี้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม ( $p > .20$ ) เพื่อให้มั่นใจว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมเกิดจากการได้รับโปรแกรม ไม่ใช่

จากความแตกต่างตั้งแต่ก่อนการศึกษา จึงวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance: ANCOVA) โดยนำคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรีก่อนได้รับโปรแกรมมาเป็นตัวแปรร่วม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(1,48)} = 2.433, p > .05$ ) ซึ่งสรุปว่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรม

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=52)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี						
ก่อนได้รับโปรแกรม	15.73	9.56	22.77	11.50	-2.340	.020*
หลังได้รับโปรแกรม	16.50	11.61	36.08	10.14	-6.480	.000***

\*P < .05, \*\*\*P < .001

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรีหลังได้รับโปรแกรม ( $\bar{x} = 19.58$ , SD = 6.69) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $\bar{x} = 8.26$ , SD = 3.14) และ

สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 7.50$ , SD = 4.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ตาราง 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=52)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมการเลิกบุหรี่						
ก่อนได้รับโปรแกรม	7.50	3.31	8.26	3.14	-0.859	.400
หลังได้รับโปรแกรม	7.50	4.10	19.58	6.69	-7.840	.000***

\*P < .05, \*\*\*P < .001

## การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเพิ่มความเข้มข้นให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงผลเสียหากยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พร้อมทั้งกระตุ้นให้คิดถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น ผ่านกิจกรรม “รู้ทันบุหรี่” หลังจากนั้นกระตุ้นอารมณ์ของกลุ่มทดลองให้ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผ่านกิจกรรม “คุณรู้สึกอย่างไร” และกิจกรรม “บุหรี่ดีหรือร้าย” ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองเห็นความแตกต่างระหว่างผลดีและผลเสียของการเลิกบุหรี่ต่อตนเอง บุคคลใกล้ชิดและสิ่งแวดล้อมได้อย่างชัดเจน และมีความตระหนักถึงผลของบุหรี่มากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรซาสก้าและไดคลิเมนเต้<sup>8</sup> ที่อธิบายว่า ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะลังเลใจจะมีการพิจารณาถึงความสมดุลระหว่างผลดีและผลเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังคงเห็นผลดีของการเลิกบุหรี่ใกล้เคียงกับผลเสียของการเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>8, 13, 16, 17</sup> จึงทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรม ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรม “นี่แหละฉันคนใหม่” ให้กลุ่มทดลองจินตนาการภาพลักษณ์ของตนเองเมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ และชมวิดิทัศน์ตัวแบบของผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ พร้อมแจกคู่มือการเลิกบุหรี่ให้แก่กลุ่มทดลอง ภายในมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่และการปฏิบัติตัวเมื่ออยากสูบบุหรี่ หากเกิดปัญหาขึ้น กลุ่มทดลองสามารถศึกษาได้ง่ายจากคู่มือที่ได้รับ นอกจากนี้ยังมีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เป็นการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ผู้สูบบุหรี่ได้ซักถามข้อสงสัยและปัญหาที่เกิดขึ้น ยิ่งทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและรู้ว่าตนเองไม่ได้ต่อสู้อยู่เพียงลำพัง สอดคล้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถบรรลุปฏิบัติการที่พึงประสงค์ได้ ถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถจัดการกับปัญหาได้ ก็จะสามารถเผชิญกับสิ่งเย้ายวนใจ (temptation) ที่เป็นอุปสรรคได้ เมื่อผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะลังเลใจ ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ จึงทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ยังดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ

ดีกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาที่ ผ่านมา<sup>11,16,17</sup>

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากการดำเนินการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ยุทธศาสตร์ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model) โดยจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระยะการเปลี่ยนแปลงของบุคคล โดยเริ่มตั้งแต่การสร้างสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ ต่อด้วยการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งมอบคู่มือการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่นำกลับไปศึกษาต่อที่บ้านประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม จากกระบวนการดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้เอง ทำให้กลุ่มทดลองเห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อีกทั้งมีกลยุทธ์ซึ่งได้แก่ กิจกรรมดังกล่าวข้างต้น รวมถึงคู่มือเลิกบุหรี่ที่ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสิ่งเย้ายวนใจซึ่งได้แก่ ความอยากบุหรี่ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นตัวขับเคลื่อนให้กลุ่มทดลองก้าวไปสู่ระยะที่ดีกว่าเดิม กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>8, 13, 16, 17</sup> จนสามารถเลิกบุหรี่ได้ภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษาจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 38.5) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้เลย

**สรุป**

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโปรแกรมเชิงรุกที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิก

บุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ยุทธศาสตร์นี้ จะนำไปสู่การเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด

**ข้อเสนอแนะ**

**ด้านปฏิบัติการพยาบาล**

บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้สามารถเลิกบุหรี่ได้

**ด้านการวิจัยและพัฒนา**

ควรมีการเพิ่มระยะในการติดตามผลภายหลังการศึกษา และระบบส่งต่อผู้สูบบุหรี่ที่มีพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ยุทธศาสตร์นี้จนสามารถเลิกบุหรี่ได้ เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

**กิตติกรรมประกาศ**

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

**References**

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. Switzerland: WHO; 2017 [cite 2017 May 17]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Panmung N, Ulertlob A, Latthi S. World heart day [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 20]. Available from: [http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/ประเด็นสารณรงค์วันหัวใจโลก\\_16pdf](http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/ประเด็นสารณรงค์วันหัวใจโลก_16pdf)

3. Chueybudha S. Factors affected to risk of cardiovascular disease among people aged over 35 year old in Nong Bua subdistrict, Ban Fang district, Khon Kaen. Community health development quarterly Khon Kaen University [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 23]; 3(4): 547-60. Available from: [https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com\\_attachments&task=download&id=141&lang=th](https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=141&lang=th)
4. Mons U, Muezzinler A, Gellert C, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *Bmj* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 15]. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.h1551.full.pdf>
5. World Health Organization. World no tobacco day [Internet]. Switzerland: WHO; 2014 [cite 2018 Jan 17]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/event/en/>
6. Pitayangsarit S, Pankrajang P. Tobacco event in Thailand 2018 [Internet]. Bangkok: 2018 [cited 2018 July 31]. Available from: <http://www.trc.or.th/th/media/attachments/2562/01/29/2561.pdf>
7. Health intervention and technology assessment program. Tobacco and alcohol event 2014 [internet] Bangkok: [2014 July 31] Available from: [http://www.hitap.net/wp-content/upload/2014/11/Full-report\\_PP-adults.pdf](http://www.hitap.net/wp-content/upload/2014/11/Full-report_PP-adults.pdf)
8. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice* 1982; 19(3): 276-88.
9. Boonyawan B, Kaewpan W, Kalampakorn S, Sitdhiraksa N. Effectiveness of a smoking cessation program applying the transtheoretical model for security officer in Siriraj hospital. *Kuakarun Journal of Nursing* 2012; 19(2): 88-102. (in Thai)
10. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Karunan K, Manasurakarn J, Thaniwattananon P. The effects of an integrated program of behavior modification with self-efficacy on smoking cessation behaviors and self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2018; 5(1): 47-61. (in Thai).
12. Tantirittisak T, editor. *Clinical practice guideline: dementia*. Bangkok: Thana Press; 2014. (in Thai)
13. Raya P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Lattanand K. Effects of the smoking cessation program applying transtheoretical model among smokers at Wongwon sub-district, Kuntung district, Trang province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2015; 31(2): 9-25. (in Thai)
14. Inproong P. *The effect of self-efficacy promoting program on smoking cessation behaviors in patients after undergone percutaneous coronary intervention [dissertation]*. Bangkok: Chulalongkorn Univ.; 2008. (in Thai)

15. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. Restorative dentistry & endodontics [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2019 May 15]; 38(1): 52-4. Available from: <https://synapse.koreamed.org/synapse/Data/PDFData/2185RDE/rde-38-52.pdf>
16. Natetipawan P, Lagampan S, Kalampakorn S. The effectiveness of a smoking cessation program application the stage of change theory for metropolitan police. Journal of the police nurse 2017; 9(1): 82-93. (in Thai)
17. Kleepratoom P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T. Effects of the smoking cessation program for smokers at Bangkaew subdistrict, Muangangthong district, Angthong province. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2016; 3(4): 30-43. (in Thai)

## ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

จรรยา ฉิมทอง พย.ด.\* สสสุนันท์ วาริณสกุล พย.ด.\* ยุพิน อังสุโรจน์ พย.ด.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับและอำนาจการทำนายของภาวะตื่นตัวทางกาย ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิด การรับรู้การเจ็บป่วย การขยายเวลาในการนอน การงีบหลับตอนกลางวัน กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ จำนวน 80 ราย ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการนอนหลับ แบบประเมินภาวะตื่นตัวก่อนนอนหลับ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยและแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 30 ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.5) มีอาการนอนไม่หลับร่วมกันทั้ง 3 อาการ (เริ่มต้นนอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง และตื่นเช้ากว่าปกติ) ภาวะตื่นตัวทางกาย ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิด การรับรู้การเจ็บป่วย การขยายเวลาในการนอน และการงีบหลับตอนกลางวันสามารถร่วมกันทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 35.4 ( $R^2=.354$ ,  $p=.0001$ ) โดยภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดและการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ( $\beta= .378$ ,  $p=.0001$  และ  $.341$ ,  $p=.001$  ตามลำดับ)

**คำสำคัญ:** ปัจจัยทำนาย นอนไม่หลับ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

วันที่รับบทความ 28 พฤษภาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 กรกฎาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 21 กรกฎาคม 2563

\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สกานันพญาบาลศรีสุนันท์รา สภาวิชาชีพไทย E-mail: chimnoko@yahoo.com

\*\*รองศาสตราจารย์ สกานันพญาบาลศรีสุนันท์รา สภาวิชาชีพไทย

## Factors predicting insomnia among patients with heart failure

Janya Chimluang Ph.D. (Nursing)\* Rotsukon Varitsakul Ph.D. (Nursing)\* Yupin Aunguroch Ph.D.\*\*

### Abstract

This predictive study aimed to study insomnia and the predictors of insomnia among patients with heart failure including physiological hyperarousal, cognitive hyperarousal, Illness perception, extending bedtime, and daytime napping. Sample included 80 heart failure patients who visited a heart clinic at a tertiary hospital in Bangkok for followed-up treatment. Data were collected through administering of a demographic questionnaire, a heart failure record form, a sleep questionnaire, the pre-sleep arousal scale, the brief illness perception questionnaire, and the insomnia severity index. Data were analyzed by using descriptive statistic and multiple linear regression statistics. The Results had shown that approximately one-third (30%) of heart failure patients had moderate or severe insomnia. Most heart failure patients who had insomnia (5.79%) had mixed symptoms of insomnia (difficulty in initiating sleep, difficulty in maintaining sleep, and waking up too early). The results of the multiple regression analysis revealed that all independent variables (physiological hyperarousal, cognitive hyperarousal, Illness perception, extending bedtime, and daytime napping) jointly explained 35.4% of the variances in insomnia in heart failure patients ( $R^2=.354$ ,  $p=.0001$ ). Cognitive hyperarousal and Illness perception were the variables found to be capable in predicting insomnia of heart failure patients ( $\beta = .378$ ,  $p = .0001$  and  $.341$ ,  $p = .001$  respectively).

**keywords:** predicting factors; insomnia; patients with heart failure

*Received: 28 May 2020 / Revised: 14 July 2020 / Accepted: 21 July 2020*

\*Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Corresponding author, E-mail: chimnoko@yahoo.com

\*\*Associate Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

## unna

อาการนอนไม่หลับ (insomnia) เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 30-44<sup>1,2,3,4</sup> อาการนอนไม่หลับเป็นภาวะที่ผู้ป่วยบอกว่าการนอนหลับถูกรบกวน ถึงแม้จะอยู่ในโอกาสและสภาพการณ์ของการนอนหลับที่เหมาะสม โดยการรบกวนการนอนหลับนี้เกิดจากอาการหนึ่งอาการใดหรือหลายอาการดังต่อไปนี้ 1) เริ่มต้นนอนหลับยาก 2) นอนหลับไม่ต่อเนื่อง 3) ตื่นเช้ากว่าปกติ<sup>5</sup> ซึ่งส่งผลทางด้านลบทั้งทางร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>3,6,7</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของสมองโดยรวม ความจดจ่อและความสามารถในการคิดวิเคราะห์<sup>7</sup> ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนแรง ไม่สามารถลุกออกจากเตียงในตอนเช้า ไม่รู้สึกตื่นเริงกับชีวิตเหมือนอย่างที่เคยเป็นมา<sup>6</sup> ยิ่งไปกว่านั้นอาการนอนไม่หลับยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้โรครุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากอาการดังกล่าวจะกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติและส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น<sup>8,9</sup>

จากทฤษฎี 3P Model of insomnia<sup>10</sup> ได้กล่าวถึง 3 ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ 1) ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factor) 2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) และ 3) ปัจจัยที่ทำให้คงอยู่ (perpetuating factor) จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบว่าปัจจัยโน้มนำที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า<sup>2,11,12</sup> ปัจจัยกระตุ้น คืออาการหายใจลำบาก อาการหายใจไม่สะดวกขณะนอนหลับและต้องตื่นขึ้นเนื่องจากหายใจไม่สะดวก<sup>2,4</sup> ปัจจัยที่ทำให้คงอยู่ คือ สุขลักษณะการนอน ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน<sup>2,12</sup> จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามี การพัฒนาโปรแกรมเพื่อจัดการกับปัจจัยที่ทำให้คง

อยู่ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว คือ สุขลักษณะการนอน ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน โดยในต่างประเทศใช้การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy for insomnia [CBT]) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า CBT สามารถทำให้การนอนหลับดีขึ้น<sup>13,14</sup> สำหรับในประเทศไทยมีงานวิจัย 1 เรื่องที่ได้พัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรม การนอน ที่เน้นเรื่องการให้ความรู้ด้านสุขวิทยา การนอนและการปรับพฤติกรรมกรนอนหลับในเรื่อง การจำกัดการนอนและการควบคุมสิ่งแวดล้อม<sup>15</sup>

อย่างไรก็ตามจากทฤษฎี 3P Model of insomnia ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการนอนไม่หลับ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ดังนี้ ภาวะตื่นตัวทางกาย (physiological hyperarousal) และภาวะตื่นตัวทางารรู้คิด (cognitive hyperarousal) จากการที่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) อยู่ในระดับสูง<sup>16,17,18</sup> เมื่อร่างกายหลั่งคอร์ติซอลมากจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น สมองทำงานเพิ่มขึ้น กระบวนการเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น และความครุ่นคิดวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่มีความไม่แน่นอนตลอดเวลา ทำให้เกิดอาการเริ่มต้นนอนหลับยากและยังส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองนอนหลับได้ไม่ดีหรือรู้สึกว่าได้ไม่ได้นอน<sup>10,19</sup> ภาวะตื่นตัวทางกายและทางารรู้คิดจึงน่าจะเป็นปัจจัยโน้มนำทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพหรือการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งจัดเป็นปัจจัยกระตุ้นนั้น จากผลการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายการผันแปรของการนอนหลับ<sup>12,20</sup> สำหรับปัจจัยที่ทำให้คงอยู่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีเมื่อเกิดปัญหาการนอนหลับขึ้น ผู้ป่วย

มักจะปรับตัวเพื่อชดเชยการนอน ไม่เพียงพอโดยอาศัย การปรับเปลี่ยนแบบแผนการนอนหลับของตนเอง ซึ่ง จัดเป็นปัจจัยที่ทำให้ปัญหาการนอนไม่หลับยังคงอยู่ ผู้ป่วยมักใช้การขยายเวลาในการนอน (extending bedtime) และการงีบหลับตอนกลางวัน (daytime napping)<sup>2,10,21</sup> ซึ่งจะยิ่งส่งผลกระทบต่อวงจรการนอน หลับ ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับที่ต่อเนื่องมากขึ้น<sup>10</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยทำนาย อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในหลาย ปัจจัยและได้มีการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการกระทำกับ ปัจจัยบางปัจจัย อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดการพัฒนา องค์ความรู้ของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยหัวใจ ล้มเหลวอย่างครอบคลุมตามทฤษฎี 3P Model of insomnia การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและอำนาจ การทำนายอาการนอนไม่หลับของปัจจัยโน้มนำ ได้แก่ ภาวะตื่นตัวทางกาย ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิด ปัจจัย กระตุ้น ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย และปัจจัยที่ทำให้ คงอยู่ ได้แก่ การขยายเวลาในการนอน การงีบหลับ ตอนกลางวัน เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปสู่การวางแผนใน การจัดการกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยหัวใจ ล้มเหลวอย่างครอบคลุมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย หัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายอาการ นอนไม่หลับของภาวะตื่นตัวทางกาย ภาวะตื่นตัว ทางการรู้คิด การรับรู้การเจ็บป่วย การขยายเวลาในการ นอน การงีบหลับตอนกลางวัน กับอาการนอน ไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

### คำถามการวิจัย

1. อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจ ล้มเหลวเป็นอย่างไร

2. ภาวะตื่นตัวทางกาย ภาวะตื่นตัวทางการ รู้คิด การรับรู้การเจ็บป่วย การขยายเวลาในการนอน การงีบหลับตอนกลางวันสามารถร่วมกันทำนายอาการ นอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้หรือไม่ อย่างไร

### กรอบแนวคิดทฤษฎีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎี 3P Model of insomnia<sup>10</sup> และการทบทวนวรรณกรรมมาใช้เป็น กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย โดยอาการนอน ไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 1) ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factor) คือ ภาวะตื่นตัว ทางกาย และภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดเป็นปัจจัยทางกาย หรือทางใจภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลไวต่อ การกระตุ้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับ 2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) คือ การรับรู้การเจ็บป่วย เป็น ปัจจัยกระตุ้นซึ่งอยู่นอกเหนือความสามารถในการ ควบคุมของบุคคล โดยเฉพาะเมื่อเกิดร่วมกับปัจจัย โน้มนำจะทำให้การนอนหลับนั้นมีการแปรปรวนมากยิ่งขึ้น และ 3) ปัจจัยที่ทำให้คงอยู่ (perpetuating factor) คือ การขยายเวลาในการนอน การงีบหลับตอนกลางวัน เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับมีการดำเนินไป อย่างต่อเนื่อง จนทำให้อาการนอนไม่หลับมีความ รุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง ได้ในที่สุด ดังนั้นภาวะตื่นตัวทางกาย ภาวะตื่นตัว ทางการรู้คิด การรับรู้การเจ็บป่วย การขยายเวลาในการ นอน การงีบหลับตอนกลางวันน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มารับการ ตรวจและติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพศชายและหญิงที่ได้รับการตรวจและติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ อายุอยู่ระหว่าง 18-80 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมานานกว่า 3 เดือนขึ้นไป มีความรุนแรงของโรคหัวใจ (NYHA functional class) อยู่ในระดับ II-IV ไม่มีโรคประจำตัวที่มีอาการกำเริบรุนแรง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้มีตัวแปรจำนวน 5 ตัวแปร ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power3.1.9.7<sup>22</sup> กำหนดให้ค่าแอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจในการทดสอบร้อยละ 95 ขนาดอิทธิพล .269 จากการศึกษาปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว<sup>23</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่แบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพ

2. แบบบันทึกข้อมูลภาวะหัวใจล้มเหลวและการรักษา จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ สาเหตุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย NYHA functional classification ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายและโรคประจำตัว

3. แบบสอบถามข้อมูลการนอนหลับ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการนอนชดเชย โดยถามถึงวิธีที่ใช้ ความถี่ ระยะเวลาที่ใช้ในการนอนชดเชย และการงีบหลับในระหว่างวัน โดยถามถึง

ความถี่ ระยะเวลา ช่วงเวลา เหตุผลของการงีบหลับและการรับประทานยานอนหลับ

4. แบบประเมินภาวะตื่นตัวก่อนนอนหลับ (Pre-sleep arousal scale [PSAS])<sup>24</sup> เป็นแบบประเมินระดับของภาวะตื่นตัวทางกายและภาวะตื่นตัวทางความรู้สึกก่อนการนอนหลับ ซึ่งผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการแปลแบบย้อนกลับ (back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ มีจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านคือ 1) ด้านภาวะตื่นตัวทางกาย (physiological hyperarousal) มีข้อคำถาม 8 ข้อ (ข้อ 1-8) และ 2) ด้านภาวะตื่นตัวทางความรู้สึก (cognitive arousal) มีข้อคำถาม 8 ข้อ (ข้อ 9-16) มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scales) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วย) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมในแต่ละด้านอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน กำหนดเกณฑ์การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างขั้น<sup>25</sup> ได้เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 29.34-40.00 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 18.67-29.33 คะแนน

ระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 8.00-18.66 คะแนน

5. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The brief illness perception questionnaire [BriefIPQ])<sup>26</sup> และแปลเป็นภาษาไทยโดยพิมพ์เทพวัลย์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และฉัตรกนก ทุมวิภาต<sup>27</sup> เป็นแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยข้อที่ 1-5 ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ข้อที่ 6 และ 8 ประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย ข้อที่ 7 ประเมินความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยในภาพรวม มีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ

คือข้อ 3,4 และ 7 ข้อที่ 9 เป็นคำถามปลายเปิดที่ให้ผู้ป่วยระบุสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเอง 3 ข้อตามลำดับความสำคัญ แบบสอบถามข้อที่ 1-8 มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scales) 10 ระดับจาก 0 (ไม่เห็นด้วย) ถึง 10 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-80 คะแนน กำหนดเกณฑ์การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่าง ชั้น<sup>25</sup> ได้เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 53.34-80.00 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 26.67-53.33 คะแนน

ระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0-26.66 คะแนน

6. แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity index)<sup>28</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธริญา แก้วแพง<sup>29</sup> เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ มีจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก (difficulty in initialing sleep) 2) ด้านการไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (difficulty in maintaining sleep) 3) ด้านการตื่นเช้าม่ากว่าปกติและไม่สามารถนอนต่อได้ (early morning awakening) 4) ด้านผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scales) 5 ระดับจาก 0 (ไม่เห็นด้วย) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จึงมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน การแปลผลคะแนนอาการนอนไม่หลับเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนน 0-7 หมายถึง ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย

คะแนน 8-14 หมายถึง อยู่ในระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ

คะแนน 15-21 หมายถึง มีการนอนไม่หลับระดับปานกลาง

คะแนน 22-28 หมายถึง มีการนอนไม่หลับระดับรุนแรง

แบบสอบถามส่วนที่ 4, 5 และ 6 ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา Content validity index (CVI) ของแต่ละแบบสอบถามเท่ากับ 1 และหาความเที่ยงของแบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .72 .69 และ .92 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 1, 2 และ 3 ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม และผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจเพื่อศึกษาบัญชีรายชื่อผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยประจำวัน โดยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า ในวันต่อมาที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการเก็บข้อมูล จากนั้นจึงได้ถามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ในรายที่ไม่สะดวกในการอ่านผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินทั้งหมดประมาณรายละ 30 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลโรคและการรักษา ลักษณะการนอนหลับ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายคะแนนภาวะตื่นตัวทางกาย ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิด การรับรู้ความเจ็บป่วย การขยาย

เวลาในการนอน การงีบหลับตอนกลางวัน และอาการนอนไม่หลับ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression statistics) เพื่อทดสอบความสามารถในการทำนายของภาวะตื่นตัวทางกาย ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิด การรับรู้การเจ็บป่วย การขยายเวลาในการนอน การงีบหลับตอนกลางวันกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารเลขที่ 709/2562 ลงวันที่ 8 มกราคม 2562 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลโดยภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

#### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างอายุ 35-80 ปี อายุเฉลี่ย 62.70 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.75)

สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.8) จบการศึกษาในระดับมัธยมต้น (ร้อยละ 32.5) ประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 31.3) สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งนี้เรียงตามลำดับที่พบบ่อยคือเกิดจากโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (ร้อยละ 66.3) และเกิดจากโรคลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 17.5) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 3-6 เดือน (ร้อยละ 63.8) มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40 (ร้อยละ 53.8) และมีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (NYHA) class 2 (ร้อยละ 95) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90) มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 63.8) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 42.5) และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว (ร้อยละ 21.3)

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 30 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (n = 80)

ระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ(ช่วงคะแนน)	ความถี่	ร้อยละ
ไม่มีอาการนอนไม่หลับ (0-7)	21	26.3
ระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ (8-14)	35	43.8
มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (15-21)	18	22.5
มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (22-28)	6	7.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.8 มีปัญหาการนอนไม่หลับทั้ง 3 อาการคือ เริ่มต้นนอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง และ ตื่นเช้ากว่าปกติ โดยมีเพียงร้อยละ 4.2 ที่มี 2 อาการร่วมกัน คือ เริ่มต้นนอนหลับยาก และนอนหลับไม่ต่อเนื่อง เมื่อมีอาการนอนหลับไม่เพียงพอในตอนกลางคืนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.3 มีการใช้ยานอนหลับ โดยในกลุ่มนี้พบว่า ร้อยละ 75.9 ใช้ยานอนหลับทุกวัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ร้อยละ 72.4 ของผู้ที่ใช้ยานอนหลับยังมีอาการนอนไม่หลับโดยแบ่งเป็นนอนไม่หลับในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.7 และในระดับรุนแรงร้อยละ 20.7

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่าภาวะตื่นตัวทางกาย ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิด การรับรู้การเจ็บป่วย การขยายเวลาในการนอน และการงีบหลับตอนกลางวันสามารถร่วมกันทำนายอาการนอนไม่หลับได้ร้อยละ 35.4 ( $R^2=.354$ ,  $F=8.126$ ,  $p=.0001$ ) โดยภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับได้มากที่สุด ( $\beta=.378$ ,  $p=.0001$ ) รองลงมาคือ การรับรู้การเจ็บป่วย ( $\beta=.341$ ,  $p=.001$ ) ส่วนภาวะตื่นตัวทางกาย การขยายเวลาในการนอน การงีบหลับตอนกลางวันไม่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยตัวแปรทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (n=80)

ปัจจัยทำนาย <sup>a</sup>	b	SE <sub>b</sub>	β	t	p-value
1. ภาวะตื่นตัวทางกาย	.191	.218	.085	.876	.384
2. ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิด	.691	.180	.378	3.843	.0001
3. การรับรู้การเจ็บป่วย	.244	.072	.341	3.363	.001
4. การขยายเวลาในการนอน	.609	3.632	.016	.168	.876
5. การจับหลับตอนกลางวัน	1.801	1.460	.117	1.234	.221
ค่าคงที่	-11.775	5.627	-	-2.092	.040

**การอภิปรายผล**

**อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง**

อุบัติการณ์การเกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบร้อยละ 30 สอดคล้องกับการวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่จะพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 31.3-44<sup>1,2,3,4</sup> และจากผลการวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวร้อยละ 43.8 ที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่ามีอาการนอนไม่หลับแต่อยู่ในระยะเริ่มต้นของการมีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่างานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบร้อยละ 29.4<sup>2</sup> โดยผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญมากขึ้นเพราะสามารถพัฒนาไปเป็นผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับต่อไปได้ นอกจากนี้จากผลการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับร่วมกันทั้ง 3 อาการ ได้แก่ เริ่มต้นนอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง และตื่นเช้ากว่าปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีปัญหาดังกล่าวในการศึกษานี้สูงกว่า (ร้อยละ 97.5) เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา (ร้อยละ 73)<sup>2</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในหลากหลายปัจจัยจึงทำให้มีอาการนอนไม่หลับในหลายอาการ จากผลการวิจัยยังค้นพบข้อความรู้ใหม่ คือพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 36.3 มีการใช้ยานอนหลับ โดยใช้ยานอนหลับทุกวันถึงร้อยละ 75.9 แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีอาการนอนไม่หลับอยู่มากถึงร้อยละ 72.4 โดยพบว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับใน

ระดับรุนแรงถึงร้อยละ 20.7 แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะรับประทานยานอนหลับแต่ก็ยังไม่สามารถนอนหลับได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 61-80 ถึงร้อยละ 60 และผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีการรับประทานยานอนหลับ ถึงแม้ผู้วิจัยจะได้ให้เวลาที่มากพอแก่ผู้ป่วยในการนึกย้อนอดีตเพื่อทบทวนการนอนหลับของตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและผู้ป่วยทั้งหมดสามารถตอบแบบสอบถามได้ แต่อาจจะต้องคำนึงถึงการเกิดอคติจากการนึกย้อนอดีต (recall bias) ร่วมด้วย ซึ่งในงานนี้ไม่ได้มีข้อคำถามที่ลงรายละเอียดเพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ว่าข้อมูลมีความถูกต้องหรือไม่ ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการวิจัยในครั้งนี้ได้

**ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง**

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 ปัจจัยแรกคือ ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิด (β=.378) รองลงมาคือการรับรู้การเจ็บป่วย (β=.341) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .595 (R=.595) สามารถอธิบายความแปรปรวนของอาการนอนไม่หลับได้ร้อยละ 35.4 (R<sup>2</sup>=.354) และมีความความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ SE = 4.889 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดและการรับรู้การเจ็บป่วยในทางลบทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ อธิบายได้ดังนี้

ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดเป็นภาวะที่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรู้สึกว่าคุณเองมีความกระตือรือร้น ครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ กังวลเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองและผู้ป่วย ไม่สามารถหยุดความคิดเหล่านั้นได้ในช่วงเวลาก่อนนอนหลับ ภาวะนี้เกิดขึ้นเนื่องจากในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจะมีการทำงานของระบบไฮโปธาลามิก-พิทูอิทารี (hypothalamic-pituitary axis) ทำให้มีการหลั่งสารคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น<sup>15,16</sup> ซึ่งการทำงานของระบบประสาทและทางจิตใจที่มากเกินไปส่งผลให้เกิดอาการนอนหลับยาก<sup>30</sup> ภาวะนี้เป็นปัจจัยที่โน้มนำผู้ป่วยไปสู่ความยากลำบากในการเริ่มต้นนอนหลับและทำให้การนอนหลับไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและรู้สึกว่าคุณไม่ลึก<sup>10</sup> เมื่อพิจารณาจากข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การคิดกังวลเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ คิดกังวลเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ และคิดทบทวนและครุ่นคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านมาเท่ากับ 2.4 (SD 1.08), 2.2 (SD 0.82), และ 2.1 (SD 0.84) ตามลำดับจากคะแนนเต็ม 5 ถึงแม้ข้อมูลจะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามภาวะนี้หากเกิดขึ้นร่วมกับปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่ ก็จะสามารถส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาเปรียบเทียบภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดเกี่ยวกับการนอนหลับ และเรื่องทั่วไปในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับกับผู้ป่วยที่มีการนอนหลับปกติ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับมีภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดทั้งด้านการนอนหลับและเรื่องทั่วไปสูงกว่ากลุ่มปกติ<sup>31</sup>

การรับรู้ความเจ็บป่วยคือการที่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรับรู้ความเจ็บป่วยในทางลบ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยในทางลบอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 37.55 จากคะแนนเต็ม 80 เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่าข้อที่ได้คะแนนสูงคือรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยจะเป็นอยู่นาน วิตกกังวลกับการ

เจ็บป่วยมากและรับรู้ว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากและจากที่ผู้ป่วยได้ระบุสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเอง 3 อันดับตามความสำคัญ ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากอายุที่มากขึ้น กรรมพันธุ์และการรับประทานอาหารมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่ 3 เดือนมีการรับรู้ความเจ็บป่วยในทางลบสูงที่สุด อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ความคิดกังวลและวุ่นเวียนอยู่กับ เรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป จะทำให้เข้าสู่การนอนหลับได้ยากและส่งผลทำให้รูปแบบของการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปในที่สุด<sup>32</sup> ซึ่งผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยและผลกระทบของการเจ็บป่วยมากทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับ ( $\beta = .36, p < .001$ )<sup>20</sup> และสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยในทางลบสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ (OR = 2.409,  $p < .05$ )<sup>33</sup>

สำหรับภาวะตื่นตัวทางกาย การขยายเวลาในการนอนและการงีบหลับตอนกลางวันไม่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ อธิบายได้ดังนี้

ภาวะตื่นตัวทางกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเกิดจากกระบวนการทำงานในร่างกายที่มักจะสูงขึ้นจากกลไกของภาวะเครียดจากการออกซิเดชัน (oxidative stress) ซึ่งกระตุ้นการทำงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ทำให้เกิดการหลั่งสารคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น<sup>17</sup> ซึ่งจากทฤษฎี 3P Model of insomnia กล่าวว่า วาบุคคลที่มีการทำงานของ HPA axis และมีการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับจากภาวะตื่นตัวทางกาย<sup>10</sup> อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยพบว่าภาวะตื่นตัวทางกายไม่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจ

ลัมเหลวได้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพียง 3-6 เดือนซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่นานร่วมกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95 มีความรุนแรงของโรคหัวใจ (NYHA class) อยู่ในระดับ 2 ซึ่งเป็นระดับที่อาการของโรคยังไม่รุนแรงมากนัก จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึถึงภาวะตื่นตัวทางกายที่จะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยภาวะตื่นตัวทางกายรายข้ออยู่ในระดับต่ำทุกข้อ คืออยู่ระหว่าง 1.2-2.0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดภาวะตื่นตัวในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับที่พบว่าภาวะตื่นตัวทางกายจะสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับเพียงเล็กน้อยเท่านั้น<sup>34</sup>

การขยายเวลาในการนอน ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการขยายเวลาในการนอนร้อยละ 97.5 โดยพบว่าใช้วิธีขยายเวลาการนอนในตอนกลางวัน (ร้อยละ 80) เข้านอนเร็วกว่าเวลาเข้านอนปกติ (ร้อยละ 71.3) และนอนต่อในตอนเช้าให้นานขึ้น (ร้อยละ 38.8) จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายคนพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทุกคนมีอาการนอนไม่หลับอย่างน้อย 1 อาการแต่ไม่มากจนสามารถวินิจฉัยได้ว่ามีอาการนอนไม่หลับจึงทำให้ผู้ป่วยเกือบทุกคนมีการขยายเวลาในการนอน ซึ่งทำให้ข้อมูลไม่มีความแปรปรวนจึงไม่สามารถเป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับได้ ซึ่งทำให้ผลการวิจัยนี้ยังไม่เป็นไปตามทฤษฎี 3P Model of insomnia ซึ่งกล่าวไว้ว่าการขยายเวลาในการนอนจะทำให้บุคคลเกิดอาการเริ่มต้นนอนหลับยาก ตื่นตอนกลางคืน และตื่นเช้ากว่าปกติ<sup>10</sup>

การงีบหลับตอนกลางวัน ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการงีบหลับตอนกลางวันร้อยละ 82.5 โดยพบว่าผู้ป่วยงีบหลับสัปดาห์ละ 1-2 วัน (ร้อยละ 36.3) รองลงมา 3-4 วัน (ร้อยละ 23.8) โดยผู้ป่วยจะงีบหลับในช่วง 13.00-16.00 น. มากที่สุด (ร้อยละ

56.3) โดยใช้เวลาในการงีบหลับ 31-60 นาทีมากที่สุด (ร้อยละ 41.3) รองลงมา 60-120 นาที (ร้อยละ 33.8) โดยเหตุผลที่ต้องงีบหลับในระหว่างวันคือ รู้สึกง่วงนอน (ร้อยละ 76.3) รู้สึกอ่อนเพลีย (ร้อยละ 48.8) จากทฤษฎี 3P Model of insomnia กล่าวไว้ว่าการงีบหลับตอนกลางวันเป็นสาเหตุของการเกิดอาการนอนไม่หลับเพราะจะทำให้แรงขับในการนอนลดน้อยลงและทำให้นอนหลับไม่ต่อเนื่อง<sup>10</sup> โดยจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมากกว่าครึ่งงีบหลับช่วงบ่ายและใช้เวลาในการงีบหลับมากกว่าครึ่งชั่วโมงซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับได้ อย่างไรก็ตามจากการที่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจทำให้การบีบตัวนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย<sup>35</sup> ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการพักผ่อนมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องงีบหลับตอนกลางวัน จึงทำให้ข้อมูลไม่มีความแปรปรวนจึงไม่สามารถเป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับได้

สรุปผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 30 ภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดและการรับรู้การเจ็บป่วยสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับได้ส่วนภาวะตื่นตัว ทางกาย การขยายเวลาในการนอนและการงีบหลับตอนกลางวันไม่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สนับสนุนทฤษฎี 3P Model of insomnia ได้ทั้งหมดซึ่งจะต้องมีการศึกษาต่อไป

**ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้**

1. ควรมีการประเมินอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทุกราย เพื่อค้นหาอาการนอนไม่หลับรวมถึงค้นหาอาการผู้ป่วยที่อยู่ระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับเพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ชนิดของอาการนอนไม่หลับ

และปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยแต่ละราย

2. พัฒนาโปรแกรม รูปแบบหรือแนวทางในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับโดยคำนึงถึงปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ซึ่งจากงานวิจัยนี้พบปัจจัยเพิ่มเติมคือภาวะตื่นตัวทางการรู้คิดและการรับรู้การเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการได้โดยการใช้บทบาทอิสระของพยาบาล

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยให้อย่างละเอียด ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและหัวหน้าพยาบาลคลินิกโรคหัวใจในโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

### References

1. Brostrom A, Johansson P. Sleep disturbances in patients with chronic heart failure and their holistic consequences—what different care actions can be implemented? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005; 4(3): 183–97.
2. Chimluang J, Aunguroch Y, Jitpanya C. Descriptors of insomnia among patients with heart failure. *J Med Assoc Thai* 2017; 100(4): 403–9.
3. Gau F-Y, Chen X-P, Wu H-Y, Lin M-L, Chao Y-FC. Sleep-related predictors of quality of life in the elderly versus younger heart failure patients: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(4): 419–28.
4. Príncipe-Rodríguez K, Strohl KP, Hadziefendic S, Piña IL. Sleep symptoms and clinical markers of illness in patients with heart failure. *Sleep Breath* 2005; 9(3): 127–33.
5. National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults, June 13–15. *Sleep* 2005; 28(9): 1049–57.
6. Andrews LK, Coviello J, Hurley E, Rose L, Redeker NS. “I’d eat a bucket of nails if you told me it would help me sleep: Perceptions of insomnia and its treatment in patients with stable heart failure. *Heart & Lung* 2013; 42(5): 339–45.
7. Tang L, Liu W, Yang Y, Han W, Li K. Relationship between sleep and cognitive function in patients with heart failure: A systematic review. *J Psychosom Res* 2020; 130: 1–7.
8. Hayes D, Anstead MI, Ho J, Phillips BA. Insomnia and chronic heart failure. *Heart Fail Rev* 2008; 14(3): 171–82.
9. Javaheri S. Sleep dysfunction in heart failure. *Curr Treat Options Neurol* 2008; 10(5): 323–35.
10. Glovinsky P, Spielman A. The insomnia answer. New York: Penguin Group; 2006.
11. Karnchanakomate J, Pinyopasakul W, Ayuthya. KN, Sriprasong S. Factors predicting quality of sleep in patients with heart failure. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs* 2014; 25(2): 49–61. (in Thai)

12. Riegel B, Glaser D, Richards K, Sayers SL, Marzolf A, Weintraub WS, et al. Modifiable factors associated with sleep dysfunction in adults with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011; 11(4): 402–09.
13. Redeker NS, Conley S, Anderson G, Cline J, Andrews L, Mohsenin V, et al. Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia on sleep, symptoms, stress, and autonomic function among patients with heart failure. *Behav sleep Med* 2020; 18(2): 190–202.
14. Redeker NS, Knies AK, Hollenbeak C, Klar Yaggi H, Cline J, Andrews L, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in stable heart failure: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials* 2017; 55: 16–23.
15. Choojit K, Jitpanya C, Chimluang J. The effect of sleep behavioral modification program on insomnia in heart failure patients. *JRTAN* 2018; 19: 184–92. (in Thai)
16. Guder G, Bauersachs J, Frantz S, Weismann D, Allolio B, Ertl G, et al. Complementary and incremental mortality risk prediction by cortisol and aldosterone in chronic heart failure. *Circulation* 2007; 115(13): 1754.
17. Pereg D, Chan J, Russell E, Berlin T, Mosseri M, Seabrook JA, et al. Cortisol and testosterone in hair as biological markers of systolic heart failure. *Psychoneuroendocrinology* 2013; 38(12): 2875–82.
18. Yamaji M, Tsutamoto T, Kawahara C, Nishiyama K, Yamamoto T, Fujii M, et al. Serum cortisol as a useful predictor of cardiac events in patients with chronic heart failure. The Impact of Oxidative Stress. *Circ Heart Fail* 2009; 2(6): 608–15.
19. Chirapongse J, Sunthornchaiya R. Factors related to insomnia among elderly patients with major depressive disorder. *JPNMH* 2018; 32(1): 134–49. (in Thai)
20. Wongkuan D. Factors predicting sleep disturbances in acute myocardial infarction survivors [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn Univ; 2017. (in Thai)
21. Owens JF, Buysse DJ, Hall M, Kamarck TW, Lee L, Strollo PJ, et al. Napping, nighttime sleep, and cardiovascular risk factors in mid-life adults. *J Clin Sleep Med* 2010; 6(4): 330–35.
22. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009; 41(4): 1149–60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
23. Chen HM, Clark AP, Tsai LM, Chao YFC. Self-reported sleep disturbance of patients with heart failure in Taiwan. *Nurs Res* 2009; 58(1): 63–71.
24. Nicassio PM, Mendlowitz DR, Fussell JJ, Petras L. The phenomenology of the pre-sleep state: The development of the pre-sleep arousal scale. *Behav Res Ther* 1985; 23(3): 263–71.
25. Kanjanawasee S. Applied statistics for behavioral research. 7<sup>th</sup> ed. Bangkok: cupress; 2012. (in Thai)
26. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60(6): 631–37.



27. Thepphawan P, Watthnakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. *J Nurs Sci* 2011; 29(2): 111-19. (in Thai)
28. Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press; 1993.
29. Keawphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer Patients [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn Univ; 2004. (in Thai)
30. Kalmbach DA, Cuamatzi-Castelan AS, Tonnu CV, Tran KM, Anderson JR, Roth T, et al. Hyperarousal and sleep reactivity in insomnia: current insights. *Nat Sci Sleep* 2018; 10: 193-201.
31. Spiegelhalder K, Regen W, Feige B, Hirscher V, Unbehau T, Nissen C, et al. Sleep-related arousal versus general cognitive arousal in primary insomnia. *J Clin Sleep Med* 2012; 8(4): 431-37.
32. Aunjitsakul W, Udomratn P. Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I). *The J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61(1): 89-106. (in Thai)
33. Tubtimtes S, Sukying C, Prueksaritanond S. Sleep problems in out-patient of primary care unit. *J Med Assoc Thai* 2009; 92(2): 273-78. (in Thai)
34. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, Voderholzer U, Berger M, Perlis M, et al. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev* 2010; 14(1): 19-31.
35. Inamdar AA, Inamdar AC. Heart failure: diagnosis, management and utilization. *J Clin Med* 2016; 5(7): 62.

## ภาวะโภชนาการและความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยที่รับ ย้ายจากหอผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต

วาสนา ฟ้าวัน ปส.ด.\* พรทิพย์ อยู่ญาติมาก วท.ม.\*\* รศิสศา แพรงภัทรประสิทธิ์ พย.ม.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต 92 ราย โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการชนิด Nutrition Alert Form (NAF) และแบบประเมินแผลกดทับบราเดน (Braden scale) ผลการศึกษาพบคะแนน NAF ระดับ เอ 56 ราย (ร้อยละ 52.3) ระดับบี 32 ราย (ร้อยละ 29.9) ระดับซี 19 ราย (ร้อยละ 17.8) พบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย ได้แก่ ภาวะโภชนาการเดิม ประเภทผู้ป่วย และ คะแนนบราเดน มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ( $p < .05$ ) ภาวะทางด้านโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตมีความสำคัญ ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญของโภชนาการควบคู่ไปกับการรักษาโรคที่เจ็บป่วยวิกฤต

**คำสำคัญ:** ภาวะโภชนาการ คะแนนบราเดน แผลกดทับ

วันที่รับบทความ 20 เมษายน 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 กรกฎาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 29 กรกฎาคม 2563

---

\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ แผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลจักษุรัตนิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
E-mail: wasana\_lavin@hotmail.com

\*\*ทออบบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลจักษุรัตนิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*หน่วยไตเทียม แผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลจักษุรัตนิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## The nutritional status and association of new pressure ulcer in patients who transfer from in-patient ward to intensive care unit (ICU)

Wasana Lavin Ph.D\* Porntip Yooyadmak M.Sc.\*\* Raphassa Praepataraprasit M.N.S.\*\*\*

### Abstract

The objective of this retrospective study was to examine the nutritional status and association of new pressure injury in patients who transferred from in-patient wards to the adult intensive care units (ICUs) among 92 patients. Research instruments included the Nutrition Alert Form (NAF) and the Braden scale with the new incidence of pressure ulcer nutritional status in level A was 56 (52.3%), level B was 32 (29.9%) and level C was 19 (17.8%). with the new incidence of pressure ulcer with the new incidence of pressure ulcer were associated with the new incidence of pressure ulcer ( $p < .05$ ). Nutrition in the critical patient group is important. Therefore, the healthcare team should place emphasize on nutrition together with treatment of critical illness.

**keywords:** nutrition alert form; braden score; pressure ulcer

*Received 20 April 2020 Revised 17 July 2020 Accepted 29 July 2020*

---

\*Critical care division, Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,  
Corresponding author, E-mail: wasana\_lavin@hotmail.com

\*\*Intensive care unit, Critical care division, Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\*Hemodialysis unit, Critical care division, Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi hospital, Mahidol University

**บทนำ**

ภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลเป็นการคาดการณ์พลังงานของผู้ป่วยที่ควรได้รับในรูปอาหาร ขึ้นกับภาวะโภชนาการเดิมของผู้ป่วย และความรุนแรงของโรคปัจจุบัน แตกต่างจากภาวะโภชนาการทั่วไป<sup>1</sup> ปัจจุบันภาวะโภชนาการผู้ป่วยได้รับความสนใจและมีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการแล้วไม่ได้แก้ไขจะทำให้ผลการรักษาแย่งลง โดยภาวะปกติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น แต่ความอยากอาหารลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ จากการศึกษาภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วยในประเทศไทยและต่างประเทศในโรงพยาบาล พบความชุกภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 10-50<sup>2, 3</sup> ส่วนใหญ่มีปัญหาตั้งแต่ก่อนเข้ารับรักษา และเมื่อเข้าโรงพยาบาลพบความชุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-70<sup>4</sup> ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับพลังงานไม่เพียงพอต่อเนื่องทำให้ผลของการรักษาไม่ดี เพิ่มการติดเชื้อมในโรงพยาบาล สาเหตุเนื่องจากขณะเกิดภาวะวิกฤตร่างกายกระตุ้นการทำงานสมองส่วนไฮโปทาลามัส ต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ทำให้ร่างกายตอบสนองโดยหลั่งสารไซโตไคน์เพิ่มขึ้น<sup>5</sup> และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ<sup>6,7</sup>

แผลกดทับ (Pressure ulcer) เป็นปัญหาสุขภาพที่มีมาช้านาน เริ่มพบการบันทึกแผลกดทับในบทความทางการแพทย์ในศตวรรษที่ 19<sup>8</sup> จากการศึกษาการเกิดแผลกดทับในแผนกวิกฤตผลทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศพบร้อยละ 15-50<sup>9-13</sup> ในขณะที่นอกแผนกวิกฤตพบร้อยละ 3.8-12.4<sup>5,11</sup> ปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การที่หลอดเลือดฝอยถูกกดทับนานเนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงทำให้บริเวณที่ถูกกดทับตาย<sup>14</sup> ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้แก่ แรงเฉือน แรงเสียดทาน<sup>14</sup> ในการศึกษาต่างประเทศของบลันซ์ และคณะ<sup>15</sup> และเซียรี่<sup>16</sup> พบผู้ป่วยอายุ 65-80 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า และยังมีพบในกลุ่มถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่

กลุ่มที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>10</sup> ผู้ป่วยหลังผ่าตัด<sup>16</sup> การเกิดแผลกดทับมีผลกระทบโดยตรง ได้แก่ทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น<sup>17</sup> ภาวะลักษณะเสีย และมีผลทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น การศึกษาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับแผลกดทับในสิงคโปร์พบว่าเมื่อเกิดแผลกดทับระยะที่ 3 และระยะที่ 4 มีผลให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นคิดเป็นเงิน 4,546 ดอลลาร์สิงคโปร์ และ 13,138 ดอลลาร์สิงคโปร์ ตามลำดับ<sup>18</sup> ในประเทศไทยไม่มีรายงานแต่คาดว่าไม่แตกต่างกันเนื่องจากการรายงานสถิติที่ใกล้เคียงกัน

จากสถิติข้อมูลการรับย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตในการเก็บตัวชีวิตประจำเดือนในปี พ.ศ. 2562 พบการเกิดแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 3.8 ผู้วิจัยต้องการหาวิธีป้องกันการเกิด จึงต้องการทราบปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกับการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดด้านคุณภาพของการพยาบาล งานวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลต่อยอดการพยาบาลเพื่อป้องกันเกิดแผลกดทับต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

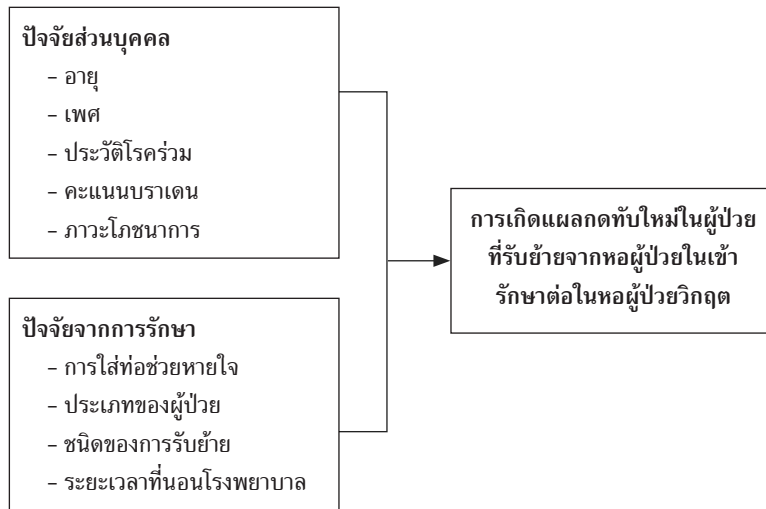
1. เพื่อศึกษาระดับภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยในเข้ารับรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยในเข้ารับรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต

**กรอบแนวคิดในการศึกษา**

กรอบแนวคิดนี้ได้จากการอ้างอิงกรอบแนวคิดของ ชญานิศ ลีอวานิช และคณะ<sup>19</sup> โดยใช้กรอบแนวคิดการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden) และเบอร์กสตรอม (Bergstrom) ร่วมกับ การทบทวนงานวิจัยในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดการเกิดแผลกดทับในการวิจัยนี้ โดยมีตัวแปรต้นได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ประวัติโรคร่วม คะแนนบราเดน ภาวะโภชนาการ และปัจจัยจากการรักษา

ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ชนิดของผู้ป่วย ชนิดของการรับย้าย และระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ตัวแปรตามคือ การเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยในเข้ารับรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังวิเคราะห์ข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยใช้ข้อมูลเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลจากบันทึกการพยาบาล (Nurses' note) ใบบันทึกแบบประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น (Nutrition Alert Form) โดยผู้บันทึกข้อมูลเป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลทุกคนได้รับการอบรมเรื่องการบันทึกข้อมูลตั้งแต่เริ่มทำงาน มีการอบรมซ้ำของการพยาบาลทุกปี มีการสุ่มทดสอบการลงข้อมูลในกลุ่มผู้เก็บข้อมูล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีการตรวจสอบข้อมูลโดยหัวหน้าพยาบาล และกรรมการตรวจสอบคุณภาพเอกสารเวชระเบียนในโรงพยาบาล วันเวลาที่บันทึกในแบบประเมินต่างๆ ทำตามนโยบายโรงพยาบาล ได้แก่ บันทึกการพยาบาลข้อมูลประเมินแผลกดทับทุกเวรรับเวร-ส่งเวร รายงานหัวหน้าเวรรับทราบเพื่อรวบรวมแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้างาน เพื่อเก็บข้อมูลตัว

ชี้วัดของหน่วยงาน และโรงพยาบาล ประชากรในการศึกษานี้เป็นประวัติของผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤต (4C) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตสมุทรปราการ โดยเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยที่ย้ายเข้ารับการรักษาจากหอผู้ป่วยในเข้ามาในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง และมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 107 ราย ใช้ตามสูตรหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็กของเครซี และมอร์แกน<sup>19</sup> ดังนี้

$$n = X^2 N p (1 - p) / e^2 (N - 1) + X^2 p (1 - p)$$

จากสูตรคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 84 คน และเมื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่รับย้ายเข้ามามีระยะเวลาอนรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตน้อยกว่า 1 วัน ได้คัดข้อมูลออก จำนวน 15 ราย จากจำนวนทั้งหมด 107 ราย คงเหลือผู้ป่วย 92 ราย ในการศึกษานี้จึงใช้ข้อมูลทั้งหมด 92 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบไปด้วย 3 ส่วนได้แก่

1. บันทึกสถิติการรับผู้ป่วยเข้า และออก ประจำเดือนของหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลจากบันทึกการพยาบาล ข้อมูลจากบันทึกการประเมินภาวะโภชนาการชนิด Nutrition alert form (NAF) ที่ปรับปรุงโดยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุรัตน์ โคมินทร์<sup>20</sup> ผู้วิจัยนำมาใช้จากข้อกำหนดของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กำหนดให้ใช้ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยในทุกราย โดยยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยสูติกรรม โดยประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ห่อผู้ป่วย น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย การประเมินรูปร่างของผู้ป่วย น้ำหนักเปลี่ยนแปลงใน 4 สัปดาห์ ลักษณะ และปริมาณอาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการอาเจียน คลื่นไส้ และกลุ่มโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ เบาหวาน ไตเรื้อรัง ตับเรื้อรัง มะเร็งทั่วไป หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ข้อสะโพกหัก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผลไหม้ระดับ 2 ขึ้นไป ติดเชื้อในกระแสเลือด อัมพาต ปอดบวมขั้นรุนแรง กระดูกหักหลายตำแหน่ง และ ผู้ป่วยวิกฤต (critically ill) ซึ่งคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้น 6 คะแนน ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต้องได้รับการประเมินภาวะโภชนาการแรกรับเป็นพื้นฐานและทำการคัดกรองภาวะโภชนาการซ้ำภายใน 7 วัน เมื่อผู้ป่วยย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีการทำการคัดกรองภาวะโภชนาการใหม่ตามนโยบาย ในช่องการประเมินภาวะโภชนาการนี้ขอผู้ป่วยวิกฤต (critically ill) คะแนนเท่ากับ 6 จึงทำให้ได้คะแนนเพิ่มขึ้น 6 คะแนน ผลจากคะแนนเพิ่ม ทำให้ระดับภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง<sup>21</sup>

3. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน โดยนโยบายการดูแลต่อเนื่องของทางโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต ให้ทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับแรกรับทุกราย และประเมินซ้ำทุกวัน วันละ 1 ครั้ง บันทึกในแบบประเมินการเกิดแผลกดทับบราเดนของผู้ป่วย

เนื่องจากบันทึกการประเมินภาวะโภชนาการชนิด Nutrition alert form และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดนถูกกำหนดให้ใช้ประเมินในโรงพยาบาลรามาธิบดีผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ บราเดนผู้วิจัยได้อ้างอิงจากการศึกษาของอารี บุรณกุล โดยแบบประเมินดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) แล้ว และมีค่า Kappa coefficient เท่ากับ 0.77<sup>22</sup>

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากสมุดบันทึกสถิติการรับผู้ป่วยเข้าและออก ประจำเดือนของหอผู้ป่วยวิกฤต โดยพยาบาลหัวหน้าเวร 4 ท่าน เป็นผู้บันทึก และ ตรวจสอบซ้ำโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยจนผู้ป่วยจำหน่าย และ ผู้วิจัยติดตามข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ 2562 ถึงวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ 2562

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.MURA2020/206 การรายงานข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างทำโดยการปกปิดรายชื่อ และ นำเสนอเป็นภาพรวมของผลการศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติโรคร่วม คะแนนบราเดน ภาวะโภชนาการ และ ปัจจัยจากการรักษา ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ชนิดของผู้ป่วย ชนิดของการรับย้าย และระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามประเภทข้อมูล

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติโรคร่วม คะแนนบราเดน ภาวะโภชนาการ และ ปัจจัยจากการรักษา ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ชนิดของผู้ป่วย ชนิดของการรับย้าย และ ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ใช้สถิติทดสอบ chi-square test และ fisher's exact test เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยในเข้ารับรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต และ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 55 ราย เพศชาย 37 ราย อายุเฉลี่ย 71.29 ปี (SD = 15.82) รับย้ายจากหอผู้ป่วยใน จำนวน 92 ราย ได้แก่ หอผู้ป่วย 5A จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 18.50) หอผู้ป่วย 5C จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 58.70) และหอผู้ป่วย 5D จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 22.80) พบการเกิดแผลกดทับเดิมในกลุ่มผู้ป่วยที่รับย้ายมา 12 ราย (ร้อยละ 13) ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับเดิม ได้แก่ บริเวณกระดูกก้นกบ 3 ราย คาง 1 ราย และแผลกดทับชนิดที่มีการหายแล้ว 8 ราย นอกจากนี้พบแผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ระหว่างนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.30) ได้แก่ บริเวณตาตุ่มหลัง 1 ราย หลัง 1 ราย กระดูกก้นกบ 1 ราย และ สะโพก 1 ราย คะแนนประเมินภาวะโภชนาการก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 6.68 (SD = 4.92) ระดับเอ 45 ราย (ร้อยละ 48.90) ระดับบี 29 ราย (ร้อยละ 31.50) ระดับซี 18 ราย (ร้อยละ 19.60) คะแนนภาวะโภชนาการใหม่แรกรับในหอผู้ป่วยวิกฤตเปลี่ยนระดับเนื่องจากในแบบประเมินภาวะโภชนาการมีข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตคะแนนเท่ากับ 6 มีผลให้ภาวะโภชนาการเปลี่ยนระดับ โดยพบคะแนนเฉลี่ย 12.72 (SD = 4.932) แบ่งเป็นระดับบี

37 ราย (ร้อยละ 40.20) ระดับซี 55 ราย (ร้อยละ 59.80) จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.85 วัน (SD = 5.62) สภาพการย้ายออกโดยรอดชีวิต 87 ราย (ร้อยละ 94.60) เสียชีวิต 5 ราย (ร้อยละ 5.40) ผู้ป่วยประวัติมีโรคร่วม 82 ราย (ร้อยละ 89.10) ไม่มีโรคร่วม 10 ราย (ร้อยละ 10.90) คะแนนบราเดนความเสี่ยงสูง 6-9 คะแนน 2 ราย (ร้อยละ 2.20) ความเสี่ยงสูง 10-12 คะแนน 20 ราย (ร้อยละ 21.70) ความเสี่ยงปานกลาง 13-14 คะแนน 35 ราย (ร้อยละ 38.0) มีความเสี่ยง 15-18 คะแนน 31 ราย (ร้อยละ 33.70) ไม่มีความเสี่ยง 19-23 คะแนน 4 ราย (ร้อยละ 4.30)

2. ปัจจัยจากการรักษา ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ 27 ราย (ร้อยละ 29.30) ชนิดของการรับย้าย ได้แก่ รับย้ายไม่ผ่าตัด 42 ราย (ร้อยละ 46.70) รับย้ายหลังผ่าตัด 49 ราย (ร้อยละ 53.30) ชนิดของผู้ป่วยแยกตามแผนก ได้แก่ อายุรกรรม 39 ราย (ร้อยละ 42.40) ศัลยกรรม 51 ราย (ร้อยละ 55.40) อื่น ๆ 2 ราย (ร้อยละ 2.20) ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.30 วัน (SD = 5.38) (ตามตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยที่รับย้ายเข้ารับรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ เพศ ประวัติโรคร่วม ประวัติโรคร่วม ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ( $p > .05$ ) และปัจจัยด้านระดับภาวะโภชนาการเดิม คะแนนบราเดน และ ภาวะโภชนาการเดิมมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ( $p < .05$ )

2. ปัจจัยจากการรักษา พบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจ ชนิดของผู้ป่วย ชนิดของการรับย้าย ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ( $p > .05$ ) ส่วนปัจจัยด้านประเภทผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ( $p < .05$ ) (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่รับย้ายเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (n=92)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	37	40.20
หญิง	55	59.80
<b>คะแนนบราเดน</b>		
6-12 (ความเสี่ยงสูง-สูงมาก)	22	23.91
13-23 (ไม่มีความเสี่ยง - ความเสี่ยงปานกลาง)	70	76.09
<b>การเกิดแผลกดทับเก่า</b>		
เกิด	12	13.04
ไม่เกิด	80	86.96
<b>การเกิดแผลกดทับใหม่</b>		
เกิด	4	4.30
ไม่เกิด	88	95.70
<b>ระดับภาวะโภชนาการเดิม</b>		
ระดับเอ (คะแนน 0-5)	45	48.90
ระดับบี (คะแนน 6-10)	29	31.50
ระดับซี (คะแนน ≥11)	18	19.60
<b>ระดับภาวะโภชนาการใหม่แรกรับ</b>		
ระดับบี (คะแนน 6-10)	37	40.20
ระดับซี (คะแนน ≥11)	55	59.80

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤต (n=92)

ปัจจัย	การเกิดแผลกดทับใหม่		χ <sup>2</sup>	p-value
	เกิด (%)	ไม่เกิด (%)		
<b>ประเภทของผู้ป่วย</b>				
อายุรกรรม	1 (2.57)	38 (97.43)	10.34	0.00 <sup>a</sup>
ศัลยกรรม	2 (3.90)	49 (96.10)		
อื่นๆ	1 (50.00)	1 (50.00)		
<b>คะแนนบราเดน</b>				
6-12 (ความเสี่ยงสูง-สูงมาก)	3 (13.60)	19 (86.40)	5.99	0.04 <sup>a</sup>
13-23 (ไม่มีความเสี่ยง - ความเสี่ยงปานกลาง)	1 (1.40)	69 (98.60)		
<b>ระดับภาวะโภชนาการเดิม</b>				
ระดับซี (คะแนน ≥11)	3 (16.70)	15 (83.30)	8.67	0.01 <sup>a</sup>
ระดับบี (คะแนน 6-10)	1 (3.40)	28 (96.60)		
ระดับเอ (คะแนน 0-5)	0 (0)	45 (100)		
<b>ระดับภาวะโภชนาการใหม่แรกรับ</b>				
ระดับซี (คะแนน ≥11)	4 (7.30)	51 (92.70)	2.81	0.14
ระดับบี (คะแนน 6-10)	0 (0)	37 (100)		

a =Fisher's exact test, b = Chi-square test



## อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบการเกิดแผลกดทับเดิมในกลุ่มผู้ป่วยที่รับย้ายมา 12 ราย (ร้อยละ 13) นอกจากนี้พบแผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ระหว่างนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.30) จากการศึกษาการเกิดแผลกดทับในแผนกวิกฤตผลทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศพบร้อยละ 15-50<sup>9-13</sup> ซึ่งพบใกล้เคียงสอดคล้องกับการศึกษาอื่น โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 คะแนนภาวะโภชนาการผู้ป่วยก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 6.68 คะแนน (SD = 4.92) แบ่งเป็น ระดับเอ 45 ราย (ร้อยละ 48.90) ระดับบี 29 ราย (ร้อยละ 31.50) ระดับซี 18 ราย (ร้อยละ 19.60) คะแนนภาวะโภชนาการใหม่แรกรับเฉลี่ย 12.72 คะแนน (SD = 4.932) แบ่งเป็น ระดับบี 37 ราย (ร้อยละ 40.20) ระดับซี 55 ราย (ร้อยละ 59.80) จากการศึกษาพบว่า ระดับภาวะโภชนาการเดิมมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่แรกรับสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>23-25</sup> การขาดสารอาหารประเภทโปรตีนและแคลอรีนำไปสู่ภาวะที่มีระดับโปรตีนในเลือดต่ำทำให้ความสามารถของผิวหนังในการทนต่อการสัมผัสกับแรงกดเป็นเวลานานเปลี่ยนแปลงไปและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ<sup>24</sup> จากนโยบายโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต กำหนดเมื่อพบคะแนนภาวะโภชนาการผู้ป่วยอยู่ในระดับบี ถึง ระดับซี พยาบาลต้องรายงานแพทย์เจ้าของไข้ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินการให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วย และทำการคัดกรองภาวะโภชนาการซ้ำภายใน 7 วัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

1.2 คะแนนบราเดนในการศึกษานี้แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง-สูงมาก กับกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง-ความเสี่ยงปานกลาง พบว่าคะแนนบราเดนมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ใน

ผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือนี้มีความไวเหมาะสมสำหรับประเมิน และ คัดกรองการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของคอกส์ ซึ่งใช้แบบประเมินบราเดนในการประเมินผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรมลักษณะเดียวกับในการศึกษานี้<sup>27</sup> และนำเสนอเป็นภาพรวมของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยคัดเอากลุ่มที่อยู่ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงคะแนนจากภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเมื่อย้ายเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

### 2. ปัจจัยจากการรักษา

2.1 ปัจจัยด้านประเภทผู้ป่วยในการศึกษานี้ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และกลุ่มอื่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของคอกส์ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดและเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคทางอายุรกรรมผลการศึกษาพบความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ การศึกษานี้ศึกษาใช้แบบประเมินบราเดน<sup>27</sup> ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของแอททิลลาและคณะ<sup>28</sup> ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยที่ต่างกันซึ่งใช้แบบประเมินของแจกสัน และคุบบิน โดยรูปแบบการประเมินมีความแตกต่างกันประกอบไปด้วย 12 หมวด ประเมินผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงกว่าแบบประเมินบราเดน<sup>29</sup> ในการศึกษาปัจจุบันถึงแม้ว่าแบบประเมินบราเดนไม่เฉพาะเจาะจงเท่าแบบประเมินนี้<sup>29</sup> แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีความเหมาะสมและสามารถใช้งานได้<sup>27</sup> และเป็นแบบประเมินที่ถูกกำหนดเป็นนโยบายให้ใช้ในทุกโรงพยาบาลภายใต้สังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี เมื่อผู้ประเมินปฏิบัติงานจะทำให้ไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานในภาวะปกติ

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ชนิดของผู้ป่วย ชนิดของการรับย้าย

ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ( $p > .05$ ) อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนความใกล้เคียงกันชนิดของการรับย้าย ได้แก่ รับย้ายไม่ผ่าตัด และ รับย้ายหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของอิเลนนี พบว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น<sup>10</sup> ซึ่งมีปัจจัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลา นานกว่า 20 วัน และเชื้อชาติ เป็นต้น

ตามนโยบายของโรงพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในทุกรายต้องได้รับการประเมินภาวะโภชนาการแรกรับ และประเมินซ้ำภายใน 7 วัน โดยคะแนนระดับเอ ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พยาบาลจะคัดกรองซ้ำภายใน 7 วัน เมื่อคะแนนระดับบี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พยาบาลจะรายงานแพทย์เจ้าของไข้ภายใน 24 ชั่วโมง และคะแนนระดับซี เกิดภาวะทุพโภชนาการซึ่งเป็นระดับที่รุนแรงพยาบาลจะรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันทีเพื่อปรึกษาทีมโภชนาการในการวางแผนเรื่องการให้ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมโดยด่วนต่อไป และเมื่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญถูกย้ายเข้ามาได้รับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลจะทำการประเมินภาวะโภชนาการใหม่ตามนโยบายของโรงพยาบาล หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการนี้พบว่ามีข้อ 8 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับโรคประจำตัว และภายในหัวข้อนี้มีข้อผู้ป่วยวิกฤต (critically ill) ซึ่งคะแนนเท่ากับ 6 เมื่อบวกคะแนนภายในหัวข้อทั้งหมด ทำให้ได้คะแนนเพิ่มขึ้น 6 คะแนน ผลจากการศึกษานี้ภาวะโภชนาการก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในระดับบี เมื่อผู้ป่วยที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตเปลี่ยนเป็นระดับ ซี ซึ่งเป็นภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงผู้ป่วยจะได้รับการปรึกษากับทีมโภชนาการบำบัดเพื่อดูแลเรื่องสารอาหารที่ควรได้รับเพื่อวางแผนด้านโภชนาการได้เป็นรายกรณี และประโยชน์ของงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้พัฒนาการเตรียมความรู้เรื่องปัจจัย

ที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับใหม่ เพื่อเตรียมพร้อมป้องกันการเกิดแผลกดทับใหม่ ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญของโภชนาการควบคู่ไปกับการรักษาโรคที่เจ็บป่วยในปัจจุบันควบคู่ไปกับการรักษาโรคที่เจ็บป่วยวิกฤต เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเพื่อลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล

### ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิรัฐบาลเพียงโรงพยาบาลเดียว การนำข้อมูลมีข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถอ้างอิงโดยภาพรวมได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากที่การศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ได้แก่ ภาวะโภชนาการเดิม ประเภทผู้ป่วย และ คะแนนบราเดน ดังนั้น ควรมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมที่ดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ทีมโภชนาการบำบัดดูแลโภชนาการควบคู่ไปกับการรักษาโรคที่เจ็บป่วย และกระตุ้นกิจกรรมการลดการเกิดแผลกดทับร่วมกันระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วยและพยาบาลเฉพาะทางที่ร่วมดูแลแผลกดทับ

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต 4C งานพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ลงบันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้

### References

1. Chittawatana K. Health intervention and technology assessment (HITAP). [on internet]. 2013. [cited 2020 Jan 5]. Available from: <http://www.hitap.net>.

2. Bhirommuang N, Komindr S, Jayanama K. Impact of nutritional status on length of stay and hospital costs among patients admitted to a tertiary care hospital in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr* 2019; 28(2): 252-9.
3. Shin JC, Chang SH, Hwang SW, Lee JJ. The nutritional status and the clinical outcomes of patients with a spinal cord injury using nutritional screening tool. *Ann Rehabil Med* 2018; 42 (4): 591-60.
4. Changyai K. Continuous nutritional care practice in critically ill patients. *Nurs Health Care* 2018; 36(4): 25-32.
5. Sanrang P, Putwatana P, Kuwatnasumrit K, Sumritpradi P. Nutrition support and clinical outcomes in surgical critical patients. *Rama Nurs J* 2012; 18(3): 343-54. (in Thai)
6. Horn SD, Bender SA, Ferguson ML, Smout RJ, Bergstrom N, Taler G, et al. The national pressure ulcer long-term care study: Pressure ulcer development in long-term care residents. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 359-67.
7. Edsberg LE, Langemo D, Baharestani MM, Posthauer ME, M. G. Unavoidable pressure injury: State of the science and consensus outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2014; 41(4): 313-4.
8. Kanogsunthornat N. Pressure injury management [on internet]. 2019. [cited 2020 Febuary 10]. Available from: [https://med.mahidol.ac.th/nursing/ACNER/admin/file\\_doc/20190813090819.pdf](https://med.mahidol.ac.th/nursing/ACNER/admin/file_doc/20190813090819.pdf).
9. Qaddumi JAS, Almahmoud O. Pressure ulcers prevalence and potential risk factors among intensive care unit patients in governmental hospitals in Palestine: A cross-sectional study. *Open Public Health J* 2019; 12: 121-6.
10. Apostolopoulou E, Tselebis A, Terzis K, Kamarinou E, Lambropoulos L, Kalliakmanis A, et al. Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *Health Sci J* 2014; 8(3): 333-42.
11. Shahin ESM, Dassen T, Halfens RJG. Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: A literature review. *Nurs Crit Care* 2008; 13: 71-9.
12. Dongpho P. Effectiveness of clinical practice guidelines implementation for pressure sore prevention. *TMJ* 2019; 19(2): 315-23. (in Thai)
13. Bootthumpan O, Lavin W. Association between risk factors and pressure injury patients in cardiac care unit : A retrospective matched-paired case control study design. *Mahidol R2R e-Journal* 2020; 7(1): 140-8. (in Thai)
14. Nualsrithong P, Katnimit C, Muansatit T. The results of using starch Tanaka powder in preventing pressure injury stage 1 in the elderly at male surgical ward at Vachira Phuket hospital. *Reg Med J* 2017; 31(1): 179-89. (in Thai)
15. Blanc G, Meier MJ, Stocco JG, Roehrs H, Crozeta K, Barbosa DA, et al. Effectiveness of enteral nutritional therapy in the healing process of pressure ulcers: A systematic review. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(1): 150-9.
16. Chiari P, Forni C, Guberti M, Gazineo D, Ronzoni S, Alessandro FD, et al. Predictive factors for pressure ulcers in an older adult population hospitalized for hip fractures: a prognostic cohort study. *Plos one* 2017; 12(1): 1-12.

17. Vetrano DL, Landi F, Buysler SL, Carfi A, Zuccala G, Mirko Petrovic, et al. Predictors of length of hospital stay among older adults admitted to acute care wards: a multicentre observational study. *Eur J Case Rep Intern Med* 2014; 25: 56–62.
18. Lim ML, Ang SY. Impact of hospital-acquired pressure injuries on hospital costs-experience of a tertiary hospital in Singapore. *Wound practice & research* 2017; 25(1): 42–7.
19. Luevanich C, Luevanich R, Phonploy W. Tewsakul C. Factor related to pressure occurrence of hospitalized patients in Vachira Phuket Hospital. *JTNMC* 1999; 14(2): 17–29. (in Thai)
20. Krejcie VR, Morgan WD. Determining sample size for research activity. *Educ Psychol Meas* 1970; 30: 607–10.
21. Komindr S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. *Asia Pac J Clin Nutr* 2013; 22(4): 516–21.
22. Buranakul A. Pressure ulcer risk factors among hospitalized neurological patients. [Master of Nursing Science, Adult Nursing] Nakorn Pathom: Mahidol university; 2002.
23. Tsaousi G, Stavrou G, Ioannidis A, Salonikidis S, Kotzampassi K. Pressure ulcers and malnutrition: results from a snapshot sampling in a university hospital. *Med Princ Pract* 2015; 24: 11–6.
24. Cox J. Predictive power of the Braden scale for pressure sore risk in adult critical care patients: A Comprehensive Review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012; 39(6): 613–21.
25. Matozinhos FP, Melendez GV, Tiensoli SD, Moreira AD, Gomes FSL. Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. *Rev Esc Enferm USP* 2017; 51: 1–7.
26. Borghardt AT, Prado TN, Araujo TM, Rogenski NM, Bringunte ME. Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: a prospective cohort study. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2015; 23(1): 28–35.
27. Cox J. Predictors of pressure ulcer development in adult critical. *AJCC* 2011; 20(5): 364–74.
28. Ahtiala M, Soppi E, Wiksten A, Koskela H, Gronlund JA. Occurrence of pressure ulcers and risk factors in a mixed medical-surgical ICU-a cohort study. *JICS* 2014; 15(4): 340–3.
29. Seongsook J, Ihnsook J, Younghee L. Validity of pressure ulcer risk assessment scales; Cubbin and Jackson, Braden, and Douglas scale. *Int. J. Nurs* 2004; 41: 199–204.

## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ เป็นวารสารวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอกคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (peer review) อย่างน้อย 2 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญทั้งในด้านเนื้อหาหน้ัน ๆ และด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย กรณีที่บทความได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ ถือเป็นสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

คำแนะนำในการเตรียมบทความ การส่งผลงานเข้ามาเพื่อรับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ มีข้อควรตรวจสอบสำคัญ ดังนี้

1. บทความที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างการส่งตีพิมพ์ที่วารสารอื่น
2. ผู้ที่มีรายชื่อในบทความทุกคนมีความเห็นตรงกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว และไม่มีการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้อง
4. บทความวิชาการที่เป็นผลงานของนักศึกษาบัณฑิตศึกษาจะต้องมีลายเซ็นต์ของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาของบทความนั้นแล้ว

หมายเหตุ : การส่งบทความเข้ามายังระบบออนไลน์ ผู้พิมพ์ชื่อแรก (first author) หรือผู้ประสานงานการเผยแพร่บทความ (corresponding author) จะต้องพิจารณาและกรอกแบบตรวจสอบบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (สำหรับผู้พิมพ์) เพื่อยืนยันการส่งบทความเข้ามาในระบบจึงจะมีความสมบูรณ์ตามข้อ 1-4 ข้างต้น

ประเภทของบทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. บทความวิจัย (research articles) เป็นบทความที่เขียนขึ้นจากการศึกษาเชิงประจักษ์ เพื่อนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการศึกษาตามระเบียบวิธีวิจัย กล่าวถึงบทนำ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย กรอบแนวคิดทฤษฎี ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษา ซึ่งรวมถึงการวิจัยชั้นเรียน

(classroom research) และการวิจัยสถาบัน (institutional research) ทั้งนี้ งานวิจัย ควรได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบัน องค์กร หรือหน่วยงาน

2. บทความวิชาการ (academic articles) เป็นบทความที่เขียนขึ้นโดยที่ผู้พิมพ์หรือวิทยากรประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ เน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญและต้องนำเสนอข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้

3. บทความปริทัศน์ (review articles) เป็นบทความที่รายงานการทบทวนผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ โดยผู้พิมพ์ได้มีการศึกษาเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง มีการวิเคราะห์และเปรียบเทียบงานวิจัย สังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใหม่พร้อมข้อเสนอแนะ บทความปริทัศน์ควรเสนอแนวคิดใหม่หรือองค์ความรู้ใหม่หรือกระตุ้นให้เกิดการวิจารณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

4. รายงานการศึกษาอิสระ (independent studies) เป็นบทความที่รายงานเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรม การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือรายงานผู้ป่วย หรืออื่น ๆ

5. บทความพิเศษ (special articles) เป็นบทความที่ผู้พิมพ์เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในทางใดทางหนึ่ง และใช้ประสบการณ์ที่เขียนแสดงความคิดเห็นในเรื่องนั้นมักเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจเป็นพิเศษหรือเป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงบทสัมภาษณ์พิเศษ ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และบทวิจารณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการกำหนดผู้พิมพ์

### การเตรียมบทความต้นฉบับ (Handing the Manuscript)

#### 1. บทความภาษาไทย

การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย เว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้ถ้อยคำที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกัน โดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (216x279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ ด้านบนและด้านซ้ายมืออย่างน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่างและด้านขวามืออย่างน้อย 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรม

Microsoft Words ด้วยรูปแบบอักษร TH SarabunPSK (สำหรับภาษาไทย) ขนาด 16 ตัวอักษรต่อนิ้ว ไม่เกิน 12 หน้า ใส่เลขหน้าตั้งแต่หน้าชื่อเรื่อง เรียงไปตามลำดับที่มุมขวาของกระดาษ ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งต้องขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่

### 1.1 ชื่อเรื่อง ประกอบด้วย

1.1.1 ชื่อเรื่องควรสั้นกะทัดรัด ใช้ภาษาที่เป็นทางการและครอบคลุมประเด็นหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องสำหรับบทความภาษาไทย ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไม่ต้องขึ้นต้นข้อความด้วยอักษรใหญ่ทุกคำ ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ตัวอย่างเช่น

ถูกต้อง - The interventions for pain management during the first stage of labor at Udonthani Hospital

ไม่ถูกต้อง - The Interventions for Pain Management During the First Stage of Labor at Udonthani Hospital

1.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแสดงคำย่อของวุฒิการศึกษาในการประกอบวิชาชีพและวุฒิการศึกษาสูงสุดเท่านั้น ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการในกรณีที่มีผู้นิพนธ์หลายคน ให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ที่สำคัญต้องระบุชื่อ และอีเมล (e-mail) ของผู้ประสานงานการเผยแพร่บทความ (corresponding author)

1.1.3 แหล่งทุนสนับสนุนวิจัย (ถ้ามี) (แทรกเชิงอรรถไว้ด้านล่างหน้าแรก)

1.1.4 ตำแหน่งของผู้นิพนธ์ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์อยู่ขณะทำการวิจัย (แทรกเชิงอรรถไว้ด้านล่างในหน้าแรก) ดังตัวอย่าง

\* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก .....

\*\* (ตำแหน่ง, ตำแหน่งทางวิชาการ) หน่วยงาน, สถาบัน.....

1.2 บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา ไม่ควรเกิน 500 คำ (ภาษาไทย 250 คำ ภาษาอังกฤษ 250 คำ) ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ

ให้เขียนบทคัดย่อภาษาไทยก่อนภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทย จะไม่ใช่ศัพท์ภาษาอังกฤษปนแต่แปลเป็นภาษาไทย หรือให้เขียนทับศัพท์ที่เป็นภาษาไทย และไม่ต้องวงเล็บคำเต็ม

1.3 คำสำคัญหรือคำหลัก ระบุคำสำคัญภาษาไทย ใส่ไว้ในท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษาโดยให้ใช้ Medical Subject Headings (MeSH) และระหว่างคำให้ใช้เครื่องหมาย ; สำหรับภาษาอังกฤษ

1.4 บทนำ เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ให้ข้อมูลทางวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาอย่างกระชับ ลงท้ายด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

1.5 วิธีการศึกษา ชี้แจง 2 หัวข้อใหญ่ คือ เครื่องมือ และวิธีการศึกษา หัวข้อเครื่องมือให้บอกรายละเอียดสิ่งที่นำมาศึกษา จำนวน ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา หัวข้อวิธีการศึกษาอธิบายรูปแบบแผนการศึกษา การสุ่มตัวอย่าง วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1.6 ผลการศึกษา แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนได้ใจความ ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก ควรบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตาราง แผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายในเนื้อหาซ้ำอีกและไม่ควรมีตารางเกิน 3 ตารางหรือแผนภูมิ และมีการแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

1.7 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิ เรียงเลขตามลำดับเนื้อหาของบทความและแยกลำดับตามประเภท มีคำอธิบายสั้น ๆ แต่ได้สาระครบถ้วน ภาพเขียนและแผนภูมิควรเขียนด้วยหมึกอินเดียบนกระดาษอาร์ต ถ้าเป็นเครื่องพิมพ์คอมพิวเตอร์ ต้องเป็นเครื่องพิมพ์เลเซอร์หรือเครื่องพลอตเตอร์หมึกขาวดำเท่านั้น

1.8 อภิปราย วิจารณ์ว่าผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ไม่ควรคาดเดาอย่างเลื่อนลอย โดยปราศจากพื้นฐานอ้างอิงที่แน่นอน และให้จบบทความด้วยข้อยุติสรุปว่าผลที่ได้ ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์หรือประเด็นคำถามการวิจัยสำหรับการวิจัยต่อไป

1.9 ข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอที่ผู้เกี่ยวข้องหรือสถาบันที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย

การปฏิบัติงานตลอดจนการวิจัยหรือพัฒนาองค์ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

**1.10 กิตติกรรมประกาศ** มีเพียงสั้น ๆ แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

**1.11 เอกสารอ้างอิง** ใช้ระบบ Vancouver style ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิงและต้องเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น กรณีที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษและต่อท้ายด้วย (in Thai) และต้องสะกดชื่อผู้พิมพ์จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษให้ถูกต้อง โดยตรวจสอบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้พิมพ์เคยตีพิมพ์ผลงาน หรือจากเว็บไซต์ต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ต้นสังกัดของผู้พิมพ์

## 2. บทความภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ภาษาอังกฤษของอเมริกันทั้งฉบับ พิมพ์หน้าเดียว บนกระดาษขนาด A4 (216x279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและด้านซ้ายมีอย่างน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่างและด้านขวามีอย่างน้อย 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Words ด้วยรูปแบบอักษร Times New Roman ขนาด 12 ตัวอักษรต่อหน้า ไม่เกิน 12 หน้า ใส่เลขหน้าตั้งแต่หน้าชื่อเรื่อง เรียงไปตามลำดับที่มุมขวาของกระดาษ ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งต้องขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่

รายละเอียดของการเตรียมต้นฉบับอื่น ๆ ได้แก่ ชื่อเรื่อง คำสำคัญหรือคำหลัก วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย ข้อเสนอแนะ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ให้ใช้แนวทางเดียวกับการเตรียมบทความภาษาไทย

## องค์ประกอบของบทความ

**1. บทความวิจัย (research articles)** ความยาว 12 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) บทนำ (introduction) วิธีการศึกษา (methods) ผลการศึกษา (results) ตาราง ภาพ และแผนภูมิ อภิปราย (discussion) ข้อเสนอแนะ (suggestion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) เอกสารอ้างอิง (references)

**2. บทความวิชาการ (academic articles)** ความยาว 10-12 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) บทนำ (introduction) ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่องและ

คำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ เนื้อหา (contents) เป็น ส่วนของเรื่องราวที่น่าเสนอ แบ่งเป็นประเด็นหลัก ประเด็นรอง ประเด็นย่อย โดยสอดแทรกแนวคิด ทศนคติ และแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ (ไม่เกิน 2 หรือจะให้ 3 เท่าบทความวิจัย ตาราง ภาพ และแผนภูมิ) ส่วนสรุป (conclusion) ขมวดประเด็นสำคัญ กระตุ้นผู้อ่านให้คิดตาม และให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) กล่าวเพียงสั้น ๆ ถึงแหล่งที่สนับสนุนการศึกษาเท่านั้น เอกสารอ้างอิง (references)

**3. บทความปริทัศน์ (review articles)** ความยาว 10-12 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) ส่วนนำ (introduction) ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่องและ คำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ เนื้อหา (contents) นำเสนอ การสังเคราะห์ผลจากรายงานวิจัยหลาย ๆ ฉบับ เพื่อประมวลเป็นเนื้อหาสาระ หรือข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยต้องมีการเปรียบเทียบข้อสรุปของแต่ละการศึกษาว่ามีความ สอดคล้องกันหรือไม่ หากไม่สอดคล้องกันจะมีแนวทางทำให้ ผลการศึกษามีความชัดเจนได้อย่างไรเป็นการแนะนำ แนวทางการวิจัยในอนาคตผู้พิมพ์ต้องลำดับการเขียน แยกประเด็นหรือลำดับเหตุการณ์ให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ (ไม่เกิน 2 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ) ส่วนสรุป (conclusion) ขมวดประเด็นสำคัญ แนะนำ การพัฒนางานวิจัยในอนาคต กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) เอกสารอ้างอิง (references)

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ใส่เลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่นำมาอ้างอิง ใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิง อันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้ามีการอ้างอิงซ้ำให้ใส่ หมายเลขเดิม การใส่หมายเลขให้เรียงลำดับอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ไม่เรียงลำดับตามอักษรของผู้พิมพ์ ให้เขียนเอกสารอ้างอิง เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด สำหรับเอกสารอ้างอิงที่แปลมาจาก ภาษาไทย ให้ใช้ปี ค.ศ. แทน พ.ศ.

โปรดสังเกตชนิดของตัวอักษร ชื่อของเรื่องจะใช้ตัวพิมพ์ เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนี้ ให้สังเกตการใช้เครื่องหมายวรรคตอน และช่องไฟ ดังตัวอย่าง การอ้างอิงแต่ละประเภทที่น่าเสนอ ต่อไปนี้

## 1. บทความทั่วไป

1.1 ชื่อวารสารจะเป็นชื่อย่อ โดยต้องเป็นไปตามกำหนดใน index medicus ซึ่งจะหาได้ตามห้องสมุดทั่วไปหรือค้นดูจาก internet เว็บไซต์ของ National Library of Medicine ที่ <http://www.nlm.nih> และไม่มีการใช้เครื่องหมายวรรคตอนกับชื่อย่อของวารสาร

1.2 ในกรณีที่ผู้พิมพ์เป็นบุคคล ให้ใส่ชื่อทุกคนถ้ามากกว่า 6 คนแรกตามด้วย et.al

1.3 กรณีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงาน เขียนอ้างอิง ดังนี้  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164: 282-4.

1.4 กรณีไม่มีชื่อผู้พิมพ์ เขียนอ้างอิง ดังนี้  
Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84: 15.

1.5 กรณีที่เรียงเลขหน้าเฉพาะในฉบับ ไม่ต่องันไปตลอดปีที่ตีพิมพ์ ต้องใส่ฉบับที่ตีพิมพ์ ดังนี้

Kreetiyutanont S, Srisaeng P, Kamwilaisak R, Ungpansattawong S. The relationships between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due to fetal anomalies. Journal of Nursing Science & Health 2014;37(3):27-36. (in Thai)

1.6 กรณีที่มีการเรียงตัวเลขหน้าต่องันตลอดปีที่พิมพ์ ไม่ต้องใส่ฉบับที่ตีพิมพ์ ดังนี้

Yoos HI, McMullen A. Symptom perception and evaluation in childhood asthma. Nurs Res 1999;48:2-8.

1.7 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (supplement)  
Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994;102 suppl 1:275-82. ตัวอย่างนี้แสดงว่าเป็น Volume 102 ฉบับเสริมที่ 1 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ ซึ่งไม่จัดเป็นนิพนธ์ต้นฉบับ เช่น บทบรรณาธิการ จดหมายหรือบทความคัดย่อ ให้แสดงชนิดของเอกสารภายในเครื่องหมาย [ ] ดังนี้

Enzenberger W, Fishcer PA. Metronone in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996;347:1337.

## 2. หนังสือ

ชื่อหนังสือใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมดยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ

2.1 หนังสือที่ผู้พิมพ์คนเดียว เขียนอ้างอิง ดังนี้  
Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์จำนวน 2-6 คน เขียนอ้างอิง ดังนี้  
Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Albany, NY: Delmar Publishers;1996.

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน เขียนอ้างอิง ดังนี้  
Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

2.4 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม เขียนอ้างอิง ดังนี้  
Nomar IJ, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly. New York: Churchill Livingstone;1996.

2.5 กรณีที่ผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์  
Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicine program. Washington: The Institute;1992.

2.6 บทในหนังสือหรือตำรา เขียนอ้างอิง ดังนี้  
Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors, Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Raven Press;1995:p. 465-78.

2.7 บทวิทยานิพนธ์แสดงเพียงแต่ชื่อมหาวิทยาลัยและเมือง สำหรับวิทยานิพนธ์ต่างประเทศ วงเล็บชื่อรัฐหลังชื่อเมือง ดังนี้

Kaplan SJ. Post hospital home health care: The elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ;1995.

## 3. สื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

3.1 บทความวารสารทางอินเทอร์เน็ต (e-journal)  
Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):966 - 9. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>



### 3.2 หนังสือทางอินเทอร์เน็ต (e-book)

Salley K. Physical medicine and rehabilitation [Internet]. New Delhi: World Technologies; 2012 [cited 2013 Nov 17]. Available from EBSCOhost eBook Collection: <http://search.ebscohost.com.prxusa.lirn.net/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=406964&site=ehost-live>

### 3.3 โฮมเพจ/เว็บไซต์ (homepage/website)

American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2011[updated 2011 April 28; cited 2011 May 4th]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collectiondemographic.page>

### การส่งต้นฉบับ

ผู้พิมพ์ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ จากนั้นจึงจะสามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/nah> เมื่อระบบได้รับบทความเรียบร้อยแล้ว ระบบจะส่งอีเมลแจ้งเตือนอัตโนมัติให้ผู้พิมพ์ และผู้พิมพ์สามารถตรวจสอบสถานะบทความได้ที่ระบบวารสารฯ โดยสามารถศึกษาการใช้งานได้จากคู่มือการใช้งานระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ โดยดาวน์โหลดคู่มือฯ ได้ที่เมนูประกาศข่าวสาร (announcements)

กรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการสมัครสมาชิกวารสารและการส่งบทความออนไลน์ติดต่อที่ฝ่ายบริหารจัดการวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทรศัพท์ 043-202435, 043-202407 ต่อ 117 โทรสาร 043-202435, 043-424809 หรืออีเมล [journal.nu@gmail.com](mailto:journal.nu@gmail.com)

### ลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ผลงาน

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ผลงานที่ตีพิมพ์ ห้ามผู้ใดนำบทความที่ได้รับ การตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพไปเผยแพร่ ในลักษณะต่างๆ ดังนี้ การนำบทความไปเผยแพร่ออนไลน์ การถ่ายเอกสารบทความเพื่อกิจกรรมที่ไม่ใช่การเรียนการสอน การส่งบทความไปตีพิมพ์เผยแพร่ที่อื่น ยกเว้นเสียแต่ได้รับ อนุญาตจากวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

## Author guidelines

The *Journal of Nursing Science and Health* is a quarterly peer-reviewed journal of the Faculty of Nursing Khon Kaen University Thailand. The journal aims to publish high quality empirical studies and scholarly papers in the field of nursing and related health sciences. We accept both Thai and English manuscripts which have never been published elsewhere. These submitted manuscripts will be evaluated by at least 2 experts in the field for scientific merits, with double-blind review process. Once accepted and published, the manuscript copyright will be automatically transferred to the journal.

### Manuscript preparation suggestions

Manuscript submission for publication in the Journal of Nursing Science and Health, an author should check the essential items as follows:

1. Submitted manuscript has never been published elsewhere or in the process of publication in any journals
2. All authors approved contents in the submitted article before publication submission
3. No plagiarism on submitted manuscript, neither partial nor complete copying from other work and reference citation must be completely correct
4. Regarding academic or research articles of graduate student, advisor's signature must be obtained to certify contents review and approval

**Remark:** Online manuscript submission, first author or corresponding author has to consider and fill in publication submission checklist form, Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University (for author) to confirm the 4 essential items as above-mentioned, then an electronic submission system is completed.

### Types of articles

The following 5 types of articles are published by the Journal of Nursing Science and Health:

1. **Research articles** are papers written to illustrate a clearly stated research question or hypothesis, which is tested empirically through the application of sound research protocol. The content presents background and rational of the

study, objectives, design, theoretical framework, results, and discussion. This includes classroom research as well as institutional research. All human subjects research must receive approval from the IRB.

2. **Academic articles** are scholarly papers written by experts in academic or professional fields. It aims to analyze or criticize findings from previous studies on a topic as well as to formulate new concepts or theories based on existing research. They are excellent sources for finding out what has been studied or researched as well as to find updates on existing knowledge.

3. **Review articles** are written in an attempt to systematically analyze or discuss on research previously published by others. The authors will analyze, compare, summarize or classify current state of understanding on a particular topic they have been studied extensively. A review should propose new ideas or new knowledge, be thought provoking criticism on a particular topic.

4. **Independent studies** are articles report on the development of innovations, the application of evidence-based practice, including case study reports, and others.

5. **Special articles:** are written by experienced authors to comment on special matters that currently issues of interest. Special articles include exclusive interviews, expert opinion, analytical critique related to health. The editorial board reserves the right to determine qualified authors.

### Manuscript preparation

#### 1. Thai article

Thai language usage, translation of English into or transliteration to Thai must be based on Ratchabandittayasathan. Using English word in sentences including abbreviation should be avoided. Manuscript must be prepared by Microsoft Words on single-sided A4 (216 x 279 mm.). Page set up should include 40 mm. (1.5 inches) on top and left margins and 25 mm. (1 inch) on bottom and right margins. TH SarabunPSK (Thai language), 16 point-font size, single space should be set consistently. Manuscript should not exceed 12 pages

including references. Each page is numbered consecutively, including title page and reference page. Type the numbers in the upper right-hand corner using Arabic numerals. The first word of proper name must be capitalized, other than that uses small letters.

### 1.1 Title page

1.1.1 The title must be shorter than 100 characters, both concise and informative. Title of Thai articles must include both Thai and English. Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized, for example, Correct – The interventions for pain management during the first stage of labor at Udonthani Hospital Incorrect – The Interventions for Pain Management During the First Stage of Labor at Udonthani Hospital

1.1.2 Authors' names must be both Thai and English. The authors' names should include abbreviation of their highest academic degrees, without academic titles. Authors should be listed in order of contribution to the paper beneath the title, including corresponding author's name and e-mail address.

1.1.3 Research grants/funding (if any) should be typed as a footnote at the bottom of the title page

1.1.4 Authors' affiliation, organization or institution while doing research should be typed as a footnote at the bottom of the title page

### 1.2 Abstract

The abstract should not exceed 500 words (Thai abstract 250 words, English abstract 250 words) and should contain objectives of the research, material and methods used, results, and conclusions. Abstract should be structured in according to types of articles. Abbreviation should be avoided.

Thai abstract presents first, follows by English abstract. Thai abstract will not contain English words but translate into Thai or transliterate words of English to Thai, without typing English word in a parenthesis.

### 1.3 Keywords

Abstract must be followed by 3–5 keywords using Medical Subject Headings (MeSH), and use “ ; ” between English words.

### 1.4 Introduction

Introduction should be brief and indicates the essential background information and rational of the study. Introduction should clearly state hypothesis or purpose statement and why the author deems it important.

### 1.5 Material and methods

Authors should provide concise but complete information for material and methods to enable other scientists to repeat the research presented, if needed. Details of materials (i.e. interventions, programs, and questionnaires), subjects' characteristics, sampling techniques, research protocol for data collection, and statistics used for data analysis should be clearly indicated.

### 1.6 Results

Data acquired from the research with appropriate statistical analysis described in the methods section should be included in this section. The results should describe the finding observed in according with research questions or hypothesis. Numerical data should be presented in tables and graphs. The same data/information given in the table must not be repeated in a figure or text. The total number of table and figures combined may not exceed 3.

### 1.7 Figures, tables, and charts

It is essential that all illustrated figures and tables are clear and legible. All figures and tables must be given a clear and concise title. The numbering used for tables, figures, and charts should be separate and proceed chronologically. Figure and chart should be prepared in black indian ink on white art paper. If figure and chart print from computer, it must be laser printer or plotter printer on white and black ink only.

### 1.8 Discussion

Discussion should relate the results for current understanding of the scientific problems being investigated in the study. This section should include implications of the main findings and exploring possible mechanism or explanation for those findings and their limitations. The authors should compare and contrast the results with previous studies and then try to explain, with strong empirical evidence, why and how the different results have occurred. Finally, recommendations for future research and clinical practice could be given.

## 1.9 Implications

Suggest how the findings may be important for policy, practice, theory, and subsequent research.

### 1.10 Acknowledgement

Include only a brief description of grants or funding and any assistance.

### 1.11 References

Use Vancouver style. See details in reference section. References list must be written in English, translation Thai into English must insert the word “in Thai” in parenthesis (in Thai). Author’s name in English must correctly spell by checking with electronic database that Thai author had published, or with author’s affiliation website.

## 2. English article

Your manuscript must be written in clear, comprehensible American English. Manuscript must be prepared by Microsoft Words on single-sided A4 (216 x 279 mm.). Page set up should include 40 mm. (1.5 inches) on top and left margins and 25 mm. (1 inch) on bottom and right margins. Times New Roman, 12 point–font size, single space should be set consistently. Manuscript should not exceed 12 pages including references. Each page is numbered consecutively, including title page and reference page. Type the numbers in the upper right–hand corner using Arabic numerals. The first word of proper name must be capitalized, other than that uses small letters.

Other manuscript preparation details including title page, abstract, keywords, introduction, material and methods, results, figures and tables, discussion, implications, acknowledgement, and references use the same as Thai article preparation.

### Article components

- **Research articles** Length of the article should be 12 pages including references. Components include : Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations) Abstract, Keywords, Introduction, Material and methods, Results, Figures and tables, Discussion, Recommendations, Figures and tables, Acknowledgement, References.

- **Academic articles** Length of the article should be 10–12 pages including references. Components include:

Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations), Abstract, Keywords, Introduction: Background and rational of the study, objectives, scope, definition. Contents: Should be divided into main–themes and sub–themes, incorporated with various concepts and perspectives based on empirical evidences and reliable sources. Figures, tables, and charts (Total number of tables, figures, and charts combined should not exceed 3) Conclusion: Clearly explain the main contents and highlight its importance and relevance for implications. Acknowledgement: A brief description of educational supports. References.

- **Review articles** Length of the article should be 10–12 pages including references. Components include: Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations), Abstract, Keywords, Introduction: Background and rational of the study, objectives, scope, definitions . Contents: Present comprehensively results from systematic reviews of research previously published by others. The authors should summarize, evaluate and offer critical comment on the ideas and information that the authors present in the article follow by recommendations for future research. Figures, tables, and charts (Total number of tables, figures, and chart combined may not exceed 2) Conclusion: Wrap–up the main issue, and suggest further research. Acknowledgement, References.

### References

The Vancouver style of referencing is used in this journal. In–text citation, references, must be cited by using superscript Arabic numerals in the order in which they appear in the text. The first reference used in a written document is listed as 1 (<sup>1</sup>) in the reference list. The superscript number is inserted into the document immediately next to the fact, concept, or quotation being cited. If citing more than one reference at the same point, separate the numbers with commas and no spaces between. Citation in Thai must translate into English and use AD instead of BE. Authors are responsible for the accuracy of cited references and these should be checked before the manuscript is submitted.

Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized. Spacing and punctuation need to be congruent with the following recommendations:

### 1. Journal

1.1 Use standard abbreviation for journals as defined in Index Medicus (can check via National Library of Medicine at <http://www.nlm.nih>). Do not use periods in abbreviations. If the journal is not listed in National Library of Medicine, then it should be written out in full.

1.2 Author/Authors: List the names and initials of all authors. If there are more than 6 authors, list the first 6 and add 'et al.'

#### 1.3 Organization as Author

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

#### 1.4 Unknown author

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

1.5 If the page numbers of each issue begin with page 1, include the issue number in parentheses.

Kreetiyutanont S, Srisaeng P, Kamwilaisak R, Ungpansattawong S. The relationships between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due to fetal anomalies. *Journal of Nursing Science & Health* 2014, 37(3): 27-36. (In Thai)

1.6 If each issue begins with the next consecutive page number from the last issue, do not include the issue number

Yoos HI, McMullen A. Symptom perception and evaluation in childhood asthma. *Nurs Res* 1999; 48: 2-8.

#### 1.7 Supplement

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 suppl 1: 275-82.

This example indicates volume 102, supplement 1.

1.8 Editorial, letter, abstract are special columns, not considered as original article, indicating this citation in brackets [ ].

Enzenberger W, Fishcer PA. Metronone in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996; 347: 1337.

### 2. Book

Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized.

#### 2.1 One author

Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

#### 2.2 Two - six authors

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

#### 2.3 More than 6 authors

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

#### 2.4 Editor as author

Nomar IJ, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### 2.5 Organization as author

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicine program. Washington: The Institute; 1992.

#### 2.6 Chapter in a book

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors, Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.

2.7 Thesis/Dissertation: Indicate only university and province, insert state in parenthesis after city if thesis/dissertation abroad

Kaplan SJ. Post hospital home health care: The elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

### 3. Electronic material

#### 3.1 E-journal

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):966 - 969. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

### 3.2 E-book

Salley K. Physical medicine and rehabilitation [Internet]. New Delhi: World Technologies; 2012 [cited 2013 Nov 17]. Available from EBSCOhost eBook Collection:<http://search.ebscohost.com.prxusa.lirn.net/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=406964&site=ehost-live>

### 3.3 Homepage/website

American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2011[updated 2011 April 28; cited 2011 May 4th]. Available from:<http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collectiondemographic.page>

### Manuscript submission

The corresponding author must have an active subscription. We will only be accepting submissions made online at <http://www.tci-thaijo.org/index.php/nah>. Automatic reply after submission will be sent to author via email. Once a manuscript is submitted, there is an online tracking system through which authors can check status of their manuscript. Please refer to online submission manual via the journal webpage <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah> (under ‘announcements’)

If you have any questions or require assistance about the submission process, please contact our editorial staff at

Journal of Nursing Science and Health  
Faculty of Nursing, Khon Kaen University  
Mauang, Khon Kaen province, Thailand 40002  
Tel: + 66-43-202435, + 66-43-202407 ext. 117  
Fax: + 66-43-202435, + 66-43-424809  
Email: [journal.nu@gmail.com](mailto:journal.nu@gmail.com)

### Distribution rights:

The Journal of Nursing Science and Health is copyright holder of published articles. Distributions of articles published in Journal of Nursing Science and Health including online, photocopying which is not for teaching-learning purpose, publication submission elsewhere are prohibited except obtaining permission from the Journal of Nursing Science and Health.

# Reviewers

Assoc. Prof. Dr. Johnphajong Phengjard	Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
Assoc. Prof. Dr. Chomnard Potjanamart	School of Nursing, Mae Fah Luang University
Assoc. Prof. Dr. Chintana Wacharasin	Faculty of Nursing, Burapha University
Assoc. Prof. Dr. Wannee Deoisres	Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University
Asst. Prof. Dr. Usanee Jintrawet	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
Assoc. Prof. Dr. Walaiporn Nantsupawat	Independent scholar
Assoc. Prof. Dr. Bumpenchit Sangchart	Independent scholar
Assoc. Prof. Prakong Intrarasombat	Independent scholar
Asst. Prof. Dr. Pranee Theerasopon	Independent scholar
Asst. Prof. Ausa Supornpun	Independent scholar
Dr. Suporn Wongkpratoom	Independent scholar
Dr. jongkolnee chantarasiri	Khon Kaen Hospital
Assoc. Prof. Dr. Ampornpan Theeranut	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Assoc. Prof. Dr. Pulsuk Siripul	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Assoc. Prof. Dr. Wanchanok Juntachum	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Assoc. Prof. Somporn Wattananukulkiat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Asst. Prof. Dr. Busaba Somjaivong	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Asst. Prof. Dr. Wasana Ruaisungnoen	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Asst. Prof. Dr. Ladawan Panpanich	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Asst. Prof. Dr. Atchariya Wonginchan	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Asst. Prof. Dr. Jitpinan Srijakkot	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Asst. Prof. Dr. Sirimart Piyawattanapong	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Dr. Waraluk Kittiwatanapaisan	Faculty of Nursing, Khon Kaen University



## ใบสมัครสมาชิก วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

สำนักงาน : งานวิจัยและบริการวิชาการ อาคาร 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
เลขที่ 123 หมู่ 16 ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002 โทรศัพท์/โทรสาร 043-202435

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....

(กรุณาเขียนตัวบรรจงและระบุที่อยู่ที่ต้องการให้จัดส่งวารสารให้แก่ท่าน)

ที่อยู่หน่วยงาน..... เลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร.....

E-mail Address : .....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail Address : .....

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> สมาชิกใหม่ | <input type="checkbox"/> ประเภท 1 ปี 600 บาท (จำนวน 4 เล่ม)    |
| <input type="checkbox"/> ต่ออายุ    | <input type="checkbox"/> ประเภท 2 ปี 1,190 บาท (จำนวน 8 เล่ม)  |
|                                     | <input type="checkbox"/> ประเภท 3 ปี 1,780 บาท (จำนวน 12 เล่ม) |

ตั้งแต่ปีที่.....ฉบับที่.....ประจำเดือน.....พ.ศ. ....

ถึงปีที่.....ฉบับที่.....ประจำเดือน.....พ.ศ. ....

ค่าบทความเพื่อขอรับการลงตีพิมพ์ 2,500 บาท/ 1 บทความ

พร้อมนี้ได้ส่งเงิน จำนวน.....บาท (.....)

โดยชำระเป็น  เงินสด สมัครงได้ที่ งานวิจัยและบริการวิชาการ ชั้น 1 อาคาร 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โอนเงินเข้าบัญชีชื่อบริษัท ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ เลขที่บัญชี 405-635717-4

หมายเหตุ : ขอให้ผู้สมัครส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงิน เขียนชื่อ-สกุล ของผู้สมัครให้ชัดเจน ส่งทางโทรสาร 043-202435

หรือทาง E-mail Address: journal.nu@gmail.com

(ฝ่ายบริหารจัดการจะดำเนินการขอออกใบเสร็จรับเงินให้ท่านต่อเมื่อได้รับเงินไว้เรียบร้อยแล้ว)

➔ ต้องการให้ออกใบเสร็จรับเงินในนาม  ชื่อบุคคล  ชื่อหน่วยงาน

➔ ต้องการให้จัดส่งวารสารไปที่  ที่อยู่หน่วยงาน  ที่อยู่ปัจจุบัน

หมายเหตุ : กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ กรุณาแจ้งให้ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน ก่อนเดือนสุดท้ายของกำหนดวารสารออก เพื่อความสะดวกในการจัดส่งวารสารให้แก่ท่าน

ท่านสามารถ Download ใบสมัครได้ที่ Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah/index>

(สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารจัดการวารสาร(กรอก)  
ใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....

เลขที่.....

วันที่.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับเงิน





# Journal of Nursing Science and Health Subscription Form

**Previous name:** Journal of Faculty of Nursing Khon Kaen University  
**Address:** Department of Academic services & Research  
1st Floor, Building 6, Faculty of Nursing, Khon Kaen University  
Mittraphap road, Muang, Khon Kaen 40002 Tel/Fax +66-43-202435

**Subscription type:**  Individual  Institution

**Subscriber Name (Print):** .....

**Home address:** .....

**Institution address:** .....

**Postal address (the journal is sent to)** .....

**Mobile phone:** ..... **Office phone:** ..... **Fax:** .....

**E-mail address:** .....

**Subscription term:**  New subscribers  1 year (4 issues) 600 Thai Baht  
 Subscription renewal  2 years (8 issues) 1,190 Thai Baht  
 3 years (12 issues) 1,780 Thai Baht

From: Volume ..... Issue ..... Month ..... Year .....

To: Volume ..... Issue ..... Month ..... Year .....

The publication fee(for accepted manuscript) 2,500 Baht per article

**Payment methods:**  Cash

(made at Department of Academic services & Research, Faculty of Nursing, KKU)

Banking cash transaction

(made to Siam Commercial Bank Public Co Ltd,  
Khon Kaen University Branch,

Account name Journal of Nursing Science and Health, Account # 405-635717-4

Transaction receipt must be attached with subscription form to the Department of  
Academic services & Research, Fax: +66-43-202435 or E-mail address:  
journal.nu@gmail.com

Your receipt will be issue after we receive a copy of your payment (Pay-in Slip).  
Please specify if the receipts should be issued in your name or institution.

**Remark:** If there has been any change in postal  
address, please notify us 1 month in advance of the  
next issue released.

**For Journal staff:**

Reference no. of receipts .....

Book no. ....

Dated.....

You may download subscription form at Website: <http://nu.kku.ac.th>