

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3

กันยายน – ธันวาคม 2564

Vol.35, No.3

September - December 2021

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตต่อระดับความดันโลหิตในคนไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. การกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่
3. การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยพยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็ก
4. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน

กรุงเทพมหานคร

5. ความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางกลับจากเขตติดโรคไข้เหลือง
7. ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

บทความวิชาการ

8. การประยุกต์ใช้ Swiss Cheese Model กับ การป้องกันอุบัติเหตุจราจร จากรถจักรยานยนต์ ในเยาวชนไทย
9. ผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
10. การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3
Vol.35, No.3

กันยายน – ธันวาคม 2564 ISSN 0857-5371
September - December 2021

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล
 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ
 3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาล

คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ	ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.ดร. พัชรภาพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการ	รศ.ดร.สุรินทร์	กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองบรรณาธิการ	ผศ.ดร.เพ็ญพิศ	บุญมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.สุนีย์	ละกำป็น	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.นพวรรณ	เปี้ยชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
	รศ.ดร. รัชนี	สรเสรีญ	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
	รศ.ดร.พรนภา	หอมสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	รศ.ดร.สุลี	ทองวิเชียร	มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
	ผศ.ดร.สิริรัตน์	ลีลาจรัส	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์	บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผศ.ดร.พิมพ์สุภาว	จันทนะโสตร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
	ผศ.ดร.นฤมล	สิงห์ตง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ผศ.ดร.ยุวดี	วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	ผศ.ดร. จีราภรณ์	กรรมบุตร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เจ้าของ สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ โทรศัพท์ : 0-2354-8542, 095 -701-3182 โทรสาร : 02 354 8542

สถานที่ตั้ง ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม และกันยายน - ธันวาคม

พิมพ์ที่ บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด
99/164 ม.2 ซ.แจ้งวัฒนะ 10 แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์: 02 575 1791-3, โทรสาร: กต 16

เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือว่าเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะทาง
คณะกรรมการจัดทำวารสารหรือสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ได้ดำเนินการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุขมาเป็นปีที่ 35 โดยฉบับนี้คือ ฉบับที่ 3 ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการที่มาจากผู้แต่งจากหลากหลายหน่วยงาน โดยทุกบทความเป็นบทความที่มีคุณค่า ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากกองบรรณาธิการของวารสารและผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน

การดำเนินงานวารสารฉบับนี้ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสาร ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการพิจารณาบทความวิจัยและบทความวิชาการของวารสาร ตลอดจนคณะผู้วิจัยที่ช่วยกันดำเนินการจนวารสารฉบับนี้สามารถตีพิมพ์เผยแพร่ได้ตามกำหนด

วารสารฉบับที่ 3 ปีที่ 35 นี้ เป็นฉบับแรกของการดำเนินการของกองบรรณาธิการคณะนี้ โดยได้รับความช่วยเหลือ คำปรึกษา คำแนะนำจากกองบรรณาธิการคณะเดิมและคณะที่ปรึกษาของวารสารเป็นอย่างดี ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะดำเนินการจัดทำวารสารต่อไป โดยเผยแพร่ Online ผ่านระบบ ThaiJo ของวารสารและตีพิมพ์เผยแพร่ในรูปแบบเล่ม การจัดการวารสารได้ดำเนินการแบบ Online ผ่านระบบ ThaiJo ทั้งหมด ซึ่งมีความโปร่งใส มีการรายงานความก้าวหน้า และเป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre: TCI)

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนผู้ที่สนใจสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุขโดยจะได้รับเล่มวารสารปีละ 3 ฉบับ และขอเชิญชวนผู้วิจัยที่สนใจส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ต่อไป โดยสามารถส่งบทความเข้าระบบได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/> สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ โทรศัพท์ 095-701-3182 Email: journal.thaijphn@gmail.com

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลัมพากร

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2564
Journal of Public Health Nursing Vol.35, No.3 September - December 2021

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง
การรับรู้ความเจ็บป่วยและ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนิน
ชีวิตต่อระดับความดันโลหิตในคนไทย
ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

A Causal Model of Illness Perception
and Change of Lifestyle Behaviors on
Blood Pressure in Thais with
Hypertension

1

สิริรัตน์ ลีลาจรัส*
เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก**
ศศิมาจ ณ วิเชียร***

Sirirat Leelacharas*
Petcharat Kerdonfag**
Sageemas Na Wichian***

การกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพด้าน
ทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

Psychomotor Entrustable Professional
Activities for newly graduated nurses

17

เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์*
สุภาวดี นพจรจินดา**
ศิริธิดา ศรีพิทักษ์***
อุมากร ใจยังยืน****
สุทัศน์ เหมทานนท์*****

Penpak Luk-in*
Supawadee Noparoojjinda**
Siritida Sripituk***
Umakorn Jaiyungyuen****
Sutat Hemtanon*****

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดย พยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็ก	The development of nurse-led smoking cessation model in the small enterprise	34
แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ*	Ann Jirapongsuwan*	
วัลย์ลดา เลาหลกุล**	Vanlada Laohakul**	
สุรินทร์ กลัมพากร***	Surintorn Kalampakorn***	
ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องของบุคลากรในโรงพยาบาล เอกชน กรุงเทพมหานคร	Burnout and its related factors among workers in a private hospital, Bangkok	48
นิชขุนนท์ ประสารพันธ์*	Nichunant Prasanphan*	
เพลินพิศ บุญยมาลิก**	Plernpit Boonyamalik**	
อรวรรณ แก้วบุญชู***	Orawan Kaewboonchoo***	
ความสามารถในการทำงานของ คนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดัน โลหิตสูง	Work ability of workers with hypertension	64
สุติสา เดชศิวะ*	Sutisar Detchsiva*	
สุรินทร์ กลัมพากร**	Surintorn Kalampakorn**	
จุฑาทิพย์ ศีลบุตร***	Jutatip Sillabutra***	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
ป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาว
ไทยที่เดินทางกลับจากเขตติดโรคไข้
เหลือง

Factors Related to Yellow Fever
Prevention Behaviors of Thai Travelers
Travelling from Yellow Fever Infected
Areas

77

ณัฐพล ชัยลังกา*
อาภาพร เผ่าวัฒนา**
นฤมล เอี่ยมณีกุล ***

Nattapon Chailangka*
Arpaporn Powwattana**
Naruemon Auemaneekul**

ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา
เป็นฐานต่อความรู้และความพึงพอใจ
ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 เรื่อง
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
ครรภ์เป็นพิษ

Effects of Teaching Using Case - Based
Learning Approach on Knowledge and
Satisfaction of 4th Year Nursing Students
in Nursing Care Pregnant Women with
Pre-eclampsia

91

รัศมี ศรีนนท์*
นิศากร ยาวรัตน์**
จิราภรณ์ อนุชา***
อัญชยา จูบง****

Rassamee Srinon*
Nisakorn Yaowarat **
Chiraporn Anucha***
Arinchaya Jubong****

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ

หน้า

การประยุกต์ใช้ Swiss Cheese Model กับการป้องกันอุบัติเหตุจราจร จากรถจักรยานยนต์ ในเยาวชนไทย	Applying the Swiss Cheese Model to Traffic Accident Prevention from motorcycles in Thai youths	104
เกตุกาด ทิพย์ทิมพวงศ์*	Ketkarn Thiptimpwong*	
ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน**	Narongsak Noosorn**	
ผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็น พิษ: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ ในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม	Parturient with Eclampsia: Role of Nurses and Midwives in Obstetric Emergency Care	118
สุรพล เตชะกฤตธีระจรัส*	Surapon Taechakritteerathumrong*	
สุคนธา ยางสวย**	Sukhontha Yangsuay**	
ปราชญ์ ศุภฤกษ์โยธิน***	Prachya Suphaloekyothin***	
สุพรรณิ ธรากุล****	Supunnee Thrakul****	
พงศ์สุวรรณ สมมาแฮ*****	Pongsuwan Samahae*****	
การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังที่ได้รับ การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	Empowerment of patients with chronic kidney disease receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis	130
ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี*	Pattarin Thamduangsri*	
วรวิษา สำราญเนตร**	Wanwisa Samrannet**	
เพชรลดา จันทร์ศรี***	Petlada Chansri***	

สารบัญ (ต่อ)

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	143
ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	150
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	151
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	152

บทวิจัย

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตต่อระดับความดันโลหิตในคนไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

สิริรัตน์ สีสัจรัส*

เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก** ศจีมาจ ณ วิเชียร***

บทคัดย่อ

ปัจจุบันนี้โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตต่อระดับความดันโลหิตที่เป็นไปตามสภาพจริงสำหรับคนไทยที่มีความดันโลหิตสูงมีความสำคัญยิ่งแต่ยังขาดการศึกษายอยู่ การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อมของการรับรู้ความเจ็บป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (โมเดล 1) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (โมเดล 2) โดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิจากการศึกษาดั้งเดิมของคนไทยที่เป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 660 คนจากศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร 4 แห่งและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่าทั้งโมเดล 1 หรือโมเดลซิสโตลิก (Chi-square= 31.86, df= 35, p-value=0.620, RMSEA= 0.000, CFI=1.00, and GFI= 0.99) และโมเดล 2 หรือโมเดลไดแอสโตลิก (Chi-square= 39.46, df= 35, p-value=0.277, RMSEA= 0.014, CFI=1.00, and GFI= 0.99) มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ การรับรู้การเจ็บป่วยทางกายและใจมีอิทธิพลต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก การออกกำลังกายมากขึ้นมีประโยชน์ต่อการลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกแต่ไม่เอื้อประโยชน์ต่อระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก การรับประทานยาเอื้อประโยชน์ต่อการลดความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก มีความแตกต่างของเพศกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย การออกกำลังกาย และการรับประทานยามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: การรับรู้ความเจ็บป่วย/ ความดันโลหิตสูง/ ประเทศไทย

* ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sirirat.lee@mahidol.edu

** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระนครเหนือ

A Causal Model of Illness Perception and Change of Lifestyle Behaviors on Blood Pressure in Thais with Hypertension

Sirirat Leelacharas*

Petcharat Kerdonfag** Sageemas Na Wichian***

Abstract

Currently, a causal model between illness perceptions and lifestyle modifications on blood pressure in Thais with hypertension in normal circumstance had not been examined. This study aimed to examine the direct and indirect effects of illness perception, lifestyle modification, and involved factors on systolic (model 1) and diastolic (model 2) blood pressures, using available data from a previous study conducted in 2015 among 660 Thais with hypertension from 4 Bangkok Public Health Centers and 2 primary care units. Data were analyzed using descriptive and path analyses.

The results showed that both model 1 or systolic blood pressure model (Chi-square= 31.86, df= 35, p-value=0.620, RMSEA= 0.000, CFI=1.00, and GFI= 0.99) and model 2 or diastolic blood pressure model (Chi-square= 39.46, df= 35, p-value=0.277, RMSEA= 0.014, CFI=1.00, and GFI= 0.99) fitted with the evidence-based data. There were direct effects of illness perception with systolic and diastolic blood pressures. More exercise benefited with lowering systolic but not for diastolic blood pressures. Medication compliance benefited with lowering systolic and diastolic blood pressures. There was a difference between genders on diastolic blood pressure. This study indicated that Illness perception, exercise, and medication compliance were important for controlling high blood pressures.

Keywords: Illness perception/ Hypertension/ Thailand

Article info: Received August 2, 2021; Revised October 10, 2021; Accepted December 20, 2021.

* Corresponding author: Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University E-mail: sirirat.lee@mahidol.edu

** Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

***Associate Professor, College of Industrial Technology, King Mongkut's University of Technology North Bangkok

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาหนึ่งของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย¹ เป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง² ทั่วโลกมีประชากรเป็นความดันโลหิตสูงประมาณ 1.13 พันล้าน และเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกต้องการลดการเป็นความดันโลหิตสูงอย่างน้อยร้อยละ 25 ในปี ค.ศ. 2025³ ความชุกของการควบคุมความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีความหลากหลายตั้งแต่ร้อยละ 6.5 ถึงร้อยละ 59.1⁴ ร้อยละ 20 ของผู้เป็นความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ (น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท) และมีเพียงร้อยละ 29.7 ของผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้⁵ ความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม ได้แก่ การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง⁶ชาติพันธุ์⁷ 2) ปัจจัยด้านสังคมประชากรและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ⁸ การศึกษา⁹ การมีเศรษฐฐานะที่ยากจน¹⁰ 3) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การมีดัชนีมวลกายในระดับอ้วน¹¹ การมีระดับไขมันในเลือดสูง¹¹ และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย¹² การดื่มสุรามากเกินไป¹³ การบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงและเกลือโซเดียมสูง¹⁴ นอกจากนี้พบว่ามีความแปรปรวนการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายและทางใจที่มีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้มีความดันโลหิตสูง¹⁵ โดยพบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายใน

ระดับสูงอาจส่งผลต่อการปฏิบัติตนซึ่งอาจแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับปัญหาทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่แตกต่างกัน เช่น ผู้มีความดันโลหิตสูงถึงแม้จะเข้าใจสาเหตุและผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูง แต่การปฏิบัติตัวยังขาดการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงที่จริงจังและเป็นรูปธรรม เนื่องจากความดันโลหิตสูงไม่มีอาการให้เห็นเด่นชัด สอดคล้องกับการอธิบายด้วยทฤษฎีโมเดลการรับรู้ความเจ็บป่วย^{15,16} เป็นทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษานี้เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งทางกายและใจมี 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ อาการหรือคุณลักษณะสาเหตุ ช่วงเวลา ผลกระทบจากความเจ็บป่วยและความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วย¹⁵ นั่นก็คือผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการหรือคุณลักษณะของความเจ็บป่วย สาเหตุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผลกระทบจากความดันโลหิตสูง และการควบคุมการเจ็บป่วยจากความดันโลหิตสูง ภายใต้ภูมิหลังและประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้มีความดันโลหิตสูง ซึ่งรวมถึงอายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย แรงสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม วัฒนธรรมที่หลากหลายจะเป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ก็จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพตามกรอบแนวคิดโมเดลการรับรู้ความเจ็บป่วยหรือ Common sense model of illness representations (CSM)¹⁵ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ

จากแนวคิดดังกล่าวนำมาสู่การสร้างกรอบแนวคิดงานวิจัยในการศึกษานี้ โดยตัวแปรพฤติกรรมการรับประทานอาหาร¹⁷ การออกกำลังกาย

กาย¹⁷ และการรับประทานยา^{18,19} เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพใน CSM หรือส่วนของ Coping procedures¹⁵ และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เป็นผลลัพธ์ของการควบคุมระดับความดันโลหิตตามกรอบแนวคิดของ CSM ในส่วนที่เรียกว่า Appraisal¹⁵

จากการศึกษาที่ผ่านมาเราพบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง^{20,21} อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของคนไทยที่มีความดันโลหิตสูงโดยครอบคลุมตัวแปรการวัดระดับความดันโลหิตทั้งระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงที่เห็นเป็นรูปธรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้มีความดันโลหิตสูงโดยตรง จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อมของการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายและทางใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยา แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล (ดัชนีมวลกาย อายุ เพศ และระดับการศึกษา) ต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (โมเดล 1) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (โมเดล 2) ภายใต้กรอบแนวคิด CSM

สมมุติฐานการวิจัย

การรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายและทางใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล (ดัชนีมวลกาย อายุ เพศ และระดับการศึกษา) มีอิทธิพลต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้ข้อมูลดั้งเดิมซึ่งเป็นข้อมูลปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2558 ได้ผ่านการพิจารณาขออนุญาตวิจัยในคนในปี พ.ศ. 2559 จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนำมาวิเคราะห์ผล ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มาตรวจสุขภาพที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 แห่ง (จำนวน 330 คน) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 แห่ง (จำนวน 330 คน) เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้คำแนะนำของ Rex Kline²² โดยมีตัวแปรภายนอกคำนวณได้จากสูตร $v(v+1)/2$ ซึ่งเท่ากับ 10 พร้อมนับตัวแปรภายในและตัวแปรคลาดเคลื่อน ซึ่งมีทั้งหมด 23 พารามิเตอร์ดังนั้นจึงได้ 33 พารามิเตอร์ โดยกำหนดให้ 1 พารามิเตอร์มีค่าเท่ากับ 20²² ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีค่าเท่ากับ 660 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในข้อมูลปฐมภูมิดังเดิมเป็นผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยใช้จุดตัดความดันโลหิตสูงที่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทตามคำแนะนำของคณะกรรมการป้องกัน การ

ค้นหา การประเมินและการรักษาความดันโลหิตสูง²³ มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และไม่มีโรคประจำตัวทางกายหรือทางจิตใจที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมวิจัย¹⁶

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยดังกล่าวเป็นการใช้ข้อมูลปฐมภูมิที่มีอยู่เดิมและผ่านคณะกรรมการพิจารณาในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่ EC_590270 **เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลดั้งเดิมในระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อนามสกุล อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเจ็บป่วยแบบย่อ ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือดั้งเดิมพร้อมฉบับแปลให้ใช้เครื่องมือดังกล่าวได้²⁴ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ มีมาตรวัดตั้งแต่ 0 ถึง 10 (0= ระยะเวลาสั้นมาก; ไม่สามารถควบคุมได้; 10= ระยะเวลาตลอดไป; ควบคุมได้ดีมากสำหรับข้อความเชิงบวก) โดยข้อคำถามที่เป็นเชิงลบจะถูกกลับคะแนน ตัวอย่างข้อความ เช่น ท่านคิดว่าความโลหิตสูงจะอยู่กับท่านนานเพียงใด เป็นต้น และมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ (บันทึกปัจจัยที่สำคัญ 3 อันดับแรกที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง โดยการคำนวณเป็นร้อยละ) แบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่น

แบบ Test-retest reliability กับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 30 รายมีค่าเท่ากับ 0.75 ถึง 0.97¹⁶

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือดั้งเดิมให้แปล ปรับ และใช้เครื่องมือได้ โดยใช้ฉบับที่เคยได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยก่อนหน้านี้¹⁶ มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ มาตราวัดแบบลิเกิร์ต ตั้งแต่ 1 ถึง 5 (1= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง; 5 เห็นด้วยอย่างยิ่งสำหรับข้อความเชิงบวก) สำหรับข้อความเชิงลบการให้คะแนนจะกลับกัน ตัวอย่างข้อความ เช่น ฉันมีคนใกล้ชิดที่สนิทด้วยเป็นผู้สามารถดูแลฉันได้ เป็นต้น ค่า Internal consistency reliability ของแบบสอบถาม แรงสนับสนุนทางสังคมฉบับแปลเป็นภาษาไทยมีค่าเท่ากับ 0.72²⁵ และ .75¹⁶ ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการรับประทาน ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือดั้งเดิมให้ปรับและใช้เครื่องมือได้ โดยเลือกเพียง 14 ข้อที่สอดคล้องจากแบบสอบถามดั้งเดิม 30 ข้อ¹⁶ มีมาตรวัดตั้งแต่ 0 ถึง 4 (0= ไม่ปฏิบัติเลย; 4= ปฏิบัติเสมอสำหรับข้อความเชิงบวก) ส่วนข้อความเชิงลบการให้คะแนนจะกลับกัน ตัวอย่างข้อความ เช่น ท่านรับประทานอาหารจานด่วน เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า เป็นต้น ค่า Test-retest reliabilities กับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 30 รายมีค่าเท่ากับ 0.86¹⁶

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือดั้งเดิมให้ปรับ และใช้เครื่องมือได้ โดยเลือกข้อความ 9 ข้อ¹⁶ มีมาตรวัดตั้งแต่ 0 ถึง 4 (0= ไม่ปฏิบัติเลย; 4= ปฏิบัติเสมอสำหรับข้อความเชิงบวก) ส่วนข้อความเชิงลบการให้คะแนนจะกลับกัน ตัวอย่างข้อความ เช่น ท่านทำกิจกรรมเบา ๆ ถึงระดับ

ปานกลาง เช่น การเดิน เป็นต้น ค่า Internal consistency reliability เท่ากับ 0.71¹⁶

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการรับประทานยา

ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือดั้งเดิมให้ปรับและใช้เครื่องมือได้ โดยเลือกข้อความที่สอดคล้อง 10 จาก 14 ข้อ²⁶ มีมาตรวัดตั้งแต่ 1 ถึง 4 (1=ไม่ปฏิบัติเลย; 4=ปฏิบัติเสมอ) คะแนนในข้อความที่เป็นลบจะถูกกลับ ตัวอย่างข้อความ เช่น ท่านเลื่อนการรับประทานยาบ่อยครั้งเพียงใด เป็นต้น ค่าความเชื่อมั่นภายในของเครื่องมือในงานวิจัยก่อนหน้านี้มีความหลากหลาย 0.68 ถึง 0.85^{27,28} อย่างไรก็ตามเครื่องมือที่นำมาปรับและแปลมีความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ 0.64 ซึ่งก็ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ใช้ข้อมูลดั้งเดิมเป็นข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้ ผู้ร่วมวิจัยได้รับการติดต่อจากผู้วิจัยหลักและทีม โดยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและหากสนใจจะลงนามในเอกสารคำยินยอมก่อนการเริ่มการเก็บข้อมูล โดยผู้ร่วมวิจัยจะได้รับเชิญเข้าพื้นที่สงบ และได้พักอย่างน้อย 10 นาที ก่อนการวัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้งโดยมีระยะห่างกัน 5 นาทีเป็นอย่างน้อยด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติที่ผ่านการปรับเทียบ หลังจากนั้นเริ่มตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1/2 ชั่วโมง หลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับของที่ระลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติทั่วไปและสถิติขั้นสูง โดยใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ร้อย

ละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) สำหรับการตรวจสอบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายและทางใจ แรงสนับสนุนทางสังคม ดัชนีมวลกาย อายุ เพศ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (โมเดล 1) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (โมเดล 2) ในคนไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกเก็บในรูปแบบตัวเลขทางสถิติ โดยการวิเคราะห์กระทำในภาพรวมไม่อ้างอิงเป็นรายบุคคล และมีสถิติที่ใช้ทดสอบโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาค่า Chi-square ของ model fit (ซึ่งค่า p ต้องไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) นอกจากนี้ ค่า root mean square of approximation (RMSEA) ควรมีค่า < .08 ค่า comparative fit index (CFI) และ ค่า goodness of fit index (GFI) ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ซึ่งแสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสมดี

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 660 ราย จำนวนมากกว่าร้อยละ 70 (n= 480) เป็นผู้หญิง ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64.72 ปี (SD= 10.07) มากกว่าร้อยละ 60 (n= 419) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มากกว่าร้อยละ 50 (n=341) รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี และมากกว่าร้อยละ 54 (n= 361) มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² ในผู้หญิงทั้งหมดร้อยละ 79.2 (n= 378) มี

เส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร และในผู้ชาย
ทั้งหมดร้อยละ 86.6 (n=155) มีเส้นรอบเอว
มากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 97.7 (n= 645)
นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 49.5 (n= 327) มี

รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ดูรายละเอียด
เพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องใน
ตาราง 1 (Table 1)

Table 1 Analysis of involved variables in patients with hypertension (n= 660).

Variables	Possible range	Actual range	Mean	SD
Age	32-94	32-94	64.72	10.07
BMI	15.58-51.51	15.58-51.51	25.81	4.65
Social support	1-5	2.33-5.0	3.98	0.46
Physical threat	0-10	2.67-10	8.37	1.54
Emotional threat	0-10	0-10	8.39	2.41
Dietary behavior	0-4	1.43-3.86	2.71	0.36
Exercise	0-4	0.44-4.0	2.42	0.74
Medication adherence	1-4	0.45-3.0	2.75	0.27
SBP	71-232	71-232	136.39	19.08
DBP	45-129	45-129	78.37	11.12

Note. BMI= Body mass index; SBP= Systolic blood pressure; DBP= Diastolic blood pressure

เนื่องจากตัวแปรส่วนใหญ่เป็นตัวแปรที่สามารถใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ยกเว้นตัวแปรเพศเป็นตัวแปร nominal scale

และระดับการศึกษาเป็นตัวแปร ordinal scale ในการวิจัยนี้จึงใช้ phi correlation coefficients แทน ดูตาราง 2 และตาราง 3 (Tables 2 and 3)

Table 2 Correlations of variables among Thais with hypertension (systolic blood pressure).

Var	BMI	Age	Gen ^a	Edu ^a	SS	PT	ET	DB	Ex	Med	SBP
BMI	1										
Age	-.299**	1									
Gen ^a	.059	.035	1								
Edu ^a	-.014	-.191**	-.208**	1							
SS	.021	-.039	.021	.030	1						
PT	-.004	-.037	-.052	.135**	.249**	1					
ET	-.048	.048	-.118**	.053	.228**	.593**	1				
DB	-.057	.110**	.117**	.024	.003	-.032	-.023	1			
Ex	-.061	-.045	-.010	.067	.250**	.134**	.095*	.154**	1		
Med	-.036	.109**	.011	-.020	.105**	.189**	.124**	.050	.082*	1	
SBP	.026	.092*	-.064	-.075	-.038	-.097*	-.088*	-.024	-.005	-.087*	1

Note. Var= variables; BMI=body mass index; Gen=gender; Edu=education; SS=social support; PT= physical threat; ET=emotional threat; DB=dietary behavior; Ex= exercise; Med= medication adherence; SBP= systolic blood pressure; Gen^a and Edu^a = phi correlation coefficients; *p< .05, **p< .01

Table 3 Correlations of variables among Thais with hypertension (diastolic blood pressure).

Var	BMI	Age	Gen ^a	Edu ^a	SS	PT	ET	DB	Ex	Med	DBP
BMI	1										
Age	-.299**	1									
Gen ^a	.059	.035	1								
Edu ^a	-.014	-.191**	-.208**	1							
SS	.021	-.039	.021	.030	1						
PT	-.004	-.037	-.052	.135**	.249**	1					
ET	-.048	.048	-.118**	.053	.228**	.593**	1				
DB	-.057	.110**	.117**	.024	.003	-.032	-.023	1			
Ex	-.061	-.045	-.010	.067	.250**	.134**	.095*	.154**	1		
Med	-.036	.109**	.011	-.020	.105**	.189**	.124**	.050	.082*	1	
DBP	.160**	-.225**	-.149**	.004	-.007	-.097*	-.061	-.083*	-.001	-.129**	1

Note. Var= variables; BMI=body mass index; Gen=gender; Edu=education; SS=social support; PT= physical threat; ET=emotional threat; DB=dietary behavior; Ex= exercise; Med= medication adherence; DBP= diastolic blood pressure; Gen^a and Edu^a = phi correlation coefficients; *p< .05, **p< .01

ภายหลังจากการสร้างโมเดลสำหรับการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายและทางใจ ดัชนีมวลกาย อายุ เพศ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (โมเดล 1) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (โมเดล 2) สมมุติฐานพื้นฐานของโมเดลสมการโครงสร้าง ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยมีตัวแปรทั้งหมดเป็นมาตรวัดแบบช่วง (Interval scale) ยกเว้นตัวแปรเพศและตัวแปรระดับการศึกษา

ก่อนการวิเคราะห์เส้นทางโมเดลทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความสอดคล้องสำหรับโมเดล 1 หรือ โมเดลซิสโตลิก (Chi-square = 31.86, df = 35, p-value = 0.620, RMSEA = 0.000, CFI = 1.00, and GFI = 0.99) และโมเดล 2 หรือโมเดลไดแอสโตลิก (Chi-square = 39.46, df = 35, p-value = 0.277, RMSEA = 0.014, CFI = 1.00,

and GFI= 0.99) ซึ่งโมเดลมีความสอดคล้องเหมาะสมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยพบว่าในโมเดลซิสโตลิก การรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางตรงข้ามกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความเจ็บป่วยทางใจมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางเดียวกันกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ หากการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายที่น้อยเกินไปไม่เป็นประโยชน์ต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในขณะที่การรับรู้ทางใจที่น้อยจะดีต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก การออกกำลังกาย และการรับประทานยามีอิทธิพลทางตรงในทิศทางตรงกันข้ามกับระดับความโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แปลผลได้ว่า การออกกำลังกายและการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูงที่น้อยมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้นได้ แต่ไม่พบอิทธิพลทางตรงระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารกับระดับความดันซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดูภาพ 1 (Figure 1)

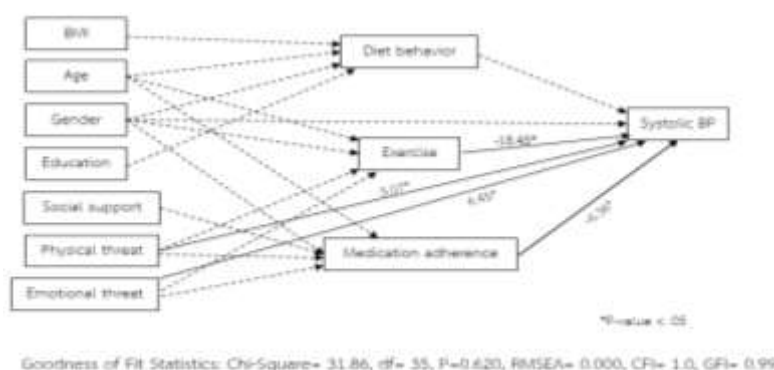


Figure 1. Path analysis of a causal model of relationships between illness perceptions and predictors of systolic blood pressure among Thais with hypertension

ในโมเดล 2 หรือโมเดลไดแอสโตลิก การรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางเดียวกันกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การรับรู้ความเจ็บป่วยทางใจมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางตรงกันข้ามกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายที่มากขึ้นไปส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิกที่สูงขึ้น และการรับรู้ความเจ็บป่วยทางใจที่น้อยมีประโยชน์ต่อระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางเดียวกันกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือการออกกำลังกายที่มากขึ้นไปไม่เป็นประโยชน์ต่อระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก การรับประทานยาที่มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางตรงกันข้ามกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือหากรับประทานยาน้อยหรือไม่สม่ำเสมอจะ

ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของเพศกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าเพศชายมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่าเพศหญิง แต่ไม่พบอิทธิพลทางตรงระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก นอกจากนี้ยังไม่พบอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายและใจกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ดูภาพ 2 (Figure 2) ของโมเดลการวิเคราะห์เส้นทางระหว่าง การรับรู้ความเจ็บป่วยและตัวแปรทำนายที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และดูตาราง 4 (Table 4) สำหรับค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวม (direct, indirect, และ total effects) ของโมเดล

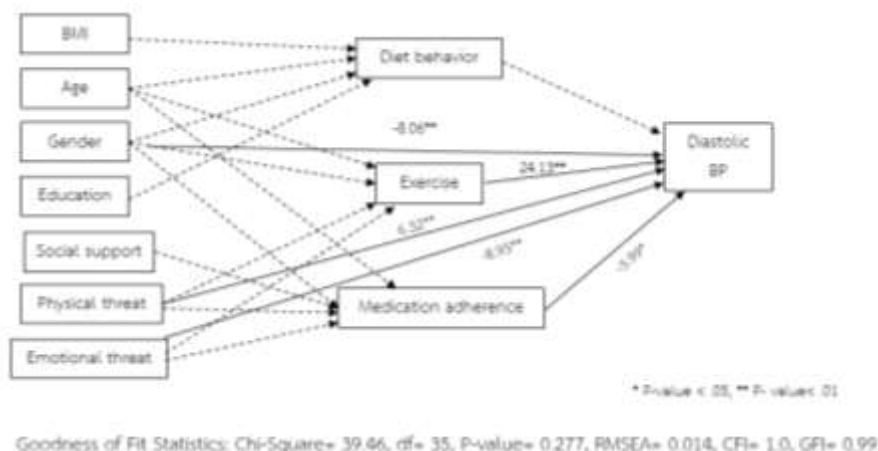


Figure 2. Path analysis of a causal model between illness perceptions and predictors of diastolic blood pressure among Thais with hypertension

Table 4 Direct, indirect, and total effects in the systolic and diastolic models (n= 660).

	Outcome Variables					
	Systolic blood pressure			Diastolic blood pressure		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
Gender	-	-	-	-8.06**	-	-8.06**
Physical threat	-5.07*	-	-5.07*	6.32**	-	6.32**
Emotional threat	6.45*	-	6.45*	-8.95**	-	-8.95**
Medication adherence	-6.36*	-	-6.36*	-3.99*	-	-3.99*
Exercise	-18.45*	-	-18.45*	24.13**	-	24.13**

Note. *p< .05, **p< .01

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของการวิจัยนี้เมื่อเปรียบเทียบกับโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของงานวิจัยก่อนหน้านี้²¹ พบว่าเป็นโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่แตกต่างจากโมเดลอื่นเนื่องจากการค้นพบความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเจ็บป่วยในทางตรงที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในขณะที่โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในงานวิจัยก่อนหน้านี้เกี่ยวข้องกับผู้มีมีความดันโลหิตสูงเน้นที่ตัวแปรพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตซึ่งรวมถึง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ข้อค้นพบครั้งนี้เป็นการเพิ่มองค์ความรู้ใหม่ในบริบทของการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางใจที่มีผลโดยตรงกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีโมเดลการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นตัวแบบการสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ จากข้อค้นพบดังกล่าวทำให้ทราบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายมีผลต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก หากการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายเกี่ยวกับความดันโลหิต

สูงน้อยเกินไปอาจส่งผลให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงได้ แต่หากการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายที่มากเกินไปก็อาจเกิดผลกระทบต่ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการรับรู้ความเจ็บป่วยทางกายจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการแกว่งของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก

การรับรู้ความเจ็บป่วยทางใจน้อยมีประโยชน์ต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิกแต่อาจไม่เอื้อประโยชน์ต่อระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ดังนั้นการลดความกังวลใจ ความเครียดอาจเป็นทางออกหนึ่งสำหรับการบรรเทาระดับความดันโลหิตที่สูงได้ ผลจากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยทางกายและทางใจที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูงภายใต้กรอบแนวคิดของ CSM¹⁵

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การออกกำลังกายน้อยมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกแต่การออกกำลังกายที่มากเกินไปก็ไม่เอื้อประโยชน์ต่อระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ดังนั้นการออกกำลังกายในระดับปานกลางน่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการควบคุมระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย ได้แนะนำการออกกำลังกายแบบเดินเร็ว เป็นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนควรทำอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และทำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์หรือการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Resistance) อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งอาจลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้อย่างน้อย 5 มิลลิเมตรปรอท โดยการออกกำลังกายดังกล่าวสามารถทำได้ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป ผู้มีภาวะเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว²⁹

การรับประทานยาที่มีประโยชน์ต่อการลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก การค้นพบครั้งนี้สนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้านี้³⁰ นั่นคือผู้ที่มีความดันโลหิตสูง รับประทานยาลดความดันโลหิตเป็นระยะเวลานาน ใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงแบบหลายชนิดร่วมกัน มีความกังวลใจน้อยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำทางการแพทย์ และมีแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีแนวโน้มของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ดีกว่า ดังนั้นการรับประทานยาที่มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ถึงแม้ว่าแบบสอบถามสำหรับการรับประทานยาอาจมีค่าความเชื่อมั่นน้อยกว่า 0.70 แต่ก็เป็นที่ยอมรับได้เนื่องจากงานวิจัยในอดีตก็เคยมีการรายงานผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่น้อยกว่า 0.70 และได้ส่งผลต่อการศึกษาวิจัยรวมทั้งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้นี้ด้วย

ถึงแม้ว่าในการศึกษานี้จะไม่พบอิทธิพลทางตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของพฤติกรรม

การรับประทานอาหารกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารยังมีความสัมพันธ์ตรงข้ามกับระดับความดันโลหิต นั่นคือพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีมีแนวโน้มในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างของเพศกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เป็นไปได้ว่าสเตรอยด์ทางเพศมีบทบาทต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต³¹ เมื่อมีการวิเคราะห์รายละเอียดเพิ่มเติมโดยใช้การทดสอบค่า t พบว่าเพศชายมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ในการศึกษานี้ดัชนีมวลกาย อายุ ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต เมื่อดูรายละเอียดของข้อมูลดิบเราพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาน้อย เตรียมอาหารรับประทานเอง ครอบครัวหรือเพื่อนไม่ค่อยมีโอกาสได้พูดคุยเรื่อง

ความดันโลหิตสูงเลย

ในโมเดลทั้ง 2 โมเดลนี้ใช้ทฤษฎีมนิภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย¹⁵ สำหรับอธิบายแผนภูมิการวิเคราะห์เส้นทาง จะเห็นได้ว่าทฤษฎีมนิภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยหรือ CSM สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดการอธิบายโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสำหรับการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งทางกายและใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตจนสามารถควบคุมทั้งระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกได้เป็นอย่างดี

จุดอ่อนของงานวิจัย

1.เป็นการใช้ข้อมูลดั้งเดิมเพื่อการวิเคราะห์ในระดับทฤษฎี ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้มีความดันโลหิตสูง

2.เนื่องจากการวิจัยมีได้ออกแบบการเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม อาจมีข้อจำกัดเรื่องการอ้างอิงไปถึงกลุ่มตัวอย่างประชากร

3.จากข้อมูลปฐมภูมิดังเดิมผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 70 เนื่องจากเป็นลักษณะทางกายภาพตามธรรมชาติของแหล่งข้อมูลที่เก็บ และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการศึกษา

จุดแข็งของงานวิจัย

ตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งทางกายและใจเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง เป็นการค้นพบที่สำคัญและเป็นพื้นฐานข้อมูลการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขไทยโดยเฉพาะการรับรู้ความเจ็บป่วยภายใต้กรอบแนวคิดโมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย

สรุป

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับตัวแปรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย และการรับประทานยามีความสำคัญยิ่งต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ผู้มีความดันโลหิตสูงที่

อาศัยอยู่ในชุมชนควรให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายและการรับประทานยา ถึงแม้พฤติกรรมรับประทานอาหารจะมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตน้อย แต่ก็มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้มีความดันโลหิตสูงที่ควรให้ความสำคัญร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในบริบทของผู้มีความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น การรับรู้ความเจ็บป่วย การออกกำลังกาย และการรับประทานยาส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในขณะที่ความดันโลหิตสูงไม่มีอาการที่แสดงให้เห็นอย่างเด่นชัด การเปิดโอกาสให้ผู้มีความดันโลหิตสูงได้พูดคุยเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะจะทำให้พยาบาลเข้าใจความคิดของผู้ป่วย สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมและมีความเป็นรูปธรรมกับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการออกแบบโปรแกรมที่จะช่วยปรับการรับรู้ความเจ็บป่วยในคนไทยที่มีความดันโลหิตสูงเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ควบคุมระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization.
Hypertension care in Thailand: Best practices and challenges.
Nonthaburi: World Health Organization, Thailand; 2019.
2. Kaplan NM, Victor RG. Kaplan's clinical hypertension. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2015.
3. World Health Organization.
Hypertension [Internet]. 2021 [cited 2021 October 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
4. Ikeda N, Sapienza D, Guerrero R, Aekplakorn W, Naghavi M, Mokdad AH, et al. Control of hypertension with medication: A comparative analysis of national surveys in 20 countries. *Bull World Health Organ* 2014; 92(1): 10-9. Doi: [org/10.2471/BLT.13.121954](https://doi.org/10.2471/BLT.13.121954)
5. Aekplakorn W. The fifth health examination survey of Thai population, 2014. Nonthaburee: Auksorn Graphic and Designs; 2016.
6. Arnett DK, Claas SA. Omics of blood pressure and hypertension. *Circ Res* 2018; 122(10): 1409-19.
7. Deere BP, Ferdinand KC.
Hypertension and race/ethnicity. *Curr Opin Cardiol* 2020; 35(4): 342-50.
8. Buford TW. Hypertension and aging. *Ageing Res Rev* 2016; 26: 96-111. Doi: [org/10.1016/j.arr.2016.01.007](https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.01.007)
9. Tan JP, Cheng KKF, Siah RC-J. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of education on medication adherence for patients with hypertension, hyperlipidemia, and diabetes. *J Adv Nurs* 2019; 75(11): 2478-94.
10. Leng B, Jin Y, Li G, Chen L, Jin N. Socioeconomic status and hypertension: A meta-analysis. *J Hypertens* 2015; 33(2): 221-9.
11. Zhang Y, Hou L-S, Tang W-W, Xu F, Xu R-H, Liu X, et al. High prevalence of obesity-related hypertension among adults aged 40 to 79 years in South West China. *Sci Rep* 2019; 9(1): 1-8.
12. Medina C, Jauregui A, Hernandez C, Shamah T. Physical inactivity and sitting time prevalence and trends in Mexican adults. Results from three national surveys. *Plos One* 2021; 16(7): e0253137. Doi: [10.1371/journal.pone.0253137](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253137).
13. Puddey IB, Mori TA, Barden AE, Beilin LJ. Alcohol and hypertension- New insights and lingering controversies. *Cur Hypertens Rep* 2019; 21(10):79.1-10. Doi: [org/10.1007/s12020-019-00791-1](https://doi.org/10.1007/s12020-019-00791-1)

- org/10.1007/s11906-019-0984-1
14. American College of Cardiology. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Guidelines made simple [Internet]. 2017 [cited 2021 October 1]. Available from: https://www.acc.org/~media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/Guidelines/2017/Guidelines_Made_Simple_2017_HBP.pdf
15. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron L, Leventhal H, editors. The self-regulation of health and illness behavior. New York, NY: Routledge; 2003. p. 42-65.
16. Leelacharas S, Kerdonfag P, Chontichachalaluk J, Sanongdej W. Illness perceptions, lifestyle behaviors, social support, and cardiovascular risks in people with hypertension in urban and rural areas of Thailand. Pac Rim Int J Nurs Res 2015; 19(3): 245-56.
17. Stallings DT. Illness perceptions and health behaviors of black women. J Cardiovasc Nurs 2016; 31(6): 492-99.
18. Shakya R, Shrestha S, Gautam R, Rai L, Maharjan S, Satyal GK, et al. Perceived illness and treatment adherence to hypertension among patients attending a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal. Patient Prefer Adherence 2020; 14: 2287-300. Doi: 10.2147/PPA.S270786
19. Gomez-Cano M, Wiering B, Abel G, Campbell JL, Clark CE. Medication adherence and clinical outcomes in dispensing and non-dispensing practices: A cross-sectional analysis. Br J Gen Pract 2021; 71(702): e55-e61.
20. Tongnuage P, Jittanoon P, Boonyasopun U, Balthip K, Lauver DR. A causal model of lifestyle modification behaviors in Thai adults with hypertension. Walailak J 2017; 16(8): 561-71.
21. Namwong A, Panuthai S, Suwanprapisa S, Khamposiri T. A causal model of adherence to therapeutic regimens among Thai older adults with hypertension. Pac Rim Int J Nurs Res 2015; 19(2): 107-21.
22. Kline R. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Press; 2016.
23. National Heart Lung and Blood Institute. JNC 7 Express: The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and

- treatment of high blood pressure
Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2003.
24. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60(6): 631-7.
25. Leelacharas S. Illness representations in Thai women diagnosed with hypertension and relationships to medication-taking behavior [Doctor of Philosophy]. USA: University of Michigan; 2005.
26. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Prog Cardiovasc Nurs* 2000; 15(3): 90-6.
27. Krousel-Wood MA, Muntner P, Jannu A, Desalvo K, Re RN. Reliability of medication adherence measure in an outpatient setting. *AJMS* 2005; 330(3): 128-33.
28. Lambert EV, Steyn K, Stender S, Everage N, Fourie JM, Hill M. Cross-cultural validation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy scale in a South African, primary healthcare setting. *Ethn Dis* 2006; 16(1): 286-91.
29. Alpsyoy S. Exercise and hypertension. In *Physical exercise for human health*. Singapore: Springer; 2020. p.153-67.
30. Yue Z, Bin W, Weilin Q, Aifang Y. Effect of medication adherence on blood pressure control and risk factors for antihypertensive medication adherence. *J Eval Clin Pract* 2015; 21(1): 166-72.
31. Reckelhoff JF. Androgens and blood pressure control. *Mayo Clin Proc* 2019; 94(3): 536-43.

บทวิจัย

การกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์*

สุภาวดี นพจรจินดา** ศิริธิดา ศรีพิทักษ์***

อุมกร ไฉยังยืน**** สุทัศน์ เหมทานนท์*****

บทคัดย่อ

การกำหนดสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยเป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่สามารถศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างคืออาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการสอนจากสถาบันการศึกษา 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล 15 คน เครื่องมือวิจัย แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย จำนวน 147 กิจกรรม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า ระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย (Psychomotor skills) จำนวน 147 กิจกรรม มีทักษะ 40 รายการ อยู่ในระดับ 5 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีผู้นิเทศ (27.21%) มีทักษะ 88 รายการ อยู่ในระดับ 4 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยมีผู้นิเทศอยู่ห่าง ๆ (59.86%) มีทักษะ 17 รายการ อยู่ในระดับ 3 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและต้องมีผู้นิเทศพร้อมช่วยเหลือได้ทันที (11.57%) มีทักษะ 2 รายการ อยู่ในระดับ 2 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและต้องมีผู้นิเทศใกล้ชิด (1.36%) ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนนักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อเสริมสร้างทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อกำหนดของวิชาชีพพยาบาล ให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ

คำสำคัญ: สมรรถนะวิชาชีพ/ ทักษะพิสัย/ พยาบาลวิชาชีพจบใหม่/ เทคนิคเดลฟาย

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: penpak@snc.ac.th

** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Psychomotor Entrustable Professional Activities for newly graduated nurses

Penpak Luk-in* Supawadee Noparoojjinda**

Siritida Sripituk*** Umakorn Jaiyungyuen**** Sutat Hemtanon*****

Abstract

Psychomotor entrustable professional activities for newly graduated nurses have been used as teaching guideline for the bachelor of nursing science program. The purpose of this research was to determine the levels of entrustable professional activities for graduated nurses. Data were collected from fifteen nursing instructors in nursing school and fifteen professional nurses in health care service using a Delphi technique. The research instrument was a questionnaire inquiring 147 professional psychomotor skills of nursing, scored with a 5-point rating scales. It was validated by 3 experts. The index of item-objective congruence (IOC) was 0.67-1.00. The descriptive statistics was used in data analysis. The results showed that 40 out of 147 skill items (27.21%) were at the fifth level (graduates could practice by their own without supervision), 88 skill items (59.86%) were at the fourth level (graduates could practice by their own under distance supervision), 17 skill items (11.57%) were at the third level (graduates could practice under available supervision), and only 2 skill items (1.36%) were at the second level (graduates could practice under closed supervision). This research result is useful for teaching and learning of the bachelor of nursing science program to strengthen nursing students' practice skills, according to the professional requirements.

Keywords: Entrustable professional activities/ Psychomotor skills/ Newly graduated nurses/ Delphi technique

Article info: Received October 20, 2021; Revised December 2, 2021; Accepted December 20, 2021.

* Corresponding author, Instructor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Ministry of public health. E-mail: penpak@snc.ac.th

** Instrctor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

*** Instrctor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

**** Instrctor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

***** Instructor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonsrithammarat, Praboromarajchanok Institute, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์สุขภาพและวิกฤตโรคติดต่ออุบัติใหม่ทั้งในโลกและในประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความสามารถปฏิบัติงานในสถานการณ์อย่างถูกต้องและได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการ พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะสำคัญ ได้แก่ ความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และแก้ปัญหาด้วยการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีจริยธรรม แสดงภาวะผู้นำ ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการได้ชัดเจน มีความรอบรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง มีทักษะเรียนรู้ตลอดชีวิต และสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการพยาบาล สถาบันการศึกษามีเป้าหมายและมาตรฐานในการผลิตบัณฑิตระดับปริญญาตรี จากสมรรถนะที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ที่กำหนดโดยสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้บัณฑิตพยาบาล บรรลุสมรรถนะและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่กำหนด อย่างไรก็ตามการกำหนดสมรรถนะ หรือคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เป็นการกำหนดโดยภาพกว้างอาจทำให้เกิดความไม่ชัดเจนของระดับความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต หรือสังคมในแง่ของความสามารถในการปฏิบัติ

สภาการพยาบาล¹ มีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล ผดุงครรภ์ไว้ คือ 1) สมรรถนะสามารถแบ่งได้หลายระดับ ตามความยากง่าย ความซับซ้อนของ

ปัญหาของผู้ใช้บริการ และสถานการณ์ปฏิบัติการพยาบาล 2) พยาบาลในระดับปริญญาตรีสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ให้บริการทุกวัย ทั้งที่สุขภาพดี ภาวะเสี่ยงและเจ็บป่วย ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ มีความรู้กว้างในการพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสำคัญของประเทศ มีทักษะในการป้องกันปัญหาสุขภาพ และในการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้การพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วยทั้งในภาวะเฉียบพลัน เรื้อรัง มีความรู้และทักษะระดับพื้นฐานในการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และการผดุงครรภ์ 3) สามารถพัฒนาให้เกิดความชำนาญเพิ่มมากขึ้นได้โดยการสร้างเสริมประสบการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ด้วยวิธีการที่เหมาะสมในการพัฒนาสมรรถนะ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Benner² ได้แบ่งระดับสมรรถนะในงานของพยาบาลวิชาชีพตามระดับความก้าวหน้าในงานของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้เริ่มต้น (Novice) 2) ผู้เรียนรู้ (Advance Beginner) 3) ผู้ปฏิบัติ (Competent) 4) ผู้ชำนาญ (Proficient) และ 5) ผู้เชี่ยวชาญ (Expert) งานวิจัยนี้เน้นสมรรถนะของผู้เริ่มต้น (Novice) ซึ่งหมายถึงบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล 1-2 ปี ที่ยังมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อย ต้องอาศัยการชี้แนะในการปฏิบัติ และสภาการพยาบาลได้มีการทบทวนการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตั้งแต่โครงสร้างของหลักสูตร วิธีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และให้ข้อเสนอแนะหลักสูตรทางเลือกเพื่อสามารถผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะ

เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนภายใต้ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งมีการวางแผนการสอนภาคปฏิบัติให้เหมาะสม การพัฒนาผู้เรียนให้มีสมรรถนะวิชาชีพจึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง โดยมีข้อเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์มีเป้าหมายมุ่งผลิตบัณฑิตให้มีสมรรถนะเป็นตามความต้องการของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้เรียนให้มีสมรรถนะศตวรรษที่ 21 และสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย (Entrustable professional activities: EPAs) ทักษะการใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ^{3,4}

สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย (EPAs) หมายถึง กิจกรรม งานหรือความรับผิดชอบด้านทักษะพิสัย (Psychomotor skills) ที่ผู้ประเมินไว้วางใจว่าผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีผู้นิเทศหรือผู้กำกับดูแล แต่จากการศึกษาพบว่าสถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งยังผลิตบัณฑิตไม่ได้ตามที่คาดหวังอย่างสมบูรณ์ พยาบาลจบใหม่มีสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยที่ปฏิบัติได้จริง (Actual EPAs) โดยอยู่ในระดับต่ำกว่าสมรรถนะที่คาดหวัง (Ideal EPAs) สมรรถนะสำคัญที่ยังไม่ได้ตามคาดหวัง ได้แก่ การคิดวิเคราะห์หัตถ์สันใจแก้ปัญหาที่จำเป็นในคลินิกภาวะผู้นำและการสื่อสาร^{5,6} จากปัญหาดังกล่าว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลจึงมีความพยายามในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โดยมีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนและการฝึกประสบการณ์ให้กับนักศึกษาพยาบาล

เพื่อพัฒนาทักษะในการทำงาน รวมทั้งการเตรียมพร้อมให้นักศึกษาได้มีการปรับตัวอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและลดความเครียดในการทำงาน จึงมีการกำหนดหรือการทำข้อตกลงเกี่ยวกับทักษะหรือกิจกรรมให้ชัดเจนโดยเฉพาะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หลังจบการศึกษาเพื่อจะเป็นแนวทางสำหรับสถานศึกษาพยาบาลในการจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาล เกิดความชัดเจนในระดับทักษะ/สมรรถนะสำหรับผู้เรียน และเกิดความเข้าใจตรงกันของผู้สอน ผู้เรียน และผู้ใช้บัณฑิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่สามารถการศึกษาลำกัสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทักษะพิสัยหรือทักษะปฏิบัติ (Psychomotor skills) เป็นทักษะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพและให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ตามกรอบพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 โดยใช้แนวคิดในการวัดประเมินสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย 5 ระดับ^{7,8} ประกอบด้วย ระดับ 1 ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ให้เป็นผู้สังเกตการณ์ ระดับ 2 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและต้องมีผู้นิเทศใกล้ชิด ระดับ 3 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและต้องมีผู้นิเทศพร้อมช่วยเหลือได้ทันที

ระดับ 4 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยมีผู้
นิเทศอยู่ห่าง ๆ ระดับ 5 สามารถปฏิบัติได้ด้วย
ตนเองโดยไม่ต้องมีผู้นิเทศ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบพรรณนา
(Descriptive research) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย
(Delphi technique) ในการสรุปความคิดเห็น
ของผู้เชี่ยวชาญกำหนดสมรรถนะวิชาชีพด้าน
ทักษะพิสัย

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
(Purposive sampling) ทั้งหมด 30 คน โดยมี
เกณฑ์การเลือก ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้าน
การสอนจากสถาบันการศึกษาวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่มีประสบการณ์การ
สอนในคลินิก ไม่น้อยกว่า 10 ปี ครอบคลุมทุก
สาขาทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน
15 คน ดังนี้ 1) การพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
5 คน 2) การพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาล
มารดา ทารกและการผดุงครรภ์ การพยาบาล
อนามัยชุมชน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
และการพยาบาลเด็ก สาขาวิชาละ 2 คน

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้าน
การบริการพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษา
พยาบาล จำนวน 15 คน มีประสบการณ์การ
ทำงานในคลินิกในโรงพยาบาลของรัฐและใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า 10 ปี
ครอบคลุมทุกสาขาทางการพยาบาลและการผดุง
ครรภ์ ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา ดังนี้ 1) การ
พยาบาลสูติรีเวช การพยาบาลอนามัยชุมชน

การพยาบาลเด็ก การพยาบาลจิตเวช สาขาละ 2
คน 2) การพยาบาลอายุรกรรม 3 คน 3) การ
พยาบาลศัลยกรรม 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ
ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษาและ
หน่วยงานที่สังกัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นใน
การกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะ
พิสัยของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ที่พัฒนาโดย
คณะผู้วิจัย จากการรวบรวมทักษะการพยาบาล
ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ของสถาบันการศึกษา 7 แห่ง ประกอบด้วย
มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาลัยบรมราชชนนี ขอนแก่น วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สงขลา วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มหาวิทยาลัย
กรุงเทพธนบุรี และมหาวิทยาลัยชินวัตร ร่วม
ประชุมอภิปรายกำหนดกิจกรรมด้านทักษะพิสัย
การปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ ตามพระ
ราช บัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุง
ครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระ
ราช บัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุง
ครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 และกิจกรรม
ทักษะพิสัยในการปฏิบัติการพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์ครบ คลุม 5 สาขาการพยาบาล ได้
จำนวนกิจกรรมด้านทักษะพิสัย 147 กิจกรรม
และกำหนดระดับความสามารถในการปฏิบัติ

ของบัณฑิตพยาบาล 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ไม่นิยามให้ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ให้เป็นผู้สังเกตการณ์

ระดับ 2 หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและต้องมีผู้นิเทศใกล้ชิด

ระดับ 3 หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีผู้นิเทศพร้อมช่วยเหลือได้ทันที

ระดับ 4 หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยมีผู้นิเทศอยู่ห่าง ๆ

ระดับ 5 หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีผู้นิเทศ

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาการพยาบาล จำนวน 3 คน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาเมวราช เลขที่ CPYR 5/2562 อนุมัติเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2562 โดยผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และการยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ด้านการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ.2562 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เก็บข้อมูล 2 รอบ ดังนี้

รอบที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์การวิจัย และส่งแบบสอบถามให้อาจารย์พยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกพิจารณาว่าพยาบาลวิชาชีพพบใหม่สามารถปฏิบัติตามทักษะการพยาบาลในแต่ละรายการได้ในระดับใด และรับแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์

รอบที่ 2 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามที่มีคำถามฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์แต่ละทักษะการพยาบาลให้กลุ่มตัวอย่างที่เคยตอบแบบสอบถามรอบแรก เปรียบเทียบคำตอบของตนเองกับของกลุ่มและให้พิจารณาว่าจะเปลี่ยนแปลงคำตอบหรือไม่ ซึ่งสามารถยืนยันคำตอบเดิมหรือมีข้อคิดเห็นแตกต่างจากเดิมหรือต่างจากกลุ่มและตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อหาข้อสรุปร่วมกันและตัดสินใจสรุปสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และแบบสอบถามการกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย ใช้สถิติ ค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)

ผลการวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการบริการ จำนวน 30 คน เป็นผู้หญิง 28 คน (ร้อยละ 93.3) ผู้ชาย 2 คน (ร้อยละ 6.7) อายุระหว่าง 37-56 ปี อายุเฉลี่ย 45.53 (SD=6.10) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาโท ร้อยละ 70 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 20 และปริญญาเอก ร้อยละ 10 ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาของรัฐคิดเป็น ร้อยละ 100

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาล
ทั่วไป ร้อยละ 30 และร้อยละ 20 ตามลำดับ

ผลการกำหนดระดับสมรรถนะวิชาชีพ
ด้านทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ มี
ดังนี้

1. สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย
ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ 147 รายการ

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นในระดับ 5 จำนวน
40 รายการ (27.21%) ส่วนใหญ่ 88 รายการ
(59.86%) ระดับ 4 มี 17 รายการ (11.57%) อยู่
ในระดับ 3 ส่วนระดับที่ 2 มีเพียง 2 รายการ
(1.36%) และ ไม่พบว่ามีรายการใดที่ไม่สามารถ
ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (ตาราง 1)

Table1 Number and Percentage of Nursing Skills Classified by Professional Competency Level.

Competency Level	Nursing Skills Classified by Professional Competency	Number	Percentage
Level 1	graduates could not practice, only activity observing is allowed	0	0
Level 2	graduates could practice under closed supervision	2	1.36
Level 3	graduates could practice under available supervision	17	11.57
Level 4	graduates could practice by their own under distance supervision	88	59.86
Level 5	graduates could practice by their own without supervision	40	27.21
Total		147	100

2. สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย
ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่แต่ละรายการของ
ระดับต่างๆ มีดังนี้

2.1 สมรรถนะวิชาชีพด้าน
ทักษะพิสัยในระดับ 5 จำนวน 40 รายการ แต่ละ
รายการมีค่ามัธยฐานที่ 5.00 และ ค่าพิสัย

ระหว่างควอไทล์ที่ 0.00-1.00 ความคิดเห็นของ
กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกันอยู่ใน
ระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นรายการของ
สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะที่ได้เรียนรู้และฝึก
ทักษะในวิชาชีพการพยาบาลพื้นฐาน (ตาราง 2)

Table 2 Median (Mdn), Interquartile Range (IQR) and Consensus Level as Opinionated by Experts in Entrustable professional activities, Level 5 classified by item. (n=30)

Entrustable professional activities	Mdn	IQR	Consistency level
1. Making open bed	5.00	0.00	The most
2. Making occupied bed	5.00	1.00	The most
3. Mouth care	5.00	0.00	The most
4. Complete bed bath	5.00	1.00	The most
5. Partial bath	5.00	1.00	The most
6. Bed shampooing	5.00	0.00	The most
7. Flushing female genital organs	5.00	1.00	The most
8. Flushing male genital organs	5.00	1.00	The most
9. Back rub	5.00	1.00	The most
10. Tepid sponge	5.00	1.00	The most
11. Take and record vital signs	5.00	0.00	The most
12. Record body intake - output	5.00	1.00	The most
13. Hot/ Cold compress	5.00	1.00	The most
14. Arrange dorsal position	5.00	0.00	The most
15. Arrange prone position	5.00	1.00	The most
16. Arrange lateral position	5.00	1.00	The most
17. Arrange dorsal recumbent position	5.00	1.00	The most
18. Arrange Fowler's position	5.00	0.00	The most
19. Arrange Sim' s position	5.00	1.00	The most
20. Arrange semi prone position	5.00	1.00	The most
21. Arrange Lithotomy position	5.00	1.00	The most
22. Lift/ move a client	5.00	1.00	The most
23. Administer Oxygen via cannula/ mask	5.00	1.00	The most
24. Perform dry dressing	5.00	1.00	The most
25. Perform wet dressing	5.00	1.00	The most
26. Perform elastic bandage	5.00	1.00	The most
27. Administer medication via rectal	5.00	1.00	The most

Entrustable professional activities	Mdn	IQR	Consistency level
28. Administer medication via aerosol nebulizer	5.00	1.00	The most
29. Administer medication via Puff/ Nebulizer	5.00	1.00	The most
30. Feed diet via Nasogastric tube	5.00	1.00	The most
31. Evacuate impacted feces	5.00	1.00	The most
32. Detect Blood sugar levels	5.00	1.00	The most
33. Perform eye (s) dressing	5.00	1.00	The most
34. Perform eye (s) instillation	5.00	1.00	The most
35. Close eye with patch or shield	5.00	1.00	The most
36. Perform ear (s)/nasal instillation)	5.00	1.00	The most
37. Infant weighting	5.00	1.00	The most
38. Measure child length/ height	5.00	1.00	The most
39. Measure head/ chest/ abdominal circumferences	5.00	1.00	The most
40. Assess urine sugar and protein using urine dipstick	5.00	1.00	The most

2.2 สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยในระดับ 4 จำนวน 88 รายการ แต่ละรายการมีค่ามัธยฐานที่ 4.00 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่ 0.00-1.00 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกันอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็น

ทักษะที่ได้เรียนรู้ และฝึกทักษะในวิชาการพยาบาลพื้นฐาน แต่เป็นทักษะที่มีความซับซ้อนและต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ (ตารางที่ 3)

Table 3 Median (Mdn), Interquartile Range (IQR) and Consensus Level as Opinionated by Experts in Entrustable professional activities, Level 4 classified by item. (n=30)

Entrustable professional activities	Mdn	IQR	Consistency level
1. Admit a new client	4.00	1.00	The most
2. Discharge a client	4.00	1.00	The most
3. Physically examine	4.00	1.00	The most
4. Restrain	4.00	1.00	The most

Entrustable professional activities	Mdn	IQR	Consistency level
5. Control and prevent a spread of pathogens	4.00	1.00	The most
6. Perform procedures with aseptic techniques	4.00	1.00	The most
7. Perform suction to remove secretion	4.00	1.00	The most
8. Perform suction to remove from Endotracheal/ Tracheostomy tube	4.00	1.00	The most
9. Postural/ Percussion drainage	4.00	1.00	The most
10. Administer Oxygen via Endotracheal/ Tracheostomy tube	4.00	1.00	The most
11. Perform Tracheostomy wound dressing	4.00	1.00	The most
12. Perform Gastrostomy/ Jejunostomy/ Colostomy wound dressing	4.00	1.00	The most
13. Short and remove drain	4.00	1.00	The most
14. Stitches off/ remove staples	4.00	1.00	The most
15. Administer medication via vagina	4.00	1.00	The most
16. Administer bronchodilator medication via ventilator	4.00	1.00	The most
17. Inject medication via Intradermal	4.00	1.00	The most
18. Inject medication via subcutaneous	4.00	1.00	The most
19. Inject medication via Intramuscular	4.00	1.00	The most
20. Administer medication via NSS/sterile water	4.00	1.00	The most
21. Administer medication via piggy bag	4.00	1.00	The most
22. Vein puncture for giving medication or fluid	4.00	1.00	The most
23. Giving blood/components	4.00	1.00	The most
24. Insert nasogastric tube	4.00	1.00	The most
25. Feed diet via Gastrostomy/Jejunostomy	4.00	1.00	The most
26. Gastric lavage	4.00	1.00	The most
27. Insert and retain Foley's catheter	4.00	1.00	The most
28. Intermittent catheterization	4.00	1.00	The most

Entrustable professional activities	Mdn	IQR	Consistency level
29. Continuous bladder irrigation, CBI	4.00	1.00	The most
30. Fleet enema	4.00	1.00	The most
31. Collect blood for lab test/ culture	4.00	1.00	The most
32. Take blood for Hematocrit	4.00	1.00	The most
33. Collect sputum for lab test/ culture	4.00	1.00	The most
34. Collect urine/ stool for lab test/ culture	4.00	1.00	The most
35. Use infusion pump	4.00	1.00	The most
36. Use pulse oximeter	4.00	1.00	The most
37. Post mortem care	4.00	1.00	The most
38. Perform neurological signs' functions	4.00	1.00	The most
39. Preparation skin for operations	4.00	1.00	The most
40. Irrigate eye (s)	4.00	1.00	The most
41. Inspect water seal drainage	4.00	1.00	The most
42. Arrange client's position and prepare instrument for thoracentesis	4.00	1.00	The most
43. Arrange client's position and prepare instrument for bone marrow biopsy/ aspiration	4.00	0.00	The most
44. Arrange client's position and prepare instrument for lumbar puncture	4.00	1.00	The most
45. Arrange client's position and prepare instrument for chest drainage	4.00	1.00	The most
46. Arrange client's position and prepare instrument venesection (cut down)	4.00	1.00	The most
47. Arrange client's position and prepare instrument for abdominal paracentesis	4.00	0.00	The most
48. Perform basic life support	4.00	1.00	The most
49. Vaginal douche	4.00	0.00	The most
50. Examine growth and development of pre-school children	4.00	1.00	The most

Entrustable professional activities	Mdn	IQR	Consistency level
51. Feed milk/liquid diet/ medication via bottle	4.00	1.00	The most
52. Feed milk/ liquid diet/ medication via OG/ NG/ Gastrostomy tube	4.00	1.00	The most
53. Feed milk/ liquid diet/ medication via dropper/ syringe/ spoon/ cup	4.00	1.00	The most
54. Feed milk/ liquid diet/ medication via syringe pump/ dripping	4.00	1.00	The most
55. Administer oxygen box for children	4.00	1.00	The most
56. Use Incubator/ radiant warmer to control body temperature	4.00	1.00	The most
57. Use phototherapy machine	4.00	1.00	The most
58. Collect urine of children using urine collector in children	4.00	1.00	The most
59. Irrigate bowel	4.00	1.00	The most
60. Assess Nipples by Waller' s test	4.00	1.00	The most
61. Correct nipples by Hoffman maneuver/ Breast cup/ Nipple/ Syringe puller	4.00	1.00	The most
62. Perform Leopold maneuver	4.00	1.00	The most
63. Listen to fetal heart sound	4.00	1.00	The most
64. Use Electronic fetal monitoring (EFM) to assess fetal health	4.00	1.00	The most
65. Scrub vulva	4.00	1.00	The most
66. Perform eye instillation for newborn	4.00	1.00	The most
67. Use rectal thermometer in newborn	4.00	1.00	The most
68. Massage uterine	4.00	1.00	The most
69. Measure height of fundus	4.00	1.00	The most
70. Bath a newborn	4.00	1.00	The most
71. Assist mother for breast feeding	4.00	1.00	The most
72. Massage breasts	4.00	1.00	The most

Entrustable professional activities	Mdn	IQR	Consistency level
73. Use LATCH scores to assess breastfeeding	4.00	1.00	The most
74. Use community instruments	4.00	1.00	The most
75. Write community map	4.00	1.00	The most
76. Present data to communities	4.00	1.00	The most
77. Arrange civil society	4.00	1.00	The most
78. Screen community health	4.00	1.00	The most
79. Arrange projects/ activities to prevent and promote health for clients	4.00	1.00	The most
80. Home visit	4.00	1.00	The most
81. School health program	4.00	1.00	The most
82. Examine growth and development of school children	4.00	1.00	The most
83. Assess visual acuity	4.00	1.00	The most
84. Perform health assessment	4.00	1.00	The most
85. Establish nurse-client therapeutic relationship	4.00	1.00	The most
86. Be a leader of group activities	4.00	1.00	The most
87. Use metal evaluation forms to screen for group risks	4.00	1.00	The most
88. Arrange client's position for Modified ECT	4.00	1.00	The most

2.3 สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย
ในระดับ 3 จำนวน 17 รายการ แต่ละรายการมี
ค่ามัธยฐานที่ 3.00 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
ที่ 1.00 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความ
สอดคล้องกันอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ 1)
ตรวจสอบการทำงานของสายสวนทางหลอด
เลือดดำใหญ่ 2) จัดและส่งเครื่องมือผ่าตัด 3) ให้
ภูมิคุ้มกันโรค 4) ตรวจการหดตัวของมดลูก
ตรวจช่องคลอด ตรวจทวารหนัก เพื่อประเมิน
การคลอด 5) การใช้ Partograph 6) ทำคลอด

ทารกปกติ 7) ทำคลอดรก/ตรวจรก 8) ตัดและ
ซ่อมแซมฝีเย็บ 9) เตรียมหรือช่วยคลอดผิดปกติ/
การทำสูติศาสตร์หัตถการ 10) ตรวจร่างกาย
ทารกแรกเกิดเพื่อประเมิน Apgar scores 11)
ตรวจร่างกายทารกแรกเกิด 12) เจาะเลือดใน
ทารกแรกเกิดเพื่อส่งตรวจ 13) เย็บแผลใน
ตำแหน่งไม่อันตราย 14) ผ่าฝีในตำแหน่งไม่
อันตราย 15) ถอดเล็บ 16) จัดหูดหรือตาปลา 17)
ฉีดยาระงับความรู้สึกทางผิวหนัง

2.4 สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะในระดับ 2 จำนวน 2 รายการ แต่ละรายการมีค่ามัธยฐานที่ 2.00 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่ 1.00 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกันอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ 1) วิชาชีพทารกแรกเกิดเบื้องต้น 2) ผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอมออกในตำแหน่งไม่อันตราย

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าทักษะพิสัยทั้ง 147 รายการ เป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญต้องได้รับการฝึกหัดให้ปฏิบัติตั้งแต่เริ่มเรียนจนสำเร็จการศึกษาและพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต้องสามารถปฏิบัติได้โดยพบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ 88 รายการ (ร้อยละ 59.86) จัดอยู่ในระดับ 4 รองลงมาคือกิจกรรมที่จัดอยู่ในระดับ 5 จำนวน 40 รายการ (ร้อยละ 27.21) มีจำนวน 17 รายการ (ร้อยละ 11.57) จัดอยู่ในระดับ 3 ส่วนกิจกรรมที่จัดอยู่ในระดับ 2 มีเพียง 2 รายการ (ร้อยละ 1.36) และไม่พบว่ามีกิจกรรมใดที่พยาบาลจบใหม่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่อยู่ในระดับ 4 มากที่สุด^{9,10,11} และสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4-5 มากถึง 128 กิจกรรม จากทั้งหมด 147 กิจกรรมและไม่พบว่ามีกิจกรรมที่อยู่ในระดับ 1 สอดคล้องกับการศึกษาการกำหนดระดับความไว้วางใจให้ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลวิชาชีพ^{10,11,12}

สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยในระดับ 5 พยาบาลวิชาชีพจบใหม่สามารถปฏิบัติ

ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีผู้นิเทศ ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การส่งเสริมความสุขสบาย การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และส่งเสริมโภชนาการเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยเน้นความสุขสบายไม่ก่อให้เกิดอันตราย ส่วนใหญ่เป็นรายการของสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะที่ได้เรียนรู้และฝึกทักษะในวิชาชีพการพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ฝึกปฏิบัติมาตั้งแต่ชั้นปีที่ 2-4 จนมีความมั่นใจ สอดคล้องกับศึกษากิจกรรมในขอบเขตวิชาชีพด้านทักษะพิสัยที่เชื่อมั่นได้ในบัณฑิตพยาบาลและผดุงครรภ์จบใหม่ ที่พบว่าการฝึกเหล่านี้บัณฑิตพยาบาลและผดุงครรภ์จบใหม่ปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีผู้นิเทศ เนื่องจากเป็นทักษะการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยเน้นความสุขสบายไม่ก่อให้เกิดอันตราย⁹ เป็นทักษะการพยาบาลพื้นฐานไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ เป็นทักษะการดูแลเบื้องต้นและเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ซับซ้อนจัดให้อยู่สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยที่พยาบาลวิชาชีพจบใหม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง¹¹

สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยในระดับ 4 พยาบาลวิชาชีพจบใหม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยมีผู้นิเทศอยู่ห่าง ๆ ได้แก่ การทำแผล ฉีดยา สวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายให้อาหาร มีกิจกรรมหลายกิจกรรมที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายได้จึงต้องมีผู้นิเทศสังเกตการณ์ เพื่อให้การชี้แนะเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เนื่องจากเคยปฏิบัติภายใต้การดูแลของอาจารย์ผู้สอน สอดคล้องกับศึกษากิจกรรมใน

ขอบเขตวิชาชีพด้านทักษะพิสัยที่เชื่อมั่นได้ในบัณฑิตพยาบาลและผดุงครรภ์จบใหม่ พบว่าบัณฑิตพยาบาลและผดุงครรภ์ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติภายใต้การดูแลของอาจารย์ผู้สอนที่ต้องประยุกต์ความรู้จากทฤษฎีมาใช้ให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายมีหลายกิจกรรมที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายจึงทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้จึงต้องมีผู้นิเทศคอยสังเกตการณ์เพื่อให้การชี้แนะและให้ความช่วยเหลือได้ทันที⁹

สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยในระดับ 3 จำนวน 17 รายการ พยาบาลวิชาชีพจบใหม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยมีผู้นิเทศพร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที ได้แก่ ตรวจสอบการทำงานของสายสวนทางหลอดเลือดดำใหญ่ จัดและส่งเครื่องมือผ่าตัด ตรวจทางช่องคลอด ทำคลอดทารกปกติ ตัดและซ่อมแซมฝีเย็บ เย็บแผลในตำแหน่งไม่อันตราย ผ่าฝีในตำแหน่งไม่อันตราย ถอดเล็บ จู๋หูหรือตาปลา ฉีดยาระงับความรู้สึกทางผิวหนัง พบว่าทักษะส่วนใหญ่มีความซับซ้อนที่ต้องมีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่อวัยวะสำคัญของร่างกาย และต้องระมัดระวังเป็นอย่างมากที่จะไม่ให้เกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ ต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ การอบรมพิเศษ จนมีความเชี่ยวชาญเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต้องปฏิบัติภายใต้การควบคุมดูแลของผู้นิเทศ เพื่อป้องกันอันตรายกับผู้ป่วย⁹

สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยในระดับ 2 พยาบาลวิชาชีพจบใหม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยมีผู้นิเทศใกล้ชิด จำนวน 2 รายการ ได้แก่ การกู้ชีพทารกแรกเกิดเบื้องต้น และการผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอมออกในตำแหน่งไม่

อันตราย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจึงไม่สามารถลงมือปฏิบัติได้เองเพียงลำพัง ต้องมีผู้นิเทศใกล้ชิดเพื่อให้มั่นใจว่ามีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ สอดคล้องกับการกำหนดสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของบัณฑิตพยาบาลในการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด เป็นทักษะที่พยาบาลวิชาชีพจบใหม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองแต่ต้องมีผู้นิเทศอย่างใกล้ชิด^{9,10}

การพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย ต้องได้รับการอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชำนาญ โดยใช้เวลาและประสบการณ์จึงจะเกิดการเรียนรู้และสามารถพัฒนาระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

การศึกษาระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย เป็นการศึกษากิจกรรมการพยาบาลในภาพรวม ไม่ได้แยกสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยในแต่ละสาขาการพยาบาล

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยที่สามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติเพื่อนำให้ผู้สำเร็จการศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้อง และเกิดความปลอดภัย สร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจแก่ผู้ใช้บัณฑิต

สรุป

การกำหนดสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยรายชั้นปีใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เพื่อสามารถผลิตบัณฑิตที่ปฏิบัติงานได้ตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. พัฒนาการรูปแบบเรียนการสอน ที่เน้นการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มระดับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย

2. ควรมีการประเมินสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยนักศึกษาพยาบาลก่อนการสำเร็จการศึกษาเพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ในการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาข้อมูลสมรรถนะทักษะพิสัยที่มีการแยกตามสาขาการพยาบาล เพื่อให้เห็น

สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยพยาบาลจบใหม่ในแต่ละสาขาการพยาบาล

2. การศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหรือสมรรถนะทักษะพิสัย ที่พยาบาลวิชาชีพจบใหม่สามารถปฏิบัติได้ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ เพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบ

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี และสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

Reference

1. Thailand Nursing and Midwifery Council. Legislation, nursing and midwifery profession Act, B.E. 1985 and amended by the Nursing and midwifery profession Act (No. 2), B.E. 1997). Nonthaburi: Siriyoud publishing; 1997.
2. Benner P. From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison-Wesley Publishing company; 1984.
3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Thailand nursing and midwifery council newsletter. No.1 (Jan-Feb 2021) Year 23. Bangkok: P.S. commercial LTD., Part.; 2021. p. 7-8.
4. Anusornteerakul S, Paokanha R, Chaiwan W, Hankha S, Korsuk C. Application of entrustable professional activities concept to psychomotor skill development for professional nurse. Journal of Nursing and Health care 2021; 39(1): 6-13. (in Thai)
5. Sripho S, Khachat S, Chantorn A. Qualifications of Graduates according to Thai Qualifications Framework for Higher Education and Desirable Characteristics according to Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. Praboromarajchanok Institute; 2021.
6. Amy LP, Scott AC, Caitlin KF, Jean YM, Megan RU, Jordan HQ. Entrustable professional activities for pharmacy practice. Am J Pharm Educ 2016; 80(4): 1-4.
7. Ten Cate O. AM last page: what entrustable professional activities add

- to a competency-based curriculum. Acad Med 2014; 89(4): 691.
8. Choojai R, Petchcep K, Kitnopkiat K. Quality of nursing graduates of Boromarajonani Collage of nursing, Ratchaburi perceived by the superiors, academic year 2018. Journal of reacher for health improvement and Quality of life 2021; 1(1): 58-70. (in Thai)
 9. Thadakant S, Duangbupha S. Psychomotor entrustable professional activities of newly graduated nurse-midwives: A delphi stydy. RNJ 2020; 26(2): 246-62. (in Thai)
 10. Rastsadondee K, Tongvichean S, Chosawat C, Tapasee W. Determination of the levels of entrustable professional activities for Graduated nurse. Thai of nursing 2020; 69(4): 50-9. (in Thai)
 11. Anusornteerakul S, Tienprasert S, Kanchanabat B. Entrustable professional activities on psychomotor skill among newly graduated nurse. Journal of Nursing and Health Care 2020; 38(1): 69-77. (in Thai)
 12. Mongkhonsiri P, Kitsomporn J, Thadakant S, Tongvichean S, Anusornteerakul S, Amornrojanavaravutti W, et al. Entrustable professional activities (EPAs) for newly graduated nurses: A preliminary study in Thailand. NJPH 2021; 31(1): 161-76. (in Thai)

บทวิจัย

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยพยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็ก

แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ*

วัลย์ลดา เลาทกุล** สุรินทร์ กลัมพากร***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยพยาบาล ในสถานประกอบการขนาดเล็ก คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 23 คน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา ขั้นเตรียมการ พบสถานประกอบการมีพนักงานที่สูบบุหรี่ร้อยละ 13.87 ขั้นดำเนินการ มีการดำเนินการจัดการด้านองค์กรโดยการกำหนดนโยบาย การกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ และ การจัดการด้านคนทำงานโดยสร้างแรงจูงใจและช่วยเหลือผู้ป่วย และขั้นประเมินผล มีการสรุปผลประเมินผลการปฏิบัติงานผ่านการประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในสถานประกอบการคือ มีคณะทำงานเพื่อการเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการ มีนโยบายการเลิกบุหรี่ พื้นที่สูบบุหรี่ลดลง และพนักงานมีส่วนร่วมเป็นแกนนำให้เลิกบุหรี่ พนักงานจำนวน 24 คนเข้าร่วมโครงการช่วยเหลือผู้ป่วย การติดตามผลเมื่อครบ 6 เดือน พบว่า มีผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ 7 คน (ร้อยละ 29.17) รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยพยาบาลนี้ทำให้พนักงานสามารถเลิกบุหรี่ได้จริง จึงสามารถเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการขนาดเล็กได้

คำสำคัญ: รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยพยาบาล/ สถานประกอบการขนาดเล็ก

* ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: ann.jir@mahidol.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

The development of nurse-led smoking cessation model in the small enterprise

Ann Jirapongsuwan*

Vanlada Laohakul** Surintorn Kalampakorn***

Abstract

This participatory action research aimed to develop a nurse-led smoking cessation model in the small enterprise. Purposive sampling was used to recruit 23 participants. Data collection methods were in-depth interview, focus group discussion and knowledge sharing forum. Interview guideline and focus group guideline were reviewed by 3 experts for content validity. The data collection process consisted of 3 phases as the preparation phase, the action phase, and the evaluation phase. Content analysis was employed for data analysis. The results of preparation phase showed 13.87% of smokers. In action phase, 2 main activities were conducted, including organizational management by the establishment of smoke-free policy and setting up the smoking areas along with the individual management by motivation and supporting smoking cessation. In evaluation phase, a project evaluation was done through a knowledge-sharing forum. Regarding the outcomes of the development, the smoke-free policy was developed, the number of smoking areas was decreased and workers were participated in convincing workers to quit smoking. The 24 workers participated in smoking cessation activities. Of this number, 29.17% were able to quit smoking after 6 months follow up. The nurse-led smoking cessation model in the small enterprise can promote the smoking cessation among employees which be used as a guideline in workplace-tobacco control.

Keywords: Nurse-led smoking cessation model/ Small enterprise

Article info: Received November 30, 2021; Revised December 17, 2021; Accepted December 27, 2021

* Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Professional Nurse, Department of Occupational Medicine, Samut Sakorn Hospital

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

การบริโภคน้ำเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ปีพ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 21.4¹ และยังพบว่าแรงงานไทยป่วยเป็นโรคเรื้อรังในกลุ่ม โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 32.4, 21.1 และ 18.7 ตามลำดับ² โรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ เหล่านี้ มีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้

ในส่วนของสถานประกอบการ ได้มีการประมาณการไว้ว่าพนักงานที่สูบบุหรี่ 1 ของต่อวัน จะทำให้นายจ้างต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น 15,000 บาทต่อปี³ แต่ถ้ามีการควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งในสุขภาพพนักงานที่สูบบุหรี่ และด้านการปกป้องผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ไม่ให้ได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ลดอัตราการลาป่วย ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพขององค์กร เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ลดความสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดอุบัติเหตุอันเนื่องจากการสูบบุหรี่⁴ หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีการผลักดันให้เกิดนโยบายและมาตรการทางกฎหมาย⁵ และมีการสร้างนโยบายเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ภายในสถานที่ทำงานมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีสถานประกอบการอีกเป็นจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมการสูบบุหรี่ของพนักงานได้

การช่วยเลิกบุหรี่ถือเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลอาชีวอนามัยผู้ซึ่งปฏิบัติงานใกล้ชิดพนักงานในสถานประกอบการมากที่สุด พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการจึงเป็นบุคลากรที่สำคัญที่จะดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่แก่พนักงาน อย่างไรก็ตามจากกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบการ พ.ศ. 2548 กระทรวงแรงงาน ได้กำหนดให้สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีพยาบาลตั้งแต่ระดับพยาบาลเทคนิคขึ้นไปไว้ประจำอย่างน้อย 1 คนตลอดเวลาการทำงาน⁶ ส่งผลให้สถานประกอบการขนาดเล็กที่มีจำนวนลูกจ้างน้อยกว่า 200 คน ไม่มีพยาบาลประจำสถานประกอบการในการดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่แก่พนักงาน ทำให้บทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัย ประจำคลินิกอาชีวเวชกรรม ของโรงพยาบาลในพื้นที่ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพวัยทำงานมีความสำคัญต่อการดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการขนาดเล็ก

จังหวัดสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการบริโภคยาสูบในคนอายุมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 20.71 มากเป็นอันดับที่ 28 ของประเทศไทย⁶ จากรายงานสถานการณ์ด้านแรงงาน ปีพ.ศ. 2561 พบว่ามีสถานประกอบการจำนวน 10,217 แห่ง มากกว่าร้อยละ 90.0 เป็นสถานประกอบการที่มีลูกจ้างน้อยกว่า 200 คน⁷ จากข้อมูลการสูบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ 4 แห่งของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า มีพนักงานสถานประกอบการที่สูบบุหรี่ตั้งแต่วัยละ 1.01 ถึงร้อยละ 13.87 โดยพบอัตราการสูบบุหรี่สูงในสถานประกอบการขนาดเล็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินการของพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการที่ผ่านมาพบว่ามีความหลากหลายในการดำเนินการ อาทิเช่น การจัดการอบรม การทำกลุ่มบำบัดเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ อีกทั้งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่แตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของการดำเนินโครงการเช่น สถานประกอบการมีพยาบาลประจำ หรือ มีพยาบาลแบบไม่เต็มเวลา (Part time)^{4,8,9} และพบว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้พยาบาลอาสาสมัครในทีมงาน อาชีวเวชกรรมได้นำไปใช้ในการดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการขนาดเล็กที่ไม่มีพยาบาลประจำ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการขนาดเล็ก โดยพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลัก เน้นการมีส่วนร่วมของสถานประกอบการในการบริหารจัดการองค์กร ควบคู่กับการให้บริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปเป็นแบบอย่างให้พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคนทำงานในคลินิกอาชีวเวชกรรม สามารถดำเนินการเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการขนาดเล็กได้

คำถามการวิจัย

รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็กเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)¹⁰ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์การสูบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในสถานประกอบการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ โดยการศึกษาและวิเคราะห์จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาล โดยดำเนินการร่วมกับพยาบาลอาสาสมัคร กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร สํารวจข้อมูลสถานการณ์การสูบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพพนักงาน สํารวจพื้นที่การสูบบุหรี่และห้ามสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ และนำเสนอข้อมูลปัญหาการสูบบุหรี่ของพนักงานแก่สถานประกอบการโดยการเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงานเพื่อร่วมกันหาแนวทางในการจัดการและแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล เป็นขั้นตอน

การติดตามประเมินผลและสรุปผลการดำเนินการ
การพัฒนาแบบการช่วยเหลือผู้พิการโดยพยาบาล
ในสถานประกอบการขนาดเล็ก

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม
2562 ถึง พฤษภาคม 2563

ผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนการ ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย
ผู้บริหารสถานประกอบการ 2 คน ฝ่ายทรัพยากร
บุคคล 4 คน เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการ
ทำงาน 1 คน หัวหน้างาน 5 คน และพยาบาล
อาชีวอนามัย 10 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1
คน รวม 23 คน

ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1) ผู้
สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือผู้พิการ 24 คน
และ 2) เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน 1
คน พยาบาลอาชีวอนามัย 10 คน และนักวิชาการ
สาธารณสุข 1 คน

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการ
วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
(เอกสารเลขที่ MUPH 2019-107 ลงวันที่ 6
กันยายน 2562) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
แก่ผู้บริหารสถานประกอบการที่สมัครใจเข้าร่วม
โครงการและอนุญาตให้เข้าดำเนินการวิจัย และ
ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของการเข้าร่วม
กิจกรรมและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับ
หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการโดยไม่มี
ผลกระทบต่อการทำงานและการรับบริการ
สุขภาพ ก่อนตกลงเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นคำถาม
“ทีมงานในการช่วยเหลือผู้พิการในสถานประกอบการ
ควรประกอบด้วยใครบ้าง” “บทบาทหน้าที่ทีม
ช่วยเหลือผู้พิการในสถานประกอบการ” “ปัจจัย
กำหนดความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้พิการในสถาน
ประกอบการมีอะไรบ้าง”

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม ในประเด็น
“ทีมงานในการช่วยเหลือผู้พิการในสถานประกอบการ
ควรประกอบด้วยใครบ้าง” “บทบาทหน้าที่ทีม
ช่วยเหลือผู้พิการในสถานประกอบการ” “ปัจจัย
กำหนดความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้พิการในสถาน
ประกอบการมีอะไรบ้าง” “ปัญหาอุปสรรคในการ
ช่วยเหลือผู้พิการในสถานประกอบการ” “บทบาท
พยาบาลในหน่วยอาชีวเวชกรรม” และแนวทาง
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในประเด็น “แนว
ทางการช่วยเหลือผู้พิการในสถานประกอบการ”
“ปัจจัยกำหนดความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้พิการใน
สถานประกอบการขนาดเล็ก” “ปัญหาอุปสรรค
ในการช่วยเหลือผู้พิการในสถานประกอบการขนาดเล็ก”

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงการติด
นิโคติน ของ Fagerstrom Test for Nicotine
Dependence (FTND) ฉบับภาษาไทย¹¹ จำนวน
6 ข้อ แปลผลภาวะติดนิโคตินเป็น ระดับต่ำ (0-3
คะแนน) ระดับปานกลาง (4-5 คะแนน) และ
ระดับสูง (6-10 คะแนน)

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบ
สัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางสนทนากลุ่ม และ แบบ

ประเมินระดับความรุนแรงการตัดสินใจผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย 2 ท่าน และ ด้านการควบคุมยาสูบ 1 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์การสูบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ และการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในสถานประกอบการ

ขั้นตอนการ

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้บริหารสถานประกอบการ และ ผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพและความปลอดภัยในสถานประกอบการ
2. เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล ใช้เวลา 20-30 นาทีต่อครั้ง
3. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพและความปลอดภัยในสถานประกอบการได้แก่ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน หัวหน้างาน พยาบาลอาชีวอนามัย และนักวิชาการสาธารณสุข ได้ผลลัพธ์เป็นรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็ก
4. จัดกิจกรรมตามรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการ โดยการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบการช่วยเลิก บุหรี่ในสถานประกอบการ กำหนดนโยบายการเลิกบุหรี่ และ

พื้นที่การสูบบุหรี่ จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ และรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่

5. บำบัดพนักงานที่สูบบุหรี่ที่สมัครใจเลิกบุหรี่ โดยรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการขนาดเล็กมีการดำเนินการ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการด้านองค์กร ประกอบด้วย การตั้งคณะทำงาน การกำหนดนโยบาย การกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ การสร้างการมีส่วนร่วมของพนักงาน และ การกำหนดรางวัลสำหรับผู้เลิกบุหรี่ได้

ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการด้านคนทำงาน ประกอบด้วย 1) การค้นหา เป็นการคัดกรองผู้สูบบุหรี่และจำแนกผู้สูบบุหรี่โดยใช้คำถาม “*คุณสูบบุหรี่หรือยาเส้น หรือไม่*” ผู้คัดกรองและแบ่งพนักงานออกเป็น 3 กลุ่มคือ พนักงานที่ไม่สูบบุหรี่ พนักงานที่เคยสูบแต่เลิกแล้ว และพนักงานที่สูบบุหรี่ การจำแนกผู้สูบบุหรี่ โดยใช้คำถาม “*คุณคิดจะเลิกบุหรี่หรือยาเส้นไหม*” และแบ่งผู้สูบบุหรี่เป็น 4 กลุ่ม คือ ยังไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ เริ่มลังเลว่าจะเลิกดีหรือไม่ พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ และ เลิกบุหรี่มาได้ไม่เกิน 6 เดือน หลังจากนั้นประเมินระดับความรุนแรงการตัดสินใจ 2) การบำบัด โดยการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ตามหลัก 5R การเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อเลิกบุหรี่ตามหลัก STAR การเลือกวิธีเลิกบุหรี่ และการช่วยขณะเลิกบุหรี่ตามหลัก 5D 3) การประเมินผลการช่วยเลิกบุหรี่ โดยการติดตามหลังดำเนินการ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ขั้นประเมินผล

ติดตามและประเมินผลการดำเนินการ โดยนำแนวทางที่ได้มาจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีเจ้าหน้าที่ ความปลอดภัยในการทำงาน พยาบาลอาชีวอนามัย และนักวิชาการสาธารณสุข ร่วมการเสวนา การเล่าประสบการณ์ในการเลิก บุหรี่ของพนักงาน การเล่าประสบการณ์จากทีม ผู้รับผิดชอบการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการ **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การ สทนากลุ่ม และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน นำมาแยกแยะเนื้อหาสาระเป็นกลุ่มข้อมูล และ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตาม โครงสร้างเนื้อหาที่กำหนดไว้ และนำมาบรรยาย สรุปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ข้อมูลจากแบบประเมินระดับความ รุนแรงการติดนิโคติน และ จำนวนผู้เลิกบุหรี่ ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ผลการวิจัย

การพัฒนาแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดย พยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็ก ได้ผล การศึกษาดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของ พนักงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก

1.1 มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้บริหาร สถานประกอบการ และคณะทำงานด้านสุขภาพและ ความปลอดภัยของสถานประกอบการ ประกอบด้วย ฝ่ายทรัพยากรบุคคล และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ในการทำงาน หัวหน้างาน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และได้รับความร่วมมือในการดำเนินการ

1.2 การศึกษาข้อมูลสถานการณ์การ สูบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ พบว่า สถานประกอบการมีจำนวนพนักงาน 173 คน เป็นพนักงานชายร้อยละ 54.9 มีพนักงานที่สูบ บุหรี่ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 13.87) เป็น พนักงานชายทั้งหมด มีพนักงานอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 75.0 สูบบุหรี่มากกว่า 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 87.5 มีประวัติการสูบบุหรี่นานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 75.0

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสรุปได้ ดังนี้

2.1 การช่วยให้พนักงานเลิกบุหรี่มี ความสำคัญที่ต้องดำเนินการเพื่อสุขภาพของ พนักงาน ดังตัวอย่างคำพูด “ดิฉันเคยสูบบุหรี่มา ก่อนแล้วสามารถเลิกได้ จึงคิดว่าพนักงานควร เลิกบุหรี่เพื่อสุขภาพของตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

2.2 ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการกำหนด นโยบายการเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการ ดัง ตัวอย่างคำพูด “ทำเลย ผู้บริหารพร้อมสนับสนุน นโยบายและมอบนโยบายให้หัวหน้างานไป กำกับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2.3 การลดพื้นที่การสูบบุหรี่จะช่วยให้ พนักงานมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้ ดังตัวอย่างคำพูด “ตอนนี้มีที่สูบ 2 จุด สนับสนุนให้ลดลงได้” (ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 1)

2.4 การมีส่วนร่วมของพนักงานใน สถานประกอบการจะช่วยให้พนักงานมีโอกาส เลิกบุหรี่ได้ ดังตัวอย่างคำพูด “ผมจะช่วยดูแล ไม่ให้ลูกน้องสูบบุหรี่ และให้กำลังใจ” (ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 3)

2.5 การช่วยขณะเลิบบุหรี่มีความสำคัญ เนื่องจากมีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่จากความอยากสูบบุหรี่ ดังตัวอย่างคำพูด “ผมว่าคนที่สูบบุหรี่มานานๆ เลิกยาก บางคนพอพักก็ไปสูบบุหรี่ อาจต้องมี กลวิธีช่วยให้เลิกได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) “คนที่อายุเยอะ สูบบุหรี่มานาน เลิกยาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

3. การสนับสนุนกลุ่ม

ได้ข้อสรุปว่าการช่วยเลิบบุหรี่ในสถานประกอบการควรดำเนินการผ่านคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของสถานประกอบการ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบให้ชัดเจน เนื่องจากสถานประกอบการขนาดเล็กจะไม่มีพยาบาลประจำสถานประกอบการ พยาบาลอาสาสมัครมาจากกลุ่มงานอาสาสมัครทำหน้าที่ประสานงานในที่คณะกรรมการ

4. การนำรูปแบบการช่วยเลิบบุหรี่โดยพยาบาลมาประชาสัมพันธ์ในสถานประกอบการ

มีพนักงาน 24 คนที่สูบบุหรี่และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีดำเนินการ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการด้านองค์กร

1. ตั้งคณะกรรมการเพื่อการเลิบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ ที่ประกอบด้วยผู้บริหารสถานประกอบการทำหน้าที่เป็นผู้นำในการปรับปรุงนโยบายสร้างสุขในสถานประกอบการ โดยเพิ่มประเด็นการเลิบบุหรี่ในสถานประกอบการฝ่ายทรัพยากรบุคคลทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพประชาสัมพันธ์ ค้นหาและคัดกรองพนักงานที่สูบบุหรี่ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพ ประสานงาน ติดตามผลให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับพนักงานในการเลิบบุหรี่ หัวหน้างานมีหน้าที่ผู้ประสานระหว่าง

พนักงานและคณะกรรมการ แจ้งให้พนักงานเข้าร่วมโครงการ ดูแลติดตามกำกับพนักงานในสังกัดงานตนเอง และพยาบาลอาสาสมัคร กลุ่มงานอาสาสมัคร เวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นผู้ประสานงาน ให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิบบุหรี่แก่พนักงานที่ต้องการเลิก

2. กำหนดนโยบายการเลิบบุหรี่ในสถานประกอบการ ติดประกาศและแจ้งให้พนักงานทุกคนรับทราบ

3. กำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ และประกาศให้ทุกคนทราบทั่วกัน ติดป้ายหรือสัญลักษณ์อย่างชัดเจนโดยจำนวนพื้นที่สูบบุหรี่ลดลงจาก 2 จุดเป็น 1 จุด

4. พนักงานมีส่วนร่วมเป็นบุคคลต้นแบบ และเป็นแกนนำช่วยชักจูงพนักงานที่กำลังตัดสินใจเลิบบุหรี่ให้เลิบบุหรี่

5. มีประกาศนียบัตรให้พนักงานที่เลิกสูบบุหรี่ มีการติดภาพบนบอร์ดและประกาศในสถานประกอบการ เพื่อแสดงว่าเป็นบุคคลต้นแบบที่สามารถเลิบบุหรี่ได้

ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการด้านคนทำงาน

1. สร้างแรงจูงใจเพื่อเลิบบุหรี่ ผ่านกิจกรรมการอบรมเรื่องพิษภัยบุหรี่ โดยใช้หลัก 5R ได้แก่ 1) การสร้างความเชื่อมโยง โดยการให้เห็นสิ่งกระตุ้นที่สัมพันธ์กับตนเอง พบว่าแรงจูงใจของพนักงานได้แก่ ครอบครัว สุขภาพของตนเอง และ ประหยัดค่าใช้จ่าย 2) ชี้ให้เห็นความเสี่ยง โดยให้คำแนะนำถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ต่อตนเอง งาน และครอบครัว 3) บอกประโยชน์ โดยให้ข้อมูลเพื่อให้พนักงานเห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ 4) เลี่ยงอุปสรรค โดยให้พนักงานมองหาอุปสรรคของการเลิบบุหรี่

และให้แนวทางการจัดการปัญหานั้น 5) การประเมินซักถามซ้ำ ๆ ทุกครั้งที่พบกัน เพื่อแสดงความห่วงใย

2. การเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้หลัก STAR ได้แก่ 1) ให้พนักงานกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ภายใน 2 สัปดาห์ วางแผนเลือกวิธีการเลิก และหาวิธีเอาชนะอุปสรรค ความเคยชินจากการสูบบุหรี่ และบันทึกวันที่กำหนดไว้ในสมุดบันทึกหรือปฏิทินเพื่อลงมือทำการเลิกบุหรี่เมื่อถึงวันที่กำหนด 2) บอกคนรอบข้าง ได้แก่ หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน คนในครอบครัว ว่าตนเองกำลังจะเลิกบุหรี่เพื่อให้การสนับสนุน และเข้าใจหากพนักงานมีอาการหงุดหงิดหรืออาการอื่น ๆ ในระยะแรก ๆ ของการงดบุหรี่ 3) คาดถึงปัญหาหรือสถานการณ์ล่วงหน้าที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่และหาทางป้องกัน 4) กำจัดอุปกรณ์การสูบบุหรี่

3. การลงมือเลิกบุหรี่ มีการดำเนินการ 2 ขั้นตอนคือ

3.1 การเลือกวิธีเลิกบุหรี่ โดยพยาบาลวางแผนร่วมกับพนักงานในการเลือกวิธีการเลิกบุหรี่ ซึ่งพนักงานทั้งหมดเลือกวิธีเลิกบุหรี่ด้วยตนเองโดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษารายบุคคล

3.2 การช่วยขณะเลิกบุหรี่ เมื่อพนักงานที่ลงมือเลิกบุหรี่ จะมีการช่วยเหลือเพื่อลดความอยากสูบบุหรี่ตามหลัก 5D ได้แก่ 1) ไม่สูบบุหรี่ ยึด/เลื่อนเวลาออกไปให้นาน 3-5 นาที 2) สูดหายใจลึก ๆ ติดต่อกัน 3) ดื่มน้ำเปล่า 4) หาสิ่งอื่นทำ และการใช้ตัวช่วย เช่น มะนาวหวานพลู 5) พูดคุยกับเพื่อนพนักงาน คนในครอบครัว เพื่อหากำลังใจ

4. การติดตามและประเมินผลกรดำเนินการ

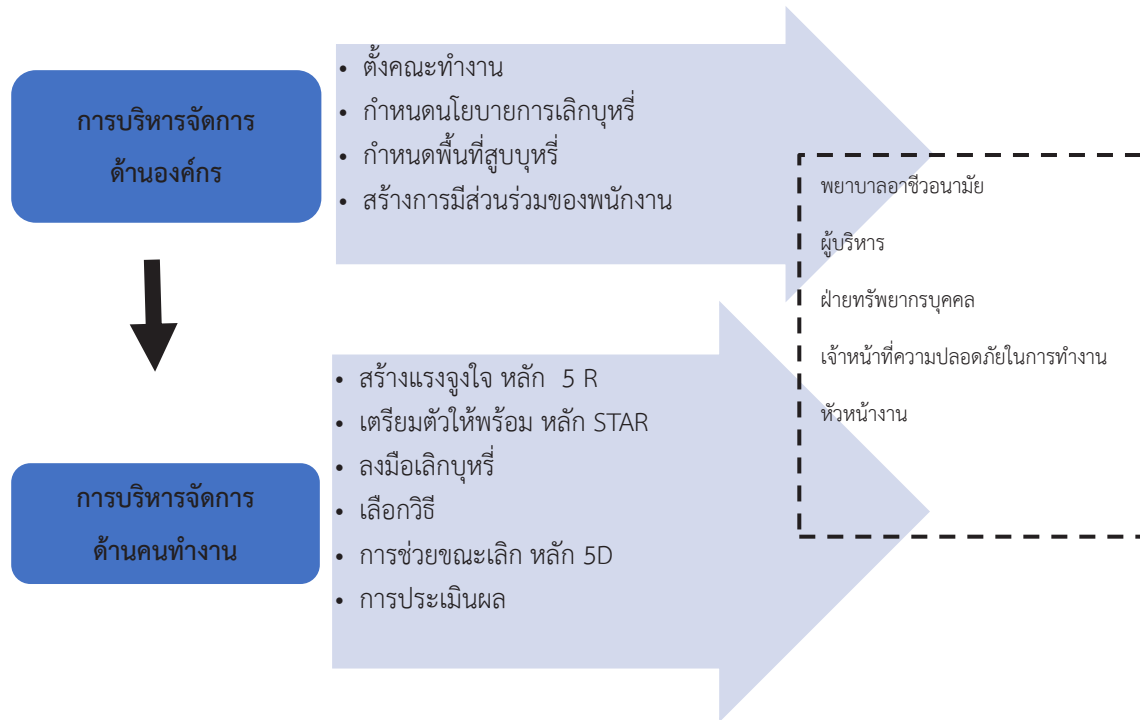
มีการติดตามหลังดำเนินการ 6 เดือนพบว่า พนักงานร้อยละ 29.17 สามารถเลิกบุหรี่ได้ ในส่วนของผลการเปรียบเทียบระดับการติดนิโคติน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการจำนวนพนักงานที่มีระดับการติดสารนิโคตินในระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 25.00 เป็น ร้อยละ 20.83 สำหรับผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ทางสถานประกอบการมีการมอบใบประกาศนียบัตร ของรางวัล และยกย่องให้เป็นบุคคลต้นแบบที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ส่วนพนักงานไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้พยาบาลจะประเมินความพร้อมซ้ำก่อนเริ่มประเมินปัญหาร่วมกัน และวางแผนที่จะนำเข้าสู่ขั้นตอนการเลิกบุหรี่อีกครั้ง

ผลการศึกษาจากเวทีและเปลี่ยนเรียนรู้ได้ข้อมูลปัจจัยกำหนดความสำเร็จของการดำเนินการคือ ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ ได้แก่ การลดพื้นที่สูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากพยาบาลและทีมงานในสถานประกอบการมีผลต่อความตั้งใจของพนักงานในการเลิกบุหรี่ ในส่วนของอุปสรรคของการเลิกบุหรี่ของพนักงานที่ไม่สามารถเลิกได้เกิดจากความไม่เข้มแข็งพอเมื่อเพื่อนพนักงานชักชวนให้สูบบุหรี่

กล่าวโดยสรุป การพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการขนาดเล็กโดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยมีพยาบาลอาชีวอนามัยประจำคลินิกอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลัก ทำให้ได้

รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลที่เมื่อนำไป
ทดลองใช้สามารถทำให้พนักงานเลิกบุหรี่ได้ จึงมี

ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริงในบริบทของ
สถานประกอบการขนาดเล็ก



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็ก

อภิปรายผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิก
บุหรี่โดยพยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็ก
มีกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของ
พนักงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก

การศึกษาข้อมูลปัญหาการสูบบุหรี่ของ
พนักงานในสถานประกอบการร่วมกับผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพพนักงาน เมื่อมีการ
วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันทำให้สถาน
ประกอบการมีความตระหนักต่อปัญหาการสูบ
บุหรี่และทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินการ

การมีผู้บริหารของสถานประกอบการเข้าร่วมใน
การให้ข้อมูลและรับทราบถึงสถานการณ์การสูบ
บุหรี่ของพนักงาน มีส่วนสำคัญต่อการให้ความ
เห็นชอบต่อนโยบาย และการผลักดัน ส่งเสริมใน
การนำนโยบายการเลิกบุหรี่ไปสู่การปฏิบัติใน
สถานประกอบการ¹²

2. การบริหารจัดการด้านองค์กร

การตั้งคณะทำงานและกำหนดนโยบาย
การเลิกบุหรี่โดยการผสมผสานกับงานเดิมจาก
นโยบายสร้างสุขในสถานประกอบการ เป็นการ
ดำเนินการที่สอดคล้องกับวิถีปฏิบัติเดิมของคนใน
องค์กรทำให้คนทำงานไม่รู้สึกว่ามีภาระงานที่เพิ่ม

มากขึ้นและพร้อมที่จะดำเนินการ การลดพื้นที่สูบบุหรี่เป็นการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ¹³ ส่งผลให้พนักงานเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้ช่วยลดการสูบบุหรี่ได้เนื่องจากต้องใช้เวลาในการเดินไปยังจุดสูบบุหรี่ การให้รางวัลโดยการมอบเกียรติบัตรและเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบเป็นสิ่งที่ทำให้พนักงานเกิดความภูมิใจ และกลายเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่ไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่อีก เนื่องจากไม่อยากให้สังคมรอบข้างผิดหวังกับตนเอง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการดำเนินการระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว⁸ หรือเป็นการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการที่มีพยาบาลปฏิบัติงานอยู่^{9,14}

3. การบริหารจัดการด้านคนทำงาน

แรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ของพนักงานประกอบด้วย ครอบครัว สุขภาพของตนเอง และค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹ การช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่ช่วงเกิดอาการอยากบุหรี่มีความสำคัญ เนื่องจากในระยะแรกของการเลิกบุหรี่จะอาการถอนนิโคตินตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรก โดยจะมีอาการ หงุดหงิด ง่วง กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิในการทำงาน¹⁵ อาจส่งผลต่อคุณภาพการทำงาน และอาจส่งผลให้ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่กลับไปสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นพยาบาลต้องจัดหาวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยในการศึกษานี้ใช้แนวทางธรรมชาติ ได้แก่ มะนาว กานพลู และการอมน้ำ นอกจากนี้การที่มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน และหัวหน้างานมีส่วนร่วมในการดำเนินการทำให้เกิดความเข้าใจถึงอาการที่อาจเกิดขึ้นที่อาจส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์

การสื่อสารในขณะปฏิบัติงาน และมีส่วนในการให้กำลังใจพนักงานได้ สำหรับการเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อเลิกบุหรี่ ในขั้นตอนบอกคนรอบข้าง ได้แก่ หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน คนในครอบครัวว่าตนเองกำลังจะเลิกบุหรี่เพื่อให้การสนับสนุนพบว่า หัวหน้างานและคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ แต่มีเพื่อนพนักงานบางคนที่อาจมีการชักชวน ยั่วเย้าให้สูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา ซึ่งพนักงานให้ข้อมูลว่าเมื่อดื่มสุราจะทำให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ ดังนั้นควรให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนแนวคิดหรือพฤติกรรมของเพื่อนพนักงานให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ให้มากขึ้น

จากการติดตามหลังดำเนินการ 6 เดือนพบว่า พนักงานร้อยละ 29.17 สามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งสูงกว่า การศึกษาอื่นในสถานประกอบการในบริบทของสถานประกอบการที่มีพยาบาลปฏิบัติงานอยู่^{9,14} อาจกล่าวได้ว่ารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในสถานประกอบการที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของสถานประกอบการขนาดเล็ก

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้มีจุดเด่นในการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ และการช่วยเลิกบุหรี่ทำโดยพยาบาลอาชีวอนามัยของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมที่มีความรู้และทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่ ทำให้ได้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม

ในการศึกษานี้ไม่ได้สร้างความตระหนักและบอกแนวทางการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ให้กับกลุ่มเพื่อนพนักงานให้สามารถสนับสนุนผู้เลิกสูบบุหรี่ ทำให้เพื่อนบางคนชักชวนและยั่วยุให้พนักงานเกิดความอยากสูบบุหรี่ ทำให้พยาบาลต้องใช้การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจมากขึ้น

สรุป

จากการดำเนินการตามรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในสถานประกอบการขนาดเล็ก ได้ข้อสรุปว่า การช่วยเลิกบุหรี่ นอกจากการบำบัดพนักงานที่สูบบุหรี่แล้ว การบริหารจัดการด้านองค์กรมีส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้พนักงานสามารถเลิกบุหรี่ได้ การสนับสนุนจากผู้บริหารและมีการกำหนดเป็นนโยบาย เพื่อให้พนักงานเห็นความสำคัญและปฏิบัติตามนโยบายขององค์กร การมีทีมงานและพี่เลี้ยงที่เป็นพยาบาลอาชีวอนามัยมีส่วนสำคัญในการช่วยให้สถานประกอบการมีความพร้อมในการดำเนินงานและสามารถติดตามพนักงานให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนกิจกรรม และการมอบรางวัล มีความสำคัญที่จะช่วยให้พนักงานที่เลิกบุหรี่ได้ ไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านสถานประกอบการ

จากผลการศึกษาด้านการบริหารจัดการองค์กรที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ ดังนั้นผู้บริหารและทีมดูแลสุขภาพในสถานประกอบการขนาดเล็กควรมีการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มพนักงาน มีผู้รับผิดชอบที่กำหนด

บทบาทชัดเจน มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ โดยการดำเนินการโดยผ่านคณะกรรมการอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อให้สามารถเกิดความยั่งยืนของกิจกรรม

2. ด้านการบริการพยาบาล

จากผลการศึกษาที่สามารถทำให้พนักงานเลิกบุหรี่ได้ ดังนั้นพยาบาลอาชีวอนามัยควรสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสถานประกอบการ ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ฝ่ายทรัพยากรบุคคล และหัวหน้างาน โดยมีพยาบาลอาชีวอนามัย ของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมเป็นผู้ดำเนินการหลัก สามารถขับเคลื่อนการดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการขนาดเล็กได้ และใช้เป็นแนวทางในการขยายผลไปสู่สถานประกอบการขนาดเล็กอื่นๆ หรือสถานประกอบการที่ไม่มีพยาบาลอยู่ประจำ นอกจากนี้อังค์กรวิชาชีพทางการพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับพยาบาลพยาบาลอาชีวอนามัย ของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพกับสถานประกอบการขนาดเล็ก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ให้เป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนการเลิกบุหรี่ของพนักงาน

2. ควรมีการพัฒนาแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลที่มีการใช้ช่องทางการสื่อสารอื่นที่เหมาะสมกับพนักงานที่ทำงานเป็นกะ เช่น ไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการใช้โทรศัพท์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ผ่านเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่ง
ประเทศไทย

Reference

1. National Statistical Office. Smoking and alcohol consumption of population 2017 [Internet]. 2018 [cited 2021 January 10]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014>
2. National Statistical Office. Health status of workforce in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2018.
3. ASH Thailand. Smoke-free workplace manual [Internet]. 2018 [cited 2021 January 10]. Available from: <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/13791>
4. Kalampakorn S. Tobacco control in the workplace. In: Kalampakorn S, Rawiworakul T, editors. Community health nurse and tobacco control in the workplace. Bangkok: Manus Film; 2006.
5. Ministerial regulation of welfare in the workplace 2005 [Internet]. 2005 [cited 2021 November 12]. Available from: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/96402/113908/F1602455625/THA96402%20Tha.pdf>
6. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Report of the situation of tobacco use in Thailand 2019. Bangkok: Sintaweekit Printing Co., Ltd.; 2020.
7. Department of Employment. The situation of the workforce in Samut Sakorn, September 2018 [Internet]. 2018 [cited 2021 January 10]. Available from: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/lmi_ratchaburi_th/8cf870e5799add27ef8aaa2542471832.pdf
8. Papralit S, Kalampakorn S, Sillabutra J. The effects of brief cessation education program and telephone follow up in roofing products industry, Saraburi Province. TJN 2016; 65(1): 28-38. (in Thai)
9. Jantarapas U, Kalampakorn S, Rujiratanapong W, Jirapongsuwan A. Effectiveness of a workplace smoking cessation program in Nakhon Pathom Province. TJN 2021; 70(1): 21-7. (in Thai)
10. Kemmis S, McTaggart R. Participatory

- Action Research. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE; 2005.
11. Vateesatokit K. 5A Smoking cessation in daily work. Bangkok: ASH Thailand; 2009.
12. Graupp P, Steward S, Parsons. Creating an effective management system Integrating policy deployment, TWI, and Kata. New York: Productivity Press; 2020.
13. World Health Organization. Creating health promoting setting [Internet]. 2021 [cited 2021 February 10]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/activities/creating-health-promoting-settings>
14. Saengpetch Y. Effects of a nursing practice guideline for smoking cessation in care battery manufacturing, Samut Prakan Province. TJN 2021; 70(1): 1-10. (in Thai)
15. Nurse Network on Tobacco Control of Thailand. Nursing guideline for workplace smoking cessation. Jirapongsuwan A, Kalampakorn S., Editor. Bangkok: Suetawan Printing; 2020.

บทวิจัย

ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรในโรงพยาบาล

เอกชน กรุงเทพมหานคร

นิชชุนันท์ ประสารพันธ์*

เพลินพิศ บุญยมาลิก** อรรวรรณ แก้วบุญชู***

บทคัดย่อ

ภาวะหมดไฟในการทำงานคือกลุ่มอาการทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลในทางลบต่อบุคคลและองค์กร การวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสายสนับสนุนในโรงพยาบาล จำนวน 284 คน โดยคำนวณแต่ละกลุ่มตามลักษณะงานแบบสัดส่วน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแคว์ และสถิติถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรมีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง ร้อยละ 36.3 โดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรงมีภาวะหมดไฟระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 63.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ < 35 ปี ($OR=2.21, 95\%CI=1.352-3.622$) สถานะโสด ($OR=1.75, 95\%CI=1.058-2.917$) ประสบการณ์ทำงาน < 10 ปี ($OR=2.67, 95\%CI=1.613-4.448$) ไม่มีภาระดูแลคนในครอบครัว ($OR=2.06, 95\%CI=1.239-3.445$) มีปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ ($OR=20.24, 95\%CI=4.60-88.92$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้าผู้ร่วมงานต่ำ ($OR=4.30, 95\%CI=2.56-7.23$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรต่ำ ($OR=5.92, 95\%CI=3.48-10.07$) และความเครียดจากการทำงานสูง ($OR=4.23, 95\%CI=2.17-8.25$)

ผลการวิจัยสามารถจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยเฉพาะในผู้อายุ < 35 ปี เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมจากทุกระดับ จะช่วยให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ให้บริการด้วยความประทับใจ

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน/ ความเครียดจากการทำงาน/ บุคลากรสุขภาพ/ บุคลากรสายสนับสนุน/ โรงพยาบาลเอกชน

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: plernpit.suw@mahidol.ac.th.

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Burnout and its related factors among workers in a private hospital, Bangkok

Nichunant Prasanphan*

Plernpit Boonyamalik** Orawan Kaewboonchoo***

Abstract

Burnout is a psychological syndrome that affects the physical, mental and behavior of the worker resulting in a negative impact on individual and organization. This Cross-sectional study aimed to investigate burnout and its related factors among staff in a private hospital. Study samples comprised of 284 medical and non-medical staffs proportionated sampling from every sector in a hospital. The data was collected using self-administered questionnaire during April to May 2021. Data was analyzed by descriptive and inferential statistics using Chi-square test and Multiple Logistic Regression analysis.

The results showed that 36.3% of samples had a high level of burnout. The medical staff with direct care of patients have the highest level of burnout (63.1%). The factors significantly associated with burnout were age less than 35 years (OR = 2.21, 95%CI = 1.352-3.622), single status (OR = 1.75, 95%CI = 1.058-2.917), work experience less than 10 years (OR = 2.67, 95%CI = 1.613-4.448), no burden of dependence (OR = 2.06, 95%CI = 1.239-3.445), mental health condition (OR = 20.24, 95%CI = 4.60-88.92), low supervisors and colleagues support (OR = 4.30, 95%CI = 2.56-7.23), low organization support (OR = 5.92, 95%CI = 3.48-10.07), and high work-related stress (OR = 4.23, 95%CI = 2.17-8.25).

The findings are useful for organizing activities to prevent burnout in medical staff especially those aged under 35 years old, such as a reduce work stress project, increasing social support from all levels. These could promote happiness in the workplace which could maintain good quality personnel in the organization and further provide impressed service to customers.

Keyword: Burnout/ Work-related stress/ Medical staff/ Support staff/ Private hospital

Article info: Received November 29, 2021; Revised December 12, 2021; Accepted December 28, 2021.

* Graduate Student in Master of Nursing Science major in Occupational Health Nursing, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Correspondent author: Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University E-mail: plernpit.suw@mahidol.ac.th.

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังจากสถานที่ทำงาน (Chronic workplace stress) เกิดจากการทำงานที่ยังไม่ได้รับการจัดการให้ประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ อ่อนล้าทางอารมณ์ จิตใจ ร่างกาย รวมไปถึงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง โดยมีการแสดงออกมาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) การลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) และการลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduced Personal Accomplishment)¹ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จัดให้ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาในทางการแพทย์ในคู่มือวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ (ICD-11)^{2,3}

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปัญหาที่พบได้มากโดยเฉพาะในบุคลากรที่มีอาชีพด้านงานบริการ พบได้ร้อยละ 15-50 ของคนทำงาน ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวบุคคลและองค์กร โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานจะขาดงานบ่อย มีอัตราการลาป่วยมากกว่าคนทั่วไป 2-7 เท่า⁴ ส่วนใหญ่จะลงงานด้วยอาการปวดหัว ปวดท้อง มีอาการโกรธง่าย หงุดหงิด แยกตัวกับผู้ร่วมงาน ไม่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่จะพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ จนทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของตนเองและองค์กรลดลง นำไปสู่การลาออกจากงาน

การศึกษาความเครียดของพยาบาลและพนักงานสายสนับสนุนในโรงพยาบาลเอกชน

พบกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับสูงถึงสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 64.35 และ 35.96 ตามลำดับ^{5,6} นอกจากนี้ พบการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของเภสัชกรในโรงพยาบาล⁷ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ การมีปริมาณงานมาก (Work overload) การไม่สามารถควบคุมการทำงานของตนเอง (Lack of control) ไม่ได้รับการตอบแทนจากผลการทำงานที่เหมาะสม (Insufficient reward) การขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (Breakdown of community) การไม่ได้รับความยุติธรรมในการทำงาน (Absence of fairness) และมีความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับงาน (Value conflict) แสดงให้เห็นว่าภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปฏิกิริยาตอบสนองจากความเครียดเรื้อรังมีสาเหตุจากตนเองและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่งผลกระทบทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียดและผลเสียต่อองค์กรในด้านภาพพจน์และประสิทธิภาพในงานลดลง⁸

จากแนวคิดของ Christina Maslach² กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมีได้หลายปัจจัย ซึ่งอาจแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานได้ 2 กลุ่มคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน สถานภาพสมรส สัมพันธภาพในครอบครัว และภาระครอบครัว 2) ปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ปริมาณงาน ความรู้สึกสับสนในบทบาทหน้าที่ด้วยไม่มีความชัดเจนของงานและขาดข้อมูลการสื่อสารที่ดี สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การสนับสนุนทางสังคมทั้งหัวหน้างาน ผู้ร่วมงาน ระบบบริหาร การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กร และสิ่งแวดล้อม

ด้านบุคลากร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษา สิ่งคุกคามสุขภาพที่เป็นสาเหตุปัจจัยของภาวะหมดไฟของผู้ประกอบอาชีพ โดยประยุกต์หลักการแนวคิดภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach² ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงาน สถานภาพสมรส ภาระรับผิดชอบดูแลคนในครอบครัว ภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้า และผู้ร่วมงาน การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กร และความเครียดในการทำงาน ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้ทราบแนวโน้มของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรอันจะนำไปสู่การป้องกันได้ อีกทั้งสามารถลดและหลีกเลี่ยงสิ่งคุกคามที่เป็นปัจจัยก่อเกิดปัญหาภาวะหมดไฟในองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะหมดไฟในการทำงานกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงาน สถานภาพสมรส ภาระรับผิดชอบดูแลคนในครอบครัว ภาวะสุขภาพ และ ปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ การสนับสนุนทางสังคม

จากหัวหน้า ผู้ร่วมงาน การสนับสนุนทางสังคม จากองค์กร และความเครียดจากการทำงาน

3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ ของภาวะหมดไฟในการทำงาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล
2. ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach² เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยสนใจศึกษาสิ่งคุกคามสุขภาพในปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ

ขอบเขตของการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานประจำของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มีไข้บุคลากรทางการแพทย์ สัญชาติไทย ทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่อยู่ในระยะทดลองงาน 120 วัน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยสูตรของแดเนียล³ กรณีรู้ขนาดประชากร

เป้าหมาย (3,899 คน) โดยกำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความแปรปรวนของประชากรเท่ากับ 0.18¹⁰ และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือได้รับกลับคืนข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงมีการปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการศึกษา 284 ราย จากนั้นคำนวณจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลแต่ละกลุ่มแบบสัดส่วน โดยแบ่งตามลักษณะงานการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มงาน ได้แก่

ก. บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง จำนวน 168 คน

ข. บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง จำนวน 8 คน

ค. ผู้ที่มีไข้บุคลากรทางการแพทย์และให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง จำนวน 56 คน

ง. ผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และไม่ได้ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง จำนวน 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุคคลที่เป็นภาระดูแล ประสบการณ์ทำงาน เป็นคำถามปลายเปิดและให้เลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ ใช้แบบสอบถาม Short form health survey (SF-12) Version II ประเภท Standard form ฉบับภาษาไทยโดย วิษซ์ เกษมทรัพย์¹¹ ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ รายงานผลเป็นภาวะสุขภาพ

โดยรวมและภาวะสุขภาพด้านจิตใจ การแปลผลหากได้คะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน คือ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ระดับไม่ดี หากได้คะแนน 50–100 คะแนน คือมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ระดับดี

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม หัวหน้าและผู้ร่วมงาน ใช้แบบสอบถาม Job content questionnaire ตามแนวคิด Demand-control model ของ Karasek แปลเป็นภาษาไทยโดยพิชญา พรคทองสุข¹² ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ สอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และด้านการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ร่วมงานจำนวน เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้าและผู้ร่วมงานในระดับสูง คะแนนที่เท่ากับหรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้าและผู้ร่วมงานในระดับต่ำ

การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กร ใช้แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร Perceived organization support (POS) ตามแนวคิดของ Eichenberger¹³ ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมของอมรรัตน์ แสงสาย ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคมขององค์กร 8 ด้าน เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรในระดับสูง คะแนนที่เท่ากับหรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียดจากการทำงาน ใช้แบบสอบถาม Job content questionnaire (JCQ) ตามแนวคิด Demand-control model ของ Karasek¹⁴ แปลเป็นภาษาไทยโดย พิชญ์ พงศ์ทองสุข ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ โดยสอบถามความรู้สึกด้านข้อเรียกร้องในงาน และด้านการควบคุมในงาน เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลกลุ่มที่มีระดับความเครียดจากการทำงานต่ำ ได้แก่ กลุ่มความเครียดจากงานต่ำ กลุ่มกระตือรือร้น กลุ่มเฉื่อยชา

ส่วนที่ 5 แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ใช้ The Maslach Burnout Inventory (MBI) สร้างขึ้นโดย Maslach^{2,15} ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมของศรีณย์ ศรีคำ ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ ประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ การแปลผล กลุ่มที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง คือ กลุ่มบุคลากรมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดค่าความเป็นบุคคลอยู่ในระดับสูง มีความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำและกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับต่ำ คือกลุ่มบุคลากรที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดค่าความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง มีความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามภาวะสุขภาพ เท่ากับ

0.73 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมหัวหน้าและผู้ร่วมงานเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กร เท่ากับ 0.92 แบบวัดความเครียดจากการทำงาน เท่ากับ 0.83 และแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน เท่ากับ 0.88

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมหัวหน้าและผู้ร่วมงาน เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กร เท่ากับ 0.92 แบบวัดความเครียดจากการทำงาน เท่ากับ 0.72 และแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ COA. No. MUPH 2020-068 ลงวันที่ 16 เมษายน 2563 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 287-10-20 CAEN-Q Fub ลงวันที่ 10 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เคารพในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะเข้าร่วมหรือไม่ด้วยความสมัครใจและเป็นไปโดยอิสระ เข้าร่วมโครงการโดยความร่วมมือทำแบบสอบถาม (Consent by action) และเคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่

1 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึง 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างจำนวน 284 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 284 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าสูงสุดต่ำสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอนุมาน ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์ และสถิติถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ (Multiple logistic regression analysis) ระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.7 อยู่ในช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.2 มีอายุเฉลี่ย 36.8 ปี ($S.D.= 8.1$) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 59.5) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 11.8 ปี ($S.D.=7.8$) และไม่มีภาระรับผิดชอบดูแลคนในครอบครัว (ร้อยละ 32.4) จากการศึกษาอัตราการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.3 โดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรงมีภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1 The levels of burnout in the workers in a private hospital classified by job characteristics (n=284)

Job responsibilities	Number (%)	Level of Burnout	
		High	Low
		Number (%)	Number (%)
(Direct Contact - Health Care Workers)	167 (58.8)	65 (63.1)	102 (56.4)
(Direct Contact – Non Health Care Workers)	57 (20.1)	20 (19.4)	37 (20.4)
(Non Direct Contact - Health Care Workers)	8 (2.8)	1 (1.0)	7 (3.9)
(Non Direct Contact – Non Medical care)	52 (18.3)	17 (16.5)	35 (19.3)
Total	284	103	181

ตารางที่ 2 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุน้อยกว่า 35 ปี บุคลากรที่มีสถานภาพโสด ประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ไม่มีภาระรับผิดชอบดูแลคนในครอบครัว มีภาวะสุขภาพ

โดยรวมและภาวะสุขภาพด้านจิตใจในระดับไม่ดี

ปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้าและผู้ร่วมงานต่ำ การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรต่ำ และความเครียดจากการทำงานสูง

Table 2 The association between personal factors or work factors and burnout among workers in a private hospital using Chi-square test. (n=284)

Factors	Number (n =284)	Level of Burnout		p-value	Crude OR	95% CI	
		High (n= 103)	Low (n=181)			Lower	Upper
	Number (%)	Number (%)	Number (%)				
The personal factors							
Sex							
Female	235	89	146	0.218	1.52	0.78	2.99
	(82.7)	(86.4)	(80.7)				
Male	49	14	35		1		
	(17.3)	(13.6)	(19.3)				
Age							
< 35	130	60	70	0.001 *	2.21	1.35	3.62
	(45.8)	(58.3)	(38.7)				
≥ 35	154	43	111		1		
	(54.2)	(41.7)	(61.3)				
Mean±SD	36.8	34.3	38.17				
	±8.1	±7.6	(±8.1)				
Median (min-max)	35.5	33	38				
	(23-65)	(24-60)	(23-65)				
Marital status							
single	169	70	99	0.029*	1.75	1.05	2.91
	(59.5)	(68)	(54.7)				

Factors	Number (n =284)	Level of Burnout		p-value	Crude OR	95% CI	
		High	Low			Lower-Upper	
		(n= 103)	(n=181)				
	Number (%)	Number (%)	Number (%)				
married/ widowed/ divorced	115 (40.5)	33 (32)	82 (45.3)		1		
Work experience							
≤ 10	150 (52.8)	70 (68)	80 (44.2)	<0.001*	2.67	1.61	4.44
> 10	134 (47.2)	33 (32)	101 (55.8)		1		
Mean±SD	11.8 ±7.8	9.1 ±6.3	13.3 ±8.1				
Median (min-max)	10 (1-33)	8 (1-30)	11 (1-33)				
Family responsibility							
No	92 (32.4)	44 (42.7)	48 (26.5)	0.005*	2.06	1.23	3.44
Yes	192 (67.6)	59 (57.3)	133 (73.5)		1		
Health status							
Bad level	9 (3.20)	8 (7.80)	1 (0.60)	0.002*	15.15	1.86	123
Good level	275 (96.8)	95 (92.2)	180 (99.4)		1		
Physical health							
Bad level	6 (2.1)	3 2.9	3 1.7	0.671	1.78	0.35	8.99
Good level	278 (97.9)	100 (97.1)	178 (98.3)				
Mental health							
Bad level	21 (7.4)	19 (18.4)	2 (1.1)	<0.001*	20.24	4.60	88.92

Factors	Number (n =284)	Level of Burnout		p-value	Crude OR	95% CI	
		High	Low			Lower-Upper	
		(n= 103)	(n=181)				
	Number (%)	Number (%)	Number (%)				
Good level	263 (92.6)	84 (81.6)	179 (98.9)		1		
The work factors							
Job responsibilities							
Health Care Worker	175 (61.6)	66 (64.1)	109 (60.2)	0.521	1.17	0.71	1.94
Non-Health Care Worker	109 (38.4)	37 (35.9)	72 (39.8)		1		
Job responsibilities							
Direct Contact	224 (78.9)	85 (82.5)	139 (76.8)	0.256	1.427	0.77	2.63
Non-Direct Contact	60 (21.1)	18 (17.5)	42 (23.2)		1		
Social support from supervisor and colleague							
Low	102 (35.9)	59 (57.3)	43 (23.8)	<0.001 *	4.3	2.56	7.23
High	182 (64.1)	44 (42.7)	138 (76.2)		1		
Social support from supervisor							
Low	111 (39.1)	59 (57.3)	52 (28.7)	<0.001*	3.32	2	5.51
High	173 (60.9)	44 (42.7)	129 (71.3)		1		
Social support from colleague							
Low	179 (63)	72 (69.9)	107 (59.1)	0.07	1.6	0.96	2.68
High	105 (37)	31 (30.1)	74 (40.9)		1		

Factors	Number (n =284)	Level of Burnout		p-value	Crude OR	95% CI	
		High	Low			Lower-Upper	
	(n= 103)	(n=181)					
	Number (%)	Number (%)	Number (%)				
Social support from organization							
Low	123 (43.3)	72 (69.9)	51 (28.2)	<0.001*	5.92	3.48	10.07
High	161 (56.7)	31 (30.1)	130 (71.8)		1		
Work-related stress							
High	46 (16.2)	30 (29.1)	16 (8.8)	<0.001 *	4.23	2.17	8.25
Low	238 (83.8)	73 (70.9)	165 (91.2)			1	

* p-value < 0.05

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ บุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี การได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานและผู้ร่วมงานในระดับต่ำ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรในระดับต่ำ และการมีความเครียดจากการทำงานในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 3

Table 3 Factors affecting burnout among workers in a private hospital analyzed by using Multiple Logistic Regression Analysis (n=284)

Factors	Adj OR	95% CI Lower-Upper		p-value
Age				
< 35	2.03	1.134	3.640	0.017*
≥ 35	1			
Social support from supervisor and colleague				
Low	2.719	1.492	4.954	0.001*

Factors	Adj OR	95% CI Lower-Upper		p-value
High	1			
Social support from organization				
Low	3.345	1.839	6.083	<0.001*
High	1			
Work-related stress				
High	2.443	1.125	5.303	0.024*
Low	1			

* p-value < 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

บุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.3 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ ด้านการลดความเป็นบุคคลอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง²³ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากล รวมถึงมีการจัดให้มีสวัสดิการและความปลอดภัยของบุคลากร โดยองค์กรมีการสนับสนุนบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จึงอาจมีผลให้บุคลากรในโรงพยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับต่ำได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลมีความเครียดจากการทำงานระดับสูงร้อยละ 16.2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้าและผู้ร่วมงานและการสนับสนุนจากองค์กรระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 35.9 และ 43.3 ตามลำดับ ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานและมีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน²³ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 35 และมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี อาจเป็นไปได้ว่าบุคลากรที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ส่วนตัวและประสบการณ์ทำงานมากกว่า ถึงจะมีความเครียดจากการทำงานแต่มีความสามารถในการจัดการกับงานหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีกว่า จึงเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับต่ำ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน⁸ โดยบุคคลที่เป็นโสดมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้สูงกว่าบุคคลที่สมรสแล้ว เนื่องจากบุคคลที่สมรสอาจได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและคู่สมรสที่ดี² บุคคลที่มีครอบครัวจะทุ่มเทและยึดครอบครัวเป็นหลักมากกว่าการทำงาน ซึ่งแตกต่างจากคนโสดที่อาจทุ่มเทชีวิตให้กับการทำงาน ผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่า ประกอบกับผู้ที่มีอายุน้อยต้องปรับตัวเรียนรู้การทำงานและระบบการทำงานใหม่ซึ่งมีผลให้เกิดความตึงเครียดจากการทำงานได้

มากกว่า^{9,10} จากการ ศึกษาครั้งนี้บุคลากรที่มีภาวะ
รับผิดชอบดูแลในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะ
หมดไฟในการทำงานน้อยกว่านั้น อาจเป็นไปได้ว่า
ถึงแม้จะมีภาวะรับผิดชอบดูแลในครอบครัว
แต่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดี⁸ ทำให้ได้รับ
แรงสนับสนุนจากครอบครัวสูง อันจะลดการเกิด
ปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับภาวะ
สุขภาพโดยรวม และภาวะสุขภาพด้านจิตใจ
พบว่ากลุ่มบุคลากรที่มีภาวะสุขภาพโดยรวมใน
ระดับไม่ดี มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน
มากกว่า และผู้ที่มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายและ
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจในระดับไม่ดี มีโอกาสเกิด
ภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าด้วยเช่นกัน
ดังนั้นบุคลากรที่มีภาวะสุขภาพด้านจิตใจใน
ระดับดีแสดงถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี จะช่วย
ส่งเสริมให้สุขภาพกายดีไปด้วย อันส่งผลให้
ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย⁹ เพศ ไม่
พบความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน
ของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้¹⁶ ภาวะ
หมดไฟในการทำงานสามารถเกิดได้ทั้งเพศชาย
และเพศหญิง ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของลักษณะ
งานและลักษณะของแต่ละบุคคล^{2,8,10} ในการศึกษา
ครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย เพียงร้อยละ
17.3 ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายน้อย
อาจมีผลต่อเปรียบเทียบและอำนาจการทำนาย
ในทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติกับภาวะหมดไฟในการ
ทำงาน พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟใน
การทำงานและมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามด้วย โดย
บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้า

งาน ขาดการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน
เพราะหากบุคลากรในหน่วยงานทำงานในลักษณะ
ต่างคนต่างอยู่ ขาดการสนับสนุนที่ดีจากผู้ร่วมงาน
โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากขาดการสนับสนุนจาก
หัวหน้างานส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน
ได้ สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรนั้น
หากองค์กรมีการจัดระบบการบริการที่ไม่ดี มี
ค่าตอบแทนหรือสวัสดิการไม่เพียงพอ ขาดการ
สนับสนุนความก้าวหน้าทางอาชีพ สิ่งเหล่านี้ก่อ
เกิดความเครียดนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน
ได้^{2,7} และความเครียดจากการทำงานนั้น หาก
บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในงานน้อย
จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับสูง
เช่นเดียวกับการขาดความสามารถในการควบคุม
งาน เมื่อความต้องการจากงานสูง ในขณะที่
ความสามารถในการควบคุมงานของบุคคลต่ำ จึง
เกิดความเครียดจากการทำงาน ความเครียดมี
ความเกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานและ
มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนงาน² ลักษณะงานที่
รับผิดชอบ ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟใน
การทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล อาจเป็นไปได้ว่า
จากการกำหนดจำนวนบุคลากรที่ทำการ
ศึกษาเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มงานนั้น มี
สัดส่วนของบุคลากรจำนวนแตกต่างกัน และ
ลักษณะงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนมี
ความคล้ายกันคือ ความมุ่งมั่นในการให้บริการแก่
ผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมี
ประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยด้วยความเอื้อ
อาทรให้เกิดความประทับใจสูงสุดไว้ ถึงแม้ว่าใน
การศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์ของลักษณะ
งานกับภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่พบว่ากลุ่ม

บุคลากรที่มีระดับภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับสูง ส่วนมากพบในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง¹⁷

จุดแข็งของการวิจัยในครั้งนี้

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทุกกลุ่มงานในโรงพยาบาลเอกชน ทั้งในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มสนับสนุน ทั้งที่ได้และไม่ได้ให้บริการกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ผู้วิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานตามนโยบายของโรงพยาบาลด้านการดูแลสุขภาพของบุคลากร ส่งเสริมการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงได้เหมาะสม

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือบุคลากรของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานครเท่านั้น ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่สามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนอื่นที่อาจมีนโยบายหรือระบบการบริการต่างกัน

2. เนื่องจากความคาดหวังในงานของ

บุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ มีความคล้ายกันคือ มุ่งเน้นในการให้บริการแก่ผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยด้วยความเอื้ออาทรให้เกิดความประทับใจสูงสุด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 284 คน นำมาจัดเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง ผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรงที่มีใช้บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ให้บริการแก่ผู้รับบริการ และบุคลากรที่ไม่ได้ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง ทำให้สัดส่วนบุคลากรมีจำนวนแตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษารังต่อไปแนะนำจัดกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนมากขึ้น เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะหมดไฟในการทำงานกับปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติได้

3. รูปแบบการศึกษารังนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ซึ่งเก็บข้อมูลทั้งตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ณ จุดเวลาเดียวกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุและผลของตัวแปรได้ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว

Reference

1. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases [Internet]. 2019 [cited 2019 October 10]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.

2. Srikam S, Jiamjarasrangsri W, Lalitanantpong D. Job burnout and related factors among residents of King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(2): 139-50. (in Thai)
3. Praisuthirat K, Chaimanee A. Job burnout and associated factors

- among nurses in Nopparat Rajathani hospital. *TMJ* 2013; 16(2): 185-94. (in Thai)
4. Saelor C, Puttapitukpol S. Factors affecting job burnout of professional nurses in suratthani hostital. *JOPN* 2017; 9(2): 95-103. (in Thai)
5. Raungsrijan P, Suppapatiporn S. Stress of Nursing and Attitude to be a Magnet Hospital of Registered Nurse in Bumrungrad International Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56(4): 425-36. (in Thai)
6. Sirichai K. Stress of the General Support Service Workers at Samitivej Hospital Group in Bangkok [Internet]. 2011 [cited 2019 October 20]. Available from: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/29034>
7. Siwakarn W, T.Sriwong B. Job Burnout in Hosptial Pharmacists, Office of the permanent Secrdtary of the Ministry of Public Health. *SERJ* 2011;2(2): 331-341. (in Thai)
8. Udomittipong D, Kaewyot K, Yootin K. Burnout syndrome among nurses. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2014; 8(2): 40-53. (in Thai)
9. Intarasathaphorn S. Work-Life Balance and Compassion Fatigue among Nurse in a Super Tertiary Hospital. Bangkok: Faculty of Public Health; 2018.
10. Zhou B. Factors Affecting Nurses' Work Burnout: A Case Study of Bangkok Metropolitan Authority's Medical College Hospital and Vajira Hospital [Internet]. 2010 [cited 2019 October 20]. Available from: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2553/19588.pdf>.
11. Kasemsup W, Sakthong P, Poopa K. The report assessed the cardiac surgery 8000 80th give a royal charity dedicated to king and royal charity 84 years Her Majesty Princess Kalayaniwattana Krom Luang NarathiwatRajanagarindra. Bangkok: National Health Security Office; 2007.
12. Thangthum W. Job strain among male nurses in Thailand and its related factors. *Journal of nursing division* 2014;41(2); 6-22. (in Thai)
13. Saengsai A. The effect of organizational factors and perceived organizational support on generation-Y employees' commitment: A case study of Asian Stanley International CO.,LTD [Internet]. 2015 [cited 2020 January 7]. Available from: <http://www>.

- repository.rmutt.ac.th/xmlui/bitstream/123456789/2819/1/RMUTT-151488.pdf789/2819/1/RMUTT-151488.pdf
14. Tienthong T. Relationship between job stress and stroke among workforce populations. Bangkok: Faculty of Public Health; 2019.
15. Christina M, Susan E J. Maslach Burnout Inventory manual. 3rd ed. Consulting Psychologists Press [Internet]. 1996 [cited 2019 October 20]. Available from: <https://montgomerycac.files.wordpress.com/2013/07/burnout-self-test1.pdf>.
16. Poghosyan L, Clarke S, Finlayson M, Aiken L. Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. Res Nurs Health. [Internet]. 2010 [cited 2021 September 25]. Available from: https://scholar.google.co.th/scholar?q=Nurse+Burnout+and+Quality+of+Care:+Cross-National+Investigation+in+Six+Countries&hl=en&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
17. Boonkiatcharoen W, Saengdiatha B, Vimolket T. Burnout among perioperative nurses in public hospitals in Bangkok. RTAMedJ 2018; 71(3):163-172. (in Thai)

บทวิจัย

ความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

สุธิตา เดชศิระ*

สุรินทร์ กลัมพการ** จุฑาธิป ศีลบุตร***

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงมีผลทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่มีอายุ 18-59 ปีที่เข้ารับบริการด้วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งจำนวน 297 คน โดยเลือกสุ่มแบบชั้นภูมิตามกลุ่มอายุ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า คนทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการทำงานในระดับร้อยละ 60.3 ความมีอิสระในการตัดสินใจในงาน สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ ผลสะท้อนกลับจากงานและความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป สามารถร่วมกันอธิบายความสามารถในการทำงานได้ร้อยละ 11.20

จากผลการศึกษาพบว่าสิ่งแวดล้อมการทำงานทั้งทางด้านกายภาพ และจิตสังคม มีผลต่อความสามารถในการทำงาน องค์กรจึงควรมีการติดตามประเมินและเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมการทำงานในสถานที่ทำงาน และมีมาตรการป้องกันสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการทำงานให้กับผู้ปฏิบัติงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำงาน/ คนทำงาน/ โรคความดันโลหิตสูง

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: surintorn.kal@mahidol.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Work ability of workers with hypertension

Sutisar Detchsiva *

Surintorn Kalampakorn ** Jutatip Sillabutra ***

Abstract

Hypertension could have adverse effects on worker's work ability. This study aimed to examine work ability of workers with hypertension and its related factors. The sample was 297 workers aged 18 – 59 years with hypertension receiving health services at a tertiary care hospital selected by stratified sampling by age group. Data were obtained from questionnaires and hospital health record. and were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Results showed that 60.3% of the workers with hypertension had work ability at a good level. Freedom in making work-related decisions, exposure to physical hazards and job feedback altogether could explain 11.20% of variance in work ability.

The results of the study show that the physical and psychosocial work environment has effects on work ability. Occupational hazards should therefore be assessed, monitored, and controlled in order to promote work ability of workers with hypertension.

Keywords: Work ability/ Workers/ Hypertension

Article info: Received November 29, 2021; Revised December 11, 2021; Accepted December 25, 2021

*Master student, Master of Nursing Science (Occupational Health Nursing), Faculty of Public Health, Mahidol University.

**Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

***Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University.

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) ในปัจจุบันทั่วโลกมีความรุนแรงมากขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึงร้อยละ 63 ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71 และในจำนวนผู้เสียชีวิตนี้มีจำนวน 15 ล้านคน เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 30 ถึง 69 ปี ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด¹ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากการที่แรงดันการบีบตัวของหัวใจ และหลอดเลือดส่วนปลายมีความต้านทานสูง การดำเนินโรคอย่างต่อเนื่องจากพยาธิสภาพของระบบภายในร่างกาย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวแต่ยังพบว่ามีผลต่อการทำงานโดยทำให้ความสามารถของคนทำงานลดลง และมีผลต่อการลดลงของผลผลิต² นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาของการมีปัญหสุขภาพจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนาน³ ร่วมกับการรับรู้สถานะสุขภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรัง⁴ ยังส่งผลต่อการลดลงของความสามารถในการทำงานด้วย

ประชากรคนทำงานถือเป็นกลุ่มคนที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของคนกลุ่มนี้ต้องมาจากการมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม สถานการณ์ด้านสุขภาพในประเทศไทยพบว่าแนวโน้มของโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นโดยมีจำนวนสะสมของโรคความดันโลหิตสูงสูงในประชากรอายุ 15-59 ปี จำนวน 2,288,569 คนในปีพ.ศ. 2560 และในปี พ.ศ. 2562 สะสมเพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวน 2,355,434 คน⁵ ในปัจจุบันคน

ทำงานส่วนใหญ่เข้ารับการรักษายาบาลด้วยสิทธิประกันสังคม จากสถิติสำนักงานประกันสังคมในปี พ.ศ. 2562 เขตภาคกลางเป็นภูมิภาคที่มีจำนวนผู้ประกันตนมากที่สุด โดยจังหวัดที่มีผู้ประกันตนมากที่สุดคือ จังหวัดชลบุรี⁶ โดยพบว่าประชากรที่มีงานทำมีสภาพการทำงานเป็นลูกจ้างเอกชนมากที่สุด และอำเภอที่มีจำนวนคนทำงานที่มากที่สุดในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ อำเภอศรีราชา จากจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนประกันสังคมกับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาากาชาดไทย จำนวน 319,507 คน มีจำนวนผู้มารับบริการด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 4,660 คน ในปีพ.ศ. 2561 และเพิ่มขึ้นเป็น 5,246 คน ในปี พ.ศ. 2562⁷

ความสามารถในการทำงาน คือ ความพร้อมของบุคคลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำให้เกิดความสมดุลระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านงาน⁸ ซึ่งปัจจัยด้านบุคคลโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสามารถในการทำงานที่ดี หากด้านสุขภาพไม่ดีก็จะส่งผลต่อความสามารถในการทำงานที่ลดลงจากภาวะการเจ็บป่วย⁹ โดยพบว่าการมีปัญหสุขภาพและการดำเนินโรคจากการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานที่ลดลง³ การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานพบว่ามีการศึกษาในวัยทำงานในหลากหลายกลุ่ม^{10,11,12} แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีจำนวนการเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้นในทุกปี นอกจากนี้การศึกษานี้ในต่างประเทศพบว่าภาวะสุขภาพเรื้อรังนั้นมีผลต่อการลดลงของความสามารถในการทำงาน⁴ ใน

บทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนทำงาน การศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญในการนำปัจจัยที่ทราบจากการศึกษามาปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อคนทำงานและองค์กร ให้ยังคงความสามารถในการทำงานได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการทำงาน และปัจจัยทำนายความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

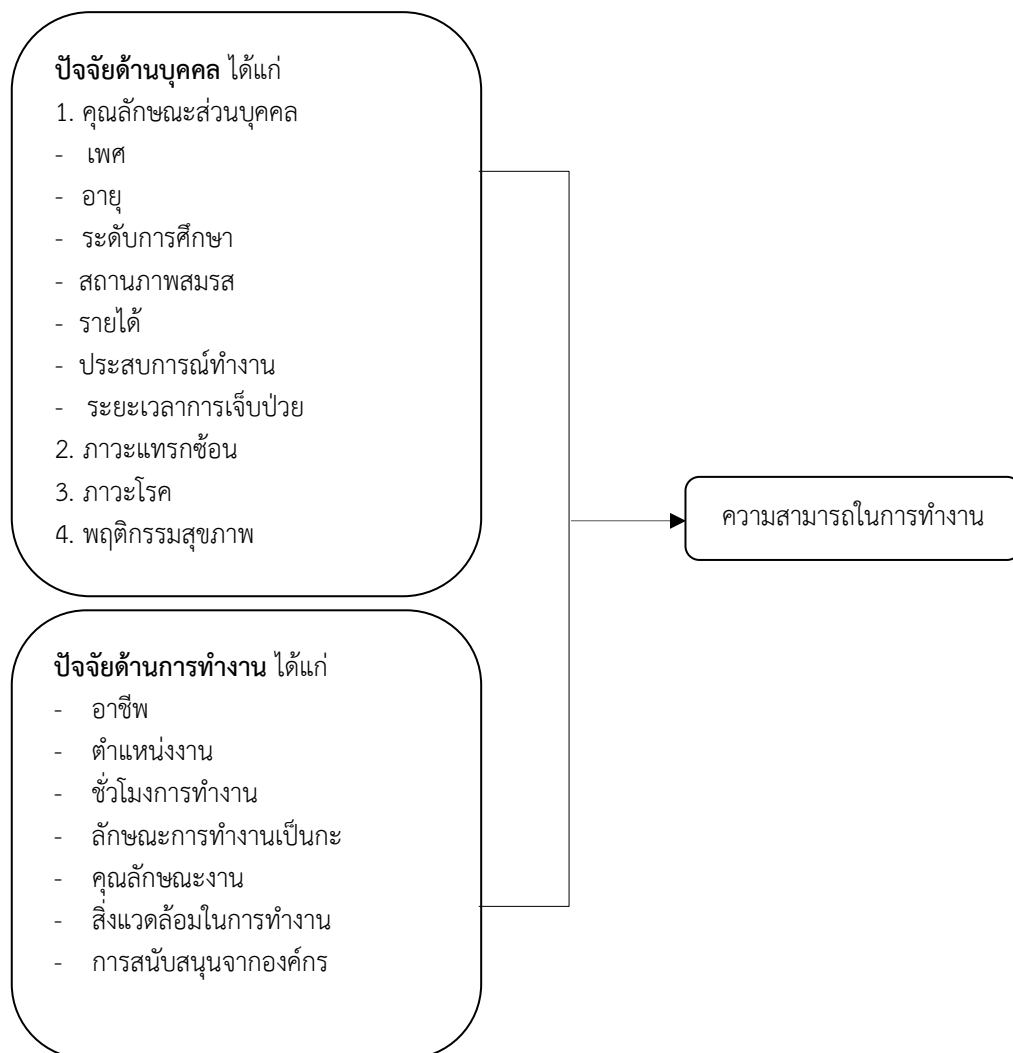
สมมติฐานทางการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ประสบการณ์ทำงาน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน ภาวะโรค พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านการ

ทำงาน ได้แก่ อาชีพ ตำแหน่งงาน ชั่วโมงการทำงาน ลักษณะการทำงานเป็นกะ คุณลักษณะงานสิ่งแวดล้อมการทำงาน และการสนับสนุนจากองค์กร สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาตัวแปรตามแนวคิดความสามารถในการทำงานของฮิลมารีเนน¹³ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านงาน และความสามารถในการทำงานเนื่องจากการศึกษาในกลุ่มคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญของความสามารถในการทำงานของคนทำงานโดยปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านงาน และความสามารถในการทำงาน มีรูปแบบความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis) ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คนทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาอากาศไทย จำนวน 297 คน คำนวนหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร¹⁴ เลือกแบบแบ่งชั้นภูมิตามอายุ คือมีอายุ

น้อยกว่า 35 ปี และมากกว่าเท่ากับ 35 ปี เพื่อให้ได้ตัวแทนจากกลุ่มประชากร มีเกณฑ์คัดเข้าคือ คนทำงานที่กำลังประกอบอาชีพและใช้สิทธิประกันสังคมอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาจมีหรือไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ประสบการณ์ทำงาน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะโรคเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 2 ระดับ ได้แก่ มีเท่ากับ 1 คะแนน และไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 0.00–0.33 หมายถึง เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย 0.34–0.67 หมายถึง เกิดภาวะแทรกซ้อนปานกลาง 0.68–1.00 หมายถึง เกิดภาวะแทรกซ้อนมาก และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการป้องกันและใช้ยาและติดตามการรักษา ด้านการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน เป็นข้อคำถามปลายปิดรวมทั้งหมด 52 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ/บ่อยครั้ง/นานๆครั้ง/ไม่เคยเลย การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 3.01–4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับดี 2.01–3.00 หมายถึง พฤติกรรมในระดับปานกลาง 1.00–2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับไม่ดี ซึ่งมีค่าความตรงเท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการทำงาน ประกอบไปด้วย คุณลักษณะงานพัฒนามาจากการสำรวจวินิจฉัยงานของ Hackman & Oldham อ้างอิงในจินตนา นัคราจารย์ และคณะ⁹ 5 มิติ ได้แก่ ความหลากหลายในทักษะของงาน ลักษณะเฉพาะของงาน ความสำคัญของงาน ความมีอิสระในการตัดสินใจในงาน และผลสะท้อนกลับจากงาน จำนวน 14 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ

ได้แก่ ข้อความนั้นถูกต้องมากที่สุด/ข้อความนั้นถูกต้องเป็นส่วนใหญ่/ข้อความนั้นถูกต้องเล็กน้อย/ไม่แน่ใจในข้อความนั้น/ข้อความนั้นไม่ถูกต้องเล็กน้อย/ข้อความนั้นไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่/ข้อความนั้นไม่ถูกต้องมากที่สุด การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 1.00–3.00 คะแนน หมายถึง รับรู้คุณลักษณะงานในแต่ละด้านและโดยรวมที่มีผลต่อการทำงานอยู่ในระดับต่ำ 3.01–5.00 คะแนน หมายถึง รับรู้คุณลักษณะงานในแต่ละด้านและโดยรวมที่มีผลต่อการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง 5.01–7.00 คะแนน หมายถึง รับรู้คุณลักษณะงานในแต่ละด้านและโดยรวมที่มีผลต่อการทำงานอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

สิ่งแวดล้อมในการทำงาน แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ สิ่งคุกคามทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และด้านการยศาสตร์ โดยแบบสอบถามจำนวน 14 ข้อพัฒนามาจากการศึกษาของจินตนา นัคราจารย์ และคณะ⁹ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยเลย (1คะแนน) การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 1.00–2.00 หมายถึง สัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ 2.01–3.00 หมายถึง สัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 3.01–4.00 หมายถึง สัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.78 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

ตอนที่ 2 สิ่งคุกคามด้านจิตสังคมแบบสอบถามพัฒนามาจากการศึกษาของ อารณทิพย์ บัวเพชร¹⁵ ซึ่งมีองค์ประกอบปัจจัยสิ่งแวดล้อมใน

การทำงานด้านจิตสังคม 3 ด้าน คือ การทุ่มเทในการทำงาน ผลตอบแทนจากงาน และความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป จำนวน 16 ข้อ แบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับดังนี้เห็นด้วยอย่างยิ่ง/เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลในแต่ละด้านใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 1.00–2.00 หมายถึง มีผลในระดับต่ำ 2.01–3.00 คะแนน หมายถึง มีผลในระดับปานกลาง 3.01–4.00 หมายถึง มีผลในระดับสูง และแปลผลภาวะไม่สมดุลของการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงาน (Effort–Reward Imbalance ratio: ERI ratio) เป็นภาวะที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพมากที่สุด ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของการทุ่มเทในการทำงานอยู่ระดับสูง ในขณะที่การรับรู้ผลตอบแทนจากงานอยู่ในระดับต่ำ การแปลผล >1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะไม่สมดุลของการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ, ≤ 1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสมดุลของการทุ่มเทในการทำงานและผลตอบแทนจากงานจัดเป็นกลุ่มไม่เสี่ยงการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

การสนับสนุนจากองค์กรพัฒนามาจากการศึกษาของสตูร์ตัน ลิจิติภูมิ¹⁶ ได้แก่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน, มาก เท่ากับ 4 คะแนน, ปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน, น้อย เท่ากับ 2 คะแนน, น้อยที่สุด

เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 1.00–2.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพต่ำ 2.34–3.66 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพปานกลาง 3.67–5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพสูง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.60 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำงาน ประกอบด้วยดัชนีชี้วัด 7 มิติ และข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำงาน โดยใช้ดัชนีชี้วัดความสามารถในการทำงาน (Work ability index: WAI) ที่พัฒนาโดยสถาบันอาชีวอนามัยแห่งชาติประเทศฟินแลนด์ ประกอบด้วยดัชนีชี้วัด 7 มิติจำนวน 10 ข้อ¹⁷ ได้แก่

1. ความสามารถในการทำงานในปัจจุบันเปรียบเทียบกับความสามารถในการทำงานที่ดีที่สุดที่ผ่านมา
 2. ความสามารถในการทำงานในลักษณะงานหลัก
 3. จำนวนโรค หรือการเจ็บป่วยในปัจจุบันที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามการรับรู้
 4. ผลกระทบต่อการทำงานในปัจจุบันจากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บต่าง ๆ
 5. จำนวนวันในการหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วยเพื่อไปรับการรักษาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
 6. การประเมินความสามารถในการทำงานของตนเองในปัจจุบันไปอีก 2 ปีข้างหน้า
 7. แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตสังคม
- คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 7-49

คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ความสามารถในการทำงาน ได้แก่ 7-27 หมายถึง ระดับไม่ดี 28-36 หมายถึง ระดับปานกลาง 37-43 หมายถึง ระดับดี

และ 44-49 หมายถึง ระดับดีมาก ซึ่งมีค่าความตรงเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่ MUPH 2020-100 และได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกประกันสังคม โดยผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการมาติดตามอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ในช่วงเวลารอเข้ารับการรักษา จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง 30-40 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงไปรับแบบสอบถามคืนบริเวณจุดคัดกรองหน้าคลินิกประกันสังคม และบันทึกข้อมูลสุขภาพจากเวชระเบียนในช่วงเดือนกันยายน ถึงตุลาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนโดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยมีลักษณะการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นคนที่ทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์

ครบถ้วนจำนวน 297 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 44 ± 7.7 ปี โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 88.6) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 32.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $18,764 \pm 10,968.6$ บาท มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 9.5 ± 7.0 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.4 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 65.9) น้อยกว่าครึ่งสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ (ร้อยละ 47.5) และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลางและมากคิดเป็นร้อยละ 39.1 และ 8.1 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมพบว่า คนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 52.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.8

ปัจจัยด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างทำงานอาชีพงานโรงงาน/การผลิต/การประกอบ/ควบคุมเครื่องจักรมากที่สุดร้อยละ 38.4 มีตำแหน่งงานระดับผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 73.7 มีชั่วโมงการทำงานใน 1 สัปดาห์อยู่ระหว่าง 41-50 ชั่วโมง ร้อยละ 41.8 โดยเฉลี่ยทำงาน 53.3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ($SD=12.76$) และมีเพียงร้อยละ 16.5 ที่ทำงานเป็นกะ ด้านคุณลักษณะงานโดยรวม พบว่า คนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อคุณลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.7 ส่วนการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานที่รับผิดชอบโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 50.5 ในส่วนสิ่งคุกคามสุขภาพด้านจิตสังคม พบว่ามีเพียงร้อยละ 1.4 ที่มีภาวะสมดุลของการทุ่มเทในการทำงานและ

ผลตอบแทนจากงานโดยพบว่าส่วนใหญ่มีการทุ่มเทในงาน ผลตอบแทนจากงาน และความมุ่งมั่นในงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.3, 52.5 และ 75.4 ตามลำดับ และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.2

ผลการศึกษาระดับความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่คนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 60.3) รองลงมามีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.7) (ตารางที่ 1)

Table 1 Number and Percentage of participants classified by their work ability. (n = 297)

Work ability		Number	Percentage
Poor level	(Score 7-27)	0	0.0
Moderate level	(Score 28-36)	100	33.7
Good level	(Score 37-43)	179	60.3
Excellent level	(Score 44-49)	18	6.1

$\bar{X}$ = 37.9, SD = 3.96, Min = 29, Max = 47

ความสามารถในการทำนายความสามารถในการทำงานของปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านการทำงานโดยการถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรที่ทำนายความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 4 ตัวแปร คือ ความมี

อิสระในการตัดสินใจในงาน สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ ผลสะท้อนกลับจากงาน และความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคะแนนความสามารถในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 11.2 (ตารางที่ 2)

Table 2 Stepwise Multiple Regression Analysis of work ability of sample group. (n = 297)

Variable	B	SE.	β	R ²	R ² Change	t	p-value
1. freedom in making work-related decisions	.230	.085	.160	.048	.045	2.695	.007
2. physical hazards	-.138	.048	-.159	.074	.068	-2.860	.005
3. job feedback	.125	.050	.148	.096	.087	2.516	.012
4. Over Commitment	-.176	.079	-.124	.112	.099	-2.231	.026
Overall F = 9.169				Constatnt = 35.642	p - value = <0.001		

* p-value < 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.3) มีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการทำงาน 37.9 (SD=3.96) จากคะแนนเต็ม 49 คะแนน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยที่กำลังทำงานจึงเห็นความสามารถในการทำงานปัจจุบันของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานสูงสุดที่ผ่านมาอยู่ในระดับสูง โดยถึงแม้ว่าจะมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ก็ยังสามารถทำงานได้ปกติถึงแม้ว่าจะมีการหยุดงานเพื่อมารับการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดของ อิลมาริเนน และคณะ¹⁸ กล่าวว่า ความสามารถในการทำงาน หมายถึง ความสมดุลกันระหว่างปัจจัยทางด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจ กับความต้องการของงานในปัจจุบันโดยเปรียบเทียบกับความสามารถในการทำงานปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ โดยเมื่อพิจารณาความสามารถในการทำงานผ่านดัชนีชี้วัดความสามารถในการทำงานทั้ง 7 มิติ พบว่ามีความแตกต่างกับการศึกษาของแพลต ฟรินจ และสรูท เทอ¹⁹ ที่พบว่าความสามารถในการทำงานของพนักงานดับเพลิงสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีระดับความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยในพนักงานดับเพลิงส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น โรคผิวหนัง โรคกล้ามเนื้ออักเสบที่เกี่ยวข้องกับลักษณะงานที่ทำอยู่จากการสัมผัสน้ำบ่อยครั้ง หรือการยก ลากสายยางที่มีน้ำหนักมากจึงส่งผลให้ความสามารถในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ความมีอิสระในการตัดสินใจในงาน สิ่งคุกคามสุขภาพทาง

กายภาพ ผลสะท้อนกลับจากงาน และความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป ที่มีความสามารถทำนายความสามารถในการทำงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะงานที่มีการรับรู้ผลสะท้อนกลับจากงานเพื่อนำมาปรับปรุงร่วมกับมีความอิสระในการตัดสินใจในงานกำหนดรูปแบบการทำงานเองได้นั้นทำให้เกิดการทำงานที่มีความกดดันน้อยลง งานจึงออกมาดีมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ แวนเดอร์ดอร์ฟและเซลวิส²⁰ ที่พบว่าลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของพนักงานที่มีอาการปวดหัวเรื้อรัง นอกจากนี้จากคุณลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ทำงานโรงงาน/การผลิต/การประกอบ/ควบคุมเครื่องจักร ซึ่งต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ทั้งทางกายภาพ เช่น ความร้อน เสียงดัง ความสั่นสะเทือนอาจพบกับสิ่งคุกคามทางกายภาพแตกต่างกันตามลักษณะงานซึ่งสิ่งคุกคามทางกายภาพได้แก่ความร้อนและความเย็น แสงสว่าง เสียง รังสี ความดันบรรยากาศ ความสั่นสะเทือน ที่อับอากาศ ซึ่งมีผลกระทบทางสุขภาพต่อคนทำงาน²¹ หากร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลก็จะทำให้เกิดความผิดปกติในร่างกายและเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานได้ และด้านจิตสังคมในด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป ซึ่งสิ่งคุกคามสุขภาพเหล่านี้มีผลกระทบทางสุขภาพของคนทำงานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของคูหลาส⁴ ซึ่งพบว่าสภาพการทำงาน มีผลทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง และเมื่อเพิ่มปัจจัยทางจิตสังคมกับสถานะสุขภาพเรื้อรังต่อความสามารถในการทำงานยิ่งทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงมากขึ้น

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

การศึกษานี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามอายุ (Stratified sampling by age) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของชั้นภูมิเป็นสัดส่วนกับจำนวนหน่วยทั้งหมดในชั้นภูมินั้น ๆ (Proportional to size) ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ดีในแต่ละชั้นภูมิตามอายุที่จะศึกษา

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

การศึกษานี้ครั้งนี้อาจทำให้ได้รับผลกระทบจาก Healthy Worker Effect เนื่องจากในการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาที่สามารถมาติดตามการรักษา และยังสามารถทำงานได้ต่อไปถึงแม้จะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับร่างกายแล้วก็ตาม จึงทำให้ไม่พบผู้ที่มีความสามารถในการทำงานในระดับต่ำ

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า คนทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการทำงานในระดับที่ร้อยละ 60.3 ความมีอิสระในการตัดสินใจในงาน สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ ผลสะท้อน

กลับจากงาน และความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไปสามารถร่วมกันอธิบายความสามารถในการทำงานได้ร้อยละ 11.2

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าสิ่งแวดลอมการทำงานมีผลต่อความสามารถในการทำงานควรมีการติดตามประเมินและเฝ้าระวังสิ่งแวดลอมการทำงานในองค์กร และมีมาตรการป้องกันสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานทั้งทางด้านกายภาพ และจิตสังคม เพื่อเสริมสร้างการทำงานและสุขอนามัยที่ดีให้กับผู้ปฏิบัติงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในคนทำงานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ เปรียบเทียบกับคนทำงานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ เพื่อหาปัจจัยอื่นที่มาสนับสนุนส่งเสริมความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ทุนสภากาชาดไทย

References

1. World Health Organization.

Noncommunicable diseases [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 10], Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>.

2. Krstović-Spremo V, Račić M, Joksimović BN, Joksimović VR. The effects of diabetes mellitus and hypertension

on work productivity. Acta Med Acad 2014; 43(2): 122-133.

3. Leijten FR, van den Heuvel SG, Ybema JF, van der Beek AJ, Robroek SJ, Burdorf A. The influence of chronic health problems on work ability and productivity at work: a longitudinal study among older employees. Scand J Work Environ Health 2014; 40(5): 473-82.

4. Koolhaas W, van der Klink JJJ, de Boer MR, Groothoff JW, Brouwer SJJAO. Chronic health conditions and work ability in the ageing workforce: the impact of work conditions, psychosocial factors and perceived health. *Int Arch Occup Environ Health* 2014; 87(4): 433-43.
5. Ministry of Public Health. Standard report group: Sickness with major non-communicable diseases [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 21]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page>.
6. Social Security Office. Social Security Fund data statistics Number of establishments and insurers in the social security system [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 3]. Available from: [https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/Social Security Fund Data Statistics_sub_category_listlabel_1_168_749](https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/Social%20Security%20Fund%20Data%20Statistics_sub_category_listlabel_1_168_749)
7. Department of Medical Informatics. Social Security Clinic Patient Statistics 2016-2019. Chonburi: Queen Savang Vadhana Memorial Hospital; 2019.
8. Ilmarinen J, Tuomi K, Seitsamo J. New dimensions of work ability. *Int Congr Ser* 2005; 1280: 3-7.
9. Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S. Dimensions of work ability result of the health 2000 survey [Internet]. 2008 [cited 2019 Nov 1]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/228485936_Dimensions_of_Work_Ability
10. Tareepian N, Kaewpan W, Kalampakorn S, Pandii W. Factors related to work ability of aging female workers in electronic industries, Ayutthaya Province. *bamras J* 2011; 5(1): 1-12. (in Thai)
11. Bangkaganara G, Arphorn S, Keawboonchoo O, Chansatitporn N. The relationship between general characteristics and work ability in chemical truck drivers. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 35(2): 62-71. (in Thai)
12. Nackarajarn J, Kalampakorn S, Kaewpan W, Sathidwipavee P. Factors related to work ability of nurses working in public health centers, Health Department, Bangkok Metropolitan administration. *KJN* 2013; 20(2): 39-54. (in Thai)
13. Ilmarinen J. From Work Ability Research to Implementation. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 42(1): 5-17.
14. Daniel WW, Cross CL. Biostatistic: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. Hoboken, USA: John Wiley & Sons; 2013.

15. Buapetch A, Kalampakorn S, Lagampan S. Psychosocial Work Environment Factors Relating to Psychological Health Problems and Job Satisfaction of Thai Workers in large-sized Garment Factories. *J Pub Health Nurse* 2012; 7(3): 58-69. (in Thai)
16. Lijutipoom S, Harnwarawongchai P, Lerdmaharit S. Activities for health promotion and prevention in chronic diseases of local health security funds in Thailand [Doctor's thesis Major in Health research and management]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014.
17. Keawboonchoo O, Saleekul S, Tompudsa M. Model development for stress reduction and work ability promotion among the Thai workforce. Bangkok: Faculty of Public Health, Mahidol University; 2009.
18. Ilmarinen JE. New dimensions of work ability. *Int Congr* 2005; 1280: 3-7.
19. Plat MJ, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. Impact of chronic diseases on work ability in ageing firefighters. *J Occup Health* 2012; 54(2): 158-63.
20. Van der Doef MP, Schelvis RMC. Relations Between Psychosocial Job Characteristics and Work Ability in Employees with Chronic Headaches. *J Occup Rehab* 2019; 29(1): 119-27.
21. Jirapongsuwan A. Work Environment and Health Risk: Bangkok: Danex intercoporation; 2018.

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่ เดินทางกลับจากเขตติดโรคไข้เหลือง

ณัฐพล ชัยลังกา*

อาภาพร เผ่าวัฒนา** นฤมล เอี่ยมณีกุล ***

บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคไข้เหลืองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า การเกิดการระบาดของโรคไข้เหลืองส่วนใหญ่ เกิดจากผู้ที่เดินทางที่ไม่ได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีน ป้องกันไข้เหลืองและการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างการเดินทางไม่ถูกต้อง การวิจัยครั้งนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทย โดยประยุกต์กรอบแนวคิด PRECEDE Framework กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 395 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทุกส่วนมากกว่า 0.70 ขึ้นไป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์หาค่าความแตกต่าง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อคือ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทางและการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลือง ปัจจัยเสริมคือ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ภาครัฐและการได้รับข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยนำคือ วัตถุประสงค์การเดินทาง ร่วมกันทำนายพฤติกรรม ป้องกันโรคไข้เหลืองได้ร้อยละ 20.2 ($p<0.01$)

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทย โดยเน้น การเข้าถึงและเพิ่มศักยภาพของสถานที่ให้บริการในงานด้านเวชศาสตร์การท่องเที่ยวและเดินทางให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้เดินทางได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองและวิธีปฏิบัติดูแลตนเอง ระหว่างเดินทางได้ถูกต้อง

คำสำคัญ: โรคไข้เหลือง/ กรอบแนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ/ ผู้เดินทางชาวไทย
/ พฤติกรรมการป้องกัน

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: nattapon.chg@student.mahidol.ac.th

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: narumon.aue@mahidol.ac.th

Factors Related to Yellow Fever Prevention Behaviors of Thai Travelers Travelling from Yellow Fever Infected Areas

Nattapon Chailangka*

Arpaporn Powwattana** Naruemon Auemaneeekul**

Abstract

Nowaday, yellow fever is a significant public health issue. According to the World Health Organization, yellow fever outbreaks are mostly caused by travelers who have not been immunized with the yellow fever vaccine and have poor self-care during their journey. The objective of this research was to investigate the predictive factors including predisposing, enabling, and reinforcing factors on yellow fever preventive behaviors of Thai people based on the PRECEDE Framework. The sample consisted of 395 people. Data were collected using a good reliability questionnaire with Cronbach's alpha coefficient more than 0.70 in all parts of the instrument. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that enabling factors i.e., access to travel medicine services and perceived laws and regulations related to yellow fever prevention; reinforcing factors i.e., received recommendation and information from public health officers; and predisposing factor which was purposes of travel could explain the variation of yellow fever preventive behaviors by 20.2%.

The findings from this study could be used as an evidence for relevant agencies to promote yellow fever preventive behaviors for Thai travelers by emphasising on facilitating the access to travel medicine services. This could be the mean to provide travelers with knowledge about yellow fever and correct self-care practices during the journey.

Keywords: Yellow Fever/ Precede Framework/ Thai Travelers/ Preventive behaviors

Article info: Received November 30, 2021; Revised December 16, 2021; Accepted December 28, 2021.

* Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University, THAILAND. E-mail: nattapon.chg@student.mahidol.ac.th

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University. E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University. E-mail: naruemon.aue@mahidol.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เหลืองเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศในแถบแอฟริกา (บริเวณใต้ทะเลทรายซาฮารา) และประเทศในแถบอเมริกาใต้ จัดเป็นโรคติดต่อมาโดยแมลง โดยโรคไข้เหลืองเกิดจากการถูกยุงที่มีเชื้อไวรัสไข้เหลืองกัด ซึ่งยุงที่เป็นพาหะสำคัญในการนำโรคไข้เหลืองคือยุงลายบ้านและยุงป่า ซึ่งมีถิ่นอาศัยในทวีปแอฟริกา ทวีปอเมริกาใต้ และทวีปเอเชีย รวมไปถึงประเทศไทยด้วย¹ ในประเทศไทยพบยุงลายสายพันธุ์ *Aedes aegypti* ซึ่งเป็นพาหะของโรคได้ในทุกภาคของประเทศไทย² โรคไข้เหลืองมีระยะฟักตัวประมาณ 3-6 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ถูกยุงที่มีเชื้อกัด จะเกิดการติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ป่วยบางส่วนจะมีการไข้เฉียบพลัน ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรง เกิดภาวะตาเหลืองตัวเหลือง เลือดออก ไตวาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงเสียชีวิตได้ นักท่องเที่ยวที่เดินทางในแอฟริกาตะวันตกในระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความเสี่ยงที่จะติดไข้เหลือง 50 ต่อ 100,000 และมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากไข้เหลือง 10 ต่อ 100,000³ นักท่องเที่ยวที่เดินทางในอเมริกาใต้ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความเสี่ยงที่จะติดโรคไข้เหลือง 5 ต่อ 100,000 และมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากไข้เหลือง 1 ต่อ 100,000⁴ การฉีดวัคซีนเป็นมาตรการที่สำคัญในการป้องกันโรคไข้เหลือง³ แต่ก็มีนักท่องเที่ยวที่ไม่สามารถฉีดวัคซีนได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในรายที่มีปัญหาสุขภาพ จึงต้องอาศัยวิธีป้องกันด้วยรูปแบบอื่น ด้วยเหตุนี้การป้องกันโรคไข้เหลืองจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีเดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่เป็นแหล่งการระบาดของโรคไข้เหลือง

จากสถิติจำนวนผู้เดินทางที่ต้องผ่านการตรวจคัดกรองโรคไข้เหลือง ณ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทั้งหมดพบว่า ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ มีการคัดกรองโรคไข้เหลืองสูงที่สุด⁵ โดยพบว่า สัญชาติของผู้เดินทางที่ผ่านการตรวจคัดกรองมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ ผู้เดินทางสัญชาติบราซิล อาร์เจนตินา เอธิโอเปีย โคลอมเบีย ไทย เคนยา ซูดาน แอฟริกาใต้ เปรู และสัญชาติสหรัฐอเมริกา ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเฉพาะผู้เดินทางชาวไทยพบว่าผ่านการตรวจคัดกรองมากที่สุดเป็นอันดับที่ 5 ของผู้เดินทางที่ผ่านการตรวจคัดกรองทั้งหมด โดยมีจำนวนมากถึง 6,140 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้เดินทางชาวไทยที่มีเอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้เหลือง 4,893 คน หรือร้อยละ 79.69 ของผู้เดินทางชาวไทยที่มาจากพื้นที่เสี่ยงทั้งหมด⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองโดยตรงในกลุ่มผู้เดินทางในประเทศไทย แต่พบว่ามีการศึกษาของโรคในกลุ่มโรคที่ติดต่อนำโดยแมลงที่ใกล้เคียงกับโรคไข้เหลือง คือ โรคไข้เลือดออก โรคชิคุนกุนยา จากรายงานวิจัยทั่วโลกพบว่าการระบาดของโรคติดต่อนำโดยแมลงมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย อาทิเช่น ความหนาแน่นของประชากร ความชุกของแมลงนำโรค ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ เศรษฐฐานะทางสังคม⁶ ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ยาก และองค์การอนามัยโลกพบว่าการป้องกันการแพร่กระจายของกลุ่มโรคติดต่อนำโดยแมลงขึ้นอยู่กับทั้งการควบคุมพาหะนำโรคและการลดการสัมผัสระหว่างมนุษย์กับยุง⁷ ซึ่งการเดินทาง

ไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เหลือง ผู้เดินทางจะต้องเผชิญกับโรคไข้เหลืองซึ่งเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้เดินทาง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยตั้งแต่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้⁸

ดังนั้น ผู้เดินทางไปยังเขตติดโรคไข้เหลือง จึงควรทราบข้อมูลของโรคไข้เหลืองและควรทราบแนวทางหรือวิธีการการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไข้เหลือง ซึ่งจะเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการเดินทางเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคไข้เหลืองจากการเดินทางได้⁹ ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด PRECEDE Framework¹⁰ ที่ให้ความสำคัญกับการค้นหาสาเหตุ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการวางแผนกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมในการสร้างและสนับสนุนหรือเปลี่ยนแปลงสาเหตุปัจจัยเหล่านั้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เหลืองให้เหมาะสมและป้องกันการระบาดของโรคไข้เหลืองมาสู่ประเทศไทย

คำถามงานวิจัย

พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เหลืองของผู้เดินทางชาวไทยเป็นอย่างไร และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองของผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางกลับจากเขตติดโรคไข้เหลืองได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองและความสามารถในการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เหลืองของผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางกลับจากเขตติดโรคไข้เหลือง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Framework เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางกลับจากเขตติดโรคไข้เหลือง เนื่องจากรูปแบบนี้สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมได้ครอบคลุม เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสอดคล้องกับวิถีชีวิตเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการวางแผนกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมในการสร้างและสนับสนุนหรือเปลี่ยนแปลงสาเหตุปัจจัยเหล่านั้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เหลืองให้เหมาะสม โดยปัจจัยนำมีตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา วัตถุประสงค์การเดินทาง ประสบการณ์ในการเดินทาง รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลือง ทักษะในการป้องกันโรคไข้เหลือง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เหลือง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เหลือง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทางและการเข้าถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลือง ในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เดินทางชาวไทย ตั้งแต่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เดินทางกลับมาจากประเทศที่เป็นเขตติดโรคไข้เหลือง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เดินทางชาวไทย ที่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคไข้เหลือง ณด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

จากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของแดเนียล¹¹ แบบไม่ทราบจำนวนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 382 คน เพื่อชดเชยกรณีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 3.5¹² ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 395 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้เดินทางทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีสัญชาติไทย อายุ 18 ขึ้นไป และเดินทางกลับมาจากเขตติดโรคไข้เหลือง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
2. มีสติสัมปชัญญะ สามารถอ่านออกเขียนได้
3. กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ขอยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยภายหลังการยินยอม

2. เป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation) ของโรคติดต่ออันตราย ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ดำเนินการศึกษาลงจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ MUPH 2021-018 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือแบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 1 ชุด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE Model แบ่งออกเป็น 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา วัตถุประสงค์การเดินทาง ประสบการณ์ในการเดินทาง และรายได้
- 2) แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลืองใช้ลักษณะคำถามแบบถูกผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เหลือง มีจำนวน 10 ข้อเป็นคำถามเชิงลบ 6 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เหลือง มีจำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ไข้เหลือง มีจำนวน 8 ข้อ ใช้ลักษณะคำถามแบบแสดงความคิดเห็นมี 4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3) แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทางและการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลืองใช้ลักษณะคำถามแบบแสดงความคิดเห็นมี 4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 5 ข้อ

4) แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ แบบสอบถามการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐและการได้รับข้อมูลข่าวสาร ใช้ลักษณะคำถามแบบแสดงความคิดเห็นมี 4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 5 ข้อ

5) แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เหลือง ใช้ลักษณะคำถามแบบแสดงความคิดเห็นมี 4 ระดับคือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ท่องเที่ยวและการเดินทาง 2) อาจารย์สาขาระบาดวิทยา 3) อาจารย์สาขาการพยาบาลสาธารณสุข จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เหลือง 2) แบบสอบถามทัศนคติใน

การป้องกันโรคไข้เหลือง 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เหลือง 4) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เหลือง 5) แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทางและการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลือง 6) แบบสอบถามการได้รับคำแนะนำและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ และ 7) แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เหลือง เท่ากับ 0.8, 0.8, 0.8, 0.8, 0.8, 0.8 และ 0.9 ตามลำดับ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ที่ท่าอากาศยานดอนเมือง ซึ่งเป็นท่าอากาศยานที่มีจำนวนผู้เดินทางที่กลับจากเขตติดโรคไข้เหลืองเป็นอันดับที่ 2 รองจากท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8, 0.7, 0.7, 0.8, 0.8, 0.8 และ 0.8 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ และ ผู้อำนวยการท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยโดยสังเขป วัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงเซ็นชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยด้วยตัวเอง ระหว่างวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2564 ถึง 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ทำการ

เก็บรวบรวมข้อมูลผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางมา กับสายการบิน Ethiopia Airline และ Kenya Airways หรือสายการบินที่ทำการบินโดยตรง (Direct flight) จากเขตติดต่อโรคไข้เหลืองที่มา รับบริการตรวจคัดกรองโรคไข้เหลืองในวันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ และวันอาทิตย์ เก็บข้อมูลใน ช่วงเวลา 12.00 น.-15.00 น. เนื่องจากเป็นช่วงเวลา ที่มีเที่ยวบินมาจากพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากโรค ไข้เหลือง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย นำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทย โดย สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Person product moment correlation) และวิเคราะห์หาอำนาจ ในการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัย เสริม และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้ เดินทางชาวไทย โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบขั้นบันได (Stepwise regression analysis) หลังผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้คือผู้เดินทาง ชาวไทย จำนวน 395 คน เป็นเพศชายมีจำนวนน้อย กว่าเพศหญิงคือ ร้อยละ 44.6 และ 53.4 อายุเฉลี่ย 37 ปี ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี (ร้อยละ 58.5) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 33.7) มีวัตถุประสงค์การเดินทางไปยังพื้นที่เขตติด โรคไข้เหลือง เพื่อไปประกอบธุรกิจ มากที่สุด (ร้อย ละ 35.7) โดยประสบการณ์ในการเดินทาง พบว่า

มากกว่าครึ่งเดินทางเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 52.2) และมีรายได้อยู่ระหว่าง 15,001-30,000 บาท ต่อ เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 20.8)

พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลือง

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมี คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลืองโดย รวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อย ละ 67.3 รองลงมาคือระดับคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เหลืองอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 17.7 และระดับดีร้อยละ 14.9 ตามลำดับ โดยมี ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 29.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.4 พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในระหว่าง เดินทาง ที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติมากที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงไม่เดินทางไปพื้นที่เสี่ยงสูงที่มีการ ระบาดของโรคไข้เหลือง คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมาคือ การเลือกที่พักที่ปลอดภัยสามารถ ป้องกันการอันตรายจากแมลงหรือสัตว์อันตราย ได้ คิดเป็นร้อยละ 54.9 ส่วนพฤติกรรมป้องกันที่ ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การเตรียมสมุนไพรขี้ผึ้ง ก่อนออกเดินทาง เช่น การดูความเข้มข้นของ น้ำมันตะไคร้หอม ที่ความเข้มข้นมากกว่า 15% โดยคิดเป็นร้อยละ 22.8 รองลงมาได้แก่การ ศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เหลืองของแต่ละประเทศที่จะ เดินทางไป คิดเป็นร้อยละ 23.0

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาว ไทยพบว่า ปัจจัยนำประกอบด้วย อายุ วัตถุประสงค์การเดินทาง รายได้ ความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้เหลือง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้ เหลือง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้

เหลือผู้เดินทางชาวไทย ปัจจัยเอื้อประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทาง และการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน โรคไข้เหลือง และปัจจัยเสริมประกอบด้วย การ ได้รับคำแนะนำและการได้รับข้อมูลข่าวสารจาก

เจ้าหน้าที่ภาครัฐ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาว ไทย และก่อนวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ ตัว แปรต้นทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันสูงตามเกณฑ์ ที่กำหนดในข้อตกลงเบื้องต้น

Table 1 The association between predisposing factors, enabling factors, or reinforcing factors and yellow fever preventive behaviors of Thai travelers travelling from yellow fever infected areas. (N=395)

Factors	Correlation coefficient (r)
Knowledge about yellow fever	.198*
Perceived severity of yellow fever	.221*
Perceived risks of yellow fever	.145**
Access to travel medicine services and perceived laws and regulation related to yellow fever prevention	.409*
Received recommendation and information from public health officers	.399*
Age	.118**
Income	.172**
Purpose of travel	.122**

* P-value < 0.01 ** P-value < 0.05

ตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาแยกวิเคราะห์ ปัจจัยต่าง ๆ พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการด้าน เวชศาสตร์การเดินทาง และการเข้าถึงกฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลือง การได้รับ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐและการได้รับ ข้อมูลข่าวสาร และวัตถุประสงค์การเดินทาง มี ความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เหลืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ <0.001 สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เหลืองได้ร้อยละ 20.20 ทั้งนี้

สามารถเขียนสมการในรูปของคะแนนดิบและ คะแนนมาตรฐานดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ:
พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาว ไทย = 0.010 + 0.224 (ACP) + 0.160 (RER) + 0.103 (PUT)

สมการพยากรณ์ในรูป คะแนน มาตรฐาน: พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้ เดินทางชาวไทย = 0.234 (ACP) + 0.160 (RER) + 0.103 (PUT) ดังแสดงผลการวิเคราะห์ค่า

สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนน

ดิบ (B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta)

Table 2 Factors predicting yellow fever preventive behaviors of Thai travelers. (N=395)

Predictive variable	B	SE _B	β	t	P-value
Enabling factors					
-Access to travel medicine services and perceived laws and regulation related to yellow fever prevention	0.224	0.067	0.245	3.344	0.001
Reinforcing factors					
- Received recommendation and information from public health officers	0.160	0.058	0.202	2.768	0.006
	0.103	0.037	0.154	2.813	0.005
Predisposing factors					
- Purpose of travel					
Constant = 0.010, R^2 Adjusted = 0.193, R^2 = 0.202, F = 22.592, P-value < 0.05					

การอภิปรายผล

การวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองและความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางกลับจากเขตติดโรคไข้เหลือง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

จากแนวคิด PRECEDE Framework โดยมีพื้นฐานที่ว่าสุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากผลการศึกษาค้นคว้าสามารถอธิบายได้ว่า การเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทาง และการรับรู้ถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลือง การได้รับคำแนะนำและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ และวัตถุประสงค์การเดินทาง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทย มากกว่าตัวแปรอื่น ๆ โดยทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลืองของผู้เดินทางชาวไทยได้ค่อนข้างน้อยคือเพียง ร้อยละ 20.2 และเมื่อพิจารณาน้ำหนักของความสัมพันธ์ (Relative weight) ของตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรนี้พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทาง และการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลือง (Beta=0.245, p-value

<0.001) อธิบายได้ว่า การเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทาง และการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลือง มีความสำคัญอย่างมากในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลือง เพราะเป็นแหล่งทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลในการแสดงพฤติกรรมของผู้เดินทางรวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้ผู้เดินทางแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ อาทิเช่น ระยะทางและเวลาที่ใช้ สิ่งสำคัญคือการหาง่าย (Availability) และความสามารถที่จะเข้าถึง (Accessibility) แหล่งทรัพยากรรวมทั้งทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้กฎหมายข้อบังคับ^{13,14} โดยผู้เดินทางจะเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ว่าพื้นที่หรือประเทศที่จะเดินทางไปเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อโรคไข้เหลืองหรือไม่ ผู้เดินทางหรือแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาต้องคำนึงถึงกฎหมายระหว่างประเทศกฎหมายของประเทศต้นทางกฎหมายของประเทศปลายทางรวมถึงกฎหมายของประเทศที่ Transit และกฎหมายของสายการบิน เพราะจะมีผลในการพิจารณาการฉีดวัคซีนไข้เหลืองทั้งสิ้น¹ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้เดินทางชาวไทยส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทาง และการรับรู้ถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลืองระดับปานกลาง เนื่องจากปัจจุบันมีสถานที่รับบริการฉีดวัคซีนไข้เหลืองและการให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพก่อนการเดินทางมีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพ ทำให้ผู้เดินทางที่อยู่ต่างจังหวัดเข้าถึงได้ยาก ดังนั้นจึงควรเพิ่มศักยภาพในสถานที่ให้บริการทางด้านเวชศาสตร์การเดินทาง และการท่องเที่ยวให้มากขึ้น

รองลงมาได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐและการได้รับข้อมูลข่าวสารและวัตถุประสงค์การเดินทาง ตามลำดับ (Beta =0.202, p-value<0.05; Beta=0.154, p-value<0.05) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เป็นปัจจัยที่ได้รับจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะ แพทย์เฉพาะทางด้าน Travel Medicine จะช่วยให้ผู้เดินทางท่องเที่ยวมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมก่อนและหลังการเดินทางได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้การเดินทางเป็นไปอย่างราบรื่น มีความสุข และสุขภาพแข็งแรงตลอดการเดินทาง และการที่ผู้เดินทางได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เหลือง¹ เมื่อผู้เดินทางปฏิบัติตามก็จะได้รับการยอมรับ จึงสนับสนุนให้ผู้เดินทางปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ¹⁰ พฤติกรรมจะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้นทางสังคม ซึ่งอธิบายได้ว่าการรับข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ จากได้หน่วยงานภาครัฐ เช่น กรมควบคุมโรค หรือช่องทางสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ มีบทบาทอย่างมากในการให้ความรู้ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมของประชาชนไปในทิศทางที่เหมาะสมในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่ข่าวสารสามารถทำได้ครอบคลุม กว้างขวางแพร่หลายในหมู่คนจำนวนมากในระยะเวลาอันรวดเร็ว สื่อต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทอย่างมากต่อการกำหนดวิถีชีวิตของประชาชนในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการศึกษา เศรษฐกิจการเมืองรวมทั้งการสาธารณสุข และสื่อบางชนิดสามารถเข้าถึงเกือบทุกครัวเรือน เช่น

อินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชันใน มือถือ โทรศัพท์ ดังนั้นถ้าผู้เดินทางมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เหลือง ผ่านทางสื่อสาร ต่าง ๆ ที่เหมาะสมก็ย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลืองไปในทางที่ดี ขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรพร จิรเชษฐพัฒนา¹³ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกัน และควบคุมโรคและมีบทบาทสำคัญในการเป็น ผู้สนับสนุนสำหรับใช้ในการป้องกันและควบคุม โรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎาภรณ์ มีคุณ¹⁵ พบว่าการได้รับคำแนะนำกระตุ้นเตือน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคที่ติดต่อนำโดยแมลง

ส่วนวัตถุประสงค์การเดินทางก็มีความสำคัญ เพราะวัตถุประสงค์การเดินทาง คือเหตุผลของ การเดินทางของบุคคลจากที่อยู่อาศัยปกติไปยัง เขตติดโรคไข้เหลือง เดินทางด้วยความสมัครใจ เพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ ก็ได้ ได้แก่ ท่องเที่ยว ศึกษา ต่อ กีฬาและความบันเทิง เยี่ยมญาติมิตร ธุรกิจ ประชุมสัมมนา หรือวัตถุประสงค์อื่น ๆ จาก การศึกษาพบว่า ผู้เดินทางที่มีวัตถุประสงค์ในการ เดินทางเพื่อไปประกอบธุรกิจ ก็มีพฤติกรรม ป้องกันโรคไข้เหลืองสูงกว่าผู้เดินทางที่มี วัตถุประสงค์ในการเดินทางในแบบอื่น ๆ เนื่องจากผู้เดินทางชาวไทยที่วัตถุประสงค์ในการ เดินทางเพื่อไปประกอบธุรกิจส่วนมากเป็นผู้ เดินทางที่มาจากภาคตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งประกอบธุรกิจ ค้าขายอัญมณี และ เครื่องประดับ ซึ่งทำให้ผู้เดินทางกลุ่มนี้มีโอกาส ได้เดินทางไปยังเขตติดโรคไข้เหลืองหลายครั้ง

และวัตถุประสงค์การเดินทางรูปแบบอื่น เช่น การท่องเที่ยว กีฬาและความบันเทิง เยี่ยมญาติ มิตร พบว่ากลุ่มผู้เดินทางในวัตถุประสงค์การ เดินทางดังกล่าวศึกษาได้น้อยซึ่งเกิดจาก ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 และ ภาวะเศรษฐกิจถดถอย ล้วนทำให้พฤติกรรมการ เดินทางของผู้เดินทางเปลี่ยนไป¹⁶ โดยปกติ วัตถุประสงค์ในการเดินทางส่วนมากจะเดินทาง เพื่อการท่องเที่ยว และศึกษาต่อ แต่การระบาดของ โควิด-19 ทำให้ผู้เดินทางต้องคำนึงถึง ความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมาก¹⁷ และช่วงเวลาที่ทำ วิจัยดังกล่าวเกือบทุกประเทศประกาศปิด ราชอาณาจักร ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจที่ ถดถอย ทำให้พฤติกรรมในการเดินทางของผู้ เดินทางมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้เดินทาง เลือกว่าวัตถุประสงค์การเดินทางที่จำเป็น และยกเลิก การเดินทางที่วัตถุประสงค์ที่ไม่มีความจำเป็น ออกไปก่อน¹⁸

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น ตัวแทนของประชากรได้สามารถนำไป ใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนกำหนด กลวิธีที่เหมาะสมในการสร้างเสริมและสนับสนุน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลืองให้ เหมาะสมและป้องกันการระบาดของโรคไข้ เหลืองมาสู่ประเทศไทยในอนาคต

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากผลกระทบจากการแพร่ ระบาดของโควิด-19 ไปทั่วโลกทำให้เกือบทุก ประเทศประกาศปิดราชอาณาจักร ส่งผลให้การ เดินทางในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการ เดินทาง เช่นการกักตัวก่อนเข้าประเทศ ส่งผลให้

การศึกษาของกลุ่มผู้เดินทางที่มีจุดประสงค์ในการเดินทางเพื่อนันทนาการการท่องเที่ยวได้น้อย ทำให้ศึกษาไม่ครอบคลุมถึงทุกกลุ่มจุดหมายการเดินทางของผู้เดินทาง

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยที่เดินทางกลับจากเขตติดโรคไข้เหลืองโดยการเข้าถึงแหล่งบริการด้านเวชศาสตร์การเดินทาง และการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เหลือง มีความสำคัญอย่างมากในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลือง รองลงมาได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐและการได้รับข้อมูลข่าวสาร และวัตถุประสงค์การเดินทาง โดยสามารถอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางชาวไทยได้ ร้อยละ 20.2

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ให้เพิ่มศักยภาพในการบริการงานด้านเวชศาสตร์การเดินทางให้ครอบคลุมทุกจังหวัด เพื่อให้มีการกระจายทรัพยากรต่าง ๆ ลงไปในทุกจังหวัดให้ทั่วถึง เนื่องจากปัจจุบันมีสถานที่ให้บริการฉีดวัคซีนไข้เหลืองและงานด้านเวชศาสตร์การเดินทางกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ ทำให้ผู้เดินทางที่อยู่ต่างจังหวัดเข้าถึงได้ยาก

2. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีหน้าที่ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ให้มีการพัฒนารูปแบบของแหล่งข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เหลืองให้เพิ่มขึ้น และเหมาะสมกับกลุ่มผู้เดินทาง ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก เช่น เอกสารแผ่นพับ วีดีโอ หรือการให้ความรู้ในรูปแบบของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อที่จะให้ผู้เดินทางได้เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษารูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในด้านป้องกันโรคไข้เหลืองในผู้เดินทางในระยะก่อนและหลังการเดินทาง

2. การศึกษา ถอดบทเรียนแนวการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้เดินทาง เพื่อใช้ในการวางแผนกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมในการสร้างและสนับสนุนหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เดินทาง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เหลืองให้เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากหัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ผู้อำนวยการท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ และผู้เดินทางที่กลับจากเขตติดโรคไข้เหลืองทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษาทำให้การวิจัยสำเร็จได้ด้วย

References

1. Piyaphanee W. Travel Medicine and Tourism. Bangkok: Naticul Printing; 2018. p. 49-58.
2. Division of Communicable Diseases. Important vectors and disease vector control program in the entrance and exit channels. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Press; 2008; p. 73-6.
3. Monath TP, Cetron MS. Prevention of yellow fever in persons traveling to the tropics. Clin Infect Dis. 2002; 34(1): 1369-78.
4. Center of Diseases Prevention and Control. Health Information for International Travel 2016 [Internet]. 2016 [cited 2020 February 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/travel/page/yellowbook-home>.
5. Division of Internal Disease Control Ports and Quarantine. Report on screening results of travelers from areas where dangerous communicable diseases are endemic. international quarantine checkpoint in Suvarnabhumi airport; 2019.
6. Lourenco J, Recker M. The 2012 Madeira dengue outbreak: epidemiological determinants and future epidemic potential. PLOS Negl Trop Dis 2012; 8(8): e3083
7. World Health Organization. Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. France: WHO; 2009.
8. Nomsiri A, Phongphaitoonsin N. Relationships between Individual Factors and health preparation of independent travelers prior to travel abroad. TMJ 2019; 19(1): 152-63. (in Thai)
9. Uthayan C. Tourist Behaviour [Internet]. 2009 [cited 2020 February 28]. Available from: <https://touristbehaviour.wordpress.com/1/>
10. Green LW, Kreuter MW. Health program planning an educational and ecological approach. New York: Quebecor World Fairfield; 2005.
11. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.
12. Heywood AE, Zhang M, MacIntyre CR, Seale H. Travel risk behaviours and uptake of pre-travel health preventions by university students in Australia. BMC Infect Dis 2012; 12(1): 1-9.
13. Jirachetpattana C. Haemorrhagic

- fever prevention and controlling behaviors of people in Sop Prap Tambon Municipality, Sop Prap District, Lampang Province [Master's thesis in Community Nurse Practitioner]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008.
14. Green LW, Kreuter MW. Health program planning an educational and ecological approach. New York: Quebecor World Fairfield; 2005.
15. Meekhun R, Saliach K, Songsri C. Factors associated with the prevention and control behavior of dengue hemorrhagic fever among BAN NONG I BAO people, Khon Yung Subdistrict, Kut chap District, Udon Thani. *Nursing, Health, and Education Journal* 2019; 2(2): 26-34. (in Thai)
16. Trade A. Thailand's tourism crisis due to the COVID-19 outbreak [Internet]. 2020 [cited 2020 October 12]. Available from: [https://accesstrade.in.th/Thailand's tourismcrisis/](https://accesstrade.in.th/Thailand's_tourismcrisis/)
17. Compass K. Penetrating travel behavior in the New Normal: when covid changes lives [Internet]. 2020 [cited 2020 October 12]. Available from: <https://rb.gy/evwy5q>.
18. ICAO. Effects of Novel Coronavirus (COVID-19) on Civil Aviation: Economic Impact Analysis [Internet]. 2020 [cited 2020 October 12]. Available from: https://www.icao.int/sustainability/Documents/COVID19/ICAO_Coronavirus_Econ_Impact.pdf

บทวิจัย

ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความรู้และความพึงพอใจของ
นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

รัศมี ศรีนนท์* นิศากร เยาวรัตน์**

จิราภรณ์ อนุชา*** อถุญญา จูบั้ง****

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานช่วยให้ผู้เรียนได้นำความรู้ไปประยุกต์ในการวางแผนการพยาบาล การวิจัยเป็นวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาความรู้และความพึงพอใจของผู้เรียนที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ประชากร เป็นนักศึกษา จำนวน 146 คน ซึ่งเรียนเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แผนการสอน กรณีศึกษา แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบสถิติที

ความรู้ของผู้เรียนหลังการเรียนมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($df=145, t = -67.60$) ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92, S.D=.56$) และความพึงพอใจภาพรวมของผู้เรียนอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.12, S.D=.56$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยเสนอแนะว่า ควรนำรูปแบบการสอนนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์เพื่อพัฒนากระบวนการคิดของผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน/ นักศึกษาพยาบาล/ ภาวะครรภ์เป็นพิษ

*ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
E-mail: rassamee9985@gmail.com

** อาจารย์ประจำหลักสูตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

*** อาจารย์ประจำหลักสูตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

**** อาจารย์ประจำหลักสูตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

Effects of Teaching Using Case - Based Learning Approach on Knowledge and Satisfaction of 4th Year Nursing Students in Nursing Care Pregnant Women with Pre-eclampsia

Rassamee Srinon* Nisakorn Yaowarat **

Chiraporn Anucha*** Arinchaya Jubong****

Abstract

Learning management by case-based approach helps learners apply knowledge in nursing process. The objectives of this quasi-experimental research (pre-test and post-test) were to study knowledge and satisfaction on case-based learning of the learners by the case-based approach. The population consisted of 146 nursing students who studied nursing Care of Pregnant Women with Pre-eclampsia. Research tools consisted of lesson plans, case study, examination, questionnaire regarding the opinions of learners and satisfaction on learning management. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

Learners' knowledge after learning was higher than the pre- test at .01 level of the statistically significant difference ($df=145$, $t = -67.60$). Opinions of the learners on the overall systematical thinking ability was at the high level ($\bar{x} = 3.92$, $S.D=.56$) and satisfaction of learners was at the high level ($\bar{x} = 4.12$, $S.D=.56$). The results of this study showed that the learning management by the case-based approach made the learners achieve a better learning. Therefore, the researchers suggest that there should be an application of this model for teaching and learning management in the nursing field to develop learners' thinking process continuously.

Keywords: Teaching/ Case-Based Learning/ Pre- eclampsia.

Article info: Received November 17, 2021; Revised December 2, 2021; Accepted December 27, 2021.

* Corresponding Author, Registered nurse, Senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi
E-mail: rassamee9985@gmail.com

** Registered nurse, Senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

*** Registered nurse, Senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

**** Registered nurse, Senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลมีบทบาทปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิตสุขภาพและอนามัยของประชาชนด้วยความเอาใจใส่ อย่างเอื้ออาทร ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลองค์รวมแก่ผู้รับบริการโดยคำนึงถึงความก้าวหน้าของศาสตร์ทางการพยาบาลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องการจัดการเรียนการสอนจึงเน้นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทั้งในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและสถานการณ์จริง เพื่อให้มีความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้รับบริการ¹ ดังนั้นการศึกษาด้านการพยาบาลและสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพจึงมุ่งเน้นส่งเสริมการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ซึ่งผู้เรียนต้องมีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อการนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาที่ต้องการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง และการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์ผู้สอนสามารถจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลจะเกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ได้ในทุกรูปแบบโดยสามารถทำได้ตั้งแต่การเรียนการสอนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติการพยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาล และภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริงทั้งในสถานบริการสุขภาพทุกระดับและในชุมชน² ซึ่งสอดคล้องกับการเรียนแบบใหม่ในศตวรรษที่ 21 การจัดการเรียนการสอนจะส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมากขึ้น สร้างทักษะและเจตคติ ให้เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน มีทักษะเชิงวิชาชีพ และเน้นการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม³

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) คือมีความดันโลหิตสูงร่วมกับตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) หรือร่วมกับความผิดปกติของร่างกายในหลายระบบ (Multisystem involvement) โดยทั่วไปมักเกิดหลังอายุครรภ์ 20

สัปดาห์ และโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งมารดาและทารก⁴ ในการตั้งครรภ์พบภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ ทารกตายในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ประมาณร้อยละ 2-8⁵ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาและทารกทั่วโลกเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ⁶ สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด จำนวน 19 ราย ในการเกิดมีชีพ 472,208 คน เป็นสาเหตุการตายในระยะคลอดอันดับที่สามของมารดา⁷

การสอนเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจึงการสอนต้องเปลี่ยนรูปแบบโดยเปลี่ยนจากการบรรยายการสอนซึ่งเป็นการเรียนรู้ของเนื้อหา มาเป็นการสร้างกระบวนการและทักษะ และให้ความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้สำคัญกว่าความรู้ และผู้สอนเป็นผู้ออกแบบกระบวนการเรียนรู้และช่วยอำนวยความสะดวกการคิดที่เป็นระบบ⁸ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา (Case-based learning) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาหรือสถานการณ์เพื่อให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์เชื่อมโยงความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการดูแลแก้ปัญหา มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจัดเป็นการเรียนการสอนเชิงรุกที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้^{9,10,11,12,13} และสอดคล้องกับกระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาของ Williams¹⁴ ซึ่งเริ่มต้นจากการเลือกกรณีศึกษาที่ทำให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์แสดงข้อมูลที่

เป็นปัญหาหรือความต้องการอยู่บนพื้นฐานความจริงให้กลุ่มผู้เรียนร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษา ผู้สอน กระตุ้นให้กลุ่มเกิดการระดมสมอง กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ร่วมกัน ระบุนิยามหรือผลการศึกษา แลกเปลี่ยน ผลลัพธ์การเรียนรู้ และระบุสิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อนำ ไปใช้ในแผนการพยาบาล วิธีสอนโดยใช้กรณีตัวอย่างคือกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยให้ผู้เรียนศึกษาเรื่องที่ สมมติขึ้นจากความเป็นจริงและตอบประเด็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องนั้น แล้วนำคำตอบและเหตุผลที่มาของคำตอบนั้นมาใช้เป็นข้อมูลในการอภิปราย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์¹³ ซึ่งสอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนในยุคไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งจะต้องจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้ร่วมมืออภิปรายและแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิด¹⁵ สำหรับในการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์พบว่าการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษามีความสำคัญในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก การคิดวิจารณ์ญาณ และการคิด แก้ปัญหาและการทำงานเป็นทีม¹⁶

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้เรียนก่อนและหลังการเรียนรู้ การรับรู้ความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบและความพึงพอใจของผู้เรียน และนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลต่อไปเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความเข้าใจเนื้อหาเพิ่มมากขึ้นและพัฒนาการคิดที่เป็นระบบ

คำถามการวิจัย

1. การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) มีผลต่อความรู้เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษและความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบหรือไม่ อย่างไร

2. ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อความคิดรวบยอดและความพึงพอใจในการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้เรียนก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

2. เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของผู้เรียนต่อความคิดรวบยอดและความพึงพอใจในการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

สมมติฐานการวิจัย

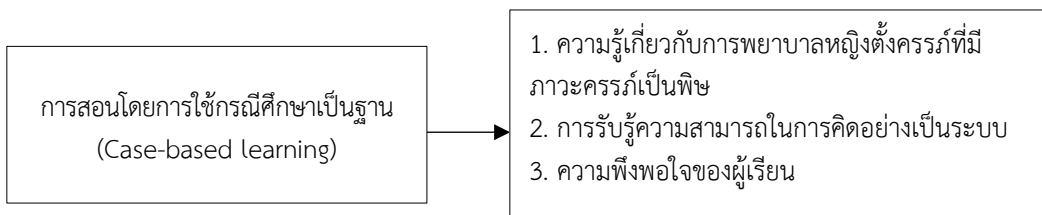
1. ความรู้ของผู้เรียนหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

2. ระดับความคิดเห็นของผู้เรียนต่อความคิดรวบยอดและความพึงพอใจในการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษอยู่ในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษได้อาศัยหลักการกระบวนการการออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา (Case based learning process) ซึ่งปรับปรุงมาจาก “Seven Jump process” ของ Williams¹⁴ เริ่มต้นจากการเลือกกรณีศึกษาที่ทำให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์แสดงข้อมูลที่เป็นปัญหาหรือความต้องการอยู่บนพื้นฐานความจริงให้กลุ่มผู้เรียนร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษา ผู้สอน กระตุ้น

ให้กลุ่มเกิดการระดมสมอง กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ร่วมกัน ระบุการค้นพบ หรือผลการศึกษา แลกเปลี่ยน ผลลัพธ์การเรียนรู้ และระบุสิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อนำ ไปใช้ในว่าแผนการพยาบาล ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ตัวแปรต้น ได้แก่ การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ การรับรู้ความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ และความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยผลสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง

ประชากร คือ นักศึกษาทุกคนที่เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาทุกคนที่เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จำนวน 146 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส ที่เรียนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส เลือกประชากรแบบเฉพาะเจาะจงเครื่องมือที่ใช้

ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำราเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ

งานวิจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสอน เอกสารประกอบการสอนเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และกรณีตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ส่วนแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เรียนเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจของ

ผู้เรียนต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา
เป็นฐาน จำนวน 5 ข้อ จำนวนระดับการวัด 1-5

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.50

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00

ผู้วิจัยนำช่วงค่าคะแนนในชั้นมาจัดแบ่งเป็น 5
ระดับ ดังนี้

หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง

หมายถึง ความพึงพอใจมาก

หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ¹⁷

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแผนการสอน เอกสารประกอบการสอนเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และกรณีตัวอย่าง จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ไม่น้อยกว่า 10 ปี เพื่อให้ได้สาระตรงกับสิ่งที่ต้องการมากที่สุดหลังจากได้รับพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าความเชื่อมั่น

1. แบบทดสอบตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ไม่น้อยกว่า 10 ปี และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในสถาบันอื่นที่มีคุณสมบัติเหมือนกับประชากรที่ศึกษาโดยค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ KR-20 = .75

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ จำนวน 5 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน จำนวน 5 ข้อ ตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญและ

มีประสบการณ์ในการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ไม่น้อยกว่า 10 ปี และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในสถาบันอื่นที่มีคุณสมบัติเหมือนกับประชากรที่ศึกษา ค่า Alpha Conbrach = .85 ทั้งสองฉบับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การรับรองจริยธรรมวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส เลขที่ BCNR 024/2561 และผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้เรียนชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ จะนำมาสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 โดยทำการสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษา ข้อตกลงในการทำวิจัย เมื่อผู้เรียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้เรียนลงลายมือชื่อในการทำวิจัย และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เรียนที่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้จะใช้ในการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ และการนำเสนอ

ผลจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนผลการทดสอบของนักเรียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของคะแนนนักศึกษาที่ใช้ตัดเกรดและมีการแจ้งให้นักศึกษาทราบรายบุคคลเพื่อให้นักศึกษาได้รับทราบพัฒนาการการเรียนรู้ของตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การจัดเรียนการสอนโดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) ใช้เวลาทั้งหมด 4 ชั่วโมง มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ชี้แจงวิธีการเรียนการสอนโดยให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบก่อนเรียน และมอบเอกสารประกอบการสอน ใช้เวลา 30 นาที

2. ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ใช้เวลา 30 นาที

3. จัดกลุ่มให้ผู้เรียนและทำงานร่วมกันโดยการวิเคราะห์กรณีตัวอย่างตามแนวคำถาม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

4. ชื่นนำเสนอและอภิปรายโดยให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มนำเสนอ สมาชิกในชั้นร่วมกันอภิปรายและผู้สอนสรุปประเด็นหลักเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

5. ประเมินผลการจัดการเรียนการสอนโดยมีการทดสอบหลังเรียน ใช้เวลา 30 นาที

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ความถี่ และร้อยละเปรียบเทียบคะแนน

ความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยการทดสอบค่าที่ (Paired t-test) ความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบและความพึงพอใจของผู้เรียนใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี จำนวน 146 คน เพศหญิง จำนวน 139 คน คิดเป็น ร้อยละ 95.20 เพศชาย จำนวน 7 คน ร้อยละ 4.80 อายุ ระหว่าง 22-23 ปี ร้อยละ 100

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนก่อนและหลังการเรียนรู้

ผู้เรียนจำนวนทั้งหมด 146 คน คะแนนทดสอบก่อนเรียนมีต่ำสุด 2 คะแนน คะแนนสูงสุด 6 คะแนน และค่าเฉลี่ย 4.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .70 พบว่าผู้เรียนได้คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 จำนวน 100 คน (68.49%) คะแนนร้อยละ 60-79 จำนวน 46 คน (31.51%) ไม่พบผู้เรียนคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนนทดสอบหลังเรียนจำนวน คะแนนทดสอบต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 9 คะแนน และค่าเฉลี่ย 8.14 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .93 ไม่พบผู้เรียนได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60-79 คะแนนร้อยละ 60-79 จำนวน 66 คน (45.21%) คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 80 คน (54.79%) ผู้เรียนทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 ได้คะแนนทดสอบหลังการเรียนมากกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = -67.60, df=145, p<.01$)

Table 1 Mean scores of pre-test and post-test and comparison of differences of scores of pre-test and post-test.

Scores	N	Mean	Minimum	Maximum	S.D.	t	df	p-value
Pre-test	146	4.03	2.00	6.00	.70	-67.60	145	.000
Post-test	146	8.14	6.00	9.00	.93			

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบและความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case based learning)

3.1 ผู้เรียนมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบโดยการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เรื่องการพยาบาล

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, S.D=.56) ความคิดเห็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สร้างข้อสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลของกรณีศึกษา ($\bar{x} = 3.93$, S.D=.61) ส่วนความคิดเห็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ตั้งสมมติฐานและหาข้อมูลเพิ่มเติมโดยพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ($\bar{x} = 3.90$, S.D=.56)

Table 2 Opinions of learners on the ability of systematical thinking based on case-based learning.

Opinions	Means	S.D.	Result
1. Gather information covering physical, mental, social and spiritual domains which is concurrent to the case-based studies	3.91	.52	Good
2. synthesize and connect related information for data analysis which impacts on case-based studies systemically by using knowledge from related sciences	3.92	.33	Good
3. Hypothesize and seek additional information by consideration thoroughly	3.90	.56	Good
4. Summarize concepts regarding nursing diagnosis about the nursing problems of case-base studies	3.93	.61	Good
5. Plan a nursing care to solve the problems of case-based studies creatively, reasonably by	3.92	.59	Good

Opinions	Means	S.D.	Result
connecting nursing knowledge and related sciences			
Total	3.92	.56	Good

3.2 ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.12$, S.D=.56) ความพึง

พอใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 4.23$, S.D=.62) ส่วนความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ช่วยให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ($\bar{x} = 4.06$, S.D=.58)

Table 3 Satisfaction of learners on knowledge management by case-based learning.

(N=146)

Opinions	Mean	S.D.	Result
1. Achieve the objectives of learning	4.06	.58	Good
2. Comprehend content effectively	4.10	.59	Good
3. Motivate oneself to search for knowledge by oneself	4.23	.62	Good
4. Receive motivation from group members	4.13	.64	Good
5. Increase capacity of learning	4.10	.56	Good
Total	4.12	.56	Good

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ผู้เรียนได้คะแนนหลังเรียนมากกว่าก่อนเรียน และเมื่อเปรียบเทียบกับความรู้ก่อนเรียนและหลังเรียนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 67.60$, $df=145$, $p<.01$) สอดคล้องกับทศนา เขมมณี¹³ กล่าวว่าข้อดีของการสอนโดยใช้กรณีตัวอย่างเป็นวิธีสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนา

ทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมี

วิจารณญาณ และการคิดแก้ปัญหาช่วยให้ผู้เรียนมีมุมมองที่กว้างขึ้นทำให้สามารถทำแบบทดสอบได้มากขึ้นหลังเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของชินภัทร์ จีระวรพงศ์¹⁸ ศึกษาเกี่ยวกับผลการจัดการเรียนการสอนสำหรับนิสิตแพทย์โดยใช้ผู้ป่วยเป็นฐานพบว่าผลสัมฤทธิ์หลังการเรียนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.5

2. ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบและความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) จะอภิปรายผล ดังนี้

2.1 ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case based learning) เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, S.D=.56) ความคิดเห็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สร้างข้อสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลของกรณีศึกษา ($\bar{x} = 3.93$, S.D=.61) ความคิดเห็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ตั้งสมมติฐานและหาข้อมูลเพิ่มเติมโดยพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ($\bar{x} = 3.90$, S.D=.56) สอดคล้องกับงานจัดการความรู้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ⁹ และ รัศมี ศรีนนท์ และคณะ¹⁰ ที่กล่าวว่า การเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา (Case-based learning) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอน โดยใช้กรณีศึกษาในคลินิกหรือสถานการณ์เพื่อให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ เชื่อมโยงความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการดูแลแก้ปัญหา มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจัดเป็นการเรียนการสอนเชิงรุกที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และสอดคล้องกับโทมัส¹⁹ ซึ่งกล่าวว่าการเรียนด้วยกรณีศึกษาเป็นการวิเคราะห์บุคคล เหตุการณ์ การตัดสินใจ ที่มีการศึกษารอบด้านโดยวิธีการหนึ่งหรือหลายอย่าง

2.2 ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.12$, S.D=.56) ความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 4.23$, S.D=.62) ส่วนความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ช่วยให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ($\bar{x} = 4.06$,

S.D=.58) จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนเรียนรู้โดยการนำตนเองให้แสวงหาความรู้ สอดคล้องกับรัศมี ศรีนนท์ และคณะ¹⁰ ที่กล่าวว่าการเรียนแบบนำตนเองจะส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดได้ด้วยตนเองและสอดคล้องกับทิสนา แชมมณี¹³ ซึ่งกล่าวว่าวิธีสอนโดยใช้กรณีตัวอย่างคือกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยให้ผู้เรียนศึกษาเรื่องที่สมมติขึ้นจากความเป็นจริงและตอบประเด็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องนั้น แล้วนำคำตอบและเหตุผลที่มาของคำตอบนั้นมาใช้เป็นข้อมูลในการอภิปรายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์

จุดอ่อนของงานวิจัย

ระยะเวลาในการจัดเตรียมกรณีศึกษา และการวางแผนการสอนค่อนข้างมีเวลาจำกัด

จุดแข็งของงานวิจัย

เป็นการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่เป็นงานประจำให้เป็นการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาความคิดรวบยอดของนักศึกษาสามารถนำไปพัฒนาการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์ได้

สรุป

ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นวิจัยกึ่งทดลองศึกษาในผู้เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จำนวน 146 คน เพศหญิงมากกว่าเพศชายเพศหญิง จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 95.20 เพศชายจำนวน 7 คน ร้อยละ 4.80 อายุ ระหว่าง 22-23 ปี ร้อยละ 100.00 ผู้เรียนมีคะแนนความรู้หลังเรียนมากกว่าก่อนการเรียน

และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -67.60, df = 145, p < .01$) และความความคิดเห็นของผู้เรียนต่อความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92, S.D. = .56$) และความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.12, S.D. = .56$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) ไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 เรื่องการพยาบาลมารดาทารกในระยะที่ 1 ของการคลอด และรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพเพื่อ

พัฒนากระบวนการคิดของผู้เรียนและทำให้ผลการเรียนรู้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบการสอนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) สำหรับรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ที่จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ (Online) เพื่อให้นำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยได้รับการสนับสนุนทุนในการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิและนักศึกษาพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

References

1. Ministry of Education. Government gazette, the notice of Ministry of Education on bachelor qualification framework of the nursing field [Internet]. 2017 [cited 2021 May 31]. Available from: <http://www.mue.go.th/users/tqf-hed/news/data6/98-NQF-2560.pdf>
2. Kunaviktiku W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. Nurs Res 2015; 42(2): 152-6. (in Thai)
3. Panit W. Transformative learning. Bangkok: S.R.A. Printing Mass Product Co; 2015.
4. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The international federation of gynecology and obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. INT J GYNECOL OBSTET 2019; 145(Suppl1): 1-33. Doi: 10.1002/ijgo.12802.
5. Gestational hypertension and

- preeclampsia: ACOG practice bulletin, Number 222. Obstet Gynecol 2020; 135(6): e237–e60. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003891.
6. Cunningham FG, Leveno KL, Bloom ST, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Hypertensive disorders in pregnancy. 24th ed. Boston: McGraw-H; 2014.
7. Department of Health, Ministry of Public Health. System of information technology for the support of promotion on health and health environment [Internet]. 2021 [cited 2021 October 20]. Available from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2021>
8. Chaiyasak M. Research methodology in clinical nursing teaching. Bangkok: The Academic Welfare Project, Praboromarajchanok Institute; 2014.
9. Learning Management Section, Boromarajchonnani College of Nursing, Bangkok. Learning and teaching management on the case-based learning on professional learning community. Bangkok: Boromarajchonnani College of Nursing, Bangkok; 2018
10. Srinon R, Srinon U, Yomdit V, Kitnopkiat K. Active learning management in the Era of Thailand 4.0. JOEAS 2019; 9(2): 311-41. (in Thai)
11. Felder RM, Brent R. Active learning: An introduction. education brief 2009; 2(4): 1-5.
12. Andreassen HM, Holmsen TL. Case-based learning in nursing Nordisk sygeplejeforskning 2018; 8(3): 219-29.
13. Kaemanee T. Science of teaching: Knowledge body for effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University Publishing; 2007.
14. Williams B. Case-based learning a review of the literature: Is there scope for this educational paradigm in pre-hospital education? Emerg Med 2005; 22(8): 577-81
15. Dulayakasem U. Perspectives on lifelong learning in Thai digital community 4.0. Nakorn Pathom: Department of lifelong learning, Faculty of Education, Silapakorn University; 2017.
16. Kanhadilok S, Malai C, Punsumreang T. A design of case based learning for promoting learning outcomes in practicum. Songklanagarind J Nurs 2019; 39(4): 129-37. (in Thai)

17. Chaichanawirote U, Vantum C. Evaluation of content validity for research instrument. *Journal of Nursing Science & Health* 2017; 11(2): 105-11. (in Thai)
18. Gerawaraong C. Results of teaching and learning management for medical students using the patient as a base. *JEDU NU* 2011; 13(1): 151-66. (in Thai)
19. Thomas G. A Typology for the case study in social science following a review of definition discourse and structure. *Qual Inq* 2011; 17(6): 511-21.

บทวิจัย

การประยุกต์ใช้ Swiss Cheese Model กับ การป้องกันอุบัติเหตุจราจร จากรถจักรยานยนต์ ในเยาวชนไทย

เกตุกาล ทิพย์ทิมพ่วงค์*

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน**

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเยาวชนไทย โดยมีปัจจัยด้านตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม และยานพาหนะ โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ซึ่งมีใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มวัยรุ่น ที่ผ่านมามีมาตรการหลากหลายที่วางแนวทางป้องกันในรูปแบบต่าง ๆ แต่พบว่าเยาวชนไทยยังมีอัตราการตายและการบาดเจ็บสูงและสูงที่สุดในโลก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์ สาเหตุ ผลกระทบจากอุบัติเหตุจราจรในเยาวชน รวมทั้งการป้องกันที่มีในปัจจุบันและที่ควรเป็น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการแก้ไขปัญหาจากการป้องกันความเสี่ยงของวิศวกรรมการบินโดยประยุกต์ใช้ Swiss Cheese Model ซึ่งประกอบด้วย 1) อิทธิพลองค์กร ได้แก่ การจัดตั้งองค์กรกลาง การสร้างบรรยากาศ และกระบวนการทำงาน 2) การกำกับดูแลในเรื่องกฎหมาย การวางแผนและการควบคุมดูแลการฝ่าฝืน 3) สภาพเงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัยทั้งสภาพแวดล้อมเงื่อนไขส่วนบุคคลรวมทั้งวิธีปฏิบัติ และ 4) การกระทำที่ไม่ปลอดภัยประกอบด้วยความผิดพลาดและการฝ่าฝืน ซึ่งเป็นรูปแบบที่ต่างประเทศนำมาใช้และสามารถลดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรได้ อีกทั้งยังมีประเด็นที่เหมาะสมได้แก่การกำกับในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมที่สามารถปรับใช้ได้กับบริบทของสังคมไทย ซึ่งจะเป็นอีกหนึ่งทางเลือกให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปกำหนดแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ในเยาวชนไทย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมและยั่งยืน

คำสำคัญ: อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์/ เยาวชน/ Swiss Cheese Model

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

E-mail: Ketkarn_tip@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Applying the Swiss Cheese Model to Traffic Accident Prevention from motorcycles in Thai youths

Ketkalin Thiptimpwong*

Narongsak Noosorn**

Abstract

Motorcycle accident is the leading cause of deaths among Thai youths affected by the individual factors, environmental factors, road conditions and vehicles especially motorcycles which are widely used among teenagers. Although there were various preventive measures, death and injury rates among Thai youth is still the highest in the world. This article aims to present the situation, causes and effects of traffic accidents among youth including protection currently available and possible interventions. Based on the literature review, it was found that the risk prevention model applied in aerospace engineering called Swiss Cheese Model adopted by foreign countries can reduce injuries in traffic accidents It consisted of 1) Organizational influences including the establishment of a central organization, creating the atmosphere and working processes. 2) Supervision of legal matters, planning and monitoring violation. 3) Unsafe conditions, environment, personal conditions and practices and 4) Unsafe actions including mistakes and violations, and. There are also appropriate activities such as directing the family and participation in building a safe environment can be adapted to the context of Thai society. This could be another option used by relevant agencies to formulate preventive guidelines to achieve good results and sustainable solution to problems.

Keywords: Motorcycle accident/ Youth/ Swiss Cheese Model

Article info: Received August 9, 2021; Revised September 1, 2021; Accepted December 22, 2021.

* Corresponding Author, Professional Nurse Head of Accident and Emergency, Thung Saliam Hospital Sukhothai

** Associate Professor, Ph.D., Faculty of Public Health, Naresuan University

บทนำ

ในทุกวันนี้จะมีเยาวชนไทยที่ประสบอุบัติเหตุ และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 4 ราย หรือคิดเป็น 40.80 ต่อแสนประชากร บาดเจ็บเฉลี่ยวันละ 456 ราย¹ โดยมีประวัติเข้ารับรถจักรยานยนต์มากที่สุดถึงร้อยละ 70 เพราะเป็นยานพาหนะยอดนิยม อีกทั้งราคาที่สามารรถเข้าถึงง่าย สะดวกในการสัญจร ว่องไว ด้วยรูปทรงที่ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บใด ๆ ทำให้ผู้ขับขี่และผู้โดยสารมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้เสมอ ไม่ว่าจะบาดเจ็บเล็กน้อยหรือรุนแรงที่สุดคือเสียชีวิต² จากข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตทั้งหมดในกลุ่มเยาวชนที่มีอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังศึกษาและเป็นการสำคัญของประเทศชาติในอนาคต ไม่เพียงแต่สร้างความสูญเสียกับตัวบุคคลและครอบครัวเท่านั้น แต่ส่งผลให้ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น พินฟูสภาพร่างกายกรณีพิการ³ ดังนั้นในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุในเยาวชนไทยจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ประเมินแนวทางการจัดการที่มีอยู่และเสนอแนะแนวทางป้องกันที่เหมาะสมเพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมวางแผนป้องกันอุบัติเหตุจราจรในเยาวชนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยผ่านมุมมองของ Swiss Cheese Model ส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรอบด้าน

สถานการณ์การบาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์ในเยาวชน

จากข้อมูลการสอบสวนของสำนักงานความคุมโรคไม่ติดต่อพบว่าในช่วงระยะเวลา

ปี พ.ศ. 2554-2562 มีเยาวชนอายุต่ำกว่า 19 ปี เสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ถึง 26,126 ราย หรือเฉลี่ย 2,902 รายต่อปี ซึ่งกองป้องกันการบาดเจ็บได้วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลระยะเวลา (Time series) ระบุว่าหากไม่ทำอะไรจะพบว่า อีก 11 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2563-2573) จะมีเยาวชนเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจราจร 40,421 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 3,675 รายต่อปี⁴ ข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจราจรในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า ปี พ.ศ. 2562 ผู้เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ จำนวน 4,802 รายเฉลี่ย 13.15 ราย/วัน รวม 3 ปี (ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2562) จะมีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 23,530 ราย เฉลี่ย 21.48 ราย/วัน กลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุดคือกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาอายุระหว่าง 15-18 ปี⁵ ซึ่งถือว่าเป็นเยาวชนตามความหมายพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ซึ่งหมายถึง บุคคลอายุเกิน 15 ปี บริบูรณ์แต่ยังไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ จากการสอบสวนเชิงลึกพบว่ารถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรและเมื่อเทียบในระดับนานาชาติพบว่าเยาวชนไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์มากที่สุดในโลก โดยคิดเป็นร้อยละ 40-70 สอดคล้องกับรายงานจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนในปี พ.ศ. 2562 ที่ว่ามีรายงานการจดทะเบียนรถจักรยานยนต์สะสม จำนวน 20,308,201 คัน และรถจักรยานยนต์สาธารณะจำนวน 189,362 คัน⁶ และการเกิดอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่งผลผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ

ผลกระทบจากอุบัติเหตุจราจรในเยาวชน

ความสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรยานยนต์ส่งผลกระทบหรือเปลี่ยนวิถีชีวิตเด็กและเยาวชนมากน้อยตามลักษณะและความรุนแรง โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ได้ประเมินมูลค่าความสูญเสียของทั้งประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2556 พบว่ามูลค่าอุบัติเหตุเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 545,435 ล้านบาท มีค่าเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) โดยประมาณว่าการเสียชีวิต 1 รายมีมูลค่าเท่ากับ 10 ล้านบาท ในขณะที่บาดเจ็บสาหัสมีมูลค่าเท่ากับ 3 ล้านบาทต่อราย⁷ ส่งผลทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณและทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะในเยาวชนที่กำลังศึกษาเล่าเรียน สาเหตุเนื่องจากพฤติกรรมการขับขี่ของวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยศึกษาค้นคว้า ขอบความตื่นตัวต่ำ ทำให้มีโอกาสดังกล่าวการเกิดอุบัติเหตุจราจรสูง⁸ เกิดความสูญเสียดังเหตุการณ์ต่อไปนี้

1. บาดเจ็บเล็กน้อย แต่ต้องสูญเสียทรัพย์สินเงินทอง ต้องรักษาตัวกระทบต่อการเรียน

2. บาดเจ็บรุนแรง อาจต้องสูญเสียอวัยวะ กลายเป็นคนพิการ

3. เสียชีวิต ขาดแรงงานรายได้ และงบประมาณของประเทศได้รับผลกระทบโดยตรง

โดยจากข้อมูลความสูญเสียที่เกิดขึ้นพบว่า สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 95 มาจากปัจจัยด้านบุคคล⁹

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ในเยาวชน

ตามหลักระบาดวิทยาอุบัติเหตุจราจรไม่ได้เกิดจากเคราะห์กรรมใด ๆ แต่เกิดจากปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล

ด้านบุคลกรถึงผู้ขับขี่ ผู้โดยสารและคนเดินเท้า จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ร้อยละ 94-95 มีสาเหตุมาจากผู้ขับขี่โดยแบ่งเป็นเกิดจากผู้ขับขี่ร้อยละ 57-65 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 30¹⁰ ซึ่งแตกต่างกันขึ้นกับอายุ ประสบการณ์ ความชำนาญ และสภาพร่างกาย โดยแบ่งได้ดังนี้

1.1 การขับรถด้วยความเร็วสูง โอกาสเกิดอุบัติเหตุจะเพิ่มขึ้นเมื่อใช้ความเร็วเกิน 100 กิโลเมตรต่อชั่วโมง⁴ เพราะเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างกะทันหันจะไม่สามารถหยุดรถได้ทันท่วงที่ใช้ความเร็วมากเกินไปในการเข้าโค้ง ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายได้ มีงานวิจัยจำนวนมากรายงานว่า การลดความเร็วในการขับขี่ลงร้อยละ 10 จะสามารถลดการเสียชีวิตลงได้มากถึง 4 เท่า

1.2 มาแล้วขับ ในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 62 ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนมีประวัติดื่มสุราและตรวจพบระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 0.01 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์¹¹ จากการสอบสวนพบว่าเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงจากอุบัติเหตุจากเมาแล้วขับสูงที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ โดยพบว่าร้อยละ 30 ที่เสียชีวิตจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ตรวจพบระดับ Blood Alcohol Concentration (BACs) เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 0.08

1.3 ความง่วง หลับใน เป็นสาเหตุถึงร้อยละ 20 ของการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์

และจะนำมาซึ่งเหตุที่มีความรุนแรงสูง เนื่องจากผู้ที่หลับในขณะขับรถจะขับต่อโดยมิได้ชะลอความเร็ว ทำให้เกิดแรงปะทะอย่างรุนแรงนำมาซึ่งความเสียหาย¹² มีการประมาณว่าหากขับรถมาด้วยความเร็ว 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมงในทางตรงและหลับในเมื่อมาถึงทางโค้งรถจะแหกโค้งด้วยความเร็วเท่าเดิม โดยที่ในเวลาเพียง 5 วินาที¹³ รถจะเคลื่อนที่ไปคิดเป็นระยะทางประมาณ 111 เมตร¹⁴ โดยสาเหตุที่ความง่วงมีผลต่อการขับชียานพาหนะ จากการตอบสนองของระบบประสาทซึ่งส่งผลต่อการสั่งการของสมองไปยังกล้ามเนื้อรวมทั้งการตัดสินใจ

1.4 การใช้โทรศัพท์ขณะขับรถ ผลการสำรวจของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบว่า คนไทยมีความเสี่ยงจากการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับรถยนต์¹⁵ โดยร้อยละ 81.6 ของประชากรไทยใช้โทรศัพท์ขณะขับรถและเกิดอุบัติเหตุถึงร้อยละ 11.1 การใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับรถทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุเพราะมีผลต่อสมาธิ การตัดสินใจ อีกทั้งด้านการมองเห็น และการควบคุมการใช้รถส่งผลให้ไม่สามารถบังคับทิศทางแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ เพียงไม่กี่วินาที

1.5 พฤติกรรมการป้องกันตนเอง เช่น การใช้หมวกนิรภัยของเยาวชน มีการยืนยันจากผลงานวิจัยของศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย โดยสถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชียพบว่า การสวมหมวกนิรภัยช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ถึงร้อยละ 43 สำหรับผู้ขับขี่ และร้อยละ 58 สำหรับผู้ซ้อนท้าย¹ จากผลการสำรวจโดยมูลนิธิไทยโรดส์และเครือข่ายเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัย

ทางถนน (Road safety watch) พบว่า วัยรุ่นสวมหมวกนิรภัยเพียงร้อยละ 28 ซึ่งน้อยกว่าผู้ใหญ่ โดยสาเหตุที่เยาวชนไม่นิยมสวมหมวกนิรภัย 3 อันดับแรกคือ เดินทางระยะใกล้ (ร้อยละ 65) ไม่ได้ขับซื้อถนนใหญ่เห็นว่าไม่จำเป็น เกิดอันตราย (ร้อยละ 36) และเร่งรีบ (ร้อยละ 31) ตามลำดับ รวมทั้งความคิดที่ว่า การสวมหมวกนิรภัยให้ความรู้สึกละเลยไม่เป็นอิสระ ทำให้ไม่ได้สนทนาระหว่างขับชีย และทำให้ไม่มีจุดเด่นจุดดึงดูดใจเพื่อนและเพศตรงกันข้าม

1.6 ผู้โดยสาร (Passenger) ผู้โดยสารไปกับรถจักรยานยนต์ไม่ว่าจะซ้อนท้าย นั่งระหว่างกลางหรือนั่งหน้าอาจเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจากการเร่งเข้าหรือกระตุกให้ผู้ขับรถเกิดความตกใจคนอง ขับรถด้วยความเสี่ยง เช่น เร็วมาก แชนในที่คับขัน หรือตัดหน้ากระชั้นชิด¹⁵

1.7 คนเดินเท้า (Pedestrian) ผู้ที่สัญจรบนถนนหรือไหล่ทาง ซึ่งจัดว่าเป็นผู้ที่ประสบอุบัติเหตุในการจราจรทางบกที่เปราะบางที่สุด เพราะไม่มีเครื่องป้องกันอันตราย ดังนั้นจึงปรากฏเสมอว่าคนเดินเท้าซึ่งเป็นเหมือนเหยื่อที่ได้รับอุบัติเหตุมากกว่าการก่ออุบัติเหตุ¹⁶

2.ปัจจัยเกี่ยวกับยานพาหนะ (Vehicular factor)

รถจักรยานยนต์ที่ใช้เป็นพาหนะในการขับชียแล้วทำให้เกิดอุบัติเหตุโดยเกิดจากความผิดปกติในรูปทรง เช่น มีการดัดแปลงสภาพการใช้งาน มีความบกพร่องชำรุดของเครื่องยนต์ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุบนท้องถนน สำหรับประเทศไทยแม้จะมีการกำหนดให้นำรถไปตรวจสอบสภาพก่อนนำมาใช้บนท้องถนน แต่ยังคงพบว่า มีรถที่มีสภาพไม่มั่นคงแข็งแรงและ

อุปกรณ์ไม่สมบูรณ์ซับซ้อนอยู่เสมอโดยแบ่งเป็นชนิด ดังนี้¹⁷

2.1 สภาพของยาง เช่น การดัดแปลงให้มีขอบของยางที่แบนราบตามกระแสนิยม มีผลคือทำให้จุดศูนย์ถ่วงความสมดุลของรถจักรยานยนต์เสียไป เป็นอันตรายมากหากยางแตกหรือระเบิด ทำให้เกิดการเสียหลักขณะขับขี่

2.2 ระบบห้ามล้อ เช่น เบรกแตกคันชักคันส่งหลุดที่เกิดจากการเสื่อมสภาพจากการใช้งาน

2.3 ระบบไฟสัญญาณบกพร่อง หากเสียในเวลากลางคืนจะทำให้การมองเห็นลดลง

3. ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมเป็นหนึ่งในที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์¹⁸ ประกอบด้วย

3.1 สภาพแวดล้อมที่เป็นการก่อสร้างถนน การออกแบบที่ผิดพลาดทำให้เกิดอันตรายในการใช้ถนน เช่น โค้งรัศมีแคบ (หักศอก) ถนนที่ลาดชัน ถนนที่ไม่มีการเอียงรับโค้ง สัญญาณไฟจราจรชำรุด ไฟฟ้าส่องสว่างไม่มี หรือมีแสงสว่างไม่เพียงพอ¹⁹

3.2 สิ่งแวดล้อมจากสภาพอากาศ แม้เป็นสิ่งที่ไม่อาจควบคุมได้ แต่สามารถบรรเทาผลกระทบได้ด้วยการออกแบบถนนให้รองรับและใช้ความระมัดระวังในการขับขี่เพิ่มขึ้น

3.3 ความคับคั่งของการจราจรทำให้ผู้ขับขี่และคนเดินเท้าต้องแย่งพื้นที่ถนนทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย รวมถึงปริมาณการจราจรสูงเนื่องจากช่วงเทศกาล เป็นต้น

3.4 สภาพแวดล้อมด้านสังคม เช่น การรณรงค์ป้องกัน มาตรการต่าง ๆ ที่แต่ละ

แห่งเข้มงวดแตกต่างกัน พบว่าในพื้นที่เสี่ยงที่มีมาตรการป้องกันอย่างดีจะลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้มากกว่าพื้นที่ที่ทำตามกระแส

โดยสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มเยาวชน ด้านบุคคล คือ ช่วงวัยรุ่น เพราะเป็นช่วงวัยแห่งความซุกซน เช่น ขับขี่ด้วยความเร็ว การขาดการป้องกัน การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ที่สำคัญคือการดื่มแอลกอฮอล์ ด้านยานพาหนะคือรถจักรยานยนต์ที่มีการชำรุด ไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติหรือมีการปรับแต่งเพิ่มเติม ด้านสิ่งแวดล้อมคือสภาพถนน สภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการขับขี่ และการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวด อย่างไรก็ตามแม้จะมีปัจจัยในการเกิดอุบัติเหตุแต่ในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้มีการรณรงค์ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อป้องกันความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจร

การป้องกันอุบัติเหตุจราจรที่พบในปัจจุบัน

การป้องกันสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุในแต่ละบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยง ซึ่งแยกตามปัจจัยสาเหตุการเกิดด้วยการวางมาตรการป้องกันในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นภาพรวมของประเทศ มีดังนี้

1. การป้องกันด้านบุคคล รวมถึงผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร และคนเดินเท้า ประกอบด้วย มาตรการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจริงจัง และต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1.1 กฎหมายจราจร ตามมาตรการ 1 ร. 2ส.3ข.4ม. (10 มาตรการ) ได้แก่ 1) ความเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด 2) ขับรถย้อนศร 3) ผ่าฝืนสัญญาณจราจร 4) ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย

5) ไม่มีใบขับขี่ 6) แสงในที่คับขัน 7) เมาสุรา 8) ไม่สวมหมวกนิรภัย 9) มอเตอร์ไซค์ไม่ปลอดภัย 10) ใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับรถ และกรณีผู้ขับขี่ไม่ยอมทดสอบความสามารถ²⁰

1.2 กฎหมายทางหลวง ให้เข้มงวดกวดขันในการขับขี่ด้วยความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด และการขายสิ่งของและจอร์รถบริเวณบนไหล่ทาง

1.3 กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายสุรา และกฎหมายสถานบริการ ให้เน้นหนักในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาตามที่กฎหมายกำหนด และในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

1.4 กฎหมายลักษณะปกครองท้องที่ โดยให้กำนันผู้ใหญ่บ้านซึ่งมีอำนาจหน้าที่ดูแลความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในพื้นที่

1.5 มาตรการด้านสังคมและชุมชน เช่น การตั้งด่านชุมชน การตรวจรถเมาไม่ขับหรือ 7 วันอันตรายในช่วงเทศกาลต่าง ๆ

2. การป้องกันด้านยานพาหนะ

มาตรการควบคุมสภาพรถ โดยมีหน่วยงานคือกรมการขนส่งทางบกเป็นเจ้าภาพหลัก โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจมีส่วนร่วมในการตรวจสอบผู้ขับขี่ ประเมินเรื่องการบำรุงรักษาสภาพรถและปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวหรือไม่ โดยมี พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 6 ห้ามมิให้ผู้ใดนำรถที่มีสภาพไม่มั่นคง ดัดแปลงสภาพหรืออาจเกิดอันตราย ซึ่งได้ให้อำนาจเจ้าหน้าที่ตำรวจไว้ ตัวอย่างเช่น การบังคับให้

รถที่ใช้ในท้องถนนทุกคันต้องจดทะเบียน เพื่อให้มีการตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยก่อนชำระภาษีต้องมีการตรวจสอบสภาพรถก่อนหรือการออกใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ต้องเป็นบุคคลที่อายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ต้องผ่านการสอบและต่ออายุในแต่ละปี¹⁹

มาตรการเกี่ยวกับรถจักรยานยนต์

1. มาตรการทางกฎหมายที่ควบคุมปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ได้แก่ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มีหน้าที่ในการควบคุมคนและรถจักรยานยนต์ มีบทบัญญัติใบอนุญาตขับรถ เงื่อนไขการขอและออกใบอนุญาตขับรถ²⁰

2. บทบัญญัติว่าด้วยการจัดระเบียบรถจักรยานยนต์สาธารณะ บทกำหนดโทษตาม พ.ร.บ.รถยนต์ บทบัญญัติว่าด้วยการใช้รถ การใช้ไฟหรือเสียงสัญญาณของรถ

3. บทบัญญัติว่าด้วยการปฏิบัติตามสัญญาณจราจรและเครื่องหมายจราจร

4. ข้อกำหนดเกี่ยวกับความเร็วของรถ

5. ทบทวนและออกกฎหมายเพื่อกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการตรวจสอบสภาพรถใหม่และการทำระบบประกันภัย

6. ควบคุมการเปลี่ยนแปลงตัวรถจักรยานยนต์หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของรถจักรยานยนต์²¹

3. การป้องกันด้านสิ่งแวดล้อม

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันในการวางมาตรการป้องกัน ดังนี้

3.1 ชิดสีตเส้นแบ่งช่องจราจร โดยจัดให้มีช่องทางการวิ่งของรถจักรยานยนต์

3.2 ปรับปรุงตรวจสอบเครื่องหมายสัญญาณไฟจราจร แก่ไขจุดเสี่ยงจุดอันตรายให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้งาน

3.3 ตรวจสอบวัตถุอันตรายข้างทาง เช่น ตัดกิ่งไม้บริเวณข้างทาง รวมทั้งตรวจสอบทัศนวิสัยในการมองเห็นบริเวณทางแยก

3.4 สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ช่วงเทศกาลการขับซึ่สัญญาณที่คับคั่งจะจัดกิจกรรมรณรงค์ 7 วันอันตราย ผ่านทางกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทยในรูปแบบมาตรการต่าง ๆ เช่น ด้านชุมชน รณรงค์เมาไม่ขับ และด้านครอบครัว เช่น สร้างครอบครัวต้นแบบในการขับซึ่ปลอดภัย เรียนรู้จุดเสี่ยง การเดินทางไปในสถานที่ที่ปลอดภัย การสวมอุปกรณ์นิรภัย หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การขับรถเร็วเกินกำหนด เป็นต้น

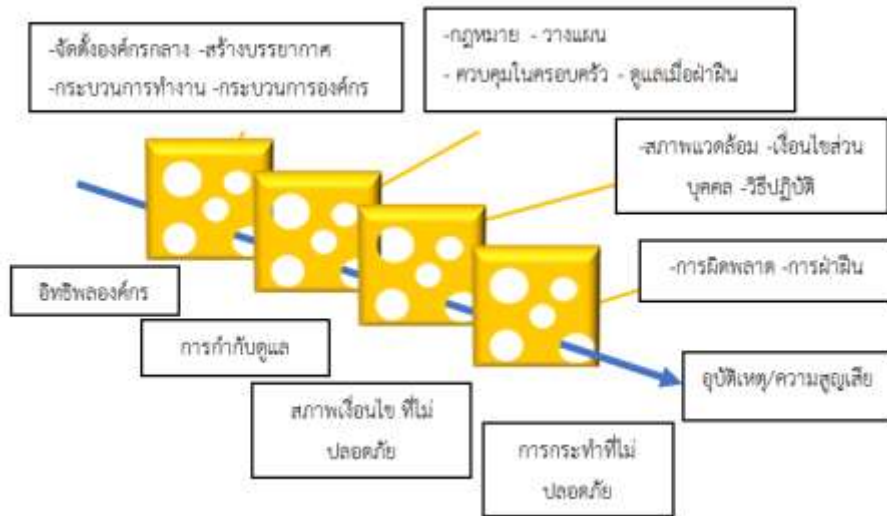
3.5 มาตรการจากหน่วยงาน เช่น กระทรวงมหาดไทยโดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นประเมินความเสี่ยงปัญหาการจราจรในชุมชน ถนนที่ใช้สัญญาณไปมาให้ปลอดภัย

ที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุมีหลายมาตรการ แต่จากข้อมูลที่รวบรวมในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตหรือการบาดเจ็บในกลุ่มเยาวชนที่ขับซึ่รถจักรยานยนต์ยังไม่ได้ลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด ในทางกลับกันอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตของเยาวชนไทยยังคง

สูงและสูงที่สุดในโลก ดังนั้นจึงควรมีทบทวนมาตรการเดิมที่มีว่าตอบสนองโจทย์ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับแนวทางแก้ไขกับต่างประเทศที่ได้มีการศึกษามาแล้ว และได้ผลดีโดยผ่านมุมมองของทฤษฎี Swiss cheese model

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรในเยาวชนโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Swiss cheese model

การจะป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรในเยาวชนที่ขับซึ่รถจักรยานยนต์ให้ลดลงได้ จะต้องประกอบด้วยความร่วมมือกันของผู้ที่เกี่ยวข้องรวมถึงครอบครัว ชุมชน องค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ทุกระดับที่มีส่วนในการดูแลแนวคิดทฤษฎีสวิสชีท (Swiss cheese model) หรือทฤษฎีเนยแข็ง คิดค้นโดย ศ.เจมส์ เรียสัน²² ซึ่งประกอบด้วยปฏิบัติการที่ป้องกันรูรั่วใน 4 องค์ประกอบ 12 ประเด็น คือ 1) อิทธิพลองค์การ (Organization influence) 2) การกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe supervision) 3) สภาพ/เงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe conditions) 4) การกระทำที่ไม่ปลอดภัยของผู้ขับซึ่ (Unsafe act) โดยแบบจำลองนี้เปรียบเหมือนมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ เช่นเดียวกับแผ่นเนยแข็งที่วางเรียงซ้อนกันเป็นชั้น ๆ โดยแต่ละแผ่นจะมีช่องโหว่ที่เป็นรูเล็ก ๆ จำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความล้มเหลวของมาตรการป้องกัน หากรูรั่วตรงกันก็จะเกิดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุจราจรได้²³

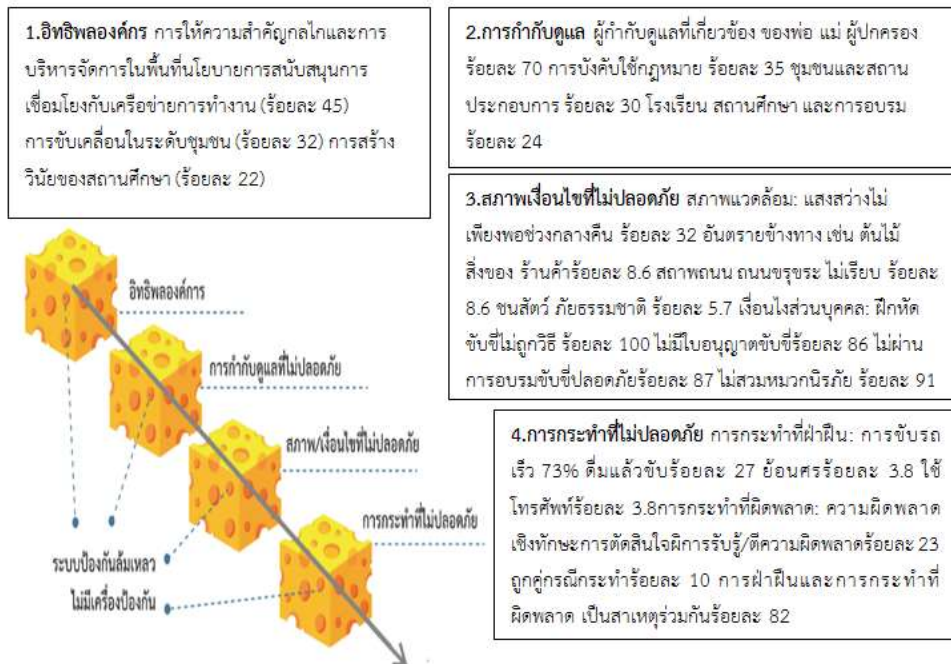
ภาพที่ 1 Swiss Cheese Model²²

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุจราจร
ในกลุ่มเยาวชนไทยที่ขับขี่รถจักรยานยนต์
โดยใช้ Swiss Cheese model

ในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรกลุ่มเยาวชน

เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์จำนวน 3,116 ราย²⁴

พบข้อมูลสอบสวนเชิงระบาดวิทยาโดยใช้มุมมอง
ของ Swiss cheese model 4 องค์ประกอบหลัก
คำนวณอัตราส่วนได้ดังนี้

รูปที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มเยาวชนไทยที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยใช้ Swiss Cheese model²²

การจะป้องกันเหตุการณ์ความสูญเสียหรืออุบัติเหตุที่นั้นควรมีแนวทางป้องกันดังรายละเอียด 4 องค์ประกอบ 12 ประเด็น ดังนี้

1. อิทธิพลองค์กร (Organization influence) จากการทบทวนที่มีขณะนี้คือศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน (ศอปก.) โดยมีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยสังกัดกระทรวงมหาดไทยเป็นผู้ประสานงาน แต่เพื่อให้มีประสิทธิภาพเห็นควรเพิ่มเติมในประเด็น ดังต่อไปนี้

1.1 สนับสนุนให้จัดตั้งองค์กรกลางมีหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 3 ปี นำข้อมูลมาวางแผนป้องกัน ขับเคลื่อนในรูปแบบกระทรวงกรม กองต่าง ๆ²⁵ การจัดการและจัดเตรียมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยในการขับขี่/จราจร นโยบายการจัดซื้อจัดหายานพาหนะที่ปลอดภัย

1.2 เพิ่มบรรยากาศในองค์กร ค่านิยม/วัฒนธรรมองค์กร สร้างความปลอดภัย การรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของยานพาหนะและการสร้างความตระหนัก (ทั้งในภาพรวมของประเทศและระดับภูมิภาค) การมีส่วนร่วมโดยเฉพาะการรับฟังความเห็นของกลุ่มเป้าหมาย เช่น กระตุ้นให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วม²⁶ เพื่อการเข้าถึงให้ได้ผลดี

1.3 กระบวนการองค์กร ภาระงาน/โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงขององค์กร เอกสาร/ระเบียบปฏิบัติ/คำแนะนำขั้นตอนใน²⁷ การดำเนินงานโปรแกรมการฝึกอบรมขององค์กร การบริหารจัดการและการกำกับดูแล²⁸

2. การกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe supervision) เสริมสร้างความเข้มแข็งโดย

2.1 สนับสนุนร่างกฎหมายจราจร/บังคับใช้ การกำกับดูแลให้เพียงพอ เพิ่มเติม

แบบอย่างที่ดีในการกำกับโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยด้านจราจร/การขับขี่ปลอดภัยของหน่วยงานตั้งแต่ส่วนกลางจนถึงภูมิภาค²⁹ และครอบครัว

2.2 การวางแผนการขับรถให้เหมาะสม ประเมินความเสี่ยงในการขับรถ เช่น ความอ่อนล้าความเครียดจากการเรียนการสอน

2.3 การควบคุมภายในครอบครัวหรือผู้ประกอบการที่ดูแลเยาวชน เช่น การสอนฝึกในการขับขี่รถจักรยานยนต์ครั้งแรก³⁰

2.4 การกำกับดูแลผู้ที่ฝ่าฝืนโดยการใช้กฎหมายอย่างจริงจังและเข้มงวด

3. สภาพ/เงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe conditions) ป้องกันโดย

3.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ถนนโค้ง สัญญาณไฟ นอกจากป้ายเตือนแล้วควรป้องกันโดยสร้างการรับรู้ล่วงหน้าว่าถนนโค้งด้านหน้ามีความเสี่ยงอะไร ควรใช้ความเร็วหรือระมัดระวังเพื่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร³¹ รวมทั้งการถอดบทเรียนจากจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุและวางแผนมาตรการสร้างความปลอดภัยและสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมเพิ่มเติมเรื่องครอบครัวต้นแบบฝึกบุตรหลานให้มีระเบียบวินัยการขับขี่ เคารพกฎจราจรโดยมีพ่อแม่เป็นตัวอย่างที่ดี

3.2 เงื่อนไขส่วนบุคคล เช่น กระบวนการนึกคิดของบุคคล พฤติกรรมทางจิต ผลกระทบด้านสรีรวิทยา ขีดจำกัดทางร่างกายและจิตใจ การรับรู้ป้องกันโดยใช้แบบประเมินความพร้อมสมรรถภาพก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์³⁰

3.3 วิธีปฏิบัติ/กิจวัตรส่วนบุคคล การประสานงาน/การสื่อสาร/การวางแผนในการขับ

ซึ่งรวมถึงการหลีกเลี่ยงการก่อความเครียดให้ตนเอง³¹

4. การกระทำที่ไม่ปลอดภัยของผู้ขับขี่ (Unsafe act) เป็น Cheeses แผ่นสุดท้ายที่มีความสำคัญมากสามารถแบ่งเป็นประเภทเพื่อที่จะประเมินและป้องกันได้ ดังนี้

4.1 ความผิดพลาดเชิงทักษะ เช่น ความชำนาญในการขับรถ การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้ผิดพลาด ซึ่งสามารถป้องกันโดยการเข้มงวดเรื่องของการให้ความรู้ในใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์

4.2 การฝ่าฝืนจนเคยชิน การฝ่าฝืนแบบผิดปกติ ป้องกันโดยปลูกฝังเยาวชนให้เป็นคนมีระเบียบวินัย ฝึกนักขับหน้าใหม่ก่อนออกถนน

อุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นกับเยาวชนในแต่ละครั้งมีหลายองค์ประกอบ ดังนั้นต้องมียุทธศาสตร์ต่าง ๆ มาร่วมกันแก้ไข วิธีป้องกันแบบเดิมนั้นยังขาดการประเมินผล ขาดการเชื่อมต่อข้อมูล แต่เนยแข็งทั้ง 4 แผ่นที่นำเสนอมานี้เป็นเหมือนปราการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หากแผ่นใดแผ่นหนึ่งมีความเข้มแข็งไม่มีรูรั่ว ไม่มีช่องโหว่ หรือมีแต่รับรู้และวางแผนป้องกันความเสี่ยง โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุจราจรที่จะนำมาซึ่งความสูญเสียก็จะมีหรือมีน้อยลง

ข้อดีและประโยชน์ของการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Swiss cheese model ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

1. เป็นรูปแบบที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ ทั้ง 4 องค์ประกอบ
2. สามารถปรับใช้ได้หลากหลายพื้นที่ เพราะมีกิจกรรมที่เหมาะสมสามารถปรับใช้ได้กับบริบทของสังคมไทย เช่น การกำกับใน

ครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม

3. มีทิศทางชัดเจนเริ่มตั้งแต่การมีองค์กรหลักในการดูแลในแผนที่ 1 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงาน

4. เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนตั้งแต่องค์กรจนถึงครอบครัวและระดับบุคคล

5. มีการคืนข้อมูลเพื่อปรับปรุงประเมินผลในขั้นตอนการกำกับดูแลและอภินิหารองค์กร

ข้อจำกัดการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Swiss cheese model

1. บางประเด็นขาดรายละเอียดของกิจกรรม

2. ความซ้ำซ้อนของระบบป้องกันปัญหาอุบัติเหตุแบบเดิมที่ไม่สามารถแก้ไขได้

การป้องกันอุบัติเหตุจราจรในเยาวชนไทยที่พบในปัจจุบันจะมีหน่วยงานหลักรับผิดชอบคือกระทรวงมหาดไทยดูแลเรื่องนโยบาย กฎหมาย การมีส่วนร่วม กระทรวงศึกษาธิการดูแลเรื่อง การให้ความรู้ กระทรวงคมนาคมดูแลเรื่องถนน สิ่งแวดล้อม และกระทรวงสาธารณสุขดูแลเรื่อง การรักษาพยาบาล จากข้อมูลที่ได้จะพบว่าบางประเด็นเริ่มเห็นผลในทางที่ดี เช่น การมีส่วนร่วม การจัดเก็บข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ ในทัศนของผู้นิพนธ์เห็นควรเพิ่มเติมการประเมินผล และคืนข้อมูล และนำมาปรับปรุงให้เห็นผลที่ชัดเจน ในขณะเดียวกัน Swiss cheese model สามารถนำมาใช้เห็นควรเพิ่มกิจกรรมให้มีความเรียบง่ายในการนำไปปฏิบัติ โดยสามารถนำหลักการทั้ง 4 องค์ประกอบและ 12 ประเด็น มาปรับใช้ทั้งในส่วนกลาง ระดับภูมิภาค และระดับบุคคล เพื่อลดอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มเยาวชน

โดยเสนอเชิงนโยบายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนป้องกัน ตลอดจนพัฒนาคู่มือสื่อการสอนหลักสูตรในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยเริ่มตั้งแต่ในครอบครัวและในสถานศึกษาต่าง ๆ

บทสรุป

จะเห็นได้ว่า อุบัติเหตุจราจรในเยาวชนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์นั้นมีความรุนแรงและผลกระทบทั้งต่อร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ไม่ว่าจะเป็นระยะสั้นหรือระยะยาว โดยมีสาเหตุปัจจัยทั้งตัวบุคคล ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม ที่ผ่านมามีหน่วยงานทั้งทางภาครัฐและเอกชน องค์กรต่าง ๆ มาร่วม

รณรงค์ป้องกันในรูปแบบที่หลากหลาย แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตของเยาวชนไม่ได้ลดลง สะท้อนถึงแนวทางที่ได้ดำเนินมาน่าจะมีการทบทวน ผู้นิพนธ์ได้นำเสนอ Swiss cheese model หรือ ทฤษฎีเนยแข็งที่มี 4 องค์ประกอบ 12 ประเด็นที่จะช่วยให้การดำเนินงานครอบคลุม โดยที่ต่างประเทศได้พิสูจน์มาแล้วว่าได้ผลเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บของเยาวชนได้ สำหรับรูปแบบป้องกันแบบเดิมที่บางองค์กรมีความเข้มแข็งอยู่แล้วก็ใช้เป็นต้นทุนที่ดีในการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

Reference

1. ThaiRoads Foundation. Speed management blueprint for thailand's road safety. Bangkok: ThaiRoads Foundation; 2017.
2. Kankrong Suangka. A study of the driving behavior of adolescents affecting the risk in accidents resulting from the use of motorcycles. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology; 2015.
3. World Health Organization. World health statistics 2018: Monitoring health for the sdgs, sustainable development goals [Internet]. 2018 [cited 2021 July 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596>.
4. Injury Prevention Division DoDC, Ministry of Public Health,. Stopping children and youth from the road [Internet]. 2020 [cited 2021 July 14]. Available from: <http://35.190.29.12/uploads/publish/>.
5. World Health Organization. Global status report on road traffic injury 2018 [Internet]. 2018 [cited 2021 July 22]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/
6. Safety Plan Group Bureau of Transport Welfare DoLT. Public transport accident 2017 during 11-17 april 2017 [Internet]. 2020 [cited 2021 July 15]. Available from: https://www.dlt.go.th/minisite/m_upload/m_files/lt_sb/file_be95d3725596fadba088c5b814f286d4.pdf

7. Ocharoen N. Road accident serious damage to thai economy [Internet]. 2017 [cited 2021 July 15]. Available from: https://tdri.or.th/2017/08/econ_traffic_accidents/
8. Deery HA. Hazard and risk perception among young novice drivers. *J Safety Res* 1999; 30(4): 225-36.
9. Sabey BETaylor H. The known risks we run: The highway. Societal risk assessment. Boston, MA: Springer; 1980. p. 43-70.
10. Suriyawongpaisan P, editor. Revealing the reality of vulnerabilities on the road (vrus). Bangkok: Triple Group; 2019.
12. Alcohol and road accidents. Injury prevention group bureau of non-communicable diseases [Internet]. 2015 [cited 2021 July 14]. Available from: <http://thaincd.com/document/file/download/leaflet/download1no34.pdf>
13. Phonboon S. Large bus accident detective manual. Road safety academic center (svp). Nonthaburi: Office of the Health Promotion Foundation (ThaiHealth); 2014.
14. Srisawad K. Phatarachai C. Survey on the risks of using a mobile phone while driving in thailand. Nonthaburi: Thesis Master of Science Genetics Chulalongkorn University Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2009.
15. Department of Land Transport. Age of the person wishing to apply for a driver's license [Internet]. 2019 [cited 2021 July 19]. Available from: https://www.dlt.go.th/th/driving-license/view.php?_did=78
16. Leelakajonchit A. Road accident information management. Bangkok: Education Research and Development Center, Academic Center for Road Safety; 2015.
17. Tangkamolsri B. Wongnam P. Causal factors affecting safety behavior in driving among high school students in the northern region: Doctor of Philosophy research field measurement and educational statistics Multiple group analysis [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2016.
18. Manan MM.A, Várhelyi A, Çelik A.K, Hashim HH. Road characteristics and environment factors associated with motorcycle fatal crashes in Malaysia. *IATSS research* 2018; 42(4): 207-20.
19. Ruankham W. Nusorn N. Motorcycle accidents in thailand: An epidemiological perspective. *J HCU Journal* 2019; 23(1): 146-60. (in Thai)

20. Krug E. Life is safe, technical documents. For road safety [Internet]. 2020 [cited 2021 July 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/1090200/retrieve>
21. Patta P. Modification of motorcycle parts and accessories [Internet]. 2018 [cited 2021 July 21]. Available from: <https://is.gd/QoZiMq>
22. Reason J. Phuteng S. Search and analysis guide: Causes of road accidents according to the human factor approach. Bangkok: Academic Center for Road Safety Road Safety Policy Foundation; 2019.
23. Komonsuradet N. Patient safety care [Internet]. 2017 [cited 2021 July 21]. Available from: https://meded.psu.ac.th/binla/class04/388_441/patient_safety_in_ambulatory_care/ref.html
24. Chanpanich P. Project for developing and researching a model for solving the problem of death and injury for children and youth who use motorcycles that are productive. Department of Disease Control; 2020.
25. Son PBoonyatikran W. Kansai strategic special area [Internet]. 2017 [cited 2021 July 29]. Available from: http://lawdrafter.blogspot.com/2017/03/blog-post_2.html
26. Thongthua K. The process of building a road safety culture among students. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University; 2012.
27. Van Schagen I, Rothengatter T. Classroom instruction versus roadside training in traffic safety education. J. Appl Dev Psychol 1997; 18(2): 283-92.
28. Kureckova V, Gabrhel V, Zamecnik P, Rezac P, Zaoral A, Hobl, J. First aid as an important traffic safety factor—evaluation of the experience-based training. Eur Transp Res Rev 2017; 9(1): 1-8.
29. Taubman-Ben-Ari O, Katz-Ben-Ami L. The contribution of family climate for road safety and social environment to the reported driving behavior of young drivers. Accid Anal Prev 2012; 47: 1-10.
30. Kang X, Namgung M, Fujiwara A, Kim W, Wang W. Analysis of vehicle maneuverability and driving characteristics on a curved road condition. KSCE J Civ Eng 2019; 23(1): 420-32.
31. Morales JM, Díaz-Piedra C, Rieiro H, Roca-González J, Romero S, Catena A, et al. Monitoring driver fatigue using a single-channel electroencephalographic device: A validation study by gaze-based, driving performance, and subjective data. Accid Anal Prev 2017; 109: 62-9.

บทวิจัย

ผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ ในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

สุรพล เตชะกฤตธีรธำรง*

สุคนธา ยางสวย** ปราชญา ศุภฤกษ์โยธิน***

สุพรรณิ ธรากุล**** พงศ์สุวรรณ สมาแฮ*****

บทคัดย่อ

การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาการชักที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งการชักอาจเกิดขึ้นที่บ้าน ชักที่โรงพยาบาลก่อนได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต และชักที่โรงพยาบาลหลังได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต สตรีหลังคลอดบางราย อาจเกิดอาการชักภายหลังคลอดมากกว่า 24 ชั่วโมงไปแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองอาการนำสู่อาการชัก การวางแผนและให้การพยาบาลสตรีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อป้องกันการชักหรือการชักซ้ำจากภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งการดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาชักก่อนคลอด เพื่อลดอัตราการตายของสตรีระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

คำสำคัญ: ผู้คลอดที่มีอาการชัก/ ภาวะครรภ์เป็นพิษ/ บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์/ ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

*อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

**อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

***อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

****ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี E-mail: supunnee.thr@bkkthon.ac.th

*****อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

Parturient with Eclampsia: Role of Nurses and Midwives in Obstetric Emergency Care

Surapon Taechakritteerathumrong*

Sukhontha Yangsuay** Prachya Supharoekyothin***

Supunnee Thrakul**** Pongsuwan Samahae*****

Abstract

Eclampsia is a leading cause of health problems among pregnant women which may occur at home, at the hospital before taking magnesium sulfate, and at the hospital after taking magnesium sulfate. Eclampsia may occur after 24 hours after birth. Therefore, the role of nurses and midwives in screening and preventing eclampsia, caring for pregnant women with eclampsia is very important to prevent repeated eclampsia. Nursing care for women during pregnancy, labour, and postpartum periods, including newborns should be planned. Caring for newborns of mothers with eclampsia is also necessary to reduce complications as well as maternal and child mortality.

Keywords: Parturient/ Eclampsia/ Role of Nurses and Midwives/ Obstetric Emergency

Article info: Received November 18, 2021; Revised December 7, 2021; Accepted December 25, 2021

*Lecturer, Maternal Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

**Lecturer, Maternal Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

***Lecturer, Maternal Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

****Corresponding author, Assistant Professor, Maternal Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University E-mail: supunnee.thr@bkkthon.ac.th

*****Lecturer, Paediatric and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

บทนำ

ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs) ของโลกในอีก 9 ปีข้างหน้า คือ ภายในปี พ.ศ. 2573 ต้องลดอัตราการตายมารดา (จำนวนมารดาที่ตายด้วยสาเหตุเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ คลอด และภายใน 42 วันหลังคลอด ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตในปีเดียวกัน 100,000 คน) ให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งอัตราการส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio: MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพและประสิทธิภาพด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน และใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กของประเทศ¹ และจากข้อมูลรายงานโครงการสำคัญของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 พบจำนวนมารดาตาย 47 ราย จำนวนเด็กเกิดมีชีวิต 189,773 ราย คิดเป็นอัตราการส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 24.8 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน จะเห็นได้ว่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้²

ภาวะช็อกในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เป็นสาเหตุของภาวะการตายคลอด (Stillbirth) และการเสียชีวิตหลังคลอดของทารกแรกเกิด (Early neonatal death) ทางสูติศาสตร์อันดับสองในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของสตรีตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดทั่วโลก³ รองจากเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของรก ตกเลือด และความผิดปกติอื่นของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์ และระหว่างคลอด เช่น ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอด

เลือดในปอด¹ ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องมาจากการขาดความรู้ของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวในการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์ การตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่ล่าช้าและยาวนาน จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่อาการช็อกในระยะคลอดซึ่งการมี อาการช็อก โดยเฉพาะผู้คลอดที่มีความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ คลอด และทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดอาการช็อกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมทั้งเมื่อจำหน่ายมารดา และทารกจากโรงพยาบาลและกลับไปพักและดูแลบุตรต่อที่บ้าน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงจนทำให้เกิดอาการชัก (Eclampsia)

อาการชักที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เกิดจากสาเหตุหลายประการ ที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ⁴ และโรคลมชัก⁵ ที่ทำให้มารดาทุพพลภาพหรืออาจเสียชีวิต และทารกพิการหรือเสียชีวิต บทความวิชาการเรื่องนี้ จะขอกล่าวถึงเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) เป็นชนิดหนึ่งของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ Cunningham⁶ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) Preeclampsia and eclampsia syndrome
- 2) Chronic hypertension of any etiology
- 3) Preeclampsia superimposed on chronic hypertension
- 4) Gestational hypertension-

definitive evidence for the preeclampsia syndrome does not develop and hypertension resolves by 12 weeks postpartum ต่อมาคณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564⁴ ได้จำแนกความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia)⁷ 2) ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Gestational hypertension)⁴ 3) ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีการทำงานของตับที่ผิดปกติ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นอย่างมากของเอ็นไซม์ตับ พบการแตกสลายของเม็ดเลือดแดง และพบเกล็ดเลือดต่ำ⁸ 4) การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการชกนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น (Eclampsia)⁴ 5) Chronic hypertension (CHT) (จากสาเหตุใดก็ตาม)⁴ ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือความดันโลหิตสูงที่ให้การวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์และยังคงสูง อยู่หลังคลอดเกิน 12 สัปดาห์ และ 6) Chronic hypertension และมี ภาวะ Superimposed preeclampsia หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมาก่อน แล้วมีความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต้องเพิ่มยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต และมี Proteinuria ที่เกิดขึ้นใหม่ หรือมีการเพิ่มขึ้นของ proteinuria หรือมีลักษณะความรุนแรง (Severe features)⁴

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เป็นภาวะที่เยื่อหลอดเลือด (Endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (Vasospasm) มีการทำงานที่ผิดปกติ ทำให้สตรี

ตั้งครรภ์มีระดับความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นใหม่ โดยระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure: DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และเคยมีความดันโลหิตปกติ พบภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับการมีภาวะใดภาวะหนึ่งดังต่อไปนี้ ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งเกิดขึ้นใหม่หรือค่าการทำงานของไต (Serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานของไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่นซึ่งเกิดขึ้นใหม่ และ/หรือมีการเพิ่มขึ้นของค่าเอ็นไซม์ตับเป็น 2 เท่าของค่าปกติซึ่งเกิดขึ้นใหม่ มีภาวะน้ำท่วมปอดที่เกิดขึ้นใหม่หรืออาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่⁷

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ซึ่ง Cunningham⁶ แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ 1) Preeclampsia without severe features (Mild preeclampsia) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง หรือไม่มีอาการแสดงร่วม 2) Preeclampsia with severe features (Moderate preeclampsia) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีอาการแสดงร่วมดังต่อไปนี้ ความดัน SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดัน DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) มากกว่า 2 กรัม ต่อการเก็บปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) ปัสสาวะ

ออกน้อย (Oliguria) ปวดศีรษะ ปวดบริเวณลิ้น
ปี่ (Epigastric pain) ซึ่งค่าของการทำงานตับ
หรือไตผิดปกติ เกร็ดเลือดต่ำ หรือมีการ
เจริญเติบโตของทารกช้า และภาวะแทรกซ้อนที่
รุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่
สำคัญ คือ ภาวะชัก (Eclampsia) และ 3)
Eclampsia (Severe preeclampsia) คือ
ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงจนทำให้เกิดอาการ
ชัก ซึ่งผลการวิจัยที่โรงพยาบาลมหาราช
นครราชสีมา ปี พ.ศ. 2557 พบว่าร้อยละ 25
ของภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นชนิดรุนแรง และ
ร้อยละ 75 เป็นชนิดไม่รุนแรง³

การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์
เป็นพิษ โดยการชักนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น⁴
ซึ่งลักษณะการชักเป็นการเกิดการกระตุกชัก
(Tonic-clonic) หนึ่งครั้งหรือมากกว่า³ ถือเป็น
ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและรุนแรงของภาวะ
ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และยังคงเป็นภาวะที่
คุกคามชีวิตในสตรีตั้งครรภ์คิดเป็นการเสียชีวิต
ของมารดาร้อยละ 12⁹ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้
ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตาย
คลอด การบาดเจ็บ¹⁰ การคลอดก่อนกำหนด
และการเสียชีวิตปริกำเนิดทั่วโลกสูงถึงร้อยละ
16-31⁹

อัตราอุบัติการณ์การชักของสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะครรภ์เป็นพิษในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย จากรายงานของ
โรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ. 2541 พบอัตรา
อุบัติการณ์การชักในสตรีตั้งครรภ์ 0.53 รายต่อ
สตรีคลอดบุตร 1,000 ราย³ จากสถิติโรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ระหว่างปี พ.ศ.
2557-2560 จำนวนการคลอดทั้งหมด 11,065

ราย ผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน
22 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.09 และเสียชีวิตจาก
ภาวะชักมีเลือดออกในสมอง 1 ราย¹¹ จากข้อมูล
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่
1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.
2556 พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิด
รุนแรงจำนวน 734 ราย มีภาวะชัก 31 ราย คิด
เป็นอุบัติการณ์ 1.54 ราย ต่อสตรีที่มาคลอดบุตร
1,000 ราย³ ถึงแม้ว่าภาวะนี้จะพบได้น้อยแต่มี
ความรุนแรงมากขึ้นเสียชีวิตสำหรับผู้คลอด
ลักษณะทั่วไปของสตรีมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิด
รุนแรงที่มีภาวะชัก เป็นสตรีตั้งครรภ์แรกร้อยละ
74.2 อายุครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 67.7 ภาวะ
น้ำหนักเกินมาตรฐาน (Body mass index: BMI
>25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ร้อยละ 61.3 เป็น
สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 54.8 และ 2 ราย ไม่
พบโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของ
การวินิจฉัยครรภ์เป็นพิษ ซึ่งโปรตีนรั่วในปัสสาวะ
คือ มี protein 300 มิลลิกรัมหรือมากกว่าในปัสสาวะ
ที่เก็บ 24 ชั่วโมง หรือ protein: creatinine ratio
ในปัสสาวะ 0.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมากกว่า
หรือการสุ่มตรวจปัสสาวะโดยใช้แถบตรวจ
ปัสสาวะ (Dipstick) พบมีระดับ 2+ หรือมากกว่า
ใช้เฉพาะกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วยวิธี
quantitative ได้⁴ จากการศึกษาพบว่าร้อยละ
93.5 มีอาการปวดศีรษะนำมาก่อนมีอาการชัก
สตรีมีภาวะครรภ์เป็นพิษหลังได้รับยาแมกนีเซียม
ซัลเฟตที่โรงพยาบาล พบการชักจำนวน 14 ราย
มีการชักซ้ำ 16 ราย พบสตรีที่มีภาวะชักเสียชีวิต
1 ราย จากเลือดออกในสมอง ไม่พบทารกตายใน
ครรภ์ แต่พบทารกแรกเกิดภาวะน้ำหนักน้อยกว่า
2,500 กรัม ถึงร้อยละ 67.7³ นอกจากนี้ผล

การศึกษาของ สิริยา กิติโยดม พบว่า สตรีมีครรภ์เกิดอาการชักที่บ้านจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.7 โดยพบว่า ร้อยละ 61.9 (13 ราย) ของสตรีที่มีภาวะชักที่บ้านกลุ่มนี้ ไม่ได้ฝากครรภ์หรือมีการฝากครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของการฝากครรภ์คุณภาพ 4 ครั้ง หรือมีการฝากครรภ์ไม่ได้คุณภาพ สตรีมีครรภ์เกิดการชักที่โรงพยาบาลก่อนให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต จำนวน 12 ราย โดยพบว่า 8 ราย มีการชักทันที พบสตรีตั้งครรภ์จำนวน 4 ราย มีอาการปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ ระดับความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะชัก ทำให้ยังไม่ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันภาวะชัก เนื่องจากกำลังรอผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย และสตรีที่มีภาวะชักที่โรงพยาบาลหลังให้แมกนีเซียมซัลเฟต พบว่าสตรีทั้งหมดในกลุ่มนี้มีระดับแมกนีเซียมซัลเฟตต่ำกว่าระดับการรักษา ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าสตรีที่ไม่ได้รับยาป้องกันการชักมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะชัก³

สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดอาการชักส่งผลอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ แต่สามารถลดความรุนแรงลงได้ เมื่อพยาบาลผดุงครรภ์ได้มีการประเมินผู้คลอดอย่างรวดเร็ว รายงานสูติแพทย์ได้ทันที และผู้คลอดได้รับการตรวจประเมินและได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วจากสูติแพทย์ จากการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการนำสู่ภาวะชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิต ตลอดจนการเฝ้าติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์¹¹

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการคัดกรองและป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ

- การรณรงค์การฝากครรภ์

กรมอนามัยได้ดำเนินงานโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ในบริบทประเทศไทยหรือเรียกว่าการฝากครรภ์ (Antenatal care: ANC) คุณภาพ ได้ปรับปรุงองค์ประกอบของระบบดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ที่ไม่มีความเสี่ยง เป็นจำนวน 5 ครั้ง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการมาดูแลครรภ์อย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งเพิ่มกิจกรรมบริการที่สตรีตั้งครรภ์จะได้รับ อย่างไรก็ตาม สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก ควรได้รับการดูแลโดยจากนัดปกติเดิม 5 ครั้ง เพิ่มเป็น 8 ครั้ง โดย ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ครั้งที่ 7 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และครั้งที่ 8 อายุครรภ์ 40 สัปดาห์¹²

พยาบาลผดุงครรภ์ทำการค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการคัดกรองและทำการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ จะช่วยให้ระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่การป้องกัน การติดตาม การวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และให้การรักษายาบาลได้อย่างเหมาะสม ได้มีความพยายามที่จะนำลักษณะต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษของสตรีตั้งครรภ์ มาใช้ในการทำนายการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ แต่จากการศึกษาพบว่า การคัดกรองโดยใช้ปัจจัยเหล่านี้

มีความไวไม่สูงมาก อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 2019 สมาพันธ์โรคเรื้อรังและสูติศาสตร์ระหว่างประเทศ (The international federation of gynaecology and obstetrics: FIGO) ได้มีคำแนะนำให้มีการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว (ไม่ใช่ครรภ์แฝด) อายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสแรก หรือช่วง 3 เดือนแรก หรือสัปดาห์ที่ 1-14 ของการตั้งครรภ์โดยใช้ลักษณะของสตรีตั้งครรภ์ การวัดความดันโลหิต และการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาใช้ร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษให้ดีขึ้น¹³ ดังนั้นทักษะพยาบาลผดุงครรภ์ในการประเมินผู้คลอด เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยในการวางแผนและให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษให้ได้เร็วที่สุด จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก¹¹

พยาบาลผดุงครรภ์ควรแนะนำสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษมากกว่าสตรีที่มีภาวะน้ำหนักตัวปกติมากถึง 6.99 เท่า และพบอุบัติการณ์การชักเกิดขึ้นสูงในสตรีที่มีภาวะอ้วน^{3,14} ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้นมากเกินไป และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational weight gain) ซึ่งเป็นปริมาณน้ำหนักตัวทั้งหมดของมารดาที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ควรพิจารณาจากดัชนีมวลกาย (BMI) ของสตรีก่อนการตั้งครรภ์ หาก BMI <19.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักตัวที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นทั้งหมดตลอดการตั้งครรภ์ คือ 12.5-18 กิโลกรัม หาก BMI 19.8-25.9 กิโลกรัมต่อตาราง

เมตร น้ำหนักตัวที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นทั้งหมดตลอดการตั้งครรภ์ คือ 11.5-16 กิโลกรัม หาก BMI 26-29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักตัวที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นทั้งหมดตลอดการตั้งครรภ์ คือ 7-11.5 กิโลกรัม¹⁵ จากการศึกษาของสิริยา กิติโยดมพบว่าสตรีที่มีระดับแมกนีเซียมซัลเฟตต่ำกว่าระดับการรักษา จะมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน มากถึงร้อยละ 85.7 ของสตรีที่มีระดับแมกนีเซียมซัลเฟตต่ำกว่าระดับการรักษา โดยโอกาสเกิดระดับแมกนีเซียมต่ำกว่าระดับการรักษาเพิ่มมากขึ้นตามดัชนีมวลกายที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกายที่มากขึ้น³ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยง เช่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สตรีตั้งครรภ์แรก³ สตรีที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน สตรีที่มีประวัติเป็น preeclampsia ตั้งแต่ครรภ์ก่อน หรือมีประวัติทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าในครรภ์^{6,16}

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลผู้คลอดที่มีอาการนำสู่ภาวะชักเพื่อป้องกันการชักหรือการชักซ้ำ

การตรวจพบภาวะ preeclampsia ให้ได้เร็วที่สุดตามมาตรฐานการตรวจคัดกรองต่าง ๆ โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเสี่ยงสูง ควรได้รับการนัดตรวจครรภ์ถี่ขึ้น โดยให้การพยาบาลดังนี้⁴

1) ประเมินความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยอาการนำสู่ภาวะชัก ว่ามี “Severe features” ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ ความดันโลหิต SBP 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดันโลหิต DBP 110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า เมื่อวัด 2 ครั้ง

ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (เว้นแต่เริ่มยาลดความดันโลหิตก่อนหน้านี้แล้ว)

2) อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บชายโครงขวาอย่างรุนแรงและอาการปวดไม่หายไป (Severe persistence) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ใช้เกิดจากการวินิจฉัยอื่น หรือทั้ง 2 กรณี

3) อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ได้เกิดจากโรคอื่น

4) อาการทางสายตา ได้แก่ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด

5) ผลการตรวจร่างกาย พบว่าปฏิกิริยาสะท้อนเร็ว (knee jerk) 3+ ขึ้นไป

6) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเกล็ดเลือดต่ำกว่า (Thrombocytopenia) 100,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Impaired liver function มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (Liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติ renal insufficiency ค่าการทำงานของไต (Serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานของไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่น

7) มีภาวะน้ำท่วมปอด

8) ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีอาการนำสู่ภาวะชัก

1) จัดทำให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือดอินฟีเรีย เวนาคาวา (Inferior venacava) เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่รกและมดลูก¹⁰

2) ให้ความรู้แก่ผู้คลอดถึงอาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นที่อาจส่งผลต่อ

มารดาและทารกในครรภ์จากการชัก รวมทั้งพยาธิสภาพของการชัก ตลอดจนความจำเป็นในการได้รับยา $MgSO_4$ และอาการข้างเคียงของยา ซึ่งอาจพบ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบทั่วตัว และอาการร้อนบริเวณที่ฉีด¹¹

3) การให้ $MgSO_4$ ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการชักหรือการชักซ้ำ

- การให้ยาทางหลอดเลือดดำ

ขนาดยาเริ่มต้น (Initial dose) ให้ 10% $MgSO_4$ ขนาด 4-6 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ อัตราช้ากว่า 1 กรัม/นาที หรือผสมในสารน้ำ 100 มิลลิลิตร ใช้เวลา 15-20 นาที⁴

ขนาดยาต่อเนื่อง (Maintenance dose) ให้ 50% $MgSO_4$ 20 กรัม ผสมใน 5% D/W 500 มิลลิลิตร อัตรา 1-2 กรัม/ชั่วโมง

- การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

ขนาดยาเริ่มต้น (Initial dose)⁴

- ให้ 10% $MgSO_4$ 4 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำช้า ๆ อัตราน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัม/นาที

- ให้ 50% $MgSO_4$ 10 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แบ่งฉีดที่สะโพกบริเวณ upper outer quadrant ข้างละ 5 กรัม (ใช้เข็มเบอร์ 20 ยาว 3 นิ้ว ผสม 2% xylocaine 1 มิลลิลิตร เพื่อลดความปวด)

ขนาดยาต่อเนื่อง (Maintenance dose) ให้ 50% $MgSO_4$ 5 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 4 ชั่วโมง⁴

ยาแก้ฤทธิ์ $MgSO_4$

- ให้ 10% calcium gluconate 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดดำนานกว่า 3 นาที

การเฝ้าระวังพิษของยา $MgSO_4$ ⁴

ประเมินอาการแสดงของการเป็นพิษจากแมกนีเซียมเป็นระยะ (อย่างน้อยชั่วโมงละ 1 ครั้ง) ได้แก่

1) หายใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ครั้งต่อนาที

2) ปัสสาวะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

3) รีเฟล็กซ์เอ็นสะบ้า (Patellar reflex): ไม่มี (Absent)

ในสถานบริการที่สามารถทำได้ อาจตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือดที่ 4-6 ชั่วโมง หลังให้ยา และตรวจติดตามเป็นระยะ (ระดับที่เหมาะสมคือ 4.8-8.4 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ 4-7 mEq/L) และควรทำในรายที่ creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

กรณีชักซ้ำ

- ให้ 10% $MgSO_4$ 2-4 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำช้า ๆ อัตราน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัมต่อนาที เพื่อหยุดยั้งการชัก ป้องกันการชักซ้ำ และให้ต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอดหรือหลังการชักครั้งสุดท้ายภายใน 24 ชั่วโมง

- ตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือด

การให้ยาลดความดันโลหิตที่ใช้บ่อยในระยะตั้งครรภ์ เช่น Labetalol 200-2,400 มิลลิกรัม/วัน แบ่งรับประทานวันละ 2-3 ครั้ง มักเริ่มขนาด 100-200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เป็นต้น⁴

การให้ยาลดความดันโลหิตในระยะคลอดและหลังคลอด สูติแพทย์จะให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อความดันโลหิตยังคงสูงติดต่อกันนาน

15 นาทีหรือมากกว่า อาจบริหารยาอันดับแรก (First line) เช่น Hydralazine ขนาดบรรจุ 25 มิลลิกรัม/2 มิลลิลิตร Test dose 1 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ นานกว่า 1 นาที วัดความดันโลหิตทุก 5 นาที Treatment dose 5-10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ นาน 2 นาที วัดความดันโลหิตใน 20 นาที ถ้าไม่ได้ผลให้ซ้ำอีก 10 มิลลิกรัม วัดความดันโลหิตซ้ำใน 20 นาที ถ้าความดันโลหิตยังคงสูง ให้ Labetalol 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ในเวลา 2 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำใน 10 นาที ถ้าความดันโลหิตยังคงสูง ให้ Labetalol 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ในเวลา 2 นาที และให้รีบปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาชนิดอื่นเพิ่มเติม⁴

- ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ระหว่าง 100/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท¹⁰

- ขณะผู้คลอดมีอาการชัก พยาบาลผดุงครรภ์ป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น ประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) ประเมิน oxygen saturation จัดให้นอนในท่านอนตะแคง ป้องกันการสำลัก⁴

- ให้ oxygen ทางหน้ากากในอัตรา 10 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่ทารกในครรภ์^{4,10}

- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แนะนำ LRS อัตราไม่เกิน 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

- คาสายสวนปัสสาวะ เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก พยาบาลผดุงครรภ์ทำการประเมินการอัมป หักของสายสวนปัสสาวะ¹⁰

- ประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูก (Electronic fetal monitoring: EFM)¹⁰

- สูติแพทย์จะพิจารณาให้คลอดในระยะเวลาไม่นานหลังจากอาการของผู้คลอดเป็นปกติ (Stabilize) วิธีการคลอด สูติแพทย์จะพิจารณาตามอายุครรภ์ ท่าของทารก และสภาพปากมดลูก โดยไม่จำเป็นต้องผ่าท้องทำคลอด⁴

- พยาบาลผดุงครรภ์เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้ หากทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนหรือต้องการช่วยฟื้นคืนชีพ^{4,10}

การดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากการตกชุกก่อนคลอด

ภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ นอกจากส่งผลกระทบต่อทารกที่คลอดแล้ว ทารกของมารดาที่ชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ทารกจะมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย โดยน้อยกว่า 2,500 กรัม ถึงร้อยละ 66.7 เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการคลอดก่อนกำหนด ส่วนทารกที่ครบกำหนดอาจมีภาวะเจริญเติบโตช้า เนื่องจากมารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์ ทารก

มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะครรภ์เป็นพิษ และชัก การได้รับยา MgSO₄ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องอธิบายอาการและสภาพทารกแรกเกิดให้มารดาทราบเพื่อคลายความวิตกกังวล ประเมินคะแนน APGAR Score และประสานงานกับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อส่งต่อทารกไปดูแลอย่างต่อเนื่อง¹⁰

สรุป

ผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ได้ พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการประเมินได้อย่างละเอียด วินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ เพื่อวางแผนในการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง และสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติมีอาการชักเกิดขึ้น พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเมื่ออยู่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการชักซ้ำเกิดขึ้นอีก และการติดตามต่อเนื่องจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมทุกระยะของการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด

References

1. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Analysis of Thai maternal mortality situation for fiscal year 2020 (October 2019–September 2020) from the maternal death surveillance system [Internet]. 2020 [cited 2021 November 13]. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-F/IDC1_6/opdc_2564_IDC1-6_01.pdf
2. Planning Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Report on the results of the drive for health promotion and environmental health, Department of Health for the first 6 months of the fiscal year 2021 (October 2020–March 2021) [Internet]. 2021 [cited 2021 November 13]. Available from: https://anamai.moph.go.th/webupload/1xff0d34e409a13ef56eea54c52a291126/filecenter/Download/Annual_report_64.pdf
3. Kitiyodom S. Eclampsia in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. MJSBH 2014; 29(3): 129-38. (in Thai)
4. Professional Standards Subcommittee 2019-2021. RCOG clinical practice guideline management of hypertensive disorders in pregnancy [Internet]. 2021 [cited 2021 November 13]. Available from: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/10/OB-63-021_Management-of-Hypertensive-Disorders-in-Pregnancy07Oct20.pdf
5. Samseethong T. Management of epilepsy in pregnancy. Center for Continuing Pharmaceutical Education, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University. [Internet]. 2017 [cited 2021 November 13]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=284
6. Cunningham FG, Leneno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 25th ed. New York: McGraw- Hill; 2018.
7. Professional Standards Subcommittee 2013-2015. RCOG clinical practice guideline management of Preeclampsia and Eclampsia [Internet]. 2015 [cited 2021 November 14]. Available from: <http://www.rtcog.or.th/>

- home/wpcontent/uploads/2020/09/0B-018-.pdf
8. Sananpanichkul P. Current insight and ideas about preeclampsia. JPMC 2015; 32(4): 364-76. (in Thai)
 9. Irene K, Amubuomombe PP, Mogeni R, Andrew C, Mwangi A, Omenge OE. Maternal and perinatal outcomes in women with eclampsia by mode of delivery at Riley mother baby hospital: a longitudinal case-series study. BMC Pregnancy and Childbirth 2021; 21(439): 1-14. Doi: 10.1186/s12884-021-03875-6.
 10. Lertsakornsiri M. Nursing care of pregnant women with complications, revised edition. Bangkok: Assumchan Sueksa Printing House; 2011.
 11. Danpreeda R. Case study of specific patients nursing care of twins pregnancy with severe preeclampsia and caesarean section. JPCN 2018; 1(1): 70-87.
 12. Wongpikul O, Rojananukulpong S, Khamranrit A. Good quality antenatal care should be given before 12 weeks of gestation. Regional Health Promotion Center 9, Nakhonratchasima [Internet]. n.d. [cited 2021 November 16]. Available from: https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-Upload/migrated/files/hpc9/n938_df1afe68b9df03814be919b973140495_article_23017011012160.pdf
 13. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. Int J Gynaecol Obstet 2019; 145 (Suppl 1): 1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802.
 14. Liu S, Joseph KS, Liston RM, Bartholomew S, Walker M, Leon JA, et al. Incidence, risk factors, and associated complications of eclampsia. Obstet Gynecol 2011; 118(5): 987-94. doi: 10.1097/AOG.0b013e31823311c1.
 15. Lertbunnaphong T. Maternal weight and pregnancy: factors obstetricians may overlook. Medical records Siriraj 2008; 1(2): 81-90.
 16. Wataganara T. Pregnancy Induced Hypertension. In Wanitpongpan P, Russameecharoen K, Lertbunnaphong T, Editors. Modern textbook of obstetrics. Bangkok: P.A. Living; p. 166-74.

บทความวิชาการ

การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับ

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี*

วรรณิษา สำราญเนตร** เพชรลดา จันทรศรี***

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่หน่วยไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นวิธีการกำจัดของเสียและน้ำที่เป็นส่วนเกิน รักษาความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย มีกระบวนการไม่ซับซ้อน สามารถทำเองที่บ้านได้และมีค่าใช้จ่ายน้อย แต่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง การอุดตันของสาย การรั่วของน้ำยา ไล่เลือด เป็นต้น รวมทั้งจากกระบวนการรักษาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหาที่เหมาะสมด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยสนับสนุนหรือชี้แนะ ส่งเสริมพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมพลังใจให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง จนกระทั่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ/ โรคไตเรื้อรัง/ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: pattarine@smnc.ac.th

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Empowerment of patients with chronic kidney disease receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis

Pattarin Thamduangsri*

Wanwisa Samrannet** Petlada Chansri***

Abstract

End-stage renal disease (ESRD) refers to a condition wherein permanent loss of nephron function that needs Renal Replacement Therapy (RRT). Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) is a renal replacement therapy for eliminating waste products and excessing fluid from the body, maintaining the balance of minerals in patients, a non-complex procedure that patients can do in their own house with fewer expenses. Complications of dialysis are peritonitis, catheter obstruction, dialysate leakage, and hernia. This continuous treatment caused boredom, lack of motivation to self-care, lack of self-confidence, and loss of self-esteem. Health empowerment is a process that emphasizes patients to find the problems and decide to choose the ways to solve the problem themselves. Nurses are supporters who promote necessary self-care skills for continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). These help patients to enhance their self-efficacy and self-confidence lead to do correct ambulatory peritoneal dialysis continuously and reduce complications. This article aims to present knowledge about the empowerment of patients with end-stage renal disease. Nurses can apply this concept to empower patients, families, and the community, and empower patients to awareness and believe in taking care of themselves. That affects patients' behavior change, self-confidence, and performs activities continuously for maintaining good health.

Keyword: Empowerment/ Chronic kidney disease/ Continuous ambulatory peritoneal Dialysis

Article info: Received May 21, 2021; Revised October 12, 2021; Accepted December 17, 2021.

*Corresponding author; Leturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing,

Praboromrajchanok Institute. E-mail: pattarine@smnc.ac.th

**Leturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute.

*** Leturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute.

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานและไม่สามารถกลับมาทำงานได้เป็นปกติ มีขั้นตอนการรักษาที่ค่อนข้างซับซ้อน สูญเสียค่าใช้จ่ายสูง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังไม่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ การดำเนินของโรคจะเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) และการปลูกถ่ายไต (Renal transplantation) มีการรายงานในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยทั่วโลกที่มีความต้องการในการล้างไตเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่าจากปี ค.ศ. 2010 เป็นจำนวน 2.62 ล้านคน¹ โดยเฉพาะการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เน้นการดูแลตนเองเป็นหลัก สามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านหรือที่ทำงานและทำได้ทุกวัน มีความเป็นอิสระและมีความยืดหยุ่นมากขึ้น² มีการเปลี่ยนแปลงน้ำยาล้างไต 4-5 ครั้ง/วัน และมีค่าใช้จ่ายน้อย³ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่ไม่ได้เป็นการรักษาที่ทำให้โรคหายขาดหรือทำให้หน้าที่การทำงานของไตกลับเป็นปกติ ผู้ป่วยจึงยังคงต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องดูแลรักษาตนเองไปต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และถูกดำเนินจากญาติที่เป็นผู้ดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียพลังอำนาจ⁴ รวมทั้งจาก

ภาวะของโรคที่มีความซับซ้อน และมีโรคร่วมหลายโรค ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง การอุดตันของสาย การรั่วของน้ำยา ไล่เลือด เป็นต้น^{3,5} ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล และบุคลากรด้านสุขภาพ

ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่พบบ่อย คือ เยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis)^{5,6,7,8,9} เกิดจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง การไม่เคร่งครัดในการทำ ความสะอาดร่างกายและอุปกรณ์รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่บุคลากรด้านสุขภาพแนะนำ^{7,8,9} ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วยการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การเสริมสร้างให้บุคคลได้รับรู้ถึงปัญหาของตนเอง ยอมรับในปัญหา สามารถหาทางเลือกในการจัดการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง โดยพิจารณาถึงความสามารถของแต่ละบุคคลในการแก้ปัญหาเหล่านั้นร่วมด้วย น่าจะช่วยให้ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและเหมาะสม ซึ่งวิธีการนั้นก็คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของ Gibson¹⁰ เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้บุคคลได้ยอมรับถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำความเข้าใจกับปัญหา จนรู้อย่างแท้จริงว่าสิ่งที่ตนเองต้องการคืออะไร แล้วเกิดการทบทวนเหตุการณ์

เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จนเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีศักยภาพพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความจริง และสามารถตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม¹¹ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วมที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและควบคุมชีวิตของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการล้างไตทางช่องท้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมพลังใจให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลตนเองได้

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD)

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นวิธีการนำของเสียและน้ำออกจากร่างกายผ่านทางผนังหลอดเลือดฝอยของเยื่อช่องท้อง (Peritoneal membrane) ออกมาในน้ำยาที่ใส่ไว้ในช่องท้อง และถูกปล่อยออกจากสายล้างไต (Tenckhoff catheter) ที่ใส่ไว้ในช่องท้องอย่างถาวรและปล่อยปลายอีกด้านออกมาด้านนอกเพื่อต่อกับถุงน้ำยาล้างไต¹² โดยจะมีการเปลี่ยน

น้ำยา 4-5 ครั้ง/วัน สามารถทำที่บ้านหรือที่ทำงานได้ สามารถเลือกเวลาทำได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการทำเป็นอย่างดีต้องผ่านการฝึกปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ มีข้อดีคือสามารถทำการเปลี่ยนน้ำยาได้เองที่บ้าน ไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ สามารถชะลอการเสื่อมของไตที่เหลือได้¹³ ผู้ป่วยยังสามารถทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ และสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยรวมต่ำกว่าวิธีการรักษาอย่างอื่น เนื่องจากไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่มีราคาแพง เป็นวิธีการรักษาที่ง่าย แต่ยังมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้คือ ภาวะน้ำเกินเนื่องจากไม่สามารถดึงน้ำออกได้ การติดเชื้อของช่องสายออก การอุดตันของสายไส้เลื่อน ปวด การรั่วของน้ำยา เป็นต้น¹² ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อย คือ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง^{5,6,7,8,9} ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและประสิทธิภาพการล้างไตทางช่องท้องลดลง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากตัวผู้ป่วยและจากกระบวนการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เช่น อายุ การศึกษา การขาดประสบการณ์ในขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้อง การไม่ล้างมือไม่สวมใส่หน้ากากปิดปากและจมูก ลดหรือลิมขั้นตอนสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและเปลี่ยนผู้ดูแลในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต สิ่งแวดล้อมไม่สะอาด เป็นต้น^{7,8,9,14} จะเห็นได้ว่าเกิดจากสภาวะและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างไตอย่างเคร่งครัด ดังนั้นการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเชื่อมั่น ตระหนักในการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการล้างไตทางช่องท้อง

แบบต่อเนื่อง ได้อย่างถูกต้อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความทุกข์ทรมานจากโรครวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน¹⁰ เป็นการกระทำที่บุคคลรู้สึกมั่นใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและได้รับการยอมรับ สนับสนุน ส่งเสริม และมีอิสระในการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง^{14,15} ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1) ผู้รับบริการที่มีความสนใจในการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และมีความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งรับรู้ถึงความเท่าเทียมในสิทธิของตนเองและผู้อื่น

2) พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้การปรึกษา รวมไปถึงการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

3) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะต้องมีความไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal Factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal Factor) ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) เป็นความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ย่างเต็ม

พลังทางกายเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับตนเอง 2) ทางจิตใจของแต่ละบุคคล เช่น การยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลง ความรักและให้คุณค่าในตนเอง 3) การมีทัศนคติทางบวกต่อโรค (Positive self-concept) 4) พลังงาน (Energy) เป็นความสามารถในการดูแลตนเอง 5) การมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง (Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) และ 7) ระบบความเชื่อ (Belief system) ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมร่วม รู้สึกมีพลังอำนาจ รับรู้ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ฟังพอใจในตนเอง เกิดการพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิต

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ^{14,16}

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เน้นให้บุคคลมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน¹⁰ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพจริง ทำความเข้าใจข้อมูลที่ถูกต้องและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง มีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อมีการรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะเกิด

ความรู้สึกไม่แน่ใจ วิตกกังวล สับสน กลัว โกรธ คับข้องใจและเกิดการต่อต้าน เนื่องจากไม่เข้าใจถึงความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหาทำให้ไม่สามารถยอมรับกับปัญหาในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง 2) ด้านการรู้คิด (Cognitive response) เมื่อเกิดการรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย และสูญเสียความสามารถ หรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเองจะเกิดการแสวงหาการช่วยเหลือ เช่น การซักถามผู้รู้ หรือบุคลากรทางการแพทย์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยคนอื่น เพื่อให้ตนเองเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ และ 3) ด้านการตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจในสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว คิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ที่ดีที่สุด จะเกิดการตระหนักในการรับผิดชอบต่อปัญหาสุขภาพของตนเอง นำมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ (Critical reflection) เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์หรือสถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรับรู้และรู้สึกถึงความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมปัญหา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเข้มแข็งและพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น รับรู้ถึงวิธีการที่จะสามารถช่วยเหลือให้ตนเองแก้ไขปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ การ

แสวงหาทางเลือก นำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมโดยผ่านการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณ์ญาณ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือปฏิบัติอย่างเหมาะสม (Taking charge) เมื่อผ่านการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณแล้ว ผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุดกับตนเอง เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือข้อมูลกับผู้ป่วยท่านอื่น ร่วมกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคลเพื่อนำมาประกอบ การตัดสินใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไข ดังนี้ 1) เป็นวิธีการที่แก้ไขปัญหาได้ 2) สอดคล้องกับแผนการรักษา 3) เป็นสิ่งที่ตนเองสนใจและตอบ สอนองความต้องการของตนเองได้ 4) ได้รับการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพ 5) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเอง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) เมื่อผู้ป่วยเลือกวิธีการที่ดีและเหมาะสมกับตนเองและนำมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ไปในทางที่ดี และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง รู้สึกถึงการมีพลังอำนาจ มีความสามารถ รวมทั้งเกิดการยึดมั่นในวิธีการปฏิบัตินั้น ๆ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหาสำหรับใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อไป เมื่อผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนไปอย่างมี

ประสิทธิภาพแล้วนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงความมีส่วนร่วม ความสำเร็จมองเห็นเป้าหมายของชีวิต เกิดความพึงพอใจในตนเอง แต่ในทางกลับกันสามารถเกิดความรู้สึกด้านลบได้ เช่น รู้สึกต่อต้าน ไม่ยอมรับ อาจมองว่าทำให้ตนเองมีภาระเพิ่มมากขึ้น และได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพน้อยลง

กลยุทธ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ^{14,16}

ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ ที่หลากหลายมีดังนี้

1. การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษาเท่าที่เป็นประโยชน์เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยให้เป็นแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม
3. การให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ โดยยึดตามหลักความต้องการของผู้ป่วย
4. การให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกแหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรตามความจำเป็น
5. การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ทำให้บุคคลเกิดการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายและหาแนวทางเลือกที่เป็นไปได้

จะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหา ความต้องการของตนเองและจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถดูแล

ตนเองได้ มุ่งเน้นการแก้ปัญหา มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา

บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะที่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหา เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถปฏิบัติการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีดังนี้

1. บทบาทในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ^{11,14} การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเองเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพหรือการสร้างบรรยากาศให้เกิดความเข้าใจ ความไว้วางใจกัน (Trust) และเห็นใจกัน (Empathy) จะทำให้ผู้ป่วยกล้าพูด และบอกเล่าถึงการปฏิบัติตัวของตนเอง พยาบาลต้องเข้าไปสัมผัสรับรู้ข้อมูล ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ ค่านิยมทัศนคติ รวมทั้งวัฒนธรรมของผู้ป่วยด้วย โดยพยาบาลต้องเพิ่มการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้เรื่องการเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจน เรื่องค่านิยมและความรู้สึกที่มีต่อการรักษาและวิธีการรักษาที่ได้รับ ทำให้

ผู้ป่วยยอมรับกับปัญหาหรือสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากตนเอง และจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน โดยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้แต่ละคนเล่าประสบการณ์การล้างไตทางช่องท้อง หรือการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อของตนเองให้กลุ่มฟังเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ป่วยซักถามปัญหาข้อสงสัย และระบายความรู้สึกเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์การปฏิบัติของตนเองได้มากขึ้นจนรู้สึกการยอมรับและพร้อมที่จะปรับตัว⁶ อันจะนำไปสู่การหาทางเลือกและรับผิดชอบในทางเลือกที่ตนเองได้ตัดสินใจแล้ว และมีส่วนร่วมในการทำงาน ออกความเห็นและการตัดสินใจ รับผิดชอบต่อตนเองและสังคม

2. บทบาทในการประเมินภาวะสูญเสียอำนาจ ค้นหา สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ของผู้ป่วย¹⁴ พยาบาลจะต้องช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และเข้าใจในปัญหาสุขภาพของตนเอง สามารถปรับตัวยอมรับปัญหาและเรียนรู้วิธีการในการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ของตนเอง โดยการใช้คำถามสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กระตุ้นให้กลุ่มผู้ป่วยคิดทบทวนเหตุการณ์ปัญหาการปฏิบัติในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของตนเอง และฝึกทักษะการค้นหาปัญหาด้วยตนเองโดยให้เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ผ่านมากับประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่น ๆ และข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนเสนอปัญหาการปฏิบัติของตนเองโดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกบนกระดานที่เตรียมไว้ และร่วมกันหาแนว

ทางการแก้ไขปัญหา⁶ สอดคล้องกับการทำโฟกัสกลุ่ม (Focus group) กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องพบว่า การทำความเข้าใจกับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต การช่วยเหลือหรือสนับสนุนของครอบครัวในการล้างไต ร่วมกับการให้ความรู้หรือการให้คำปรึกษาของพยาบาล จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย² จะเห็นได้ว่าการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการใช้เทคนิคพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตั้งเป้าหมายร่วมกัน พยาบาลมีหน้าที่ในการใช้คำถามแบบสะท้อนคิด (Reflective question) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ รับผิดชอบต่อความสามารถของตนเองในการจัดการและแก้ไขปัญหา หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอย่างเหมาะสม และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง

3. บทบาทในการให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยการใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษาเท่าที่จำเป็น ในเนื้อหาความรู้ที่ครอบคลุมความรู้ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จะต้องนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยหัวข้อความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อุปกรณ์ ขั้นตอน การทำความสะอาดมือ หลักการการเตรียมการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การดูแลข้อ

ต่อสายและแผนบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย
ภาวะแทรกซ้อนและการสังเกตอาการผิดปกติที่
ต้องมาพบแพทย์ รวมทั้งการดูแลเครื่องมือและ
จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน^{6,17} ผ่านแหล่งข้อมูลต่าง ๆ
เช่น แผ่นพับ ภาพพลิก สื่อออนไลน์ต่าง ๆ ตาม
ศักยภาพที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ทุกช่องทาง และ
ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมใน
การแก้ไขปัญหา เพื่อสร้างความรู้สึกร่วม
ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมในการ
ปฏิบัติ โดยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้คำปรึกษาจด
บันทึกเป้าหมาย และกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนด
ขึ้นแล้วอ่านทวนซ้ำเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมรับใน
กิจกรรมที่กำหนด ลงลายมือชื่อเพื่อสร้างพันธะ
สัญญาร่วมกัน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำไป
ปฏิบัติที่บ้าน⁶

**4. บทบาทการปรับเปลี่ยนความคิด
และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่มี
ประสิทธิภาพ** การช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถ
เผชิญกับปัญหา เหตุการณ์หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่มี
ผลต่อการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และมี
อำนาจตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมได้เอง จะทำ
ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อ
ปัญหา มองปัญหาที่เกิดขึ้นในทางบวก ยอมรับว่า
การแก้ไขปัญหาต้องใช้เวลาที่แตกต่างกันในแต่ละ
บุคคล รับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่ต้องจัดการ
กับปัญหาที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความ
เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นำไปสู่การ
คงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ¹⁴
โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงความสำเร็จ ปัญหาและ
อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนด
ไว้ ตลอดจนวิธีการจัดการกับปัญหาอุปสรรคของ
ตนเองประเมินผลย้อนกลับทางบวก โดยกล่าวชื่น

ชมผู้ที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
สำหรับผู้ที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย พยาบาลใช้
คำถามสะท้อนคิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุที่
ทำให้ตนเองไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย เป็นการ
นำผู้ป่วยกลับสู่ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมี
วิจารณญาณ และดำเนินการตามขั้นตอนของ
กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอีกครั้ง
หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเขียนสิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อไป
ในอนาคต และสิ่งที่ต้องเลิกปฏิบัติเพื่อกองไว้ซึ่ง
การปฏิบัติกิจกรรมการล้างไตทางช่องท้อง
แบบต่อเนื่องที่ถูกต้อง⁶

ตัวอย่างรูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้าง พลังอำนาจในการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง

รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้าง
พลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่อง
ท้องแบบต่อเนื่องมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหา
ด้วยตนเอง ส่งเสริมการตระหนักรู้ สามารถ
จัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เกิดความเชื่อมั่น
และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการล้างไตทางช่อง
ท้องแบบต่อเนื่องได้อย่างถูกต้อง อาทิเช่น

1. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง
แบบต่อเนื่อง มีขั้นตอนดังนี้ 1) การค้นพบ
สถานการณ์จริง โดยให้ผู้ป่วยขมวิทัศน์เรื่อง
“ขาดไตไม่ขาดใจ” และคู่มือการดูแลตนเอง
เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรักษาและการปฏิบัติตัว
ที่ถูกต้อง การมีส่วนร่วมในการรักษาเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการ
ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง 2) การสะท้อน
คิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยแจกกระดาษคำถาม

การวิเคราะห์ตนเอง 9 ข้อ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขับถ่าย การมีเพศสัมพันธ์ การดูแลช่องทางออกของสายล้างไต การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต การสำรวจสุขภาพตนเอง และการพบแพทย์ตามนัด 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติให้ตรงกับสภาพปัญหาของตนเอง โดยให้ความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยรายอื่น มีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อให้ความช่วยเหลือกระตุ้นเตือนการปฏิบัติการดูแลตนเอง ร่วมหาแนวทางและตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดีและมีประสิทธิภาพต่อไป โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง ให้กำลังใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เช่น การกล่าวชมผู้ป่วยด้วยความจริงใจและสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อเนื่อง ติดตามการบันทึกในแฟ้มประจำตัวผู้ป่วย⁴

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานยา ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลอารมณ์และคุณภาพชีวิต 2) ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเอง โดยแยกเป็นฐานการเรียนรู้ในแต่ละด้านของพฤติกรรม ร่วมกับการเสริมความรู้เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย แนวทางการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม 3) การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับทีมหมอครอบครัว

เพื่อเยี่ยมเสริมพลังแก้ปัญหาระดับบุคคลร่วมกับญาติผู้ป่วย โดยบันทึกในแบบติดตามรายบุคคล ภายหลังการเยี่ยมจะร่วมประชุมประเมินพฤติกรรมเสี่ยง วางแผนปัญหาร่วมกัน และพัฒนาศักยภาพในการดูแลพฤติกรรมที่มีผลต่อไต และ 4) ประสานภาคีเครือข่ายระดับชุมชนในการดูแลแบบองค์รวม ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน ชุมชน การขาดผู้ดูแล จะประสานเพื่อร่วมเยี่ยมดูแล และให้การสนับสนุนในส่วนที่ขาด¹⁸

จากตัวอย่างดังกล่าว จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ด้วยการให้ความรู้หรือการสนทนารายบุคคลร่วมกับชมสื่อดีที่ศันและคู่มือการดูแลตนเอง และฝึกทักษะการดูแลตนเอง เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและญาติ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยจัดการดูแลตนเองและตัดสินใจเลือกวิถีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจสามารถดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ ตลอดจนใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม ติดตามดูแลช่วยหาแนวทางในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยการเยี่ยมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว ลดความทุกข์ทรมานกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

สรุป

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างพลังใจ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถปฏิบัติการแก้ไขปัญหาลงมือดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้การดำเนิน

ชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่จะตอบสนองความต้องการด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์ของผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้จะต้องสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ทีมพยาบาล ผู้ดูแล สร้างความตระหนักถึงปัญหา ผลกระทบจากโรคของผู้ป่วย รวมทั้งความเข้าใจแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างถูกต้อง และพยาบาลจะต้องพัฒนาทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวเองของพยาบาลผู้ดูแล เพื่อนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

References

1. Chosivasakul K, Piaseu N. Outcomes of empowerment in patient with complex chronic kidney stage 3: A case report. TJNMP 2019; 6(1): 87-99. (in Thai)
2. Baumgart A, Manera KE, Johnson DW, Craig JC, Shen JI, Ruiz L, et al. Meaning of empowerment in peritoneal dialysis: focus groups with patients and caregivers. Nephrol Dial Transplant 2020; 35(11): 1949-58.
3. Unprasert P, Bumrungrachpukdee P, Yongsiri S, Dinchuthai S, Chaivanit T. BJM 2019; 6(1): 11-23. (in Thai)
4. Nilphat T. The outcomes of empowerment program on knowledge and self-care behaviors in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis, Suratthani Hospital. Reg 11 med 2017; 29(4): 557-96. (in Thai)
5. Sutrisno S, Fawzi A. Analysis of chronic kidney diseases patients With CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) and hemodialysis reviewed from kidney function (Ureum And Kreatinin). IJNER 2018; 1(3): 169-72.
6. Kosintorn P, Unahalekhaka A, Kasatpibal N. Effect of empowerment on infection prevention practices and incidence of infections among patients with continuous ambulatory peritoneal

- dialysis. *Nursing J* 2015; 42(special): 1-12. (in Thai)
7. Duarsa GWK, Udrayana O, Kandarini Y, Widiana R, Marleen. Factors that influence peritonitis events on patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in Sanglah General Hospital, Denpasar-Bali, Indonesia. *NSMC* 2020; 3(3): 82-6.
8. Tiawilai T, Tantivivhitvej R. The incidence and risk factors of first peritonitis episode in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients of photharam hospital. *Reg 4-5 Med J* 2020; 39(1): 51-64. (in Thai)
9. Kokubu M, Matsui M, Uemura T, Morimoto K, Eriguchi M, Samejima K, et al. Relationship between initial peritoneal dialysis modality and risk of peritonitis. *Sci Rep* 2020; 10(1): 1-6.
10. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J ADV NURS* 1995; 16: 354-61.
11. Poomsanguan K. Health empowerment: Nurse's important role. *JRTAN* 2016; 15(3): 86-90. (in Thai)
12. Dar MI, Jan I, Bhat MA. Clinical profile and complications of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis in Kashmir. *Int J Contemp Med* 2020; 7(4): 1-5.
13. Kotchasene P. Renal replacement therapy [Internet]. 2021 [cited 2021 April 21]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/.pdf>
14. Dangdomyouth P, Malai Ch, Kanhadilok S. Health empowerment: Nurse's role. *Journal of Nursing Division* 2017; 44(2): 159-68. (in Thai)
15. Pongkerd R, Choowattanapakorn T. The effect of empowerment program on self-care behavior in the older persons with chronic kidney disease receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *KJN* 2016; 23(2): 165-82. (in Thai)
16. Isarankura Na Ayudhya V. Empowerment of patients with diabetes mellitus and hypertension disease in community: Concept application. *CAS Journal* 2014; 2(2): 14-20. (in Thai)
17. Prachumchalad J, Pangsuk P. The effect of a planned teaching program on knowledge, attitude and behavior in end stage renal disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *udhhosmj* 2021; 29(2): 249-59. (in Thai)

18. Setboonsrang K, Prasomrak P. The care model development for end stage renal disease patient who had renal replacement therapy on self-care and quality of life in loengnoktha crown prince hospital, yasothon province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University Journal 2016; 4(4): 485-503. (in Thai)

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข รวมถึงนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข สถานภาพคุณภาพของวารสารในปัจจุบัน (พ.ศ. 2563) อยู่ในระดับ วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปแบบ และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจาก โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดัชนีฉบับสำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ นั่นคือเหตุผลว่าเราต้องปรับปรุงคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์ เพื่อความสะดวกแก่การพิจารณาจึงขอแนะนำการเขียนและเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข หรือพยาบาลอนามัยชุมชน การสาธารณสุข
2. รายงานการวิจัยทางการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณี ศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟู งานด้านวิชาการ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า หรือสิ่งที่น่าสนใจ
5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการพยาบาลสาธารณสุข

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทวิจัยหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและงานวิจัย

ต้นฉบับพิมพ์ด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า A4 (15 หน้า B5) (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง) ส่งต้นฉบับ ทาง Online ใน website ของสมาคมฯ หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียน ตามแบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**
2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้รับผิดชอบหลัก ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Key word) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
- 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
- 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีส่วนอะไรบ้าง สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด ในกรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 3 การเก็บข้อมูลอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อนเนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชาวนากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชาวนามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่เกิน 3 ตาราง เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean $\pm$ Standard Deviation)	48.5 $\pm$ 10.5		49.5 $\pm$ 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

- 4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ
- 4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้
- 4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่ามีได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน ระบบ **Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท ถ้าสามารถใช้ End Note ได้จะดี

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำหรับปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ให้เสนอผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเนื้อหาอย่างน้อย 2 ท่าน พร้อมระบุ e - mail เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ รวมถึงเหตุผลในการเลือก อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเลือกผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นอยู่กับกองบรรณาธิการและดุลยพินิจของกองบรรณาธิการในการประเมินคุณภาพบทความ

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ ตามประกาศ ก.พ.อ.

คณะทำงานกองบรรณาธิการขอแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในบทความของท่านตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้ที่รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์ แล้วส่งให้ผู้แต่งตรวจทานแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง**Journal artical**

ผู้แต่ง 1 คน

Sakompanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2011; 28: 44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res 2014; 28(1): 23-30. (in Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care 2004; 27 (9): 2154-60.

Book

ผู้แต่ง 1 คน

Pichayapinyo. Nursing theory and application: individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

Organization

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P. The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

Chapter in the book

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. p.20. (in Thai)

Agency publication

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO; 2005.

Conference proceedings

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014. p.154-68. (in Thai)

Thesis

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University; 2014.

Website

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.

Patent

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13; 2005.

General Article and Reviews

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

ค่าใช้จ่ายในการยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความตามประกาศใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

1. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีปกติ
 - 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 3,000 บาท
 - 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 4,000 บาท
2. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน
 - 2.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 8,000 บาท
 - 2.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 10,000 บาท

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

***กรณีบทความมีความยาวเกินกว่า 12 หน้า A4 (15 หน้า B5) จะมีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นหน้าละ 1,000 บาท**

****ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2565)**

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

หมายเหตุ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมในการตีพิมพ์

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....
ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	☐ รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	☐ ราย 3 ปี	อัตราค่าสมาชิก	2,500.00 บาท

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม
และได้ส่งเงิน จำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 254-2-04516-0 ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”
และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E-mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....
(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....
(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

.....
.....

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐ บทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังนี้

.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/ บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/ หนังสือ/ เอกสารวิชาการอื่น ๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/ บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อสกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/ บทความ ที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ

ที่อยู่

E-mail address:

โทรศัพท์ โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์ และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว