



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X (print) ISSN 2651-0944 (online)

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562 Vol. 30 No. 1 January - June 2019



รายงานการวิจัย

- พลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน
- การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- การเสริมสร้างการจัดการการครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง
- รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล
- การศึกษาความคาดเคลื่อนทางอาการการสั่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแหลมงอบ จังหวัดตราด
- ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- การพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสงขล
- ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลแผนกการเคลื่อนที่หรือทางร่างกาย
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
- การพัฒนาฐานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขล
- พลของการใช้นวัตกรรมวงล้อการถอดต่อความรู้และทักษะการประเมินกลไกการถอดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครุฑกัอย่างรวดเร็วยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
- พลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความสามารของตนเองและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด
- การพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บทความวิชาการ

- การพยาบาลเพื่อการกั๊งค้ำของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก
- บทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคลอดโดยใช้เครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง

บทความพิเศษ

- การดูแลพระภิกษุอาพาธสำหรับพยาบาล ตอนที่ 1: การดูแลพระภิกษุอาพาธที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562 Vol. 30 No. 1 January - June 2019

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ข.ทองเกษร ลาดพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
ดร.มณฑนา เหมชะญาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
นางสาวเพ็ญภา พิสัยพันธ์ุ

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางคณิตสร เจริญกิจ

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

1. ผศ. ดร.ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล

2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ

3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

4. ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา

5. รศ. ดร.อรพรรณ ไตสิงห์

6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

7. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์

8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

1. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก

2. นางสาวกรรณิการ์ แซ่ตั้ง

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

ฝ่ายจัดการ

1. นายคณิง สัตร์รักษ์

2. นางสาวชลิตา วรอุทัยพิศาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

(รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

(รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 2. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัชพัชร สุกุลสันติพร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ผศ. ดร.ถาวร มาตัน | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาวี่ จันทนะโสตร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ดร.เพชรรัตน์ เจริญรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 11. ผศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 12. ดร.วรพล แวงนอก | บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 13. ดร.ศรีสกุล เจียบแหลม | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 14. ดร.ทองสวย สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.รัชมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.ดาราวรรณ รongเมือง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ผศ. ดร.ปราณี ธีรโสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 20. ดร.ชดช้อย วัฒนนะ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562 Vol. 30 No. 1 January - June 2019

หน้า

รายงานการวิจัย

- ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน
มุกดาวรรณ ผลพานิช ชนิตดา แนบเกษร ดวงใจ วัฒนสินธุ์ 1
- การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 15
กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ จารุณี ชาวแจ้ง จริญญา วรรณโชติ
จารุวรรณ ท่าม่วง
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
รพีพรรณ เนาวประดิษฐ์ สุภาภรณ์ ดวงแพง วัลภา คุณทรงเกียรติ 27
- การเสริมสร้างการจัดการการระคบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลระยอง 40
นันทนา ชูยิ่งสกุลทิพย์ เพ็ญภา กุลนภาดล ประชา อึ้ง
- รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล 54
สายใจ จารุจิตร ราตรี อร่ามศิลป์ วรรณศิริ ประจันโน
- การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์
แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแหลมงอบ
จังหวัดตราด 69
ศิริพร ขาวคม ปวีณา สนธิสมบัติ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ
ของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 77
สุกัญญา พิมพ์าเรือ ปิยธิดา ตรีเดช สุนธธา ศิริ
ศักดา ตรีเดช
- การพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสงฆ์
ระพีวรรณ อรุณสุริยศักดิ์ สมชาติ ไตรรักษา 88
- ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 102
เสาวภา เล็กวงษ์ วรรณรัตน์ ลาวัณ สมสมัย รัตนกรัทกุล
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้
ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของ
ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 113
ยุววรรณภา แทนมณี อภรณ์ ดินาน วัลภา คุณทรงเกียรติ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออก
ในทางเดินอาหารส่วนต้น 125
อรพรรณ บุญลือ วัลภา คุณทรงเกียรติ เขมารดี มาสิงบุญ





รายงานการวิจัย

- การพัฒนางานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์
เพชรชนี วงศ์มาก สมชาติ ไตรรักษา 138
- ผลของการใช้นวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอต่อความรู้และทักษะการประเมินกลไกการคลอ
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
กฤษณี สุวรรณรัตน์ กรรณิการ์ แซ่ตั้ง วารัญญา ชลธารกัมปนาท 152
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครุฑอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครุฑวัยรุ่น
มณิสรา ห่วงทอง วรณิ เดียวอักษรศรศ วรณทนา ศุภสีมานนท์ 161
- ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบปรับระดับประคองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจ
ในการเลิกเสพยาเสพติดในวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน
สุนทรีย์ โบราณ ชนิตดา แนนเกษร ดวงใจ วัฒนสินธุ์ 173
- การพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
รัชชนก กลิ่นชาติ บุศริน เอี้ยวสีหยก ธีสมน นามวงษ์
กวิทย์ พาสนาโสภณ สุมาลี ราชนิยม 188
- การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้
ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี
นุชนาก ประกาศ จิตติยา สมบัติบุรณ์ สุกัญญา ชันวิเศษ 200

บทความวิชาการ

- การพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก
กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ สุภา คำมะฤทธิ์ 216
- บทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคลอดโดยใช้เครื่องมือติดตาม
อัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง
จารีศรี กุลศิริปัญญา 226

บทความพิเศษ

- การดูแลพระภิกษุอาพาธสำหรับพยาบาล ตอนที่ 1: การดูแลพระภิกษุอาพาธที่มาใช้บริการ
แผนกผู้ป่วยนอก
ชดช้อย วัฒนะ 239

ส

า

ร

บ

ญ

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัย ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความ วิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก และการเฝ้าระวังสุขภาพทารก ในครรภ์ระยะรอคลอด สำหรับบทความพิเศษนั้นเกี่ยวกับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มารับบริการแผนก ผู้ป่วยนอก คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการ วารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้ เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ ในวารสารฯ ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสารฯ และดำเนินการส่งต้นฉบับผ่านทางระบบวารสารออนไลน์มายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ
บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน*

The Effect of Cognitive-behavioral Group Modification Program on Self-esteem and Depression of Community-dwelling Older Adults*

มุกดาวรรณ พลพานิช, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Mukdawan Pholpanich, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

ชนัดดา แนบเกษ, Ph.D. (Medical Science)²

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing)³

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science)²

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing)³

Received: February 28, 2019 Revised: March 25, 2019 Accepted: March 27, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแก่ง จังหวัดระยอง จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มแบบทดสอบสภาพสมองของไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่น .81 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีความเชื่อมั่น .93 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 2 ธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent *t*-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหำบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: mukdawan.pn@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 3) ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรมุ่งนำหลักการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of cognitive-behavioral group modification program on self-esteem and depression of community-dwelling older adults. The samples consisted of 24 community-dwelling older adults who lived in the responsibility area for public health service of Klaeng Hospital, Rayong Province and were equally divided into an experimental group ($n = 12$) and a control group ($n = 12$). The research instruments comprised the cognitive-behavioral group modification program, the Thai Mental State Examination, a questionnaire of demographic data, the Rosenberg Self-esteem Scale with the reliability of .81, and the Beck Depression Inventory IA with the reliability of .93. The implementation and data collection were conducted from October 1 to December 2, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t -test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni.

The research results revealed that 1) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean score of self-esteem than the control group ($p < .001$); 2) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant lower mean score of depression than the control group ($p < .001$); and 3) at pre-test, post-test, and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant different mean scores of self-esteem and depression ($p < .001$).

This research suggests that health care providers should appropriately apply the principles of cognitive-behavioral group modification for community-dwelling older adults with depression in order to enhance self-esteem and reduce depression among these community-dwelling older adults.

Keywords: Cognitive-behavioral group modification, Self-esteem, Depression, Older adult

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่มี คุณภาพมากขึ้น ทำให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพและ ป้องกันการเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว มากขึ้น สำหรับประเทศไทย มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.32 ของประชากรรวม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายพบตั้งแต่ระดับเซลล์ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ระบบทางเดิน อาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และ ระบบประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ เสื่อมลง ส่วนการเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหงา ซึมเศร้า และสิ้นหวัง (Staab & Hodges, 1996) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เนื่องจากเป็นวัยเกษียณอายุ ต้องออกจากงาน ทำให้สูญเสีย สถานภาพและบทบาท ต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดคนคอยดูแล ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง อาจเกิด ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า แยกตัว และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ซึ่งพบได้ร้อยละ 20 (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่จิตใจไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ รอบตัว แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ สิ้นหวัง ความสามารถในการทำกิจกรรม ต่าง ๆ ลดลง ต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อผู้อื่น ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองลดลง นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในทาง พยาธิสรีรวิทยาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการปรับตัว ของสารสื่อประสาท นอร์อีพิเนพริน (norepinephrine) และซีโรโทนิน (serotonin) ที่ปรับระดับลดลง ซึ่งเป็น สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (ชนัดดา แนบเกษร, 2549; มาโนช หล่อตระกูล, 2550) หากภาวะซึมเศร้า มีอาการรุนแรงมากขึ้น อาจมีความคิดอยากตายหรือ

ต้องการฆ่าตัวตายได้ (อรพรรณ ทองแดง, 2551)

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายถึง 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุ (Murphy, 2000) และจากการศึกษา ของพัชรภรณ์ ไซสังข์, สิริกร สุวัชฌ์ฐา, ปรีมวิชญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขนะเชียร (2556) พบว่า ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังในเขตเมืองมีระดับภาวะซึมเศร้าสูง ร้อยละ 66.40 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 22.30 ปัจจัยด้านสถานภาพ สมรสคู่ สัมพันธภาพ ระยะเวลา และความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ระดับภาวะซึมเศร้า ส่วนอายุ สถานภาพสมรสฝ่าย และ ระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาของวรัทยา ทัดหล่อ, ภาวนา กิรติยดวงศ์, ชนัดดา แนบเกษร, และ นิภาวรรณ สามารถกิจ (2555) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.90 โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรทำนายภาวะ ซึมเศร้าได้ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึก ยอมรับนับถือตนเองและรับรู้คุณค่าของตนเอง (Rosenberg, 1965) ทั้งนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเกิดขึ้นหลังจาก ที่บุคคลได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรัก ความเป็นเจ้าของ ซึ่งบุคคลจะรู้สึกว่าตนเอง มีประโยชน์ และต้องการแสดงความสามารถต่าง ๆ ที่มีอยู่ อันเป็นความสามารถบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจ (Gibson, 1980) เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จะทำให้มองตนเองและสิ่งแวดล้อมในทางลบ ส่งผลให้ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ในปัจจุบัน มีการพัฒนาโปรแกรมที่หลากหลาย ในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้า ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งการบำบัดโดยใช้โปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ที่ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีทางปัญญาตามแนวคิดของ Beck (1976) สามารถ เสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้เพิ่มขึ้น และลด ภาวะซึมเศร้าได้ (กัญญาณัฐ สุภาพร, 2555; นวพร นาวิสาร, 2554) และยังเป็นวิธีบำบัดรักษารูปแบบหนึ่งของการให้ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
4. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

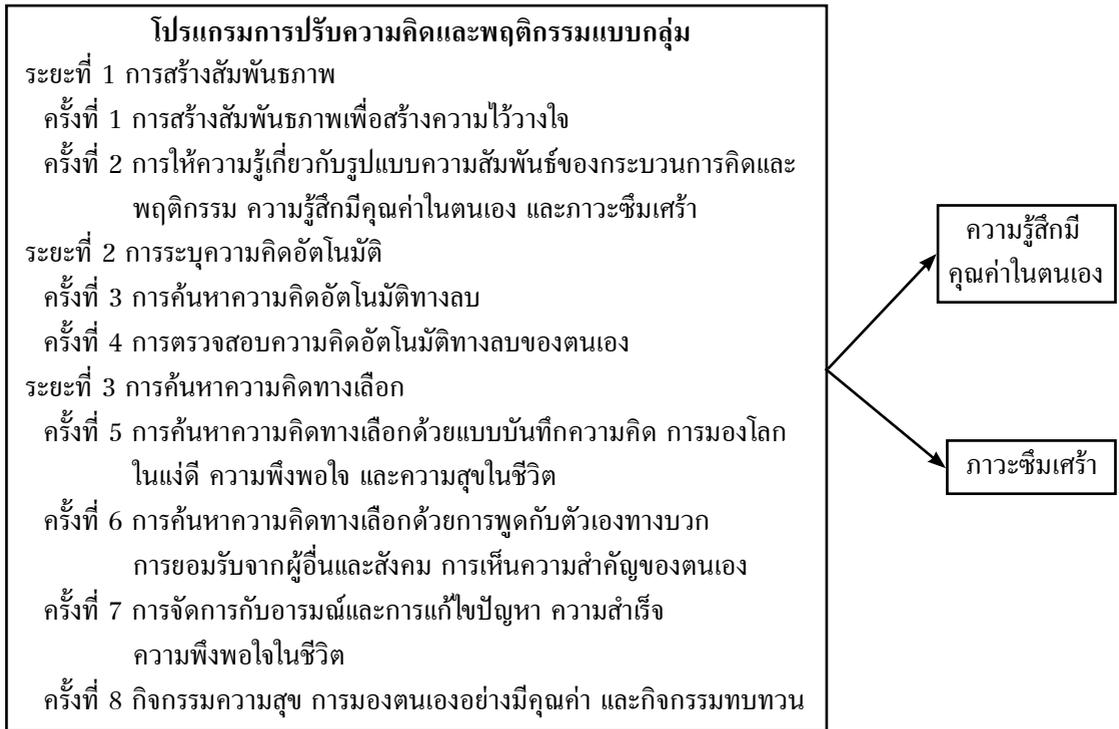
2. ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3. ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน

4. ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางปัญญาตามแนวคิดของ Beck (1976) และองค์ประกอบสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) โดยจัดกิจกรรมตามระยะต่างๆ ของโปรแกรม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ความคิดอัตโนมัติทางลบ และปรับความคิดไปในทางที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม เรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้า สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแก่ง จังหวัดระยอง ในปี พ.ศ. 2558 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination [TMSE]) 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 3) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA]) 4) ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

5) ไม่เป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการกำเริบหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง 6) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม 7) มั่นใจว่าสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มได้ครบตามที่กำหนด และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น มีการกำเริบของโรคที่เป็นอยู่ มีอารมณ์แปรปรวน 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของ Yalom (1995) ที่ว่า ควรมีสมาชิกจำนวน 8-12 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางปัญญาตามแนวคิดของ Beck (1976) และองค์ประกอบสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) แบ่งออกเป็น 3 ระยะเวลาประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ มีกิจกรรม 2 ครั้ง คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจและการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดและพฤติกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 การระบุนุความคิดอัตโนมัติ มีกิจกรรม 2 ครั้ง คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง

ระยะที่ 3 การค้นหาความคิดทางเลือก มีกิจกรรม 4 ครั้ง ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยแบบบันทึกความคิด การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจ และความสุขในชีวิต 2) การค้นหาความคิดทางเลือกด้วยการพูดกับตัวเองทางบวก การยอมรับจากผู้อื่นและสังคม การเห็นความสำคัญของตนเอง 3) การจัดการกับอารมณ์และการแก้ไขปัญหา ความสำเร็จ ความพึงพอใจในชีวิต และ 4) กิจกรรมความสุข การมองตนเองอย่างมีคุณค่า และกิจกรรมทบทวน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสภาพสมองของไทย ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้สถานที่ ด้านความจำ ด้านความตั้งใจ ด้านการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา และด้านความจำเฉพาะหน้า คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน หากได้คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนนแสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานะระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอ

ของรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และโรคประจำตัว จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่เขาวัดลักษณะมหาลิทธิวัฒน์ (2529) แปลและดัดแปลงจาก Rosenberg Self-esteem Scale (RSES) ของ Rosenberg ปี ค.ศ. 1965 ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนนคะแนนรวมน้อยหมายถึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่มุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แปลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ปี ค.ศ. 1967 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ที่บ่งชี้ถึง การไม่มีภาวะซึมเศร้า การมีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ การมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และการมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ในระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) ในระดับมาก (20-29 คะแนน) และในระดับรุนแรง (30-63 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยจิตแพทย์ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง นักจิตวิทยาคลินิก และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้ค่าความสอดคล้องของ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (interrater opinion) เท่ากับร้อยละ 90 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแก่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 01-06-2559 วันที่ 22 สิงหาคม 2559) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่ง จากนั้นเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การให้คำปรึกษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล สังเกตพฤติกรรม และบันทึกการทำกิจกรรมแต่ละครั้งของโปรแกรม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยได้ฝึกการสังเกตและการบันทึก ร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองในวันจันทร์ และพบกลุ่มควบคุมในวันพุธ แนะนำตัว และดำเนินการ

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และวันศุกร์ เวลา 09.00-10.30 น. ณ ห้องประชุมศูนย์การเรียนรู้ของตำบล ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากที่มสุขภาพของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแก่ง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินอาการ การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษารายบุคคล และการติดตามเยี่ยมบ้าน

5. ในสัปดาห์ที่ 4 วันศุกร์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ตอบแบบประเมินดังกล่าวในวันพุธ

6. ในสัปดาห์ที่ 8 วันศุกร์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลา 15-20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ตอบแบบประเมินดังกล่าวในวันพุธ

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 2 ธันวาคม 2559 เมื่อเสร็จสิ้นระยะติดตามผล 1 เดือน และวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test ส่วนการเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง

กับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.70 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100 และ 91.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 และ 66.70 ตามลำดับ มีอาชีพค้าขาย และอื่นๆ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.70 และ 25 ตามลำดับ มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.70 เท่ากัน ความเพียงพอของรายได้ คือ มีรายได้เพียงพอ มีเงินเก็บ คิดเป็นร้อยละ 25 และ 41.70 ตามลำดับ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.30 และ 50 ตามลำดับ และโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และ 33.30 ตามลำดับ

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 21.42 ($SD = 2.35$), 27.67 ($SD = 5.03$) และ 31.83 ($SD = 4.41$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 20.67 ($SD = 2.27$), 20 ($SD = 2.41$) และ 19.08 ($SD = 4.01$) ตามลำดับ

3. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 15.08 ($SD = 2.11$), 8.42 ($SD = 2.68$) และ 2.25 ($SD = 1.06$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 15 ($SD = 3.16$), 11.67 ($SD = 3.75$) และ 12 ($SD = 2.95$) ตามลำดับ

4. การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
กลุ่มทดลอง	12	21.42	2.35	.795	.435
กลุ่มควบคุม	12	20.67	2.27		
ภาวะซึมเศร้า					
กลุ่มทดลอง	12	15.08	2.11	.076	.940
กลุ่มควบคุม	12	15.00	3.16		

5. การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชุมชน ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	39574.22	1	39574.22	1265.970	< .001
ความคลาดเคลื่อน	687.72	22	31.26		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	239.53	2	119.76	32.310	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	435.36	2	217.68	58.720	< .001
ความคลาดเคลื่อน	163.11	44	3.71		
ภาวะซึมเศร้า					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	8299.01	1	8299.01	495.720	< .001
ความคลาดเคลื่อน	368.31	22	16.74		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	769.44	2	384.72	127.810	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	300.11	2	150.06	49.850	< .001
ความคลาดเคลื่อน	132.44	44	3.01		

6. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองฯ	ติดตามผล 1 เดือน
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง				
ก่อนการทดลอง	21.42	-	6.25**	10.41**
หลังการทดลองฯ	27.67	-	-	4.16*
ติดตามผล 1 เดือน	31.83	-	-	-
ภาวะซึมเศร้า				
ก่อนการทดลอง	15.08	-	6.66**	12.83**
หลังการทดลองฯ	8.42	-	-	6.17*
ติดตามผล 1 เดือน	2.25	-	-	-

* $p < .01$, ** $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีบำบัดที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยมีหลักการบำบัดที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดบิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผล รู้จักการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดบิดเบือน

มีความเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตามมา ทำให้บุคคลเกิดความไม่พอใจ มีความทุกข์ทงใจ เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (อรวรรณแผนง, 2556) ซึ่งโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน เห็นความสำคัญของการเข้ากลุ่ม ได้พัฒนาความไว้วางใจ มีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดความเป็นปึกแผ่น ทำให้มองว่ากลุ่มเป็นเสมือนบ้านของตนที่สามารถพูดถึงปัญหาและทำงานร่วมกันต่อปัญหาด้วยความตั้งใจและเห็นอกเห็นใจกัน และปฏิบัติตามกติกาอย่างเต็มที่ (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551) ซึ่งนำไปสู่การทำงานร่วมกันในกิจกรรมครั้งต่อ ๆ ไป กิจกรรมครั้งที่ 2 ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า และ

ให้ฝึกการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ กิจกรรมครั้งที่ 3-4 ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง โดยผู้นำกลุ่มได้ยกตัวอย่างสถานการณ์ “บุตรสาวนัดมารดาทานอาหารมือเย็นนอกบ้าน เมื่อใกล้ถึงเวลา บุตรสาวบอกว่ามาไม่ได้” และให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันนึกถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น คิดถึงเหตุการณ์ที่พบในชีวิตประจำวัน โดยเชื่อมโยงกับรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1995) ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้และเข้าใจลักษณะความคิดอัตโนมัติ และเชื่อมโยงกับอารมณ์ในขณะนั้น ซึ่งสมาชิกมีความเข้าใจในการใช้หลักฐานสนับสนุนความคิดและหลักฐานคัดค้านความคิด โดยปรับความคิดใหม่ว่า “วันนี้บุตรสาวติดธุระ วันอื่นค่อยไปทานอาหารด้วยกัน” กิจกรรมครั้งที่ 5 ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ค้นหาความคิดทางเลือก โดยมีมุมมองต่อความคิดไปในทางบวกที่สมเหตุสมผล และตรงกับความเป็นจริง ดังตัวอย่างสถานการณ์ “ลูกไม่มาเยี่ยมในวันแม่” โดยสมาชิกกลุ่มมีความคิดว่า “ลูกไม่รัก” แต่ความคิดใหม่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม คือ “ลูกยังรักแม่อยู่ แต่วันนี้มันงานด่วน ยังมาไม่ได้” กิจกรรมครั้งที่ 6 ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ค้นหาความคิดทางเลือกด้วยการพูดกับตัวเองทางบวก และได้รับการยอมรับจากผู้อื่นและสังคม เพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในอดีต และแบ่งปันให้บุคคลอื่นได้รับรู้ ทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับการชื่นชมเกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจในตนเอง มองเห็นความสำคัญและเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 7 และครั้งที่ 8 ช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถจัดการกับอารมณ์และแก้ไขปัญหาของตนเอง และได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด รวมทั้งการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและในชีวิตประจำวัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักรู้ เข้าใจความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไปสู่ความคิดทางบวก อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (Beck, 1995)

ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความสุขและมองตนเองอย่างมีคุณค่า นอกจากนี้ การที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มได้แสดงให้เห็นถึงความห่วงใยกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าคุณค่าไม่โดดเดี่ยว และมีกำลังใจ จึงทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และภาวะซึมเศร้าลดลง

สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่มีส่วนช่วยในการปรับความคิดและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม คือ การที่ผู้นำกลุ่มได้ให้การบ้านแบบง่ายและไม่ยุ่งยากสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้ฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบและหลักฐานสนับสนุนความคิดทางบวก แล้วนำมาเล่าในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้และฝึกประสบการณ์จริงในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง สามารถปรับความคิดทางลบไปสู่ความคิดใหม่ที่ยึดหยุ่นในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นเทคนิคหลักในการปรับความคิดและพฤติกรรม (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ส่งผลให้สมาชิกตระหนักถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองมากขึ้น มีทัศนคติต่อตนเองในทางบวก เกิดความรู้สึกเคารพตนเอง มองตนเองอย่างมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น ทำให้เกิดความพึงพอใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้นทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Sullivan, 1953 as cited in Antai-Otong, 2003)

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า ระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกกลุ่มได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 8 ครั้งของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ซึ่งในกิจกรรมแต่ละครั้ง สมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยจะไม่ได้ให้ความรู้และจัดกิจกรรมอื่นแต่อย่างใด แสดงให้เห็นว่าเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน สมาชิกกลุ่มยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปใช้ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณัฐ สุภาพร (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai-Hwei Chen (2008 อ้างถึงในปริวัตร ไชยน้อย, 2551) ที่พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังติดตามผลการทดลอง 1 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 นุคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ควรนำหลักการไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้ป่วย

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำหลักการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ไปสอดแทรกในเนื้อหาการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และมีการติดตามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าเป็นระยะๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลด้านความคงอยู่ของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
กัญญาณัฐ สุภาพร. (2555). *ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชนิดดา แบนเกษร. (2549). *เอกสารประกอบการสอนเรื่อง พยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาเพื่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง*. ชลบุรี: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

นวพร นาวิสาคร. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปริวัตร ไชยน้อย. (2551). การประเมินผลการรักษาด้วยวิธีกลุ่มบำบัดพฤติกรรมและความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าและความมีคุณค่าในตนเอง. *วารสารสวนปรุง*, 24(1), 68-76.

พัชรภรณ์ ไชยสังข์, ลีกร สุวัชฌัญญา, ปริมวิษญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขนะเชียร. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 27-37.

ภัทราภรณ์ พุงปันคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินต์ติ้ง.

มานิช หล่อตระกูล. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาศิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรัทยา ทัดหล่อ, ภาวนา กิริติยวงศ์, ชนิดดา แบนเกษร, และนิภาวรรณ สามารถกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 57-69.

- วลัยพร นันท์สุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: การพิมพ์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *รายงานประชากรรวม*. นครปฐม: ผู้แต่ง.
- อรพรรณ ทองแดง. (2551). *มารู้จักโรคซึมเศร้ากันเถอะ*. สืบค้นจาก <http://www.Herbalone.net.designet>
- อรวรรณ แผนคง. (2556). *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- Antai-Otong, D. (2003). *Psychiatric nursing: Biological & behavioral concepts*. New York: Thomson Delmar Learning.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Gibson, D. E. (1980). Reminiscence self-esteem and self-other satisfaction in adult male alcoholics. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 18(3), 7-11.
- Murphy, S. (2000). Provision of psychotherapy services for older people. *Psychiatric Bulletin*, 24(5), 181-184.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Staab, A. S., & Hodges, L. C. (1996). *Essential of gerontological nursing: Adaptation to the aging process*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Book.
-

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
The Development of Operational Guideline for Enhancing
Early Childhood Well Being at the Child Development Center,
Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

กัญญาพัชร นียมวิทย์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)¹
Kanyapat Niyomvit, M.N.S. (Nursing Administration)¹
จริยาพร วรณโชติ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)³
Jariyaphon Wannachot, M.N.S. (Pediatric Nursing)³

จารุณี ขาวแจ่ม, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)²
Charunee Klaojang, M.Sc. (Public Health)²
จารุวรรณ ท่วม่วง, พย.บ.⁴
Charuwan Tarmong, B.N.S.⁴

Received: January 28, 2019 Revised: March 29, 2019 Accepted: April 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และนักศึกษาพยาบาล รวมจำนวน 107 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก มีค่าความเชื่อมั่น .68 และแบบสะท้อนคิดเกี่ยวกับสมรรถนะตนเองของครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นประเมินผล ขั้นปรับปรุงพัฒนา และขั้นบูรณาการ ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

¹พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

¹ Registered Nurse, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kanyapat2@pnc.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

³ Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

⁴พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

⁴ Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัย คือ การทำให้บุคลากรและการบริหารจัดการมีคุณภาพ จึงเพิ่มศักยภาพแก่ครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง โดยการศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งพบว่าหลังพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัย ครูปฐมวัยและพี่เลี้ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ ควรนำแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัยครั้งนี้ไปเป็นต้นแบบในการดำเนินงาน และนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง ได้แก่ การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการอบรมเชิงปฏิบัติการ ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง
คำสำคัญ: สุขภาวะ เด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

This participatory action research aimed to develop operational guideline for enhancing early childhood well being at the child development center, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi. 107 participants consisted of personnel working for child development center, parents, and nursing students. The research instruments were composed of a focus group interview guide, a questionnaire of satisfaction with the reliability of .90, a test of health care for childhood with the reliability of .68, and a form of capability reflection. The implementation and data collection were conducted through 5 steps:- plan, do, check, act, and integrated from January to July, 2018. Content analysis, mean, and standard deviation were used for data analysis.

The research results revealed that the operational guideline for enhancing early childhood well being was promoting quality of personnel and management. Site visit, knowledge sharing, and operational training were held in order to raise competencies of teachers and babysitters. It was found that both teachers and babysitters had higher knowledge, capabilities, and applications.

This research suggests that other child development centers should apply this operational guideline for enhancing early childhood well being as well as hold site visit, knowledge sharing, and operational training in order to raise competencies of teachers and babysitters.

Keywords: Well being, Early childhood, Child development center

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กปฐมวัยอยู่ในช่วงวัยที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาชีวิตของเด็ก โดยเริ่มจากช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 6 ปีบริบูรณ์ หรือก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 การเรียนรู้ของเด็กวัยนี้ถือเป็นยุคทองของสมองที่เปิดรับสิ่งต่างๆ ได้ดีที่สุด สามารถพัฒนาได้อย่างรวดเร็วทั้งด้านภาษา ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะทักษะด้านพฤติกรรม เช่น ความรับผิดชอบ ความสามารถในการคิด ซึ่งทักษะเหล่านี้เป็นทักษะพื้นฐานที่จะต่อยอดไปสู่การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่สูงขึ้น เช่น การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ หากเลยช่วงเวลาที่สำคัญนี้ไป จะเป็นการทำลายโอกาสในการพัฒนาทักษะสำคัญของการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตที่ประสบความสำเร็จ อันจะพัฒนาไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์และการเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559) ในสถานการณ์ปัจจุบันของไทย พบปัญหาเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าไม่สมวัย จากข้อมูลปี 2561 ของกรมสุขภาพจิต (2561) พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 8,006 คน ในจำนวนนี้มีเพียง 2,440 คน หรือร้อยละ 30.48 ที่สามารถติดตามให้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ อีกร้อยละ 19.19 อยู่ระหว่างการติดตาม และร้อยละ 50.85 ไม่สามารถติดตามได้ และในจำนวนที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ มีส่วนที่เข้ารับการกระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ถึง 1,160 คน สะท้อนให้เห็นว่ายังคงมีเด็กพัฒนาการล่าช้าจำนวนมากที่ขาดโอกาสในการกระตุ้นให้กลับมามีพัฒนาการและฉลาดสมวัย เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะส่งผลต่อการเรียนรู้ มีปัญหาในการอ่าน การเขียน การคำนวณ การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย มีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับเพื่อน (สถาบันราชานุกูล, 2555) นับเป็นวิกฤตร้ายแรงต่อการพัฒนาคุณภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการสร้างประเทศให้เจริญรุ่งเรือง มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน (คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย, 2561) หลายหน่วยงานของภาครัฐเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาพัฒนาการล่าช้า จึงเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหา รวมถึงพัฒนามาตรฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ รับผิดชอบการดำเนินงานภายใต้โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้บูรณาการงานของ 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ ตั้งแต่ปี 2558 ถึงปี 2561 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กไทยร้อยละ 85 มีพัฒนาการสมวัยและลดปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เหลือไม่เกินร้อยละ 15 ซึ่งการดำเนินงานแบ่งออกเป็นระดับกระทรวงและระดับภูมิภาค สนับสนุนด้านวิชาการ และสนับสนุนการดำเนินงาน กำกับ ติดตามเชิงบริหารจัดการ กลไกการดำเนินงาน และคุณภาพการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 4 ช่วงวัย นอกจากนี้ยังได้จัดทำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติขึ้น เพื่อเป็นมาตรฐานกลางให้ทุกหน่วยงานใช้ร่วมกันในการประเมิน พัฒนาคุณภาพการบริการดูแล พัฒนา และจัดการศึกษา ประกอบด้วยมาตรฐานด้านที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มาตรฐานด้านที่ 2 ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแลและจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย และมาตรฐานด้านที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย (คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย, 2561) ในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว จัดโครงการสร้างเสริมศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสุขภาวะเด็กปฐมวัย (capacity of a community treasures for early childhood health [COACT]) ในพื้นที่ภาคกลาง ภาคตะวันตก และภาคตะวันออก เพื่อให้เกิดระบบและกลไกระดับจังหวัด โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายในการดูแลเด็กปฐมวัยของแต่ละจังหวัดอย่างเป็นระบบ และนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ พร้อมประกาศนโยบายสาธารณะเพื่อเด็กปฐมวัยระดับภาคทั้ง 5 ระบบ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบการจัดหลักสูตรประสบการณ์เรียนรู้ ระบบการดูแลสุขภาพ และระบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน

นำไปสู่ทิศทางการขับเคลื่อนงานปฐมวัยไปสู่การพัฒนา นโยบายสาธารณะระดับประเทศต่อไป เพื่อให้เด็กปฐมวัย ทุกคนเติบโตสมวัยอย่างมีคุณภาพ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559)

จังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดในภาคตะวันออก ที่อยู่ภายใต้โครงการสร้างเสริมศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อ สุขภาวะเด็กปฐมวัย ได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยเทศบาลตำบลพลับพลา เทศบาลตำบล เกาะขวาง เทศบาลเมืองท่าช้าง และองค์การบริหารส่วนตำบล ท่าช้าง กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรี และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตั้วแทนอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอเพื่อเด็ก ปฐมวัยในพื้นที่อำเภอเมืองจันทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการระบบและ กลไกเพื่อสุขภาวะเด็กปฐมวัย และพัฒนาระบบฐานข้อมูล สุขภาวะเด็กปฐมวัยที่สามารถนำไปใช้ในระดัครอบนครวิ และชุมชน 2) สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะเด็กปฐมวัย ในพื้นที่แบบก้าวกระโดด ด้วยการเทียบเคียงความสามารถ ตามข้อกำหนดด้านกระบวนการและผลลัพธ์ 3) พัฒนาระบบติดตามการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในระยะยาว 4) พัฒนาระบบส่งต่อการดูแลเด็กปฐมวัย แต่ละช่วงวัย ระหว่างบ้าน สถานศึกษา และหน่วยบริการ สุขภาพ และ 5) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายของเด็กปฐมวัย ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด (สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เปิดบริการทางการศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 รับเด็ก อายุ 2-4 ปี โดยมีปณิธานที่จะดูแลเด็กให้ “พัฒนาการดี มีความสุข สนุกเรียนรู้ เชิดชูคุณธรรม” ปัจจุบันมีเด็ก จำนวน 86 คน ครูปฐมวัย จำนวน 5 คน และพี่เลี้ยง จำนวน 5 คน นอกจากนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังเป็นแหล่งฝึก ปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัย รวมทั้งเป็นหนึ่งในโครงการสร้างเสริมศักยภาพภูมิปัญญา ท้องถิ่นเพื่อสุขภาวะเด็กปฐมวัย ต้องดำเนินการตาม

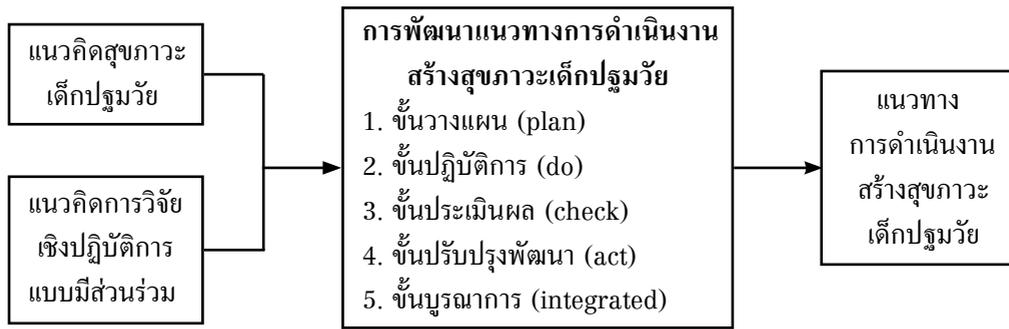
ยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัยของจังหวัดจันทบุรี รวมถึงต้องพัฒนาสุขภาวะเด็กปฐมวัยให้บรรลุวัตถุประสงค์ ของโครงการ จึงต้องมีการพัฒนาให้เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ปี 2561 ซึ่งพบว่ามาตรฐานด้านที่ 2 ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนา เด็กปฐมวัย ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ คณะผู้วิจัยเห็น ความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเพื่อขับเคลื่อน สุขภาวะเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จึงใช้การวิจัย เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยยึดหลัก การจัดประสบการณ์แบบบูรณาการร่วมกันระหว่างครู ผู้ปกครอง ชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ซึ่งจะเป็ประโยชน์ ต่อการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนา เด็กเล็กต่อไป และเพื่อยกระดับสู่การเป็นศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพ ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ปี 2561 และตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย ของจังหวัดจันทบุรี รวมทั้งเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับ เด็กปฐมวัยที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อ วิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะ เด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดสุขภาวะเด็ก ปฐมวัย และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาใช้ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะ เด็กปฐมวัย โดยดำเนินการตามกระบวนการ PDCAI ได้แก่ ขั้นตอนวางแผน (plan) ขั้นตอนปฏิบัติ (do) ขั้นตอนประเมินผล (check) ขั้นตอนปรับปรุงพัฒนา (act) และขั้นบูรณาการ (integrated) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปีการศึกษา 2560 ประกอบด้วยครูปฐมวัย จำนวน 5 คน พี่เลี้ยง จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่ จำนวน 1 คน และกรรมการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 4 คน รวมจำนวน 15 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปีการศึกษา 2560 จำนวน 86 คน และกลุ่มที่ 3 เป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 ที่เข้าร่วมโครงการเสริมสมรรถนะในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 130 คน รวมจำนวน 231 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน กลุ่มที่ 2 มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน (สำหรับการสอบถามความพึงพอใจ) และจำนวน 10 คน (สำหรับการสนทนากลุ่ม) และกลุ่มที่ 3 เข้าร่วมโครงการเสริมสมรรถนะในรายวิชา

การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในช่วงที่ดำเนินการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 107 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม (focus group interview guide) คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับทุนและศักยภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปัญหาในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีอยู่เดิม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครอง คณะผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของจริยาพร พรรณโชติ, ธนพร ศนิบุตร, และปรีดีวารธ นุญมาก (2561) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านบริการอาหารปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และด้านบุคลากร รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาช

เท่ากับ .90

ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับการประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง ประกอบด้วยการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็กจำนวน 5 ข้อ การประเมินการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยจำนวน 10 ข้อ การประเมินพัฒนาการเด็ก และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 10 ข้อ การตรวจสุขภาพเด็กปฐมวัยก่อนเข้าศูนย์ฯ (การตรวจร่างกาย 10 ท่า) จำนวน 10 ข้อ และการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 50 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้น้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้มาก หากค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .68

ชุดที่ 4 แบบสะท้อนคิดเกี่ยวกับสมรรถนะตนเองของครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดตะกั่ว 3 ใบ ของมกราพันธุ์ จุฑะรสก และอณิษฐา จุฑะรสก (2559) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ รู้สึกอย่างไรกับสมรรถนะของตนเอง ได้เรียนรู้อะไรจากการพัฒนาศักยภาพในครั้งนี้ และจะนำประโยชน์จากการพัฒนาศักยภาพในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้อย่างไร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 013/2561 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้นี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นประเมินผล ขั้นปรับปรุงพัฒนา และขั้นบูรณาการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขั้นวางแผน (plan) เป็นการศึกษาสถานการณ์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อนำสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัย โดยดำเนินการดังนี้

1.1 สนทนากลุ่ม ดำเนินการในเดือนมกราคม 2561 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็น 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 สนทนากลุ่มผู้ปกครอง ครั้งที่ 2 สนทนากลุ่มครูปฐมวัย พี่เลี้ยง และเจ้าหน้าที่ ครั้งที่ 3 สนทนากลุ่มกรรมการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ ครั้งที่ 4 สนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

1.2 สอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครอง โดยใช้แบบสอบถาม

2. ขั้นปฏิบัติการ (do) หลังการวิเคราะห์สถานการณ์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ คือ การพัฒนาทรัพยากรบุคคลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้สามารถดูแลสุขภาวะของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสำคัญเป็นอันดับแรก ร่วมกับพบประเด็นเรื่องการดูแลสุขภาวะทุกด้านของครูปฐมวัยและพี่เลี้ยงยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และการจัดการเรียนการสอนที่ไม่หลากหลาย คณะผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้น โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง ให้เข้าร่วมกระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดหลักสูตร การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยรูปแบบการดำเนินการพัฒนามีความหลากหลาย ประกอบด้วย การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม และมีการเขียนสะท้อนคิดหลังการอบรม

3. **ขั้นประเมินผล (check)** คณะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันสะท้อนคิด (reflection) และพิจารณาหาทางปรับปรุงแก้ไขแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยอาศัยข้อมูลจากทุกฝ่าย แล้วนำมาทำการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

4. **ขั้นปรับปรุงพัฒนา (act)** มีการนำผลการประเมินทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ร่วมกัน หากยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการปรับแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสม และทดลองทำใหม่ จนกระทั่งได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งกิจกรรมเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาพเด็กปฐมวัยในขั้นตอนนี้ คือ กิจกรรม The Trainer โดยครูปฐมวัยและพี่เลี้ยงร่วมกันจัดการประชุมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในงานผู้ปกครองสัมพันธ์ เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาเด็กในศตวรรษที่ 21 โดยมีกิจกรรมให้ผู้ปกครองเข้ากลุ่มทำสื่อการเรียนรู้สำหรับเด็ก การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก โดยให้ผู้ปกครองแบ่งกลุ่มตามอายุบุตรของตน และฝึกประเมินจริงในช่วงอายุนั้น พร้อมทั้งกระตุ้นและแนะนำให้ผู้ปกครองใช้คู่มือการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการเด็ก (DSPM)

5. **ขั้นบูรณาการ (integrated)** กิจกรรมในแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อสุขภาพเด็กปฐมวัยในขั้นตอนนี้ คือ กิจกรรมส่งต่อข้อมูล โดยจัดประชุมคืนข้อมูลการดำเนินงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาพเด็กปฐมวัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร คณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยครูปฐมวัยนำเสนอผลงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และข้อมูลการสะท้อนคิด วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลจากการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

1.1 **กลุ่มผู้ปกครอง พบว่า** ผู้ปกครองมีความคิดเห็นว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดังที่มารดาเด็กหญิง อายุ 3 ปี กล่าวว่า “ที่นี่มีการสอนเหมือนหลักสูตรของอนุบาลเลย เพราะน้องเด็กเล็กที่เรียนที่นี่ก็ได้ทดลองวิทยาศาสตร์เหมือนกับพี่สาวเขาที่อยู่โรงเรียนอนุบาล” มารดาเด็กชาย อายุ 3 ปี 5 เดือน กล่าวเสริมว่า “ลูกมีพัฒนาการดีขึ้น ตอนแรกลูกไม่พูด พัฒนาการช้า พอได้มาอยู่ที่นี้ ตอนนั้นพูดได้แล้ว” พบว่า ผู้ปกครองมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กที่ไม่สามารถจัดการได้และสร้างความกังวลใจ ดังคำกล่าวของบิดาเด็ก อายุ 3 ปี 4 เดือน ที่ว่า “ลูกผมมีปัญหาไม่ยอมกินข้าว ต้องให้ดูโทรศัพท์มือถือแล้วหลอกป้อนข้าวทุกวัน ผมจะอย่างไรดี” ผู้ปกครองมีความต้องการคำแนะนำในการช่วยจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่พบที่บ้าน ดังคำกล่าวของมารดาเด็กหญิง อายุ 2 ปี 8 เดือน ที่ว่า “ลูกอยู่ที่โรงเรียนครูบอกว่าป็นเด็กเรียบร้อย แต่อยู่ที่บ้าน ลูกจะดื้อ บางครั้งทะเลาะกันบ่อยๆ ไม่รู้จะทำยังไงดีเรื่องคือ” สรุปว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ แต่มีประเด็นในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการให้เป็นไปตามวัย การดูแลสุขภาพ และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เช่น โรคมือเท้าปาก โรคไข้หวัดที่ผู้ปกครองต้องการให้ครูพี่เลี้ยงดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

1.2 **กลุ่มครูปฐมวัย พี่เลี้ยง และเจ้าหน้าที่ พบว่า** มีความต้องการความก้าวหน้าในอาชีพ และเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการ ดังคำกล่าวของครูปฐมวัยที่ว่า “เรียนมา 5 ปี จบแล้วอยากได้เงินเดือนขั้นต่ำ คือ 15,000 บาท หรืออยากบรรจุเป็นข้าราชการที่มีสวัสดิการมั่นคง” ครูปฐมวัยอีกคนหนึ่งเปิดเผยความในใจว่า “ตอนนี้พยายามอ่านหนังสือและสมัครสอบบรรจุเรื่อย ๆ เพื่อได้บรรจุเป็นข้าราชการเงินเดือนบรรจุเบื้องต้นก็เกือบ 15,000 บาทแล้ว” แม้แต่พี่เลี้ยงก็มีความต้องการในเรื่องสวัสดิการเช่นกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “เป็นพี่เลี้ยงทำงานที่นี่ อยากให้มีสวัสดิการพวกการรักษาพยาบาล” นอกจากเรื่องสวัสดิการแล้ว ครูปฐมวัย

และที่เลี้ยงยังต้องการการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการได้ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นที่ยอมรับในชุมชน ทำให้พวกเขาเกิดความภาคภูมิใจ ดังคำกล่าวที่ว่า “อยากดูแลเด็กให้ดี คนจะได้ยกานำลูกมาเรียนที่นี่” “ต้องพัฒนาตนเอง หากความรู้เพิ่มเติม เพื่อนำมาใช้ในการสอนเด็ก” “พอมีคนชมว่าศูนย์ฯ ของเราดูแลเด็กดี ก็ภูมิใจ”

1.3 กลุ่มกรรมการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ข้อคิดเห็นส่วนใหญ่ คือ ต้องการให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปฏิบัติตามมาตรฐาน ซึ่งเชื่อว่าการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานจะช่วยให้เด็กภายในศูนย์ฯ ได้รับการดูแลที่ดี และมีสุขภาวะที่ดีได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “หากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของเรามีมาตรฐาน ก็จะทำให้มีผู้มาใช้บริการ เพราะน่าจะเป็นหลักประกันให้พ่อแม่เด็กได้ว่าลูกเขาจะได้รับการดูแลที่ดีจากศูนย์ฯ ของเรา” “ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องไม่หยุดพัฒนาตนเอง เพราะปัจจุบัน สถานที่อยู่ดูแลเด็กมีการพัฒนามากขึ้น มีการแข่งขันสูงขึ้น”

1.4 กลุ่มนักศึกษาพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความเหมาะสมในการเป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา นักศึกษาสามารถฝึกประเมินพัฒนาการเด็กได้เป็นอย่างดี มีครูปฐมวัยและพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ นอกจากนี้ นักศึกษายังได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กว่า “บางครั้งกิจกรรมที่ครูให้เด็กทำก็เร็วเกินไป เพราะเด็กเขาทำช้า ครูควรใช้เวลาเด็กเพิ่มขึ้น” “การสอนเด็กน่าจะมีอะไรใหม่ๆ ให้เด็กทำบ้าง เพราะบางที่เป็นกิจกรรมซ้ำๆ เด็กก็ไม่สนใจ”

2. ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในระดับดี โดยหัวข้อที่ผู้ปกครองมีความพึงพอใจน้อยที่สุด 10 อันดับ ได้แก่ 1) มีสนามให้เด็กเล่นออกกำลังกายกลางแจ้ง ($M = 3.52, SD = .68$) 2) เด็กได้รับการตรวจร่างกายทุกวัน ($M = 3.75, SD = .72$) 3) การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ผู้ปกครองและชุมชนทราบ ($M = 3.84, SD = .68$) 4) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีกิจกรรมให้เด็กสามารถใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร

ได้อย่างเหมาะสม ($M = 3.87, SD = .78$) 5) บริเวณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความปลอดภัย ($M = 3.90, SD = .72$) 6) เด็กได้รับการตรวจสุขภาพจากกุมารแพทย์ปีละ 1 ครั้ง ($M = 3.92, SD = .65$) 7) มีคณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก ($M = 3.97, SD = .69$) 8) มีการปลูกฝังนิสัยในการรักการอ่าน ($M = 4.03, SD = .72$) 9) สถานที่เตรียมและปรุงอาหารสะอาด ถูกสุขลักษณะ ($M = 4.08, SD = .75$) และ 10) มีมุมการเรียนรู้ และอุปกรณ์การเล่นที่เหมาะสมกับวัย ($M = 4.10, SD = .77$)

3. แนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีกิจกรรมในแต่ละด้านดังนี้

3.1 ด้านการบริหารจัดการ โดยจัดกิจกรรมดังนี้ 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง ทบทวนแนวทางการดำเนินการศูนย์เด็กเล็กมาตรฐาน 2) การศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดทับไทร อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี (ดังแสดงในภาพที่ 1-3) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดลำโรง อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี เรื่อง การวางแผนการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสู่การเป็นศูนย์เรียนรู้เพื่อเด็กปฐมวัย และ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง แนวปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ศูนย์เด็กเล็กมาตรฐาน

3.2 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยจัดกิจกรรมการศึกษาดูงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดพลับพลา

3.3 ด้านการจัดหลักสูตรการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ โดยจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดทำหลักสูตรสถานศึกษา และแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้

3.4 ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก โดยจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง เรื่อง การจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งมีการแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการตามฐานการเรียนรู้ต่างๆ ได้แก่ ฐานที่ 1 การปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้น ฐานที่ 2 การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็ก ฐานที่ 3 การประเมินการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ฐานที่ 4 การประเมินพัฒนาการเด็ก

และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย DSPM ฐานที่ 5 การตรวจสุขภาพเด็กปฐมวัยก่อนเข้าสู่ศูนย์ฯ (การตรวจร่างกาย 10 ท่า) และฐานที่ 6 การประเมินความฉลาดทางอารมณ์

3.5 ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยจัดกิจกรรมการศึกษาดูงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดปลับปลา



ภาพที่ 1-3 การศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดปลับปลา

4. ผลจากการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง พบว่า ครูปฐมวัยและพี่เลี้ยงมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรมเท่ากับ 32.66

($SD = .68$) และหลังการอบรมเท่ากับ 38.81 ($SD = .70$) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง แสดงในภาพที่ 4-7



ภาพที่ 4-7 การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง

5. ผลจากการสะท้อนคิดเกี่ยวกับสมรรถนะตนเองของครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง พบว่า พี่เลี้ยงระบุว่า “มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ได้รับประโยชน์มากมาย ได้เห็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ ที่เขาพัฒนาศักยภาพของศูนย์ฯ ไปในทางที่ดีกว่าศูนย์ฯ ของเรา ในเรื่องการพัฒนาห้องเรียน สื่อการสอน และนำมาประยุกต์ใช้ควบคู่กับเทคโนโลยีในสมัยนี้ให้ดีขึ้น

และเราก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับศูนย์ฯ ของเราได้ด้วย” และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับการนำประโยชน์จากการพัฒนาศักยภาพในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ ครูปฐมวัยกล่าวว่า “นำมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน จะทำให้งานเป็นระบบระเบียบมากขึ้น มีการวางแผนเพื่อที่จะปฏิบัติตามแผน ลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีการปรับปรุง

แก้ไข โดยเราจะนำกระบวนการ PDCAI ในการพัฒนา มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก”

จากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การศึกษาดูงาน และการอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ทำให้ครูปฐมวัย และพี่เลี้ยงมีศักยภาพมากขึ้น สร้างความมั่นใจให้แก่ตนเอง และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังที่ครูปฐมวัยคนหนึ่ง กล่าวไว้ว่า “เรานำมาประยุกต์ในการจัดสื่อการเรียนการสอน เพิ่มขึ้นในหน่วยนั้นๆ และบางสิ่งบางอย่างก็นำมาใช้กับศูนย์

ของเราได้ ต้องมีความรอบคอบและใส่ใจเด็กมากขึ้น รวมทั้งความปลอดภัยที่อยู่รอบตัวของเด็กๆ ด้วย”

6. ผลจากการจัดกิจกรรม The Trainer พบว่า ผู้ปกครองได้เข้ากลุ่มทำสื่อการเรียนรู้สำหรับเด็ก และได้ฝึก ประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก โดยผู้ปกครอง แบ่งกลุ่มตามอายุบุตรของตน และฝึกประเมินจริงในช่วงอายุ นั้น การจัดกิจกรรม The Trainer แสดงในภาพที่ 8-10



ภาพที่ 8-10 กิจกรรม The Trainer

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาครูปฐมวัยของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยใช้กลยุทธ์การศึกษาดูงานและการอบรม เชิงปฏิบัติการในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ระดับ ปฐมวัย เป็นกระบวนการที่ทำให้ครูปฐมวัยได้รับความรู้ และเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งกลยุทธ์การศึกษาดูงาน และการอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาบุคลากรของทุกองค์กร สอดคล้องกับการศึกษา ของสุดใจ พรหมเสนา และไชยา ภาวะบุตร (2556) ที่ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนา ผู้ดูแลเด็กด้านการจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล แห่งหนึ่ง พบว่า การพัฒนาผู้ดูแลเด็กด้วยกลยุทธ์ การอบรมเชิงปฏิบัติการและการนิเทศภายใน โดยเชิญ

วิทยากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มาบรรยายให้ความรู้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ นอกจากครูปฐมวัยจะได้รับความรู้แล้ว ยังมีความมั่นใจ ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการให้ความรู้แก่ ผู้ปกครองมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการจัดประชุมให้ความรู้ แก่ผู้ปกครองในงานผู้ปกครองสัมพันธ์ โดยครูปฐมวัย เป็นวิทยากรบรรยายและเป็นวิทยากรกลุ่ม สอดคล้องกับ การศึกษาของรัชดาพร ขจรโมทย์ และชัยยนต์ เพาพาน (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กในการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้แบบบูรณาการ สังกัดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง พบว่า การจัดประสบการณ์ การเรียนรู้โดยใช้กลยุทธ์การประชุมเชิงปฏิบัติการและ การนิเทศการสอน โดยเชิญวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญ มาให้การอบรม ทำให้ครูพี่เลี้ยงมีความมั่นใจและสามารถ จัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการสำหรับเด็ก ปฐมวัยได้ ทั้งนี้ การได้มาซึ่งแนวทางพัฒนาศูนย์พัฒนา เด็กเล็กนั้น เริ่มต้นจากการร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน

โดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วม สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “กิจกรรมใด ๆ ที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมอย่างมีส่วนร่วม และการทำงานที่เป็นระบบ ตั้งแต่การวางแผน การคิดวิเคราะห์ การลงมือทำ และการถอดบทเรียนร่วมกัน จะก่อให้เกิดทักษะการอยู่ร่วมในสังคม และความคิดเชิงระบบ” (สุริยเดว ทรีปาตี, 2556)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ ควรนำแนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นต้นแบบในการดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัย

1.2 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ ควรนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง ได้แก่ การศึกษา ดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการอบรมเชิงปฏิบัติการ ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยและพี่เลี้ยง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโดยติดตามประเมินผล การดำเนินงานสร้างสุขภาวะเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดหลักสูตรการจัดการเรียนรู้อบรมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้ ด้านการดูแลสุขภาพเด็ก และด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2561). *เด็กหลุดจากระบบกระตุ้นพัฒนาการกว่า 50% ดิ่ง อสม.-อปท.ช่วยติดตาม*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28004>

คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย. (2561). *มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2018/07-5007-0180720064946/a75c3b0526ee280c468bfb1111bcf53a.pdf>

จริยาพร วรรณโชติ, ธนพร ศรีนูนตร, และปรีดาวรรณ บุญมาก. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 29(2), 71-86.

มกราพันธ์ จูฑะรสก, และอณิษฐา จูฑะรสก. (2559). *การสะท้อนคิด: กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แคนเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตโปรดักชั่น.

รัชดาพร จจรโมทย์, และชัยยนต์ เพาพาน. (2557). การพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการ สังกัดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ศรี อำเภोधุมศัง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 4(1), 96-103. สืบค้นจาก https://www.npu.ac.th/npujournal/files_research/18/npuj4-01-page96-103.pdf

สถาบันราชานุกูล. (2555). *เด็กเรียนรู้ช้า คู่มือสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *พัฒนาเด็กปฐมวัย ผู้พลเมืองคุณภาพ*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/32457-พัฒนาเด็กปฐมวัย%20ผู้พลเมืองคุณภาพ.html>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอเพื่อเด็กปฐมวัย พื้นที่อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี*. สืบค้นจาก <http://coact.in.th/193-2/>

สุดใจ พรหมเสนา, และไชยา ภาวะนุตร. (2556). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาผู้ดูแลเด็ก ด้านการจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ไทร อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 10(46), 99-110.

สุริยเดว ทรีปาตี. (2556). การพัฒนาศักยภาพวัยรุ่น
และเยาวชนด้วยพลังบวก. สืบค้นจาก [https://
www2.nrct.go.th/Portals/0/data/07-part1/
07part2/07part3.pdf](https://www2.nrct.go.th/Portals/0/data/07-part1/07part2/07part3.pdf)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* Factors Influencing Health-Related Quality of Life among Congestive Heart Failure Patients*

รพีพรรณ นาวัประดิษฐ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹
Rapiphun Naopradist, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

สุภากรณ์ ดวงแพง, พย.ด. ²
Supaporn Duangpaeng, D.N.S. ²

วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. ³
Wanlpa Kunsongkeit, Ph.D. (Nursing) ³

Received: January 22, 2019 Revised: February 22, 2019 Accepted: March 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 144 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพจิตใจ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจ มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .91 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .85-.99 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพรายด้านและโดยรวมในระดับดี 2) อาการรบกวนทางกาย และอาการรบกวนทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.623, p < .001$ และ $r = -.469, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมี

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
* Master's Thesis of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University
¹ มหาวิทยาลัยบูรพา สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
¹ Master, Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University
¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rapiphun_api@hotmail.com
² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor
³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .341, p < .001$ และ $r = .548, p < .001$ ตามลำดับ) และ 3) อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .500, p < .001$) โดยอาการ รบกวนทางกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้มากที่สุด ($\text{Beta} = -.361, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\text{Beta} = .272, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และมีกรปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของโรค ลดอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ อาการรบกวน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

This predictive correlational research aimed to study health-related quality of life (HRQOL) and the factors influencing HRQOL among congestive heart failure (CHF) patients. The samples consisted of 144 CHF patients receiving services at Prapokkiao Hospital, Chanthaburi Province. The research instruments were composed of the Chula Mental Test, a recording form of personal information, the Cardiac Symptom Survey (CSS) with the reliability of .90, the NYHA functional classification, a scale of general health perception with the reliability of .91, a questionnaire of adherence with the reliability in the range of .85-.99, a questionnaire of social support with the reliability of .92, and the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) with the reliability of .93. Data were collected from August to October, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that 1) CHF patients had the mean scores of HRQOL by overall and each dimension at a good level; 2) physical symptom and psychological symptom were negatively statistically significant associated with HRQOL ($r = -.623, p < .001$ and $r = -.469, p < .001$, respectively), whereas NYHA functional classification (class I) and health perception were positively statistically significant associated with HRQOL ($r = .341, p < .001$ and $r = .548, p < .001$, respectively); and 3) physical symptom, psychological symptom, NYHA functional classification (class I), and health perception were statistically significant accounted for 50% of the variance for HRQOL ($\text{adj. } R^2 = .500, p < .001$). The most significant predicting factor was physical symptom ($\text{Beta} = -.361, p < .001$) followed by health perception ($\text{Beta} = .272, p < .001$).

This research suggests that health care providers should enhance proper health perception and appropriate adherence among CHF patients in order to reduce the severity of disease as well as the physical and psychological symptom.

Keywords: Health-related quality of life, Symptom distress, Congestive heart failure

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากโครงสร้างหรือความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้มีอาการบวม หายใจเหนื่อยหอบ และมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น (Fotos et al., 2013) ดังนั้น เป้าหมายในการดูแลรักษาจึงมุ่งเน้นในเรื่องการชะลอความก้าวหน้าของโรค การควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ และการลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น (Heart Failure Society of America [HFSA], 2006; Yancy et al., 2013) อุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Yancy et al., 2013) สำหรับประเทศไทย จากรายงานการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาในทุกด้าน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related quality of life [HRQOL]) ของผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อผลกระทบที่ได้รับจากภาวะสุขภาพและการได้รับการรักษา (World Health Organization [WHO], 1997) สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงเกิดจากผลกระทบที่ได้รับจากภาวะสุขภาพที่แย่ลงและการได้รับการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วงปี พ.ศ. 2531-2556 พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง และพบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการรบกวนทางกายและจิตใจ (นิตยา ศรีสุข, 2551; Bekelman et al., 2007; Blinderman, Homel, Billings, Portenoy, & Tennstedt, 2008) ระดับความรุนแรงของโรค (Demir & Unsar, 2011) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (นิตยา ศรีสุข, 2551) การปฏิบัติ

ตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม (ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์, 2533) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงการศึกษาเดียว คือ การศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของวนิดา หาจักร และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2556) ที่พบว่า ทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้เพียงร้อยละ 47 ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเลือกตัวแปรที่ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของอาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

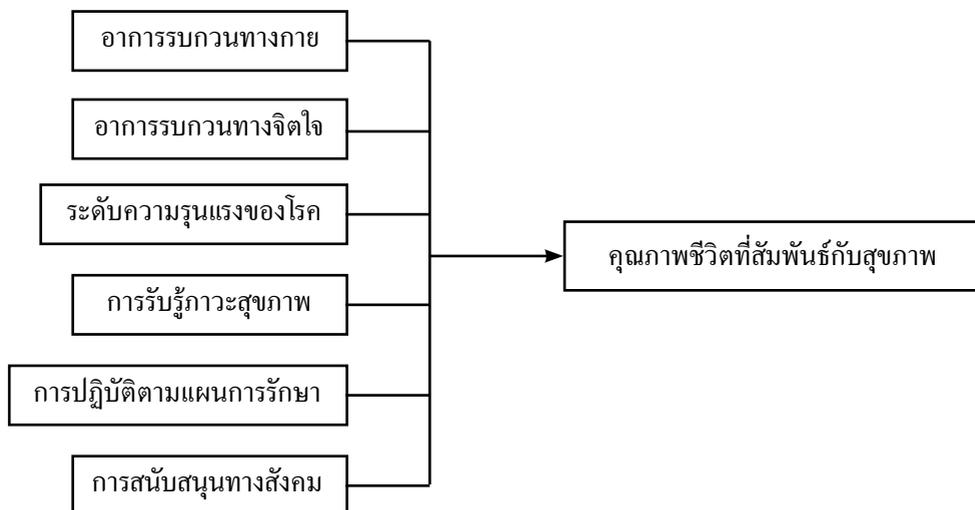
สมมติฐานการวิจัย

อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โมเดลคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของ Ferrans, Zerwic, Wilbur, and Larson (2005) ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านภาวะ

เศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ แนวคิดนี้มีการจัดหมวดหมู่ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพตามข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ปัจจัยด้านหน้าที่ทางชีววิทยา อาการ การทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกอีก 2 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะของสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยแต่ละปัจจัยล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาตัวแปรดังกล่าว ซึ่งน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอายุรกรรมทั่วไปผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2558 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) มีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ 1-3 (class I-III) ซึ่งแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association Functional Classification [NYHA functional class]) 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

3) หากมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต้องไม่อยู่ในระยะที่โรคกำเริบ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ด้วยเรื่องไตวายเรื้อรัง 4) ไม่มีอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หรือใจเต้น ภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล 5) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาการรับรู้บกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) 6) มีสติสัมปชัญญะดี 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ซึ่งกำหนดตามสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .15 จากการศึกษาของนิตยา ศรีสุข (2551) อำนวยการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 146 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับผลาก **เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 8 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ใช้สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-19 คะแนน หากได้คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าหน้าที่ด้านการรับรู้ของสมองปกติ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ยาที่ได้รับในปัจจุบัน และโรคประจำตัวอื่น ๆ จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามอาการรบกวนทางกาย และอาการรบกวนทางจิตใจ ผู้วิจัยใช้แบบสำรวจอาการโรคหัวใจที่จันทนา หล่อตะจะกุล (2549) แปลจากต้นฉบับแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Zimmerman, Barnason, Bery, Catin, and Nieveen ปี ค.ศ. 2002 จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) อาการ

รบกวน จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความรุนแรง และด้านความถี่ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับจากเลข 0-10 (numeric rating scale) โดยเลข 1 หมายถึง มีน้อยที่สุด จนถึงเลข 10 หมายถึง มีมากที่สุด และ 2) อาการอื่น จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ สำหรับการแปลผลคะแนนคะแนนน้อย หมายถึง มีอาการรบกวนน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีอาการรบกวนมาก

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA functional class) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ class I ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม class II มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย และ class III มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมปกติ ซึ่ง NYHA functional class ได้จากการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

ชุดที่ 5 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของ Krethong (2007) ที่พัฒนาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Havranek et al. ปี ค.ศ. 2004 มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale) ความยาว 10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดกำกับด้วยข้อความ ไม่ดีเลย (0 คะแนน) และด้านขวาสุดกำกับด้วยข้อความ ดีที่สุด (100 คะแนน) สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในระดับต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในระดับสูง

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร เฉพาะโรค ด้านการออกกำลังกาย ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ และด้านการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา ความยาว 10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดกำกับด้วยข้อความ ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) และ

ด้านขवासุดกำกับด้วยข้อความ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง (100 คะแนน) สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับสูง

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่จินทนา หล่อตจะกูล (2549) แปลจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENRICH Social Support Questionnaire) จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ (จากเดิม 7 ข้อ) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยได้รับ ได้รับบ้างเล็กน้อย ได้รับเป็นบางครั้ง ได้รับบ่อยครั้ง และได้รับทุกครั้ง สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ชุดที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ Krethong (2007) แปลจากต้นฉบับแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire [MLHFQ]) ปี ค.ศ. 2003 แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่มีเรื่องนี้เกิดขึ้น มี 1-2 ครั้งต่อเดือน มีมากกว่า 2-5 ครั้งต่อเดือน มีมากกว่า 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีมากกว่า 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีมากที่สุดหรือทุกวัน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพไม่ดี และคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล (2 คน) และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90, .92 และ .93 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษานำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการสอบซ้ำกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 วัน โดยแบบวัดการรับรู้ มีค่าความเชื่อมั่น .91 และแบบสอบถามการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .85, .89, .89, .90 และ .99 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 02-03-2558 วันที่ 20 เมษายน 2558) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 029 วันที่ 21 สิงหาคม 2558) ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบ

หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ทุกวันอังคาร วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. และที่แผนกอายุรกรรมทั่วไปผู้ป่วยนอก ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-16.00 น. แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึก แบบประเมิน แบบสอบถาม และแบบวัด โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจ ข้อมูลระดับความรุนแรงของโรค ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ข้อมูลการปฏิบัติตามแผนการรักษา ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้พบว่า ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมี outlier จำนวน 2 คน ซึ่งแก้ไขโดยตัดออกจากการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.60 อายุต่ำสุด คือ 20 ปี และสูงสุด คือ 84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 61.25 ปี ($SD = 12$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.70 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 43.80 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 41 มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 39.60 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.40 ยาที่ได้รับ

ในปัจจุบันส่วนใหญ่ คือ ยากลุ่ม antiplatelets คิดเป็นร้อยละ 79.50 และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 95.80 โดยโรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 78.80

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1 อาการรบกวนทางกาย พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางกายในระดับน้อยมาก ($M = 10.71, SD = 16.01$) โดยพบอาการเจ็บแน่นหน้าอก/ไม่สุขสบายบริเวณทรวงอก ($M = 1.13, SD = 2.05$) หายใจขัด ($M = 1.57, SD = 2.47$) อ่อนล้า/เหนื่อยมาก ($M = 2.11, SD = 2.37$) นอนไม่หลับ ($M = 2.73, SD = 2.93$) บวมที่ขา ($M = 1.35, SD = 2.36$) ใจสั่น/หัวใจเต้นเร็ว ($M = 1.38, SD = 2.08$) และเบื่ออาหาร ($M = 1.67, SD = 2.73$)

2.2 อาการรบกวนทางจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางจิตใจในระดับน้อยมาก ($M = 8.51, SD = 18.64$) โดยพบภาวะหดหู่/เศร้าหมอง ($M = .72, SD = 1.81$) และภาวะวิตกกังวล/เครียด ($M = 1.53, SD = 2.64$)

2.3 ระดับความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับ II มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 รองลงมา คือ ระดับ I คิดเป็นร้อยละ 38.90 และระดับ III คิดเป็นร้อยละ 15.30 ตามลำดับ

2.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ($M = 68.42, SD = 18.55$)

2.5 การปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมในระดับดี ($M = 77.74, SD = 12.35$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการมาตรวจตามนัด ($M = 95.83, SD = 10.48$) รองลงมา คือ ด้านการรับประทานยา ($M = 94.58, SD = 10.64$) ด้านการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($M = 73.96, SD = 22.69$) ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ ($M = 72.43, SD = 24.27$) และด้านการออกกำลังกาย ($M = 51.88, SD = 27.71$) ตามลำดับ

2.6 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($M = 42.80, SD = 23.17$)

3. คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพโดยรวมในระดับดี ($M = 74.20, SD = 21.72$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี ได้แก่ ด้านร่างกาย ($M = 68.06, SD = 27.03$) ด้านอารมณ์ ($M = 75.99, SD = 22.81$) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($M = 79.33, SD = 21.22$)

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ พบว่า อาการรบกวนทางกาย และอาการรบกวนทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.623, p < .001$ และ $r = -.469, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .341, p < .001$ และ $r = .548, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($n = 144$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	
	r	p
อาการรบกวนทางกาย	-.623	< .001
อาการรบกวนทางจิตใจ	-.469	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค class I	.341	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค class II	-.104	.209
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.548	< .001
การปฏิบัติตามแผนการรักษา	.135	.174
การสนับสนุนทางสังคม	.095	.382

4.2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .500, p < .001$) โดยอาการรบกวนทางกาย

สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้มากที่สุด ($\text{Beta} = -.361, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\text{Beta} = .272, p < .001$) อาการรบกวนทางจิตใจ ($\text{Beta} = -.204, p < .01$) และระดับความรุนแรงของโรค class I ($\text{Beta} = .126, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 144)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
อาการรบกวนทางกาย	-.456	.099	-.361	-4.840	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.319	.081	.272	3.851	< .001
อาการรบกวนทางจิตใจ	-.246	.076	-.204	-3.070	.003
ระดับความรุนแรงของโรค class I	8.451	2.723	.126	1.991	.048

Constant = 57.865, R = .717, R² = .511, adj. R² = .500, F = 36.717, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพทั้งรายด้าน และโดยรวมในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งพยาธิสภาพและความก้าวหน้าของโรค ยังไม่มากนัก การรักษายังสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วยวิธีมาตรฐาน (Yancy et al., 2013) อีกทั้งผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยการมาตรวจตามนัด และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยา ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และคะแนนเฉลี่ยการป้องกันโรคติดเชื้อ ในระดับดี ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพราะเป็นการชะลอความก้าวหน้าและป้องกันการกำเริบของโรค (Kato et al., 2009) การที่ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้านการมาตรวจตามนัด และคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานยา ในระดับดีมาก ส่งผลให้มีระดับความรุนแรงของโรคลดลง โดยระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นตัวบ่งชี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II (ร้อยละ 84.70) จึงทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี โดยมี

อาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจน้อยมาก จึงไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วย มีการคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จึงส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพโดยรวมดีขึ้น (วาสนา สุวรรณศรีมี, วันเพ็ญ ภิญญภัทาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ, และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2556; Hole, Grundtvig, Gullestad, Flonaes, & Westheim, 2010)

ผลการวิจัยพบว่า อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับโมเดลคุณภาพชีวิตของ Ferrans et al. (2005) โดยพบว่า อาการรบกวนทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบและทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ได้มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากอาการรบกวนทางกาย ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เมื่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ไม่คงเดิม ต้องมีการพึ่งพาผู้อื่น จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรัง ที่รุนแรงที่มีความสัมพันธ์กับอาการรบกวนทางกาย จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพต่ำ (Fotos et al., 2013) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางกายในระดับน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่

มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II สอดคล้องกับการศึกษาของ Heo, Doering, Widener, and Moser (2008) ที่พบว่า ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยและอ่อนเพลียอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 27.50) แต่เป็นอาการที่พบมากที่สุดของอาการรบกวนทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาการรบกวนทางกายมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมดของสุขภาพ โดยการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป หากบุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จะส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดี และส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพลดลง (Wilson & Cleary, 1995) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II จึงมีอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจเพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี และส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ศรีสุข (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า อาการรบกวนทางจิตใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบและทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับอาการของโรคที่ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะกำเริบเมื่อใด และอาการมีลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพเลวลง (วนิดา หาจักร และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2556) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ต้องพึ่งพา

ผู้อื่น ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (จิราภรณ์ มีชูสิน, อารภรณ์ ดินาน, และศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bean, Gibson, Flattery, Duncan, and Hess (2009) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคม คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตใจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรุนแรงของโรค class I เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ โดยระดับความรุนแรงของโรคเกี่ยวข้องกับความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Demir and Unsar (2011) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chung, Moser, Lennie, and Frazier (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าความรุนแรงของโรคสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้

ผลการวิจัยพบว่า อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค class I และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับ I-II ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี รวมทั้งมีคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางกาย และคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนทางจิตใจ ในระดับน้อยมาก จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิต

ที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ไม่ได้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมจะทำให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการรับประทานยา หรือการควบคุมอาหารและการจำกัดน้ำ ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาจมีความยากลำบากในการปฏิบัติสิ่งเหล่านี้ จนในที่สุดก็จะทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเสียชีวิต (Luttik, Jaarsma, Moser, Sanderma, & van Veldhuisen, 2005) จึงอาจทำให้การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของโรค ลดอาการรบกวนทางกายและอาการรบกวนทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเน้นการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสม

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก ความสามารถในการจัดการอาการรบกวน

เอกสารอ้างอิง

- จันทนา หล่อตจะกุล. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด* (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ มีชูสิน, อภรณ์ ดินาน, และศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 19-31.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา หาจักร, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2556). อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(1), 79-92.
- วาสนา สุวรรณศรีศรี, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2556). ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 24(1), 2-16.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

- Bean, M. K., Gibson, D., Flattery, M., Duncan, A., & Hess, M. (2009). Psychosocial factors, quality of life, and psychological distress: Ethnic differences in patients with heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24(4), 131-140.
- Bekelman, D. B., Havranek, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., Wittstein, I. S., ... Dy, S. M. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643-648.
- Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Portenoy, R. K., & Tennstedt, S. L. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart Failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(6), 594-603.
- Chung, M. L., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Frazier, S. K. (2013). Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. *Quality of Life Research*, 22(7), 1555-1563.
- Demir, M., & Unsar, S. (2011). Assessment of quality of life and activities of daily living in Turkish patients with heart failure. *International Journal of Nursing Practice*, 17(6), 607-614.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Fotos, N. V., Giakoumidakis, K., Kollia, Z., Galanis, P., Copanitsanou, P., Pananoudaki, E., & Brokalaki, H. (2013). Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 686-694.
- Heart Failure Society of America. (2006). Executive summary: HFSA 2006 comprehensive heart failure practice guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 12(1), 10-38.
- Heo, S., Doering, L. V., Widener, J., & Moser, D. K. (2008). Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with Heart failure. *American Journal of Critical care*, 17(2), 124-132.
- Hole, T., Grundtvig, M., Gullestad, L., Flonaes, B., & Westheim, A. (2010). Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: Results from the Norwegian heart failure registry. *European Journal of Heart Failure*, 12(11), 1247-1252.
- Kato, N., Kinugawa, K., Ito, N., Yao, A., Watanabe, M., Imai, Y., ... Kazuma, K. (2009). Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart & Lung*, 38(5), 398-409.

- Krethong, P. (2007). *Health-related quality of life in Thai heart failure patients* (Doctoral dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., & van Veldhuisen, D. J. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: An overview of the literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 20*(3), 162-169.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association, 273*(1), 59-65.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Retrieved from http://.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E. Jr., Drazner, M. H., ... Wilkoff, B. L. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology, 62*(16), e147-239.
-

การเสริมสร้างการจัดการภาระครอบครัวและความสุขในครอบครัวของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง*

The Enhancement of Family Burden Management and Family Happiness of Stroke Patients, Rayong Hospital*

นันทวล ชูยingsakultrip, ปส.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา)¹

Nimnual Chuyingsakultrip, Ph.D. (Counseling Psychology)¹

เพ็ญภา กุลนาคดล, กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)²

ประชา อินัง, Ph.D. (Psychology)³

Pennapha Koolnaphadol, Ed.D. (Counseling Psychology)²

Pracha Inang, Ph.D. (Psychology)³

Received: January 17, 2019 Revised: March 29, 2019 Accepted: April 1, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาการเสริมสร้างการจัดการภาระครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง และครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 20 คู่ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คู่ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ แบบรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดการจัดการภาระครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .95 และแบบวัดความสุขในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .94 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน two-way repeated measures MANOVA และ three-way repeated measures MANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาระครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* A Part of the Doctoral Dissertation of Philosophy Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University

¹ ดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Doctor, Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nimnual.c@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Associate Professor, Faculty of Education, Burapha University: Major Advisor

³ อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Lecturer, Faculty of Education, Burapha University: Co-advisor

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาระครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า นุคลากรทางสุขภาพควรมุ่งนำโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาครอบครัวลักษณะต่าง ๆ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยเสริมสร้างการจัดการภาระครอบครัว และเพิ่มความสุขในครอบครัว

คำสำคัญ: การจัดการภาระครอบครัว ความสุขในครอบครัว โปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the enhancement of family burden management and family happiness of stroke patients. The participants consisted of 20 couples of stroke patients and their families receiving services at Rayong Hospitals and were equally divided into an experimental group ($n = 10$ couples) and a control group ($n = 10$ couples). The research instruments were composed of the assimilative integrate family counseling program, a recording form of general data, a questionnaire of family burden management with the reliability of .95, and the Thai Happiness Indicator [TMHI-15] with the reliability of .94. The implementation and data collection were conducted from May to September, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, two-way repeated measures MANOVA, and three-way repeated measures MANOVA with multiple comparisons by Bonferroni.

The research results revealed that 1) at post-test and follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean scores of family burden management and family happiness than the pre-test period and the control group ($p < .05$ and $p < .001$, respectively); and 2) at follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean scores of family burden management and family happiness than the post-test period ($p < .05$).

This research suggests that health care providers should appropriately apply the assimilative integrate family counseling program for counseling various families, especially the families with chronic disease patients in order to enhance family burden management and family happiness.

Keywords: Family burden management, Family happiness, Assimilative integrate family counseling program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการเริ่มต้นปลูกฝังความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนทัศนคติให้แก่สมาชิก ซึ่งสมาชิกแต่ละคนมีหน้าที่ความรับผิดชอบแตกต่างกันไปตามบทบาท เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้อย่างเป็นระบบและมีความสุข การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของสมาชิกที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิม ในบางครั้ง สมาชิกอาจเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้นเมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากครอบครัวจะได้รับผลกระทบต่างๆ ตามมา ทั้งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย สภาพจิตใจ และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว (เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2555)

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประชากรโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization [WSO]) รายงานสถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2017 ว่า ประชากรโลกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 17 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 6.50 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองในช่วงที่ผ่านมาและยังมีชีวิตอยู่ทั่วโลกสูงถึง 26 ล้านคน ซึ่งทุกคนล้วนได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจด้วยกันทั้งสิ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีประชาชนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุก ๆ 40 วินาที ซึ่งในจำนวนนี้จะเสียชีวิตทุก ๆ 4 นาที โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุ 15-59 ปี (WSO, 2017) สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศเท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน

ในภาพรวมของประเทศ ในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 352.30 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และผู้ป่วยร้อยละ 60 มีความพิการระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งแนวโน้มการโรคหลอดเลือดสมองในคนไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ เพราะเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว รวมถึงตัวผู้ป่วยเองที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ดังเดิม ส่งผลให้เกิดความตึงเครียด ความขัดแย้ง และเมื่อสมาชิกแต่ละคนพยายามปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์แต่ไม่สามารถทำได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกผิดขึ้นมา ซึ่งส่งผลต่อความสุขในครอบครัว (family happiness) เมื่อใดที่สมาชิกปฏิบัติบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ด้วยความรู้สึกรักและเต็มใจตั้งใจ ปรารถนาให้ครอบครัวดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ สมาชิกจะรู้สึกเต็มใจปฏิบัติ ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดี ความเข้าใจซึ่งกันและกัน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ย่อมนำมาซึ่งความสุข แต่จากสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบครัวกำลังเผชิญ ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว

การปรึกษาคณะครอบครัวเชิงบูรณาการ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่งอย่างเหมาะสม ตามระยะพัฒนาการของครอบครัว (เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2559) โดยเป็นการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวให้สามารถคิดและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยผ่านขั้นตอนและกระบวนการให้การปรึกษา เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยเสริมสร้างให้สมาชิกครอบครัวมีการจัดการภาวะครอบครัวที่ดี และช่วยเพิ่มความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่น อันเป็นทฤษฎีหลักที่เน้นระบบครอบครัว โดยใช้ร่วมกับเทคนิคการปรึกษาคณะครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาและครอบครัวให้สามารถเข้าใจและค้นพบ

ทางเลือก พร้อมทั้งสามารถตัดสินใจร่วมกันได้ ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวได้ และดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติโดยรวมได้ ทั้งนี้มีการศึกษาโดยนำการปรึกษาตามทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นไปศึกษาความสามารถในการแยกตนเองของนิสิตระดับปริญญาตรี พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาตามทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่น มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแยกตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแยกตนเองทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ยุพดีทรัพย์เจริญ และเพ็ญญา กุลนาคาล, 2557) สอดคล้องกับที่ Glade (2005) ได้ศึกษาความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการในคลินิกให้การปรึกษาแก่คู่สมรสและครอบครัวบำบัด รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตสมรส ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการแยกตนเองมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตสมรสทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ผลการวิจัยทั้งสองเรื่องแสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมของทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่น ที่สามารถช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถแยกตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการปรึกษาครอบครัวได้เป็นอย่างดี

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรของโรงพยาบาลระยอง จึงสนใจศึกษาการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง ด้วยโปรแกรมการปรึกษาคู่สมรสเชิงบูรณาการเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลใน

การส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถจัดการภาวะครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ครอบครัวมีความสุข ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระหว่างระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

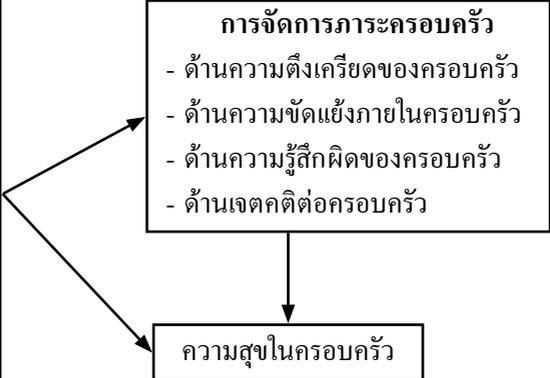
1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาคู่สมรสเชิงบูรณาการขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่น ร่วมกับเทคนิคการปรึกษาคู่สมรส โดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวมีความเข้าใจ ตระหนักรู้ในตนเอง สามารถค้นพบทางเลือกและตัดสินใจร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการความตึงเครียด ความขัดแย้ง และความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว และมีเจตคติที่ดีต่อครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

- โปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ**
- ครั้งที่ 1 กิจกรรม “ครอบครัวของเรา”
 - ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ต้นไม้แห่งรัก”
 - ครั้งที่ 3 กิจกรรม “คุยกันนะ”
 - ครั้งที่ 4 กิจกรรม “แยกตัวเองนะ”
 - ครั้งที่ 5 กิจกรรม “ทำได้สินะ”
 - ครั้งที่ 6 กิจกรรม “ช่วยกันนะ”
 - ครั้งที่ 7 กิจกรรม “ฉันทำได้”
 - ครั้งที่ 8 กิจกรรม “เก่งขึ้นแล้วนะ”
 - ครั้งที่ 9 กิจกรรม “ดูแลสุขภาพกันนะ”
 - ครั้งที่ 10 กิจกรรม “เคารพและให้เกียรติ”
 - ครั้งที่ 11 กิจกรรม “ครอบครัวอุ่นใจ”
 - ครั้งที่ 12 ยุติการศึกษา



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระยอง ปีงบประมาณ 2560 และกลุ่มที่ 2 ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สามี/ภรรยา) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่ 1: 1) มีสถานภาพสมรสคู่ 2) มีระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) เท่ากับ 5-14 3) มีระดับความพิการ (Modified Rankin Scale [mRS]) เท่ากับ 3 4) มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) เท่ากับ 50-70 คะแนน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มที่ 2: 1) มีอายุอยู่ในช่วง 21-60 ปี 2) ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 5 วัน

ต่อสัปดาห์ 3) ฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ กลุ่มที่ 1: 1) มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย และกลุ่มที่ 2: เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และขอดอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คู่ (ครอบครัว) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้หลักการสุ่ม กลุ่มละ 10 คู่ (ครอบครัว) โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง เพศละ 5 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่น ร่วมกับเทคนิคการศึกษารอบครัว เป็นรูปแบบการดูแลเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการจัดการภาวะครอบครัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความตึงเครียดของครอบครัว ด้านความขัดแย้งภายใน

ครอบครัว ด้านความรู้สึกผิดของครอบครัว และด้านเจตคติต่อครอบครัว โดยโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม“ครอบครัวของเรา” เพื่อปฏิรูมนิสัยและสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ต้นไม้แห่งรัก” เพื่อเสริมสร้างการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “กู่กันนะ” เพื่อเสริมสร้างการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “แยกตัวเองนะ” เพื่อเสริมสร้างการจัดการความขัดแย้งในครอบครัว ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “ทำได้ดึนะ” เพื่อเสริมสร้างการจัดการความขัดแย้งในครอบครัว ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “ช่วยกันนะ” เพื่อเสริมสร้างการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “ฉันทำได้” เพื่อเสริมสร้างการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 8 กิจกรรม “เก่งขึ้นแล้วนะ” เพื่อเสริมสร้างการจัดการด้านเจตคติต่อครอบครัว ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 9 กิจกรรม “ดูแลสุขภาพกันนะ” เพื่อเสริมสร้างการจัดการด้านเจตคติต่อครอบครัว ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 10 กิจกรรม “เคารพและให้เกียรติ” เพื่อเสริมสร้างความสุขในครอบครัว ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 11 กิจกรรม “ครอบครัวอุ่นใจ” เพื่อเสริมสร้างความสุขในครอบครัว ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 12 ยุติการปรึกษา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการภาวะครอบครัวของ Zarit and Zarit (1990) จำนวนทั้งสิ้น 32 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคยมีความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้นเลย มีความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้นนาน ๆ ครั้ง มีความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้นบางครั้ง มีความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้นบ่อยครั้ง และมีความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้นเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการภาวะครอบครัวในระดับต่ำ (0-31 คะแนน) ในระดับปานกลาง (32-64 คะแนน) และในระดับสูง (65-128 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดความสุขในครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicator [TMHI-15]) ของกรมสุขภาพจิต (2559) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยมีเหตุการณ์/อาการ/ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วย เคยมีเหตุการณ์/อาการ/ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เล็กน้อย เคยมีเหตุการณ์/อาการ/ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก และเคยมีเหตุการณ์/อาการ/ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความสุข/อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (15-43 คะแนน) มีความสุขในเกณฑ์ปกติ (44-50 คะแนน) และในเกณฑ์ดี (51-60 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว และแบบวัดความสุขในครอบครัว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม และความตรงตามเนื้อหา ของแบบวัด ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ด้านการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษา (2 คน) และอาจารย์พยาบาลด้านการให้การปรึกษา (2 คน) หากค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบวัด ได้ค่าเท่ากับ .84 เท่ากัน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำโปรแกรมฯ

ไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระยะของ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ครอบครัว ส่วนแบบวัดทั้ง 2 ชุด นำไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระยะของ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ครอบครัว (รวมจำนวน 60 คน) หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลระยะของ (เอกสารรับรอง เลขที่ RYH 33/2560 วันที่ -) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนั้นเท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยะของ จากนั้นเข้าพบหัวหน้าหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (วันละ 2 ครอบครัว) และพบกลุ่มควบคุมในวันพุธ เน้นนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว และแบบวัดความสุขในครอบครัว ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 30-40 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-12 ระยะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษาแก่กลุ่มทดลองเป็นรายครอบครัว จำนวน 10 ครอบครัว โดยใช้โปรแกรมการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ ณ บ้านของผู้ป่วย ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ วันละ 2 ครอบครัว สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม จนครบทั้ง

12 กิจกรรม (จำนวน 12 ครั้งต่อครอบครัว) รวมจำนวนทั้งสิ้น 120 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลของคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาทั่วไป และการให้ความรู้แก่ครอบครัว

4. ในสัปดาห์ที่ 12 ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง (วันละ 2 ครอบครัว) ตอบแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว และแบบวัดความสุขในครอบครัว ระยะหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 25-30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ตอบแบบวัดดังกล่าวในวันพุธ

5. ในสัปดาห์ที่ 16 ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง (วันละ 2 ครอบครัว) ตอบแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว และแบบวัดความสุขในครอบครัว ระยะติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลา 25-30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ทำแบบประเมินดังกล่าวในวันพุธ

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลการจัดการภาวะครอบครัว และข้อมูลความสุขในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการจัดการภาวะครอบครัวและมีความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลองระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures MANOVA ส่วนการเปรียบเทียบการจัดการภาวะครอบครัวและมีความสุขในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ three-way repeated measures MANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANOVA โดยตรวจสอบการเป็น compound symmetry (Mauchly's W) พบว่า ค่า Mauchly's test of sphericity ของตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว มีค่าเท่ากับ .266

($p < .05$) แสดงว่า ความแปรปรวนของตัวแปรดังกล่าวไม่เป็น compound symmetry การตรวจสอบค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน ควรที่จะอ่านค่าสถิติทดสอบ MANOVA ด้วยค่า Greenhouse-Geisser และค่าของตัวแปรความสุขในครอบครัว มีค่า Mauchly's W เท่ากับ .452 ($p < .05$) แสดงว่า ความแปรปรวนของตัวแปรดังกล่าวไม่เป็น compound symmetry การตรวจสอบค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน ควรที่จะอ่านค่าสถิติทดสอบ MANOVA ด้วยค่า Greenhouse-Geisser ส่วนผลการทดสอบค่าความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม (Wilks' lambda) พบว่ามีค่าเท่ากับ .859 ($F = .615, p = .658$) แสดงว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างช่วงเวลาของการวัดกับสถานภาพในตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัว แต่การทดสอบความแปรปรวนพหุหรือการทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มเฉพาะช่วงเวลา โดยพิจารณาจากค่า Wilks' lambda (factor) พบว่ามีค่าเท่ากับ .017 ($F = 214.547, p < .001$) แสดงว่า ในตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของการวัดอย่างน้อย 1 คู่ สำหรับผลการทดสอบความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม โดยพิจารณาจากค่า Box's M พบว่ามีค่าเท่ากับ 31.339 ($F = .939, p = .540$) แสดงว่า ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 90 เท่ากัน เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน และมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ

2. การจัดการภาวะครอบครัวของกลุ่มทดลอง พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวในระดับปานกลาง ($M = 1.81, SD = .08$) โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ย

การจัดการภาวะครอบครัวในระดับปานกลาง ($M = 1.80, SD = .09$ และ $M = 1.82, SD = .08$ ตามลำดับ) ส่วนระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวในระดับมาก ($M = 2.67, SD = .17$) โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวในระดับมาก ($M = 2.67, SD = .17$ และ $M = 2.67, SD = .21$ ตามลำดับ) สำหรับระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวในระดับมาก ($M = 2.74, SD = .16$) โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวในระดับมาก ($M = 2.75, SD = .16$ และ $M = 2.73, SD = .17$ ตามลำดับ)

3. ความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัวในระดับปานกลาง ($M = 2.30, SD = .22$) โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัวในระดับปานกลาง ($M = 2.35, SD = .12$ และ $M = 2.25, SD = .29$ ตามลำดับ) ส่วนระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัวในระดับมาก ($M = 3.03, SD = .12$) โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวในระดับมาก ($M = 3.02, SD = .10$ และ $M = 3.04, SD = .15$ ตามลำดับ) สำหรับระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัวในระดับมาก ($M = 3.10, SD = .10$) โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวในระดับมาก ($M = 3.10, SD = .10$ และ $M = 3.10, SD = .09$ ตามลำดับ)

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว

4.1 การจัดการภาวะครอบครัว พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction effect) ระหว่างช่วงเวลาของการวัดกับสถานภาพ (กลุ่มผู้ป่วย กับ ครอบครัว [กลุ่มคู่สมรส]) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยกับคะแนนเฉลี่ยของครอบครัวในแต่ละช่วงเวลา

ของการวัด ได้แก่ ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า คะแนนเฉลี่ย การจัดการภาวะครอบครัวในแต่ละช่วงเวลาของการวัด (main effect) ได้แก่ ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 536.362, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

4.2 ความสุขในครอบครัว พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction effect) ระหว่างช่วงเวลาของการวัดกับ

สถานภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยกับคะแนนเฉลี่ยของครอบครัวในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า คะแนนเฉลี่ย ความสุขในครอบครัวในแต่ละช่วงเวลาของการวัด (main effect) ได้แก่ ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 256.043, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ($n = 20$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การจัดการภาวะครอบครัว					
การวัดก่อน หลัง และการติดตามผล	10.72	1.15	9.30	536.362	< .001
ปฏิสัมพันธ์ของคะแนนการจัดการ ภาวะครอบครัวกับเวลา	.01	1.15	.01	.341	.387
ความคลาดเคลื่อน	.36	20.76	.01		
รวม	11.09	23.06	9.32		
ความสุขในครอบครัว					
การวัดก่อน หลัง และการติดตามผล	7.85	1.29	6.07	256.043	< .001
ปฏิสัมพันธ์ของคะแนนความสุข ในครอบครัวกับเวลา	.04	1.29	.03	1.319	.624
ความคลาดเคลื่อน	.55	25.68	.02		
รวม	8.44	28.26	6.12		

5. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ย การจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขใน ครอบครัว ของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลา หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ย

ความสุขในครอบครัว ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะ ติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลัง การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ช่วงเวลาของการวัด	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ระยะก่อนการทดลอง	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
การจัดการภาวะครอบครัว				
ระยะก่อนการทดลอง	1.81	-	.86*	.93*
ระยะหลังการทดลอง	2.67	-	.07*	
ระยะติดตามผล	2.74	-	-	-
ความสุขในครอบครัว				
ระยะก่อนการทดลอง	2.30	-	.73*	.80*
ระยะหลังการทดลอง	3.03	-	-	.07*
ระยะติดตามผล	3.10	-	-	-

* $p < .05$

6. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม (กลุ่มผู้ป่วย กับ ครอบครัว [กลุ่มผู้สมรส])

6.1 การจัดการภาวะครอบครัว พบว่า 1) ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction effect) ระหว่างช่วงเวลาของการวัดกับสถานภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยกับคะแนนเฉลี่ยของครอบครัวในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน 2) มีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction effect) ระหว่างช่วงเวลาของการวัดกับกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 330.839$, $p < .001$) แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ และ 3) ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction effect) ระหว่างช่วงเวลาของการวัด สถานภาพ และกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงว่า ช่วงเวลาของการวัดที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองกับในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยกับครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

6.2 ความสุขในครอบครัว พบว่า 1) ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction effect) ระหว่างช่วงเวลาของการวัดกับสถานภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยกับคะแนนเฉลี่ยของครอบครัวในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน 2) มีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction effect) ระหว่างช่วงเวลาของการวัดกับกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 83.028$, $p < .001$) แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ และ 3) ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction effect) ระหว่างช่วงเวลาของการวัด สถานภาพ และกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ช่วงเวลาของการวัดที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระยะ

ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
ในกลุ่มทดลองกับในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยกับครอบครัว

มีคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัวไม่แตกต่างกัน ดังแสดง
ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และ
ระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การจัดการภาวะครอบครัว					
การวัดก่อน หลัง และการติดตามผล	6.45	1.17	5.48	488.611	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาของ การวัด*สถานภาพ	.02	1.17	.01	1.489	.746
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาของ การวัด*กลุ่ม	4.37	1.17	3.71	330.839	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาของ การวัด*สถานภาพ*กลุ่ม	.00	1.17	.00	.055	.192
ความคลาดเคลื่อน	.47	42.41	.01		
รวม	11.32	47.12	9.22		
ความสุขในครอบครัว					
การวัดก่อน หลัง และการติดตามผล	6.01	1.34	4.47	217.490	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาของ การวัด*สถานภาพ	.01	1.34	.01	.300	.524
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาของ การวัด*กลุ่ม	2.29	1.34	1.70	83.028	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาของ การวัด*สถานภาพ*กลุ่ม	.03	1.34	.02	1.425	.619
ความคลาดเคลื่อน	.99	48.39	.02		
รวม	9.35	53.77	6.23		

7. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ย
การจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขใน
ครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อน
การทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
พบว่า ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ย

ความสุขในครอบครัว สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < .001$) แต่ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง
กับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง
ที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	ช่วงเวลาของการวัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p
		M	SD	M	SD		
การจัดการภาวะครอบครัว	ระยะก่อนการทดลอง	1.81	.08	1.89	.11	.08	
	ระยะหลังการทดลอง	2.67	.19	1.97	.08	.70	< .001
	ระยะติดตามผล	2.74	.16	1.98	.06	.76	< .001
ความสุขในครอบครัว	ระยะก่อนการทดลอง	2.30	.22	2.44	.22	.14	.814
	ระยะหลังการทดลอง	3.03	.12	2.59	.13	.44	< .001
	ระยะติดตามผล	3.10	.10	2.64	.06	.46	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเป็นรายครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สำรวจปัญหาาร่วมกัน เลือกรหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขร่วมกัน วางแผนในการแก้ไขปัญหา และลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งมีการติดตามผลการแก้ไขนั้นเป็นระยะ ๆ และปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือวิธีการให้สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมที่สุดสำหรับครอบครัว โดยมีการคิดวิเคราะห์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวเป็นหลัก ทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ซึ่งเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันในการปรึกษาแต่ละครั้ง ได้พูดคุยกันในเรื่องที่ก่อนหน้านี้อาจไม่กล้าที่จะพูดคุยกัน

และได้ปรึกษากันมากขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น รวมทั้งได้มีการวาดภาพในการทำแผนภูมิครอบครัว การปลูกต้นไม้ การระบายสี การดูวิดีโอ การฟังเพลง และการทำเส้นลวดประสมการณ์ชีวิต ซึ่งแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ไม่ถนัดหรือไม่เคยทำมาก่อน แต่กิจกรรมเหล่านี้ทำให้เห็นการพัฒนาที่ดีขึ้น โดยในการทำกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ จะเห็นความตั้งใจในการช่วยเหลือกันของสามีและภรรยามีการปรับตัวเข้าหากัน ทำให้ความตึงเครียดและความขัดแย้งที่เคยเกิดขึ้นในครอบครัวลดลงอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขจากตัวสมาชิกเอง ไม่เกิดความรู้สึกที่ว่าตัวเองผิด เพราะได้ช่วยเหลือกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ในแต่ละครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ สอดคล้องกับการศึกษาของซูวิทย์รัตนพลแสนย์ (2549) ที่ศึกษาการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสมรสของคู่สมรสทหารเรือ พบว่าหลังการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีการให้การปรึกษาคอครอบครัวกลุ่มพฤติกรรมนิยม และกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก คุณภาพชีวิตสมรสของคู่สมรสทหารเรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยความสุขใน

ครอบครัว ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งโปรแกรมนี้ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ครอบครัว ให้สมาชิกครอบครัวได้ตระหนักรู้ในตนเอง สามารถค้นพบทางเลือกและตัดสินใจร่วมกัน โดยเฉพาะกิจกรรมการปลูกต้นไม้ การระบายสี การควิตีโอ การฟังเพลง และการทำเส้นลวดประสมการณ์ชีวิต และทำให้เห็นถึงความคงทนของโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ ที่ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมในการศึกษารอบครัวตามมาด้วย ซึ่งก่อให้เกิดความไว้วางใจกัน และมีเจตคติที่ดีต่อกัน ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการช่วยให้ผู้วิจัยเข้าถึงครอบครัว ได้ทราบความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวจากการทำแผนภูมิครอบครัว ค้นพบประเด็นที่จะนำไปสู่การวางแผนในการศึกษารอบครัว และช่วยเหลือครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับสิ่งที่ครอบครัวต้องการ ตรงประเด็น เพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวในระดับสูงขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของซูวิทย์ รัตนพลแสนย์ (2549) ที่พบว่า หลังการให้คำปรึกษารอบครัวตามทฤษฎีการให้การศึกษารอบครัว กลุ่มพฤติกรรมนิยม และกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด คุณภาพชีวิตสมรสของกลุ่มสมรสที่ปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Knerr (2008) ที่ศึกษาระดับความสามารถในการแยกตนเองของคู่สมรสที่มีต่อความพึงพอใจในสัมพันธ์ภาพชีวิตคู่และความสามารถในการจัดการปัญหาครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในคลินิกให้การปรึกษาแก่คู่สมรสและครอบครัวบำบัด รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า หลังได้รับการปรึกษา คู่สมรสที่เป็นเพศหญิงมีระดับความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในสัมพันธ์ภาพชีวิตคู่ และความสามารถในการจัดการปัญหาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการไปประยุกต์ใช้ในการให้การศึกษารอบครัวลักษณะต่างๆ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว และเพิ่มความสุขในครอบครัว

1.2 บุคลากรทางสุขภาพควรนำแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวไปใช้ในการประเมินการจัดการภาวะครอบครัวในประชาชนทั่วไปที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีลักษณะเด่น คือ สามารถวัดการจัดการภาวะครอบครัวในบริบทสังคมไทย ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยควรรวบรวมรายละเอียดของแบบวัดวิธีการใช้ และการแปลความหมาย ก่อนนำไปใช้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดความสุขในครอบครัว ที่สามารถวัดระดับความสุขของสมาชิกครอบครัวในภาพรวมได้ และควรมีการศึกษาความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

2.2 ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการปรึกษาที่สามารถนำไปใช้กับผู้รับบริการจำนวนมากได้ในคราวเดียวกัน เช่น การบูรณาการระหว่างให้การปรึกษารอบครัว โดยจัดฝึกอบรมให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการจัดบริการให้การปรึกษาออนไลน์

2.3 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และมีการติดตามการจัดการภาวะครอบครัวและมีความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2559). *แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น The Happiness Indicator (TMHI-15)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

- ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์. (2549). *การให้คำปรึกษารอบครอบครัว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสมรสของคู่สมรสทหารเรือ* (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาคุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เพ็ญญา กุลนาคดล. (2555). การปรึกษารอบครัว ตามแนวทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่น: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 23(3), 57-66.
- เพ็ญญา กุลนาคดล. (2559). *การปรึกษารอบครัว Family counseling*. ชลบุรี: เนติกุลการพิมพ์.
- ยุพดี ทรัพย์เจริญ, และเพ็ญญา กุลนาคดล. (2557). ผลการปรึกษาทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นต่อความสามารถในการแยกตนเองของนิสิตปริญญาตรี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 12-29.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข ปี 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- Glade, A. C. (2005). *Differentiation, marital satisfaction and depressive symptoms: An application of Bowen Theory* (Doctoral dissertation). Columbus, OH: The Ohio State University.
- Knerr, M. R. (2008). *Differentiation and power in couple therapy* (Doctoral dissertation). Columbus, OH: The Ohio State University.
- World Stroke Organization. (2017). *World Stroke Day 2017 What's your reason for preventing stroke?*. Retrieved from <http://www.world-strokecampaign.org/media/attachments/2017/07/20/english---world-stroke-day-2017-brochure-20170720.pdf>
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล Home Visit Model for Bedridden Patients Based on the Problems and Needs of Caregivers

สายใจ จารุจิตฺร, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹
Saijai Jarujit, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

ราตรี อรามศิลป์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)²
Ratree Aramsin, M.N.S. (Family Nursing)²

วรรณศิริ ประจันโน, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)³
Wansiri Prachanno, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)³

Received: January 23, 2019

Revised: February 28, 2019

Accepted: March 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม เพื่อศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 210 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 10 คน พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีค่าความเชื่อมั่น .88 และ .93 ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาและความต้องการในการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง 2) ปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีบริการรับ-ส่งผู้ป่วย ขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ขาดการป้องกันภาวะข้อติดแข็ง ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลไม่ได้รับการประเมินและดูแลสุขภาพ และ 3) รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ควรเป็นรูปแบบที่มีการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆ ของการเยี่ยมบ้านดังกล่าว ร่วมกับการเสริมสร้างกำลังใจและพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

¹ Registered Nurse, Professional Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: saijai@pnc.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi

³ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

³ Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และผู้นำชุมชนควรสนับสนุนหรือจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง รวมทั้งจัดบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยเมื่อต้องไปโรงพยาบาล
คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเตียง การเยี่ยมบ้าน ผู้ดูแล

Abstract

This mixed methods research aimed to study home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers. The samples for quantitative research consisted of 210 caregivers of bedridden patients in Chanthaburi Province and the participants for qualitative research comprised 10 caregivers of bedridden patients, 5 nurses working at sub-district health promoting hospitals, and 10 village health volunteers. The research instruments were composed of a questionnaire of demographic data, a questionnaire of problems and needs of caregiver with the reliability of .88 and .93, respectively, an in-depth interview guide, and a focus group interview guide. Data were collected from February to July, 2018 and were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that 1) the caregivers of bedridden patients had the overall mean scores of problems and needs at a moderate level; 2) regarding problems and obstacles in bedridden patients home visit, they were composed of discontinuity of home visit; lacking of referral services, some devices, counselling, stiff joint prevention, continuity of rehabilitation, caregiver assistants, and health care services for caregivers; and 3) regarding home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers, it was concluded that the model should combine home visit problems solving with obstacles reducing as well as the empowerment for both bedridden patients and their caregivers.

This research suggests that the executives should encourage the continuity of bedridden patients home visit. Additionally, the community leaders should promote or establish a fund for bedridden patients supporting as well as arrange the referral services.

Keywords: Bedridden patients, Home visit, Caregiver

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นงานบริการปฐมภูมิ ที่สนับสนุนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ

เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านยังส่งเสริมการแสดงบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาล โดยนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยวางแผนร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

เพื่อให้เกิดกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuing of care) เชื่อมโยงการบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลมายังสถานบริการสุขภาพในชุมชนและที่บ้าน พยาบาลจึงเปรียบเสมือนผู้จัดการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในการช่วยลดช่องว่างของรอยต่อระหว่างการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการส่งเสริมการให้ความรู้และการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึง การที่ผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.50 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ความชราภาพ การเสื่อมถอยของอวัยวะ การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับอุบัติเหตุ (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจากผลการสำรวจของมูลนิธิวิจัยวิวัฒนาการ (2558) พบผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคน ที่สุขภาพไม่ดี นอนติดเตียงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล คิดเป็นเกือบร้อยละ 15 โดยมีประมาณ 960,000 คน ที่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อีกประมาณ 63,000 คน ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหาร การล้มถลอกหรือสิ่งแปลกปลอม (นันทสิริ แสงสว่าง และสุพรรณิ นาคารย์, 2556) กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงซึ่งส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดความพิการ การจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปสรรค เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ (ชลการ ทรงศรี, 2557) ทั้งนี้

ผู้ป่วยติดเตียงควรมีผู้ดูแล (caregiver) ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมทุกอย่างให้และดูแลต่อเนื่องตลอดเวลา โดยผู้ดูแลหลักได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมหมอบกรอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งการดูแลรักษา การเยียวยา การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีสุขภาพแข็งแรงตามสมควร และยังช่วยประสานในการแก้ปัญหาสุขภาพหรือเสริมพลังให้คนในครอบครัวดูแลสุขภาพตนเอง

การเยี่ยมบ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยครอบครัวผู้ป่วยจะรู้สึกอุ่นใจที่มีพยาบาลไปดูแลที่บ้าน ญาติพี่น้องก็จะเข้าใจภาวะความเจ็บป่วย ให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ฟื้นตัวและหายเร็วขึ้น การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ การบริการต้องมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่างๆ อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการบริการที่ผ่านมามีลักษณะแบ่งแยกส่วนขาดระบบการเชื่อมโยงระหว่างการดูแลที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ โดยพบว่า ผู้ป่วยติดเตียงที่กลับมาพักฟื้นที่บ้านได้รับการดูแลโดยลำพังจากญาติ ซึ่งระบบการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเน้นการเตรียมญาติผู้ดูแล แต่ยังไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และความต่อเนื่องในการประสานงาน (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ซึ่งจะนำมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยติดเตียงต่อไป

การดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นภาระหน้าที่ที่ต้องใช้ความอดทนเป็นอย่างมาก เพราะผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลกิจวัตรต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่เช้าจนกระทั่งผู้ป่วยนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยยังก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการปรับตัว รองลงมา

คือ การเปลี่ยนแปลงการทำงาน การไม่มีเวลาทำงานอย่างอื่น (ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และนิรมิตศุรา แว, 2560) นอกจากนี้ ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลยังมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลกับครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียเชื้อ, และสมนึก สกุดหงส์โสภณ, 2557)

การที่มีผู้ป่วยติดเตียงในบ้านย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล อันเป็นที่มาของความต้องการด้านต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวกับความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการการช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์และการรักษา โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ด้านการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรม และด้านปริมาณการใช้เวลาดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาและความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง ส่วนรายด้านพบว่า ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วย และด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการจัดการในบ้าน อยู่ในระดับน้อย (พวงเพ็ญเพือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล, และวิชญา โรจนรักษ์, 2559) การที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นนั้น ทีมเยี่ยมบ้านจำเป็นต้องทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และหากสมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการแล้ว ก็จะสามารถลดโอกาสที่จะสื่อความเครียดของตนออกไปสู่ผู้ป่วย ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการสื่อสาร ด้านการสนับสนุน และด้านการเข้าถึงบุคลากรทางสุขภาพ (Hafsteinsdottir, Vergunst, Lindeman, & Schuurmans, 2010 อ้างถึงในสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพสนธิ์, 2557)

จากข้อมูลข้างต้น การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงมีความสำคัญ เพราะช่วยให้นักวิชาการทางสุขภาพสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงการบริการการดูแลที่บ้านให้สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและความต้องการของผู้ดูแล หากผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่ดี ย่อมทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านดีขึ้น ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อีกทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง
3. เพื่อศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งใช้แนวคิดเชิงระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า การดำเนินงาน (input) กระบวนการดำเนินงาน (process) และผลลัพธ์การดำเนินงาน (output) (สำนักการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการสื่อสาร ด้านการสนับสนุน และด้านการเข้าถึงบุคลากรทางสุขภาพ (Hafsteinsdottir et al., 2010 อ้างถึงในสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพสนธิ์, 2557) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

1. ด้านการดูแลผู้ป่วย
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้
3. ด้านค่าใช้จ่าย
4. ด้านการจัดการในครอบครัว
5. ด้านการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน
6. ด้านทีมเยี่ยมบ้าน
7. ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย

รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

ด้านปัจจัยนำเข้า (input)

- ทีมเยี่ยมบ้าน
- การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน

ด้านกระบวนการ (process)

- กระบวนการเยี่ยมบ้าน
- การจัดการในครอบครัว
- การไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยต้องไปโรงพยาบาล

ด้านผลลัพธ์ (output)

- ผลการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (mixed methods research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 จำนวน 316 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยติดเตียง 2) ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน 3) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวนประชากรทั้งหมด โดยวิธีการ population survey ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูป โดยกำหนด margin of error 5%, confidence level 95% และ response distribution 50% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 210 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มอำเภอของจังหวัดทั้ง 10 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอท่าใหม่ อำเภอมะขาม อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอขลุง จากนั้นเทียบสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอ ทั้งนี้ ทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 15 แห่ง

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 10 คน พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง: ใช้เกณฑ์เดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฯ: 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านอย่างน้อย 1 ปี 2) ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: 1) มีหน้าที่ดูแลเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ 2) ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน 3) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยจำนวนของแต่ละกลุ่ม ทำการสุ่มจากพื้นที่มาเช่นเดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ แล้วคัดเลือกมาตามเกณฑ์ที่กำหนด ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ได้คัดเลือกมาจากชุมชนที่มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง คณะผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของพวงเพ็ญ เฟื่องสวัสดิ์ และคณะ (2559) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วย จำนวน 16 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้ จำนวน 3 ข้อ ด้านค่าใช้จ่าย จำนวน 4 ข้อ ด้านการจัดการในครอบครัว จำนวน 3 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน จำนวน 3 ข้อ ด้านทีมเยี่ยมบ้าน จำนวน 6 ข้อ และด้านผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 39 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด และส่วนที่ 2 ความต้องการในการดูแลผู้ป่วย เป็นข้อคำถามเดียวกับ

ส่วนที่ 1 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัญหา/ความต้องการในระดับน้อย (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน) และในระดับมาก (3.67-5 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview guide) ประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านของทีมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม (focus group interview guide) ประกอบด้วยประเด็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนในการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .87 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 011/61 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนกลุ่มละ 10 คน โดยคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการใช้แบบสอบถามให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าใจตรงกันก่อน จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ในการวิจัยเชิงปริมาณ) ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 20-25 นาที ส่วนคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ในการวิจัยเชิงคุณภาพ) ที่บ้าน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้เวลา 30-40 นาที จากนั้นคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล และพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และทำการสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 มีอายุอยู่ในช่วง 42-58 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 69 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41

รองลงมา คือ เป็นมารดา/บิดา คิดเป็นร้อยละ 17 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47

2. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.1 ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชนในระดับปานกลาง ($M = 3.31, SD = 1.08$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น หอมพื้นบ้าน รถรับ-ส่งมาโรงพยาบาล ($M = 3.36, SD = 1.04$) รองลงมา คือ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ($M = 3.34, SD = 1.04$) ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุน/การดูแลจากผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชนนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่เคยได้รับการสนับสนุนการดูแลจากกลุ่มผู้นำชุมชน แต่ในปัจจุบัน การสนับสนุนส่วนนี้ได้ห่างหายไป รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน พบว่า บางครอบครัวยังไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการใกล้บ้านได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงมีความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชนมากที่สุด สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ครอบครัวที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นได้รับการสนับสนุนที่ไม่ต่อเนื่องดังตัวอย่าง

“ที่เป็น อสม. ก่อนหน้านั้นเคยมา 2 ครั้ง แต่ตอนนี้หายไปนานแล้ว” (B4)

“ยังไม่มีหน่วยงานไหนมาดูแล” (B7)

“มีบ้าง อนามัยมีมาบ้าง เพราะเค้ามีโครงการเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง แต่พอหมดงบประมาณของ อสม. ก็ไม่มีใครมาดูแลแล้ว” (B3)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านที่มียืมบ้านในระดับปานกลาง ($M = 3.06, SD = 1.10$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อเจ้าหน้าที่การมีช่องทางขอรับบริการหรือสอบถามข้อมูล ($M = 3.30, SD = 1.08$) รองลงมา คือ การมีบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ($M = 3.11, SD = 1.07$)

ทั้งนี้ ทีมเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ประกอบด้วยพยาบาล อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางครั้งมีนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และกลุ่มผู้นำชุมชนร่วมด้วย ความถี่ของการมาเยี่ยมไม่แน่นอน ช่วงแรกๆ จะมาบ่อย ช่วงหลังๆ จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาดูบ้างเป็นครั้งคราว สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า

“เมื่อก่อนเป็นหมอกายภาพที่มาเป็นประจำ แต่พักนี้แลหายไปประมาณ 3 เดือนแล้ว ยังไม่เห็นมา” (B1)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง ($M = 2.74, SD = 1.10$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ภาระงานในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น ($M = 2.91, SD = 1.16$) รองลงมา คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่มีความเจ็บป่วย ($M = 2.81, SD = 1.05$) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังตัวอย่าง

“ไม่มี ทำคนเดียว เพราะว่าแม่กับพ่อแก่ ห้ามป่วย ห้ามตาย ห้ามมีทุกข์ อาศัยว่าเราไม่ได้ทำงานประจำ ทำงานอยู่บ้านอยู่แล้ว” (B3)

“ตอนแรกเครียด แต่มันก็ต้องทำ เพราะถ้าไม่ทำ จะมีใครทำ เครียดไปก็ไม่ได้อะไร มันก็ต้องปรับตัว ตอนนั้นก็ปรับได้ระดับหนึ่งแล้ว” (B7)

“เครียดค่ะ แม่จะคือ อย่างเรื่องกินยา ยาพาราทิลฟีп ก็าก็จะกินทุกวัน เราก็อ่านไม่ได้ ต้องตัดใจซื้อให้กินไม่งั้นแม่จะไววาย จะค่า” (B8)

“มีโรคปวดขา ปวดหลัง เป็นประจำเลย เดินไม่ค่อยจะดี” (B5)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในระดับปานกลาง ($M = 2.34, SD = 1.17$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน เช่น ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่าวัสดุอุปกรณ์ทำแผล ค่าอาหารทางสายยาง ($M = 2.89, SD = 1.31$) รองลงมา คือ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อไปตรวจตามนัด ไปรับยาแทนผู้ป่วย เป็นต้น ($M = 2.26, SD = 1.18$) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังตัวอย่าง

“ผ้าอ้อม แพนเพิร์ส ไม่มีเงินจะซื้อ และบังเอิญ

วันนี้มีคนนำมาบริจาคพอดี 1 ห่อ ก็ก็นำมาให้ และนี่ก็เริ่มจะหมดอีกแล้ว เหลือประมาณ 3-4 ชิ้น และต้องใช้ทุกวัน มันเปลืองมาก และมันก็แพงมาก ทำให้ชักหน้าไม่ถึงหลัง” (B1)

“อยากได้อาหารทางสายยาง แพนเพิร์ส กระดาษทิชชู เพราะในแต่ละครั้งใช้ประมาณ 2-3 ม้วน ต้องใช้เซ็ดที่เตียงเลย” (B5)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยในระดับน้อย ($M = 2.22, SD = 1.09$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อติด และการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ($M = 2.68, SD = 1.27$) รองลงมา คือ การพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจติดตามอาการ ($M = 2.63, SD = 1.35$) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลผู้ป่วยได้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถใช้เครื่องมือทางการแพทย์ง่ายๆ ได้ เช่น การเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาล การวัดความดันโลหิต การพลิกตัว การทำแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง โดยได้รับความรู้มาจากการสอนของพยาบาล ทั้งจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่พบว่า ผู้ป่วยยังมีภาวะข้อติดแข็ง รวมทั้งมีปัญหากลืนอาหารของผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการ ดังตัวอย่าง

“เมื่อก่อนไปหาหมอฉีดยาเป็นประจำทุกวัน แต่ปัจจุบัน 3-4 วัน จึงจะมาหาหมอ แต่ก็ยังไม่หายแต่ต้องทน” (B1)

“พลิกตัวมั่งไม่พลิกมั่ง คนไข้ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง ถ้าทำเอง หน้าตาแดง” (B5)

“เรื่องแผลกดทับ เราพยายามจะตะแคงไม่ให้มันเกิดแผล แต่ก็มึบ้าง เพราะว่าแฉะแพนเพิร์ส เพราะตัวเขาใหญ่” (B6)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการจัดการในครอบครัวในระดับน้อย ($M = 2.18, SD = 1.10$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีญาติหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย

($M = 2.59, SD = 1.23$) รองลงมา คือ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะดวกและปลอดภัย ($M = 2.11, SD = 1.06$) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าครอบครัวสามารถจัดการปรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้ ดังตัวอย่าง

“เข้ามาที่ห้องข้าว ล้างจาน ทำกับข้าวให้ลูกกิน พอเสร็จก็มาล้างแผล ทำแผลให้ผู้ป่วย พอเขานอนหลับเราก็ไปหลังบ้าน ถอนหญ้า ปลูกข้าว ปลูกตะไคร้ มะนาวไว้กินเอง” (B1)

“ต้องดูแลคนเดียวตลอดเวลา เวลาจะไปไหนก็ปิดประตูให้ขายนอน เพราะช่วงเวลากลางวันต้องกลับมาป้อนอาหาร” (B2)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้ ในระดับน้อย ($M = 2.15, SD = .96$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าถึงข้อมูลในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ($M = 2.22, SD = 1.02$) รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ($M = 2.11, SD = .95$) และ การได้รับ

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ยาที่ใช้ อาการสาเหตุการเจ็บป่วย แผนการรักษา เป็นต้น ($M = 2.11, SD = .91$) สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลในการขอความช่วยเหลือและแหล่งความรู้เรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดังตัวอย่าง

“ครั้งเดียวก็ทำได้แล้ว เห็นหมอทำ เขาสอนละเอียด และให้เราทำ” (B5)

“ไปเล่าให้หมอนามัยฟัง และนำยากลับมาให้แกกินที่บ้าน ก็มียาแกไอ ยาแก้ แกกินตามเวลา แล้วก็หายไม่เคยเป็นนาน” (B2)

2.2 ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.71, SD = 1.13$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการทุกด้านในระดับปานกลาง ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 210)

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ	ปัญหา			ความต้องการ		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ด้านการดูแลผู้ป่วย	2.22	1.09	น้อย	2.55	1.16	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้	2.15	.96	น้อย	2.61	1.09	ปานกลาง
ด้านค่าใช้จ่าย	2.34	1.17	ปานกลาง	2.70	1.23	ปานกลาง
ด้านการจัดการในครอบครัว	2.18	1.10	น้อย	2.72	1.12	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ในชุมชน	3.31	1.08	ปานกลาง	2.87	1.08	ปานกลาง
ด้านทีมเยี่ยมบ้าน	3.06	1.10	ปานกลาง	2.94	1.04	ปานกลาง
ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย	2.74	1.10	ปานกลาง	2.97	1.10	ปานกลาง
โดยรวม	2.49	1.09	ปานกลาง	2.71	1.13	ปานกลาง

3. ปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง

3.1 ด้านปัจจัยนำเข้า

- ทีมเยี่ยมบ้าน พบว่า ทีมเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ประกอบด้วยพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางครั้งมีนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และกลุ่มผู้นำชุมชน ความถี่ของการเยี่ยมบ้านไม่แน่นอน ช่วงแรก ๆ จะไปบ่อย ช่วงหลัง ๆ จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาดูแลบ้างเป็นครั้งคราว เน้นนักกายภาพบำบัดและผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเฉพาะด้าน ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า มีช่วงเวลาของการประกอบอาชีพในบางช่วง ทำให้ไม่สะดวกในการไปเยี่ยมผู้ป่วย ดังตัวอย่าง

“มีเป็นบางอาทิตย์ บางครั้งบางคราวที่เราติดงาน แต่เราก็สลับวันที่จะไปได้ ถ้าเกิดเรารู้ว่ามีปัญหาว่าไม่สามารถไปได้ เราก็จะบอกกับคนไข้ว่า ป้า วันอังคารนี้มาไม่ได้นะ จะมาวันศุกร์นะ เขาก็พูดว่าเค้าจะคอย เค้าก็จะเข้าใจเรา”

- ระยะเวลาการเยี่ยมบ้าน พบว่า ไม่มีความต่อเนื่อง บางพื้นที่ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับ

- การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น หมอพื้นบ้าน รถรับ-ส่งมาโรงพยาบาล ดังตัวอย่าง

“การสนับสนุนแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น รถรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษา อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย (ผ้าอ้อมสำเร็จรูป น้ำยาล้างแผล สำลี ก้อน และพลาสติกปิดแผล) รวมถึงช่องทางในการให้คำปรึกษาชี้แนะการดูแลผู้ป่วย”

3.2 ด้านกระบวนการ

- การดูแลผู้ป่วย พบปัญหาอย่างมาก โดยเฉพาะการป้องกันภาวะข้อติดแข็ง และความต่อเนื่องของการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ และปัญหาในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจติดตามอาการ

- การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะเครียดจากการที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีญาติ

หรือบุคคลอื่นมาผลัดเปลี่ยน ไม่มีเวลาในการปฏิบัติภารกิจส่วนตัว ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ดังตัวอย่าง

“ไม่มี ไม่มีใครมามองเลย แม้แต่ญาติพี่น้องเค้าไม่เคยมาดูแล เรายังนรกตัวเองในครอบครัว ตอนนี้ลูกก็ไปอยู่วัด ไปขับรถให้หลวงพี่ ที่วัดเค้าก็ให้เอาข้าวมาให้กิน”

- การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้รับทั้งการประเมินและการดูแลด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถไปรับบริการด้านสุขภาพได้

- ระบบการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทาง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่มีข้อมูลในการติดต่อ บางคนต้องถามจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลคนอื่น ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

3.3 ด้านผลลัพธ์

ในส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ปัญหาจากการดูแลมากที่สุด คือ การเกิดภาวะข้อติดแข็ง เนื่องจากการดูแลด้านการฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัด ยังขาดผู้เชี่ยวชาญมาช่วยในการประเมินและให้คำแนะนำ และพบว่า ผู้ดูแลเองยังไม่ตระหนักถึงการบริหารเพื่อป้องกันภาวะข้อติดให้แก่ผู้ป่วย และบางรายพบว่า เมื่อทำแล้วระยะหนึ่งไม่เห็นความเปลี่ยนแปลง จึงหมดกำลังใจในการทำการบริหารให้แก่ผู้ป่วยติดเตียง

4. รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

4.1 ด้านปัจจัยนำเข้า

- ทีมเยี่ยมบ้าน ควรประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด ผู้จัดการรายกรณี (case manager [CM]) และผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver [CGI])

- ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ควรมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ผู้นำชุมชน องค์กรภาครัฐ/เอกชน กระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง เช่น มีรถสำหรับบริการผู้ป่วยเพื่อรับ-ส่งไปโรงพยาบาล ช่วยเหลือให้การดูแลเรื่องรายได้ อุปกรณ์

ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย

4.2 ด้านกระบวนการ

- กระบวนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ควรเน้นการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการป้องกันภาวะข้อติดแข็ง การฟื้นฟูสภาพโดยการบริหารกล้ามเนื้อ

- การจัดการในครอบครัว ควรมีสมาชิกอื่นในครอบครัวมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือคอยผลัดเปลี่ยนในช่วงที่ผู้ดูแลติดภารกิจ เพื่อลดภาวะเครียดในการดูแลผู้ป่วย

- ในการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง นอกจากจะให้บริการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งควรมีการประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึง

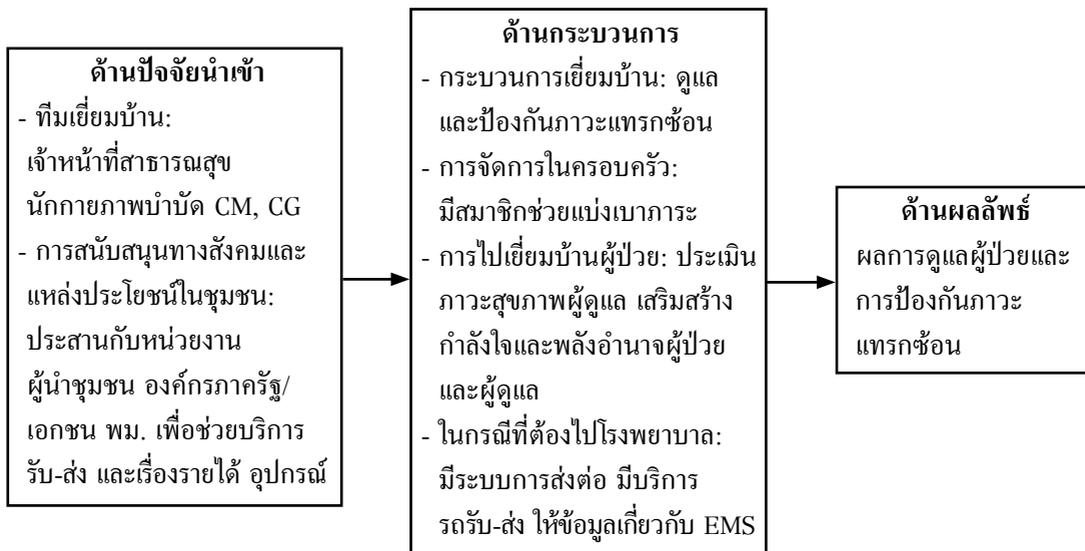
การเสริมสร้างกำลังใจและพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล ควรมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และมีบริการรถรับ-ส่ง รวมทั้งควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการรถพยาบาลของศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินในกรณีที่มิภาวะเร่งด่วน

4.3 ด้านผลลัพธ์

- ผลการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควรมีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะข้อติดแข็ง ผลกดทับ

รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาและความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการสนับสนุนทางสังคม

และแหล่งประโยชน์ในชุมชนมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านหลายประการ จึงต้องการการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น รถรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาหรือติดตามอาการ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

รวมถึงช่องทางในการให้คำปรึกษาชี้แนะการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุแบบองค์รวม พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้น ขาดนักกายภาพบำบัดในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ผู้ดูแลหลักทุกรายต้องการให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ เพื่อขอรับ คำแนะนำในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย อีกทั้งเพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึง ต้องการความรู้ในเรื่องโภชนาการและการป้องกันภาวะ แทรกซ้อน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ย ปัญหาด้านทีมเยี่ยมบ้านในระดับปานกลาง โดยผู้ดูแล มีความต้องการให้มีบุคลากรทางสุขภาพและเจ้าหน้าที่ เข้าไปเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลมีปัญหาในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เพื่อตรวจติดตามอาการ เนื่องจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ติดเตียงมีความยากลำบากและมีปัญหาในการเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บุญวาศ, ชิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และนิมิตตฤา แว (2560) ที่ศึกษา ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้หน่วยงานในท้องถิ่นอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้พิการมารับบริการที่จำเป็น เช่น บางคนต้องทำบัตรใหม่ บางคนต้องมารับบริการ ที่โรงพยาบาล จึงต้องการการสนับสนุนรถบริการสำหรับ รับ-ส่งผู้พิการ เพื่ออำนวยความสะดวก ให้สามารถนอน ไปได้ และต้องการการสนับสนุนรถเข็นสำหรับผู้พิการ เพื่อใช้ในการเคลื่อนย้าย การเปลี่ยนท่า การพาผู้พิการ ไปอาบน้ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี ชุนหบดี, ชิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, และสุนทรีภรณ์ ทองไสย (2556) ที่ศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลต้องการ ความช่วยเหลือจากท้องถิ่นในการอำนวยความสะดวก ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อมารับบริการ การหารถเข็น หรือเตียง ทั้งนี้เป็นเพราะบางพื้นที่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สามารถอำนวยความสะดวกให้ได้ แต่บางพื้นที่ยังไม่สามารถ

จัดบริการให้ได้ตามความต้องการ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนน เฉลี่ยปัญหาด้านผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจ เนื่องจากผู้ดูแลประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และในครอบครัว ไม่มีญาติหรือสมาชิกอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล ผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจ เกิดจากสถานะทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ภายใน ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ จันทรา (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้าง ทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงสำหรับนักศึกษา พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้า เครียด และท้อแท้ ขาดการติดตามจากเจ้าหน้าที่ ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เรื่องโภชนาการ การป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ย ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นภาวะที่ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ และ ค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลเอง จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า สมาชิก ในครอบครัวได้ร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ซึ่งส่วนใหญ่ มีรายได้พอใช้ ทำให้ปัญหาในการดูแลด้านค่าใช้จ่ายอยู่ใน ระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ย ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเนื่อง จากที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแล มีประสบการณ์ตรงในการดูแลและสามารถแก้ปัญหา บางอย่างที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วยเป็นต้นบ้างซึ่งถึงประสบการณ์และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่า ยิ่งระยะเวลา ยาวนาน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากมีความคุ้นเคยและมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการให้คำแนะนำด้าน สุขภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลเองที่แสวงหา ข้อมูล กำหนดแนวทางแก้ปัญหา และมีการปรับตัว ทำให้ คุ้นเคยกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยอาจมีครอบครัว/

ญาติพี่น้องมาช่วยมือช่วยเท้าสนับสนุน (พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการจัดการในครอบครัวในระดับน้อย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ และสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ทำให้สามารถจัดการในครอบครัวได้ระดับหนึ่ง ประกอบกับมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบุตร มากที่สุด รองลงมา คือ เป็นมารดา/บิดา และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยพยายามแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ครอบครัวส่วนหนึ่งที่ไม่มีผู้ผลัดเปลี่ยนในการดูแล ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเองเกือบทั้งหมด และยังคงทำหน้าที่ในการหารายได้ให้แก่ครอบครัวด้วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับที่วจนา ลีละพัฒนะ และสายพิณ หัตถ์รัตน (2558) กล่าวว่า หากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น ๆ จะเกิดความเหนื่อยล้า เพราะภาระการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา นั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และก่อให้เกิดความเครียดสูง อีกทั้งตัวผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหาของตนเองในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตนเอง เมื่อเวลาผ่านไป หากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งความรู้ ในระดับน้อย ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า แม้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสรับฟังสาระต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทางสุขภาพ แต่พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ เมื่อเกิดปัญหา ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนไม่มาก ประกอบกับการมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของผกายมาศ

กิตติวิทยากุล และวันดี ชูณหวิภิสิต (2551) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการ พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการของผู้ดูแลโดยรวม โดยอธิบายถึงความต้องการ การปรับตัว ที่ต้องการอย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแล รวมทั้งมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ได้เคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความต้องการในสิ่งที่ต้องการทราบหรือปัญหานั้น ๆ ก็จะลดน้อยลง

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ในส่วนกระบวนการเยี่ยมบ้าน พบว่า ทีมสุขภาพได้ให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การให้อาหาร และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม แต่ยังพบปัญหาเรื่องการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันภาวะข้อติดและการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะข้อติด ซึ่งจะยังทำให้การบริหารมีความยากลำบากยิ่งขึ้น ประกอบกับเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยไประยะหนึ่ง พบว่า ความหวังของผู้ดูแลที่หวังว่าผู้ป่วยจะกลับมาเคลื่อนไหวได้นั้นลดลง จึงทำให้ไม่มีการบริหารเพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อให้ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บุญญาศ และคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้ดูแลต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือให้หมีย้ำหน้าที่มาเยี่ยมบ่อย ๆ เพื่อให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และให้การพยาบาลบางอย่างที่ผู้ดูแลทำเองไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหาร การเคลื่อนย้าย การออกกำลังกาย การทำแผลกดทับ ส่วนผู้ดูแลบางคนที่ทำแผลกดทับได้เอง ก็ต้องการวัสดุ เช่น น้ำยาต่าง ๆ ครีมทาแผลกดทับ ผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้านหลายคน ผู้ดูแลต้องใช้บริการแบบเรียกเก็บเงินจากผู้ที่มาให้บริการ เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร และทำแผลที่บ้าน ซึ่งในปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านยังมีปัญหาหลายประการที่ต้องได้รับการแก้ไขจากทุกภาคส่วน รวมทั้งการปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงให้

ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ที่มุ่งจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัว โดยให้บริการที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินการตามแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการ ซึ่งจะสามารถดูแลผู้ป่วยให้เกิดสุขภาวะได้ (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารควรมีนโยบายในการสนับสนุนด้านการจัดระบบการเยี่ยมบ้าน โดยให้บุคลากรทางสุขภาพได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2 ผู้นำชุมชนควรมีการสร้างร่วมมือกับองค์กรในชุมชนในการจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง และสนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแล

1.3 ทีมเยี่ยมบ้านควรมีการประเมินความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของผู้รับบริการ เมื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านไปแล้วระยะหนึ่ง เพื่อเป็นตัวสะท้อนผลลัพธ์ในการดำเนินงาน และเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, พัทธนี วินิจจะกุล, วราพร ศรีสุพรรณ, และสุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2557). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. *วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*, 8(2), 120-131.
- ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และนิมิตศุตรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 205-216.
- ชลการ ทรงศรี. (2557). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ถนนท์เมืองอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(3), 155-161.
- ช่อทิพย์ จันทรา. (2560). การพัฒนารูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงสำหรับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(1), 60-73.
- นันทสิริ แสงสว่าง, และสุพรรณิ นาคารย์. (2556). การใช้เบาะน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 28(1), 41-49.
- ผกายมาศ กิตติวิทยากุล, และวันดี ชุมหวีกสิต. (2551). ความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(4), 339-347.
- พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, นิสาชล นากกุล, และวิชญา โจนรักษ์. (2559). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 54-64.

ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เป็ยเชื้อ, และสมนึก สกุดหงดีโสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารจิตพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.

วังนา สีละพัฒนะ, และสายพิณ หัตถ์รัตน. (2558). *เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว*. สืบค้นจาก https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.

สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558*. สืบค้นจาก <https://www.m-society.go.th>

อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(1), 53-63.

การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์ แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอแหลมฉบัง จังหวัดตราด*

A Study of Medication Errors from Prescribing by Non-medical Health Providers for Patients with Chronic Diseases Following up at Subdistrict Health Promoting Hospital, Laemngop District, Trat Province*

ศิริพร ขาวคม, ก.ม. (เภสัชกรชุมชน)¹

Siriporn Khaokom, M.Pharm. (Community Pharmacy)¹

ปวีณา สนธิสมบัติ, ก.ด. (เภสัชกร)²

Paveena Sonthisombat, Pharm.D. (Pharmacy)²

Received: January 28, 2019 Revised: March 29, 2019 Accepted: April 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาไปข้างหน้า เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นใบสั่งจ่ายยาที่เขียนโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเชี่ยว อำเภอแหลมฉบัง จังหวัดตราด รวมจำนวน 298 ใบ เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า 1) มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยา คิดเป็นร้อยละ 42.62 (จากใบสั่งจ่ายยา 127 ใบ จำนวน 132 ครั้ง) ซึ่งพบความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดการสั่งจ่ายยาผิดจำนวน มากที่สุดจำนวน 45 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.09 รองลงมา คือ การสั่งจ่ายยาผิดวิธีใช้ จำนวน 18 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13.64 และการสั่งจ่ายยาผิดความแรง จำนวน 9 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.82 และ 2) สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยา เกิดจากบุคลากร มากที่สุด จำนวน 91 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.94 รองลงมา คือ การติดต่อสื่อสาร จำนวน 39 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.55

* การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Master's Independent Study of Pharmacy Program in Community Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

¹ มหบัณฑิต สาขาเภสัชกรชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Program in Community Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: jung_ningsia@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

² Assistant Professor, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University: Advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีการให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และมีการตรวจสอบคุณภาพของระบบอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความคลาดเคลื่อนทางยา การสั่งจ่ายยา โรคเรื้อรัง บุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์

Abstract

This prospective descriptive research aimed to determine the incidence and causes of medication errors from prescribing by non-medical health providers. The samples consisted of 298 prescription written by non-medical health providers for patients with chronic diseases following up at Bang-kradan Subdistrict Health Promoting Hospital and Namchiew Subdistrict Health Promoting Hospital, Laemngop District, Trat Province. The research instrument was a 3-part recording form of general data and medication error events. Data were collected in April, 2013. Statistics used for data analysis included frequency and percentage.

The research results revealed that 1) an incidence of medication errors from prescribing was 42.62% (127 documents, 132 times): 45 times of error were not enough drug to use before the appointment (34.09%), 18 times of incorrect drug use (13.64%), and 9 times of incorrect drug intensity (6.82%); and 2) regarding the causes of medication errors from prescribing, it was found that 91 times of error were from staff (68.94%) and 39 times from communication (29.55%).

This research suggests that the executive should apply these research results for developing medication errors protecting system as well as enlighten involved staff, together with continuously review quality of system.

Keywords: Medication error, Prescribing, Chronic disease, Non-medical health provider

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสั่งจ่ายยา เป็นวิธีการและกระบวนการสั่งให้ยา โดยแพทย์หรือผู้สั่งให้ยา ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความคลาดเคลื่อนทางยา เนื่องจากระบบสั่งจ่ายยามีความซับซ้อนหรือมีกระบวนการที่ไม่สะดวกในการใช้งาน เช่น ผู้สั่งให้ยาเข้าถึงประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยได้ยาก อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาได้ เช่น การสั่งยาไม่ครบชนิด การสั่งยาผิดวิธีใช้ การสั่งยาผิดชนิด โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระบบสั่งยาซึ่งคาดว่าจะ เป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยานั้น

สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาและการเขียนคำสั่งในการสั่งยาของแพทย์ และปัจจัยที่เกิดจากระบบและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ การเข้าถึงประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม และศุภลักษณ์ ธนานนท์นิवास, 2552)

ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นความเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายต่อการรักษา เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การใช้ยาอย่างขาดความรู้ การปฏิบัติงานที่ด้อยมาตรฐาน หรือความล้มเหลวของระบบ (Hepler & Strand, 1990)

ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้ในหลาย ๆ จุดของระบบการใช้ยา ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสหวิชาชีพและที่เกี่ยวข้องกับระบบที่มีใช้บุคคล ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ โดยการออกแบบระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) ซึ่งเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรง (Lesar, Briceland, & Stein, 1997) การเข้าใจและทราบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา จะช่วยพัฒนาการติดตามผู้ป่วยและยาที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงสำหรับความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรง และช่วยปรับปรุงระบบขององค์กรเพื่อลดความเสี่ยง สำหรับอัตราความคลาดเคลื่อนทางยานั้น ไม่มีตัวเลขใดที่จะบอกได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันในเรื่องระบบการรายงาน ระบบการตรวจหา การให้สัมภาษณ์ และการจำแนกชนิดของความคลาดเคลื่อน แต่องค์กรควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงควรมีการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น หรือที่พบโดยวิชาชีพอื่น ก่อนที่จะมีการบริหารยาให้ผู้ป่วย

จากการศึกษาของ Rozich and Resar (2001) ที่สำรวจหาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา มีเป้าหมายเพื่อระบุวิธีการที่จะพัฒนาระบบการใช้ยา เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต พบว่า ร้อยละ 50 ของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เกิดขึ้นในช่วงรอยต่อของการให้บริการ ซึ่งรอยต่อของการให้บริการที่พบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ การรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน แต่แพทย์มีคำสั่งใช้ยาเฉพาะยามาชื่อไม่ได้สั่งใช้ยารักษาเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากได้รับยาไม่ครบชนิด (ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนพล, และปรีชา มณฑกานติกุล, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cornish et al. (2005) ที่ระบุว่า ร้อยละ 42-61 ของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลไม่ได้รับยาที่เคยใช้อย่างต่อเนื่อง 1 ชนิดหรือมากกว่า

ซึ่งจัดเป็นปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาประเภทหนึ่ง ที่อาจส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากระบบสั่งจ่ายยา อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ ในประเทศไทย องค์การวิชาชีพทางเภสัชกรรมได้มีการกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ เพื่อลดและป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานบริการที่มุ่งเน้นการบริการในระดับปฐมภูมิ (primary care) ในลักษณะที่เป็นเครือข่าย ที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งมีศักยภาพมากกว่า โดยเฉพาะในเรื่องขีดความสามารถในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรค รวมถึงด้านการเงินการคลัง ด้านบุคลากร และด้านวิชาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภารกิจหลัก คือ การบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและงานวิชาการและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ส่วนภารกิจรอง คือ งานเภสัชสาธารณสุข งานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก งานสนับสนุนวิชาการ งานสุศึกษา และประชาสัมพันธ์ งานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน งานด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสั่งจ่ายยาแก่ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) โดยบุคลากรหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีภาระงานมากมาย ตามภารกิจดังกล่าว และการสั่งจ่ายยาแก่ผู้ที่มารับบริการ เป็นภาระงานที่ต้องใช้ความละเอียดและความรอบคอบอย่างมาก ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์ จึงไม่มีความชำนาญในการสั่งจ่ายยาโดยตรง ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาแก่ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถือเป็นแหล่งบริการ

ด้านสุขภาพที่สำคัญและอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ประกอบกับผู้ที่ทำหน้าที่ส่งจ่ายยาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์ จึงมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้มาก ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา และการพัฒนาคุณภาพการรักษายาพยาบาล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ที่มารับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการส่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแหลมฉบัง จังหวัดตราด
2. เพื่อศึกษาสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการส่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแหลมฉบัง จังหวัดตราด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาจากการส่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งความคลาดเคลื่อนทางยาจากการส่งจ่ายยาออกเป็น 9 ชนิด ตามข้อกำหนดของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2548) ได้แก่ 1) การไม่ให้ยา 2) การส่งจ่ายยาผิดชนิด 3) การส่งจ่ายยาผิดความแรง 4) การส่งจ่ายยาผิดรูปแบบ 5) การส่งจ่ายยาผิดวิธีใช้ 6) การส่งจ่ายยาซ้ำ 7) การส่งจ่ายยาไม่ครบชนิด 8) การส่งจ่ายยาผิดจำนวน และ 9) การส่งจ่ายยาผิดคน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาไปข้างหน้า (prospective descriptive research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นใบสั่งจ่ายยาที่เขียนโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์

แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแหลมฉบัง จังหวัดตราด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นใบสั่งจ่ายยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเชี่ยว 2) เป็นใบสั่งจ่ายยาที่เขียนโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเวลาอย่างน้อย 10 ปี 3) เป็นใบสั่งจ่ายยาในเดือนเมษายน 2556 และ 4) เป็นใบสั่งจ่ายยาที่มีรายการยา 3 รายการขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 298 ใบ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2548) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสำคัญในใบสั่งจ่ายยา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การวินิจฉัยเบื้องต้น และจำนวนรายการยาที่ได้รับ รวมจำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากการส่งจ่ายยา แบ่งออกเป็น 9 ชนิด ได้แก่ 1) การไม่ให้ยา (การไม่สั่งจ่ายยาที่ต้องสั่งจ่าย ใช้การเทียบเคียงกับประวัติการได้รับยาจากเวชระเบียนในครั้งที่แล้ว ประกอบกับการเขียนบันทึกว่าหยุด เพิ่ม ลด หรือปรับขนาดยา) 2) การส่งจ่ายยาผิดชนิด 3) การส่งจ่ายยาผิดความแรง 4) การส่งจ่ายยาผิดรูปแบบ 5) การส่งจ่ายยาผิดวิธีใช้ 6) การส่งจ่ายยาซ้ำ 7) การส่งจ่ายยาไม่ครบชนิด 8) การส่งจ่ายยาผิดจำนวน และ 9) การส่งจ่ายยาผิดคน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาจากการส่งจ่ายยา แบ่งออกเป็น 4 สาเหตุ ดังนี้

3.1 สาเหตุจากการติดต่อสื่อสาร แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารด้วยวาจา การคัดลอก/แปลคำสั่งผิด และการเขียนคำสั่งจ่ายยาไม่ครบถ้วน

3.2 สาเหตุจากชื่อและลักษณะยาที่ทำให้สับสน แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ชื่อยาออกเสียงคล้ายคลึงกัน ภาชนะบรรจุยาคคล้ายคลึงกัน และลักษณะ/สีของยาคคล้ายคลึงกัน

3.3 สาเหตุจากบุคลากร แบ่งออกเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ การขาดความรู้ การปฏิบัติงานบกพร่อง การคำนวณจำนวนยาผิด การเตรียมยาผิด (เลือกตัวทำละลายยาผิด) และการคัดลอกคำสั่งจ่ายยาผิด

3.4 สาเหตุจากปัจจัยส่งเสริมเชิงระบบ แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ การมีแสงสว่างไม่เพียงพอ การมีเสียงรบกวน การมีเหตุการณ์ที่ขัดจังหวะขณะสั่งจ่ายยา และการมีบุคลากรไม่เพียงพอ

ทั้งนี้ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยเภสัชกร (2 คน) และนักวิชาการสาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้ โดยการเก็บข้อมูลใบสั่งจ่ายยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรายการยา 3 รายการขึ้นไป จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเขียว แห่งละ 1 วัน ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ ศบ 0527.01.33(3)/NU-IRB ว 3426 วันที่ 23 ธันวาคม 2556) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเขียว รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บางกระดาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเขียว เข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเวลาอย่างน้อย 10 ปี ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลในวันคลินิกโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดาน (วันจันทร์) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเขียว (วันอังคาร) เมื่อพยาบาลวิชาชีพตรวจรักษาผู้ป่วย และเขียนใบสั่งจ่ายยาลงในเวชระเบียน จากนั้นผู้ป่วยนำเวชระเบียนมายื่นต่อผู้วิจัย หากพบความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์ทันที แล้วบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา จากนั้นค้นหาสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาทันที โดยการซักถามข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่สั่งจ่ายยา ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลสำคัญในใบสั่งจ่ายยา ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยา และข้อมูลสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยา วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลสำคัญในใบสั่งจ่ายยา จากใบสั่งจ่ายยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 298 ใบ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.48 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.27 การวินิจฉัยเบื้องต้น คือ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.12 และจำนวนรายการยาที่ได้รับส่วนใหญ่คือ 3-5 รายการ คิดเป็นร้อยละ 68.46

2. ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยา จากใบสั่งจ่ายยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 298 ใบ พบว่า เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาทั้งสิ้น 127 ใบ (จำนวน 132 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 42.62 ซึ่งพบความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดการสั่งจ่ายยาผิดจำนวนมากที่สุด จำนวน 45 ครั้ง (ได้แก่ การเขียนคำสั่งจ่ายยา

ไม่เพียงพอต่อดัชนี ± 3 วัน เช่น นั้ดผู้ป่วยติดตามอาการที่ 8 สัปดาห์ แต่สั่งจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเพียง 4 สัปดาห์ และการสั่งจ่ายยาที่แต่ละตัวไม่สัมพันธ์กัน เช่น สั่ง metformin 500 mg tablet 1 x 2 pc จำนวน 35 เม็ด พร้อมกับสั่ง hydrochlorothiazide 25 mg tablet 1/2 x 1 pc จำนวน 35 เม็ด แต่นั้ดผู้ป่วยมาติดตามอาการ 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 34.09 รองลงมา คือ ความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดการสั่งจ่ายยาผิดวิธีใช้ จำนวน 18 ครั้ง (ได้แก่ simvastatin 40 mg tablet 1/2 x 1 hs ซึ่งตามแนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสหวิชาชีพระดับอำเภอ ของอำเภอแหลมฉบัง ได้มีการกำหนดร่วมกันให้เปลี่ยนวิธีใช้เป็นหลังอาหารตอนเย็น และการเขียนวิธีใช้ยาที่เปลี่ยนไปจากเดิมโดยไม่มีเหตุผลประกอบ เช่น enalapril 20 mg tablet 1/2 x 2 pc ครั้งนี้เขียนคำสั่งจ่ายยาเป็น 1/2 x 1 pc) คิดเป็นร้อยละ 13.64 นอกจากนี้พบความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดการสั่งจ่ายยาผิดความแรง จำนวน 9 ครั้ง (พบในยา enalapril ถึง 6 ครั้ง เนื่องจากเป็นยาโรคเรื้อรังชนิดเดียวที่มีหลายความแรงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพบการเขียนคำสั่งจ่ายยาในขนาดที่ไม่มีในบัญชียาประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แก่ metoprolol ขนาดยาที่มี คือ 100 มิลลิกรัม แต่เขียน

คำสั่งจ่ายยาเป็น 300 มิลลิกรัม amlodipine ขนาดยาที่มีคือ 5 มิลลิกรัม แต่เขียนคำสั่งจ่ายยาเป็น 10 มิลลิกรัม และ gemfibrozil ขนาดยาที่มี คือ 300 มิลลิกรัม แต่เขียนคำสั่งจ่ายยาเป็น 600 มิลลิกรัม ซึ่งพบอย่างละ 1 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 6.82 พบความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดการสั่งจ่ายยาผิดชนิด จำนวน 7 ครั้ง (พบว่าชื่อยา glipizide เขียนเป็น glibenclamide ถึง 5 ครั้ง ส่วนยาอื่นๆ คือ carminative mixt. เขียนเป็น calamine lotion และ ferrous fumarate เขียนเป็น FBC) คิดเป็นร้อยละ 5.30 พบความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดการสั่งจ่ายยาไม่ครบชนิด จำนวน 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.03 พบความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดการไม่ให้ยา จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.27 พบความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดการสั่งจ่ายยาผิดรูปแบบ จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ .76 และพบความคลาดเคลื่อนทางยาจากสาเหตุอื่นๆ จำนวน 45 ครั้ง (การเขียนคำสั่งจ่ายยาในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับยามาก/น้อยเกินความจำเป็น และการใช้ตัวย่อที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพบมากที่สุดคือ จำนวน 20 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 34.09 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยา (n = 132)

ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
การไม่ให้ยา	3	2.27
การสั่งจ่ายยาผิดชนิด	7	5.30
การสั่งจ่ายยาผิดความแรง	9	6.82
การสั่งจ่ายยาผิดรูปแบบ	1	.76
การสั่งจ่ายยาผิดวิธีใช้	18	13.64
การสั่งจ่ายยาซ้ำ	-	-
การสั่งจ่ายยาไม่ครบชนิด	4	3.03
การสั่งจ่ายยาผิดจำนวน	45	34.09
การสั่งจ่ายยาผิดคน	-	-
อื่นๆ	45	34.09

3. สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยา มี 3 สาเหตุ ดังนี้

3.1 สาเหตุจากการติดต่อสื่อสาร มีจำนวน 39 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.55 โดยเกิดจากการเขียนคำสั่งจ่ายยาไม่ครบถ้วน (เช่น การเขียนคำย่อหรือตัวย่อที่สื่อสารแล้วไม่เป็นสากลหรือไม่เป็นที่เข้าใจกันทั้งองค์กร การเขียนชื่อยา/ขนาดยาที่ต้องการไม่ชัดเจน เนื่องจากยามีหลายขนาด) มากที่สุด จำนวน 29 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 74.36 รองลงมา คือ การคัดลอก/แปลคำสั่งผิด จำนวน 7 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.95 และการติดต่อสื่อสารด้วยวาจา จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7.69 ตามลำดับ

3.2 สาเหตุจากบุคลากร มีจำนวน 91 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.94 โดยเกิดจากการคำนวณจำนวนยาผิด มากที่สุด จำนวน 33 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36.26 รองลงมา คือ การปฏิบัติงานบกพร่อง จำนวน 27 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.67 การคัดลอกคำสั่งจ่ายยาผิด จำนวน 19 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20.88 และการขาดความรู้ จำนวน 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13.19

3.3 สาเหตุจากปัจจัยส่งเสริมเชิงระบบ มีจำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.51 โดยเกิดจากการมีเหตุการณ์ที่ขัดจังหวะขณะสั่งจ่ายยา (ขณะที่เขียนใบสั่งจ่ายยาแก่ผู้ป่วยรายใหม่อยู่ ได้มีผู้ป่วยรายเดิมที่ได้รับใบสั่งจ่ายยาไปแล้ว มาขอยาอื่น ๆ เพิ่มเติม)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีไข้แพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดขึ้นร้อยละ 42.62 ซึ่งมากกว่าค่าความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดร่วมกันโดยสหวิชาชีพผ่านทางคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ยอมรับได้ คือ ร้อยละ .50 ทั้งนี้เนื่องจากในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ไม่มีแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการตรวจรักษา จึงพบ

ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีไข้แพทย์ เนื่องจากการสั่งจ่ายยาไม่ใช่ความชำนาญตามวิชาชีพของตน

ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการสั่งจ่ายยาโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีไข้แพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีสาเหตุจากบุคลากร มากที่สุด (จำนวน 91 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.94) โดยเกิดจากการคำนวณจำนวนยาผิด การปฏิบัติงานบกพร่อง การคัดลอกคำสั่งจ่ายยาผิด และการขาดความรู้ ซึ่งในส่วนของ การขาดความรู้ นั้น หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติไม่ทราบข้อมูลในเชิงวิชาการ หรือไม่ได้เป็นผู้ที่มีความชำนาญทางด้านนี้ อย่างลึกซึ้ง ไม่ทราบเกี่ยวกับข้อห้ามใช้ของยาแต่ละชนิด เช่น metformin 500 mg tablet ที่ต้องมีการปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนยาเมื่อผู้ป่วยมีค่า serum creatinine สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กล่าวคือ ไม่แนะนำให้ใช้ยาที่หากระดับ serum creatinine มากกว่า 1.50 mg/dL ในผู้ชาย หรือมากกว่า 1.40 mg/dL ในผู้หญิง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกกระบวนการ เช่น จัดทำแบบตรวจสอบรายการคำสั่งจ่ายยาจากระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ในกรณีที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งจ่ายยา มีการให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง และมีการตรวจสอบคุณภาพของระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยาที่ครอบคลุมในทุกมิติ

2.2 ควรมีการศึกษากิจกรรมเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพการสั่งจ่ายยาให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีไข้แพทย์ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม, และศุภลักษณ์ ธนานนท์นิवास. (2552). ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 2(1), 195-217.
- ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณห์ศรี, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุทรานนท์, และศุภกิจ ศิริลักษณ์. (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สืบค้นจาก <https://www.slideshare.net/sivapong/ss-12782816>
- ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒน์ จุฬวัฒน์พล, และปรีชา มณฑกานติกุล. (2548). *การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น*. สืบค้นจาก <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/กองทุนต่างๆ/กองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง/คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น.pdf>
- Cornish, P. L., Knowles, S. R., Marchesano, R., Tam, V., Shadowitz, S., Juurlink, D. N., & Etchells, E. E. (2005). *Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission*. *Archives of Internal Medicine*, 165(4), 424-429.
- Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533-543.
- Lesar, T. S., Briceland, L., & Stein, D. S. (1997). Factors related to errors in medication prescribing. *The Journal of the American Medical Association*, 277(4), 312-317.
- Rozich, J. D., & Resar, R. K. (2001). Medication safety: One organization's approach to the challenge. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 8(10), 27-34.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*

The Relationship between Job Satisfaction and Organizational Citizenship Behavior of Registered Nurses in Health Department, The Bangkok Metropolitan Administration*

สุกัญญา พิมพ์เรือ, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

ปิยธิดา ตรีเดช, ส.ด. (บริหารสาธารณสุข)²

Sukanya Pimparue, M.Sc. (Public Health)¹

Piyathida Tridech, Dr.P.H. (Public Health Administration)²

สุคนธา ศิริ, พ.ศ. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)³

ศักดิ์ดา ตรีเดช, พ.ศ. (วิศวกรรมอุตสาหกรรม)⁴

Sukhontha Siri, Ph.D. (Tropical Medicine)³

Sakda Tridech, Ph.D. (Industrial Engineering)⁴

Received: January 24, 2019 Revised: March 29, 2019 Accepted: April 1, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความพึงพอใจในงาน กับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 215 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในงาน มีค่าความเชื่อมั่น .94 และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ มีค่าความเชื่อมั่น .83 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานโดยรวมในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การโดยรวมในระดับสูง ($M = 230.04, SD = 24.47$ และ $M = 104.31, SD = 10.04$ ตามลำดับ) 2) อายุ และอายุงานในสำนักอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Master's Thesis of Science Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

¹ มหาวินิจฉัย สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Master, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: spimparue@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Co-advisor

⁴ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

⁴ Expert, Pollution Control Department, Ministry of Natural Resources and Environment: Co-advisor

การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ความพึงพอใจในงานทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 4) ความพึงพอใจในงานด้านความรับผิดชอบ ด้านการมีโอกาสพัฒนาความรู้ ความสามารถ ด้านการควบคุมบังคับบัญชา ด้านความสำเร็จของงาน และด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรได้ร้อยละ 49.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .497, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าในการทำงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้มีพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ความพึงพอใจในงาน

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the relationships between individual characteristics, job satisfaction, and organizational citizenship behavior and to examine its predictive factors. The samples consisted of 215 professional nurses in public health service centers in the Health Department at Bangkok Metropolitan Administration. The research instrument was a 3-part questionnaire:- individual characteristics, job satisfaction with the reliability of .94, and organizational citizenship behavior with the reliability of .83. Data were collected in December, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that 1) the professional nurses had the overall mean scores of job satisfaction and organizational citizenship behavior at a high level ($M = 230.04, SD = 24.47$ and $M = 104.31, SD = 10.04$, respectively); 2) age and work age were not statistically significant related to organizational citizenship behavior; 3) each aspect of job satisfaction was positively statistically significant related to organizational citizenship behavior ($p < .001$); and 4) job satisfaction in the aspect of responsibility, opportunity for knowledge and capabilities development, mastery, job success, and work environment had statistically significant co-predictivity value for organizational citizenship behavior of 49.70% ($\text{adj. } R^2 = .479, p < .001$).

This research suggests that the nursing executives should encourage professional nurses' independent roles and emphasize career growth in order to enhance job satisfaction and organizational citizenship behavior among these professional nurses.

Keywords: Organizational citizenship behavior, Job satisfaction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริหารงานขององค์กรทั่วไปทั้งภาครัฐและเอกชนต้องอาศัยทรัพยากรในการบริหาร เพื่อให้กิจกรรมขององค์กรสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคล (man) นับว่าเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญที่สุด หากองค์การขาดบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และมีทัศนคติที่ดีต่อการบริหารทรัพยากรต่างๆ อาจทำให้องค์การขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ขาดศักยภาพในการพัฒนา และส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการดำเนินงานขององค์กรในระยะยาวได้ นอกจากนี้บุคคลที่เป็นทรัพยากรสำคัญในองค์กรแล้ว พฤติกรรมในการทำงานของบุคคลก็มีความสำคัญมาเช่นกัน โดยเฉพาะองค์การที่มีการดำเนินงานด้านการให้บริการและมีบทบาทต่อประชาชนโดยตรง ดังนั้น เพื่อให้้องค์การสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามจุดมุ่งหมายของ้องค์การ จึงควรให้ความสำคัญกับคุณภาพของบุคลากรในองค์กรด้วยเช่นกัน

คุณสมบัติของบุคลากรที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ นอกจากจะต้องมีพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่ (in-role behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่้องค์การได้กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรไว้อย่างชัดเจนแล้ว ยังต้องมีพฤติกรรมนอกเหนือบทบาทหน้าที่ (extra-role behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคลากรปฏิบัติเองโดยที่้องค์การไม่ได้กำหนดไว้อย่างเป็นทางการ จึงจะทำให้้องค์การมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ของ้องค์การได้ Organ (1991 อ้างถึงในพรตบุตร จุฑะกนก, 2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมนอกเหนือบทบาทหน้าที่ และได้เรียกพฤติกรรมเหล่านี้ว่า พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของ้องค์การ (organizational citizenship behavior [OCB]) โดยให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมของพนักงานที่้องค์การไม่ได้กำหนดไว้ให้เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ แต่พนักงานเต็มใจปฏิบัติเพื่อ้องค์การและเป็นประโยชน์ต่อ้องค์การ พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของ้องค์การจึงเป็นสิ่งสำคัญของพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ เพราะเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของ้องค์การแล้ว ก็จะปฏิบัติงานด้วยความขยัน

หมั่นเพียรยิ่งขึ้น งานจะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

สำนักอนามัย เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร มีหน้าที่หลักในการส่งเสริม สนับสนุน การจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากความสำคัญของบทบาทและหน้าที่ของสำนักอนามัยที่ต้องให้บริการแก่ประชาชนโดยตรง และบุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ การแสดงออกถึงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของ้องค์การจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน ดังจะเห็นได้จากเหตุการณ์น้ำท่วมกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2554 ทำให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อนทั้งด้านที่อยู่อาศัย เครื่องอุปโภค บริโภค และการเจ็บป่วย สำนักอนามัยจึงเข้าไปช่วยเหลือในการให้การรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค รวมทั้งการให้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและการเยี่ยมบ้าน โดยมีทีมพยาบาลวิชาชีพเป็นกำลังสำคัญทั้งในเวลาปฏิบัติงานและนอกเหนือเวลาปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลเหล่านี้มีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ นับว่าเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เพิ่มเติมจากบทบาทในงานปกติ โดยกระทำด้วยความเต็มใจและเป็นพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อ้องค์การ ประชาชนจึงได้รับความปลอดภัยและปราศจากโรคภัยหลังน้ำลด ทำให้หน่วยงานได้รับการชื่นชม พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของ้องค์การจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของ้องค์การ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานได้แสดงออกถึงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของ้องค์การอย่างเต็มที่ เพื่อให้้องค์การสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามจุดมุ่งหมายของ้องค์การ (สำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข, 2554)

ปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของ้องค์การประการหนึ่งคือ ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลได้รับแรงจูงใจที่เป็นแรงผลักดันจากความต้องการและความหวังต่างๆ เพื่อให้แสดงออกตามความต้องการของร่างกาย หากสามารถสร้างแรงผลักดันได้ก็เท่ากับเป็นการสร้างพฤติกรรมให้เกิดขึ้น บุคคลจะเกิดความต้องการ

ที่จะทำงาน มีความทุ่มเทตั้งใจ เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ พร้อมทั้งจะคงอยู่และเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ (สุพรรณนครแถว, 2555) แสดงให้เห็นว่า การที่บุคลากรจะมีพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ บุคลากรนั้น ต้องมีความพึงพอใจในงาน

จากการศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของสฎาญชีระวิชตระกูล (2547) พบว่า ความพึงพอใจในงานส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของความพึงพอใจในงานกับพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีของเอกชัย อภิศักดิ์กุล (2549) พบว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bateman and Organ (1983 อ้างถึงในเมธี ศรีวิริยะเลิศกุล, 2542) ที่พบว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะใช้เป็นแนวทางให้องค์การได้สนับสนุนบุคลากรให้แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การมากยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในงาน และพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความพึงพอใจในงาน กับพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

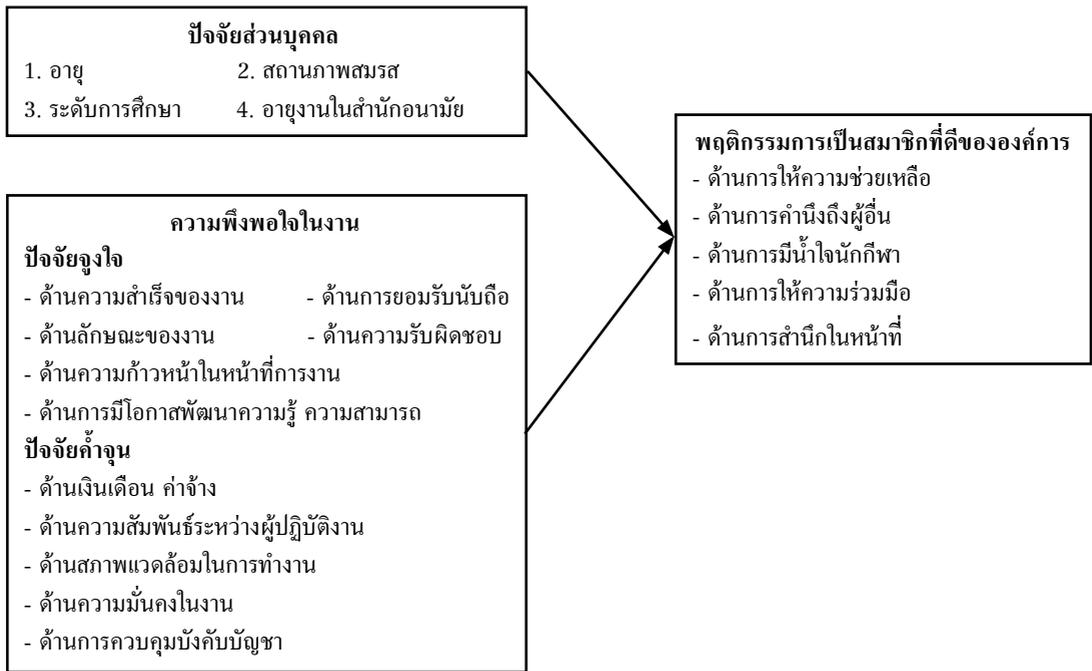
1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3. ปัจจัยส่วนบุคคล และความพึงพอใจในงานสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การตามแนวคิดของ Organ (1991) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการให้ความช่วยเหลือ ด้านการคำนึงถึงผู้อื่น ด้านการมีน้ำใจนักกีฬา ด้านการให้ความร่วมมือ และด้านการสำนึกในหน้าที่ และปัจจัยคัดสรร 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และความพึงพอใจในงาน ตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959) ซึ่งอธิบายว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติที่แสดงออกมาเมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุน ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้ง 68 แห่ง จำนวน 660 คน (ข้อมูลจากกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย ณ เดือนตุลาคม 2556) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (1977) โดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .32 จากงานวิจัยของสิริกัญญาวรรณ ศรีเกษม (2551) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 179 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่ได้รับแบบสอบถามกลับคืนไม่ครบ จึงคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 215 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอายุงานในสำนักอนามัย จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในงาน ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของรุ่งนภา พูนนารถ (2542) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959) แบ่งออกเป็น 11 ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน จำนวน 5 ข้อ ด้านการยอมรับนับถือ จำนวน 5 ข้อ ด้านลักษณะของงาน จำนวน 5 ข้อ ด้านความรับผิดชอบ จำนวน 6 ข้อ ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน จำนวน 5 ข้อ ด้านการมีโอกาสด้านความรู้ ความสามารถ จำนวน 5 ข้อ ด้านเงินเดือน ค่าจ้าง จำนวน 5 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

จำนวน 5 ข้อ ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ ด้านความมั่นคงในงาน จำนวน 6 ข้อ และด้านการควบคุมบังคับบัญชา จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 57 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อย (57-132 คะแนน) ในระดับปานกลาง (133-208 คะแนน) และในระดับมาก (209-285 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของ สิริกัญญวรรณ ศรีเกษม (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Organ (1991) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้ความช่วยเหลือ จำนวน 5 ข้อ ด้านการคำนึงถึงผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ ด้านการมีน้ำใจนักกีฬา จำนวน 5 ข้อ ด้านการให้ความร่วมมือ จำนวน 4 ข้อ และด้านการสำนึกในหน้าที่ จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 21 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ให้ความเห็นไม่ได้ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (25-58.30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (58.40-91.60 คะแนน) และในระดับสูง (91.70-125 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการพยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ได้คำนวณความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ .96 เท่ากัน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .94 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2014-215 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2557) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร (เอกสารรับรอง เลขที่ 072 วันที่ 19 ตุลาคม 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการสำนักอนามัย จากนั้นส่งแบบสอบถามและซองเปล่าที่เจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ของกลับถึงผู้วิจัยแล้วให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมเอกสารชี้แจง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และเอกสารแสดงความยินยอม โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามพร้อมส่งคืนผู้วิจัย 1 เดือน ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน ธันวาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลความพึงพอใจในงาน และข้อมูลพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และอายุงานในสำนักอนามัย) และความพึงพอใจในงาน กับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.50

โดยมีอายุเฉลี่ย 42.97 ปี ($SD = 8.63$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.20 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 77.70 และมีอายุงานในสำนักอนามัยน้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.40 โดยมีอายุงานเฉลี่ย 11.86 ปี ($SD = 9.43$)

2. ความพึงพอใจในงาน และพฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานโดยรวมในระดับมาก ($M = 230.04, SD = 24.47$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุดทั้ง 11 ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน ($M = 20.14, SD = 2.38$) ด้านการยอมรับนับถือ ($M = 20.12, SD = 2.42$) ด้านลักษณะของงาน ($M = 21.72, SD = 2.60$) ด้านความรับผิดชอบ ($M = 25.07, SD = 2.73$) ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ($M = 18.73, SD = 3.35$) ด้านการมีโอกาสพัฒนาความรู้ ความสามารถ ($M = 20.48, SD = 2.87$) ด้านเงินเดือน ค่าจ้าง ($M = 18.65, SD = 3.44$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ($M = 20.78, SD = 3.03$) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ($M = 19.15, SD = 3.06$) ด้านความมั่นคงในงาน ($M = 24.92, SD = 3.61$) และด้านการควบคุมบังคับบัญชา ($M = 20.28, SD = 3.07$)

ส่วนพฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรโดยรวมในระดับสูง ($M = 104.31, SD = 10.04$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมกรให้ความช่วยเหลือ ($M = 21.18, SD = 2.38$) ด้านพฤติกรรมกรคำนึงถึงผู้อื่น ($M = 21.61, SD = 2.43$) ด้านพฤติกรรมกรมีน้ำใจนักกีฬา ($M = 19.41, SD = 2.60$) ด้านพฤติกรรมกรให้ความร่วมมือ ($M = 15.89, SD = 2.08$) และด้านพฤติกรรมกรสำนึกในหน้าที่ ($M = 26.22, SD = 2.66$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และอายุงานในสำนักอนามัย) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับพฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความพึงพอใจในงานทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานรายด้านกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพ (n = 215)

ความพึงพอใจในงาน	พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร	
	r	p
ด้านความสำเร็จของงาน	.542	< .001
ด้านการยอมรับนับถือ	.561	< .001
ด้านลักษณะของงาน	.585	< .001
ด้านความรับผิดชอบ	.611	< .001
ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	.469	< .001
ด้านการมีโอกาสพัฒนาความรู้ ความสามารถ	.559	< .001
ด้านเงินเดือน ค่าจ้าง	.395	< .001
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน	.474	< .001
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	.316	< .001
ด้านความมั่นคงในงาน	.503	< .001
ด้านการควบคุมบังคับบัญชา	.505	< .001

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความพึงพอใจในงานด้านความรับผิดชอบ ด้านการมีโอกาสพัฒนาความรู้ ความสามารถ ด้านการควบคุมบังคับบัญชา

ด้านความสำเร็จของงาน และด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรได้ร้อยละ 49.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. $R^2 = .497, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของความพึงพอใจในงานต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพ (n = 215)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ด้านความรับผิดชอบ	1.404	.232	.382	6.063	< .001
ด้านการมีโอกาสพัฒนาความรู้ ความสามารถ	.805	.208	.247	3.870	< .001
ด้านการควบคุมบังคับบัญชา	.699	.235	.200	2.969	.003
ด้านความสำเร็จของงาน	.683	.271	.162	2.520	.012
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	.504	.202	.154	2.491	.014

Constant = 34.356, R = .714, $R^2 = .509$, adj. $R^2 = .497$, F = 43.349, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลรู้สึกถึงความมั่นคงในหน่วยงาน ซึ่งสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีการบรรจุพยาบาลวิชาชีพเป็นข้าราชการ โดยได้รับสวัสดิการต่างๆ เช่น การเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเองและคนในครอบครัว สวัสดิการการเบิกค่าเล่าเรียนบุตร รวมถึงการได้รับเงินบำเหน็จ/บำนาญหากปฏิบัติงานจนเกษียณอายุราชการ จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำงานมากขึ้น และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลนั้น ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและอยู่ในความเป็นวิชาชีพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลที่มีใจรักในวิชาชีพพยาบาล ต้องมีความเสียสละประโยชน์ส่วนตน และคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นอันดับแรก จึงนับเป็นแรงสนับสนุนสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีการแสดงพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของสิริกัญญวรรณศรีเกษม (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และอายุงานในสำนักอนามัย) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ความพึงพอใจในงานทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติที่บุคคลากรแสดงออกมาเมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้น เมื่อพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักอนามัย

มีความพึงพอใจในงานมาก ก็จะแสดงออกถึงพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีต่อองค์กรมากขึ้นด้วย ทำให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้หน่วยงานมีผลการดำเนินงานดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย อภิศักดิ์กุล (2549) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร พบว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohammad, Habib, and Alias (2011) ที่ศึกษาความพึงพอใจในงานและพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร พบว่า ความพึงพอใจทั้งภายในงานและภายนอกงานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร

ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในงานด้านความรับผิดชอบ ด้านการมีโอกาสด้านความรู้ ความสามารถ ด้านการควบคุมบังคับบัญชา ด้านความสำเร็จของงาน และด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพในการวิจัยครั้งนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานมาก เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร พบว่า ความพึงพอใจในงานด้านความรับผิดชอบ ด้านการมีโอกาสด้านความรู้ ความสามารถ และด้านการควบคุมบังคับบัญชา เป็นปัจจัย 3 อันดับแรก ที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพ แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรับผิดชอบ ต่องานที่ได้รับมอบหมายจนสำเร็จจุดมุ่งภายในเวลาที่กำหนด เมื่อต้องปฏิบัติงานนอกเวลา ก็สามารถทำได้โดยไม่นึกถึงค่าตอบแทนที่จะได้รับ และหากได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีผู้บังคับบัญชาคอยให้การช่วยเหลือ และให้ความสำคัญกับการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลทุกคน ก็จะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีกำลังใจ มีความพึงพอใจในงาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ และพร้อมที่จะเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ซึ่งจะส่งผลต่อ คุณภาพบริการ และทำให้องค์กรดำรงอยู่ได้

อย่างยั่งยืนต่อไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย อภิศักดิ์กุล (2549) ที่พบว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohammad et al. (2011) ที่พบว่า ความพึงพอใจทั้งภายในงานและภายนอกงานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าในการทำงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรในสายงานอื่น ๆ ของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร เพื่อนำมาปรับปรุงและส่งเสริมให้บุคลากรทุกสายงานมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร เช่น ความยุติธรรมในองค์กร ความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กร ความสุขในการทำงาน

2.3 ควรมีการศึกษาผลของการมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรและความสำเร็จขององค์กร

เอกสารอ้างอิง

พรตบุตรี จุฑะกนก. (2552). *ความภาคภูมิใจแห่งตนในบริบทองค์กร การรับรู้บรรยากาศองค์กร และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของข้าราชการศูนย์ช่วยเหลือทางวิชาการพัฒนาชุมชน เขต 7* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เมธี ศรีวิริยะเลิศกุล. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรกับความพึงพอใจในงานและผลการปฏิบัติงานของพนักงานองค์การเอกชนขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รุ่งนภา พูนนารถ. (2542). *คุณลักษณะของงานและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพญาไท 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหิดล.

สฎายุ ชีระวิชิตระกูล. (2547). การส่งเสริมพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีต่อองค์การสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรอย่างยั่งยืน. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 16(1), 15-28.

สำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข. (2554). *สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สิริกาญจนาวรรณ ศรีเกษม. (2551). *พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพรรณมา ครองแถว. (2555). *ความพึงพอใจในงานกับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในเขตภาคกลาง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกชัย อภิศักดิ์กุล. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย*, 26(3), 47-57.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley and Sons.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley.

Mohammad, J., Habib, F. Q., & Alias, M. A. (2011). Job satisfaction and organisational citizenship behaviour: An empirical study at higher learning institutions. *Asian Academy of Management Journal*, 16(2), 149-165.

Organ, D. W. (1991). *The applied psychology of work behavior: A book of reading* (4th ed.). Business Publications.

การพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสงฆ์* A Development of Stroke Patient Discharge in Medical Ward 2 at Priest Hospital*

ร:พีวรรณ อรุณสุริยศักดิ์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Rapeewan Arunsuriyasak, M.Sc. (Public Health)¹

สมชาติ โตรักษา, พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน)²

Somchart Torugsa, M.D., Thai Board (Preventive Medicine)²

Received: February 8, 2019

Revised: February 26, 2019

Accepted: March 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เพื่อพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสงฆ์ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างดำเนินงาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ทดลอง จำนวน 17 ครั้ง และพื้นที่ควบคุม จำนวน 13 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างด้านคน ซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย งานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบใหม่ แบบบันทึก จำนวน 3 ชุด และแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รูปแบบใหม่ที่มีการนำแนวคิดและหลักวิชาการด้านการบริหารมาประยุกต์ใช้ และ 2) หลังการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ($p < .05$) อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในวันจำหน่ายผู้ป่วยลดลง ($p < .001$) อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ($p < .001$) จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยลดลง ($p < .01$) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น ($p < .001$) ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ($p < .001$) และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วยลดลง ($p < .05$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Master's Thesis of Science Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

¹ มหบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Master, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: arunrapee@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Major Advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมควรนำรูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ไปใช้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม นอกจากนี้ผู้บริหารทางการแพทย์บาลควรส่งเสริมการนำรูปแบบงานจำหน่ายนี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แผนการจำหน่ายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This experimental development research aimed to develop a new working model of stroke patient discharge in medical ward 2 at Priest Hospital using the existing resources. The samples consisted of 2 groups; one group was the discharge planning activities in an experimental area (17 times) and a control area (13 times), another group was person regarding stroke patient discharge included administrators, service providers, and clients. The research instruments included a new working model of stroke patient discharge, three recording forms, and three questionnaires. The implementation and data collection were conducted from January to May, 2015. Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test were used for data analysis.

The research results revealed that 1) the new working model of stroke patient discharge has been developed by applying relevant academic concepts and principles; and 2) after the experiment, an experimental area had statistically significant better working results than before the experiment:- the average work quantity per workforce increased ($p < .05$), the average work quantity per workforce in discharge day decreased ($p < .001$), the accuracy of work increased ($p < .001$), the average workforce consumed decreased ($p < .01$), the service providers' satisfaction increased ($p < .001$), the clients' satisfaction increased ($p < .001$), and cost per service providing unit decreased ($p < .05$).

This research suggests that the providers in medical ward should implement this model in stroke patients in order to ensure that appropriate post-discharges are in an effective manner. Additionally, the nurse administrators should promote this discharge planning as a guideline to effective hospital discharge in other chronic illness patients.

Keywords: Discharge plan, Stroke, Model development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานจำหน่ายผู้ป่วย เป็นงานที่มีความสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จึงถือเป็นหน้าที่ของสหวิชาชีพที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยและ

ญาติ/ผู้ดูแลมีทักษะและมั่นใจว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบช่วยให้อุณหภูมิของกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ สามารถลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น ลดความต้องการ

บริการหลังจำหน่าย และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2555) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ก่อให้เกิดความพิการ เป็นภาระการดูแลของครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2014) ได้ประมาณการว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ เช่น ความพิการ คุณภาพชีวิตต่ำ จากการรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปีพ.ศ. 2557 โดยสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ (2557) ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 7.80 รองจากอุบัติเหตุทางถนนที่คิดเป็นร้อยละ 13.40 ในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นด้วย จากแนวโน้มของประชากรที่มีอายุยืนมากขึ้น จึงคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ดังนั้นการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศ จากสถิติผู้ป่วยในทางอายุรกรรม พบว่า 1 ใน 5 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่า มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลต่ำสุด 15 วัน และสูงสุด 79 วัน เฉลี่ยนานถึง 38 วัน ถึงแม้ว่าทีมนำทางคลินิกอายุรกรรม (Patient Care Team) จะได้ดำเนินการพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่อง ก็ยังไม่สามารถลดหรือป้องกันปัญหาได้ดีเท่าที่ควร

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อเตรียมผู้ป่วยและ

ญาติให้มีความพร้อมมากที่สุดก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายเป็นไปด้วยดี เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถประกอบศาสนกิจเพื่อจรดพระพุทธรูปศาสนาต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้เทคนิคการทำวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน (research and development for continuous & sustainable working improvement [R&D for CSWI]) เนื่องจากเป็นเทคนิคที่มุ่งเน้นให้ผลการดำเนินงานของงานใดงานหนึ่งดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา (สมชาติ โตรักษา, 2548) ซึ่งมีผู้นำไปใช้ในการพัฒนางานและประสบผลสำเร็จมากมาย เช่น การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2549 ของจุไรรัตน์ เข้มพลอย (2550) การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ของกนกวรรณ สิ้นลักษณ์ทิพย์ (2553)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสงฆ์ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างรูปแบบใหม่กับรูปแบบเดิม ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพงาน ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้ ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และด้านเศรษฐศาสตร์

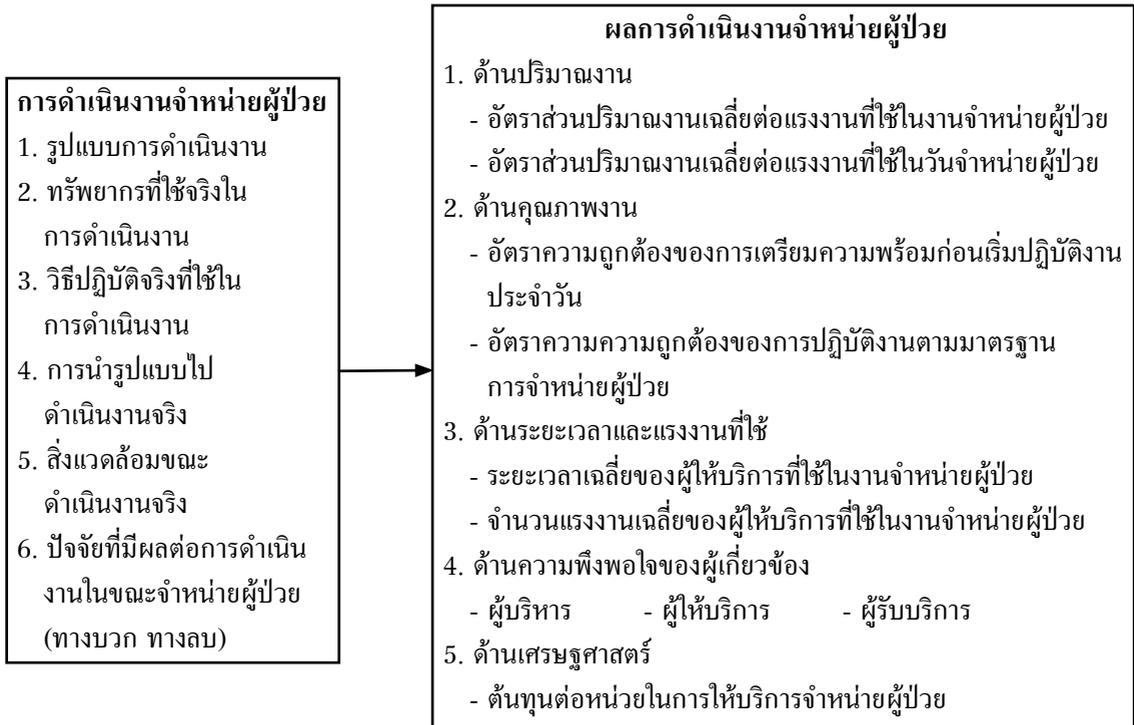
สมมติฐานการวิจัย

ผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบใหม่ดีกว่ารูปแบบเดิม ดังนี้ 1) อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และอัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในวันจำหน่ายผู้ป่วยลดลง 2) อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน

เพิ่มขึ้น และอัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 3) ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยลดลง และจำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยลดลง 4) ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น และ 5) ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วยลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม โดยดำเนินงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยมีองค์ประกอบ 6 ประการ และมีการวัดผลการดำเนินงาน 5 ด้าน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (experimental development research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรด้านงาน เป็นการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละครั้ง หอผู้ป่วย

อายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 128 ครั้ง และกลุ่มที่ 2 ประชากรด้านคน เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลสงฆ์ ประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่ 1 เป็นการดำเนินงาน

จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเดือนมกราคม 2558 (ก่อนการทดลอง) และในเดือนพฤษภาคม 2558 (หลังการทดลอง) โดยพื้นที่ทดลอง คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 ดำเนินงานจำหน่ายก่อนการทดลอง 8 ครั้ง และหลังการทดลอง 9 ครั้ง รวมจำนวน 17 ครั้ง ส่วนพื้นที่ควบคุม คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ดำเนินงานจำหน่ายก่อนการทดลอง 6 ครั้ง และหลังการทดลอง 7 ครั้ง รวมจำนวน 13 ครั้ง และกลุ่มที่ 2 แบ่งออกเป็น 1) ผู้บริหาร โดยกลุ่มทดลองประกอบด้วยรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 รวมจำนวน 3 คน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบด้วยรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 รวมจำนวน 3 คน 2) ผู้ให้บริการ โดยกลุ่มทดลองประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 รวมจำนวน 22 คน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 รวมจำนวน 23 คน และ 3) ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยหรือญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โดยกลุ่มทดลองได้รับการจำหน่ายตามรูปแบบเดิม ก่อนการทดลอง 8 คน และตามรูปแบบใหม่ หลังการทดลอง 9 คน รวมจำนวน 17 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจำหน่ายตามรูปแบบเดิม ก่อนการทดลอง 6 คน และหลังการทดลอง 7 คน รวมจำนวน 13 คน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ งานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบใหม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วย มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1.1 หลักการของรูปแบบ ใช้หลักการและทฤษฎีทางการบริหาร หลักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหลักวิชาการอื่นๆ

1.2 โครงสร้างของรูปแบบ ประกอบด้วยโครงสร้างด้านบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โครงสร้างด้านสถานที่ตั้งของหน่วยงาน อุปกรณ์สำนักงาน และเอกสารที่เกี่ยวข้อง โครงสร้างด้านการเงินและโครงสร้างด้านระบบงานที่เกี่ยวข้องกับงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 แนวทางการนำรูปแบบไปดำเนินการ และวิธีการปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ของงานธุรการหอผู้ป่วย ทั้งนี้ งานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบใหม่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะๆ ขณะดำเนินการวิจัยโดยรูปแบบใหม่เบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการในงานจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 3 คน ซึ่งขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบ แสดงรายละเอียดในหัวข้อการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับด้านบุคลากร ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านกระบวนการ จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบบันทึกกิจกรรมปริมาณเวลา การปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรม ประเภทบุคลากร ปริมาณเวลา (เวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด และรวมเวลา) และเหตุการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ชุดที่ 3 แบบบันทึกกิจกรรมการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนตามมาตรฐานงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรายการที่ตรวจสอบ ผลการตรวจสอบ และเหตุผลและคำอธิบาย จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้บริหารต่องานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า จากคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) ไปจนถึงมากที่สุด (10 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะ จำนวนทั้งสิ้น

3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่องานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า จากคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) ไปจนถึงมากที่สุด (10 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะ จำนวนทั้งสิ้น

5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า จากคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) ไปจนถึงมากที่สุด (10 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะ จำนวนทั้งสิ้น

3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบบันทึกและแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการในงานจำหน่ายผู้ป่วย และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2014-177 วันที่ 2 กันยายน 2557) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างด้านคนถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัว

จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบใหม่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสงฆ์ ดังนี้

1.1 วิเคราะห์งานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบเดิม โรงพยาบาลสงฆ์ เกี่ยวกับวิธีดำเนินงานและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

1.2 พัฒนารูปแบบเบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) ของงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โดยนำทฤษฎีและหลักวิชาการมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบท เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน

1.3 นำรูปแบบเบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ได้เป็นรูปแบบที่ 2

2. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เข้าพบรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โดยอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือการวิจัยชนิดต่าง ๆ

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้านคน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

5. พื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุมดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบเดิม ก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นเวลา 1 เดือน

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานทั้ง 5 ด้าน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบบันทึกและแบบสอบถาม ด้วยวิธีการสังเกต การสอบถาม และการศึกษาเอกสาร

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในพื้นที่ทดลองมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ยิ่งขึ้น ได้เป็นรูปแบบที่ 3

8. พื้นที่ทดลองดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบใหม่ (รูปแบบที่ 3) ส่วนพื้นที่ควบคุมดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบเดิม เป็นเวลา 3 เดือน ทั้งนี้มีการประเมินปัญหาอุปสรรค และตรวจสอบการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยเป็นระยะ โดยการสังเกต การสอบถาม และการตรวจสอบจากรายงาน การบันทึกต่าง ๆ เมื่อครบ 15 วัน 30 วัน 45 วัน 60 วัน 75 วัน และ 90 วัน

9. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในพื้นที่ทดลองมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่ ได้เป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ (รูปแบบที่ 4)

10. พื้นที่ทดลองดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบที่สมบูรณ์ (รูปแบบที่ 4) ส่วนพื้นที่ควบคุมดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบเดิม หลังการทดลอง (post-test) เป็นเวลา 1 เดือน

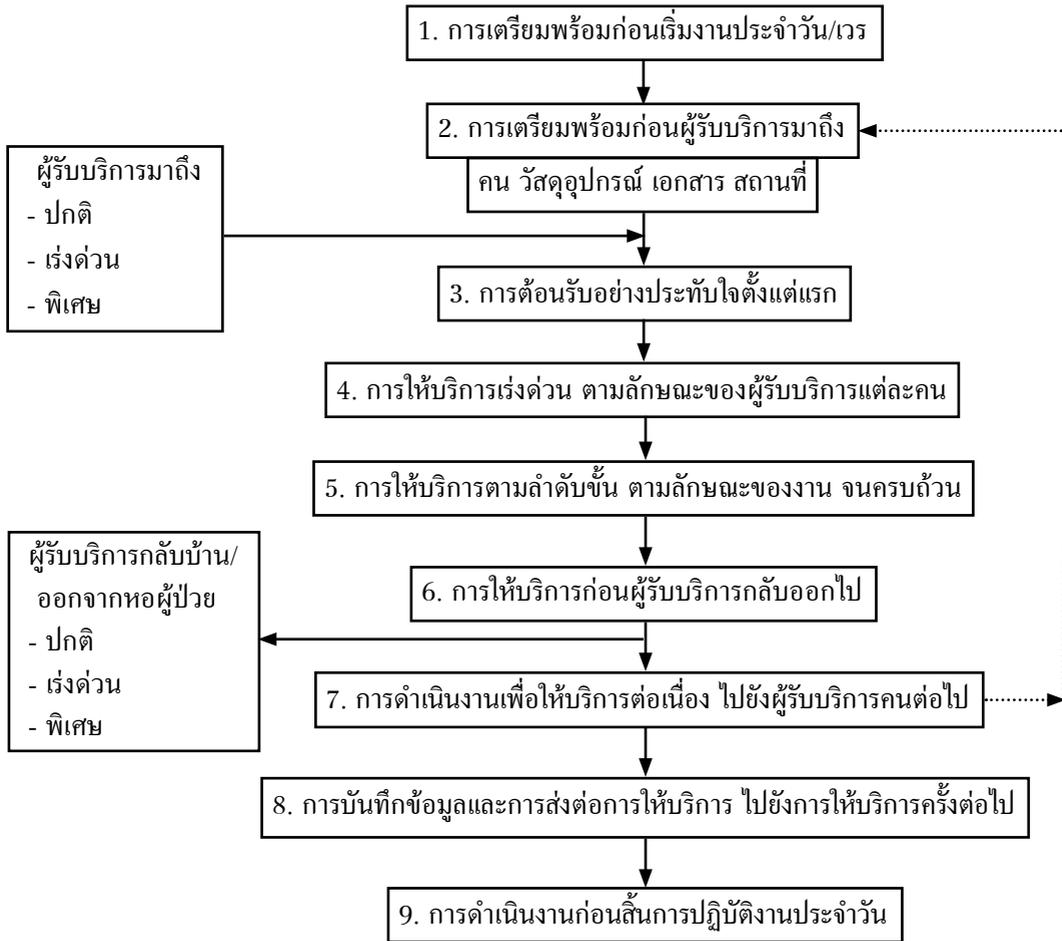
11. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานทั้ง 5 ด้าน หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบบันทึกและแบบสอบถาม ด้วยวิธีการสังเกต การสอบถาม และการศึกษาเอกสาร ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วย ใช้การบรรยาย การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างพื้นที่ทดลองกับพื้นที่ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน (ยกเว้นความพึงพอใจของผู้บริหาร และความพึงพอใจของผู้ให้

บริการ) ของพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้บริหาร และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ของพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสงฆ์ ได้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้หลักการสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (working model) ซึ่งประกอบด้วยหลักวิชาการบริหารโรงพยาบาล หลักการบริหารทั่วไป หลักการบริหารการพยาบาล หลักวิชาการเฉพาะ หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม หลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง หลักการบริหารตามสภาวะการณ์ หลักวิชาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และหลักการบริหารตามสภาวะการณ์ โดยผู้วิจัยได้นำมาผสมผสานแล้วกำหนดเป็นรูปแบบงานวางแผนจำหน่าย ที่ประกอบด้วยหลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ แนวทางปฏิบัติ และมาตรฐานงานจำหน่ายของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น สามารถเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น เกิดการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน มีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ และนำมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับพื้นที่ทดลองมากที่สุด ทำให้การปฏิบัติงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพ และผลการดำเนินงานดีกว่ารูปแบบเดิม สรุปเป็นระบบบริการงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดังแผนภาพที่ 2



หมายเหตุ: การบริการ ใช้ในกรณีที่มีผู้รับบริการ ส่วนการดำเนินงาน ใช้ในกรณีที่ไม่มีผู้รับบริการ

แผนภาพที่ 2 ระบบบริการงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพื้นที่ทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบใหม่) พบว่า หลังการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการทดลอง 7 เรื่อง (จาก 10 เรื่อง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .05$) อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในวันจำหน่าย

ผู้ป่วย ($p < .001$) อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .001$) จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .01$) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ($p < .001$) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($p < .001$) และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพื้นที่ทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบใหม่)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการทดลอง (n = 8)		หลังการทดลอง (n = 9)		p
	M	SD	M	SD	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (10,000 คน-วินาที)	4.18	1.35	6.28	1.23	.043
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในวันจำหน่ายผู้ป่วย (10,000 คน-วินาที)	6.34	1.35	2.75	.18	< .001
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน (%)	97.43	1.25	100.00	.00	.772
อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย (%)	84.76	1.63	90.89	9.53	< .001
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (นาที/ราย/ครั้ง)	6.40	1.94	5.28	1.91	.124
จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (คน-วินาที/ราย)	2,844.11	434.31	2,044.04	648.25	.003
ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 3 และ n = 3)	7.66	.57	8.66	.57	.099 ^a
ผู้ให้บริการ (n = 22 และ n = 22)	7.53	1.10	9.07	.64	< .001 ^a
ผู้รับบริการ (n = 8 และ n = 9)	7.90	.73	9.63	.48	< .001
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย (บาท/ครั้ง)	4.23	1.98	2.99	1.87	.043

หมายเหตุ: a = ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

3. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบ

เดิม) พบว่า หลังการทดลอง พื้นที่ควบคุมมีผลการดำเนินงานทุกเรื่องไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบเดิม)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการทดลอง (n = 6)		หลังการทดลอง (n = 7)		p
	M	SD	M	SD	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (10,000 คน-วินาที)	3.33	1.23	3.86	1.25	.141
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในวันจำหน่ายผู้ป่วย (10,000 คน-วินาที)	5.71	1.65	5.80	1.74	.948
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ประจำวัน (%)	85.71	10.79	87.78	9.85	.772
อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน การจำหน่ายผู้ป่วย (%)	85.67	10.68	86.95	8.98	.765
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (นาที/ราย/ครั้ง)	5.92	2.50	6.12	2.43	.817
จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (คน-วินาที/ราย)	2,622.44	648.25	2,696.10	710.38	.953
ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 3 และ n = 3)	8.33	.57	8.33	.57	1.000 ^a
ผู้ให้บริการ (n = 23 และ n = 23)	8.64	.61	8.79	.79	.705 ^a
ผู้รับบริการ (n = 6 และ n = 7)	9.12	.64	9.40	.78	.342
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย (บาท/ครั้ง)	5.61	2.28	5.63	1.56	.934

หมายเหตุ: a = ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

4. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบเดิม) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) ก่อนการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงานเกือบทุกเรื่องไม่แตกต่างจากพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ยกเว้นเรื่องความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่พบว่าพื้นที่ทดลองมีน้อยกว่าพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบเดิม) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) ก่อนการทดลอง

ผลการดำเนินงาน	พื้นที่ทดลอง (n = 8)		พื้นที่ควบคุม (n = 6)		p
	M	SD	M	SD	
	ด้านปริมาณงาน				
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (10,000 คน-วินาที)	4.18	1.35	3.33	1.23	.142
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในวันจำหน่ายผู้ป่วย (10,000 คน-วินาที)	6.34	1.35	5.70	1.65	.450
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน (%)	84.28	10.50	85.71	10.98	.245
อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย (%)	84.75	11.39	85.67	10.68	.654
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (นาที/ราย/ครั้ง)	6.40	1.94	5.92	2.50	.594
จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (คน-วินาที/ราย)	2,844.10	434.31	2,622.44	648.26	.423
ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 3 และ n = 3)	7.66	.57	8.33	.57	.197
ผู้ให้บริการ (n = 22 และ n = 23)	7.35	1.10	8.64	.61	.002
ผู้รับบริการ (n = 8 และ n = 6)	7.90	.73	9.12	.64	.004
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย (บาท/ครั้ง)	4.23	1.98	5.61	2.28	.086

5. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบใหม่) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) หลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงาน 4 เรื่อง (จาก 10 เรื่อง) ดีกว่าพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงาน

จำหน่ายผู้ป่วย ($p < .001$) อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในวันจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .05$) จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .05$) และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบใหม่) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) หลังการทดลอง

ผลการดำเนินงาน	พื้นที่ทดลอง (n = 9)		พื้นที่ควบคุม (n = 7)		p
	M	SD	M	SD	
	ด้านปริมาณงาน				
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (10,000 คน-วินาที)	6.28	1.23	3.86	1.25	< .001
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในวันจำหน่ายผู้ป่วย (10,000 คน-วินาที)	2.75	.18	5.80	1.74	.034
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน (%)	100.00	.00	87.78	9.85	.876
อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย (%)	90.08	9.53	86.95	8.98	.146
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (นาที/ราย/ครั้ง)	5.28	1.91	6.12	2.43	.076
จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (คน-วินาที/ราย)	2,044.04	648.25	2,696.10	710.38	.038
ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 3 และ n = 3)	8.66	.57	8.33	.57	.987
ผู้ให้บริการ (n = 22 และ n = 23)	9.07	.64	8.79	.79	.175
ผู้รับบริการ (n = 9 และ n = 7)	9.63	.48	9.40	.78	.432
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย (บาท/ครั้ง)	2.99	1.23	4.98	5.34	.043

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง พื้นที่ทดลอง มีผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในวันจำหน่ายผู้ป่วยลดลง อัตราความถูกต้องเฉลี่ยของ

การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยลดลง ความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 ที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ดี มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับพื้นที่ทดลอง ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานมีองค์ประกอบที่ครบถ้วน โดยใช้หลักการ

สร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ประกอบด้วย
1) หลักการของรูปแบบ ได้แก่ หลักวิชาการบริหาร
หลักวิชาการเฉพาะ หลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง กฎหมาย
พฤติกรรม ประเพณี และวัฒนธรรม 2) โครงสร้างของ
รูปแบบ คือ ทรัพยากรในการดำเนินงาน โครงสร้างด้านคน
ด้านเงิน และด้านของ บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
ระบบงานสำคัญ 4 ระบบ ได้แก่ ระบบงานบริการ ระบบ
สนับสนุนทรัพยากรให้แก่งานบริการ ระบบพัฒนางาน
และหน่วยงาน และระบบบริหารจัดการ และ 3) การนำ
รูปแบบไปดำเนินการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้
การดำเนินงานตามรูปแบบประสบความสำเร็จ สอดคล้อง
กับหลักการบริหารเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
และยั่งยืน ของสมชาติ โตรักษา (2558) ทั้งนี้ รูปแบบ
ที่พัฒนาขึ้นมีการจัดทำแนวทางและวิธีปฏิบัติงานจำหน่าย
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้
การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีหลักฐาน
อ้างอิงในแต่ละช่วงที่ปรับปรุงพัฒนา

นอกจากนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังมีกระบวนการ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี
ซึ่งกระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย การสร้าง
รูปแบบเบื้องต้น การนำรูปแบบเบื้องต้นที่สร้างขึ้นไปให้
พยาบาลวิชาชีพได้พิจารณาก่อนการปฏิบัติจริง มีการปรับปรุง
และพัฒนาเป็นระยะๆ ขณะดำเนินงาน และมีการปรับปรุง
ขั้นสุดท้ายหลังจากนำไปใช้ครบ 3 เดือน ก่อให้เกิดปัจจัย
แห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ ความร่วมมือร่วมใจของ
ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้การสร้างความเข้าใจและการมี
ส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะๆ โดยเปิดโอกาสให้
เข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดอย่างต่อเนื่อง เพื่อการยอมรับ
และเกิดความภาคภูมิใจ กระบวนการพัฒนางานจึงช่วยให้
การพัฒนารูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยมีการประยุกต์หลัก
การบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องมาใช้อย่างสอดคล้อง
กับบริบทของพื้นที่ทดลอง สอดคล้องกับที่ณัฐวัฒน์
รักทอง (2555) กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม
เป็นกระบวนการที่ผู้บริหารให้ผู้ใช้ได้บังคับบัญชามีส่วน
เกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ เป็นการมีส่วนร่วม

อย่างเข้มแข็งของบุคลากร เป็นการใช้ความคิดสร้างสรรค์
และความเชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมควรนำ
รูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ไปใช้
เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ
และเหมาะสม

1.2 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมการนำ
รูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ไปเป็น
แนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ
ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนางานในลักษณะนี้
กับงานในทุกระบบ ทั้งระบบงานบริการ ระบบสนับสนุน
ทรัพยากรให้แก่งานบริการ ระบบพัฒนางานและหน่วยงาน
และระบบบริหารจัดการ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนางาน
อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ สันลักษณะทิพย์. (2553). *การพัฒนารูปแบบ
งานบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หอผู้ป่วย
อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัด
ราชบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.

จูไรรัตน์ แยมพลอย. (2550). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน
ให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย หอผู้ป่วยสามัญ
ศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2549*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐวัฒน์ รักทอง. (2555). *การศึกษาสภาพการบริหาร
แบบมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน
ของโรงเรียนเครือข่ายเซพรอนในประเทศไทย*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2555). *แนวทาง
การรักษาโรคสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์*
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จี ซีเคส พรินติ้ง.
สมชาติ ไตรักษา. (2548). *หลักการบริหารโรงพยาบาล
ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์กรและหน่วยงาน*
(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เอส ที เอ็น การพิมพ์.
สมชาติ ไตรักษา. (2558). *การประยุกต์หลักการบริหาร
เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน*
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาบริหารงาน
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557).
รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย
พ.ศ. 2557. สืบค้นจาก <http://www.thatbod.net>
World Health Organization. (2014). *Global status
report on noncommunicable disease*.
Retrieved from <http://whoint/nmh/publication/n>

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ:ทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย* Factors Affecting the Spiritual Well-being among Family Caregivers of Persons with Physical Disability*

เสาวภา เล็กวงษ์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹ วรรณรัตน์ ลาวัจ, Ph.D. (Health Sciences)²
Saowapa Lekwong, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹ Wannarat Lawang, Ph.D. (Health Sciences)²
สมสมัย รัตนกรัทกุล, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)³
Somsamai Rattanagreethakul, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Received: January 24, 2019 Revised: March 26, 2019 Accepted: March 27, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาคความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาสุขภาพทางปัญญา และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 180 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบสัมภาษณ์สุขภาพทางปัญญา มีค่าความเชื่อมั่น .91 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพทางปัญญารายด้านและโดยรวมในระดับมาก การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้ภาระการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ และการสนับสนุนทางสังคม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: saowapa1@pnc.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้ร้อยละ 25.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .258, p < .05$) โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการสามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้มากที่สุด ($\text{Beta} = .292, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้การดูแล (Beta = $-.175, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรมีการประเมินสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล คนพิการ และอาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านและการดูแล สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ

คำสำคัญ: สุขภาวะทางปัญญา ญาติผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine the spiritual well-being and factors affecting the spiritual well-being among family caregivers of persons with physical disability. The samples consisted of 180 family caregivers of persons with physical disability in Chanthaburi Province. The research instruments were composed of the Mini-mental State Examination: Thai version, an interview form of general information, an interview form of religious activities with the reliability of .88, an interview form of perceived caregiving burden with the reliability of .82, an interview form of caregiver and care-recipient relationship with the reliability of .94, an interview form of social support with the reliability of .83, and an interview form of spiritual well-being with the reliability of .91. Data were collected from June to August, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that family caregivers had the mean scores of spiritual well-being by overall and each dimension at a high level. Religious activities, perceived caregiving burden, caregiver and care-recipient relationship, and social support were statistically significant accounted for 25.80% of the variance for spiritual well-being ($\text{adj. } R^2 = .258, p < .05$). The most significant predicting factor was caregiver and care-recipient relationship ($\text{Beta} = .292, p < .001$) followed by perceived caregiving burden ($\text{Beta} = -.175, p < .05$).

This research suggests that health care providers should assess spiritual well-being of family caregivers of persons with disability. Additionally, nursing instructors should appropriately apply the research results for lesson regarding home visiting and family caregiver's spiritual well-being care.

Keywords: Spiritual well-being, Family caregiver, Person with physical disability

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความพิการเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและประเทศไทยที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น จากรายงานการสำรวจคนพิการทั่วโลกพบว่า ประชากรมากกว่า 1 พันล้านคน หรือร้อยละ 15 ของประชากรโลก มีชีวิตอยู่ร่วมกับความพิการ โดยประเภทความพิการที่พบมากที่สุด คือ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (World Health Organization [WHO], 2011) สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยที่พบว่า ประชากรไทยที่เป็นคนพิการและยังมีชีวิตอยู่มีจำนวน 1,562,133 คน โดยร้อยละ 48 เป็นผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) ดังนั้น คนพิการโดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญและจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างเหมาะสม ในปัจจุบันประเทศไทยมีแผนและนโยบายในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่เน้นการสร้างสังคมบูรณาการเพื่อคนพิการ โดยบูรณาการการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของทุกภาคส่วน (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2554) ซึ่งระบบการดูแลคนพิการที่ดีและยั่งยืนนั้นต้องเป็นระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน (long-term care) ในบริบทของชุมชนที่อาศัยอยู่ อย่างไรก็ตาม ด้วยความผิดปกติทางกายและข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้คนพิการจำเป็นต้องพึ่งพาคือคนอื่นในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือในการดำรงชีวิตที่บ้าน ซึ่งบุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลนั้น ส่วนใหญ่เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ที่เรียกว่า ญาติผู้ดูแล (family caregiver)

การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็นภารกิจที่ทำนายสำหรับญาติผู้ดูแล จากการศึกษาบริบทการดูแลพบว่า กิจกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายนั้นมีจำนวนมาก เป็นงานที่หนัก ซับซ้อน ยุ่งยากในการปฏิบัติ และมีระยะเวลายาวนาน จากบริบทการดูแลดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อแบบแผน การดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษที่ผ่านมาเน้นการศึกษาผลกระทบจากการดูแลที่เกิดขึ้นเฉพาะต่อสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมของญาติผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ (Lawang, 2013) เช่นเดียวกับการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแลที่เน้นการจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิตและกาย (Lawang, Horey, Blackford, Sunsern, & Riewpaiboon, 2013) แสดงให้เห็นว่า มิติด้านปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายยังถูกละเลย

สุขภาวะทางปัญญา (spiritual health) เป็นคำที่มีความเป็นนามธรรมสูง ปัญญา หมายความว่า ความรู้ที่รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลพบว่า สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อถึงสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคม อันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือแย่ลง และยังมีส่งผลการดำรงบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการ (สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัต, และลัทพณา กิจรุ่งโรจน์, 2556; Delgado-Guay et al., 2013; Lawang, 2013) ดังนั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายนั้น ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่สมบูรณ์แบบองค์รวม และสามารถดำรงรักษาทบบาทการดูแลได้ดี อันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตของคนพิการ และยังเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลโดยการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็น การพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางกาย

ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา

วัตถุประสงค์การวิจัย

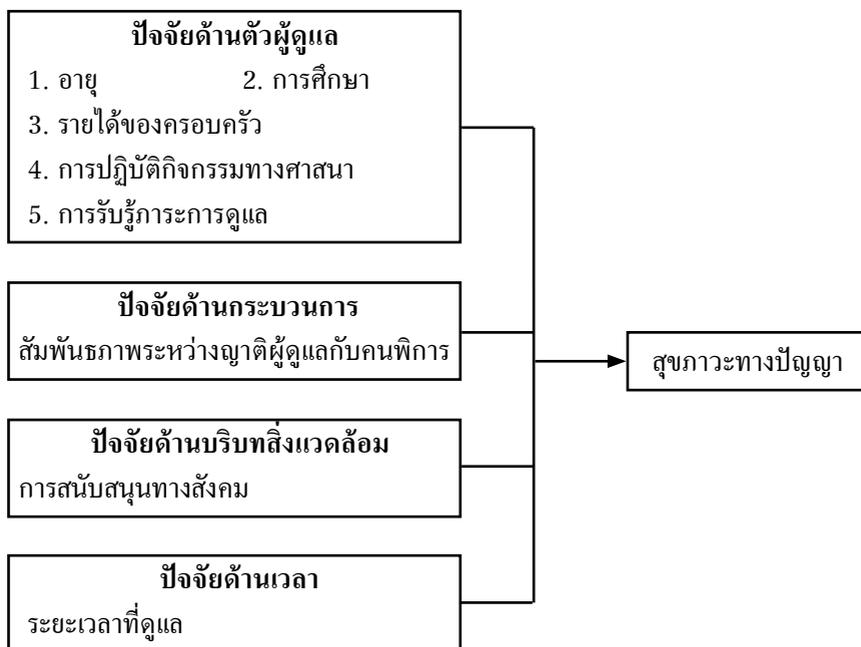
1. เพื่อศึกษาสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้การดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้การดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่ดูแล สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ในการอธิบายสุขภาพทางปัญญา ซึ่งอธิบายว่า พัฒนาการสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของบุคคลเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระบวนการ บุคคล บริบท และเวลา ที่เรียกว่า Process-Person-Context-Time Model (PPCT model) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ ตาม PPCT model ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านกระบวนการ คือ สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ 2) ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการรับรู้การดูแล 3) ปัจจัยด้านบริบทแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านเวลา คือ ระยะเวลาที่ดูแล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี โดยประมาณการจากทะเบียนคนพิการที่มีชีวิตอยู่ในช่วงปี พ.ศ. 2537-2559 จำนวน 6,356 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระดับ 3 ขึ้นไป เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 3) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Minimal State Examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของ Polit and Beck (2012) ที่จำนวนตัวแปร 8 ตัว โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .08 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 180 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน โดยเลือกกลุ่มอำเภอที่มีความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอขลุง อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอท่าใหม่ จากนั้นเลือก 2 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้อำเภอเมืองและอำเภอขลุง แล้วเลือกตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ทั้งนี้ ทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2557) ใช้สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ เกณฑ์ผ่านแบ่งตามระดับการศึกษา โดยกลุ่มที่ไม่ได้เรียน (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) เกณฑ์ผ่าน

คือ มากกว่า 14 คะแนน (คะแนนเต็ม 23) กลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 17 คะแนน (คะแนนเต็ม 30) และกลุ่มที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว และปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระยะเวลาที่มีความพิการ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และโรคร่วมอื่น ๆ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลบริบทการดูแลคนพิการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับคนพิการ ประสิทธิภาพการดูแล เหตุผลในการดูแล ระยะเวลาที่ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และผู้ช่วยในการดูแล จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2543) จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคยทำ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติในระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ในระดับปานกลาง (7-13 คะแนน) และในระดับสูง (14-20 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การดูแล ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของชนัญชิตาคุณิ ทูลศิริ, รัชนิ สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) ที่พัฒนาจาก

Zarit Burden Interview ของ Zarit ปี ค.ศ. 1990 จำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ภาระในระดับไม่เป็นภาระถึงระดับน้อย (0-20 คะแนน) ในระดับน้อยถึงปานกลาง (21-40 คะแนน) ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (41-60 คะแนน) และในระดับรุนแรง (61-88 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของเพ็ญใจ ดิเรไพรวงศ์ (2540) ที่พัฒนาจากแบบวัดของ Walker and Thompson ปี ค.ศ. 1983 จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ได้แก่ ไม่เคยเลย น้อยมาก บางครั้ง บ่อยครั้ง เกือบตลอด และตลอดเวลา ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสัมพันธภาพในระดับต่ำ (0-28 คะแนน) ในระดับปานกลาง (28.10-56 คะแนน) และในระดับสูง (56.10-85 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติ เกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคมที่ Wongpakaran, Wongpakaran, and Ruktrakul (2011) แปลจาก Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet, Dahiem, Zimet, and Farley ปี ค.ศ. 1988 จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย เฉย ๆ ค่อนข้างเห็นด้วย และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (12-34 คะแนน) ในระดับปานกลาง (35-47 คะแนน) และในระดับมาก (48-60 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากคำจำกัดความของ “ปัญญา” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสติ สมาธิ

และปัญญา จำนวน 10 ข้อ ด้านความสุขสงบ จำนวน 6 ข้อ และด้านการมีเป้าหมาย จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพทางปัญญาในระดับน้อย (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับมาก (3.67-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ อาจารย์พยาบาล ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาวะทางปัญญา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และ .91 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาระการดูแล แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในตำบลที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88, .82, .94, .83, และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 01-09-2559 วันที่ 7 กันยายน 2559) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ประสานงาน

กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการใช้แบบสัมภาษณ์ และร่วมฝึกการสัมภาษณ์ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สัมภาษณ์เท่ากับ 1 จากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และทำการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลา 35-40 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลคนพิการ จากนั้นมอบเอกสารการดูแลสุขภาวะทางปัญญา ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ข้อมูลการรับรู้การดูแล ข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลสุขภาวะทางปัญญา วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของตัวแปรต่างๆ ต่อสุขภาวะทางปัญญา วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.90 อายุต่ำสุดคือ 20 ปี และสูงสุด คือ 77 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.50 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.20 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000

บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว คือ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30 และมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 32.80 โดยโรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 19.40

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการ พบว่าเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.20 อายุต่ำสุด คือ 22 ปี และสูงสุด คือ 100 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (วัยสูงอายุตอนต้น) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.30 ระยะเวลาที่มีความพิการต่ำสุด คือ 1 ปี และสูงสุด คือ 36 ปี โดยมีระยะเวลาที่มีความพิการอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.20 ส่วนใหญ่มีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีโรคร่วมอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 43.40 โดยโรคที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 28.80

1.3 ข้อมูลบริบทการดูแลคนพิการ พบว่าความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับคนพิการ คือ เป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.20 รองลงมา คือ เป็นสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 32.20 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแล คิดเป็นร้อยละ 88.90 เหตุผลในการดูแลคือ ความรัก/ความผูกพัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.10 ระยะเวลาที่ดูแลต่ำสุด คือ 1 ปี และสูงสุด คือ 20 ปี โดยมีระยะเวลาที่ดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.40 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวันต่ำสุด คือ 3 ชั่วโมง และสูงสุด คือ 24 ชั่วโมง โดยมีจำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวันอยู่ในช่วง 7-12 ชั่วโมง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.90 และมีผู้ช่วยในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 67.80

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล (นอกจากข้อมูลพื้นฐาน)

2.1 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับปานกลาง ($M = 12.40, SD = .32$)

2.2 การรับรู้การดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลในระดับไม่เป็นภาวะ

ถึงระดับน้อย ($M = 18, SD = 1.02$)

2.3 สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการในระดับสูง ($M = 66, SD = 1.02$)

2.4 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ($M = 49.70, SD = .47$)

3. สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญาโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.07, SD = .75$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก ได้แก่ ด้านสติ สมาธิ และปัญญา ($M = 4.00, SD = 5.89$) ด้านความสุขสงบ ($M = 4.10, SD = 3.29$) และด้านการมีเป้าหมาย ($M = 4.17, SD = 2.29$)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้ภาวะการดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้ร้อยละ 25.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($adj. R^2 = .258, p < .05$) โดยสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการสามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้มากที่สุด ($Beta = .292, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะการดูแล ($Beta = -.175, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .169, p < .05$) และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ($Beta = .136, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการไหวหรือทางร่างกาย ($n = 180$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ	.215	9.120	.292	4.040	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.266	8.900	.169	2.330	.021
การรับรู้ภาวะการดูแล	-.128	8.770	-.175	-2.570	.011
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	.312	8.700	.136	2.000	.046

Constant = 52.037, $R = .524, R^2 = .274, adj. R^2 = .258, F = 4.037, p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญาทั้งรายด้านและโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากในบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายนั้น ญาติผู้ดูแลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการ บุคคลรอบข้าง และสิ่งแวดล้อมในทุกระบบ

จึงมีผลต่อการปรับตัวและพัฒนาการของสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล โดยการมีปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบริบทแวดล้อมแต่ละระบบมีความสำคัญและเชื่อมโยงกันทั้งระบบเล็ก ระบบกลาง ระบบภายนอก และระบบใหญ่ (Bronfenbrenner, 2005) โดยเฉพาะโครงสร้างในระบบใหญ่ ที่เป็นโครงสร้างสำคัญ เช่น ศาสนาและวัฒนธรรม โดยศาสนาเป็นบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อระบบย่อย เป็นสิ่งที่ช่วยในการขัดเกลาจิตใจของคนในสังคม เพราะทุกศาสนามีหลักคำสอนให้ทุกคนทำความเข้าใจโลก ทำความดี

ให้ความรักต่อเพื่อนมนุษย์ และกระทำสิ่งที่สมควรตามหน้าที่ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับปานกลาง ซึ่งช่วยให้ญาติผู้ดูแลยังมีความเข้มแข็ง เข้าใจตนเอง ยอมรับสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น มีสติ และมีกำลังใจในการดูแลคนพิการ ทำให้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีเป้าหมายที่ชัดเจน คือ มุ่งมั่นตั้งใจดูแลคนพิการให้ดีที่สุด รวมทั้งมีความหวังว่าคนพิการจะไม่ทุกข์มากกว่านี้และมีความสุข ส่งผลให้สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้การดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการสามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับคนพิการ คือ เป็นบุตรเป็นสามี/ภรรยา โดยสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการอยู่ในระดับสูง โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีความใกล้ชิดกัน กล่าวคือ เป็นบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างเต็มใจและดูแลอย่างดี ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า ชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า จึงมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดีที่สุดในที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ที่ว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดจะส่งผลต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแลมากที่สุด

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำนายสุขภาวะทางปัญญา ทั้งนี้เนื่องจากการที่ญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนพิการ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและเพื่อน อีกทั้งญาติผู้ดูแลยังมีเวลาเป็นของตนเอง สามารถพบปะสังสรรค์กับเพื่อนได้เป็นบางครั้ง ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้การดูแลว่าไม่เป็นภาระถึงเป็นภาระน้อย สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ที่ว่าบุคคลเป็นศูนย์กลางของระบบ ซึ่งการรับรู้การดูแลเป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงการร้องขอหรือขัดขวางการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยภาระการดูแลของญาติ

ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางปัญญา ดังนั้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงการดูแลที่น้อย จึงทำให้มีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี (Spurluck, 2005)

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำนายสุขภาวะทางปัญญา ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า ยังมีคนที่คอยช่วยเหลือ เป็นที่รักของคนในครอบครัวและคนรอบข้าง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจในการต่อสู้กับความยากลำบากหรือปัญหาที่เกิดจากการดูแล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแล และความสามารถในการเผชิญปัญหาสุขภาพและปัญหาจากการดูแล นำไปสู่การมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดีของญาติผู้ดูแล (วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล และสุริพร ธนศิลป์, 2552; ศิริลักษณ์ ปัญญา และเพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์, 2558; Lawang, 2013) สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ที่ว่าพัฒนาการของบุคคลเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นบริบทแวดล้อมระบบเล็ก ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับญาติผู้ดูแลมากที่สุด

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำนายสุขภาวะทางปัญญา ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยขัดเกลาจิตใจของญาติผู้ดูแลให้มีความเข้มแข็ง และมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น ช่วยให้มีกำลังใจในการดูแลคนพิการ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี (ไหมมุนีะ คลังช่อง, 2553) สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ที่ว่า ศาสนาเป็นบริบทแวดล้อมที่เป็นระบบใหญ่ที่อยู่ล้อมรอบบุคคล เป็นโครงสร้างที่มีผลต่อระบบทั้งหมด ต่อบรรทัดฐานของสังคม ทำให้ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อพัฒนาการ การปรับตัว และสุขภาพของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ (Lawang, 2013) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี และสามารถดำรงบทบาทญาติผู้ดูแลได้อย่างมีคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุ การศึกษา และรายได้ของครอบครัว ไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

หรือทางร่างกายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างของการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแล และการแก้ไขปัญหา อีกทั้งในปัจจุบันมีแนวทางการดูแลคนพิการที่ชัดเจน มีสื่อเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีแหล่งในการศึกษาหาความรู้ที่หลากหลาย และญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากภาครัฐและญาติพี่น้องที่มากพอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawang (2013) ที่ศึกษาการพัฒนาการสนับสนุนญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายวัยผู้ใหญ่ชาวไทย พบว่า อายุ การศึกษา และรายได้ของครอบครัวที่มากขึ้น มีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการบรรลุเป้าหมายทางจิตวิญญาณได้มากกว่า ส่วนระยะเวลาที่ดูแลพบว่า ไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลได้เช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อระยะเวลาผ่านไป ทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และเกิดความเข้มแข็งในการปฏิบัติบทบาทนั้น ทำให้ไม่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Frost et al. (2012) ที่ศึกษาสุขภาวะทางปัญญาและคุณภาพชีวิตของหญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่ และคู่สมรส พบว่า เมื่อเวลาผ่านไป คู่สมรสมีสุขภาวะทางปัญญาแยกลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ ควรมีการประเมินสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ เพื่อให้การประเมินสุขภาพครอบครัวรวมทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา

1.2 กระทรวงสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการประเมินสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

1.3 อาจารย์พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปสอดแทรกในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการให้ดียิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการได้ โดยคัดสรรตัวแปรจากข้อมูลเชิงคุณภาพของญาติผู้ดูแลในสถานการณ์จริงที่หลากหลาย

2.3 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลคนพิการมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *การดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการทั่วประเทศ*. สืบค้นจาก https://www.m-society.go.th/article_attach/16125/19141.pdf
- คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2554). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสย์.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนัญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา*, 124(ตอนที่ 16 ก), 1-18.

- เพียงใจ ติรโพรวงศ์. (2540). *สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, และสุรีพร ธนศิลป์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(3), 27-35.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา, และเพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์. (2558). *จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 263-278.
- สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัด, และลัทธมา กิจรุ่งโรจน์. (2556). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). *สภาพจิตจากแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- ไหมมุนีะ คลังข้อง. (2553). *สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Delgado-Guay, M. O., Parsons, H. A., Hui, D., De la Cruz, M. G., Thorney, S., & Bruera, E. (2013). Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 30(5), 455-461.
- Frost, M. H., Johnson, M. E., Atherton, P. J., Petersen, W. O., Dose, A. M., Kasner, M. J., ... Pipe, T. B. (2012). Spiritual well-being and quality of life of women with ovarian cancer and their spouses. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 72-80.
- Lawang, W. (2013). *Developing support for Thai family caregivers of adults with a physical disability: A community-based action research study* (Doctoral dissertation). Melbourne: La Trobe University.
- Lawang, W., Horey, D., Blackford, J., Sunsern, R., & Riewpaiboon, W. (2013). Support interventions for caregivers of physically disabled adults: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 15(4), 534-545.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing Practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Spurlock, W. R. (2005). Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing*, 26(3), 154-161.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 161-166.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Malta: Author.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน*

Relationships between Cardiac Pain Intensity, Anxiety, Perceived Control of Sleep, and Quality of Sleep among Acute Coronary Syndrome Patients*

ยุวรรณภา แกนมนะ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Yuwanda Tanmanee, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

อากรณ ดีนาน, Ph.D. (Nursing) ²

Aporn Deenan, Ph.D. (Nursing) ²

วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. ³

Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D. (Nursing) ³

Received: January 24, 2019 Revised: February 23, 2019 Accepted: March 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 90 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก แบบประเมินความวิตกกังวล มีค่าความเชื่อมั่น .70 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น .81 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.217, p < .05$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .286, p < .01$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
* Master's Thesis of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University
¹ มหาวินิจฉัย สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
¹ Master, Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University
¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: yuwanda8063@gmail.com
² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor
³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ประเมินและลดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationships between cardiac pain intensity, anxiety, perceived control of sleep, and quality of sleep among acute coronary syndrome (ACS) patients. The samples consisted of 90 ACS patients receiving follow-up service at cardiovascular clinic, Chon Buri Hospital. The research instruments were composed of a questionnaire of demographic data, an assessment form of cardiac pain intensity, an assessment form of anxiety with the reliability of .70, a questionnaire of perceived control of sleep with the reliability of .88, and a questionnaire of quality of sleep with the reliability of .81. Data were collected from November, 2015 to April, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results revealed that cardiac pain intensity was negatively statistically significant related to quality of sleep ($r = -.217, p < .05$) and perceived control of sleep was positively statistically significant related to quality of sleep ($r = .286, p < .01$).

This research suggests that nursing professionals should enhance perceived control of sleep as well as evaluate and reduce cardiac pain intensity among ACS patients in order to raise their quality of sleep.

Keywords: Cardiac pain intensity, Anxiety, Perceived control of sleep, Quality of sleep, Acute coronary syndrome

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่มีความวิกฤตที่เกิดขึ้นจากภาวะ ST elevate myocardial infarction (STEMI), non ST elevate myocardial infarction (NSTEMI) และ unstable angina (UA) (Wood, Motzer, & Bridges, 2010 อ้างถึงในศิริวัธน์ วัฒนสินธุ์, 2553) โดยระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับลักษณะการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Overbaugh, 2009)

ที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของคราบไขมันที่สะสมอยู่ที่หลอดเลือด หรือเกิดจากการฉีกขาดของคราบไขมัน ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบแคบหรืออุดตัน เป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และเกิดภาวะขาดออกซิเจน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) และแสดงอาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ภาวะหายใจเหนื่อย ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับทั้งในระยะแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลและระยะหลังจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมของ Elliott, McKinley, and Cistulli (2011) เกี่ยวกับคุณภาพและระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกประเภท รวมทั้งหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจในช่วงปี ค.ศ. 1966 ถึงปี ค.ศ. 2010 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ ตื่นบ่อยในช่วงกลางคืน มีอาการง่วงนอนระหว่างวัน และจากการศึกษาของ Cicek et al. (2014) ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคุณภาพการนอนหลับในคืนแรกของการนอนในโรงพยาบาลลดลง จะเห็นได้ว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับและปัญหาคุณภาพการนอนหลับ

ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แม้ว่าจะเกิดในระยะเวลาสั้นๆ ที่ผู้ป่วยนอนพักในหอผู้ป่วยวิกฤตจนกระทั่งพ้นหายออกจากโรงพยาบาลและกลับบ้าน แต่ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับยังคงมีอยู่ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุกรรมและศัลยกรรมนานกว่า 24 ชั่วโมง หลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและกลับบ้านยังมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับนานถึง 6 เดือน (Orwelius, Nordlund, Nordlund, Edell-Gustafsson, & Sjoberg, 2008) และพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีเปิดขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 7 วัน มีกิจกรรมระหว่างวันเพิ่มมากขึ้น มีการตื่นนอนบ่อยในช่วงกลางคืน (Yasuhara et al., 2013) นอกจากนี้ การศึกษาของ Alcantara, Peacock, Davidson, Hiti, and Edmondson (2014) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 1 เดือน มีระยะการนอนหลับน้อยกว่าวันละ 7 ชั่วโมง และส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำ

ของโรค ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ

ผลของการนอนหลับที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในระยะแรกจนถึง 1 สัปดาห์ทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง (Orwelius et al., 2008) และส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับโรคหัวใจตามมา ดังการศึกษาของ Fernandes et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจตามนัด หลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และต้องกลับมาทำการถ่ายขยายหลอดเลือดซ้ำ เนื่องจากการนอนไม่หลับไปเพิ่มความวิตกกังวล ความกลัว เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการในการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (Daneshmandi, Sharame, Ebadi, & Neyse, 2011) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล และความกลัว ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น เสียงเครื่องมอนิเตอร์ เสียงพูดคุย จากการศึกษาของนันทิวัน แซ่ซ้อ (2551) พบว่า ปัจจัยรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มีสาเหตุมาจากอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 77.80 ความวิตกกังวล ร้อยละ 64.60 และความกลัว ร้อยละ 61.95

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลรบกวนคุณภาพการนอนหลับจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษาของ McCarthy (2013) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกใน 2 ชั่วโมงแรกในระดับมาก และเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกนานกว่า 30 นาที จะลดระยะเวลาการหลับสนิท และทำให้ตื่นบ่อยครั้ง

ส่วนความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญ เนื่องจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน และการที่ผู้ป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดมาก่อน จากการศึกษาของณัฐชา พัฒนา (2555) พบว่า ในระยะ 12 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความตึงเครียด ทำให้กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลต่อการเพิ่มระดับการตื่นตัว และทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป (Pilkington, 2013)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่บุคคลสามารถควบคุมได้ โดยผ่านกระบวนการคิดทางระบบการทำงานของสมองที่เรียกว่า ระบบควบคุมความคิด (cognitive control) ซึ่งสมองส่วนนี้จะทำงานประสานกันและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แล้วจึงส่งไปที่ระบบประสาทสั่งการ เพื่อให้งจรการนอนหลับเกิดขึ้น (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิ์วิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และ พัสมณห์ คุ่มทวีพร, 2555) จากการศึกษาของ McKinley et al. (2012) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจากเหตุการณ์ที่เผชิญ มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ชำตันพบว่า ปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่การศึกษาในระยะยาวยังไม่พบการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก

ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การกำเริบซ้ำของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

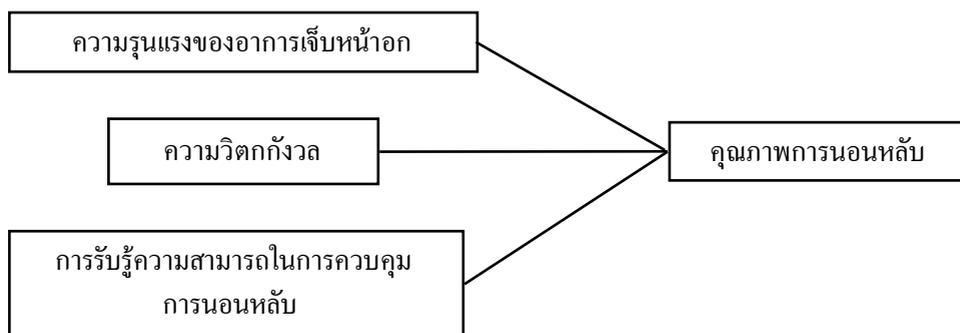
1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz, Pugh, Milligan, Gift, and Suppe (1997) ที่อธิบายถึงประสบการณ์การเกิดอาการว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย และส่งผลกระทบต่อบุคคล ทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ และผลที่ตามมาจากการเกิดอาการ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้คาดว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัว ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เคยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลครบ 2 สัปดาห์ 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 3) เคยได้รับการเปิดทางเดินหลอดเลือดด้วยการใส่ยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนโดยมี/ไม่มีการใช้ขดลวดร่วมด้วย 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 5) มีสติสัมปชัญญะดี 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 7) ไม่มีความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็น และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัรนากร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 90 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส

อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด โรคร่วม และการรับประทานยานอนหลับในปัจจุบัน จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินระดับอาการเจ็บหน้าอก (Cardiac Pain Intensity) ของ McCarthy (2013) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการสอบซ้ำเท่ากับ .96 จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบจากเลข 0-10 (numeric rating scale) โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย จนถึงเลข 10 หมายถึง มีมากที่สุด สำหรับการแปลผล คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกน้อย และคะแนนมาก หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) แปลและพัฒนาจาก Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith ปี ค.ศ.1983 จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ (0-7 คะแนน) ในระดับปานกลาง (8-10 คะแนน) และในระดับสูง (11-21 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (The Control Attitude Scale-Revised: The CAS-R) ของ Moser et al. (2009) จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ (จากเดิม 8 ข้อ) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ (7-21 คะแนน) และในระดับสูง (22-35 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับที่ ชนกพร จิตปัญญา (2543) แปลจาก Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale (VSH Sleep Scale) ของ Snyder-Halpern and Verran ปี ค.ศ. 1987 แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ การรบกวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ และการจับหลับระหว่างวัน จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale) ความยาว 10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดกำกับด้วยข้อความ ไม่ดีมากที่สุด (0 คะแนน) และด้านขวาสุดกำกับด้วยข้อความ ดีมากที่สุด (10 คะแนน) ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพการนอนหลับในระดับไม่ดี (0-49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (50-99 คะแนน) และในระดับดี (100-150 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา

(CVI) เท่ากับ .86 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำแบบประเมินความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .70, .88 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 06-08-2558 วันที่ 10 กันยายน 2558) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 8/2558 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้น พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ในช่วงเวลาที่รอตรวจ จากนั้นบันทึกข้อมูลทั่วไปจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบประเมินและแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ข้อมูลความวิตกกังวล ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุม การนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ด้วย สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทั้งนี้พบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมี outlier จำนวน 2 คน ซึ่งแก้ไขโดยตัดออกจากการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 78.90 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 59.46 ปี ($SD = 12.21$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.60 ไม่มีอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.60 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.90 ความเพียงพอของรายได้ คือ มีเพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีเงินเหลือเก็บ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.60 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 71.10 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 90 จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ คือ 3 วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.10 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่า ST elevate myocardial infarction คิดเป็นร้อยละ 81.10 วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด คือ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวด คิดเป็นร้อยละ 77.80 มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ

66.70 โดยโรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 66.70 และส่วนใหญ่มีการรับประทานยาอนหลับในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 64.40

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 84.40 ($M = .46, SD = 1.19$) มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 85.60 ($M = 4.91, SD = 2.63$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.90 ($M = 27.61, SD = 2.74$)

3. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 56.70 ($M = 101.51, SD = 17.99$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.217, p < .05$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .286, p < .01$) ส่วนความวิตกกังวล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (n = 88)

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับ	
	r	p
ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก	-.217	.042
ความวิตกกังวล	.047	.661
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ	.286	.007

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากแนวทางการรักษาของแพทย์ด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยใช้บอลลูนและ/หรือขดลวดเพื่อขยายทางเดินหลอดเลือดที่ตีบหรือใส่ขดลวดโครงตาข่าย ทำให้การไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งการใช้วิธีการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดสามารถเปิดหลอดเลือดได้ดี เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2554) ทำให้อาการเจ็บหน้าอกทุเลา ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ Weintraub et al. (2008) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการถ่างขยายหลอดเลือดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยร้อยละ 53 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้นอนหลับได้ดี มาจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยากลุ่ม benzodiazepine ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์กดการทำงานของสมอง ช่วยให้ผู้รู้สึกคลายความวิตกกังวล ทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนไป (กันตพร ยอดไชย, 2547) การที่แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ยากลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและช่วยให้

นอนหลับได้ เพื่อลดผลกระทบจากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญเกี่ยวกับหัวใจตามมา เช่น การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การกลับมาทำการถ่างขยายหลอดเลือดซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Fernandes et al., 2014) ผู้ป่วยจึงมีอาการดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดี

ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกลดลง จะส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ซึ่งความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่เกิดเนื่องจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บจากการขาดออกซิเจน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ทำให้เนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บปล่อยสารเคมีออกมากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายหลั่งฮอริโมนแคทีโกลามีน (catecholamine) และฮอริโมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ออกมามากกว่าปกติ ทำให้เกิดความเจ็บปวด และทำให้ยับยั้งการหลั่งของซีโรโทนิน (serotonin) ส่งผลให้วงจรการนอนหลับของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง (สิวธรรม อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2555) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/

หรือขาดเลือด และการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจ ระดับความเจ็บปวดที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะลดลง (เกรียงไกร เสงส์ศรี, 2554) ตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997; Lenz & Pugh, 2014) หากมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการเปลี่ยนแปลง ประสิทธิภาพอาการที่เกิดขึ้นก็จะมีอาการเปลี่ยนแปลงด้วย ซึ่งอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยมีประสิทธิผลการเจ็บหน้าอกลดลง ก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่รุนแรง ทำให้สามารถนอนหลับได้ จึงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับสูง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเพิ่มขึ้น จะทำให้นอนหลับได้หรือคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น เนื่องจากในหลักการทางสรีรวิทยา การนอนหลับและการตื่นเป็นวงจรที่มีความซับซ้อน เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับสมองส่วน brain stem reticular formation อันประกอบด้วยการทำงานของสมองส่วนเมดัลลา (medulla) และส่วนล่างของพอนส์ (pons) ทำให้มีการหลั่งสารมากระตุ้นการนอนหลับ และมีสารสื่อประสาทไปยับยั้งการตื่นที่เปลือกสมองใหญ่ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าที่สมองที่แตกต่างจากภาวะที่ตื่นตัว วงจรการนอนหลับและการตื่นเป็นวงจรกลางวัน-กลางคืน ตามจังหวะที่เกิดขึ้นเองภายในร่างกาย และร่างกายสามารถควบคุมได้โดยอัตโนมัติ (อัญชติ ชุ่มบัวทอง, 2552) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับในระดับสูง ตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997; Lenz & Pugh, 2014) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่สามารถควบคุมได้ โดยผ่านกระบวนการคิดทางระบบการทำงานของสมอง และการสั่งการ เพื่อให้

วงจรการนอนหลับเกิดขึ้น เช่น เมื่อผู้ป่วยเชื่อว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ดี มีความรู้และประสบการณ์ที่ดีในการควบคุมการนอนหลับ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและผลกระทบ และมีการวางแผนชีวิตที่ดี ก็จะทำให้ควบคุมการนอนหลับได้ โดยมีวิธีการในการทำให้การนอนหลับแตกต่างกัน เช่น การทำจิตใจให้สบาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีประสิทธิผลการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก แต่เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ดี และสามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยจึงสามารถนอนหลับได้ และมีคุณภาพการนอนหลับดี

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้ร่างกายตื่นตัวตลอดเวลา เป็นผลให้นอนหลับได้น้อยลง โดยความวิตกกังวลจะเพิ่มการรับรู้ต่อความเจ็บปวดและลดความทนต่อความเจ็บปวด กลไกการเชื่อมโยงระหว่างความวิตกกังวลกับอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติและการหลั่งของฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ที่เพิ่มขึ้น (Foreman & Qin, 2009 as cited in McCarthy, 2013) ซึ่งความวิตกกังวลทำให้เกิดความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งของนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) เพิ่มขึ้นแล้วไปกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัวมากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับ (George & Bayliff, 2003) จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระดับต่ำ ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่เกิดจากความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยกลุ่มอาการ ST elevate myocardial infarction จึงได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพ ในระยะเฉียบพลันที่มีมาตรฐานและรวดเร็ว ได้แก่ STEMI Fast Track และการให้ข้อมูลก่อนและหลังการเปิดหลอดเลือด (reperfusion therapy) ทำให้ผู้ป่วยได้รับ

การเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจภายในระยะเวลามาตรฐาน อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยจึงบรรเทาลง และผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีแนวทางในการดูแลและตรวจติดตามผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลลดลง และจากข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีอาชีพ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล สามารถนอนหลับได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการนอนหลับเพิ่มขึ้น ประเมินและลดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่น่าจะทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ เช่น ความสามารถในการจัดการอาการเจ็บหน้าอก แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความเข้มแข็งในการมองโลก

เอกสารอ้างอิง

กันตพร ยอดไชย. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
เกรียงไกร เสงศรีศรี. (2554). *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์.
ชนกพร จิตปัญญา. (2543). *มีโนมิตีและการวัดการนอนหลับ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 12(1), 1-9.

ณัฐชา พัฒนา. (2555). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). *การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.

นันทวัน แซ่ซ้อ. (2551). *ปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

พ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิ้มพุกุล, และพัลลภมาศ คุ่มทวีพร. (2555). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.

อัญชลี ชุ่มบัวทอง. (2552). *วงจรถนอมหลับ*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(2), 294-303.

Alcantara, C., Peacock, J., Davidson, K. W., Hiti, D., & Edmondson, D. (2014). *The association of short sleep after acute coronary syndrome with recurrent cardiac events and mortality*. *International Journal of Cardiology*, 171(2), e11-e12.

- Cicek, H. S., Armutcu, B., Dizer, B., Yava, A., Tosun, N., & Celik, T. (2014). Sleep quality of patients hospitalized in the coronary intensive care unit and the affecting factors. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 324-332.
- Daneshmandi, M., Sharame, M. S., Ebadi, A., & Neyse, F. (2011). The effect of earplugs on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 4(3), 127-134.
- Elliott, R., McKinley, S., & Cistulli, P. (2011). The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 384-400.
- Fernandes, N. M., Nield, L. E., Popel, N., Cantor, W. J., Plante, S., Goldman, L., ... Miner, S. E. (2014). Symptoms of disturbed sleep predict major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention. *The Canadian Journal of Cardiology*, 30(1), 118-124.
- George, C. F., & Bayliff, C. D. (2003). Management of insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs*, 63(4), 379-387.
- Lenz, E. R., & Pugh, L. C. (2014). The theory of unpleasant symptoms. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle-range for nursing* (pp. 165-195). Philadelphia: Springer.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- McCarthy, S. (2013). *Pain and anxiety in acute coronary syndrome patients awaiting transfer for diagnostic cardiac catheterization* (Master's thesis). Toronto University.
- McKinley, S., Fien, M., Riegel, B., Meischke, H., Aburuz, M. E., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2012). Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2320-2330.
- Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V., Meischke, H., Heo, S., ... Dracup, K. (2009). The Control Attitudes Scale-Revised: Psychometric evaluation in three groups of patients with cardiac illness. *Nursing Research*, 58(1), 42-51.
- Orwelius, L., Nordlund, A., Nordlund, P., Edell-Gustafsson, U., & Sjoberg, F. (2008). Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health-related quality of life after critical care: A prospective multicenter cohort study. *Critical Care*, 12(4), R97.
- Overbaugh, K. J. (2009). Acute coronary syndrome. *The American Journal of Nursing*, 109(5), 42-52.
- Pilkington, S. (2013). Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nursing Standard*, 27(49), 35-42.
- Weintraub, W. S., Spertus, J. A., Kolm, P., Maron, D. J., Zhang, Z., Jurkovic, C., ... Mancini, G. B. (2008). Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *The New England Journal of Medicine*, 359(7), 677-687.

Yasuhara, Y., Kobayashi, H., Tanioka, T.,
Fujikawa, E., Fujinaga, H., Kongsuwan, W.,
& Locsin, R. (2013). Sleep conditions and
quality of life among patients with ischemic
heart disease after elective percutaneous
coronary intervention. *Health, 5*(3), 532-537.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น* Factors Related to Preventive Behaviors for Rebleeding in Upper Gastrointestinal Bleeding Patients*

อพรพรรณ บุญลือ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. ²

Orapan Boonlue, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D. (Nursing) ²

เขมาตรี มาสิงบุญ, D.S.N. ³

Khemaradee Masingboon, D.S.N. ³

Received: January 28, 2019

Revised: February 18, 2019

Accepted: March 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 84 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีค่าความเชื่อมั่น .71 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีค่าความเชื่อมั่น .87 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีค่าความเชื่อมั่น .86 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีค่าความเชื่อมั่น .82 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำโดยรวมในระดับสูง ($M = 46.83$, $SD = 7.36$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาวชิราวุธ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: orapan@pnc.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r_s = .810, p < .05$) การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r_s = .720, p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r_s = .320, p < .05$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r_s = .310, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจทางบวก และปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำที่คงทน

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine preventive behaviors for rebleeding and to determine factors related to preventive behaviors for rebleeding. The samples consisted of 84 upper gastrointestinal bleeding (UGIB) patients receiving follow-up service at the surgical outpatient department of Prapokkiao Hospital, Chanthaburi Province. The research instruments were composed of a recording form of demographic data, a questionnaire of perceived severity of rebleeding in UGIT with the reliability of .78, a questionnaire of perceived vulnerability of rebleeding in UGIT with the reliability of .71, a questionnaire of perceived self-efficacy of preventive behavior for rebleeding in UGIT with the reliability of .87, a questionnaire of perceived response efficacy of preventive behavior for rebleeding in UGIT with the reliability of .86, and a questionnaire of preventive behavior for rebleeding with the reliability of .82. Data were collected from September, 2017 to February, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient.

The research results revealed that the UGIB patients had overall mean score of preventive behaviors for rebleeding at a high level ($M = 46.83, SD = 7.36$). The factors that statistically significant related to preventive behaviors for rebleeding were perceived self-efficacy of preventive behavior for rebleeding in UGIT ($r_s = .810, p < .05$), perceived response efficacy of preventive behavior for rebleeding in UGIT ($r_s = .720, p < .05$), perceived severity of rebleeding in UGIT ($r_s = .320, p < .05$), and perceived vulnerability of rebleeding in UGIT ($r_s = .310, p < .05$).

This research suggests that nurses should encourage perceived self-efficacy and perceived response efficacy of preventive behavior for rebleeding in UGIT among UGIB patients in order to raise positive motivation and maintain preventive behaviors for rebleeding in UGIT.

Keywords: Preventive behaviors for rebleeding, Upper gastrointestinal bleeding patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต หากผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายมากขึ้นได้ ในรายที่มีการสูญเสียเลือดปริมาณมากจะทำให้เกิดภาวะช็อก และหากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสมองขาดออกซิเจน จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (พิมพ์จิตร์ กาญจนสินธุ์ และวาริดา จงธรรม, 2558) ในกรณี que ผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำเรื้อรัง จะส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย ปวดท้อง เป็น ๆ หาย ๆ และยังมีผลต่อจิตใจ คือ เกิดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (สมถวิล จินดา, 2551) และเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง จะมีผลต่อการทำงาน รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย (Campbell et al., 2015) ทั้งนี้ ประเทศไอซ์แลนด์พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ร้อยละ 15 (Hreinnsson, Kalaitzakis, Gudmundsson, & Bjornsson, 2013) ประเทศเกาหลีใต้พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ร้อยละ 26.10 (Lee et al., 2016) ส่วนประเทศไทย จากการศึกษาของรังสันต์ ชัยกิจอำนวยโชค และชัชชัตร์ร ปรทุมานนท์ (2559) พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำในกลุ่มรุนแรงน้อยและกลุ่มรุนแรงมาก ร้อยละ 3.88 และ 10.17 ตามลำดับ และการศึกษาของบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และภาวนา กิรติยดวงศ์ (2559) พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ร้อยละ 69 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำยังเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำที่ถูกต้อง จะสามารถป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำได้

Rogers (1983) ได้กล่าวถึงทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรค (The Protection Motivation Theory) ว่า

การที่บุคคลจะมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคได้นั้น มีปัจจัยที่สำคัญ 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค และรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ซึ่งความกลัวจะทำให้เกิดการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยประเมินว่าตนเองมีอันตรายหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความต้องการหลีกเลี่ยง จึงส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตน และรับรู้ถึงผลลัพธ์ในการปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ และมีความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้สำเร็จ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ประกอบด้วยพฤติกรรมที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารหมักดอง และอาหารไขมันสูง รวมถึงควรรับประทานอาหารตรงเวลา ครบทั้ง 3 มื้อ และเคี้ยวให้ละเอียด เป็นต้น (สุเทพ กลชาณวิทย์, 2553) 2) ด้านการดื่มเครื่องดื่ม ผู้ป่วยควรลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และกาเฟอีน (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2560) 3) ด้านการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรลดหรือเลิกการสูบบุหรี่ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2560) 4) ด้านการใช้ยา ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ซื้อยามารับประทานเอง ตลอดจนควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (สุเทพ กลชาณวิทย์, 2553) และ 5) ด้านการจัดการความเครียด ผู้ป่วยควรมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2560) ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวล้วนเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองด้วย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนได้รับการรักษาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ อยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่กลับพบว่าปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกซ้ำ และปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกซ้ำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ (บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์ และคณะ, 2559) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ อาจไม่สัมพันธ์กัน จึงทำให้ขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำขึ้น ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการค้นหาปัจจัยป้องกันเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำนั้น จะช่วยลดผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้

จากสถิติของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 642 คน 583 คน 641 คน และ 581 คน ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี, 2559) ซึ่งจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยไม่ลดลงจากเดิม โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำและอาจมีผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาเพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นครั้งแรก เนื่องจากมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วย และยังไม่เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ซึ่งแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลคือ จะทำการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลประมาณ 1 เดือน เป็นต้นไป ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงการพยาบาลในเชิงรุก

โดยเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

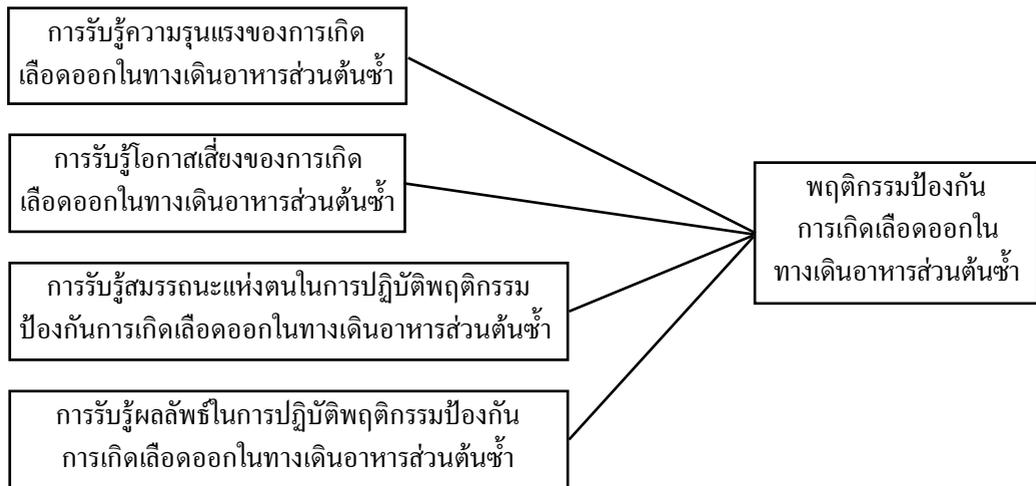
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) ซึ่งเน้นกระบวนการที่เป็นสื่อกลางในการรับรู้ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นครั้งแรก 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 3) จำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โรคประจำตัว ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกาเฟอีน การสูบบุหรี่ ยาที่รับประทานเป็นประจำ และการรักษาที่ได้รับ จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 2 ข้อ และด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (8-18 คะแนน) ในระดับปานกลาง (19-29 คะแนน) และในระดับสูง (30-40 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของบุษยรัตน์ ลอยศักดิ์ และคณะ (2559)

จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐาน ประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (11-25 คะแนน) ในระดับปานกลาง (26-40 คะแนน) และในระดับสูง (41-55 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของ Roger (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทาน อาหาร จำนวน 6 ข้อ ด้านการดื่มเครื่องดื่ม จำนวน 2 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ ด้านการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (14-32 คะแนน) ในระดับปานกลาง (33-51 คะแนน) และในระดับสูง (52-70 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของ Roger (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่คาดหวัง คาดหวังเล็กน้อย คาดหวังปานกลาง คาดหวังมาก และคาดหวังมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (9-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-32 คะแนน) และในระดับสูง (33-45 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของนุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ และคณะ (2559) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน

6 ข้อ ด้านการดื่มเครื่องดื่ม จำนวน 2 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ ด้านการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (14-28 คะแนน) ในระดับปานกลาง (29-42 คะแนน) และในระดับสูง (43-56 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงฯ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พยาบาล และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง .82-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78, .71, .87, .86 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 06-05-2560 วันที่ 14 มิถุนายน 2560) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 055/60 วันที่ 1 สิงหาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมและพยาบาลประจำแผนก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกและแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงฯ ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ข้อมูลการรับรู้ผลลัพธ์ฯ และข้อมูลพฤติกรรมป้องกันฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 79.80 อายุต่ำสุด คือ 20 ปี และสูงสุด คือ 85 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 56.77 ปี ($SD = 13.90$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.10 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 71.40 มีอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.10 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.40 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 54.80 มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 14.30 มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกาเฟอีน คิดเป็นร้อยละ 47.60 สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 32.10 มียาที่รับประทานเป็นประจำ คือ ยาแก้ปวด/ยาชุดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.50 และการรักษาที่ได้รับ คือ การส่องกล้องและรับยา คิดเป็นร้อยละ 100

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงฯ ในระดับสูง ($M = 32.17, SD = 4.92$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ในระดับสูง ($M = 45.48, SD = 6.82$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ในระดับสูง ($M = 57.67, SD = 11.25$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลลัพธ์ฯ ในระดับสูง ($M = 38.97, SD = 6.19$)

3. พฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันฯ โดยรวมในระดับสูง ($M = 46.83, SD = 7.36$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันฯ ทุกด้านในระดับสูง ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ($M = 19.34, SD = 3.87$) ด้านการดื่มเครื่องดื่ม ($M = 6.27, SD = 1.89$) ด้านการสูบบุหรี่ ($M = 3.02, SD = 1.34$) ด้านการใช้จ่าย ($M = 11.11, SD = 1.36$) และด้านการจัดการความเครียด ($M = 7.07, SD = 1.58$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r_s = .810, p < .05$) การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r_s = .720, p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r_s = .320, p < .05$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r_s = .310, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (n = 84)

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ	
	r_s	p
1. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ	.320	.010
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ	.310	.010
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ	.810	.010
4. การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ	.720	.010

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ โดยรวมในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น บุคลากรทางสุขภาพ สมุดบันทึกสุขภาพ รวมถึงประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาที่ผ่านมา เมื่อได้รับข้อมูลจึงทำให้เกิดกระบวนการในการรับรู้ คือ มีการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ และมีการประเมินการเผชิญปัญหา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และ

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองสามารถเผชิญปัญหาได้ดี อีกทั้งอยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ซึ่งผ่านประสบการณ์ต่างๆ มามากมาย ทำให้มีความรู้ทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิธีจัดการทางความคิดของตนเอง (เอมอร์ จารุรังษี, 2558) จึงส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคและสามารถเผชิญปัญหาได้ดี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำทั้ง 5 ด้าน ในระดับสูง จึงส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำโดยรวมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างไปทางสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณี ศิริแก่นทราย (2558) ที่ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรสิริ พจมานพงศ์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา, และทิพมาศ ชินวงศ์ (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger (1983) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นภัยคุกคามต่อบุคคล อีกทั้งเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ประกอบกับผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้มีประสบการณ์การเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น บุคลากรทางสุขภาพ สมุดบันทึก สมาร์ทโฟน จึงทำให้เกิดความกลัว และทำให้รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำตามที่ได้รับคำแนะนำ จะทำให้เกิดเลือดออกซ้ำและส่งผลให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิติก รุสุวรรณ และเสาวลักษณ์ ทูลธรรม (2558) ที่ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี สมพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เป็ยเชื้อ, และสมนึก สกุดหงส์โสภณ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีเสี่ยงต่อเบาหวาน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ

ประสานสอน และพรเทพ แพรขาว (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger (1983) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดโรค หากบุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในสถานะเสี่ยง บุคคลนั้นจะเห็นถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี บุคคลจะตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ประกอบกับผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และโอกาสเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำจากบุคลากรทางสุขภาพ และรับรู้ได้ว่าตนเองมีความเสี่ยงจากการที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง และมียาที่รับประทานเป็นประจำ เช่น ยาแก้ปวด/ยาชุด ยาแอสไพริน อีกทั้งผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และกาแฟอื่น โดยพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายสอดคล้องกับการศึกษาของ Lau et al. (2011) ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ คือ อายุที่สูงขึ้น และวัยสูงอายุมีการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ร้อยละ 18.52 (Wang et al., 2013) เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลทำให้เกิดความกลัว และประเมินว่าตนเองกำลังอยู่ในสถานะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ (Rogers, 1983) จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งบุคคลจะเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบ (Lewin et al., 1994 อ้างถึงในณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553) จึงทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสวัณน์ ศิริแก่นทราย (2558) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของเขมารตี มาสิงบุญ, สายฝน ม่วงคุ้ม, และสุวรรณีมหากายนันท์ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger (1983) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นว่า ตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้จะทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ประกอบกับผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ดี ร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ

ได้มีการพูดคุย ให้กำลังใจ อีกทั้งผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วเป็นเวลา 1 เดือน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยไม่เกิดเลือดออกซ้ำ โดยความสำเร็จนี้จะส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติมากขึ้น (Bandura, 1966 อ้างถึงในอาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปิ่น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, 2554) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของเมธิกานต์ ทิมกุลนีย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดด้วยก่อนหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger (1983) กล่าวว่า การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งความคาดหวังเป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจและการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำได้ โดยพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออก

ในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำเกิดจากความคาดหวังและสิ่งตอบสนอง (Feather, 1982 อ้างถึงในณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553) ทำให้เกิดความคาดหวังว่าหากตนเองปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำได้ดี จะทำให้ไม่เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ อีกทั้งผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความคิดแบบมีเหตุผล คิดเชื่อมโยง (เอมอร จารุงษ์, 2558) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปริญานูช รุ่งเรือง, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, สุปรียา ตันสกุล, และลักขณา เต็มศิริกุลชัย (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจทางบวก และปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำที่คงทนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรรนำปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ไปศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบเชิงรุกทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชมารดี มาสิงบุญ, สายฝน ม่วงคุ้ม, และสุวรรณี มหาภายนันท์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 214-227.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน: แนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวรรณ ประสานสอน, และพรเทพ แพรขาว. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรค และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค ในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2), 36-43.
- นิตกร กุสุวรรณ, และเสาวลักษณ์ ทูลธรรม. (2558). การรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 20-40 ปี ตำบลเชียงเครืออำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 34(6), 635-644.
- บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และภาวนา กิริติยดวงศ์. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 51-64.
- ปริญานูช รุ่งเรือง, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, สุปรียา ตันสกุล, และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 2(2), 36-49.

- พิมพ์จิตร์ กาญจนสินธุ์, และวาริดา จงธรรม. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหาร ในระยะวิกฤต. ใน รัชณี เบญจรัตน์, พิมพ์จิตร์ กาญจนสินธุ์, ปราณี ทองใส, และสุมิตรา สินธุ์ศิริมานะ (บ.ก.), *การพยาบาลศาสตร์วิกฤต* (น. 263-276). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- ภทรพรรณ อุณาภาค, และขวัญชัย รัตนมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 44-54.
- ภัทรสิริ พงมานพงศ์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา, และทิพมาส ชิมวงศ์. (2556). พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ กำไรซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. ใน *เอกสารการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย* (น. 185-194). สงขลา: สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- เมธิกานต์ ทิมุลนี, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดก่อนหมดประจำเดือน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(1), 118-132.
- รังสันต์ ชัยกิจอำนวยการ, และชยันตร์ธร ปทุมานนท์. (2559). คะแนนที่ใช้ทำนายความรุนแรงของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ปี ค.ศ. 2014. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(3), 411-423.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2560). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: วี พรินท์ (1991).
- สมถวิล จินดา. (2551). *พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุวรรณ ศรีแก่นทราย. (2558). การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในตำบลหนองกัญสุข อำเภอมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ เรื่อง สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวทันสู่ประชาคมอาเซียน ครั้งที่ 2* (น. 113-121). วิทยาลัยนครราชสีมา. สุเทพ กลชาญวิทย์. (2553). *โรคกรดไหลย้อน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. (2559). *สถิติโรค*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, และสมนึก สกุดหงส์โสภณ. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 21(1), 96-109.
- อากาศร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอร จารุรังษี. (2558). *แนวคิดและทฤษฎีพัฒนาการวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ*. ใน สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, *เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 1-7* (น. 1-70). กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.

- Campbell, H. E., Stokes, E. A., Bargo, D., Logan, R. F., Mora, A., Hodge, R., ... Jairath, V. (2015). Costs and quality of life associated with acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: Cohort analysis of patients in a cluster randomised trial. *BMJ Open*, 5(4), e007230.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hreinsson, J. P., Kalaitzakis, E., Gudmundsson, S., & Bjornsson, E. S. (2013). Upper gastrointestinal bleeding: Incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 48(4), 439-447.
- Lau, J. Y., Sung, J., Hill, C., Henderson, C., Howden, C. W., & Metz, D. C. (2011). Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: Incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*, 84(2), 102-113.
- Lee, Y. J., Min, B. R., Kim, E. S., Park, K. S., Cho, K. B., Jang, B. K., ... Jeon, S. W. (2016). Predictive factors of mortality within 30 days in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 31(1), 54-64.
- Rogers, R. W. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation*. Retrieved from <http://www.researchgate.net/publication/229068371>
- Wang, C. Y., Qin, J., Wang, J., Sun, C. Y., Cao, T., & Zhu, D. D. (2013). Rockall score in predicting outcomes of elderly patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *World Journal of Gastroenterology*, 19(22), 3466-3472.
-

การพัฒนาจากรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์* A Development of a New Model in Admitting at Outpatient Department, Priest Hospital*

เพชรชนี วงศ์มาก, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Petchanee Vongmak, M.Sc. (Public Health)¹

สมชาติ โตรักษา, พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน)²

Somchart Torugsa, M.D., Thai Board (Preventive Medicine)²

Received: March 10, 2019 Revised: March 27, 2019 Accepted: April 9, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เพื่อพัฒนางานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างดำเนินงาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ในพื้นที่ทดลอง จำนวน 60 ครั้ง และพื้นที่ควบคุม จำนวน 60 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างด้านคน ซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก แบ่งออกเป็นผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย งานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ รูปแบบใหม่ แบบบันทึก จำนวน 4 ชุด แบบตรวจสอบ จำนวน 1 ชุด และแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ได้รูปแบบใหม่ที่มีการนำแนวคิดและหลักวิชาการด้านการบริหารมาประยุกต์ใช้ และ 2) หลังการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานต่อแรงงานที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น ($p < .001$) อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานรับผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น ($p < .001$) ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ลดลง ($p < .001$) แรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ลดลง ($p < .001$) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น ($p < .001$) ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ($p < .001$) และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรับผู้ป่วยใหม่ลดลง ($p < .001$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Master's Thesis of Science Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

¹ มหบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Master, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: hello2555mint@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Major Advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรประจำแผนกผู้ป่วยนอกควรรูปแบบงานรับผู้ป่วยใหม่ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรับใหม่ที่มีประสิทธิภาพ และผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมการนำรูปแบบงานรับผู้ป่วยใหม่ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการรับผู้ป่วยใหม่ในกลุ่มโรคอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพ
คำสำคัญ: การรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This experimental development research aimed to develop a new model in admitting at outpatient department, Priest Hospital using the existing resources. The samples consisted of 2 groups; one group was the admitting activities in an experimental area (60 times) and a control area (60 times), another group was person regarding the admitting at outpatient department included administrators, service providers, and clients. The research instruments included a new model in admitting at outpatient department, Priest Hospital, four recording forms, one check list, and three questionnaires. The implementation and data collection were conducted from February to June, 2015. Statistics used for data analysis were Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test.

The research results revealed that 1) a new model in admitting at outpatient department, Priest Hospital has been developed by applying relevant academic concepts and principles; and 2) after the experiment, an experimental area had statistically significant better working results than before the experiment:- the average workload per workforce increased ($p < .001$), the accuracy of work increased ($p < .001$), the average service time decreased ($p < .001$), the average workforce consumed decreased ($p < .001$), the service providers' satisfaction increased ($p < .001$), the clients' satisfaction increased ($p < .001$), and cost per service providing unit decreased ($p < .001$).

This research suggests that the providers in outpatient department should implement this model in admitting in order to ensure that appropriate admitting activities are in an effective manner. Additionally, the nurse administrators should promote this model in admitting as a guideline to effective hospital admitting in other illness clients.

Keywords: Admitting, Outpatient department, Model development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรับผู้ป่วยใหม่ เป็นกิจกรรมด่านแรกที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ ฟังพอใจต่อบริการ และให้ความร่วมมือ ยินยอมรับการรักษา การรับใหม่เริ่มต้นเมื่อแพทย์รับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล การวินิจฉัยโรค และการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อพบปัญหารุนแรง (เสถียร สอนเครือ, บังอร ลำดี, และนพพร ทองธรรมชาติ, 2552) หรือมี

อาการเจ็บป่วยมากเกินกว่าที่จะดูแลตนเองที่บ้านได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการหายจากความเจ็บป่วยเป็นเป้าหมายแรก และคาดหวังว่าจะได้รับการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย เสียค่าใช้จ่ายน้อย ระยะเวลารอคอยไม่นาน และประหยัด
ในการรับผู้ป่วยใหม่นั้น การรอคอยเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบริการของโรงพยาบาลโดยทั่วไป ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพการบริการจากระยะเวลารอคอย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ

การบริการด้านการจัดการ เพราะระยะเวลาการรอคอย เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล ของทีมบริการผู้ป่วย (Hui & Tse, 1996) นอกจากนี้ การรอคอยเป็นเวลานานอาจทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง และมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ทำให้มีความหงุดหงิดเมื่อไม่ได้รับบริการที่สะดวกและ รวดเร็ว ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาลดลง

โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรม การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การดูแลสุขภาพ พระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศ จากสถิติการรับใหม่ ของโรงพยาบาลสงฆ์ต่อปี ในช่วงปีงบประมาณ 2555- 2558 พบว่า มีการรับใหม่ผู้ป่วยอายุกรรมมากเป็น อันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยรับใหม่ทั้งหมด และพบปัญหา ที่มีผลกระทบต่อทีมสุขภาพมากที่สุด จากสภาพการณ์ปกติ พบว่า บริเวณเคาน์เตอร์พยาบาลหน้าห้องตรวจแผนก อายุกรรม เป็นจุดที่ให้บริการต่าง ๆ เช่น การซักประวัติ ผู้ป่วย การวัดความดันโลหิต รวมทั้งการโทรศัพท์เพื่อติดต่อ ประสานงาน และใช้เป็นพื้นที่สำหรับรับผู้ป่วยใหม่ ที่ต้องม ีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การวินิจฉัยโรค และการเซ็นใบยินยอมการรักษา โดยเป็นการให้บริการ แบบจุดเดียว (one stop service) แต่เนื่องจากผู้ป่วย มีจำนวนมาก 90-200 รายต่อวัน (แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์, 2558) ทำให้การตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยและญาติต้องรอคอยการบริการ เป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจต่อบริการ ที่ได้รับ รวมทั้งอาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็น ผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น พระสงฆ์สูงอายุเดินทางมา จากต่างจังหวัด เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม ใจสั่น และ อ่อนเพลีย ต้องส่งไปสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ตระหนักถึงความสำคัญ ของปัญหาข้างต้น และต้องการที่จะตอบสนองนโยบาย ของโรงพยาบาล ที่มุ่งเน้นให้บริการทั้งด้านการรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยลด ระยะเวลาการรอคอย ให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็ว และปลอดภัยภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ จึงมีความสนใจ

ที่จะพัฒนางานรับผู้ป่วยใหม่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยการนำ หลักการบริหารโรงพยาบาลมาประยุกต์แบบบูรณาการ เพื่อให้การรับผู้ป่วยใหม่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการรับผู้ป่วย ใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ โดยใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ระหว่างรูปแบบใหม่ ที่พัฒนามาขึ้นกับรูปแบบเดิม ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพงาน ด้านระยะเวลาและแรงงานงานที่ใช้ ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และด้านเศรษฐศาสตร์

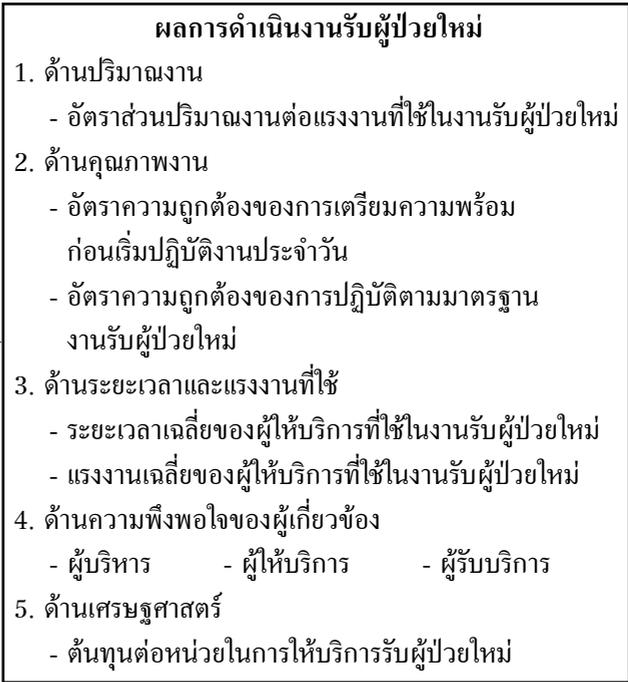
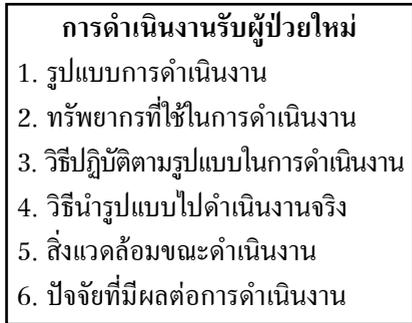
สมมติฐานการวิจัย

ผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ตามรูปแบบใหม่ดีกว่ารูปแบบเดิม ดังนี้

- 1) อัตราส่วนปริมาณงานต่อแรงงานที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ เพิ่มขึ้น
- 2) อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อม ก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวันเพิ่มขึ้น และอัตราความถูกต้อง ของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานรับผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น
- 3) ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ ลดลง และแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วย ใหม่ลดลง
- 4) ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น และ
- 5) ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรับผู้ป่วยใหม่ลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ ตามรูปแบบใหม่ที่พัฒนามาขึ้น เปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม โดยดำเนินงานในแผนกผู้ป่วยนอก ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่มีองค์ประกอบ 6 ประการ และมีการวัดผลการดำเนินงาน 5 ด้าน สรุปเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (experimental development research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรด้านงาน เป็นการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่แต่ละครั้ง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ และแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (เนื่องจากทั้งสองหน่วยงานอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์เหมือนกัน มีจำนวนเตียงใกล้เคียงกัน และมีการบริหารจัดการในองค์กรคล้ายคลึงกัน) ซึ่งเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานรับผู้ป่วยใหม่ จนถึงเสร็จสิ้นการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ ครั้งนั้น ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 3,307 ครั้ง และกลุ่มที่ 2 ประชากรด้านคน เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ และแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้ให้บริการ

และผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่ 1 เป็นการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ในเดือน กุมภาพันธ์ 2558 (ก่อนการทดลอง) และในเดือนมิถุนายน 2558 (หลังการทดลอง) โดยพื้นที่ทดลอง คือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ ก่อนการทดลอง 30 ครั้ง และหลังการทดลอง 30 ครั้ง รวมจำนวน 60 ครั้ง ส่วนพื้นที่ควบคุม คือ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ก่อนการทดลอง 30 ครั้ง และหลังการทดลอง 30 ครั้ง รวมจำนวน 60 ครั้ง และกลุ่มที่ 2 แบ่งออกเป็น 1) ผู้บริหาร โดยกลุ่มทดลองประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ รวมจำนวน 2 คน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมจำนวน 2 คน 2) ผู้ให้บริการ โดยกลุ่มทดลองประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ผู้ตรวจสอบสิทธิ์

และเจ้าหน้าที่ศูนย์แปล แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี รวมจำนวน 15 คน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ตรวจสอบสิทธิ์ และเจ้าหน้าที่ศูนย์แปล แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี รวมจำนวน 4 คน และ 3) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคทางอายุรกรรม และรับตัวรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ หรือสถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรือเป็นญาติผู้ป่วย โดยกลุ่มทดลองได้รับการรับใหม่ตามรูปแบบเดิม ก่อนการทดลอง 30 คน และตามรูปแบบใหม่ หลังการทดลอง 30 คน รวมจำนวน 60 คน ส่วนกลุ่มควบคุม (เลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง) ได้รับการรับใหม่ตามรูปแบบเดิม ก่อนการทดลอง จำนวน 30 คน และหลังการทดลอง จำนวน 30 คน รวมจำนวน 60 คน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ งานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ รูปแบบใหม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1.1 หลักการของรูปแบบ ใช้หลักการและทฤษฎีทางการบริหาร หลักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานรับผู้ป่วยใหม่ และหลักวิชาการอื่นๆ

1.2 โครงสร้างของรูปแบบ ประกอบด้วยโครงสร้างด้านสถานที่ ตำแหน่งที่ตั้งของหน่วยงานและพื้นที่ดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ โครงสร้างด้านเงิน โครงสร้างด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานรับผู้ป่วยใหม่ และโครงสร้างด้านระบบงานรับผู้ป่วยใหม่ ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ ระบบบริหารจัดการ ระบบบริการ ระบบสนับสนุนบริการ และระบบพัฒนาบริการ

1.3 วิธีนำรูปแบบไปดำเนินการ และวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของงานรับผู้ป่วยใหม่

ทั้งนี้ งานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก

รูปแบบใหม่ ผ่านการปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะๆ ขณะดำเนินการวิจัย โดยรูปแบบใหม่เบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการในงานรับผู้ป่วยใหม่ จำนวน 3 คน ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแบบ แสดงรายละเอียดในหัวข้อการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 8 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับด้านบุคลากร ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านกระบวนการ จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบบันทึกเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินงาน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวัน/เดือน/ปี เวร/เวลา กิจกรรม/ลักษณะเหตุการณ์ ผลต่อการปฏิบัติงาน ทั้งแง่บวกและแง่ลบ การตอบสนองต่อเหตุการณ์และผลการตอบสนอง และคำอธิบายเพิ่มเติม

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่ ประกอบด้วยข้อมูลด้านบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงาน ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านแบบฟอร์มเอกสาร และด้านสถานที่

ชุดที่ 4 แบบตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของงานรับผู้ป่วยใหม่ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน/เวร การต้อนรับอย่างประทับใจตั้งแต่แรก การบริการเร่งด่วนตามลักษณะของผู้รับบริการแต่ละคน การให้บริการตามลำดับขั้นตามลักษณะของงานจนครบถ้วน การให้บริการก่อนผู้รับบริการออกจากแผนก และการดำเนินงานหลังผู้รับบริการออกจากแผนก

ชุดที่ 5 แบบบันทึกเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในงานรับผู้ป่วยใหม่ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรม ประเภทบุคลากร และปริมาณเวลา (เวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด และรวมเวลา)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้บริหารต่องานรับผู้ป่วยใหม่ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า จากคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) ไปจนถึงมากที่สุด (10 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะ จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 7 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่องานรับผู้ป่วยใหม่ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า จากคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) ไปจนถึงมากที่สุด (10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 8 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานรับผู้ป่วยใหม่ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ (ผู้ป่วย/ญาติ) และจำนวนครั้งที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า จากคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) ไปจนถึงมากที่สุด (10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบบันทึก แบบตรวจสอบ และแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการในงานรับผู้ป่วยใหม่ และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2014-175 วันที่ 25 มีนาคม 2557) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างด้านคนถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนั้นเท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพัฒนางานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ รูปแบบใหม่ ดังนี้

1.1 วิเคราะห์งานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ รูปแบบเดิม เกี่ยวกับวิธีดำเนินงาน และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

1.2 พัฒนารูปแบบเบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) ของงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โดยนำทฤษฎีและหลักวิชาการมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน

1.3 นำรูปแบบเบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ได้เป็นรูปแบบที่ 2

2. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ และผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ และแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือการวิจัยชนิดต่างๆ

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้านคน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากนั้นดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

(ข้อ 2)

5. พื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุมดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก รูปแบบเดิม ก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นเวลา 1 เดือน

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานทั้ง 5 ด้าน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบบันทึก แบบตรวจสอบ และแบบสอบถาม ด้วยวิธีการสังเกต การสอบถาม และการสัมภาษณ์

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในพื้นที่ทดลองมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ยิ่งขึ้น ได้เป็นรูปแบบที่ 3

8. พื้นที่ทดลองดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก รูปแบบใหม่ (รูปแบบที่ 3) ส่วนพื้นที่ควบคุมดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก รูปแบบเดิม เป็นเวลา 3 เดือน ทั้งนี้มีการประเมินปัญหา อุปสรรค และตรวจสอบการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่เป็นระยะ โดยการสังเกต การสอบถาม และการตรวจสอบจากรายงาน/การบันทึกต่าง ๆ เมื่อครบ 15 วัน 30 วัน 45 วัน 60 วัน 75 วัน และ 90 วัน

9. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในพื้นที่ทดลองมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่ ได้เป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ (รูปแบบที่ 4)

10. พื้นที่ทดลองดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก รูปแบบที่สมบูรณ์ (รูปแบบที่ 4) ส่วนพื้นที่ควบคุมดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก รูปแบบเดิม หลังการทดลอง (post-test) เป็นเวลา 1 เดือน

11. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานทั้ง 5 ด้าน หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบบันทึก แบบตรวจสอบ และแบบสอบถาม ด้วยวิธีการสังเกต การสอบถาม และการสัมภาษณ์

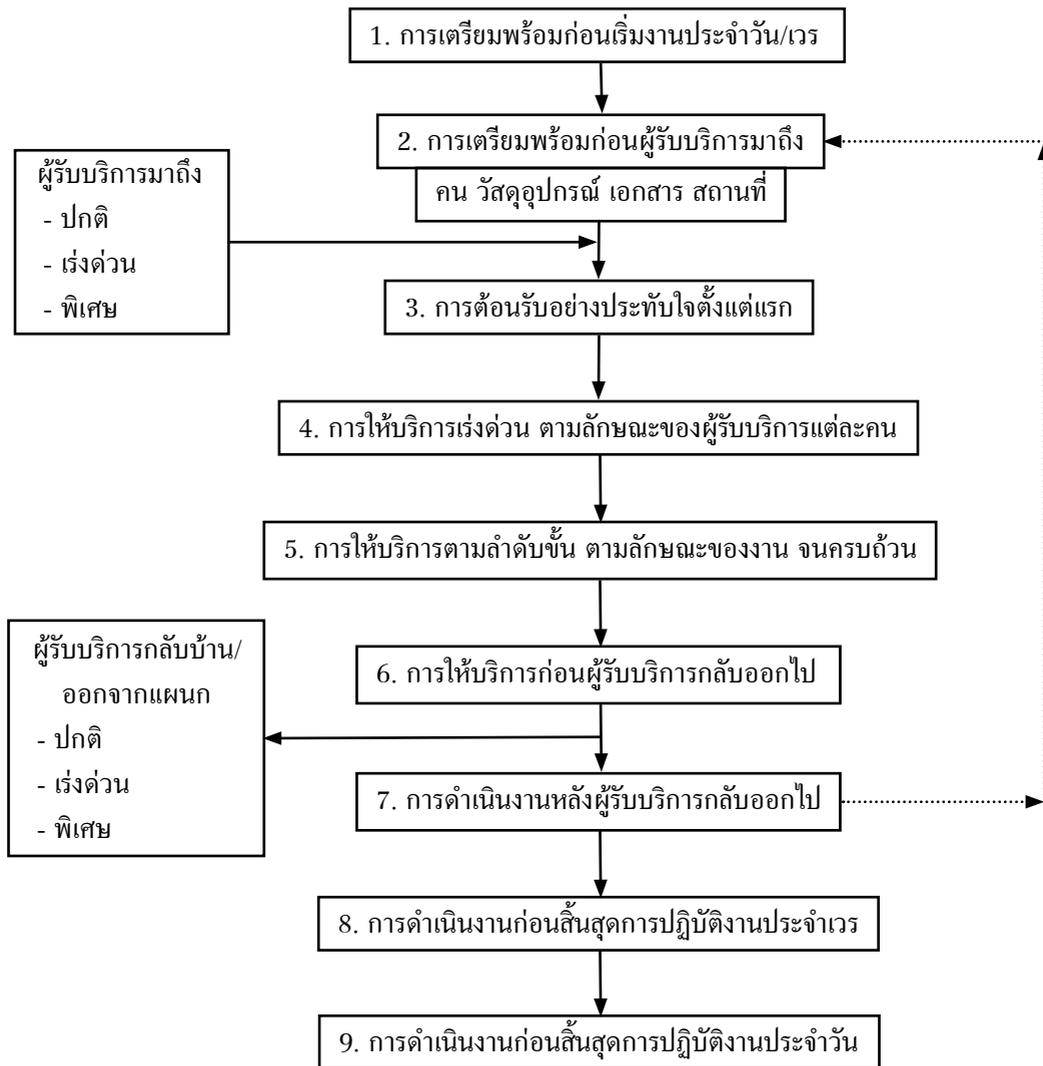
ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการพัฒนางานรับผู้ป่วยใหม่ ใช้การบรรยาย การเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างพื้นที่ทดลองกับพื้นที่ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน (ยกเว้นความพึงพอใจ

ของผู้บริหาร และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ) ของพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้บริหาร และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ของพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนารูปแบบงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ได้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น โดยมีการนำแนวคิดและหลักวิชาการด้านการบริหารมาประยุกต์ใช้ได้แก่ หลักการบริหารทั่วไป หลักการบริหารโรงพยาบาล หลักการบริหารการพยาบาล หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม หลักการบริหารตามสภาวะการณ์ หลักการด้านวิชาการของงานรับผู้ป่วยใหม่ อันประกอบด้วย แนวคิดการวางแผนการรับผู้ป่วยใหม่ องค์ประกอบของการรับผู้ป่วยใหม่ และรูปแบบการรับผู้ป่วยใหม่ หลักการด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และหลักการด้านสังคม ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาผสมผสาน แล้วกำหนดเป็นรูปแบบงานรับผู้ป่วยใหม่ที่ประกอบด้วยหลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และระบบงานรับผู้ป่วยใหม่ ทั้งนี้ แนวทางปฏิบัติและมาตรฐานงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ได้จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เป็นแนวทางในการรับผู้ป่วยใหม่ได้ง่าย และสะดวกมากขึ้น เกิดการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน มีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ และนำมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับพื้นที่ทดลองมากที่สุด ทำให้การปฏิบัติงานรับผู้ป่วยใหม่มีประสิทธิภาพ และผลการดำเนินงานดีกว่ารูปแบบเดิม สรุปลงเป็นระบบบริการงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ได้ดังแผนภาพที่ 2



หมายเหตุ: การบริการ ใช้ในกรณีที่มีผู้รับบริการ ส่วนการดำเนินงาน ใช้ในกรณีที่ไม่มีผู้รับบริการ

แผนภาพที่ 2 ระบบบริการงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

2. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก ของพื้นที่ทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบใหม่) พบว่า หลังการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงานดีกว่า ก่อนการทดลอง 7 เรื่อง (จาก 9 เรื่อง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานต่อแรงงานที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ ($p < .001$) อัตราความถูกต้อง

ของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานรับผู้ป่วยใหม่ ($p < .001$) ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ ($p < .001$) แรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ ($p < .001$) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ($p < .001$) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($p < .001$) และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรับผู้ป่วยใหม่ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก ของพื้นที่ทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบใหม่)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการทดลอง (n = 30)		หลังการทดลอง (n = 30)		p
	M	SD	M	SD	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานต่อแรงงานที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (10,000 คน-วินาที)	1.19	.25	2.08	.44	< .001
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่ม ปฏิบัติงานประจำวัน	100.00	.00	100.00	.00	1.000
อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานรับผู้ป่วยใหม่	75.33	4.40	94.18	5.11	< .001
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (นาที/ราย/ครั้ง)	46.48	7.11	25.57	9.18	< .001
แรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (คน-วินาที/ราย)	8,820.00	2,058.00	5,040.00	1,239.36	< .001
ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 2 และ n = 2)	6.50	.50	8.00	1.00	.205 ^a
ผู้ให้บริการ (n = 15 และ n = 15)	7.50	.76	8.29	.61	< .001 ^a
ผู้รับบริการ (n = 30 และ n = 30)	7.57	.50	9.13	.43	< .001
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรับผู้ป่วยใหม่	66.46	10.17	36.56	13.13	< .001

หมายเหตุ: a = ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

3. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก ของพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบเดิม) พบว่า

หลังการทดลอง พื้นที่ควบคุมมีผลการดำเนินงานทุกเรื่อง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก ของพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบเดิม)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p
	(n = 30)		(n = 30)		
	M	SD	M	SD	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานต่อแรงงานที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (10,000 คน-วินาที)	3.59	1.55	3.47	1.65	.902
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน	100.00	.00	100.00	.00	1.000
อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานรับผู้ป่วยใหม่	82.64	7.73	83.24	7.67	.904
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (นาที/ราย/ครั้ง)	24.51	14.21	24.41	13.79	.979
แรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (คน-วินาที/ราย)	3,400.00	1,350.56	3,400.00	1,350.56	1.000
ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 2 และ n = 2)	7.00	1.00	7.50	.50	.500 ^a
ผู้ให้บริการ (n = 4 และ n = 4)	8.00	1.00	8.67	.58	.423 ^a
ผู้รับบริการ (n = 30 และ n = 30)	9.00	.91	9.03	.81	.891
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรับผู้ป่วยใหม่	29.17	16.91	29.05	16.41	.979

หมายเหตุ: a = ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

4. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบเดิม) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) ก่อนการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงาน 5 เรื่อง แตกต่างจากพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานต่อแรงงานที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่

($p < .001$) ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ ($p < .001$) แรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ ($p < .001$) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($p < .001$) และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรับผู้ป่วยใหม่ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แขนกผู้ป่วยนอก ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบเดิม) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) ก่อนการทดลอง

ผลการดำเนินงาน	พื้นที่ทดลอง (n = 30)		พื้นที่ควบคุม (n = 30)		p
	M	SD	M	SD	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานต่อแรงงานที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (10,000 คน-วินาที)	1.19	.25	3.59	1.55	< .001
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน	100.00	.00	100.00	.00	1.000
อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานรับผู้ป่วยใหม่	75.33	4.40	82.64	7.74	.104
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (นาที/ราย/ครั้ง)	46.48	7.11	24.51	14.21	< .001
แรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (คน-วินาที/ราย)	8,820.00	2,058.00	3,400.00	1,350.56	< .001
ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 2 และ n = 2)	6.50	.50	7.00	1.00	.500
ผู้ให้บริการ (n = 15 และ n = 4)	6.50	.50	7.00	1.00	.500
ผู้รับบริการ (n = 30 และ n = 30)	7.57	.50	9.00	.91	< .001
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรับผู้ป่วยใหม่	66.46	10.17	29.17	16.91	< .001

5. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แขนกผู้ป่วยนอก ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบใหม่) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงานเพียง

1 เรื่อง (จาก 9 เรื่อง) ดีกว่าพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานรับผู้ป่วยใหม่ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แขนกผู้ป่วยนอก ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบใหม่) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) หลังการทดลอง

ผลการดำเนินงาน	พื้นที่ทดลอง (n = 30)		พื้นที่ควบคุม (n = 30)		p
	M	SD	M	SD	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานต่อแรงงานที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (10,000 คน-วินาที)	2.08	.44	3.47	1.65	.023
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน	100.00	.00	100.00	.00	1.000
อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานรับผู้ป่วยใหม่	94.18	5.11	83.24	7.67	.027
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (นาที/ราย/ครั้ง)	25.57	9.18	24.41	13.79	.705
แรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานรับผู้ป่วยใหม่ (คน-วินาที/ราย)	5,040.00	1,239.36	3,400.00	1,350.56	.036
ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 2 และ n = 2)	8.00	1.00	7.50	.50	.500
ผู้ให้บริการ (n = 15 และ n = 4)	8.29	.61	8.67	.58	.529
ผู้รับบริการ (n = 30 และ n = 30)	9.13	.43	9.03	.81	.586
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรับผู้ป่วยใหม่	36.56	13.13	29.05	16.41	.055

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แขนกผู้ป่วยนอก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดีกว่า รูปแบบเดิม โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงานที่ดีกว่า รูปแบบเดิม โดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานมีองค์ประกอบที่ครบถ้วน ใช้หลักการสร้างและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน (working model) ที่ประกอบด้วย 1) หลักการของรูปแบบ ได้แก่ หลักวิชาการบริหาร หลักวิชาการเฉพาะ หลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

กฎหมาย พฤติกรรม ประเพณี และวัฒนธรรม 2) โครงสร้างของรูปแบบ คือ ทรัพยากรในการดำเนินงาน โครงสร้างด้านคน ด้านเงิน ด้านของ และด้านระบบงานสำคัญ 4 ระบบ ได้แก่ ระบบงานบริการ ระบบสนับสนุนทรัพยากร ให้แก่งานบริการ ระบบพัฒนางานและหน่วยงาน และระบบบริหารจัดการ โดยการบริหารด้านคน มีการส่งเสริมความรู้และวิชาการ สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน การบริหารด้านเงิน มีการใช้งบประมาณที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด การบริหารด้านสิ่งของ มีการใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ส่วนด้านระบบงาน มีการพัฒนางานบริการให้รวดเร็ว ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน

และได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และ 3) การนำรูปแบบไปดำเนินการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานตามรูปแบบประสบความสำเร็จ โดยมีการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน/เวร มีการเตรียมพร้อมก่อนผู้รับบริการมาถึง ทั้งด้านคน วัสดุอุปกรณ์ เอกสาร และสถานที่ มีการต้อนรับอย่างประทับใจตั้งแต่แรก มีการให้บริการที่เร่งด่วนตามลักษณะของผู้รับบริการแต่ละคน มีการให้บริการตามลำดับขั้น ตามลักษณะของงาน และมีการให้บริการก่อนผู้รับบริการกลับออกไป สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการดำเนินงานของสมชาติ โตรักษา (2558) โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการจัดทำแนวทางและวิธีปฏิบัติงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีหลักฐานอ้างอิงในแต่ละช่วงที่ปรับปรุงพัฒนา ช่วยให้ผลการดำเนินงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

รูปแบบการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือหลังการนำรูปแบบงานรับผู้ป่วยใหม่ดังกล่าวไปดำเนินการแล้วพบว่า ผลการดำเนินงานดีขึ้น โดยใช้เพียงทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงานอย่างคุ้มค่า และจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับรูปแบบการดำเนินงาน สอดคล้องกับที่สมชาติ โตรักษา (2556, 2558) กล่าวว่า การกำหนดรูปแบบที่ดีนั้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ทำให้ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัด และคุ้มค่า ช่วยให้กิจกรรมทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกันดำเนินไปอย่างสอดคล้อง ส่งเสริมซึ่งกันและกัน

รูปแบบการดำเนินงานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบ ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติและการเสนอความคิดเห็น โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่การวิเคราะห์รูปแบบเดิม การสร้างรูปแบบเบื้องต้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ และการสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบ เพื่อให้ได้รูปแบบที่ดีที่สุด เหมาะสมกับพื้นที่ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับที่ศุภชัย ธรรมวงศ์ (2551)

กล่าวว่า การที่บุคคลในองค์กรหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงาน มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ วิเคราะห์ข้อมูล ใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญ ทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันในการปฏิบัติงาน ลดช่องว่างของการสื่อสารในองค์กร จัดปัญหา และลดความขัดแย้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรประจำแผนกผู้ป่วยนอกควรนำรูปแบบงานรับผู้ป่วยใหม่ที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรับใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมการนำรูปแบบงานรับผู้ป่วยใหม่ที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปใช้ในแนวทางในการพัฒนาการรับผู้ป่วยใหม่ในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคทางศัลยกรรม ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้กับงานในระบบต่างๆ เช่น ระบบงานบริการ ระบบสนับสนุนทรัพยากรให้แก่งานบริการ ระบบบริหารจัดการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาภายในองค์กรอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง และยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์. (2558). *สถิติเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2555-2558*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- ธเนศ สอนเครือ, บังอร ลำลี, และนพพร ทองธรรมชาติ. (2552). การรับใหม่และจำหน่ายผู้ป่วย. ใน *อภิถันญาเพียรพิจารณ์ (บ.ก.), แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 2* (น. 284-322). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ศุภชัย ธรรมวงศ์. (2551). *การพัฒนากระบวนการจัดการข้อมูลบนเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมชาติ โตรักษา. (2556). *หลักการบริหารสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมชาติ โตรักษา. (2558). *การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Hui, M. K., & Tse, D. K. (1996). What to tell consumers in waits of different lengths: An integrative model of service evaluation. *Journal of Marketing*, 60(2), 81-90.

ผลของการใช้นวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดต่อความรู้และทักษะการประเมินกลไกการคลอด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี Effects of an Innovation of Delivery Mechanism Wheel on Knowledge and Delivery Mechanism Assessment Skills among 3rd-year Nursing Students at Phrapokkklao Nursing College

กฤษณี สุวรรณรัตน์, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹
Kritsanee Suwannarat, M.N.S. (Midwifery)¹

กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, พย.ม. (การผดุงครรภ์)²
Kannakar Saetang, M.N.S. (Midwifery)²
วรัญญา ชลาธารกัมปนาท, พย.ม. (การผดุงครรภ์)³
Waranya Chonlatankampanat, M.N.S. (Midwifery)³

Received: January 23, 2019 Revised: February 24, 2019 Accepted: March 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดต่อความรู้ และทักษะการประเมินกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย นวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอด แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องกลไกการคลอด มีค่าความเชื่อมั่น .46 และแบบประเมินทักษะการประเมิน กลไกการคลอด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องกลไกการคลอด และคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมิน กลไกการคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.073, p < .001$ และ $t = 2.515, p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรนำนวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดมาเป็น สื่อการเรียนการสอนเรื่องกลไกการคลอด และใช้เตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติ

คำสำคัญ: นวัตกรรม วงล้อกลไกการคลอด การเรียนการสอน

^{1, 2, 3} พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

^{1, 2, 3} Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokkklao Nursing College, Chanthaburi

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kritsanee@pnc.ac.th

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of an innovation of delivery mechanism wheel on knowledge and delivery mechanism assessment skills among nursing students. The samples consisted of 60, 3rd-year nursing students studying at Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, in an academic year of 2017 and were divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research instruments included an innovation of delivery mechanism wheel, a questionnaire of general data, a test of knowledge regarding delivery mechanism with the reliability of .46, and an assessment form of assessment skills regarding delivery mechanism. The implementation and data collection were conducted from February to July, 2018. Data were analyzed using independent *t*-test.

The research results revealed that the experimental group had statistically significant higher mean scores of knowledge regarding delivery mechanism and assessment skills regarding delivery mechanism than the control group ($t = 6.073, p < .001$ and $t = 2.515, p < .05$, respectively).

This research suggests that nursing instructors should apply this innovation of delivery mechanism wheel as a media for learning and teaching delivery mechanism as well as for nursing practicum preparation.

Keywords: Innovation, Delivery mechanism wheel, Learning and teaching

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน มีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาความสามารถของผู้เรียนในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-directed learning) โดยมุ่งให้ผู้เรียนเรียนรู้จากการเรียนแบบลงมือทำ เพื่อก้าวข้ามสาระวิชา นำไปสู่การปฏิบัติได้ (ประสาธ เนืองเฉลิม, 2558; ปิยะนุช ชูโต, สุกัญญา ปริสัณญกุล, และพทุทธิ พุฒจร, 2550) การเรียนการสอนในชั้นเรียนส่วนใหญ่จึงควรปรับรูปแบบการเรียนการสอน และพัฒนานวัตกรรม สื่อการเรียนการสอนใหม่ๆ เพื่อสร้างประโยชน์ในการเรียนรู้ ช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น และเพื่อเป็นการพัฒนาวิธีการสอน/สื่อการสอนของผู้สอนที่แปลกใหม่ ทันสมัย สะดวกที่จะนำมาใช้ในการเรียนการสอนในยุคปัจจุบัน นอกเหนือจากการบรรยายในชั้นเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ในประเด็นการเพิ่มทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม (กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพ

การศึกษา, 2559) รายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับกลไกการคลอดในชั้นเรียนภาคทฤษฎี เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการดูแลช่วยทำคลอดให้ดำเนินไปตามปกติ โดยผู้เรียนจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนการเกิดกลไกการคลอด ซึ่งการที่ทารกจะเคลื่อนผ่านหนทางคลอดออกมาได้นั้น ต้องผ่านกลไกต่างๆ ได้แก่ 1) engagement: ส่วนกว้างที่สุดของศีรษะทารกผ่านลงช่องเข้าเชิงกราน 2) descent: การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารก 3) flexion: การก้มของศีรษะทารกให้เกิดเส้นผ่านศูนย์กลางสั้นที่สุดที่จะผ่านช่องทางคลอดได้ 4) internal rotation: การหมุนของศีรษะทารกภายในให้รอยต่อแฉกกลางของศีรษะ (sagittal suture) อยู่แนวหน้า-หลัง (anterior-posterior) สัมพันธ์กับช่องออก (pelvic outlet) 5) extension: เมื่อเกิด internal rotation สมบูรณ์ และศีรษะทารกลงมาถึงปากช่องคลอด ศีรษะทารก

จะเจยขึ้น 6) restitution: การหมุนกลับของศีรษะทารก ไปอยู่แนวเดียวกับไหล่ (จะได้ท่าของทารกตอนก่อนคลอด) 7) external rotation: การหมุนกลับของศีรษะทารก ภายนอกตามไหล่ เพื่อให้ตั้งฉากกับไหล่ ท่ายทอยอยู่ แนวเดียวกับหลัง และ 8) expulsion: การคลอดไหล่ ลำตัว แขนและขาของทารก (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2558; มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2558; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558; Cunningham et al., 2014) ให้สอดคล้องกับช่องทาง คลอดจนผ่านออกมาได้ ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้บางส่วน ไม่สามารถมองเห็นจากภายนอกได้ ประกอบกับเนื้อหา มีความซับซ้อน เกิดความยากลำบากในการจินตนาการ ส่งผลให้ผู้เรียนส่วนใหญ่เกิดการเรียนรู้ได้ในระดับจำ (ปิยะนุช ชูโต และคณะ, 2550) ซึ่งในรายวิชานี้ต้องการ ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในระดับเข้าใจ และสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในการช่วยท่าคลอดปกติได้ โดยการเขียนการสอน ที่ผ่านมานักศึกษาได้เรียนรู้ผ่านกิจกรรมการบรรยาย แบบมีส่วนร่วม ประกอบหุ่นเชิงกรานพร้อมกะโหลก ศีรษะทารก ซึ่งพบว่า นักศึกษายังมีความสับสนในกลไก การเปลี่ยนแปลงของศีรษะทารกในแต่ละท่าที่จะนำไป ประยุกต์ใช้ในภาคปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือการคลอดปกติ ประกอบกับขาดสื่อการเรียนการสอนที่จะช่วยทบทวน ความรู้ ความเข้าใจ ทั้งนี้ Thorndike (1966) อธิบายว่า การเรียนรู้ คือ การที่ผู้เรียนสามารถสร้าง เชื่อมโยง (bond) ระหว่างสิ่งเร้า (stimuli) กับการตอบสนอง (responses) และได้รับความพึงพอใจ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้น ภายใต้ กฎการเรียนรู้ที่สำคัญ 4 กฎ ได้แก่ กฎแห่งความพร้อม (law of readiness) กฎแห่งการฝึกหัด (law of exercise) กฎแห่งการใช้ (law of use and disuse) และกฎแห่งผล ที่พึงพอใจ (law of effect) โดยพบว่า การจัดการเรียนรู้ ตามแนวคิดทฤษฎีการเชื่อมโยงของ Thorndike (Thorndike's Connectionism Theory) (1966) ควรเปิดโอกาสให้ ผู้เรียนได้เรียนแบบลองผิดลองถูก ลงมือทำ ให้เกิด การจดจำ และเกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จ และ หากต้องการให้ผู้เรียนมีทักษะในเรื่องใด ควรให้ผู้เรียนมี ความเข้าใจในเรื่องนั้นอย่างแท้จริงก่อนแล้วจึงฝึกให้กระทำ ลึกลงน้อยๆ (พรพิมล พรพิรชนม์, 2550; สิน งามประโคน,

เกษม แสงนนท์, และพระมหาสมบัติ ธนปญโญ, 2561) จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนา นวัตกรรมขึ้น เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามหลัก การพัฒนานวัตกรรมการเรียนการสอนหรือนวัตกรรม ทางการศึกษา (innovation for education) ซึ่งประกอบ ด้วย 1) การระบุปัญหา (problem) เริ่มจากการมองเห็น ปัญหา และต้องการแก้ไขปัญหานั้นให้ประสบความสำเร็จ อย่างมีคุณภาพ 2) การกำหนดจุดมุ่งหมาย (objective) เพื่อจัดทำหรือพัฒนานวัตกรรมให้มีคุณสมบัติหรือลักษณะ ตรงตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ 3) การศึกษาข้อจำกัด (constraints) ต่างๆ โดยศึกษาข้อมูลปัญหาและข้อจำกัด ของการใช้วัตกรมนั้น เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ได้จริง 4) การประดิษฐ์คิดค้นนวัตกรรม ผู้พัฒนานวัตกรรมจะต้อง มีความรู้ ประสบการณ์ และความคิดสร้างสรรค์ อาจนำ ของเก่ามาดัดแปลง หรืออาจคิดค้นขึ้นมาใหม่ทั้งหมด เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหานั้นและทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 5) การทดลองใช้นวัตกรรม (experimentation) ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขผลการทดลอง จะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถ นำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมต่อไป และ 6) การเผยแพร่ (dissemination) เมื่อนวัตกรรมที่สร้างขึ้น มีประสิทธิภาพ จะมีการนำไปเผยแพร่สู่สาธารณะให้เป็น ที่รู้จัก (ทิตินา เขมมณี, 2550)

ผลการใช้นวัตกรรมการเรียนการสอนที่ผ่านมา พบว่า ช่วยพัฒนาผลการเรียนรู้ด้านความรู้และทักษะ ทางปัญญา โดยมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 ด้าน ในระดับดีมาก (น้ำมนต์ เรื่องฤทธิ์, 2560) และผู้เรียนกลุ่มทดลองมี พัฒนาการด้านทักษะการคิดสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ปิยะนันท์ หิรัณย์ชโลธร และสิทธิกร สุมาลี, 2561) สำหรับการจั ดการเรียนการสอนเกี่ยวกับกลไกการคลอดในชั้นเรียน ภาคทฤษฎี ของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่อให้ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติในการดูแลช่วยท่าคลอด ในภาคปฏิบัติให้ดำเนินไปตามปกติ ที่ผ่านมาใช้รูปแบบ การบรรยายประกอบสื่อการสอน โดยสื่อการสอนที่ใช้ คือ สื่อการสอนเชิงกรานและศีรษะทารก ซึ่งประสบปัญหา คือ สื่อการสอนมีจำนวนไม่เพียงพอกับจำนวนผู้เรียน และมีขนาดใหญ่ ทำให้ไม่สะดวกต่อการพกพาเพื่อนำมา

ใช้บททวนนอกเวลาด้วยตนเอง คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนา
นวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดขึ้น เพื่อใช้ในการเรียน
การสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3
ที่มีทั้งข้อความบรรยายและภาพประกอบการบรรยาย
ที่สามารถทำให้นักศึกษาเข้าใจและจดจำเนื้อหาของกลไก
การคลอดได้ง่ายขึ้น อีกทั้งเป็นสื่อที่นักศึกษาสามารถ
ฝึกทบทวนได้ด้วยตนเองเป็นรายบุคคลและกลุ่มย่อยทั้งใน
ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเมื่อไม่เข้าใจ ซึ่งนวัตกรรมนี้
สอดคล้องกับแนวคิดของ Thorndike (1966) คือ
เมื่อผู้เรียนมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ฝึกหัด
กระทำบ่อยๆ ด้วยความเข้าใจ ทำให้การเรียนรู้มั่นคง ถาวร
และเมื่อได้รับผลที่พึงพอใจ ย่อมต้องการที่จะเรียนรู้ต่อไป
ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยเชื่อว่านวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดนี้
จะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการประเมิน
กลไกการคลอดเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนผู้เรียนสามารถนำไป
ประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติในการช่วยทำคลอดปกติได้
โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องกลไกการคลอด
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการประเมินกลไก
การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

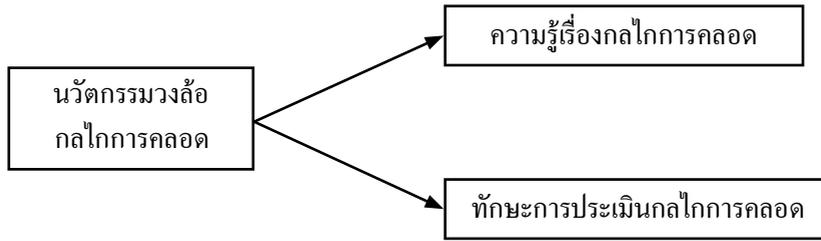
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
ความรู้เรื่องกลไกการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
ทักษะการประเมินกลไกการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการเชื่อมโยง
ของ Thorndike (1966) ซึ่งอธิบายว่า การเรียนรู้เป็น

ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง
ซึ่งในการเรียนการสอนกลไกการคลอด สิ่งเร้า คือ สื่อการเรียน
การสอนกลไกการคลอด และการตอบสนอง คือ ความรู้
ความเข้าใจในเนื้อหา ความสามารถในการประเมินทักษะ
กลไกการคลอด และการช่วยเหลือการคลอดปกติต่อไป
ซึ่งกฎการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 กฎ ได้แก่ 1) กฎแห่ง
ความพร้อม การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดี หากผู้เรียนมี
ความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2) กฎแห่งการฝึกหัด
การฝึกหัดหรือกระทำบ่อยๆ ด้วยความเข้าใจ จะทำให้
การเรียนรู้มั่นคงถาวร หากไม่ได้กระทำซ้ำบ่อยๆ
การเรียนรู้จะไม่คงทนถาวร และในที่สุดอาจลืมได้
3) กฎแห่งการใช้ การตอบสนอง/ผลลัพธ์จะดีขึ้นเมื่อได้
กระทำบ่อยๆ และ 4) กฎแห่งผลที่พึงพอใจ เมื่อบุคคล
ได้รับผลที่พึงพอใจ ย่อมต้องการที่จะเรียนรู้ต่อไป แต่หาก
ได้รับผลที่ไม่พึงพอใจ จะไม่ต้องการเรียนรู้ โดยทุกกฎล้วน
มีผลต่อการเรียนรู้ ทั้งนี้ การมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย
และจิตใจ การฝึกหัดหรือกระทำบ่อยๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้
ที่คงทน นำไปสู่ความพึงพอใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้

คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำนวัตกรรมมาใช้
ร่วมกับการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ผ่านสิ่งเร้า “วงล้อ
กลไกการคลอด” เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อน
การฝึกภาคปฏิบัติทักษะการทำคลอดปกติ ภายหลังจาก
ผู้เรียนผ่านการเตรียมความพร้อมในภาคทฤษฎี ซึ่งผู้เรียน
จะได้ทบทวนและฝึกการหมุนศีรษะทารกอย่างต่อเนื่อง
เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้า โดยคณะผู้วิจัยเชื่อว่
การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนดังกล่าว จะทำให้ผู้เรียน
เกิดการเรียนรู้/มีความรู้เรื่องกลไกการคลอดที่คงทนถาวร
และเกิดทักษะการประเมินกลไกการคลอด ที่จะนำไป
ประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือทำคลอดศีรษะทารกคลอดปกติ
ที่เหมาะสมในระยะคลอดต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิด
ในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัตหลังการทดลอง (two groups, posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 จำนวน 130 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ไม่มีประสบการณ์การใช้นวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอด 2) ผ่านการเรียนกลไกการคลอดภาคทฤษฎีมาแล้ว และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ มีภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือด้านจิตใจในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย ถึงขั้นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (rule of thumb) ที่ระบุว่า ขนาดตัวอย่างโดยทั่วไปไม่ควรน้อยกว่า 30 คน เนื่องจากจะทำให้รูปการแจกแจงเข้าใกล้โค้งปกติได้ดีที่สุด ซึ่งการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน (Hatch & Lazaraton, 1991 as cited in Phakitti, 2014) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก จำนวน 60 คน จากนั้นทดสอบความรู้เรื่องกลไกการคลอด และนำคะแนนมาจับคู่ แยกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอด คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการเชื่อมโยงของ Thorndike (1966) โดยมีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนา/การประดิษฐ์วงล้อและกลไกการคลอด เพื่อพัฒนางล้อรวมทั้งสร้างแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะการประเมินกลไกการคลอด
2. ประดิษฐ์วงล้อกลไกการคลอด ที่มีทั้งข้อความบรรยาย ภาพประกอบการบรรยาย และศิระหารกที่สามารถหมุนได้ 360 องศา เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของกลไกการคลอดทั้ง 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) engagement 2) descent 3) flexion 4) internal rotation 5) extension 6) restitution 7) external rotation และ 8) expulsion
3. นำวงล้อกลไกการคลอดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบคุณภาพ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาล ได้ค่าความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ (interrater opinion) เท่ากับร้อยละ 100 จากนั้นดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ
4. ทดลองใช้วงล้อกลไกการคลอดกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ และอายุ จำนวนทั้งสิ้น 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องกลไก การคลอดคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงเรื่องกลไก การคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2558; มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2558; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558; Cunningham et al., 2014) กลไกละ 1-2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คะแนนรวม อยู่ในช่วง 0-15 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้เรื่องกลไกการคลอด น้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้เรื่องกลไก การคลอดมาก นำไปทดลองใช้กับนักศึกษายาบาลศาสตร บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .46 และได้ดำเนินการ ปรับข้อคำถามให้อ่านแล้วเข้าใจความหมายได้ง่ายขึ้น

ชุดที่ 3 แบบประเมินทักษะการประเมินกลไก การคลอด คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงเรื่อง กลไกการคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2558; มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2558; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558; Cunningham et al., 2014) สำหรับให้คณะผู้วิจัยประเมินและให้คะแนน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ (เนื่องจากข้อ 7 รวมกลไกขั้นตอน ที่ 7 และ 8 ไว้ด้วยกัน) ประกอบด้วยเกณฑ์ 3 ระดับ ได้แก่ หมุน/อธิบายไม่ได้ ให้ 0 คะแนน หมุน/อธิบายได้ ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์ ให้ 1 คะแนน และหมุน/อธิบายได้ ถูกต้อง สมบูรณ์ ให้ 2 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-14 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีทักษะการประเมินกลไกการคลอดน้อย และ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีทักษะการประเมินกลไก การคลอดมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์

พยาบาล หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่า เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี/เขต สุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 010/61 วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการ ทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอน การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัว จากการศึกษา รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการนอกเวลาเรียน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้น ให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้เวลา 5 นาที

2. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองศึกษาค้นคว้า เพิ่มเติมด้วยตนเอง จากเอกสารประกอบการสอน เรื่อง กลไกการคลอด ร่วมกับใช้นวัตกรรมวงล้อกลไก การคลอด คนละ 1 ชิ้น ในขณะที่เดียวกัน ให้กลุ่มควบคุม ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเอง จากเอกสารประกอบการ สอนเรื่อง กลไกการคลอด โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง

3. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องกลไกการคลอด (แยกห้องกัน) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

4. คณะผู้วิจัยประเมินทักษะการประเมินกลไก การคลอดของกลุ่มควบคุม โดยให้ประเมินกลไกการคลอด และหมุนศีรษะตามกลไกการคลอดจากหุ่นจำลอง การตรวจภายใน จากนั้นดำเนินการเช่นเดียวกันในกลุ่มทดลอง โดยใช้เวลากลุ่มละ 45-60 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 จากนั้น คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มควบคุมได้เรียนรู้นวัตกรรมวงล้อกลไก

การทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความรู้เรื่องกลไกการคลอด และทักษะการประเมินกลไกการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.33 เท่ากัน

และมีอายุอยู่ในช่วง 20-22 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 21.23 ปี (*SD* = .57) และ 21.20 ปี (*SD* = .48) ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องกลไกการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องกลไกการคลอดเท่ากับ 10.63 (*SD* = 1.73) และ 7.67 (*SD* = 2.04) ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องกลไกการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.073, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องกลไกการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	30	10.63	1.73	6.073	< .001
กลุ่มควบคุม	30	7.67	2.04		

3. การเปรียบเทียบทักษะการประเมินกลไกการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินกลไกการคลอดเท่ากับ 10.83 (*SD* = 2.33)

และ 9.13 (*SD* = 2.87) ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินกลไกการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.515, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินกลไกการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	30	10.83	2.33	2.515	.010
กลุ่มควบคุม	30	9.13	2.87		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องกลไกการคลอด และคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินกลไกการคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ใช้เอกสารประกอบการสอนเรื่อง กลไกการคลอด ร่วมกับนวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการเชื่อมโยงความรู้ของ Thorndike (1966) โดยนวัตกรรมได้ถูกออกแบบมาจากความต้องการของผู้เรียนจากข้อเสนอแนะที่ได้รับ คือ ต้องการสื่อการสอนในการทบทวนความรู้ และทักษะการประเมินกลไกการคลอดนอกเหนือจากหุ่นเชิงกรานพร้อมกะโหลกศีรษะทารก ซึ่งมีขนาดใหญ่ไม่สามารถพกพาได้ โดยต้องการสื่อการสอนที่มีรูปร่างและสีสันทที่กระตุ้นการเรียนรู้ เพราะสื่อการเรียนการสอนเป็นตัวกลางสำคัญในกระบวนการเรียนการสอน เป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นและเชื่อมโยงความรู้ (ทิสนา เขมมณี, 2553; Thorndike, 1966) ซึ่งสามารถอภิปรายตามแนวคิดทฤษฎีการเชื่อมโยงของ Thorndike ได้ดังนี้

1. กฎแห่งความพร้อม นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีสภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง สมบูรณ์ พร้อมที่จะเรียนรู้ นอกจากนี้ ด้านหลังของนวัตกรรมยังมีคำอธิบายกลไกแต่ละขั้นตอนให้นักศึกษาได้ทบทวนความรู้เดิมให้เข้าใจจำลองภาพของศีรษะทารกให้ง่ายต่อการรับรู้ ช่วยสร้างจินตนาการและความเข้าใจ จากนั้นจึงนำความรู้มาเชื่อมโยงต่อยอดกับการเรียนรู้ควบคู่ไปกับนวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอด

2. กฎแห่งการฝึกหัด นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองได้ทบทวนเนื้อหาและฝึกหัดทักษะการหมุนศีรษะทารกจากนวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดบ่อยครั้ง กระทำซ้ำแบบเดิมในกลไกการคลอดท่าต่างๆ เกิดการจดจำและความเข้าใจ ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างคงทนถาวร

3. กฎแห่งการใช้ นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองได้ทบทวนเนื้อหาและฝึกทักษะการหมุนศีรษะทารกจากนวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดที่เป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นการเรียนรู้โดยการลงมือหมุนวงล้อตามโจทย์ที่เปลี่ยนไปตามกลไกต่างๆ อันเป็นการกระตุ้นย้ำถึงการเปลี่ยนแปลงของกลไกแต่ละขั้นตอน ทำให้เกิดความคงทนของการเรียนรู้โดยนักศึกษาใช้นวัตกรรมคนละ 1 ชิ้น ซึ่งมีจำนวนเพียงพอในการเรียนการสอน

4. กฎแห่งผลที่พึงพอใจ เมื่อนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองเกิดความรู้ ความเข้าใจในกลไกการคลอดแล้ว ย่อมเกิดความพึงพอใจต่อผลการเรียนรู้ และต้องการที่จะเรียนรู้/ฝึกกระทำซ้ำๆ ต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนัมนต์ เรืองฤทธิ์ (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาวัตกรรมการสอนแบบผสมผสานโดยใช้โครงงานเป็นฐาน รายวิชา 468310 เทคนิคการนำเสนอและการจัดนิทรรศการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะทางปัญญาในระดับดีมาก ร้อยละ 84.66 และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนันท์ หิรัญชัยโลทร และสิทธิกร สุมาลี (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาวัตกรรมการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการคิดของผู้เรียนในระดับประถมศึกษา พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านทักษะการคิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 อาจารย์พยาบาลควรนำนวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดมาปรับใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนเรื่องกลไกการคลอดและใช้ในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติ

1.2 ในการนำนวัตกรรมวงล้อกลไกการคลอดมาใช้ อาจารย์พยาบาลควรปรับปรุงโดยใช้วัสดุที่มีความคงทนยิ่งขึ้น มีการประเมินความพร้อมของผู้เรียนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้เวลาผู้เรียนในการฝึกหัดใช้มากกว่า 1 ชั่วโมง

และให้นำกลับไปทบทวนด้วยตนเอง รวมทั้งให้ผู้เรียน ประเมินผลการเรียนรู้ของตนเอง เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการประเมินผลโครงการตลอด ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ผ่านการเรียนการสอนภาคทฤษฎีเพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการประเมินผลโครงการตลอด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามปกติร่วมกับการใช้นวัตกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการสอนตามปกติ

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม วงล้อโครงการตลอดต่อตัวแปรตามอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเข้าใจ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์

เอกสารอ้างอิง

กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา. (2559).

พิมพ์เขียว Thailand 4.0 โมเดลขับเคลื่อนประเทศไทยสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน. สืบค้นจาก <http://www.libarts.up.ac.th/v2/img/Thailand-4.0.pdf>

ทิสนา แจมมณี. (2550). *ศาสตร์การสอน* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิสนา แจมมณี. (2553). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทพร แสนศิริพันธ์. (2558). *การพยาบาลในระยะคลอด: แนวคิด ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

น้ามนต์ เรืองฤทธิ์. (2560). การพัฒนานวัตกรรมการสอนแบบผสมผสานโดยใช้โครงงานเป็นฐาน รายวิชา 468310 เทคนิคการนำเสนอและการจัดนิทรรศการ. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 10(1), 679-693.

ประสาธ เนืองเฉลิม. (2558). แนวการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ในศตวรรษที่ 21. *วารสารพัฒนาการเรียนการสอนมหาวิทยาลัยรังสิต*, 9(1), 136-154.

ปิยะนันท์ หิรัณย์ชโลทร, และสิทธิกร สุมาลี. (2561). การพัฒนานวัตกรรมการจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาทักษะการคิดของผู้เรียนในระดับประถมศึกษา. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 10(1), 44-60.

ปิยะนุช ชูโต, สุกัญญา ปริสัณญกุล, และพฤทธิ พุฒจร. (2550). ผลของการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องกลไกการคลอต่อความรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 1(1), 23-32.

พรพิมล พรพิรชนม์. (2550). *การจัดกระบวนการเรียนรู้*. สงขลา: เทมการพิมพ์.

มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (บ.ก.). (2558). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2558). *การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

สิน งามประโคน, เกษม แสงนนท์, และพระมหาสมบัติ ชนปญโญ. (2561). นวัตกรรมจัดการเรียนรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. *วารสารมหาจุฬาริชาการ*, 5(พิเศษ), 74-82.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Phakiti, A. (2014). *Experimental research methods in language learning*. New York: Bloomsbury.

Thorndike, E. L. (1966). *Human learning*. Cambridge, MA: M.I.T. Press.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น* The Factors Related to Rapid Repeat Pregnancy among Teenage Pregnant Women*

มานิสรา ท่วงทอง, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)¹
Manisara Huangthong, M.N.S. (Advanced Midwifery)¹

วสนณี เดียวอิสเรศ, Ph.D. (Nursing)²
Wanee Deoisres, Ph.D. (Nursing)²

วสนนุภา ศุกสีมานนท์, Ph.D. (Nursing)³
Wantana Suppaseemanont, Ph.D. (Nursing)³

Received: February 17, 2019 Revised: March 14, 2019 Accepted: March 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร จำนวน 75 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่น .79 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 62.70 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด ($\chi^2 = 4.189, p < .05$) สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 3.828, p < .05$) และความตึงเครียด ($\chi^2 = 5.506, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว การเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ วิธีคุมกำเนิด และผลข้างเคียงของการใช้วิธีคุมกำเนิด

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Advanced Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหำบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Advanced Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: tae1100@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University; Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the rapid repeat pregnancy rate and factors related to rapid repeat pregnancy among teenage pregnant women. The samples consisted of 75 teenage pregnant women receiving services at antenatal clinic, Nopparatrajathanee Hospital, Klang Hospital, and Taksin Hospital, Bangkok. The research instrument was a 2-part questionnaire:- personal data, and perceived intensity of repeat pregnancy in teenager with the reliability of .79. Data were collected from April to September, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Fisher's exact test.

The research results revealed that teenage pregnant women had 62.70% of rapid repeat pregnancy rate. Factors that statistically significant related to rapid repeat pregnancy were the utilization of contraception problems ($\chi^2 = 4.189, p < .05$), marital status ($\chi^2 = 3.828, p < .05$), and fulfilling need to have children ($\chi^2 = 5.506, p < .05$).

This research suggests that professional nurses should enhance proper knowledge regarding the effect of rapid repeat pregnancy, an interval of pregnancy, contraception, and side effects of each contraceptive method among teenage pregnant women and their families.

Keywords: Teenage pregnant women, Rapid repeat pregnancy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นในช่วงปี พ.ศ. 2502-2557 พบว่า การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย ได้เริ่มก่อตัวและทวีความรุนแรงจนกลายเป็นปัญหาวิกฤตในสังคมไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในทุกประเทศทั่วโลก แต่พบมากที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนา (มนสิการ กาญจนะจิตรา, 2557) จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประเทศไทยมีสถิติแม่วัยรุ่นสูงสุดเป็นอันดับ 1 ในภูมิภาคเอเชีย และเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากประเทศแอฟริกาใต้ (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) และในปี พ.ศ. 2555 พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีจำนวนการตั้งครรภ์ซ้ำ 15,443 คน จากจำนวน

ผู้คลอดทั้งสิ้น 133,176 คน คิดเป็นการตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 11.60 ในกลุ่มอายุระหว่าง 15-19 ปี มีจำนวนการตั้งครรภ์ซ้ำ 15,200 คน จากจำนวนผู้คลอดทั้งสิ้น 129,451 คน คิดเป็นการตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 11.70 และในกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 15 ปี มีจำนวนการตั้งครรภ์ซ้ำ 243 คน จากจำนวนผู้คลอดทั้งสิ้น 3,725 คน คิดเป็นการตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 6.50 และอายุการตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ต่ำสุด คือ 10 ปี มีจำนวน 1 คน ที่ตั้งครรภ์ซ้ำครั้งที่สอง จากจำนวนผู้คลอดทั้งสิ้น 5 คน คิดเป็นการตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 20 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และจากรายงานสถานการณ์โดยรวมพบว่า ร้อยละ 25 ของแม่วัยรุ่นไทยมีการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 2 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า วัยรุ่นหญิงมีการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 42

(Crittenden, Boris, Rice, Taylor, & Olds, 2009) และมารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 33 (Lewis, Doherty, Hickey, & Skinner, 2010)

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยเป็นวาระแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากพบว่า ทิศทางของปัญหา คือ มีจำนวนวัยรุ่นไทยตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นดังนั้นการป้องกันการตั้งครรภ์ช้าในมารดาวัยรุ่นจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างเร่งด่วน ซึ่งแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้น บุคลากรทางสุขภาพจะแนะนำให้มีการคุมกำเนิดหลังคลอด เพื่อเว้นระยะการมีบุตรออกไปให้นานที่สุด จนกว่าจะมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและด้านวุฒิภาวะ หรือในกรณีที่มีความพร้อมก็ต้องเว้นระยะการมีบุตรอย่างน้อย 2 ปี ทั้งนี้ การตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว หมายถึง การตั้งครรภ์ต่อเนื่อง ซึ่งเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 24 เดือน หรือ 2 ปี จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน หรือระยะเวลาระหว่างการตั้งครรภ์แต่ละครั้งไม่เกิน 24 เดือน รวมถึงการทำแท้ง การแท้งบุตร การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ การตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือการคลอดที่มีชีวิตอยู่ (Crittenden et al., 2009)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบที่รุนแรงอย่างมากในทุกมิติ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกายด้านจิตใจ และด้านสังคม สำหรับผลกระทบด้านร่างกายของมารดานั้น พบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2553; ปัญญา สนันพานิชกุล และยศพล เหลืองโสภณภา, 2558; แวดดาว พิมลเรศ, 2555) และหากเป็นการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วหลังจากการแท้ง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางมากขึ้น (Timur et al., 2016) และพบภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นสูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (แวดดาว พิมลเรศ, 2555) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ต้องเปลี่ยนบทบาทจากเด็กมาเป็นมารดา ต้องรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ทันที มักประสบความเครียดและโรคซึมเศร้า (กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ สุจริตน์, และประกายดาว พรหมประพัฒน์, 2557) เช่นเดียวกับการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของการตั้งครรภ์ช้า

อย่างรวดเร็วในมารดาวัยรุ่นที่พบว่า การตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วส่งผลให้มารดาเกิดภาวะเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่ามารดาที่ไม่ตั้งครรภ์ช้าถึง 2.29 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (EL-Kamary et al., 2004)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยและสาเหตุของการตั้งครรภ์ช้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านอาชีพ ได้แก่ การประกอบอาชีพหรือการมีงานทำ ซึ่งจะสามารถหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ (อังสนา วิสฤตเกษมพงศ์, 2557) 2) ปัจจัยด้านการคุมกำเนิด ได้แก่ การไม่คุมกำเนิด หรือการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และการเลือกวิธีการคุมกำเนิด ซึ่งมักใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะสั้น เช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มากกว่าวิธีการคุมกำเนิดระยะยาว เช่น การฝังยาคุมกำเนิด รวมถึงไม่ได้รับการบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับข้อมูลการคุมกำเนิด และมีทางเลือกของบริการคุมกำเนิดที่จำกัด (ปริญญญา เอี่ยมสำอางค์, 2555; ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินธร, 2557; อังสนา วิสฤตเกษมพงศ์, 2557; Baldwin & Edelman, 2013; Crittenden et al., 2009; Lewis et al., 2010; Padin et al., 2012; Rowlands, 2010) 3) ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ได้แก่ การมีคู่ครองหรือการแต่งงานใหม่ ซึ่งจะส่งเสริมให้มีการตั้งครรภ์ช้าในวัยรุ่น (ปริญญญา เอี่ยมสำอางค์, 2555; Baldwin & Edelman, 2013; Rowlands, 2010) 4) ปัจจัยด้านความต้องการมีบุตร เช่น ความต้องการมีบุตรของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ความต้องการมีบุตรคนที่สองของสามี ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว (ปริญญญา เอี่ยมสำอางค์, 2555; Rosengard, 2009; Rowlands, 2010) รวมถึงปัจจัยด้านความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจในการตั้งครรภ์ช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ปริญญญา เอี่ยมสำอางค์, 2555; อังสนา วิสฤตเกษมพงศ์, 2557) และ 5) การรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ช้าในวัยรุ่น ซึ่งการศึกษาของปริญญญา เอี่ยมสำอางค์ (2555) พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ช้ามีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น

จากการทบทวนงานวิจัยจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งจากการศึกษาในปัจจุบันพบปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้งานวิจัยที่มีในต่างประเทศเป็นกรอบในการกำหนดตัวแปรที่ศึกษา เพราะในประเทศไทยมีการศึกษาเฉพาะการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาเชิงสังคมของ McLeroy, Bibeau, Steckler, and Glanz (1988) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล หมายถึง ลักษณะภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ หรือลักษณะทางจิตวิทยา เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ ทักษะคิด บุคลิกภาพ 2) ระดับระหว่างบุคคล หมายถึง ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น 3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน หมายถึง สถานที่ทำงานหรือสถานศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐานหรือแบบอย่างการปฏิบัติให้แก่สมาชิกในสถาบันหรือองค์กรนั้น 4) ระดับชุมชน หมายถึง เครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อนบ้าน ชุมชนที่พักอาศัย ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น และ 5) ระดับสังคม เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น ได้แก่ การออกกฎหมาย การวางนโยบายหรือมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ ปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยระดับระหว่างบุคคล โดยปัจจัยระดับบุคคลประกอบด้วย อาชีพ การรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น วิถีคุมกำเนิด และปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด ส่วนปัจจัยระดับ

ระหว่างบุคคลประกอบด้วย สถานภาพสมรส และความต้องการมีบุตร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

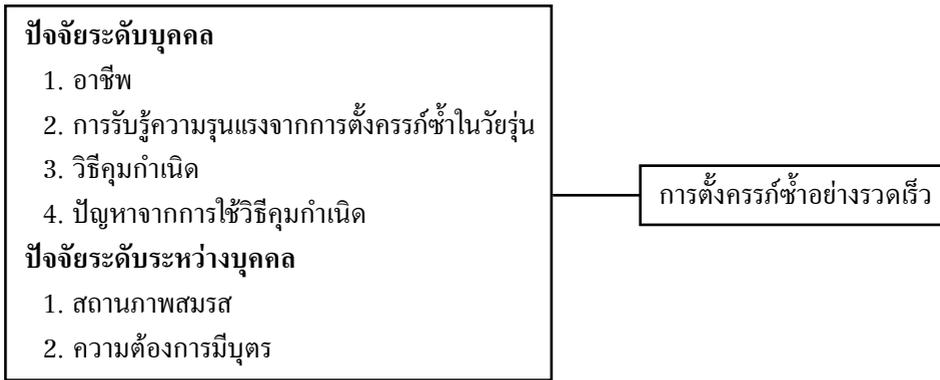
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น วิถีคุมกำเนิด และปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด และ 2) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล คือ สถานภาพสมรส และความต้องการมีบุตร

สมมติฐานการวิจัย

อาชีพการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น วิถีคุมกำเนิด ปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด สถานภาพสมรส และความต้องการมีบุตร มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาเชิงสังคมของ McLeroy et al. (1988) ร่วมกับการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยทฤษฎีกล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคล จากการสังเคราะห์งานวิจัย ผู้วิจัยได้นำมาใช้ 2 ระดับ คือ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วยอาชีพการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น วิถีคุมกำเนิด และปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด และ 2) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ประกอบด้วยสถานภาพสมรส และความต้องการมีบุตร สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2559 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะดี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (1953) แบบกรณีทราบจำนวนประชากร แต่ประชากรไม่มาก (ซีรุฒิ เอกะกุล, 2543 อ้างถึงใน อังสนา วิสวุตเกษมพงศ์, 2557) โดยกำหนดจำนวนประชากรจากสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 ที่มีการคลอดช้าในวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 15,295 คน (ปิยะรัตน์ เขียมกง และอารีรัตน์ จันทร์ลาภ, 2557) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 68 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 75 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก โรงพยาบาลละ 25 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการคุมกำเนิด วิธีคุมกำเนิด ปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด และความต้องการมีบุตร จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ช้าในวัยรุ่น ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสุนีย์ จุ่มกลาง (2559) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยบางส่วน เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีการรับรู้ในระดับน้อย (9-13 คะแนน) และในระดับมาก (14-36 คะแนน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 16-02-2559 วันที่ 3 มีนาคม 2559) คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (เอกสารรับรอง เลขที่ 59-2-019-0 วันที่ 7 เมษายน 2559) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร (เอกสารรับรอง เลขที่ กท. 0602.4/วค.0186 วันที่ 16 มิถุนายน

2559) (สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลกลางและโรงพยาบาลตากสิน) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน เข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ในช่วงเวลาที่รอตรวจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 15 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การหาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ วิธีคุมกำเนิด ปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด สถานภาพสมรสและความต้องการมีบุตรกับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นกับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test โดยวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์พาย (Phi coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว จำนวน 47 คน และกลุ่มที่ตั้งครรภ์ซ้ำไม่รวดเร็ว จำนวน 28 คน พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 16-19 ปี และ 18-19 ปี ตามลำดับ โดยมี

อายุ 19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.60 และ 85.70 ตามลำดับ และมีอายุเฉลี่ย 18.40 ปี ($SD = .90$) และ 18.60 ปี ($SD = .36$) ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.80 และ 50 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่/มีสามีหรือคู่อีกคนเดิม คิดเป็นร้อยละ 41.30 และ 16 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 29.30 และ 16 ตามลำดับ ไม่มีรายได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.60 และ 39.30 ตามลำดับ สำหรับประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 89.40 และ 82.10 ตามลำดับ ไม่มีประวัติการแท้งบุตร คิดเป็นร้อยละ 53.20 และ 75 ตามลำดับ ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูก คิดเป็นร้อยละ 97.90 และ 100 ตามลำดับ มีประวัติการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 48.90 และ 39 ตามลำดับ ใช้วิธีคุมกำเนิดระยะสั้น คิดเป็นร้อยละ 36 และ 24 ตามลำดับ มีปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 32 และ 9.30 ตามลำดับ และมีความต้องการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 54.70 และ 24 ตามลำดับ

2. การรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกือบทั้งหมดมีการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 98.67

3. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 62.70 โดยมีระยะห่างของการตั้งครรภ์ซ้ำเฉลี่ย 12.70 เดือน ($SD = 6.20$) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 72.30 รองลงมาคือ การตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 23.40 และการตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 4.30 ตามลำดับ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำไม่รวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 37.30 โดยมีระยะห่างของการตั้งครรภ์ซ้ำเฉลี่ย 37.30 เดือน ($SD = 7.60$) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 82.10 รองลงมาคือ การตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 17.90

4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

4.1 ปัจจัยระดับบุคคล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด ($\chi^2 = 4.189, p < .05$) ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับ

ต่ำมาก ($\Phi = .041$) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มีปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิดมีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด ส่วนอาชีพการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ช้าในวัยรุ่น และวิธีคุมกำเนิดพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n = 75)

ปัจจัยระดับบุคคล	การตั้งครรภ์ช้า		χ^2	Phi	p
	อย่างรวดเร็ว	ไม่รวดเร็ว			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อาชีพ					
ประกอบอาชีพ (n = 41)	25 (60.98)	16 (39.02)	.111	.740	.740
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (n = 34)	22 (64.71)	12 (35.29)			
การรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ช้าในวัยรุ่น					
ระดับน้อย (n = 1)	- (-)	1 (100.00)	1.710 ^a	.192	.373
ระดับมาก (n = 74)	47 (63.51)	27 (36.49)			
วิธีคุมกำเนิด					
ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด (n = 30)	20 (66.67)	10 (33.33)	.342	.559	.559
ใช้วิธีคุมกำเนิดระยะสั้น (n = 45)	27 (60.00)	18 (40.00)			
ปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด					
มีปัญหา (n = 31)	24 (77.42)	7 (22.58)	4.189	.041	.041
ไม่มีปัญหา (n = 44)	23 (52.27)	21 (47.73)			

หมายเหตุ: a = ใช้สถิติ Fisher's exact test

4.2 ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล พบว่า ทั้งสถานภาพสมรสและความต้องการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 3.828, p < .05$ และ $\chi^2 = 5.506, p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ($\Phi = .043$ และ $.019$ ตามลำดับ) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มีสถานภาพ

สมรสคู่/มีสามีหรือคู่รักคนเดิม มีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่/มีสามีหรือคู่รักคนใหม่ และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ต้องการมีบุตรมีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วมากกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องการมีบุตร ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับระหว่างบุคคลกับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n = 75)

ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล	การตั้งครรภ์ช้า		χ^2	Phi	p
	อย่างรวดเร็ว	ไม่รวดเร็ว			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
สถานภาพสมรส					
คู่/สามีหรือคูรักคนเดิม (n = 43)	31 (72.09)	12 (27.91)	3.828	.043	.043
คู่/สามีหรือคูรักคนใหม่ (n = 32)	16 (50.00)	16 (50.00)			
ความต้องการมีบุตร					
ต้องการ (n = 59)	41 (69.49)	18 (30.51)	5.506	.019	.019
ไม่ต้องการ (n = 16)	6 (37.50)	10 (62.50)			

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 62.70 ซึ่งมีอัตราสูงกว่าในการศึกษาของ Lewis et al. (2010) ที่พบอัตราการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วร้อยละ 33 ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบัน หญิงวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ซึ่งผลจากการมีเพศสัมพันธ์เร็วโดยไม่มีเกราะป้องกัน ทำให้มีการตั้งครรภ์ตามมา และบางคนมีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) ที่พบว่า ร้อยละ 25 ของมารดาวัยรุ่นไทยมีการตั้งครรภ์ช้าภายใน 2 ปี นอกจากนี้ยังเกิดจากการที่มารดาวัยรุ่นขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์หรือการคุมกำเนิด โดยไม่เข้าใจวิธีคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และไม่ทราบถึงผลข้างเคียงของการคุมกำเนิด (Omar, Fowler, & McClanahan, 2008) ประกอบกับขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ กล่าวคือ เมื่อมารดาวัยรุ่นอยู่ร่วมกับสามี หากมีความต้องการทางเพศ ก็มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีเกราะป้องกันการตั้งครรภ์ (Boardman, Allsworth,

Phipps, & Lapane, 2006)

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มีปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด มีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด ซึ่งปัญหาที่พบ เช่น รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแล้วมีอาการเวียนศีรษะ ก็หยุดรับประทาน บางครั้งลืมรับประทานยา บางคนนึกยาคุมกำเนิดแล้วมีเลือดออกกะปริดกะปรอย คิดว่าผิดปกติ ก็ไม่กลับไปฉีดอีก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการคุมกำเนิด แต่ยังไม่เข้าใจวิธีคุมกำเนิดที่ถูกต้องและผลข้างเคียงของการคุมกำเนิด จึงส่งผลกระทบต่อให้หยุดคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษา Lewis et al. (2010) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วในวัยรุ่น พบว่า การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆ มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วไม่แตกต่างจากการไม่คุมกำเนิด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินธร (2557) ที่ศึกษาปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ช้าของสตรีวัยรุ่นไทย พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการฉีดยาคุมกำเนิด

แค่ครั้งเดียวแล้วมีผลข้างเคียง คือ มีประจำเดือนมา กะปริดกะปรอย ปวดท้องมาก จะหยุดฉีดยา ทำให้เกิดการตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่/มีสามีหรือคู่รักคนเดิมมีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่/มีสามีหรือคู่รักคนใหม่ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับสามี หากมีความต้องการทางเพศ และขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ ก็จะมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของเกตย์ลีรี ศรีวิไล (2559) ที่ศึกษาการตั้งครรภ์ช้าในมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าการตั้งครรภ์ช้ามีสาเหตุมาจากมารดาวัยรุ่นและสามีขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ช้า แต่ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษาที่พบว่า การตั้งครรภ์ช้าส่วนใหญ่เกิดจากการแต่งงานใหม่หรือมีคู่ครองคนใหม่ (Rowlands, 2010)

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ต้องการมีบุตรมีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วมากกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องการมีบุตร ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความต้องการมีบุตรของสามีและหญิงตั้งครรภ์เป็นการแสดงออกถึงความผูกพันในครอบครัว ความต้องการมีบุตรจึงส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Boardman et al. (2006) ที่พบว่า ความต้องการมีบุตรของสามีเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีคู่ครองและต้องการมีบุตร ประกอบกับธรรมเนียมของสังคมไทย ถึงแม้วัยรุ่นจะแต่งงานหรือมีบุตรแล้ว แต่ส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับบิดามารดาของ

ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซึ่งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมทั้งค่าเลี้ยงดูบุตร อยู่ในความดูแลของบิดามารดาไม่ว่าวัยรุ่นจะประกอบอาชีพหรือไม่ก็ตาม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเกตย์ลีรี ศรีวิไล (2559) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ไม่มีงานทำและไม่มีรายได้ เมื่อแต่งงานใหม่จำเป็นต้องมีบุตร เพื่อผูกมัดสามีและให้สามีดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งของตนเองและบุตร และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ช้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพแล้ว มีความตั้งใจตั้งครรภ์ช้ามากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ช้าในวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ช้าในวัยรุ่นในระดับมาก แต่มีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้มีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว เช่น การมีสถานภาพสมรสคู่ การมีความต้องการมีบุตร ทั้งของหญิงตั้งครรภ์และสามี สะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีการรับรู้ความรุนแรงจากการตั้งครรภ์ช้าในวัยรุ่นในระดับมาก ก็ไม่ได้ทำให้อัตราการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนารี เลิศทำนองธรรม (2546) ที่ศึกษาเหตุผลทางสังคม วัฒนธรรม ในการตัดสินใจทำแท้งจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงวัยรุ่น พบว่า หญิงวัยรุ่นมีความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ แต่ไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัยที่แสวงหาความสุข ยังไม่มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม กิจกรรมใดที่เห็นว่ายุ่งยากและเห็นผลช้าก็จะไม่ปฏิบัติซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปญญา เอี่ยมสำอางค์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น

ผลการวิจัยพบว่า วิถีคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วมีวิธีคุมกำเนิด ถึงแม้ส่วนใหญ่จะใช้วิธีคุมกำเนิดระยะสั้น แต่พบปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด ทำให้หยุดการคุมกำเนิด เพราะขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินธร (2557) ที่พบว่า หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ช้าส่วนใหญ่มีวิธีคุมกำเนิด แต่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ช้า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบจากการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว การเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ วิธีคุมกำเนิด และผลข้างเคียงของการใช้วิธีคุมกำเนิด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วในมารดาวัยรุ่น โดยเน้นให้ครอบครัวโดยเฉพาะสามีมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงผลกระทบจากการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็ว วิธีคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ และปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด

เอกสารอ้างอิง

กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, และประกายดาว พรหมประพัฒน์. (2557). ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, เอกชัย ไคววิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์, และจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ (บ.ก.), *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น* (น. 10). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.

เกศย์ศิริ ศรีวิไล. (2559). การตั้งครรภ์ช้าในมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 142-152.

ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2553). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy)*. สืบค้นจาก <http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/mch/teenagePregnancy.pdf>

ปริญญา เอี่ยมสำอางค์. (2555). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปัญญา สนั่นพานิชกุล, และยศพล เหลืองโสมนภา. (2558). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(2), 156-174.

ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, และอารีรัตน์ จันทร์คำภู. (บ.ก.). (2557). *สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่น ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

มนสิการ กาญจนะจิตรา. (2557). *สถานการณ์ “แม่วัยรุ่น” รอบโลก*. สืบค้นจาก <http://www2.ipsr.mahidol.ac.th>

ฤดี ปุงบางกะดี, และเอมพร รตินธร. (2557). ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ช้าของสตรีวัยรุ่นไทย: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *Journal of Nursing Science*, 32(2), 23-31.

แหวดาว พิมลธเรศ. (2555). อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(4), 301-311.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวันรุ่นในประเทศไทย ปี 2556*. สืบค้นจาก https://www.m-society.go.th/article_attach/11829/16120.pdf

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย ปี 2556*. สืบค้นจาก http://dcy.go.th/webnew/uploadchild/cld/download/file_th_20152002002459_1.pdf

- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th>
- สุนารี เลิศทำนองธรรม. (2546). เหตุผลทางสังคม วัฒนธรรม ในการตัดสินใจทำแท้งจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ของหญิงวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีย์ จุ่มกลาง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ ยาฝังคุมกำเนิดโดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในมารดาวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อังสนา วิศรุตเกษมพงษ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- Baldwin, M. K., & Edelman, A. B. (2013). The effect of long-acting reversible contraception on rapid repeat pregnancy in adolescents: A review. *Journal of Adolescent Health, 52*(4 Suppl.), S47-S53.
- Boardman, L. A., Allsworth, J., Phipps, M. G., & Lapane, K. L. (2006). Risk factors for unintended versus intended rapid repeat pregnancies among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 39*(4), 597-600.
- Cochran, W. G. (1953). *Sampling techniques*. New York: John Wiley & Sons.
- Crittenden, C. P., Boris, N. W., Rice, J. C., Taylor, C. A., & Olds, D. L. (2009). The role of mental health factors, behavioral factors, and past experiences in the prediction of rapid repeat pregnancy in adolescence. *Journal of Adolescent Health, 44*(1), 25-32.
- El-Kamary, S. S., Higman, S. M., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2004). Hawaii's healthy start home visiting program: Determinants and impact of rapid repeat birth. *Pediatrics, 114*(3), e317-e326.
- Lewis, L. N., Doherty, D. A., Hickey, M., & Skinner, S. R. (2010). Predictors of sexual intercourse and rapid-repeat pregnancy among teenage mothers: An Australian prospective longitudinal study. *The Medical Journal of Australia, 193*(6), 338-342.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*(4), 351-377.
- Omar, H. A., Fowler, A., & McClanahan, K. K. (2008). Significant reduction of repeat teen pregnancy in a comprehensive young parent program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 21*(5), 283-287.
- Padin, M. D. F. R., Silva, R. D. S. E., Mitsuhiro, S. S., Chalem, E., Barros, M. M., Guinsburg, R., & Laranjeira, R. (2012). Repeat pregnancies among adolescents in a tertiary hospital in Brazil. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30*(2), 193-200.
- Rosengard, C. (2009). Confronting the intendedness of adolescent rapid repeat pregnancy. *Journal of Adolescent Health, 44*(1), 5-6.
- Rowlands, S. (2010). Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. Best Practice & Research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology, 24*(5), 605-616.

Timur, H., Kokanali, M. K., Topçu, H. O., Topçu, S.,
Erkılnç, S., Uygur, D., & Yakut, H. I. (2016).
Factors that affect perinatal outcomes of
the second pregnancy of adolescents.
*Journal of Pediatric and Adolescent
Gynecology*, 29(1), 18-21.

ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและ ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน*

The Effects of Supportive Group Psychotherapy on Perceived Self-efficacy and Intention to Drug Abstinence among Adolescents with Amphetamine Addiction*

สุนทรีย์ โบราณ, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Soonthree Boran, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

ชนัดดา แนบเกษ, Ph.D. (Medical Science)²

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing)³

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science)²

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing)³

Received: March 3, 2019

Revised: March 24, 2019

Accepted: April 9, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติดและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชายที่มารับการบำบัดสารแอมเฟตามีนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเจริญราษฎร์ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติด มีค่าความเชื่อมั่น .82 และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด มีค่าความเชื่อมั่น .94 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 3 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 29 ธันวาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาวิทยาลัยบูรพา สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sudthong3@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติด และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติด และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำหลักการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบปรับประคองไปใช้กับผู้ติดสารเสพติดชนิดต่างๆ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติดและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด

คำสำคัญ: กลุ่มจิตบำบัดแบบปรับประคอง การรับรู้ความสามารถของตน ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด วัยรุ่น การติดสารเสพติด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of supportive group psychotherapy on perceived self-efficacy toward amphetamine abstinence and intention to amphetamine abstinence among adolescents with amphetamine addiction. The samples consisted of 24 male adolescents receiving amphetamine therapy at Charoenrat Community Health Center, Bangsaothong District, Samutprakan Province and were equally divided into an experimental group ($n = 12$) and a control group ($n = 12$). The research instruments comprised the supportive group psychotherapy, a questionnaire of demographic data, the Drug Abstinence Self-Efficacy Scale with the reliability of .82, and a questionnaire of intention to amphetamine abstinence with the reliability of .94. The implementation and data collection were conducted from November 3 to December 29, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t -test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni.

The research results revealed that 1) at post-test and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant higher mean scores of perceived self-efficacy toward amphetamine abstinence and intention to amphetamine abstinence than the control group ($p < .001$); and 2) at pre-test, post-test, and 1-month follow-up period, the experimental group had statistically significant different mean scores of perceived self-efficacy toward amphetamine abstinence and intention to amphetamine abstinence ($p < .001$).

This research suggests that health care providers should appropriately apply the principles of supportive group psychotherapy for people with drug addiction in order to enhance their perceived self-efficacy toward drug abstinence and intention to drug abstinence.

Keywords: Supportive group psychotherapy, Self-efficacy, Intention to drug abstinence, Adolescent, Amphetamine addiction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน การใช้สารแอมเฟตามีนจัดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากการรายงานของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 มีผู้ถูกจับกุมคดีสารเสพติดประเภทสารแอมเฟตามีนจำนวน 183,110 คน, 234,760 คน และ 203,771 คน ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) จากสถิติของสถาบันวิจัยอาชญาวิทยา ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดนั้น เป็นผู้เข้ารับการบำบัดประเภทสารแอมเฟตามีนมากที่สุด โดยมีจำนวน 1,995 คน, 2,575 คน และ 1,825 คน คิดเป็นร้อยละ 49.40, 42.08 และ 41.42 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด ตามลำดับ (สถาบันวิจัยอาชญาวิทยา, 2556) และในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 เช่นกัน พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดเป็นวัยรุ่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.40, 61.76 และ 45 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555)

การเสพยาแอมเฟตามีนส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ โดยจะออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในส่วน limbic system โดยเฉพาะ amygdala ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และความพึงพอใจ กระตุ้นให้สมองหลั่งสารโดปามีน (dopamine) ออกมาในปริมาณมากกว่าปกติ ผู้ที่เสพในระยะแรก ๆ จะรู้สึกมีความสุข จากนั้นร่างกายจะปรับตัวโดยลดการหลั่งสารโดปามีนตามธรรมชาติลง เมื่อหมดฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีน ร่างกายจึงเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จิตใจหดหู่ หงุดหงิดง่าย หรือซึมเศร้า หากเสพยาแอมเฟตามีนไปนาน ๆ สมองส่วน cerebral cortex ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญาและความเป็นเหตุเป็นผลจะทำหน้าที่ลดลงจนกระทั่งสูญเสียหน้าที่ ทำให้การคิดและความจำแย่ลง ไม่สามารถแยกแยะเหตุผลได้ จะทำตามความต้องการและอารมณ์ของตนเอง โดยมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด นอกจากนี้ การเสพยาแอมเฟตามีนต่อไป ยังทำให้สมองส่วนที่เก็บสะสมสารโดปามีนไว้ถูกทำลาย สารโดปามีนจะถูกหลั่งออกมาจนทำละลาย

ระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน เห็นภาพหลอน อาจทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่นได้ (ไพฑูริย์ แสงพุ่ม และธนระวีชต์ นามผลดี, 2550)

ผลจากการเสพยาแอมเฟตามีน ยังสร้างปัญหา ความรุนแรงและความแตกแยกในครอบครัว และปัญหาทางสังคมต่าง ๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม จากการสำรวจข้อมูลสารเสพติดของภาครัฐและภาคเอกชน พบปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดที่ทวีความรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีลักษณะเอื้อต่อการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติด อีกทั้งปัจจัยจากตนเอง คือ เป็นวัยที่ต้องการเรียนรู้ อยากลอง ต้องการค้นหาและสร้างตัวตน ต้องการเป็นที่ยอมรับ อีกทั้งมีแรงผลักดันทางอารมณ์สูง ทำให้เกิดภาวะทางอารมณ์ เช่น น้อยใจ เศร้าใจ คับข้องใจ ได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันก็กล้าบ้าบิ่น กล้าเสี่ยงกับสิ่งที่ทำหาย ซึ่งแรงกระตุ้นเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำวัยรุ่นไปสู่วงจรของการเสพยาเสพติด จากรายงานของสถาบันวิจัยอาชญาวิทยา ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนจะมีมีโนภาพแห่งตนในด้านลบ คิดว่าตนเองมีปมด้อย ขาดความเชื่อมั่น รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จึงเสพยาแอมเฟตามีนเพื่อช่วยให้ตนเองเกิดความมั่นใจมากขึ้น เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม และวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่สามารถเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ทั้ง ๆ ที่รู้ว่สารแอมเฟตามีนเป็นสิ่งไม่ดี แต่ไม่กล้าปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชวนให้เสพยาแอมเฟตามีน (สถาบันวิจัยอาชญาวิทยา, 2556)

จากข้อมูลข้างต้น วัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีน จึงควรได้รับการเสริมสร้างให้มีการรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy) เพื่อให้เห็นคุณค่าของตนเอง มีความมั่นใจ กล้าเผชิญปัญหาด้วยตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่พัฒนาโดย Bandura (1997) เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของบุคคลนั้นสามารถพัฒนาและส่งเสริมได้ หากวัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติด ก็จะเกิดความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ทำให้

สามารถเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ (วันเพ็ญ อำนาจกิติกร, 2552)

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) เป็นรูปแบบที่เน้นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหา มีการประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน โดยเน้นหลักการ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)” ทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในช่วงเวลานั้น กระบวนการกลุ่มจะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดต่าง ๆ ที่ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง มีการเรียนรู้ร่วมกัน และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดี ได้รับความยกย่องชมเชยจากสมาชิกกลุ่ม ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งผลให้การรับรู้ศักยภาพและการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้น จนเกิดความมุ่งมั่น นำไปสู่ความตั้งใจ จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี และเหมาะสมมากขึ้น (ภัทราภรณ์ พุงปันคำ, 2551) โดยรูปแบบกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองได้ถูกนำมาใช้ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ดังการศึกษาของกลดา พลคะชา (2554) ที่พบว่า รูปแบบกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองช่วยเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ และการศึกษาของไข่มุก ไชยเจริญ, ชนิดดา แนบเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2561) ที่พบว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไรก็ตาม การนำรูปแบบกลุ่มจิตบำบัดดังกล่าวมาใช้ในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนและความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนในวัยรุ่นยังมีค่อนข้างน้อย

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนและความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนในวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดให้แก่วัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน

อันจะนำไปสู่การเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

4. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

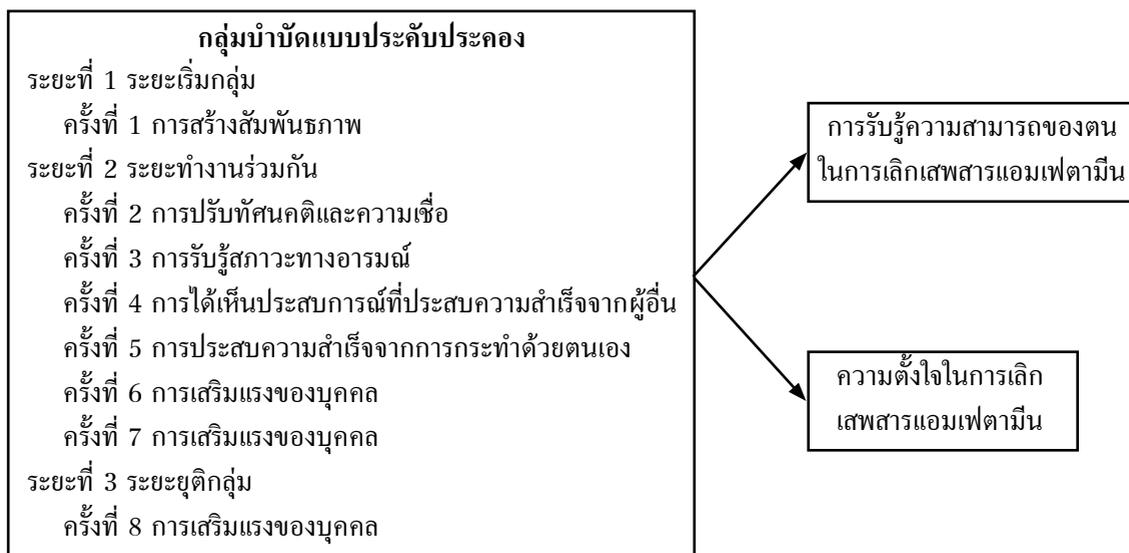
3. ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนแตกต่างกัน

4. ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และหลักการ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)” โดยผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยในการพัฒนาและดำเนินกลุ่ม กระบวนการกลุ่มส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งเป็นเสมือนเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้เกิดกับสมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน

มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เกิดการเรียนรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น เกิดการเลียนแบบจากตัวอย่างที่ดี สามารถแก้ไขปัญหาของตนเอง รู้สึกภาคภูมิใจ เห็นถึงศักยภาพของตนมากขึ้น ได้รับความสามารถของตนมากขึ้น เกิดความมุ่งมั่น มีความกระตือรือร้นไปสู่เป้าหมาย นำไปสู่ความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และการดำเนินชีวิตของตนเองที่เหมาะสม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นวัยรุ่นชายที่มารับการบำบัดสารแอมเฟตามีนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเจริญราษฎร์ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2558 จำนวน

85 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 18-24 ปี 2) เข้ารับการบำบัดสารแอมเฟตามีนเป็นครั้งแรก 3) มีสติสัมปชัญญะดี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5) มั่นใจว่าสามารถเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองได้ครบตามที่กำหนด และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ 1) มีอาการทางจิตเฉียบพลันที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดฯ ได้ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง

ตามหลักการของ Polit and Hungler (1995) ที่ระบุว่า การวิจัยกึ่งทดลองควรมีกุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 20-30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 10 คน และการทำกลุ่มจิตบำบัดควรมีสมาชิกกลุ่ม 8-12 คน (Yalom, 1995) หากสมาชิกกลุ่มมากเกินไป อาจทำให้ผู้บำบัด (ผู้นำกลุ่ม) ทำหน้าที่ในการเอื้ออำนวย การทำกลุ่มไม่ทั่วถึง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน (เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะมีกลุ่มตัวอย่างคงอยู่ในขั้นตอนสุดท้ายมากที่สุด) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการทำ กลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตาม แนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่ม มีกิจกรรม 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ โดยจัด กิจกรรม “สร้างสัมพันธภาพไม่ตรี” ซึ่งเป็นการพบกันครั้งแรก ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนได้ทำความรู้จัก และสร้างความคุ้นเคยกัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบวัตถุประสงค์ของการทำ กลุ่มจิตบำบัดฯ และเข้าใจกฎกติกาที่ต้องปฏิบัติ เช่น การรักษาความลับของเพื่อนสมาชิกกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน มีกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 2 การปรับทัศนคติและความเชื่อ โดยจัดกิจกรรม “รู้เท่าทันพิษภัยแอมเฟตามีน” เพื่อให้ สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับสารแอมเฟตามีน โดยเรียนรู้จากบทความ “เรื่องของน้ำพุ” จากนั้นให้ สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หาแนวทางในการเลิก เสพสารแอมเฟตามีน เพื่อนำไปปรับใช้กับตนเอง ผู้นำกลุ่ม สรุปลงและให้ความรู้เรื่องกลไกของสมองติดยาและพิษภัย ของสารแอมเฟตามีน และให้กำลังใจสมาชิกกลุ่ม

ครั้งที่ 3 การรับรู้สภาวะทางอารมณ์ โดยจัดกิจกรรม “เราเป็นนายอารมณ์” เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม สามารถวิเคราะห์และเข้าใจลักษณะอารมณ์ของตนเอง และผู้อื่น รู้เท่าทันอารมณ์ สามารถปรับสมดุลอารมณ์ และจัดการอารมณ์ทางลบได้ โดยให้สมาชิกกลุ่มผลัดกัน แสดงอารมณ์ต่าง ๆ และให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มทาย จากนั้นให้ สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น แบ่งปันประสบการณ์ ของตนเอง และหาแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ทางลบ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำแนวทางและวิธีการไปปรับใช้ กับตนเองได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 4 การได้เห็นประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จจากผู้อื่น โดยจัดกิจกรรม “ความสำเร็จ ที่มีคุณค่า” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ประสบการณ์ ความสำเร็จของผู้อื่น เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง และเกิดพฤติกรรมเลียนแบบ โดยให้สมาชิก กลุ่มแต่ละคนเล่าเหตุการณ์ความสำเร็จที่มีคุณค่าในชีวิต หรือเรื่องที่ภาคภูมิใจ ให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มชมเชย และ ให้สมาชิกกลุ่มที่เล่าเหตุการณ์บอกความรู้สึกที่ได้รับ การชื่นชม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภูมิใจ เกิดแรงใจ และมีความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน

ครั้งที่ 5 การประสบความสำเร็จจาก การกระทำด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรม “อุปสรรคต้องฝ่าฟัน” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะในการปฏิเสธเมื่ออยู่ในสถานการณ์ ที่เสี่ยงต่อการเสพยาแอมเฟตามีน โดยให้สมาชิกกลุ่ม พุดถึงเหตุการณ์ที่เกือบจะทำผิดพลาด แต่ไม่ได้ทำและ ฝ่าฟันมาได้ แล้วแลกเปลี่ยนถึงสถานการณ์ที่ทำให้ตน อาจต้องกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนอีก จากนั้นให้ สมาชิกกลุ่มช่วยกันหาแนวทางในการปฏิเสธการเสพยาแอมเฟตามีน

ครั้งที่ 6 การเสริมแรงของบุคคล โดยจัด “กิจกรรมก้าวใหม่แห่งชีวิต” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความมั่นใจ ในตนเอง เกิดความมุ่งมั่น ความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน โดยผู้นำกลุ่มเล่าถึง “ชีวิตใหม่ของไก่” ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไก่เคยติดยาเสพติดแล้วเลิกได้สำเร็จ จนได้รับการยอมรับจากครอบครัวและเพื่อน ๆ ทำให้ไก่ เหมือนมีชีวิตใหม่ จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดง

ความคิดเห็นและความรู้สึก ร่วมกันมองหาจุดแข็งของโก้ และนำมาวิเคราะห์จุดแข็งของตนเองที่จะนำมาใช้ในการเลิก เสพสารแอมเฟตามีน

ครั้งที่ 7 การเสริมแรงของบุคคล โดยจัด กิจกรรม “เป้าหมายชีวิตฉันนับจากนี้” เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ตระหนักถึงเป้าหมายในชีวิตของ ตนเอง โดยให้ดูวิดีโอ เรื่อง “หน่อคำ สมสวัสดี” (ผู้ทอแสงแห่งความหวังให้ผู้พิการ)” จากรายการคนค้นคน (ใช้เวลา 10 นาที) ซึ่งเป็นเรื่องราว ของชายพิการแต่ไม่ย่อท้อต่อชีวิต แล้วให้สมาชิกกลุ่มได้ ฝึกวางแผนเป้าหมายในชีวิตของตนเองทั้งในระยะสั้น และระยะยาว และให้นำเสนอแก่กลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย พร้อมทั้งเสนอแนะ เพื่อให้แผนสำเร็จตามเป้าหมาย

ครั้งที่ 3 ระยะเวลา 3 ครั้ง มีกิจกรรม 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 8 การเสริมแรงของบุคคล โดยจัด กิจกรรม “เติมกำลังใจจากเพื่อนผู้เพื่อน” เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทบทวนสาระสำคัญของการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดฯ ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจในการเลิก เสพสารแอมเฟตามีน และได้บอกเล่าประสบการณ์ ความประทับใจต่อเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดมิตรภาพ อันดีต่อกัน และเกิดเครือข่ายทางสังคม เมื่อสมาชิกกลุ่ม ประสบปัญหาหรืออุปสรรคในการเลิกเสพสารแอมเฟตามีน จะสามารถช่วยเหลือกันได้ภายหลังยุติกลุ่ม จากนั้นผู้นำกลุ่ม สรุปรูปอีกครั้ง พร้อมทั้งให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มให้สามารถ เลิกเสพสารแอมเฟตามีนได้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ ของตนในการเลิกเสพสารแอมเฟตามีน ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกยาเสพติด (Drug

Abstinence Self-Efficacy Scale) ของสงวน ธาณี (2547) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura ปี ค.ศ. 1987 และ 1997 เป็นการวัด ความเชื่อมั่นว่าจะไม่เสพสารแอมเฟตามีนในสถานการณ์ ต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทางลบและความคับข้องใจ จำนวน 9 ข้อ ความไม่สุขสบายทางกาย จำนวน 2 ข้อ อารมณ์ทางบวกและสถานการณ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และสิ่งกระตุ้น จำนวน 4 ข้อ จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบให้เติมร้อยละของความมั่นใจ โดยแบ่ง ออกเป็น 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีความเชื่อมั่นเลย (0%) มีความเชื่อมั่นน้อย (25%) มีความเชื่อมั่นปานกลาง (50%) มีความเชื่อมั่นมาก (80%) และมีความเชื่อมั่น อย่างเต็มที่ (100%) สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนน รวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถน้อย และ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิก เสพสารแอมเฟตามีน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความตั้งใจ เลิกยาเสพติดของวันเพ็ญ อำนาคจิตกร (2552) ที่สร้างขึ้น ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen and Fishbein ปี ค.ศ. 1980 แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ ความตั้งใจ ไม่ร่วมกิจกรรมที่นำไปสู่การเสพสารแอมเฟตามีน และ ความตั้งใจไม่เสพสารแอมเฟตามีน จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 6 ข้อ และข้อคำถาม ทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร ประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถาม ทางบวก ได้แก่ ไม่จริง ค่อนข้างไม่จริง ค่อนข้างจริง และจริง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความตั้งใจน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความตั้งใจ มาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแผนการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบปรับประคอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตาม โครงสร้างและตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง (2 คน) และอาจารย์ พยาบาล (2 คน) ได้ค่าความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ

(interrater opinion) เท่ากับร้อยละ 80 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาบำบัดสารแอมเฟตามีนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดตลิ่ง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน และนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาบำบัดสารแอมเฟตามีนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดตลิ่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ .82 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 06-07-2558 วันที่ 1 กันยายน 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเจริญราษฎร์ จากนั้นเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานบำบัดสารเสพติด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอย่างน้อย 1 ปี ถึงปัจจุบัน และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล สังเกตพฤติกรรม และบันทึกการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยผู้ช่วยผู้วิจัยได้ฝึก

การสังเกตและการบันทึกร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองในวันอังคาร และพบกลุ่มควบคุมในวันจันทร์ แนะนำตัวและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ระยะเวลาก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 17.00-18.30 น. ณ ห้องให้คำปรึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชนเจริญราษฎร์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเจริญราษฎร์ ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคล การฝึกทักษะการเลิกยา การป้องกันการกลับไปเสพยา และการให้ความรู้แก่ครอบครัว

5. ในสัปดาห์ที่ 4 วันพฤหัสบดี ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามดังกล่าวในวันจันทร์

6. ในสัปดาห์ที่ 8 วันพฤหัสบดี ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลา 15-20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามดังกล่าวในวันจันทร์ ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 3 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 29 ธันวาคม 2558 เมื่อเสร็จสิ้นระยะติดตามผล 1 เดือน และวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝอตามีน และข้อมูลความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝอตามีน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝอตามีนและความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝอตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝอตามีนและความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝอตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีอายุ 20 ปี และ 24 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.70 และ 50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 91.70 เท่ากัน มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 91.70 และ 83.30 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 91.70 และ 100 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 และ 41.70 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้สารฝอตามีนคือ น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และ 83.30 ตามลำดับ

2. การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝอตามีนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝอตามีนเท่ากับ 36.58 (*SD* = 3.02), 46.50 (*SD* = 4.05) และ 47.25 (*SD* = 3.13) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝอตามีนเท่ากับ 36.42 (*SD* = 3.05), 37.33 (*SD* = 2.74) และ 38.17 (*SD* = 2.82) ตามลำดับ

3. ความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝอตามีนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝอตามีนเท่ากับ 26.08 (*SD* = 2.77), 39.08 (*SD* = 5.07) และ 38.67 (*SD* = 4.37) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝอตามีนเท่ากับ 27.83 (*SD* = 2.85), 30.83 (*SD* = 2.69) และ 29.75 (*SD* = 2.49) ตามลำดับ

4. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝอตามีนและความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝอตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝอตามีน และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝอตามีน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝิ่นและ
 คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝิ่น ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
 ระยะเวลาการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
การรับรู้ความสามารถของตนใน การเลิกเสพยาฝิ่น					
กลุ่มทดลอง	12	36.58	3.02	.134	.895
กลุ่มควบคุม	12	36.42	3.05		
ความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝิ่น					
กลุ่มทดลอง	12	26.08	2.77	1.520	.142
กลุ่มควบคุม	12	27.83	2.85		

5. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝิ่นและความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝิ่น ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝิ่นและคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝิ่น และพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝิ่น

และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝิ่น และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝิ่น สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาฝิ่นและคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาฝิ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาสูบ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาสูบของวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาสูบ					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	678.34	1	678.34	40.200	< .001
ความคลาดเคลื่อน	371.19	22	16.87		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	548.08	2	502.82	41.260	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	321.02	2	294.51	24.160	< .001
ความคลาดเคลื่อน	292.22	44	12.18		
ความตั้งใจในการเลิกเสพยาสูบ					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	475.34	1	475.34	22.210	< .001
ความคลาดเคลื่อน	470.86	22	21.40		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	937.00	2	798.75	59.710	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	428.44	2	365.23	27.300	< .001
ความคลาดเคลื่อน	345.22	44	13.37		

6. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาสูบและคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาสูบของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาของการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาสูบและคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาสูบ

ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาสูบและเลิกสูบบุหรี่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาสูบและเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาของการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาสูบและเลิกสูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง	36.58	-	9.92*	10.67**
หลังการทดลอง	46.50	-	-	.75
ติดตามผล 1 เดือน	47.25	-	-	-
ความตั้งใจในการเลิกเสพยาสูบและเลิกสูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง	26.08	-	13.00**	12.59**
หลังการทดลอง	39.08	-	-	.41
ติดตามผล 1 เดือน	38.67	-	-	-

* $p < .01$, ** $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาสูบและเลิกสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาสูบและเลิกสูบบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยได้วางแผนและดำเนินการทำกลุ่มตามแผนที่กำหนด ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ล้วนช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาสูบและเลิกสูบบุหรี่ให้แก่วัยรุ่นที่ติดเสพยาสูบและเลิกสูบบุหรี่

ทั้งนี้ แผนการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) เน้นหลักการ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)” และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ทำให้สมาชิกตระหนักถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ในช่วงเวลานั้น โดยกระบวนการกลุ่มจะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดต่างๆ ที่ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีและเหมาะสมมากขึ้น (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551) ประกอบกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง อันเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามความมุ่งหมาย และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ อันเป็นการตัดสินใจว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวัง

ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยการทำกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคองในครั้งนี้ ผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เอื้ออำนวย สร้าง และคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม สร้างบรรทัดฐานและ วัฒนธรรมของกลุ่ม และตระหนักถึงกระแสของกลุ่ม ในช่วงเวลานั้น ๆ ทำให้กระบวนการกลุ่มสามารถดำเนิน ไปได้อย่างมีขั้นตอนและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของ แผนการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในแต่ละครั้ง

แผนการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรม “สร้างสัมพันธ์ผูกไมตรี” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจกัน กล้าเปิดเผยที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในกลุ่ม ครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรม “รู้เท่าทัน พืชภัยแอมเฟตามีน” ทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงอันตราย จากการเสพยาแอมเฟตามีน โดยผู้นำกลุ่มได้ให้ข้อมูล และสมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพืชภัย ของสารแอมเฟตามีน ดังตัวอย่างที่สมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “แรก ๆ ยามันก็ช่วยให้อิมปัญหา แต่หลัง ๆ ไม่ช่วยเลยครับ แล้วยังทำให้ผมไปทำงานไม่ได้อีกครับ” การที่สมาชิก กลุ่มพยายามจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี ทำให้ เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997) ครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรม “เราเป็นนายอารมณ์” สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ นำไปปรับสมดุลอารมณ์ และปรับพฤติกรรม ตนเองให้เหมาะสม ดังตัวอย่างที่สมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “กลับไปบ้าน หากผมรู้สึกโกรธ ผมจะลองเดิน นับก้าวไปเรื่อย ๆ แบบพีตาบ้าง อารมณ์จะได้เย็นลง ไม่ไปเสพยาอีก” การที่สมาชิกกลุ่มได้เห็นตัวแบบประสบการณ์ที่สำเร็จ ของผู้อื่น ทำให้เกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรม ไปในทางที่เหมาะสม นำไปสู่การรับรู้ความสามารถของ ตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997) ส่วนครั้งที่ 8 เป็นกิจกรรม “เติมกำลังใจจากเพื่อนสู่เพื่อน” ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีแหล่ง ช่วยเหลือและเกื้อกูลกัน มีเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือ

เมื่อเกิดปัญหา อุปสรรคในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และได้ให้กำลังใจกัน ดังตัวอย่างที่สมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “พวกเราต้องเลิกได้ เราจะช่วยกันครับ สู้ ๆ” ทำให้เกิด ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และมีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997) จากการบันทึก ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง พบว่า มีปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเรียนรู้สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลการให้ข้อมูล การเพาะความหวัง ความเป็น ปึกแผ่น ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การได้เลียนแบบ และการรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์ ซึ่งปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น เหล่านี้ล้วนทำให้สมาชิกกลุ่มมีกำลังใจ ภาควุมใจ มองเห็น คุณค่าของตนเองมากขึ้น รับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้น

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่กับระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ในครั้งนี้ สมาชิกกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง และ ในแต่ละครั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต ประจำวันได้ โดยผู้วิจัยไม่ได้ให้ความรู้หรือจัดกิจกรรม เพิ่มเติมหลังการทดลองเสร็จสิ้นถึงระยะติดตามผล 1 เดือน แต่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิก เสพยาแอมเฟตามีนทั้งสองระยะดังกล่าว สูงกว่าระยะ ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพความคงอยู่ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคองในครั้งนี้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง กับการศึกษาของลลดา พลคะชา (2554) ที่ศึกษาผลของ การใช้กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของยาโลมต่อการเพิ่ม คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น ทันทีที่กับระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เอื้ออำนวยและให้ข้อมูลในการทำกลุ่ม รวมทั้งช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจในการเข้ากลุ่ม รู้สึกว่ามีความเป็นอิสระกล้าเปิดเผยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน โดยกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจะทำให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งจะค่อย ๆ พัฒนาและเกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยบำบัดนี้เป็นเสมือนเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้เกิดกับสมาชิกกลุ่ม ปัจจัยบำบัดตัวหนึ่งอาจเป็นพื้นฐานต่อการเกิดปัจจัยบำบัดอีกตัวหนึ่งได้ หรือเอื้อให้เกิดปัจจัยบำบัดตัวต่อไป โดยปัจจัยการเรียนรู้วิถีชีวิตในชีวิต (จากสถานการณ์ชีวิตใหม่ของไก่) ไก่เลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้สำเร็จ เขาจึงได้มีชีวิตที่ดี มีคนยอมรับ ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ เข้าใจเหตุและผล จนเกิดความกระตือรือร้น มุ่งมั่น ซึ่งจะนำไปสู่ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมขึ้น ดังกิจกรรมที่ 5 “อุปสรรคต้องฝ่าฟัน” สมาชิกกลุ่มได้ปลดปล่อยความรู้สึกที่ไม่ดีของตนเอง ได้ระบายสิ่งที่ค้างคาในใจ ดังตัวอย่างที่สมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “ผมรู้ว่าผมไม่ดี ผมก็ไม่อยากใช้มันอีก ผมอยากเลิก และผมตั้งใจจะไม่เสพยาอีก และผมก็ทำได้ พ่อแม่ให้กำลังใจ ผมรู้สึกดีและมีความสุขมากครับ” อีกทั้งสมาชิกกลุ่มมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้มองเห็นคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น และมีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ซึ่งความตั้งใจถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ การได้กำลังใจ การได้รับการยอมรับ การชี้นำแนวทางการเป็นเหตุเป็นผลจากสมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความคาดหวัง เกิดความมุ่งมั่น

กระตือรือร้น นำไปสู่ความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาแอมเฟตามีนให้ได้ ดังกิจกรรมที่ 6 “ก้าวใหม่แห่งชีวิต” สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางคนอาจทำผิดพลาด แต่สามารถเริ่มต้นใหม่ได้ และได้เข้าใจกฎเกณฑ์ของสังคม ฝึกการใช้เหตุผล ดังตัวอย่างสมาชิกกลุ่มที่กล่าวถึงความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และวางแผนเป้าหมายชีวิตในอนาคตของตนเอง การที่สมาชิกกลุ่มได้ปลดปล่อยความรู้สึกที่ไม่ดีของตนเอง และได้ระบายสิ่งที่ค้างคาในใจ ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด คือ การปลดปล่อยความรู้สึก อันเป็นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ เมื่อสมาชิกกลุ่มได้แนวทางในการปรับใช้เพื่อการแก้ไขปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม จะเกิดปัจจัยบำบัด คือ การเพาะความหวัง การเรียนรู้วิถีชีวิต และการรู้สึกดีทำคุณประโยชน์ ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความกระตือรือร้น และมีความมุ่งมั่น ซึ่งเป็นคุณลักษณะพื้นฐานของความตั้งใจที่จะไม่กลับไปเสพยาแอมเฟตามีนอีก จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และมีประสิทธิภาพคงอยู่ถึงในระยะติดตามผล 1 เดือน แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ควรนำหลักการทำกลุ่มจิตบำบัดฯ ไปประยุกต์ใช้ในผู้ติดสารเสพติดชนิดต่างๆ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติดและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำหลักการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ไปสอดแทรกในเนื้อหาการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยาเสพติด และความตั้งใจในการเลิก

เสพสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และมีการติดตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพสารแอมเฟตามีนและความตั้งใจในการเลิกเสพสารแอมเฟตามีนเป็นระยะๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลด้านความคงอยู่ของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

ไผ่มุก ไชยเจริญ, ชนิดดา แนบเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 1-16.

ไพฑูริย์ แสงพุ่ม, และธนระริชต์ นามผลดี. (2550). *ปฏิกะสาระ เส้นทางผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: ศิลป์การพิมพ์.

ภัทรภรณ์ พุงปันคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.

ลลดา พลคะชา. (2554). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของยาลอมต่อการเพิ่มคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

วันเพ็ญ อานาจกิติกร. (2552). *อ้อมโนทัศน์ ความวิตกกังวลทางสังคม และความตั้งใจเลิกยาของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สงวน ธาณี. (2547). *การรับรู้ความสามารถของตนเองในกระบวนการเลิกยาเสพติด: ศึกษาการบำบัดรักษาเสพติดของสถาบันชัยภูมิรักษ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันชัยภูมิรักษ์. (2556). *รายงานประจำปี 2556 สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษา*. ปทุมธานี: ผู้แต่ง.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2555). *ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://www.nctc.oncb.go.th>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research: Principles and methods* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

การพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี Developing the Appropriate Nursing Laboratory for Self-learning of Nursing Students of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

รัชชนก กลิ่นชาติ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)¹
Rudchanok Klinchat, M.N.S. (Nursing Education)¹

ธัสมน นามวงศ์, Ph.D. (Nursing)³
Tassamon Namwong, Ph.D. (Nursing)³

บุศริน เอียวสีหยก, Ph.D. (Nursing)²

Busarin Eiu-Seeyok, Ph.D. (Nursing)²

ภโวทัย พาสานาโสภณ, วท.ม. (สรีรวิทยา)⁴

Phawothai Phasanasophon, M.Sc. (Physiology)⁴

สุมาลี ราชนิยม, พย.บ.⁵

Sumalee Rachaniyom, B.N.S.⁵

Received: January 2, 2019 Revised: February 25, 2019 Accepted: March 27, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 และปีการศึกษา 2560 รวมจำนวน 281 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความต้องการในการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .85 ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสำรวจความต้องการในการพัฒนา และความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล การทดลองใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนธันวาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองที่สอดคล้องกับผลการสำรวจข้อมูล ประกอบด้วย 1) การจัดซื้อและเตรียมหุ่นจำลองและวัสดุอุปกรณ์การฝึกให้เพียงพอกับจำนวนนักศึกษาและทักษะการพยาบาลที่นักศึกษาต้องฝึกบ่อยครั้ง 2) การเพิ่มสื่อวีดิทัศน์และจำนวนคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมต่อบริเวณอินเทอร์เน็ต 3) การขยายเวลาการใช้ห้องปฏิบัติการนอกเวลา 4) การสนับสนุนระบบการยืม-คืน

^{1, 2, 3, 4, 5} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

^{1, 2, 3, 4, 5} Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rudchanok@pnc.ac.th

อุปกรณ์ให้มีความคล่องตัวมากขึ้น 5) การแนะนำวิธีดูแลรักษาอุปกรณ์และหุ่นจำลอง และ 6) การกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการฝึกทักษะการพยาบาลด้วยตนเองของนักศึกษา และพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มหลังการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.925, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรสำรวจปัญหาและความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาทุกปีการศึกษา จัดให้มีวัสดุอุปกรณ์และหุ่นจำลองสำหรับการฝึกทักษะการพยาบาลที่พร้อมใช้และเพียงพอ และเปิดให้บริการห้องปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลา

คำสำคัญ: ห้องปฏิบัติการพยาบาล การเรียนรู้ด้วยตนเอง นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research and development aimed to develop the appropriate nursing laboratory for self-learning of nursing students. The samples consisted of 281, 2nd-year nursing students of Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi in an academic year of 2016 and 2017. The research instrument was a 3-part questionnaire of satisfaction on using the nursing laboratory that comprised general data, development needs, and satisfaction on using the nursing laboratory with the reliability of .85. The research process consisted of 4 main steps including a survey of needs for development and satisfaction on using nursing laboratory; developing a nursing laboratory; experimenting a nursing laboratory; and evaluating satisfaction on using nursing laboratory. The implementation and data collection were conducted from March to December, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent *t*-test.

The research results revealed that the development of the appropriate nursing laboratory for self-learning of the nursing students following the survey results were composed of 1) purchasing and preparing more virtual models, materials, and equipment in order to be sufficient for the number of nursing students and skills that nursing students must practice frequently; 2) increasing the number of nursing medias and computers with internet connection; 3) extending the nursing laboratory opening hours; 4) supporting the equipment loan servicing system; 5) teaching how to maintain equipment and virtual models; and 6) encouraging how importance of self-training of nursing skills. Additionally, it was found that after developing the nursing laboratory, the nursing students had statistically significant higher mean score of satisfaction on using the appropriate nursing laboratory for self-learning than before developing the nursing laboratory ($t = 2.925, p < .01$).

This research suggests that involved personnel of nursing laboratory for self-learning should examine the problems and satisfaction on using the nursing laboratory every academic year as well as provide adequate models and materials for nursing skills training and extend the nursing laboratory opening hours.

Keywords: Nursing laboratory, Self-learning, Nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 ตั้งแต่ปีการศึกษา 2557 โดยในหมวด 7 การประกันคุณภาพหลักสูตร ในส่วนของการบริหารทรัพยากรการเรียนการสอนเพิ่มเติม ต้องมีการจัดระบบอุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการพยาบาลให้พร้อมใช้และเพียงพอ (วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2556) สอดคล้องกับตัวบ่งชี้ที่ 6.1 สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ตามที่ระบุในคู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พฤษภาคม 2559 ว่า วิทยาลัยต้องมีความพร้อมของสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอนหลายประการ เช่น ความพร้อมทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ ความพร้อมของอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยมีจำนวนสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่เพียงพอและเหมาะสมต่อการจัดการเรียนการสอน มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน และทันสมัย (สถาบันพระบรมราชชนก, 2558) ประกอบกับคู่มือการรับรองสถาบันการศึกษา วิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สำหรับสถาบันการศึกษาที่มีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2556 ตัวบ่งชี้ที่ 28 ห้องปฏิบัติการพยาบาล มีเกณฑ์มาตรฐาน 5 ข้อ ได้แก่ มีห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีอุปกรณ์ฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับการปฏิบัติในสถานการณ์จริงทุกสาขา ในจำนวนที่เพียงพอ พร้อมใช้ และทันสมัย มีตารางการใช้ห้องปฏิบัติการและคู่มือการใช้ที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ มีระบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา มีบุคลากรสายสนับสนุนช่วยในห้องปฏิบัติการพยาบาลในจำนวนที่เหมาะสม และมีการนำผลการประเมินการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาและอาจารย์มาใช้ในการพัฒนาห้องปฏิบัติการ (สภาการพยาบาล, 2556)

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้มีการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลมาอย่างต่อเนื่องตามผลการประเมินการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาและอาจารย์ จนกระทั่งในปีการศึกษา 2558 ได้มีการเปิดใช้ห้องปฏิบัติ

การพยาบาล (LRC and SBL) ซึ่งตั้งอยู่ที่อาคารเฉลิมพระเกียรติประชาธิปไตย ชั้น 3 โดยในปีการศึกษา 2559 ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล ได้มีการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบในรายวิชา พย.1203 หลักการและเทคนิคการพยาบาล ซึ่งเป็นรายวิชาในกลุ่มวิชาชีพ ที่มีการเรียนการสอนภาคทดลอง จำนวน 1 หน่วยกิต โดยนักศึกษา 1 คน มีเวลาเรียนตามตารางเรียน 30 ชั่วโมงต่อภาคการศึกษา ซึ่งนักศึกษาต้องมีการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลาเรียน จึงจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และหากห้องปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมเอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา นอกจากนักศึกษาจะได้เรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามสาระวิชาแล้ว ยังช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ทักษะการเรียนรู้ (learning skills) และการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (learning by doing) ตามสัจธรรมของการเรียนรู้สมัยใหม่ กล่าวคือ คนเราจะเรียนรู้ได้ต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเท่านั้น (วิจารณ์ พานิช, 2556) อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีปัญหาระหว่างการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย คือ นักศึกษาหลายคนไม่มีความคงทนของการเรียนรู้ทักษะการพยาบาล โดยไม่สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลพื้นฐานได้ถูกต้อง และยังไม่สามารถบอกได้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องควรทำอย่างไร ทั้งที่ในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา นักศึกษาเหล่านี้สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลในสถานการณ์จำลองได้ผ่านเกณฑ์การประเมินผล สาเหตุของปัญหานี้เนื่องจากนักศึกษาไม่ได้มีการฝึกฝนด้วยตนเองเพิ่มเติมนอกตารางเรียน ซึ่งหากนักศึกษาได้มีการฝึกทักษะการพยาบาลด้วยตนเองนอกตารางเรียนเพิ่มขึ้น ทำบ่อยๆ ซ้ำๆ จนเกิดความชำนาญ คล่องแคล่วมากขึ้น จะช่วยทำให้มีความคงทนของการเรียนรู้ได้นานขึ้น และนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งการที่นักศึกษาจะเรียนรู้ด้วยตนเองได้นั้น ห้องปฏิบัติการพยาบาลต้องมีสภาพแวดล้อมและการจัดการที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้ให้นักศึกษาเกิดความคงทนของทักษะการพยาบาลจากการเรียนรู้และการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

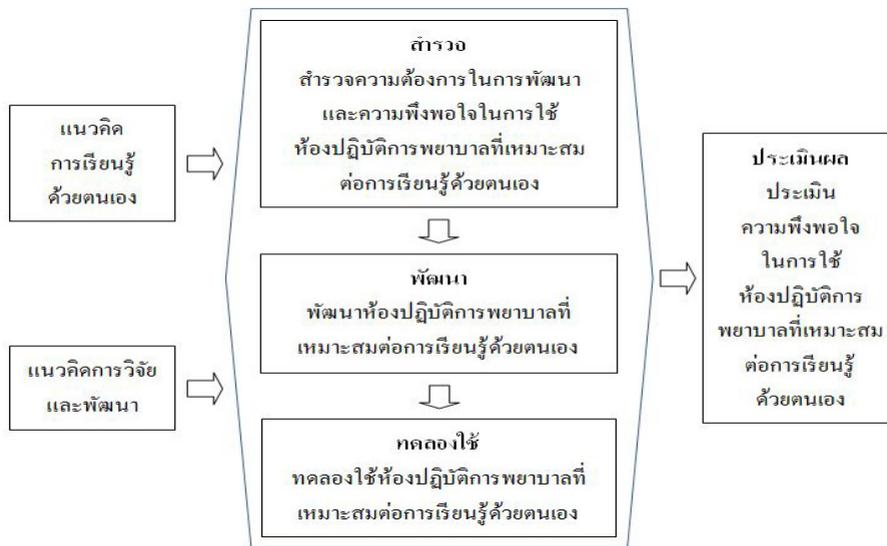
1. เพื่อสำรวจความต้องการในการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2. เพื่อพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ก่อนและหลังการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และแนวคิดการวิจัยและพัฒนา โดยดำเนินการสำรวจความต้องการและความพึงพอใจ พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 จำนวน 130 คน และปีการศึกษา 2560 จำนวน 151 คน รวมจำนวน 281 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในรายวิชา พย.1203 หลักการและเทคนิคการพยาบาล และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ขอดอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 281 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความถามเกี่ยวกับช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่ใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลาต่อสัปดาห์ และวันที่ใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลา จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความต้องการในการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา ประกอบด้วยข้อความถามเกี่ยวกับความต้องการให้มีการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล ทักษะทางการพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องฝึกมากที่สุด ปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองในห้องปฏิบัติการพยาบาล และการปรับเปลี่ยนระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจ

ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาล ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 008 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2560) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจความต้องการในการพัฒนาและความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2559 หลังการเรียนภาคทดลองในรายวิชา พย.1203 หลักการและเทคนิคการพยาบาล เสร็จสิ้นแล้ว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา โดยให้เวลา 20-30 นาที แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยคณะผู้วิจัยพิจารณาข้อมูลความต้องการในการพัฒนา ปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นดำเนินการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในการเรียนภาคทดลองในรายวิชา พย.1203 หลักการและเทคนิคการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยคณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา ในส่วนข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาโดยใช้เวลา 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนธันวาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความต้องการในการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มก่อนการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มหลังการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มก่อนการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มหลังการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่ใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล คือ นอกเวลาราชการ คิดเป็นร้อยละ 86.90 และ 84.10 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลาต่อสัปดาห์ คือ 1-5 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 61.54 และ 62.91 ตามลำดับ รองลงมา คือ 6-10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 28.46 และ 21.85 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 5.53 ชั่วโมง (*SD* = 4.49) และ 6.12 ชั่วโมง (*SD* = 4.45) ตามลำดับ และวันที่ใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลา คือ วันพุธ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.54 และ 52.32 ตามลำดับ รองลงมา คือ วันพฤหัสบดี และวันอังคาร คิดเป็นร้อยละ 50.77 และ 49.67 ตามลำดับ

2. ความต้องการในการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล

2.1 ความต้องการให้มีการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลต้องการให้มีการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ เพิ่มจำนวนอุปกรณ์ที่ทันสมัยให้เพียงพอกับจำนวนนักศึกษา เช่น กระจกชนิดยา เข็มชนิดยา ยาชนิดชนิดหลอด ชุดสวนปัสสาวะ จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 58.46 รองลงมา คือ เพิ่มจำนวนหุ่นจำลองที่เสมือนจริงให้เพียงพอกับจำนวนนักศึกษา เช่น หุ่น/แขนสำหรับชนิดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ เข้าชั้นใต้ผิวหนัง รวมถึงหุ่นชนิดยาที่สามารถบอกได้ว่าการชนิดยาตรงตำแหน่งที่ถูกต้อง หุ่นทำแผล หุ่นใส่สายสวนปัสสาวะ หุ่นใส่สายยางให้อาหารจากจมูกถึงกระเพาะอาหาร แขนจำลองสำหรับการเจาะเลือด จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 43.08 และขยายเวลาการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลา เพราะส่วนใหญ่ักศึกษาจะเรียนในรายวิชาต่างๆ ทั้งวัน จึงต้องใช้เวลาฝึกซ้อมนอกเวลา จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 10

2.2 ทักษะทางการพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องฝึกมากที่สุด พบว่า นักศึกษาพยาบาลคิดว่าทักษะ

ทางการพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การใส่สายสวนปัสสาวะ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 52.31 การฉีดยา จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 20.77 และการใส่สายยางให้อาหารจากจมูกถึงกระเพาะอาหาร จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 12.31

2.3 ปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองในห้องปฏิบัติการพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลคิดว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองในห้องปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การมีอุปกรณ์ครบถ้วน ทันสมัย พร้อมใช้ และเพียงพอกับความต้องการ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 53.08 การมีหุ่นจำลองที่เสมือนจริง และการได้ลงมือทำจริงๆ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 24.62 และการฝึกด้วยตนเองนอกเวลา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 20.77

2.4 การปรับเปลี่ยนระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลคิดว่าไม่ต้องปรับเปลี่ยนระเบียบ เพราะระเบียบเดิมดีอยู่แล้ว จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 47.69 รองลงมา คือ เสนอแนะให้ขยายเวลาเปิดห้องปฏิบัติการพยาบาลถึงเวลา 21.00 น. หรือ 22.00 น. เพราะหุ่นและอุปกรณ์การฝึกทักษะการพยาบาลบางอย่างมีจำนวนจำกัด ทำให้ต้องมีการรอกิว บางครั้งไม่ได้ฝึกทักษะการพยาบาล เพราะหมดเวลาการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลยังต้องการให้มีเจ้าหน้าที่

ที่พร้อมให้บริการใช้ห้องและยืมอุปกรณ์การฝึกทักษะการพยาบาล จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.85 และต้องการให้มีการเปิดใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องขออนุญาตใช้ห้อง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.08

3. ความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล (ก่อนการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล) พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.85, SD = .48$) เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการพยาบาล ($M = 4.52, SD = .50$) รองลงมา คือ การจัดอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลเป็นระเบียบเรียบร้อย ($M = 4.22, SD = .71$) และ ความสะดวกในการมาใช้บริการห้องปฏิบัติการพยาบาล ($M = 4.15, SD = .64$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความเพียงพอของจำนวนอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ($M = 3.15, SD = .83$) และ ความเหมาะสมของจำนวนคอมพิวเตอร์สำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลสื่อออนไลน์ ($M = 3.15, SD = .92$) รองลงมา คือ ความเหมาะสมของจำนวนฐานข้อมูลสื่อออนไลน์ในคอมพิวเตอร์ ($M = 3.24, SD = .95$) และ คู่มือสำหรับการค้นหาอุปกรณ์การพยาบาลต่างๆ ใช้งานได้ง่าย ($M = 3.65, SD = .75$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล
ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วย
ตนเอง (n = 130)

ความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.52	.50	มากที่สุด
2. ความสะดวกในการมาใช้บริการห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.15	.64	มาก
3. คู่มือสำหรับการค้นหาอุปกรณ์การพยาบาลต่างๆ ใช้งานได้ง่าย	3.65	.75	มาก
4. การจัดอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลสะดวกต่อการหยิบใช้	4.05	.79	มาก
5. การจัดอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลเป็นระเบียบเรียบร้อย	4.22	.71	มาก
6. ความเพียงพอของจำนวนอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	3.15	.83	ปานกลาง
7. ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	3.69	.82	มาก
8. ความทันสมัยของอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	3.66	.89	มาก
9. ความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ของคู่มือการใช้อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการพยาบาล	3.88	.75	มาก
10. ความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ในการจัดตารางการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล	3.97	.67	มาก
11. ความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในเวลาเรียน	4.04	.65	มาก
12. ความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลาเรียน	3.77	.68	มาก
13. ความเหมาะสมของจำนวนฐานคอมพิวเตอร์สำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลสื่อออนไลน์	3.15	.92	ปานกลาง
14. ความเหมาะสมของจำนวนฐานข้อมูลสื่อออนไลน์ในคอมพิวเตอร์	3.24	.95	ปานกลาง
15. ความเหมาะสมของระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล	3.97	.70	มาก
16. ขั้นตอนการยืมอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.05	.63	มาก
17. ขั้นตอนการคืนอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.04	.62	มาก
18. การให้บริการของผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.00	.68	มาก
โดยรวม	3.85	.48	มาก

4. การพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา โดยพิจารณาจากข้อมูลความต้องการในการพัฒนา และความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองต่ำสุด 3 อันดับแรก ดังนี้

4.1 ชื่อหุ่นจำลองการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม ได้แก่ 1) หุ่นสวนปัสสาวะครึ่งตัวเพศชายที่หนังหุ้มอวัยวะเพศ รูดได้คล้ายของจริง และเมื่อสวนปัสสาวะถูกต้อง จะมีปัสสาวะไหลออกมา จำนวน 1 ตัว 2) หุ่นฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ต้นแขนที่มีสัญญาณเมื่อนัดถูกต้อง จำนวน 1 ตัว และ 3) หุ่นฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อสะโพกที่สามารถเปิดสะโพกให้เห็นกล้ามเนื้อ หลอดเลือด และเส้นประสาท ที่ต้องระมัดระวัง

เมื่อฉีดยา จำนวน 1 ตัว

4.2 จัดเตรียมแผลปลอมชนิดต่างๆ เพิ่มเติมไว้ให้นักศึกษาได้ฝึกทำความสะอาดแผลนอกเวลา

4.3 จัดซื้อและเตรียมอุปกรณ์สำหรับการฝึกทักษะการพยาบาลให้เพียงพอกับจำนวนนักศึกษา เช่น กระบอกฉีดยา เข็มฉีดยา ยาฉีดชนิดหลอด สายยางให้อาหาร ชุดสวนปัสสาวะ

4.4 เพิ่มจำนวนคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมโยงระบบอินเทอร์เน็ต และจัดหาสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การสวนปัสสาวะ การฉีดยา และการทำแผล โดยสามารถดาวน์โหลดได้ทางอินเทอร์เน็ต เพื่อให้นักศึกษาได้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติม

4.5 ปรับระบบการยืม-คืนอุปกรณ์ และระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลาให้สามารถใช้งานได้สะดวกและนานขึ้น

4.6 ประสานให้อาจารย์ที่สอนภาคทดลองในรายวิชา พย.1203 หลักการและเทคนิคการพยาบาลในแต่ละกลุ่ม เน้นให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการฝึกทักษะการพยาบาลด้วยตนเองและมีความต้องการในการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งแนะนำการใช้และการดูแลรักษาอุปกรณ์สำหรับการฝึกทักษะการพยาบาลในแต่ละกลุ่ม

5. ความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล (หลังการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล) พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.99, SD = .37$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการพยาบาล ($M = 4.58, SD = .50$) รองลงมา คือ การจัดอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลเป็นระเบียบเรียบร้อย ($M = 4.30, SD = .43$) และ ความเหมาะสมของระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล ($M = 4.28, SD = .62$) และ การให้บริการของผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการพยาบาล ($M = 4.28, SD = .56$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความเหมาะสมของจำนวนคอมพิวเตอร์สำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลสื่อออนไลน์ ($M = 3.25, SD = .86$) รองลงมา คือ ความเพียงพอของจำนวนอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ($M = 3.26, SD = .75$) และ ความเหมาะสมของจำนวนฐานข้อมูลสื่อออนไลน์ในคอมพิวเตอร์ ($M = 3.56, SD = .80$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล หลังการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง (n = 151)

ความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.58	.50	มากที่สุด
2. ความสะดวกในการมาใช้บริการห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.23	.62	มาก
3. คู่มือสำหรับการค้นหาอุปกรณ์การพยาบาลต่างๆ ใช้งานได้ง่าย	3.72	.66	มาก
4. การจัดอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลสะดวกต่อการหยิบใช้	4.05	.65	มาก
5. การจัดอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลเป็นระเบียบเรียบร้อย	4.30	.43	มาก
6. ความเพียงพอของจำนวนอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	3.26	.75	ปานกลาง
7. ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	3.69	.77	มาก
8. ความทันสมัยของอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	3.87	.70	มาก
9. ความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ของคู่มือการใช้อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการพยาบาล	3.99	.64	มาก
10. ความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ในการจัดตารางการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.16	.54	มาก
11. ความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในเวลาเรียน	4.21	.57	มาก
12. ความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลนอกเวลาเรียน	4.10	.67	มาก
13. ความเหมาะสมของจำนวนคอมพิวเตอร์สำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลสื่อออนไลน์	3.25	.86	ปานกลาง
14. ความเหมาะสมของจำนวนฐานข้อมูลสื่อออนไลน์ในคอมพิวเตอร์	3.56	.80	มาก
15. ความเหมาะสมของระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.28	.62	มาก
16. ขั้นตอนการยืมอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.23	.58	มาก
17. ขั้นตอนการคืนอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.23	.56	มาก
18. การให้บริการของผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการพยาบาล	4.28	.56	มาก
โดยรวม	3.99	.37	มาก

6. การเปรียบเทียบความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มก่อนการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มหลังการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มหลังการพัฒนา

ห้องปฏิบัติการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.925, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มก่อนการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล กับกลุ่มหลังการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล

ช่วงเวลา	n	M	SD	t	p
ก่อนการพัฒนา	130	3.85	.48	2.925	.004
หลังการพัฒนา	151	3.99	.37		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า จากผลการสำรวจความต้องการในการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง นักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญกับความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์และหุ่นจำลองต่อจำนวนนักศึกษา การขยายเวลาให้บริการของห้องปฏิบัติการนอกเวลา และความเหมาะสมของคอมพิวเตอร์และสื่อออนไลน์ในคอมพิวเตอร์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Strand, Nåden, and Slettebø (2009) ที่ศึกษาการเรียนรู้ของนักศึกษาในห้องปฏิบัติการฝึกทักษะ พบว่า การมีเวลาเพียงพอสำหรับการฝึกทักษะการปฏิบัติเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Haraldseid, Friberg, and Aase (2015) ที่ศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ทักษะทางคลินิกในห้องปฏิบัติการ พบว่า ปัจจัยด้านกายภาพ (สิ่งอำนวยความสะดวก วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือประกอบการเรียนรู้ และแนวทางปฏิบัติการพยาบาล) ปัจจัยด้านจิตสังคม (ความคาดหวัง การให้ข้อมูลย้อนกลับ และสัมพันธภาพ) และปัจจัยด้านองค์กร (ทรัพยากรขององค์กร และโครงสร้างหลักสูตร) มีผลต่อสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ทักษะทางคลินิกในห้องปฏิบัติการของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มหลังการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลนั้นสอดคล้องกับความต้องการในการพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา ได้แก่ การเพิ่มหุ่นจำลองและวัสดุอุปกรณ์ให้มีจำนวนเพียงพอและพร้อมใช้สำหรับนักศึกษา การปรับเปลี่ยนการให้บริการของห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีการขยายเวลาให้บริการนอกเวลา และการปรับเปลี่ยนระบบการยืม-คืนวัสดุอุปกรณ์ให้ง่ายและสะดวกขึ้น รวมทั้งมีการติดตั้งคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ต ทำให้นักศึกษามีโอกาสเข้าถึงและฝึกทักษะการพยาบาลได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ด้านสิ่งแวดล้อมในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่ยังคงมีการรักษาสภาพแวดล้อมและบรรยากาศของห้องปฏิบัติการพยาบาลที่คล้ายกับอยู่ในสถานการณ์จริง ห้องมีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย และเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีการเปิดใช้เครื่องปรับอากาศ ทำให้อุณหภูมิในห้องปฏิบัติการพยาบาลเย็นสบาย จึงทำให้นักศึกษามีความประทับใจและเป็นตัวกระตุ้นให้มีความสนใจที่จะใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ การขยายเวลาเปิดให้บริการนอกเวลา ทำให้นักศึกษามีความประทับใจในการอำนวยความสะดวก ทำให้สามารถไปฝึกซ้อม

ทักษะการพยาบาลได้ตามความต้องการของตนเองจน นักศึกษามีความชำนาญและมีความคล่องแคล่วในการปฏิบัติ ทักษะการพยาบาลมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับที่ Fraser and Walberg (1991) กล่าวว่า ผู้เรียนจะมีการเรียนรู้ ด้วยตนเองและมีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ดีขึ้นเมื่ออยู่ใน สภาพแวดล้อมที่ผู้เรียนต้องการ ส่วนการจัดสิ่งแวดล้อม ที่จะช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้เกิดความสะดวกสบาย ทำให้ผู้เรียนมีความตั้งใจ มีกำลังใจ และมีความพึงพอใจ ในการเรียน และเกิดการเรียนรู้ในที่สุด (อรพินธุ์ ประสิทธิ์รัตน์, 2545) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรพต สร้อยศรี (2556) ที่ศึกษาการพัฒนาห้องเรียน ดั้งเดิมสำหรับการเรียนแบบร่วมกันที่เน้นปฏิบัติจริง ในระดับอุดมศึกษา พบว่า นักศึกษาระดับอุดมศึกษามี ความพึงพอใจในการใช้ห้องเรียนต้นแบบในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรสำรวจปัญหาและ ความพึงพอใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา ทุกปีการศึกษา จัดให้มีวัสดุอุปกรณ์และหุ่นจำลองสำหรับการ ฝึกทักษะการพยาบาลที่พร้อมใช้และเพียงพอสำหรับ จำนวนนักศึกษา และเปิดให้บริการห้องปฏิบัติการพยาบาล นอกเวลา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และความคงทน ของความสามารถในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของ นักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

บรรพต สร้อยศรี. (2556). *การพัฒนาห้องเรียนต้นแบบ สำหรับการเรียนแบบร่วมกันที่เน้นปฏิบัติจริงใน ระดับอุดมศึกษา* (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาคุชฎี บัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วิจารณ์ พานิช. (2556). *การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสยามกัมมาจล.

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2556). *หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555*. ม.ป.ท.

สถาบันพระบรมราชชนก. (2558). *คู่มือการประกันคุณภาพ การศึกษาภายใน วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรม ราชชนก*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สภาการพยาบาล. (2556). *คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษา วิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. นนทบุรี: จุฑทอง. อรพินธุ์ ประสิทธิ์รัตน์. (2545). สภาพแวดล้อมการเรียนรู้. *สารานุกรมศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 25, 57-64.

Fraser, B. J., & Walberg, H. J. (Eds.). (1991). *Educational environments: Evaluation, antecedents and consequences*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Haraldseid, C., Friberg, F., & Aase, K. (2015). Nursing students' perceptions of factors influencing their learning environment in a clinical skills laboratory: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(9), e1-e6.

Strand, I., Nåden, D., & Slettebø, Å. (2009). Students learning in a skills laboratory. *Vård I Norden*, 29(3), 18-22.

การพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ ในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี Development of a Simulation-Based Learning Model for Encouraging Perceive Self-efficacy in Utilizing Nursing Process among Nursing Students at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

บุชนาก ปรภาศ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹
Nutchanat Prakas, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

จิตติยา สมบัติบุรณ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ²
Jittiya Sombutboon, M.N.S. (Gerontology Nursing) ²

สุกัญญา ชันวิเศษ, วท.ม. (การพยาบาลที่เน้นการดูแล) ³
Sukanya Khanwiset, M.S. (Caring Science with Specialization in Nursing) ³

Received: May 2, 2019

Revised: May 13, 2019

Accepted: May 30, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบต่อการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2560 จำนวน 117 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง สถานการณ์เสมือนจริง หุ่นมนุษย์เสมือนจริง อุปกรณ์ทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง มีค่าความเชื่อมั่น .95 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษา/รวบรวมข้อมูล 2) สร้างรูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) ปรับปรุง/พัฒนารูปแบบ 5) นำรูปแบบที่ปรับปรุง/พัฒนาแล้วไปใช้จริง และ 6) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ในช่วงวันที่ 27 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติ paired *t*-test ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

¹ Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nuch_pra@hotmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

³ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

³ Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนรู้ ระยะที่ 2 การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล และระยะที่ 3 การสะท้อนคิดและประเมินผลสัมฤทธิ์ การเรียนรู้ 2) หลังการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล สูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.232, p < .001$) และ 3) นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.38, SD = .46$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง การรับรู้ความสามารถของตนเอง กระบวนการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research and development aimed to develop a simulation-based learning model and to examine its effectiveness on perceived self-efficacy in utilizing nursing process among nursing students. The samples were 117, 4th-year nursing students at Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi in an academic year of 2017. The research instruments were composed of a question guideline for focus group, a simulation-based learning model, the simulations, a human model, the medical devices, a perceived self-efficacy in utilizing nursing process questionnaire with the reliability of .96, and a satisfaction on using a simulation-based learning model questionnaire with the reliability of .95. The implementation and data collection were conducted through 6 steps including: 1) collect and analyze data, 2) develop the model, 3) try out the model, 4) improve and develop the model, 5) test the model, and 6) evaluate the effectiveness of the model from October 27, 2017 to June 30, 2018. Content analysis, paired *t*-test, mean, and standard deviation were used for data analysis.

The research results revealed that the simulation-based learning model consisted of 3 stages including: stage 1, the teaching-learning situation analysis for developing the temporary model; stage 2, the learning management of simulation-based for encouraging perceived self-efficacy in utilizing nursing process; and stage 3, the reflection and evaluation the learning outcomes; 2) after learning, nursing students had statistically significant higher mean score of perceived self-efficacy in utilizing nursing process than before learning ($t = 6.232, p < .001$); and 3) the overall mean score of satisfaction on using a simulation-based learning model among nursing students was at a high level ($M = 4.38, SD = .46$).

This research suggests that nursing instructors should apply this simulation-based learning model as a guideline for nursing practicum learning management in order to encourage perceived self-efficacy in utilizing nursing process among nursing students.

Keywords: Simulation-based learning, Perceive self-efficacy, Nursing process, Nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ให้นักศึกษาสามารถบูรณาการความคิด โดยสามารถคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ สมเหตุสมผล และสามารถนำความรู้ภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ทั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูล การระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งให้นักศึกษามีความสามารถในการตัดสินใจ เพื่อการจัดการ การเผชิญสถานการณ์ ซึ่งสถาบันการศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนอยู่เสมอ เพื่อให้เท่าทันกับสถานการณ์แวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ ในยุคศตวรรษที่ 21 การศึกษาเปลี่ยนจากการเน้นด้านความรู้มาเป็นด้านทักษะ เน้นการเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมใหม่ (learning and innovation skills) และให้หมั่นฝึกฝน พัฒนาตนเองให้เกิดทักษะ กล่าวคือ เรียนโดยการปฏิบัติ มีการคิดวิเคราะห์ เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ มีทักษะในการสื่อสารและทักษะแห่งความร่วมมือ สถาบันการศึกษาจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ให้นักศึกษามีทักษะการเรียนรู้ตามที่กำหนด โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ นักศึกษาสามารถนำความรู้ภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งนักศึกษาส่วนหนึ่งประสบปัญหาในช่วงการเปลี่ยนผ่าน โดยขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง หรือเกิดความสงสัยในตนเอง ทำให้รบกวนและส่งผลต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์ใหม่หรือสถานการณ์การเรียนรู้ที่มีความยากหรือซับซ้อน ในคลินิก ซึ่งการเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับ

นักศึกษาพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง จะมีเป้าหมายในการฝึกปฏิบัติที่ชัดเจนและประสบความสำเร็จ สามารถปฏิบัติหัตถการที่มีความยากและซับซ้อนได้ดี และมีความวิตกกังวลน้อยกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำ (Lundberg, 2008) ซึ่งการสร้างเชื่อมั่นในการนำความรู้ภาคทฤษฎีไปสู่การปฏิบัตินั้น ไม่สามารถเรียนรู้ได้ในชั้นเรียนภาคทฤษฎี จำเป็นต้องจัดการเรียนรู้ที่สร้างสถานการณ์ให้นักศึกษาได้มีการฝึกปฏิบัติจริงจนเกิดความมั่นใจ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของผู้สอนในคลินิก ทั้งนี้ Bandura กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceive self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ภายใต้สถานการณ์เฉพาะ (Bandura, 1977; Bandura & Jourden, 1991) หากบุคคลเห็นว่า การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเกิดประโยชน์ ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูง และหากได้ทำกิจกรรมใดจนเกิดความสำเร็จได้ด้วยตนเอง จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (simulation-based learning) เป็นการจัดการเรียนรู้วิธีหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยผู้สอนมีหน้าที่สนับสนุน ช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีการสะท้อนคิดสิ่งที่สังเกตได้จากการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการซึมซับประสบการณ์จากผู้อื่น เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ก่อให้เกิดการสร้างความคิดรวบยอดจากประสบการณ์การปฏิบัติจริงและการสะท้อนคิด การปฏิบัติ (Kolb, 1984, 1994; Kolb & Kolb, 2009) โดยสามารถปฏิบัติซ้ำจนเกิดความมั่นใจ ภายใต้บรรยากาศ

ที่เสมือนจริง แต่มีความผ่อนคลายมากกว่าการเผชิญสถานการณ์โดยที่ยังไม่ผ่านการฝึกมาก่อน จากการศึกษาที่ผ่านมา หลายการศึกษาพบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษา (มาลินี บุญเกิด, ฤทัยรัตน์ มั่งอะนะ, และสุกัญญา กระเบียด, 2558; สุภรัตน์ แจ่มแจ่ม และคณะ, 2560; สมจิตต์ สินธุชัย, กัญยรัตน์ อุบลวรรณ, และสุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์, 2560; Winum, 2017)

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีปรัชญาในการศึกษาว่า การพยาบาลเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ต้องบูรณาการศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร คุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายเชิงวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ใช้บริการภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการจัดการศึกษาพยาบาลจะต้องมีมาตรฐานและการประกันคุณภาพที่เป็นระบบ มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ มีวิธีการสอนที่หลากหลาย จัดประสบการณ์ให้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง พัฒนาทักษะการคิดที่เป็นระบบและทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อต่อยอดความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทั้งนี้ การเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในปัจจุบัน มุ่งเน้นการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ต้องการให้ผู้เรียนสามารถรวบรวมทักษะต่างๆ ไปปฏิบัติงานที่ต้องอาศัยความคิดซับซ้อนและความรู้ลึกซึ้ง เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาและการสร้างสรรค์ความรู้ มุ่งเน้นการจัดการเรียนรู้ที่มีผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยมีการจัดการเรียนรู้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาโดยนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนนักศึกษาในคลินิกพบว่าการจัดการเรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 ที่ผ่านมานักศึกษาพยาบาลได้ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 และ 2 ซึ่งพบว่า นักศึกษาส่วนหนึ่งยังขาดความมั่นใจในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการวางแผนการพยาบาล นำไปสู่ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งนี้ การที่

นักศึกษาขาดทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลในสถานการณ์จริง ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเมื่อฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และอาจทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่น ไม่ไว้วางใจ นำไปสู่การปฏิเสธการฝึกปฏิบัติหัตถการต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้การดูแลขาดมาตรฐาน และเกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยในฐานะผู้สอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อให้นักศึกษาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และได้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ สามารถนำความรู้ภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าจะมีผู้ศึกษาโปรแกรมที่ช่วยในการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอื่น แต่ในสถานการณ์การจัดการศึกษาพยาบาลที่มีความแตกต่างกันในบริบททั้งด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน และด้านสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ล้วนมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทนั้นๆ คณะผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทอย่างแท้จริง ซึ่งคณะผู้วิจัยเชื่อว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้ นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น อันนำไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ที่กำหนดให้บัณฑิตสามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรือวิจัยในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ อีกทั้งอาจารย์ยังสามารถนำไปใช้ปรับปรุงการจัดการเรียนรู้เพื่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้

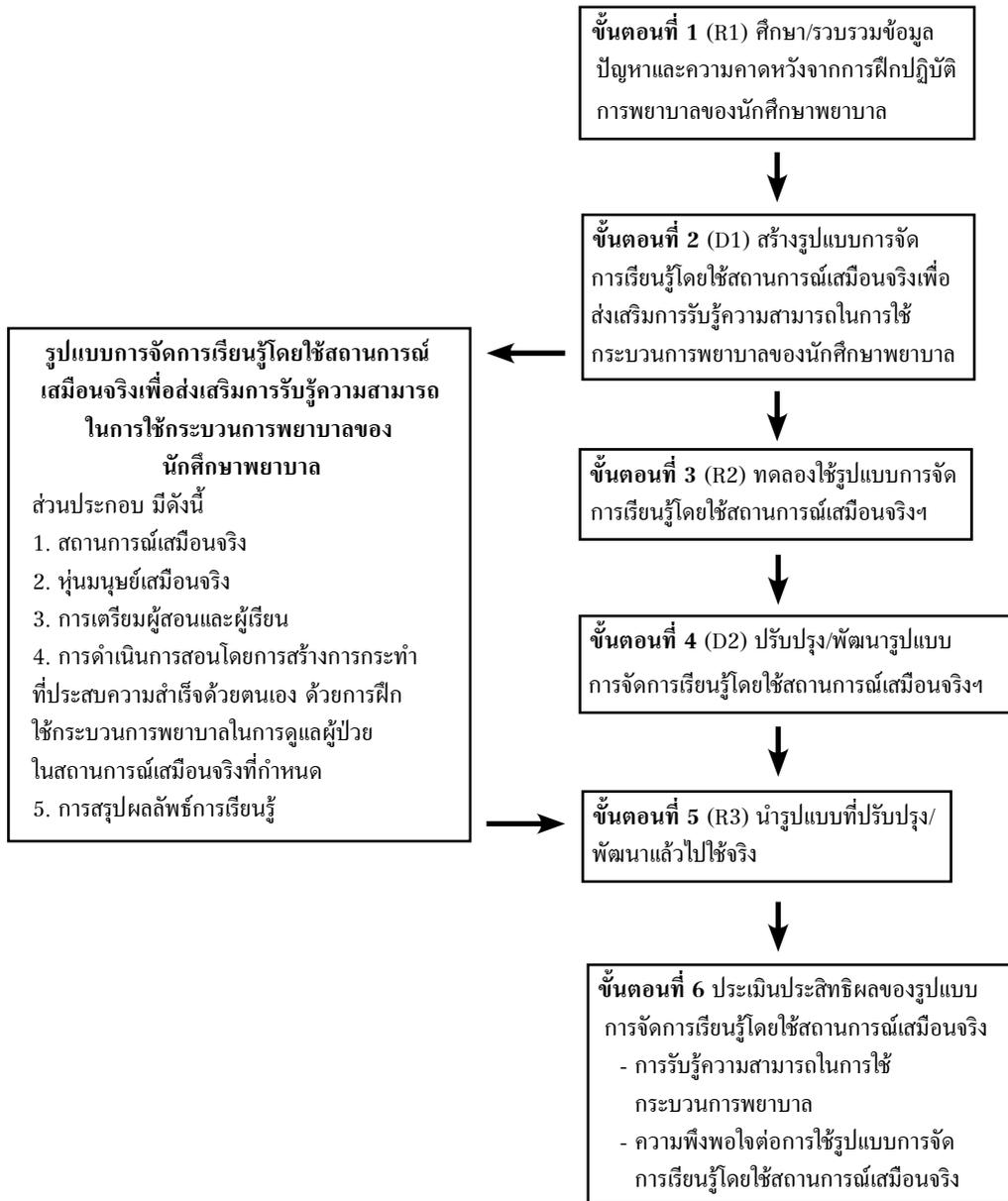
สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ต่อการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) และแนวคิดกระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ซึ่งการเรียนรู้ความสามารถหรือความมั่นใจของบุคคลในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ภายใต้สถานการณ์เฉพาะ (Bandura, 1977; Bandura & Jourden, 1991) นอกจากนี้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ ยังเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเป็นการประเมินพฤติกรรมเฉพาะที่ปฏิบัติว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง หากเห็นว่าเกิดประโยชน์

ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูง ทั้งนี้ การสร้างการเรียนรู้ความสามารถของตนเองที่สำคัญ คือ การปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่ง Bandura (1986) กล่าวว่า การที่บุคคลได้ทำกิจกรรมใดจนเกิดความเข้าใจได้ด้วยตนเอง จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องนั้นสูง และเชื่อว่าหากได้ทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันอีก จะสามารถทำได้สำเร็จเหมือนครั้งก่อน โดยมีอิทธิพลสูงสุดในการสร้างการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีการออกแบบโดยศึกษาปัญหาและความคาดหวังในผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติของผู้เรียน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ และใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่ออกแบบจากข้อมูลของผู้ป่วยจริง ให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติทักษะการใช้กระบวนการพยาบาล และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้เป็นเสมือนสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย โดยคาดหวังว่าจะทำให้ผู้เรียนเกิดการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น และพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2560 จำนวน 526 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 รายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 และรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 117 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความคาดหวังจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และความคิดเห็นของผู้สอนเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการเตรียมการพัฒนาารูปแบบการจัดการเรียนรู้

2. รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเริ่มจากการสร้างรูปแบบชั่วคราว แล้วนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จากนั้นมีการปรับปรุง/พัฒนารูปแบบ จนได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่สมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้

3. สถานการณ์เสมือนจริง คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยจริง จำนวน 2 เรื่อง คือ เรื่อง ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่ง และเรื่อง ภาวะช็อกจากการเสียเลือดและเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่ง

4. หุ่นมนุษย์เสมือนจริง และอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยหุ่นมนุษย์เสมือนจริงเป็นหุ่นแบบเต็มตัว จำนวน 1 ตัว

5. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัย

ดัดแปลงจากแบบสอบถามของวารุณี สุวรรวัฒนกุล และยศพล เหลืองโสมนภา (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินสภาพ ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ด้านการวางแผนการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการประเมินผลการพยาบาล รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อย มั่นใจ ปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถในระดับน้อยที่สุด (1-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5 คะแนน)

6. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบสถานการณ์ ด้านกิจกรรมการเรียนการสอนขณะใช้สถานการณ์ และด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่พึงพอใจเลย พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่ผ่านการอบรมเรื่องการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงจากต่างประเทศ อาจารย์พยาบาลที่ผ่านการอบรมเรื่องการสอนแบบสะท้อนคิดจากต่างประเทศ และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นดำเนินการปรับปรุง/พัฒนารูปแบบ จนได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่สมบูรณ์ ส่วนแบบสอบถามรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (กลุ่มเดิม) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .96 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 017 วันที่ 27 ตุลาคม 2560) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้นั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (R1) ศึกษา/รวบรวมข้อมูลปัญหาและความคาดหวังจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยดำเนินการดังนี้

1.1 ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการ และตำราที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้เรียนทางพยาบาลศาสตร์

1.2 ศึกษาปัญหาในการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชา พย.1316 ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 โดยดำเนินการดังนี้

1.2.1 สนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับปัญหา ก่อนและหลังการฝึกภาคปฏิบัติ รวมทั้งความคาดหวังจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยดำเนินการสนทนากลุ่มนักศึกษา กลุ่มละ 8-9 คน

1.2.2 สนทนากลุ่มอาจารย์ผู้สอนเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการสอนนักศึกษาภาคปฏิบัติ โดยดำเนินการสนทนากลุ่มอาจารย์ผู้สอน จำนวน 12 คน

ขั้นตอนที่ 2 (D1) สร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาจากขั้นตอนที่ 1 มาวางแผนเพื่อแก้ปัญหาที่พบ และสร้างรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงชั่วคราว โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง และแนวคิดกระบวนการพยาบาล โดยดำเนินการดังนี้

2.1 สร้างสถานการณ์เสมือนจริง จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้เรียนแสดงออกถึงการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินสภาพ ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ด้านการวางแผนการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการประเมินผลการพยาบาล โดยออกแบบสถานการณ์เสมือนจริงจากข้อมูลของผู้ป่วยจริงที่นักศึกษาไม่เคยพบเมื่อฝึกปฏิบัติงาน และใช้หุ่นมนุษย์เสมือนจริง อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เสมือนจริง ซึ่งสถานการณ์ที่สร้างขึ้น คือ เรื่องภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่ง

2.2 นำสถานการณ์เสมือนจริงที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม

2.3 ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขสถานการณ์เสมือนจริงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 (R2) ทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง โดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยดำเนินการดังนี้

3.1 เตรียมสถานการณ์เสมือนจริง เรื่อง ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตเนคั่ง

3.2 เตรียมและทดสอบหุ่นมนุษย์เสมือนจริง เพื่อให้พร้อมใช้งาน

3.3 เตรียมความพร้อมของผู้สอนและผู้เรียน ดังนี้

3.3.1 ผู้สอน โดยกำหนดผลลัพท์การเรียนรู้ วางแผนการสอนโดยประเมินจากสถานการณ์ จัดเตรียมด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ประชุมทีมอาจารย์ผู้สอน โดยใช้อาจารย์ผู้สอน 3 คน แบ่งหน้าที่ดังนี้ คนที่ 1 อยู่ในสถานการณ์เสมือนจริงพร้อมกับนักศึกษา คนที่ 2 และคนที่ 3 อยู่ในห้องควบคุมหุ่นมนุษย์เสมือนจริง และเตรียมสถานการณ์เสมือนจริง เรื่อง ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตเนคั่ง โดยอาจารย์ผู้สอนให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการเข้าสถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้เวลา 10-15 นาที ทั้งนี้ แบ่งนักศึกษาออกเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน

3.3.2 ผู้เรียน โดยปฐมุนิเทศเกี่ยวกับการเข้าสถานการณ์เสมือนจริง และให้ศึกษาภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตเนคั่ง มาล่วงหน้า

3.4 ดำเนินการสอน มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 อธิบายก่อนปฏิบัติ โดยคณะผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระบุบทบาทของผู้สอนและผู้เรียนแต่ละคน อธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์เสมือนจริง แนะนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ อธิบายกติกากการเข้าสถานการณ์เสมือนจริง และสอบถามความรู้สึกของนักศึกษาในการเข้าสถานการณ์เสมือนจริง

3.4.2 ปฏิบัติตามสถานการณ์เสมือนจริง และสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษาในขณะที่เข้าสถานการณ์

3.4.3 สรุปและสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ โดยคณะผู้วิจัยสอบถามความรู้สึก สรุป และสะท้อนคิด

3.5 สรุปผลลัพท์การเรียนรู้ อาจารย์ผู้สอนสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของสถานการณ์เสมือนจริง ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการเรียนการสอน พร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการใช้

กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล หลังการเข้าสถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้เวลา 20-25 นาที

3.6 คณะผู้วิจัยขอคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับปรุงแก้ไขสถานการณ์เสมือนจริงจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

ขั้นตอนที่ 4 (D2) ปรับปรุง/พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง โดยปรับปรุงแก้ไขสถานการณ์เสมือนจริงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ซึ่งนำข้อมูลจากผู้ป่วยจริง พัฒนาเป็นสถานการณ์เสมือนจริง เรื่อง ภาวะช็อกจากการเสียเลือดและเลือดเป็นกรดจากคีโตเนคั่ง

ขั้นตอนที่ 5 (R3) นำรูปแบบที่ปรับปรุง/พัฒนาแล้วไปใช้จริง โดยนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ที่สมบูรณ์ไปใช้ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 117 คน โดยดำเนินการดังนี้

5.1 เตรียมสถานการณ์เสมือนจริง เรื่อง ภาวะช็อกจากการเสียเลือดและเลือดเป็นกรดจากคีโตเนคั่ง

5.2 เตรียมและทดสอบหุ่นมนุษย์เสมือนจริง เพื่อให้พร้อมใช้งาน

5.3 เตรียมความพร้อมของผู้สอนและผู้เรียน ดังนี้

5.3.1 ผู้สอน โดยกำหนดผลลัพท์การเรียนรู้ วางแผนการสอนโดยประเมินจากสถานการณ์ จัดเตรียมด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ประชุมทีมอาจารย์ผู้สอน โดยใช้อาจารย์ผู้สอน 4 คน แบ่งหน้าที่ดังนี้ คนที่ 1 อยู่ในสถานการณ์เสมือนจริงพร้อมกับนักศึกษา คนที่ 2 สังเกตการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของนักศึกษา คนที่ 3 และคนที่ 4 อยู่ในห้องควบคุมหุ่นมนุษย์เสมือนจริง และเตรียมสถานการณ์เสมือนจริง เรื่อง ภาวะช็อกจากการเสียเลือดและเลือดเป็นกรดจากคีโตเนคั่ง นอกจากนี้ยังมีการชี้แจงอาจารย์ผู้สอนเกี่ยวกับการจัดกลุ่มนักศึกษาและช่วงเวลาในการเรียน โดยจะมีการแบ่งกลุ่มนักศึกษาออกเป็น 20 กลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน และให้จับกลุ่มคู่กัน ได้จำนวน

10 กลุ่ม เพื่อนำนักศึกษาเข้าสถานการณ์เสมือนจริงวันละ 5 กลุ่ม (ใช้เวลารวม 2 วัน) ในการดำเนินสถานการณ์ (pre-brief) ใช้เวลา 10 นาที การสอนโดยเข้าสถานการณ์เสมือนจริง ใช้เวลา 20 นาที และมีการสะท้อนคิดทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการเข้าสถานการณ์ (immediate debrief) โดยใช้เวลา 15 นาที รวมทั้งมีการสะท้อนคิดหลังจากให้นักศึกษาพัก 5 นาที (emergent debrief) ใช้เวลา 10 นาที รวมเวลาในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง กลุ่มละ 60 นาที จากนั้นอาจารย์ผู้สอนให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการเข้าสถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้เวลา 10-15 นาที

5.3.2 ผู้เรียน โดยปฐมนิเทศเกี่ยวกับการเข้าสถานการณ์เสมือนจริง และให้ศึกษาภาวะช็อกจากการเสียเลือดและเลือดเป็นกรดจากคีโตเนคrosis มาล่วงหน้า

5.4 ดำเนินการสอน มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

5.4.1 อธิบายก่อนปฏิบัติ โดยคณะผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระบุบทบาทของผู้สอนและผู้เรียนแต่ละคน อธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์เสมือนจริง แนะนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ อธิบายหลักการเข้าสถานการณ์เสมือนจริง และสอบถามความรู้สึกของนักศึกษาในการเข้าสถานการณ์เสมือนจริง

5.4.2 ปฏิบัติตามสถานการณ์เสมือนจริง และสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษาในขณะที่เข้าสถานการณ์

5.4.3 สรุปและสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ โดยคณะผู้วิจัยสอบถามความรู้สึก สรุป และสะท้อนคิด

5.5 สรุปผลลัพธ์การเรียนรู้ อาจารย์ผู้สอนสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของสถานการณ์เสมือนจริง ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการเรียนการสอน รวมทั้งประเมินความคิดเห็นและความรู้สึกของนักศึกษา โดยเปรียบเทียบกับความคาดหวังในผลลัพธ์การเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง โดยให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ ในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเรียนรู้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้

สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้เวลา 20-25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 27 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการเรียนรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลความพึงพอใจต่อการเรียนรู้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล หลังการเรียนรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบการจัดการเรียนรู้ ระยะที่ 2 การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยผ่านการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติบทบาททั้งผู้สอนและผู้เรียน การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองให้แก่ผู้เรียน โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการฝึกการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง จนเกิดความมั่นใจ จัดกลุ่มผู้เรียนให้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตามเวลาที่กำหนด โดยผู้เรียนปฏิบัติบทบาท สังเกต และประเมินการเรียนรู้ และระยะที่ 3 การสะท้อนคิดและประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิด ชี้แนะแนวทางให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้จากสถานการณ์เสมือนจริงไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง ผู้เรียนสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกับผู้สอน เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การเรียนรู้ สังเคราะห์ สรุปหลักการและความคิดรวบยอด

จากประสบการณ์ที่ได้รับ สะท้อนความคิดเห็น ความรู้สึก ต่อการจัดการเรียนรู้ และสรุปผลลัพธ์การเรียนรู้ รูปแบบ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริม

การรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของ นักศึกษาพยาบาล แสดงในแผนภาพที่ 2



สรุปผลลัพธ์การเรียนรู้

- สรุปผลลัพธ์การเรียนรู้ในเหตุการณ์ระหว่างดำเนินการตามบทบาทในสถานการณ์เสมือนจริง
- สรุปผลลัพธ์การเรียนรู้ในกลุ่มย่อยเมื่อสิ้นสุดสถานการณ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนร่วมชั้นเรียน

แผนภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

2. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

2.1 การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการเรียนรู้ พบว่า ก่อนและหลังการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลโดยรวมเท่ากับ 3.08 ($SD = .48$) และ 3.49 ($SD = .46$) ตามลำดับ โดยพบว่า หลังการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล

โดยรวมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.232, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลด้านการวางแผนการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการประเมินผลการพยาบาล เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก และพบว่า หลังการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลทุกด้านสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการเรียนรู้ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n = 117$)

การรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล	ก่อนการเรียนรู้			หลังการเรียนรู้			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ		
การประเมินสภาพ	3.06	.53	ปานกลาง	3.33	.51	ปานกลาง	3.745	< .001
การวินิจฉัยการพยาบาล	3.04	.51	ปานกลาง	3.46	.50	ปานกลาง	5.961	< .001
การวางแผนการพยาบาล	3.04	.54	ปานกลาง	3.52	.52	มาก	6.329	< .001
การปฏิบัติการพยาบาล	3.16	.55	ปานกลาง	3.54	.50	มาก	5.321	< .001
การประเมินผลการพยาบาล	3.09	.53	ปานกลาง	3.58	.56	มาก	6.885	< .001
โดยรวม	3.08	.48	ปานกลาง	3.49	.46	ปานกลาง	6.232	< .001

2.2 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ โดยรวมในระดับมาก ($M = 4.38, SD = .46$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน ขณะเข้าสถานการณ์ โดยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.44,$

$SD = .53$) รองลงมา คือ ด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.38, SD = .46$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ สถานการณ์ทำให้รู้จักการทำงานเป็นทีม และ สถานการณ์ทำให้เกิดความร่วมมือในการเรียนรู้ โดยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.51, SD = .60$ และ $M = 4.51, SD = .61$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการ
การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล (n = 117)

ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ฯ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการออกแบบสถานการณ์	4.29	.50	มาก
1. สถานการณ์มีวัตถุประสงค์การเรียนรู้ชัดเจน	4.17	.62	มาก
2. สถานการณ์ทำให้ท่านเกิดการเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาที่สำคัญมากขึ้น	4.24	.59	มาก
3. สถานการณ์กระตุ้นให้ท่านใช้ความรู้เดิมทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ นำไปสู่การคิดวิเคราะห์กระบวนการพยาบาล	4.28	.61	มาก
4. สถานการณ์ทำให้เกิดการคิดแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อปฏิบัติการพยาบาล	4.39	.61	มาก
5. สถานการณ์มีความสอดคล้องกับเรื่องจริงที่เกิดขึ้น	4.34	.63	มาก
ด้านกิจกรรมการเรียนการสอนขณะเข้าสถานการณ์	4.44	.53	มาก
6. สถานการณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ	4.38	.64	มาก
7. สถานการณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย	4.33	.61	มาก
8. สถานการณ์สร้างบรรยากาศให้ผู้เรียนสนใจอยากเรียนรู้กระบวนการพยาบาล	4.46	.62	มาก
9. สถานการณ์ทำให้รู้จักการทำงานเป็นทีม	4.51	.60	มากที่สุด
10. สถานการณ์ทำให้เกิดความร่วมมือในการเรียนรู้	4.51	.61	มากที่สุด
ด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	4.38	.46	มาก
11. สถานการณ์ทำท่าย กระตุ้นความสนใจ	4.45	.64	มาก
12. สถานการณ์ช่วยให้เกิดการอภิปรายอย่างกว้างขวาง	4.35	.62	มาก
13. สถานการณ์ใช้ภาษาเข้าใจง่าย	4.34	.63	มาก
14. มีการเรียนรู้ใหม่เกิดขึ้นระหว่างการสะท้อนคิดหลังจากเข้าสถานการณ์	4.45	.56	มาก
15. สถานการณ์เหมาะสมกับการเรียนรู้ในภาพรวม	4.49	.60	มาก
โดยรวม	4.38	.46	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนรู้ ระยะการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และระยะการสะท้อนคิดและประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล เห็นได้จากหลังการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบดังกล่าว นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล ทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีการออกแบบโดยศึกษาปัญหาและความคาดหวังในผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบ และใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่ออกแบบจากข้อมูลของผู้ป่วยจริง ให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติทักษะการใช้กระบวนการพยาบาล สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้เป็นเสมือนสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมของอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม เสมือนอยู่ในหอผู้ป่วย ซึ่งการที่นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองและฝึกปฏิบัติภายใต้บรรยากาศที่เสมือนจริง มีการสรุปหลักการและความคิดรวบยอดจากประสบการณ์ที่ได้รับ โดยมีอาจารย์ผู้สอนช่วยชี้แนะแนวทางและใช้คำถามกระตุ้น เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน ทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้รับบริการในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับคำกล่าวของ Bandura (1986) ที่ว่า การที่บุคคลได้ทำกิจกรรมใดจนเกิดความสำเร็จได้ด้วยตนเอง จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องนั้นสูง และเชื่อมั่นว่าหากได้ทำกิจกรรมที่มีลักษณะ

คล้ายคลึงกันอีก จะสามารถทำได้สำเร็จเหมือนครั้งก่อน และเป็นไปตามแนวคิดของ Jeffries (2005) ที่ว่า การศึกษาทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ก่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล หลังการเตรียมความพร้อมสูงกว่าก่อนการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของมาลินี บุญเกิด และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงต่อความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ พบว่า นักศึกษามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ หลังการสอนมากกว่าก่อนการสอน และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติมากกว่าเกณฑ์ประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับที่วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมณี, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช (2559) กล่าวว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นหลังการเรียนรู้ แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความมั่นใจในการใช้กระบวนการพยาบาลมากขึ้น

นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (Kolb's Theory of Experiential Learning) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงประกอบด้วย 1) การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์ ซึ่งผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยผู้สอนมีหน้าที่สนับสนุน ช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง 2) การสะท้อนคิดสิ่งที่สังเกตได้จากปฏิบัติ ช่วยให้ผู้เรียนได้ซึมซับประสบการณ์จากผู้อื่น เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจให้เพิ่มมากขึ้น 3) การสร้างความคิดรวบยอด โดยนำความรู้จากการทบทวน

เอกสาร การสืบค้นข้อมูล ประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมา และจากการสะท้อนคิดการปฏิบัติงาน เพื่อเชื่อมโยงและสร้างความคิดรวบยอด ช่วยให้ผู้เรียนมีแนวคิดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติงานที่แตกต่างจากเดิม การปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่แตกต่าง รวมทั้งการประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อการปฏิบัติงานในอนาคต และ 4) การสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นการสร้างแนวทางการปฏิบัติจากความคิดรวบยอดของประสบการณ์ที่ได้รับสู่การปฏิบัติ ประเมินประสิทธิผล และสร้างการเรียนรู้ใหม่ (Kolb, 1984, 1994)

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่เกิดจากปัญหาและความคาดหวังในผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา และนักศึกษาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติภายใต้บรรยากาศที่เสมือนจริง มีการสรุปหลักการและความคิดรวบยอดจากประสบการณ์ที่ได้รับ โดยมีอาจารย์ผู้สอนช่วยชี้แนะแนวทางและใช้คำถามกระตุ้น เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน ทำให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ สินธุชัย และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษามีโอกาสได้ปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองในสถานการณ์ตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดสถานการณ์ และสะท้อนประสบการณ์ได้ทันที โดยมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Winum (2017) ที่ศึกษาความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในตนเองของนักศึกษาพยาบาลที่เรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง พบว่า การจัดการเรียนรู้

โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจ และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์พยาบาลควรนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยติดตามผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ต่อความสามารถในการปฏิบัติทักษะการพยาบาล และผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล

2.2 ควรมีการพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ โดยเน้นความเหมาะสมและความสอดคล้องกับลักษณะรายวิชา

เอกสารอ้างอิง

- มาลินี บุญเกิด, ฤทัยรัตน์ มั่งอะนะ, และสุกัญญา กระเบียด. (2558). *ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงต่อความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ*. สืบค้นจาก https://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2015/proceeding/1444373072220903004511.pdf
- วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมุลิต, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). *การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสำหรับนิสิตนักศึกษาพยาบาล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(2), 1-14.

- วารุณี สุวรรณกุล, และยศพล เหลืองโสมนภา. (2551). อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้กระบวนการพยาบาล และความคาดหวังในผลการใช้กระบวนการพยาบาล ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 19(1), 58-67.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิภารัตน์ ยมดิษฐ์, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, ดวงแห พิทักษ์สิน, ปิยะนาฏ ช่างเสียง, และอังคณา หมอนทอง. (2560). ผลการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(พิเศษ), 46-58.
- สมจิตต์ สีนุชชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, และสุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์. (2560). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 23(1), 113-127.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A., & Jourden, F. J. (1991). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 941-951.
- Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating: Simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2009). Experiential learning theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education and development. In S. J. Armstrong & C. V. Fukami (Eds.), *The SAGE handbook of management learning, education and development* (pp. 42-68). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kolb, D. A. (1994). Learning styles and disciplinary differences. In K. A. Feldman & M. B. Paulsen (Eds.), *Teaching and learning in the college classroom* (pp. 151-164). Needham Heights, MA: Ginn Press.
- Lundberg, K. M. (2008). Promoting self-confidence in clinical nursing students. *Nurse Educator*, 33(2), 86-89.
- Winum, A. (2017). *BSN students' satisfaction and self-confidence in simulation-based learning* (Undergraduate Honors Thesis). Boiling Springs, NC: Gardner-Webb University. Retrieved from <https://digitalcommons.gardner-webb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=undergrad-honors>

การพยาบาลเพื่อลดการกักค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก Nursing Care for Reducing Secretion Retention in Pediatric Patients

กัญพัทธ์ นิยมวิทย์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)¹
Kanyapat Niyomwit, M.N.S. (Nursing Administration)¹
สุภา คำมะฤกษ์, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)²
Supa Khammarit, M.N.S. (Pediatric Nursing)²

Received: February 18, 2019 Revised: March 29, 2019 Accepted: April 11, 2019

บทคัดย่อ

การกักค้างของเสมหะพบในผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพที่ปอดแบบเฉียบพลัน รุนแรง หรือเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่าง เนื่องจากทางเดินหายใจของเด็กมีขนาดเล็กและแตกต่างจากผู้ใหญ่ เมื่อมีการกักค้างของเสมหะจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็กได้รวดเร็วและรุนแรง ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ โดยเฉพาะในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี การพยาบาลเพื่อลดการกักค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็กทำได้โดยการระบายเสมหะ และการป้องกันไม่ให้เสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ โดยมีหลักการที่สำคัญ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน 2) การดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นอย่างเพียงพอ 3) การดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ 4) การพยาบาลเพื่อแก้ไขเสมหะกักค้างและการอุดกั้นทางเดินหายใจ 5) การระบายน้ำมูกและเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ 6) การใช้อุปกรณ์ช่วยในการกำจัดเสมหะ 7) การดูแลด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และ 8) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการมีภาวะกักค้างของเสมหะซ้ำ
คำสำคัญ: ผู้ป่วยเด็ก การกักค้างของเสมหะ การระบายเสมหะ

Abstract

Secretion retention is found in pediatric patients with acute, severe, or chronic pulmonary pathology which caused from the lower respiratory tract infection. As a result of the respiratory tract in young children is small and different from adults, when there is secretion retention, it will seriously affect health condition and causes respiratory failure especially in children under 5 years. Nursing care for reducing secretion retention in pediatric patients emphasizes secretion drainage and respiratory obstruction prevention through the main principles that comprises 1) assessing for hypoxia and hypoxemia; 2) oxygen therapy with humidification; 3) maintenance intravenous fluids;

¹ พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

¹ Registered Nurse, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kanyapat2@pnc.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

² Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

4) nursing management of secretion retention and airway obstruction; 5) effective mucus and secretion drainage; 6) equipment using for secretion drainage; 7) psychological care for pediatric patients and their families; and 8) promoting family involvement in patient care for prevention of secretion retention recurrence.

Keywords: Pediatric patient, Secretion retention, Secretion drainage

บทนำ

ในปัจจุบัน อากาศเปลี่ยนแปลงค่อนข้างบ่อยและมีความชื้นมาก ทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตและแพร่กระจายได้ดีทั้งเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย โดยเฉพาะในเด็กซึ่งมีโอกาสเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจแบบเฉียบพลันได้ง่าย บางรายมีพยาธิสภาพที่ปอดแบบรุนแรงหรือเรื้อรังจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบนแล้วลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น โรคปอดอักเสบ โรคหลอดลมอักเสบ ซึ่งโรคดังกล่าวมักพบว่ามีเสมหะมากจนเกิดการคั่งค้างหรืออุดตันทางเดินหายใจได้ง่าย โดยเฉพาะในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กที่ไม่รู้สีกตัว หรือเด็กที่มีความพิการทางสมอง ซึ่งจะไม่สามารถสั่งน้ำมูกและไอได้เอง ผลของการคั่งค้างของเสมหะทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ ทำให้เด็กหายใจไม่สะดวก หายใจลำบาก เกิดแรงต้านของทางเดินหายใจมากขึ้น เกิดภาวะการหายใจ (work of breathing) นำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดมาก (hypercapnia) เกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) การแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศไม่ดี เมื่อเสมหะคั่งค้างนานๆ ไม่สามารถระบายออกได้ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจ โดยเฉพาะที่ปอด หรือเกิดการติดเชื้อซ้ำเพิ่มขึ้น ทำให้ลดประสิทธิภาพการทำงานของปอด นำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น รวมถึงขาดรายได้ในระหว่าง

ที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก โดยมีสาระเกี่ยวกับกลไกการเกิดและการกำจัดเสมหะ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะ ผลของการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ โดยเน้นในเด็กที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ ป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ มีการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ดียิ่งขึ้น

กลไกการเกิดและการกำจัดเสมหะ

เสมหะเป็นสารคัดหลั่งที่ผลิตจากไกลเบลท์เซลล์ (goblet cells) ในเยื่อหลอดลม ประกอบด้วย โกลโคโปรตีน เอนไซม์ อิเล็กโทรไลต์ เซลล์ต่างๆ และน้ำซึ่งมีปริมาณมากที่สุดถึงร้อยละ 95 ลักษณะเป็นเมือกใส มีความยืดหยุ่นไม่เหนียว เพื่อหล่อเยื่อทางเดินหายใจให้ชุ่มชื้น ป้องกันและกำจัดสิ่งที่มาทำอันตรายต่อทางเดินหายใจ โดยการสกัดจับฝุ่น แบคทีเรีย และสิ่งแปลกปลอม ไม่ให้ผ่านลงไปยังหลอดลมฝอยและถุงลม การอักเสบของทางเดินหายใจไม่ว่าจะเกิดจากการติดเชื้อหรือเกิดจากภาวะระคายเคือง จะกระตุ้นให้ไกลเบลท์เซลล์ในเยื่อหลอดลมผลิตเสมหะเพิ่มมากขึ้น มีมูกเหนียวกว่าน้ำ ซึ่งอาจอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง และในกรณีที่รุนแรงจะทำให้เกิดการหายใจลำบากได้ (ซูลี โจนส์, 2557 ข; ปารยะ อาศนะเสน, 2561)

กลไกการกำจัดเสมหะ เริ่มจากหลอดลมส่วนปลาย ประกอบด้วย 3 วิธี ดังนี้ (ซูลี โจนส์, 2557 ข; ปารยะ

อาศนะเสน, 2561)

1. กระแสอากาศในลมหายใจ พัดพาละอองเสมหะล่องลอยไปกับลมหายใจออก

2. ขนกวัด (cilia) ของเซลล์ขนกวัด (cilia cell) ที่เชื่อมหลอดลม พัดโบกขับเสมหะขึ้นไป ตามหลอดลมเข้าสู่หลอดลมส่วนต้น หลอดคอ ผ่านกล่องเสียง คอหอย แล้วกลืนสู่หลอดอาหาร

3. การไอขับเสมหะ การไอจะช่วยขับเสมหะส่วนที่เคลื่อนตัวมาสู่ท่อหลอดลมใหญ่ เพื่อไอ ขับออกจากร่างกาย

การอักเสบและการติดเชื้อของทางเดินหายใจ รวมทั้งการระคายเคืองของทางเดินหายใจ จะกระตุ้นให้ร่างกายผลิตเสมหะเพิ่มขึ้นและเหนียววืดกั้นทางเดินหายใจ หากผู้ป่วยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการกั๊กก้างของเสมหะร่วมด้วย จะยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับเสมหะออกตามกลไกปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกั๊กก้างของเสมหะ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกั๊กก้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ 5 ปัจจัย ดังนี้ (ซูลี โจนส์, 2557 ข; อรพรรณ โพชนุกูล และสมบุรณ์ จันทร์สกุลพร, 2558; อริศรา เอี่ยมอรุณ, 2552)

1. ปัจจัยด้านสรีรวิทยาของเด็ก เด็กมีกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบหายใจที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ ไม่แข็งแรง และยังมีเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์เต็มที่ ทารกและเด็กเล็ก (อายุน้อยกว่า 10 ปี) มีท่อทางเดินหายใจขนาดเล็กและสั้น ทางเดินหายใจส่วนต้นมีลักษณะเป็นรูปกรวยบริเวณไครคอยด์ (cricoid) ซึ่งเป็นบริเวณที่แคบที่สุด เมื่อมีการบวมของหลอดลมจะทำให้เกิดการกั๊กก้างของเสมหะ ประกอบกับรีเฟล็กซ์การไอในเด็กเล็กยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะขับเสมหะออกได้เอง จึงทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ง่าย ประกอบกับการสร้างภูมิคุ้มกันโรคลังไม่สมบูรณ์ ทำให้ติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่ายยิ่งขึ้น

2. ร่างกายมีการผลิตเสมหะมากกว่าปกติ หมายถึง กลไกตามธรรมชาติของร่างกายที่ต่อต้านและ

กำจัดเชื้อโรคหรือสิ่งระคายเคืองที่เข้าสู่ร่างกายทางระบบหายใจที่มีจำนวนมากและรุนแรง กลไกนี้ทำงานโดยการกระตุ้นให้ไกลเบิ้ลทีเซลล์ในเยื่อหลอดลมผลิตเสมหะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเมื่อร่างกายเริ่มต่อต้านเชื้อโรคจะมีเลือดมาคั่งบริเวณที่มีการอักเสบตั้งแต่ส่วนล่างของหลอดลมจนถึงถุงลม มีการทำลายเซลล์ขนกวัด ทำให้เกิดการหนาตัว มีการสูญเสียสารเคลือบผิวที่ถุงลม ทำให้การทำหน้าที่ของทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซบริเวณถุงลมบกพร่อง และเกิดภาวะพร่องออกซิเจนตามมา

3. การกำจัดเสมหะหรือขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถในการกำจัดเสมหะหรือขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพจากความพิการหรือความผิดปกติของโครงสร้างของร่างกาย เช่น โรคกระดูกสันหลังคด (scoliosis) ภาวะนอนติดเตียง การเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เลยจากภาวะหมดสติ ความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น โรคสมองพิการ (cerebral palsy) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain Barré syndrome) โรคโปลิโอ โรคมัยแอสทีเนียกราวิส การบาดเจ็บของไขสันหลัง ซึ่งโรคและภาวะผิดปกติดังกล่าวล้วนทำให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยต้องนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน (สมพร สุนทรภา, 2552) การสร้างเสมหะในทางเดินหายใจยังคงเดิม แต่ผู้ป่วยไม่สามารถกำจัดเสมหะได้เหมือนคนปกติ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจทำงานลดลง ทำให้การขยายตัวของปอดลดลง ไม่สามารถไอขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการกั๊กก้างของเสมหะในปอด เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ รวมทั้งทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ หรือเกิดการติดเชื้อซ้ำที่ปอดได้ง่าย

4. ปัจจัยด้านพันธุกรรม หมายถึง โรคระบบหายใจที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบยีนด้อยของโครโมโซมร่างกาย (autosomal recessive) เกิดจากภาวะสูญเสียการทำงานของเซลล์ขนกวัดจากความผิดปกติของโครงสร้างและการโบกพัดของขนกวัดแต่กำเนิด ทำให้ร่างกายสร้างเยื่อเมือกหนามากผิดปกติ ทำให้น้ำมูกและเสมหะ

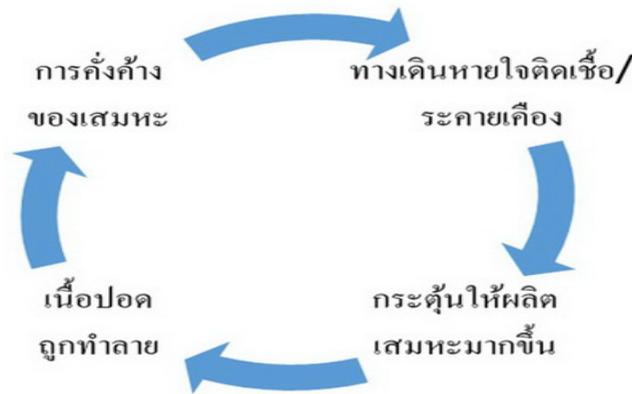
เหนียวข้นกว่าปกติ เกิดการคั่งค้างของเสมหะในปอด ทำให้เป็นโรคปอดเรื้อรังและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น กลุ่มอาการคาร์ตาเจนเนอร์ (Kartagener's syndrome) โรคซิสติกไฟโบรซิส (cystic fibrosis)

5. ความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บบริเวณทรวงอก สาเหตุที่สำคัญ คือ การได้รับอุบัติเหตุบริเวณทรวงอก และการผ่าตัดบริเวณทรวงอก เมื่อมีเสมหะ ผู้ป่วยจะไม่ต้องการไอ ทำให้ไม่สามารถไอขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ

ผลของการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ

การคั่งค้างของเสมหะทำให้เกิดการติดเชื้อหรือการระคายเคืองของทางเดินหายใจ เนื่องจากเชื้อ หรือ

สารกระตุ้นสามารถเกาะติดกับเสมหะ มีการแบ่งตัว และหลังสารพิษไปทำลายเยื่อบุผนังหลอดลม ยับยั้งการทำงานของเซลล์ขนกวัดในการกำจัดเสมหะ ทำให้เสมหะมีปริมาณมากขึ้น รวมทั้งทำให้การทำงานของปอดบกพร่อง เพิ่มแรงต้านทานต่อการระบายอากาศของทางเดินหายใจ ทำให้ไม่สามารถระบายอากาศผ่านไปได้ ปริมาตรของอากาศลดลง เกิดภาวะไม่สมดุลของการระบายอากาศและการกำซาบเลือด (V/Q mismatch) เกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด หากรุนแรงจะทำให้มีภาวะหายใจล้มเหลวได้ เกิดเป็นวงจรการคั่งค้างของเสมหะ (vicious cycle of retained secretion) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขหรือรักษา วงจรนี้จะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด



แผนภาพที่ 1 วงจรการคั่งค้างของเสมหะ
ที่มา: Charles (2016)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อตัดวงจรที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีหลักการที่สำคัญดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน มีแนวทางดังนี้

1.1 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ เมื่อเริ่มมีภาวะพร่องออกซิเจน จะพบว่าอัตราการหายใจเร็วขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้กำลัง

ในการหายใจ อัตราการหายใจที่เพิ่มขึ้นเป็นกลไกชดเชย เพื่อขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย (วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล, ศรีสุภลักษณ์ เชนนวัตร, และอรรธรรม เอี่ยมโอกาส, 2558)

1.2 ประเมินภาวะเขียวคล้ำ (cyanosis) ซึ่งแบ่งออกเป็นอาการเขียวคล้ำบริเวณส่วนกลาง (central cyanosis) โดยสังเกตที่เยื่อเมือกบริเวณริมฝีปาก เหงือก เปลือกตา ด้านใน และใต้ลิ้น ส่วนอาการเขียวคล้ำบริเวณส่วนปลาย (peripheral cyanosis) สังเกตที่เล็บมือและเล็บเท้า ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีผิวคล้ำ มีภาวะโลหิตจาง หรือมีปริมาณเม็ดเลือดแดงมาก จะไม่ปรากฏอาการเขียวคล้ำให้เห็นชัดเจน ดังนั้นการตรวจไม่พบอาการเขียวคล้ำไม่ได้หมายความว่าไม่มีความผิดปกติ (ซุติ โจนส์, 2557 ข)

1.3 ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว หากผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนจะมีอาการแสดง คือ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย หงุดหงิด ปวดศีรษะ สับสน ซึม อาจชัก หรือหมดสติได้หากเป็นรุนแรง

1.4 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อาการหายใจสั้นและตื้น หรือหายใจลำบาก เหงื่อออก ตาพร่า หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย สับสน นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ

1.5 ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง/หลอดเลือดดำ/หลอดเลือดฝอย (นฤมล เฉ่งไล่, 2555)

1.6 ประเมินภาวะหายใจลำบาก (dyspnea) จากการที่เสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจเร็ว (tachypnea) ปีกจมูกบาน (nasal flaring) หน้าอกและชายโครงนูน (suprasternal, sternal, intercostal, subcostal retraction) มีภาวะเขียวคล้ำของปลายมือปลายเท้า ในทารกแรกเกิดอาจพบเสียงหายใจดัง (grunting sound) ซึ่งเกิดจากการปิดของกล่องเสียงบางส่วนในช่วงหายใจออก

1.7 ประเมินเสียงหายใจ (breath sound) และประเมินตำแหน่งของเสมหะในปอด โดยฟังให้ครบ 5 ตำแหน่ง และประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ ได้แก่ crepitation, rhonchi และ wheezing เพื่อจะได้จัดทำระบายนเสมหะ เคาะปอด และสันสะเทือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และถูกตำแหน่งที่มีเสมหะค้าง

2. การดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นอย่างเพียงพอ ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาภาวะพร่องออกซิเจน ลดอาการของการขาดออกซิเจนเรื้อรัง และลดการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด (สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ, 2552) โดยให้ได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นเพียงพอ เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา และแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ หากร่างกายขาดน้ำหรือได้รับน้ำไม่เพียงพอ จะทำให้เสมหะที่ร่างกายสร้างขึ้นมีความเหนียวกว่าปกติและแห้งได้ง่ายขึ้น ทำให้ถูกขับออกได้ยากขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอตามสูตรคิดปริมาตรน้ำ จากสูตร Holliday-Segar (0-10 kg แรก x 100; 11-20 kg ต่อมา x 50; > 20 kg x 20 รวมกันได้เป็นหน่วย ml/24 hr) โดยให้มีปริมาณปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 ml/kg/hr แต่ต้องระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคไต หรือโรกระบบทางเดินอาหาร เพื่อช่วยลดความเหนียวของเสมหะทำให้เสมหะอ่อนตัวในทารกแรกเกิดให้ดูน้ำ 1-3 ช้อนชา ทุก 30 นาที ยกเว้นเวลาหลับ (นฤมล เฉ่งไล่, 2555)

4. การพยาบาลเพื่อแก้ไขเสมหะค้างและการอุดกั้นทางเดินหายใจ มีแนวทางดังนี้

4.1 ดูแลให้ได้รับการพ่นยาแบบฝอยละออง (aerosol therapy) ตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นการบำบัดด้วยฝอยละอองเพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่หลอดลม ทำให้เสมหะที่เหนียวอ่อนตัวลง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดเสมหะ โดยเปิดออกซิเจนให้ไหลในอัตรา 6-8 LPM ขณะพ่นยา จัดท่าศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวปอดขยายได้เต็มที่ โดยการใส่หน้ากากพ่นยาแบบฝอยละอองต้องใส่ให้แนบชิดกับใบหน้ามากที่สุด โดยครอบบริเวณจมูกและคาง ทั้งนี้ ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-6 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาพ่นยาแบบฝอยละออง ส่วนใหญ่จะมีความกลัว โดยแสดงอาการขัดขืน ร้องไห้ สายหน้าไปมา

ซึ่งจะมีผลทำให้หน้ากากออกซิเจนไม่แนบชิดกับใบหน้าเด็ก ปริมาณละอองยาจึงเข้าสู่ปอดลดลง ทำให้ได้รับปริมาณ ยาพ่นลดลง ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีเทคนิคในการทำให้ เด็กลดความกลัว หยุดร้องไห้ จากการศึกษาของฉนรศ อภิญญาลักร, วราภรณ์ ผาทอง, และรัตนาภรณ์ ภูมรินทร์ (2559) พบว่า พยาบาลต้องให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็ก มีความเข้าใจในเรื่องการรักษา เป้าหมาย เทคนิคพื้นฐาน ในการบริหารยาพ่นที่ถูกต้องผ่านสื่อวีดิทัศน์ในเด็กก่อนวัยเรียน (ช่วงอายุ 3-5 ปี) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย หรือผู้ปกครอง และให้เด็กสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ในการพ่น ฝอยละอองยา หรือเล่นบทบาทสมมติร่วมกับเด็ก จะทำให้ เด็กมีความกลัวลดลง ให้ความร่วมมือในการพ่นยาโดย ไม่ร้องไห้ ส่งผลให้ได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ไทยนิรันดร์ประเสริฐ, สมพร สุนทรภา, ศศิธร จันทรทิณ, และฤติมาศ อัยวรรณ (2560) ที่พบว่า การอ่านหนังสือการ์ตูนเรื่อง “หนูไก่อักขัยยาพ่นพิเศษ” ช่วยลดความกลัวในเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับ ยาพ่นฝอยละอองได้ หากเป็นเด็กโตที่ทำตามคำสั่งได้ ให้หายใจทางปาก หายใจเข้าช้า ๆ น้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที และหายใจลึกสุด แล้วกลืนหายใจไว้ในท่าหายใจเข้าประมาณ 10 วินาที

4.2 ทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physiotherapy) ซึ่งเป็นการบำบัดโรคระบบทางเดินหายใจ ที่มีปัญหาการคั่งค้างของเสมหะ เสมหะเหนียวข้นหรือมี ปริมาณมาก ผู้ป่วยไม่สามารถขับออกได้เอง เช่น ผู้ป่วย เด็ก มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ทางเดินหายใจโล่ง การทำ กายภาพบำบัดทรวงอกประกอบด้วยการจัดท่าระบาย เสมหะ (postural drainage) ร่วมกับการเคาะปอด (percussion) และการสั่นสะเทือน (vibration) ซึ่งควร ปฏิบัติก่อนหรือหลังมีอาหารอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการขย้อนหรืออาเจียนแล้วสุดสำคัญลดปอด โดยก่อน ขณะ และหลังการจัดท่าระบายเสมหะ การเคาะ ปอด การสั่นสะเทือน และการดูดเสมหะ ให้ฟังปอดเพื่อ ประเมินเสียงเสมหะว่าลดลงหรือไม่ ประเมินภาวะหลอดลม หดเกร็ง ลักษณะการหายใจ และภาวะพร่องออกซิเจน การทำกายภาพบำบัดทรวงอกมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 การจัดท่าระบายเสมหะ เพื่อระบาย เสมหะที่คั่งค้างในปอด ทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีเสมหะเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถไอขับเสมหะได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ หลักการของการจัดท่าระบายเสมหะ คือ ใช้ฝ่าหนูนให้ คอแขงเล็กน้อย หรือในเด็กโตควรจัดท่านอนกึ่งนั่ง เพื่อให้ ปอดขยายและมีการระบายอากาศที่ดี หรือจัดท่านอน กึ่งคว่ำ นำหมอนมารองตัวผู้ป่วย อาศัยแรงโน้มถ่วงของโลก ในการทำให้เสมหะเคลื่อนที่จากตำแหน่งหลอดลมส่วนปลาย ระดับแขนงปอด มายังหลอดลมส่วนต้นที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และระบายออกจากร่างกายได้ (ซุติ โจนส์, 2557 ก) การจัดท่า ระบายเสมหะแต่ละท่าขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการคั่งค้างของ เสมหะในปอด ซึ่งต้องมีการประเมินปอดโดยการให้หูฟัง เพื่อหาตำแหน่งที่มีการคั่งค้างของเสมหะ (จิตสิริ รุ่งใหม่, เสริมศรี สันตติ, และเรณู พุกบุญมี, 2552)

4.2.2 การเคาะปอด เป็นวิธีที่สำคัญในการกำจัด เสมหะที่คั่งค้าง ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง อากาศไหลเวียนดี ช่วยลดการเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ และลดอาการ หายใจลำบาก (raverman, 2007) โดยควรเคาะปอด ภายหลังการพ่น NSS หรือยาขยายหลอดลม เพื่อช่วยให้ ทางเดินหายใจโล่งก่อนการเคาะ เพราะการเคาะปอดจะทำให้ เกิดหลอดลมตีบได้ (Macabalane, 2008) หลักปฏิบัติ ในการเคาะปอด คือ วางฝ่ามือบนผนังทรวงอก 1 ชั้น ซึ่งไม่ควรใช้ฝ่าที่หนาเกินไป เด็กเล็กควรห่อตัวด้วยผ้า เพื่อให้เด็กอยู่นิ่งและทำการเคาะปอดได้สะดวกขึ้น ทำมือ ให้เป็นอู้ง (cupped hand) โดยให้นิ้วมือทั้ง 5 นิ้ว ชิดกัน เพื่อลดพื้นผิวสัมผัสและไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ใช้อุ้งมือ ทั้ง 2 ข้าง เคาะสลับกัน ในเด็กเล็กจะใช้อุ้งมือเพียงข้างเดียว เคาะบนผนังทรวงอกที่ตรงกับเนื้อปอดส่วนที่มีการคั่งค้าง ของเสมหะ โดยยกแขนขึ้นก่อนแล้วกระดกข้อมือขึ้น ทิ้งน้ำหนักแขนและมือลง ให้ฝ่ามือกระทบผนังทรวงอก โดยข้อมือและข้อศอกเคลื่อนไหวเป็นจังหวะอย่างสม่ำเสมอ เสียงที่กระทบปอดจะเป็นเสียงโปร่งของกระเปาะอากาศ

4.2.3 การสั่นสะเทือน เป็นการส่งแรงสั่น ไปในทิศทางที่ตรงส้นผ่านซี่ปอดในแนวตั้งฉากกับผนังทรวงอก อย่างรวดเร็ว ร่วมกับการกดทรวงอกขณะที่ทรวงอกหุบเข้า ตามการหายใจออก ด้วยความถี่ของการสั่น 12-20 ครั้ง

ต่อมาที่ เพื่อผลักดันเสมหะจากหลอดลมส่วนปลายไปยังหลอดลมส่วนต้นที่มีขนาดใหญ่กว่า ทำให้เสมหะเลื่อนขึ้นใช้ร่วมกับการจัดท่าระบายเสมหะและการเคาะปอดเมื่อทำการเคาะปอดและสันสะเทือนอย่างถูกวิธีแล้ว แต่ผู้ป่วยไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาได้ จำเป็นต้องทำการดูดเสมหะให้

5. การระบายน้ำมูกและเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพมีแนวทางดังนี้

5.1 ดูดเสมหะทางจมูกและปาก (nasopharyngeal and oropharyngeal suctioning) มีข้อบ่งชี้ คือ ผู้ป่วยมีการค้างค้ำของเสมหะในหลอดลมและไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาได้ หรือไม่สามารถกระตุ่นการไอเอาเสมหะออกมาได้เอง การดูดเสมหะในเด็กมีหลักปฏิบัติ คือ 1) ใช้ผ้าห่อตัวเพื่อเก็บแขนทั้ง 2 ข้าง ป้องกันไม่ให้เด็กเอามือมาปิดขณะดูดเสมหะ 2) ใช้สายดูดเสมหะเบอร์ 6-8 ในเด็กเล็ก และเบอร์ 8 ขึ้นไปในเด็กโต 3) ปรับแรงดูดของเครื่องดูดเสมหะ โดยในทารกใช้ความดัน 60-80 mmHg เด็กเล็กใช้ความดัน 80-120 mmHg ส่วนเด็กโตใช้ความดัน 120-150 mmHg 4) วัดระยะของสายดูดเสมหะจากปลายจมูกถึงดั้งหู 5) จับหน้าเด็กให้เฉียงไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กสะบัดหน้า และป้องกันไม่ให้เด็กสำลักเสมหะหรือเศษอาหารลงปอด 6) สอดสายดูดเสมหะเข้าทางปากหรือจมูกให้ถึงบริเวณคอหอยหลังโพรงจมูกอย่างนุ่มนวล ซึ่งเด็กมักมีอาการไอเมื่อสายดูดเสมหะกระตุ่นบริเวณนี้ เมื่อเด็กไอ เสมหะจะหลุดจากปอดขึ้นมาในคอ ให้ทำการดูดเสมหะในคอและปากออกให้หมด โดยขณะดูดให้ค่อยๆ ขยับสายขึ้น-ลงอย่างช้าๆ และนุ่มนวล ซึ่งระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 10 วินาที (จงรักษ์ อุตวรราชต์กิจ, 2561; ทนันชัย บุญบุรพงค์, 2552) ทั้งนี้ ก่อนการดูดเสมหะ ขณะดูดเสมหะ และหลังการดูดเสมหะ ควรประเมินผู้ป่วยโดยการฟังเสียงหายใจ วัดค่าความอิ่มของออกซิเจนในเลือด นับอัตราการหายใจ สังเกตแบบแผนการหายใจ นับอัตราการเต้นของหัวใจ ประเมินสภาพเสมหะ (สี ปริมาณ ลักษณะ และกลิ่น) ภาวะเลือดออกในทางเดินหายใจ หรือการบาดเจ็บจากการดูดเสมหะ ความเจ็บปวด และ

ประสิทธิภาพการไอ (Kim & Craig, 2009)

5.2 ระบายน้ำมูกในโพรงจมูกอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยต้องคำนึงถึงอายุ ความรุนแรงของการอุดตันของรูจมูก ความเหนียวของน้ำมูก ปริมาณน้ำมูก เป็นต้น และที่สำคัญที่สุด คือ ความร่วมมือของเด็ก และการยอมรับของผู้ปกครอง การสั่งน้ำมูกออกเองเหมาะสมสำหรับเด็กโตที่มีน้ำมูกใส ไม่เหนียว ปริมาณไม่มาก หากเป็นทารกหรือเด็กเล็กที่ไม่สามารถสั่งน้ำมูกได้เอง มีวิธีดูดน้ำมูกดังนี้

5.2.1 การดูดด้วยลูกยางแดง เหมาะสำหรับเด็กเล็กที่มีน้ำมูกใส ไม่เหนียว ปริมาณไม่มาก ในกรณี que เด็กไม่ให้ความร่วมมือและดิ้นมาก ให้ใช้ผ้าห่อตัวเด็ก จัดท่าศีรษะสูง ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลัก บีบลูกยางแดงจนสุด สอดส่วนปลายเข้าไปในรูจมูก ลึก 1-1.5 ซม. ค่อยๆ ปลดมือที่บีบออกช้าๆ น้ำมูกจะถูกดูดเข้ามาในลูกยางแดง จากนั้นนำลูกยางแดงออกจากรูจมูก บีบน้ำมูกทิ้งในภาชนะที่เตรียมไว้ ทำซ้ำจนไม่มีน้ำมูกค้างในรูจมูก

5.2.2 การล้างจมูก เป็นการจัดการกับน้ำมูกที่ติดในโพรงจมูก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำมูกเหนียวหรือปริมาณมาก โดยใช้กระบอกฉีดยาดูด NSS หรือใช้อุปกรณ์สำหรับฉีด NSS เข้าโพรงจมูก สำหรับเด็กที่ไม่เคยล้างจมูกมาก่อน ให้เด็กแหงนหน้าขึ้นเล็กน้อย กลั้นหายใจหรือหายใจทางปาก หรือให้ร้องเสียง “อาๆๆ...” เพื่อป้องกันการสำลัก จากนั้นสอดปลายกระบอกฉีดยาเข้าไปในรูจมูกข้างที่จะล้าง ฉีด NSS เข้าไป 5 ml เมื่อรู้สึก NSS ลงมาถึงหลังคอแล้ว ให้สั่งน้ำมูกออกทั้ง 2 ข้างเบาๆ โดยไม่ต้องอุดรูจมูกข้างใดข้างหนึ่ง ทำซ้ำในรูจมูกแต่ละข้างจนไม่มีน้ำมูกออกมา ส่วนเด็กที่เคยล้างจมูกมาก่อน ให้ก้มหน้าเล็กน้อย กลั้นหายใจ หรือหายใจทางปาก สอดปลายกระบอกฉีดยาเข้าไปในรูจมูกข้างที่จะล้าง ฉีด NSS เข้าไป จน NSS และน้ำมูกไหลออกทางปากหรือไหลย้อนมาทางรูจมูกอีกข้าง ให้สั่งน้ำมูกออกทั้ง 2 ข้าง ไม่ต้องอุดรูจมูก ทำซ้ำในรูจมูกแต่ละข้างจนไม่มีน้ำมูกออกมา (จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, ดุสิต สดาวร, และ นวลจันทร์ ปราบพาล, 2552)

5.2.3 การดูดด้วยเครื่องดูด ให้ต่อเครื่องด้วย MU-TIP แล้วสอดเข้าไปในโพรงจมูกให้แนบกับรูจมูก น้ำมูกจะถูกดูดออกมาตามแรงดูดของเครื่อง ทั้งนี้ การหยุด NSS เหมาะสำหรับเด็กที่มีน้ำมูกข้นหรือแห้ง ในโพรงจมูก โดยหยุด NSS เข้าไปในรูจมูกข้างละ 1-2 หยด เพื่อให้ น้ำมูกอ่อนตัวลง เด็กโตให้สั่งน้ำมูกเองหลังการดูด ส่วนทารกและเด็กเล็กให้ใช้ลูกยางแดง ดูดร่วมได้

5.2.4 การใช้อุปกรณ์พ่น NSS แบบสปเรย์ โดยพ่นเข้าจมูก เหมาะสำหรับในกรณีที่มีน้ำมูกปริมาณน้อยและไม่เหนียว

6. การใช้อุปกรณ์ช่วยในการกำจัดเสมหะ ซึ่งอุปกรณ์ที่นิยมใช้มีดังนี้

6.1 PEP mask (positive expiratory pressure mask) เป็นอุปกรณ์ที่ต่อกับหน้ากากหรือ เม้าส์พีซ (mouthpiece) และสามารถต่อกับเครื่องพ่นฝอยละอองได้ ผลัดขึ้นโดยอาศัยหลักการทำให้เกิดแรงดันบวก 10-20 cmH₂O ในช่วงหายใจออก พร้อม ๆ กับการช่วยยืดระยะการหายใจออก ทำให้มีเวลาขยายหลอดลมฝอยส่วนปลาย และถุงลม ช่วยให้อากาศสามารถแทรกเข้าสู่หลอดลมที่แฟบหรือมีเสมหะอุดกั้นอยู่ โดยผ่านทางติดต่อระหว่างถุงลม วิธีปฏิบัติ คือ จัดท่านั่งหรือนอนเพื่อระบายเสมหะ จับหน้ากากให้แนบสนิทกับใบหน้า หรืออมเม้าส์พีซ ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกกว่าปกติ และหายใจออกโดยใช้กลัมนื้อช่วยหายใจ ให้ได้ความดัน 10-20 cmH₂O ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง

6.2 flutter เป็นอุปกรณ์ที่มีลักษณะคล้าย กลิ้งยาสูบ ภายในมีลูกบอลเหล็ก ขณะหายใจออกผ่านอุปกรณ์จะทำให้ลูกบอลขยับขึ้น-ลงอย่างรวดเร็ว เกิดการสั่นประมาณ 15 Hz ซึ่งแรงสั่นจะทำให้เสมหะหลุดออกจากผิวทางเดินหายใจ โดยแรงดันบวกทำให้ทางเดินหายใจคงรูปอยู่ได้ และทำให้การไหลของอากาศในช่วงหายใจออกเร็วขึ้น สามารถดันเสมหะขึ้นมาสู่หลอดคอได้ วิธีปฏิบัติคือ ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้า ๆ มากกว่าการหายใจปกติ แต่ไม่ต้องหายใจเข้าจนสุด ให้ผู้ป่วยอมปลาย flutter ให้ริมฝีปากแนบสนิท หายใจออกผ่าน flutter ให้เร็ว

แต่ไม่ใช่แรงจนสุด เกร็งแก้มไม่ให้ลิ้นขณะหายใจออก โดยใช้แรงในการหายใจออกมากกว่าการหายใจปกติเล็กน้อย ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง หากรู้สึกต้องการไอให้กลืนไว้ก่อน ทำตามขั้นตอนเดิมอีก 1-2 ครั้ง เสมหะจะเคลื่อนออกมาในทางเดินหายใจส่วนต้นมากขึ้น และจะกระตุ้นให้ออ (จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ และคณะ, 2552)

7. การดูแลด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพที่ปอดแบบเฉียบพลัน รุนแรง หรือเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด ได้รับกิจกรรมการพยาบาลหลากหลายที่ทำให้เกิดความกลัวไม่สุขสบาย เช่น การพ่นยา การเคาะปอด การดูดเสมหะ รวมถึงการแยกจากครอบครัว หากผู้ป่วยเด็กต้องการการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น จะยิ่งเพิ่มความเครียดและความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเตรียมผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองก่อนการทำหัตถการ โดยการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำหัตถการที่ทำได้ เช่น การอุ้มเด็กขณะพ่นยา การสอนการเคาะปอดอย่างถูกวิธี การช่วยจับเด็กขณะดูดเสมหะ จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวลลงได้ ที่สำคัญ คือ ควรให้การพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered nursing) โดยมุ่งเน้นความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางสุขภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจในการดูแล เกิดความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการดูแล ทำให้คลายความเครียดและความวิตกกังวล ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

8. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการมีภาวะกึ่งค้างของเสมหะซ้ำ เพื่อมุ่งหวังให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กให้ครอบครัวทุกทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม โดยมีการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็กที่มีการกึ่งค้างของเสมหะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เน้นให้เข้าใจในการเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำตามกรอบแนวคิดการวางแผน

จำหน่ายรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยมีขั้นตอน ดังนี้
1) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเด็กร่วมกับ
ครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็ก 2) นำข้อมูลที่ได้มาวางแผน
แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเด็กแต่ละคน 3) วางแผนจำหน่าย
โดยมีการกำหนดกิจกรรมประจำวันในการวางแผนจำหน่าย
ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะคั่งค้างของเสมหะ 4) ปฏิบัติตาม
กิจกรรมประจำวัน โดยให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น
ในการดูแลเด็กที่มีภาวะคั่งค้างของเสมหะ เพื่อป้องกันการ
เจ็บป่วยซ้ำ และ 5) การประเมินผลการปฏิบัติ (นิภาพร
หลีกกุล และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2557)

สรุป

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพที่ปอดทั้งระยะ
เฉียบพลัน เรื้อรัง และรุนแรง ที่มีภาวะคั่งค้างของเสมหะ
ในทางเดินหายใจ มีหลักการที่สำคัญหลายประการ เช่น
การดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การพยาบาลเพื่อแก้ไข
เสมหะคั่งค้างและการอุดกั้นทางเดินหายใจ การระบาย
น้ำมูกและเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้อุปกรณ์ช่วย
ในการกำจัดเสมหะ การดูแลด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและ
ครอบครัว ทั้งนี้ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องมี
ความรู้พื้นฐานทั้งด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของอวัยวะ
ในระบบหายใจ รวมทั้งข้อบ่งชี้ วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องและ
มีประสิทธิภาพ ข้อควรระวัง และภาวะแทรกซ้อนจาก
การใช้วิธีลดการคั่งค้างของเสมหะนั้น ๆ ตามมาตรฐาน
และจรรยาบรรณของวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับ
ความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ มีการระบาย
อากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ดี พื้นหายจากการเจ็บป่วย
ลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
พยาบาล และผู้ป่วยเด็กสามารถกลับไปดำเนินชีวิตร่วมกับ
ครอบครัวได้ตามปกติอย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

ฉนวนรส อภิญญาฉัตร, วราภรณ์ ผาทอง, และรัตนภรณ์
กุ่มรินทร์. (2559). ประสิทธิผลการใช้นวปฏิบัติ
ทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจใน
ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้าจันทบุรี*, 27 (เพิ่มเติม 1), 139-151.

จรงค์ อุตราชศักดิ์. (2561). *เมื่อลูกรักต้องดูแลเสมหะ
โครงการส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเด็ก
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี*. สืบค้น
จาก [https://med.mahidol.ac.th/ped/th/content/
เมื่อลูกรักต้องดูแลเสมหะ](https://med.mahidol.ac.th/ped/th/content/เมื่อลูกรักต้องดูแลเสมหะ)
จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, ดุสิต สดาวาร, และนวลจันทร์ ปราบพาล.
(บ.ก.). (2552). *Pediatric pulmonology
2009: Current knowledge and practice*.
กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
จิตสิริ รุ่งใหม่, เสริมศรี สันตติ, และเรณู พุกบุญมี. (2552).
*แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของ
เสมหะในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่เป็นโรคหอบหืดไม่คง*.
สืบค้นจาก [https://med.mahidol.ac.th/nursing/
jns/DocumentLink/2552/issue_03/08.pdf](https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2552/issue_03/08.pdf)
ชูลี โจนส์. (บ.ก.). (2557 ก). *กายภาพบำบัดทรวงอก
ทางคลินิก Clinical chest physiotherapy
(พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง)*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
ชูลี โจนส์. (บ.ก.). (2557 ข). *กายภาพบำบัดระบบหายใจ:
เทคนิคการตรวจร่างกายและการระบายเสมหะ
(พิมพ์ครั้งที่ 4)*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา
วิทยา.
ทนันชัย บุญบุรพงค์. (2552). *การบำบัดระบบหายใจ
ในเวชปฏิบัติ Respiratory care in clinical
practice*. กรุงเทพฯ: บ้านหนังสือโกสินทร์.
ทัศนีย์ ไทยนิรันดร์ประเสริฐ, สมพร สุนทรภา, ศศิธร จันทกริณ,
และฤดีมาศ อัยวรรณ. (2560). ผลของการใช้
หนังสือการดูแลต่อความกลัวการได้รับยาพ่นแบบฝอย
ละอองในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน. *Journal of
Nursing Science*, 35(3), 14-24.
นฤมล เถ่งไต้. (บ.ก.). (2555). *การพยาบาลเด็กที่มีปัญหา
ระบบทางเดินหายใจ*. ตรัง: โรงพิมพ์อักษรทอง.

บทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคอยโดยใช้ เครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง Nurse's Roles in Intrapartum Fetal Surveillance Using the Continuous Cardiotocography

จารีศรี กุลศิริปัญญา, Ph.D. (การบริหารการศึกษา)¹
Jareesri Kunsiripunyo, Ph.D. (Educational Administration)¹

Received: January 28, 2019 Revised: April 2, 2019 Accepted: April 9, 2019

บทคัดย่อ

การพยาบาลมารดาในระยะรอคอยหรือระยะที่ 1 ของการคลอด คือ ระยะตั้งแต่มารดามีการเจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด ในระยะนี้เป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากของมารดาและทารก และเป็นระยะที่ใช้เวลานานกว่าระยะอื่นๆ การคลอดจะดำเนินไปได้ด้วยดีเป็นผลมาจากปัจจัยการคลอดที่เอื้อต่อมารดาและทารกในครรภ์ ในระหว่างนี้ ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินต่างๆ ได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะภาวะเครียด (fetal distress) ที่อาจส่งผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนหรือเสียชีวิตระหว่างการคลอดได้ การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคอยจึงเป็นงานที่สำคัญและท้าทายสำหรับพยาบาลห้องคลอด การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์เป็นระยะ (intermittent auscultation [IA]) ยังคงเป็นวิธีที่นิยมใช้และได้ผลดี แต่ในปัจจุบัน มีการนำเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาช่วยในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคอย เช่น การใช้เครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง (continuous cardiotocography [CTG]) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก แต่การแปลผลการตรวจด้วย CTG ต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์อย่างมาก พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับมารดาในระยะรอคอย จึงต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้การใช้เครื่องมือและการแปลผล เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงเฝ้าระวัง วินิจฉัยภาวะฉุกเฉิน ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อให้มารดาและทารกผ่านพ้นการคลอดได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคอย
เครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Western University Kanchanaburi, E-mail: jareesri2511@hotmail.com

Abstract

Nursing care during intrapartum period was from onset until fully dilatation. This period is a very important and take a long time for mothers and babies. The normal progress of labor depends on many factors. In this period, the risk and emergencies often occur every minute, especially fetal distress condition that could lead to fetal hypoxia and stillbirth. Intrapartum fetal surveillance is a vital task and challenging for labor nurses. Intermittent auscultation (IA) is a popular and effective method to assess fetal well being. At the present, variant technologies are used for intrapartum fetal surveillance. For example, continuous cardiotocography (CTG) is used in labor room because it is easy and convenient way to get results. However, nurses must have experiences and skills for CTG. Labor nurses who care for intrapartum period clients closely have to adjust and learn how to use CTG and interpret the results for risk assessment, surveillance, emergency diagnosis, provide emergencies nursing care, and coordinate with health team in order to keep mothers and babies' safe delivery.

Keywords: Nurse's roles, Intrapartum fetal surveillance, Continuous cardiotocography

บทนำ

การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาทารกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน การบาดเจ็บต่อระบบประสาท และการเสียชีวิต (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล, 2559) เนื่องจากภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษา มารดาและทารกในครรภ์ การเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการทุพพลภาพ อัตราการตายปริกำเนิด และความพิการของทารกแรกเกิด ที่มีผลมาจากการขาดออกซิเจนในระหว่างการคลอด (วรุณสิริ หงส์ดารมภ์ และสุพัตรา ศิริโชคิยะกุล, 2554) วิธีการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ที่ดีควรสามารถค้นหาทารกในครรภ์ที่มีภาวะเครียดได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ (World Health Organization [WHO], 2018) การตรวจนั้นสามารถอธิบายความเสี่ยงหรือบ่งบอกพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น เมื่อพบผลการตรวจปกติ ต้องมั่นใจว่าทารกปกติจริงๆ ในช่วงเวลาที่ตรวจ และที่สำคัญที่สุด คือ ต้องช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย การทุพพลภาพของทารก และการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น ในระยะรอคคลอดอาจเกิด

ภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว บางครั้งทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ที่ใกล้ชิดมารดาคลอดมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีความสามารถ มีประสบการณ์ และมีทักษะสูงในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคคลอด (Pinas & Chandharan, 2016) ทั้งแบบการฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์และแบบการใช้เครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ในรายที่มีความเสี่ยงต่ำ แนะนำให้ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที ในระยะเจ็บครรภ์ ส่วนในรายที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำให้ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 15 นาที ในระยะเจ็บครรภ์หรือถี่กว่านั้นหากพบความผิดปกติ ซึ่งผู้คลอดแต่ละรายควรมีพยาบาลดูแล 1 คน (คณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ พ.ศ. 2558-2559 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, 2559) โดยพยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด และสามารถประเมินสถานะของมารดาและทารกได้อย่างถูกต้อง ในปัจจุบันห้องคลอดมีการนำเครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง (continuous cardiotocography [CTG]) มาใช้ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่ายและสะดวก สามารถช่วยบ่งบอกการทำงานของหัวใจ

และสมองที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยง ภาวะเลือดเป็นกรด และการขาดออกซิเจนของทารก เมื่อพบภาวะที่แสดงว่าทารกอาจไม่ปลอดภัย (non-reassuring fetal heart rate) พยาบาลต้องสามารถแปลผลจากเครื่องมือได้อย่างถูกต้อง ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมีโอกาที่เครื่องมือจะรายงานผลผิดพลาดได้ (Pinas & Chandrabaran, 2016) หากพบความผิดปกติ พยาบาลต้องรีบหาสาเหตุ ให้การพยาบาลเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมได้ทันทั่วทั้งที่บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคคลอด โดยใช้ CTG โดยมีสาระเกี่ยวกับการใช้ CTG ในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่ใช้ CTG และบทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคคลอด เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลมารดา ระยะรอคคลอด โดยการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การใช้เครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์

CTG เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารก (fetal heart rate [FHR]) ในครรภ์และการหดตัวของมดลูก ใช้เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเต้นของหัวใจกับการหดตัวของมดลูก แล้วแสดงผลออกมาเป็นกราฟในกระดาษหรือผ่านจอภาพ (Schneider, 2014) แบ่งตามลักษณะของเครื่องได้เป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. external (indirect) monitoring เป็นการตรวจวัดการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูก ผ่านทางหัวตรวจที่วางอยู่บนหน้าท้องแล้วแสดงออกมาเป็นเส้นกราฟ มีข้อดี คือ ไม่รบกวนร่างกายของมารดา ไม่เพิ่มความเครียดต่อการติดเชื้อ วิธีนี้ใช้หัวตรวจแบบ doppler เพื่อตรวจวัดเสียงหัวใจทารก ดังนั้นการเคลื่อนไหวอื่น ๆ ของมารดาและทารก จึงมีผลกระทบต่อค่าความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจทารก

นอกจากนี้ การหดตัวของมดลูกเป็นการวัดความตึงตัวของผนังมดลูกผ่านทางหน้าท้อง ไม่ได้วัดที่ความดันในโพรงมดลูกอย่างแท้จริง ทำให้มีความคลาดเคลื่อนได้สูง รวมทั้งสัญญาณอาจขาดหายได้เมื่อมีการขยับตัวของมารดาและทารก

2. internal (direct) monitoring เป็นการใช้เครื่องมือติดผิวหน้าทารกเพื่อวัดอัตราการเต้นของหัวใจทารกจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และวัดการหดตัวของมดลูกโดยสอดเครื่องมือผ่านเข้าไปในโพรงมดลูก เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของความดันในโพรงมดลูกโดยตรง วิธีนี้มีข้อดี คือ สามารถวัดความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจทารก (fetal heart rate variability) และความดันในโพรงมดลูกได้อย่างแม่นยำ รวมทั้งสัญญาณจะไม่ขาดหายไปเมื่อมีการขยับตัวของมารดา แต่มีข้อเสียคือ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในน้ำคร่ำในรายที่มารดาเป็นพาหะของ group B streptococcus หรือมารดาติดเชื้อเอชไอวี (Alfirevic, Devane, Gyte, & Cuthbert, 2017)

ข้อบ่งชี้ในการใช้ CTG

ในมารดาที่มีความเสี่ยงต่ำ อาจไม่จำเป็นต้องใช้ CTG ตลอดเวลา สามารถฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกเป็นระยะๆ (intermittent auscultation [IA]) ตามความเหมาะสม แต่ในกรณีที่มีมารดาที่มีความเสี่ยงสูง ควรใช้เครื่องมือติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ระหว่างรอคคลอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและควรได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ แบ่งได้ดังนี้ (คณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ พ.ศ. 2558-2559 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, 2559)

1. ความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ (antenatal risk factors) มีดังนี้

1.1 ด้านมารดา ประกอบด้วย มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นเบาหวาน มีเลือดออกในช่องคลอดระยะก่อนคลอด และมีโรคประจำตัวหรือภาวะอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจ ภาวะซีดอย่างรุนแรง ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ โรคไต และโรคเลือด

1.2 ด้านทารก ประกอบด้วย ทารกเติบโตช้า ในครรภ์ มีภาวะครรภ์แฝด มีความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสายสะดือของทารก (จาก doppler velocimetry) ทารกทำกัน และมารดากับทารกมีหมู่เลือดไม่เข้ากัน

2. ความเสี่ยงในระยะคลอด (intrapartum risk factors) มีดังนี้

2.1 ด้านมารดา ประกอบด้วย มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดในระยะคลอด มีการติดเชื้อในโพรงมดลูก ได้รับยาระงับปวดทางช่องไขสันหลัง มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีน้ำเดินเป็นเวลานาน ได้รับการเร่งคลอด (โดย induce labor หรือ augmented labor) และมดลูกมีการหดตัวรุนแรง

2.2 ด้านทารก ประกอบด้วย มีไข้เทาน้ำคร่ำ มีภาวะที่แสดงว่าทารกอาจไม่ปลอดภัย (จากการฟังทางหน้าท้อง) และมีประวัติทารกคลอดเกินกำหนด

เมื่อพยาบาลประเมินความเสี่ยงแล้วพบว่า มารดาและทารกมีความเสี่ยงสูง พยาบาลควรติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคลอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลควรมีความสามารถในการประเมินความเสี่ยงของทารก จากลักษณะอัตราการเต้นของหัวใจทารกที่ปรากฏ

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่ใช้เครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่ใช้ CTG คือ การเตรียมมารดาให้พร้อมรับการตรวจทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อม และสามารถแปลผลที่รายงานจากเครื่องมือได้อย่างแม่นยำ ถูกต้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Nursing management during labor and birth, n.d.)

1. การพยาบาลก่อนทำ external CTG มีดังนี้

1.1 เตรียมเครื่องมือ CTG กระจกบันทึก สายรัดหน้าท้อง เจลทาหน้าท้อง และผ้าเช็ดทำความสะอาด

1.2 อธิบายขั้นตอนและเหตุผลของการตรวจด้วย CTG อย่างคร่าวๆ

1.3 จัดให้อยู่ในท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (semi-Fowler's position) และใช้หมอนรองใต้สะโพกขวา เพื่อไม่ให้มดลูกไปกดทับหลอดเลือดดำ

1.4 บันทึกความดันโลหิต เพื่อตรวจสอบภาวะความดันโลหิตต่ำในท่านอนหงาย (supine hypotension)

1.5 ใช้ tocodynamometer ของ external monitor คาดหน้าท้องมารดาบริเวณยอดมดลูก เพื่อบันทึกการหดตัวของมดลูกที่เกิดขึ้นเองหรือเมื่อทารกดิ้น

1.6 ฟังการเต้นของหัวใจทารกตรงจุดที่ชัดเจนที่สุด แล้วใช้ doppler FHR transducer คาดเข้ากับหน้าท้องมารดา เพื่อบันทึกการเต้นของหัวใจทารกตลอดการทำ

2. การพยาบาลขณะทำ external CTG มีดังนี้

2.1 คอยระมัดระวังไม่ให้สายรัดหน้าท้องเลื่อนหลุดจากตำแหน่ง เพราะอาจทำให้การรายงานผลผิดพลาด

2.2 หากมารดารู้สึกเมื่อย ไม่สบาย ให้ช่วยเปลี่ยนท่าได้

2.3 คอยสังเกตกราฟที่บันทึก หรือดูรายงานผลบนหน้าจอ หากพบความผิดปกติ ต้องรีบหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

การอ่านและการแปลผลการตรวจด้วย CTG

การแปลผลการตรวจด้วย CTG ต้องการความรู้ทักษะ และความเข้าใจอย่างมาก โดยต้องระบุรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ตรวจ และความเร็วของกระดาษที่ใช้บันทึก

2. กระดาษบันทึก (tracing) คูณี่ต่าง ๆ ดังนี้

2.1 คุณภาพของการบันทึก

2.2 อัตราการเต้นของหัวใจทารกพื้นฐาน

(baseline FHR)

2.3 ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ (variability)

2.4 การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทั้งแบบเพิ่มขึ้น

(acceleration) และแบบลดลง (deceleration) นอกจากนี้ควรระบุว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก (periodic change) หรือ ไม่สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก (episodic change)

2.5 การหดตัวของมดลูก โดยดูระยะห่างของการหดตัว (interval) ระยะเวลาของการหดตัว (duration) และความแรงของการหดตัว (intensity)

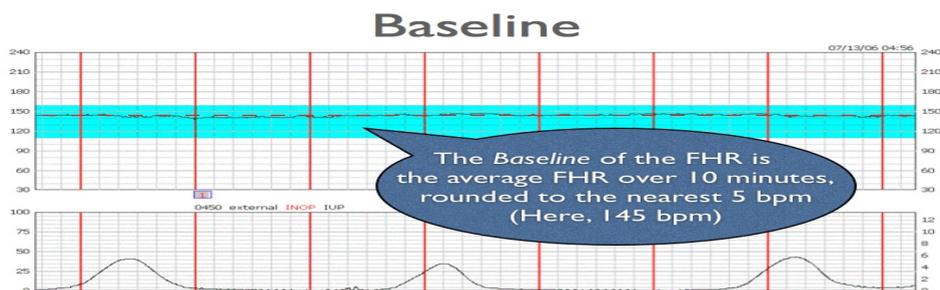
3. บันทึกสัญญาณชีพของมารดา ยาที่มารดาได้รับ การช่วยเหลือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง

4. แนวทางการดูแลรักษา

ลักษณะที่สำคัญของผลการตรวจด้วย CTG

ในปัจจุบัน การนำ CTG มาใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ นับเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการดูแลมารดาและทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ทารกในครรภ์คลอดอย่างปลอดภัย ทั้งนี้ อัตราการเต้นของหัวใจทารกที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผลมาจากการเสียสมดุลของระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก หากมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก หัวใจจะเต้นเร็วขึ้น แต่หากมีการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก หัวใจจะเต้นช้าลง ซึ่งมักเกิดจากการขาดออกซิเจน ลักษณะการเต้นของหัวใจทารกที่เปลี่ยนแปลงไปบ่งบอกถึงสัญญาณความเสี่ยงของทารกในครรภ์ (The Healthline Editorial Team, 2018) ซึ่งลักษณะที่สำคัญของผลการตรวจด้วย CTG มีดังนี้

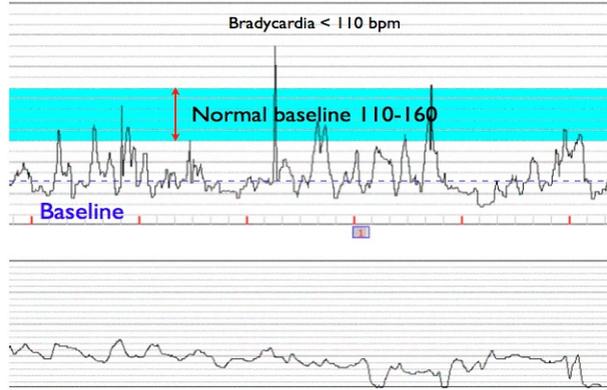
1. baseline fetal heart rate หมายถึง อัตราการเต้นของหัวใจทารกปกติ โดยเฉลี่ยในช่วงเวลา 10 นาที จะอยู่ระหว่าง 110-160 ครั้งต่อนาที baseline fetal heart rate แสดงในภาพที่ 1 หาก baseline น้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาที เรียกว่า bradycardia เกิดจากการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจทารกมากขึ้นร่วมด้วย สาเหตุเกิดจากการได้รับยา เช่น beta-blocker, MgSO₄ การกดของคีรีระทาร์กในระยะที่สองของการคลอด มารดามีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน และการทำงานของหัวใจถูกกดแต่กำเนิด (congenital heart block) ภาวะครรภ์เกินกำหนด และการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจทารกก่อนเสียชีวิต bradycardia แสดงในภาพที่ 2 และหาก baseline มากกว่า 160 ครั้งต่อนาที เรียกว่า tachycardia ซึ่งต้องแยกภาวะที่เป็นอันตรายจากสาเหตุอื่นๆ ออกก่อนเสมอ ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน การติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อในน้ำคร่ำ สาเหตุเกิดจากครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจน การติดเชื้อ ทารกในครรภ์มีภาวะซีด มีภาวะหัวใจล้มเหลว มารดามีภาวะไทรอยด์เป็นพิษ มีไข้ มีภาวะพร่องสารน้ำ และผลของยาบางชนิด เช่น atropine, beta-sympathomimetic drugs เป็นต้น tachycardia แสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 1 baseline fetal heart rate

ที่มา: <http://www.ob-efm.com/efm-basics/basic-pattern-recognition/>

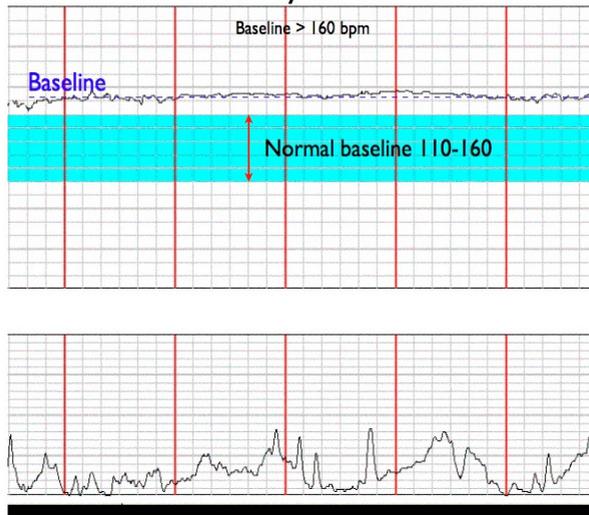
Bradycardia



ภาพที่ 2 bradycardia

ที่มา: <http://www.ob-efm.com/efm-basics/basic-pattern-recognition/>

Tachycardia



ภาพที่ 3 tachycardia

ที่มา: <http://www.ob-efm.com/efm-basics/basic-pattern-recognition/>

2. baseline variability หมายถึง ความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจทารก หากเป็นความแปรปรวนระหว่างการเต้นแต่ละครั้ง เรียกว่า beat to beat variability หรือ short term variability หากเป็นความแปรปรวนของ

baseline fetal heart rate ในแต่ละช่วงเวลา เรียกว่า long term variability ซึ่ง baseline variability จะบ่งบอกถึงระดับออกซิเจนของทารกในครรภ์ ทั้งนี้สามารถแบ่ง baseline variability ตามขนาดของ

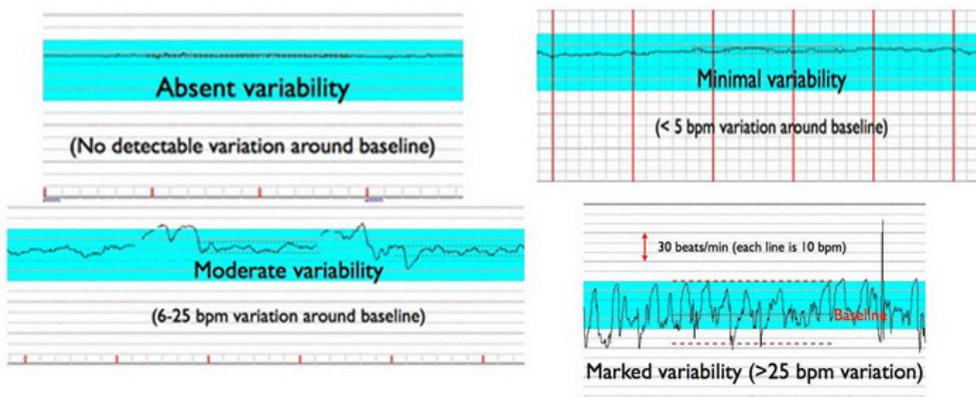
ความแปรปรวน ซึ่งบ่งชี้สุขภาพทารกในครรภ์ได้ 4 ชนิด ดังนี้

2.1 absent variability คือ ไม่มีความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจทารกเมื่อมองด้วยตาเปล่า สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจน (asphyxia) ของทารกในครรภ์สูง

2.2 minimal variability คือ สังเกตเห็นความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจทารกได้ แต่มีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งต่อนาที สัมพันธ์กับภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis) ของทารกในครรภ์ แต่อาจไม่มีภาวะขาดออกซิเจนก็ได้

2.3 moderate (normal) variability คือ ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 6-25 ครั้งต่อนาที มักพบในทารกปกติ

2.4 marked variability คือ ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจทารก มากกว่า 25 ครั้งต่อนาที สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ และยังเป็น การตอบสนองต่อภาวะขาดออกซิเจน สาเหตุเกิดจาก ครรภ์เกินกำหนด ยาต่างๆ เช่น ephedrine ระยะที่สองของการคลอด ภาวะขาดออกซิเจนบางส่วน การสำลักขี้เทา ชนิดต่างๆ ของ baseline variability แสดงใน ภาพที่ 4

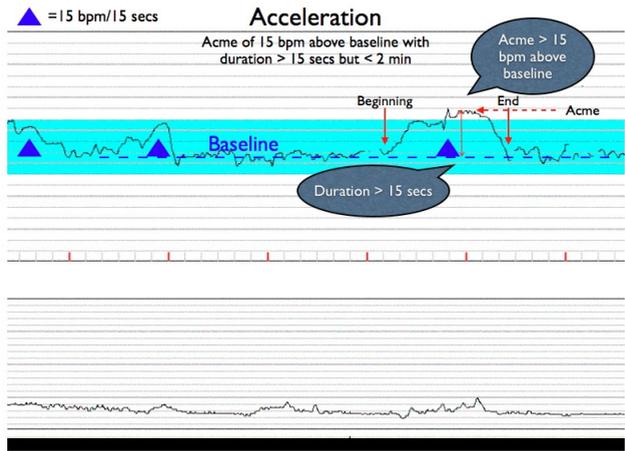


ภาพที่ 4 baseline variability

ที่มา: <http://www.ob-efm.com/efm-basics/basic-pattern-recognition/>

3. fetal heart rate acceleration หมายถึง การเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างฉับพลัน มากกว่าหรือเท่ากับ 15 ครั้งต่อนาที และนานกว่า 15 วินาที แต่ไม่น้อยกว่า 2 นาที หากนานกว่า 2 นาที แต่ไม่ถึง 10 นาที จัดเป็น prolonged acceleration ส่วนในรายที่

อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ เกณฑ์การวินิจฉัยจะลดลง เป็น เพิ่มขึ้น 10 ครั้งต่อนาที นานกว่า 10 วินาที โดยการเปลี่ยนแปลงนี้บ่งบอกถึงสุขภาพที่ดีของทารกในครรภ์ acceleration แสดงในภาพที่ 5



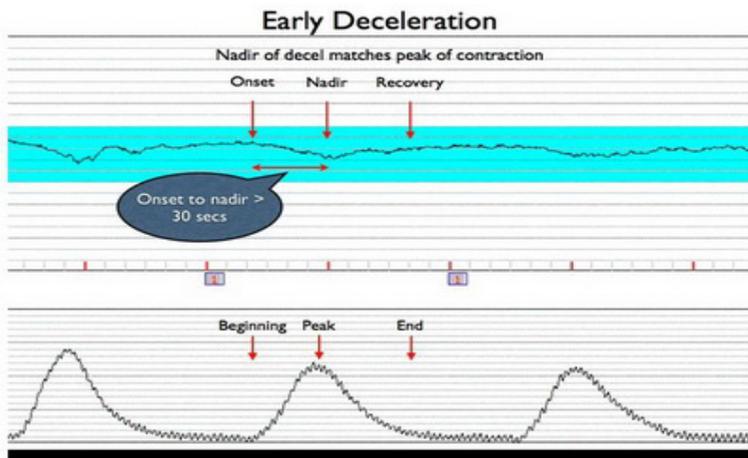
ภาพที่ 5 acceleration

ที่มา: <http://www.ob-efm.com/efm-basics/basic-pattern-recognition/>

4. fetal heart rate deceleration หมายถึง การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารก ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้

4.1 early deceleration คือ การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป และกลับคืนสู่ baseline อย่างช้าๆ สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก โดยจุดเริ่มต้นของการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารก จุดต่ำสุด และการกลับคืนสู่ baseline

จะตรงกับจุดเริ่มต้นของการหดตัวของมดลูก จุดสูงสุด และการคลายตัวของมดลูกกลับคืนสู่ baseline ตามลำดับ การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกจะใช้เวลาจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดต่ำสุดมากกว่าหรือเท่ากับ 30 วินาที ภาวะนี้มักเกิดจากการที่ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมาในช่วงใกล้คลอด หรือศีรษะถูกกดในช่องที่มีการหดตัวของมดลูก early deceleration แสดงในภาพที่ 6

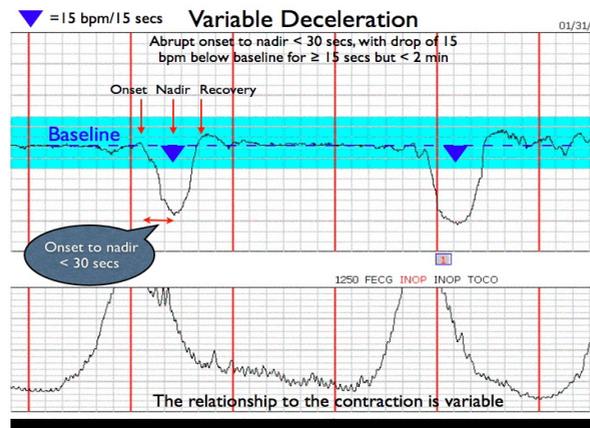


ภาพที่ 6 early deceleration

ที่มา: <http://www.ob-efm.com/efm-basics/basic-pattern-recognition/>

4.2 variable deceleration คือ การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างฉับพลัน สามารถสังเกตได้ด้วยตาเปล่า โดยอัตราการเต้นของหัวใจทารกจะลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ครั้งต่อนาที คงอยู่นานมากกว่าหรือเท่ากับ 15 วินาที แต่ไม่นานเกิน 2 นาที โดยอาจสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกหรือไม่ก็ได้ การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกจะใช้เวลาจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดต่ำสุดน้อยกว่า 30 วินาที ภาวะนี้มักเกิดจากการกดทับของสายสะดือ ซึ่งพบได้บ่อยในช่วง

เจ็บครรภ์คลอด ทำให้ปริมาณเลือดส่งไปเลี้ยงทารกลดลง ความสำคัญ คือ หากปรากฏ non-reassuring variable deceleration จะบ่งบอกถึงภาวะเครียดของทารก ภาวะทารกขาดออกซิเจน เมื่อพบภาวะเหล่านี้ต้องพยายามหาสาเหตุ ได้แก่ ภาวะสายสะดือข้อยึด ภาวะพร่องออกซิเจน การหดตัวของมดลูกนานหรือแรงเกินไป แล้วรีบแก้ไข และช่วยเหลือนทารกโดยเร็ว variable deceleration แสดงในภาพที่ 7

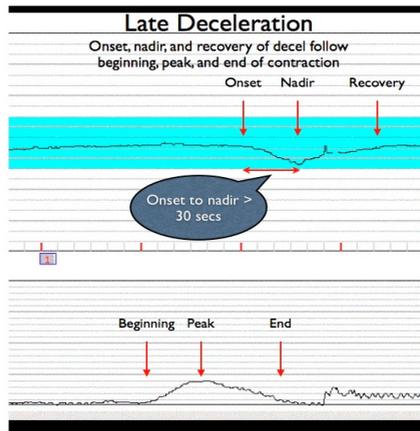


ภาพที่ 7 variable deceleration

ที่มา: <http://www.ob-efm.com/efm-basics/basic-pattern-recognition/>

4.3 late deceleration หมายถึง การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป และกลับคืนสู่ baseline อย่างช้า ๆ สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก โดยจุดเริ่มต้นของการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารก จุดต่ำสุด และการกลับคืนสู่ baseline จะเกิดช้ากว่าจุดเริ่มต้นของการหดตัวของมดลูก จุดสูงสุด และการคลายตัวของมดลูกกลับคืนสู่ baseline

ตามลำดับ การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารก จะใช้เวลาจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดต่ำสุดมากกว่าหรือเท่ากับ 30 วินาที สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การหดตัวของมดลูกมากเกินไป และการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกจากสาเหตุต่างๆ เช่น มารดามีภาวะความดันโลหิตต่ำ มีภาวะช็อค หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ late deceleration แสดงในภาพที่ 8

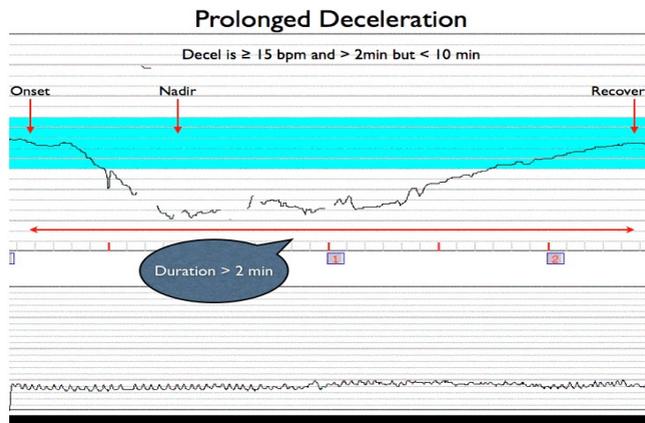


ภาพที่ 8 late deceleration

ที่มา: <http://www.ob-efm.com/efm-basics/basic-pattern-recognition/>

4.4 prolonged deceleration หมายถึง การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างน้อย 15 ครั้งต่อนาที นาน 2 นาทีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 10 นาที มีสาเหตุมาจากการกดทับของสายสะดือ มดลูกมีการหดรัดตัว

มากเกินไป และภาวะความดันโลหิตต่ำของมารดา ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกผิดปกติ prolonged deceleration แสดงในภาพที่ 9

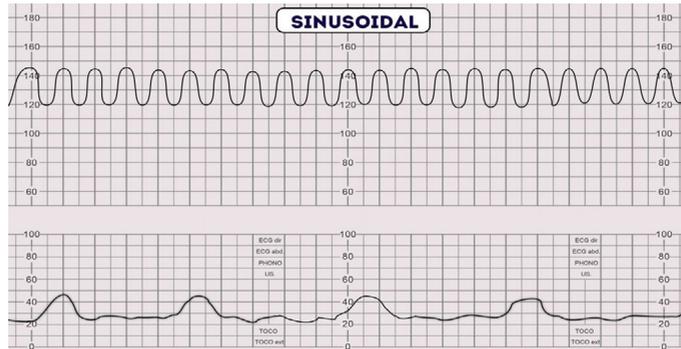


ภาพที่ 9 prolonged deceleration

ที่มา: <http://www.ob-efm.com/efm-basics/basic-pattern-recognition/>

5. sinusoidal pattern หมายถึง การแกว่งตัวขึ้นลงของ baseline ที่มีลักษณะเป็นลูกคลื่น (sine wave) โดยความถี่ของการแกว่งตัว คือ 3-5 ครั้งต่อนาที และ

เป็นอยู่นานอย่างน้อย 10 นาที สาเหตุที่พบบ่อย คือ ทารกมีภาวะซีด sinusoidal pattern แสดงในภาพที่ 10



ภาพที่ 10 sinusoidal pattern

ที่มา: <https://www.geekymedics.com/how-to-read-a-ctg/>

6. baseline change หมายถึง การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์นานกว่า 10 นาที ต้องรีบหาสาเหตุ

จากลักษณะที่สำคัญของผลการตรวจด้วย CTG สามารถนำมาจัดแบ่งแนวทางการแปลผล เพื่อให้สะดวกต่อการจดจำ และเป็นแนวทางในการตัดสินใจดูแล โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. normal FHR pattern เป็นภาวะปกติของทารกในครรภ์ สามารถพบ tracing ดังต่อไปนี้ (Robin, 2018)

- FHR 110-160 bpm with minimal to moderate beat to beat variability
- mild variable deceleration

2. fetal stress pattern เป็นการตอบสนองของทารกในครรภ์ที่เริ่มมีการปรับตัวต่อภาวะเครียด ต้องหาสาเหตุและเตรียมให้การช่วยเหลือ สามารถพบ tracing ดังต่อไปนี้ (Robin, 2018)

- tachycardia
- moderate to severe variable deceleration with mild to moderate beat to beat variability
- late deceleration with mild to moderate beat to beat variability
- sinusoidal FHR pattern

3. fetal distress pattern เป็นการตอบสนองของทารกในครรภ์ที่บ่งบอกว่าเริ่มปรับตัวต่อภาวะเครียดไม่ได้ ต้องเร่งให้การช่วยเหลือโดยด่วน สามารถพบ tracing ดังต่อไปนี้ (Robin, 2018)

- moderate to severe variable deceleration with absent beat to beat variability
- late deceleration with absent variability
- fetal bradycardia

บทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคอย

ในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคอยพยาบาลมักได้รับความกดดันด้านเวลาที่จำกัด การรับรู้และผลกระทบที่ตามมาเมื่อได้รับการสื่อสารจากแพทย์พยาบาลจำเป็นต้องสำรวจเพิ่มเติมว่าการปฏิบัติกรพยาบาลแต่ละด้านเป็นบทบาทอิสระหรือเป็นการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ (Edmonds & Jones, 2013) เพราะการดูแลในระยะรอคอยนั้น พยาบาลอาจต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและไม่คาดคิดได้ตลอดเวลา ซึ่งบทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคอยโดยใช้ CTG สรุปเป็นรูปแบบ SAFE ได้ดังนี้

1. S = Screen หมายถึง บทบาทในการคัดกรอง โดยแยกการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำออก จากการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอด ไม่ว่าจะเดิม จะมีความเสี่ยงใด ๆ มาก่อน

2. A = Action หมายถึง การกระทำหรือให้ การพยาบาลตามอาการ และตามแนวการรักษาของแพทย์ เพื่อลดอันตรายของทารกในครรภ์ โดยการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสม เช่น การเตรียมมารดาให้พร้อม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ ต่าง ๆ ในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ให้ครบถ้วน และพร้อมใช้ การติดตามประเมินรูปแบบอัตราการเต้น ของหัวใจทารกในครรภ์ด้วย CTG

3. F = Fast หมายถึง ความรวดเร็วในการที่ พยาบาลสามารถแยกการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ที่มี ภาวะวิกฤต หรือสามารถรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ เพื่อการรักษาอย่างรวดเร็วก่อนที่จะเกิดอันตรายต่อมารดา และทารกในครรภ์

4. E = Evaluation หมายถึง บทบาทใน การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ว่าปกติ เริ่มปรับตัว ต่อภาวะเครียด หรือเริ่มทนต่อภาวะเครียดไม่ได้

สรุป

การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระหว่างรอคลอด เป็นบทบาทสำคัญที่ทำทนายความสามารถและการตัดสินใจ ของพยาบาลห้องคลอดอย่างยิ่ง เพราะเป็นสถานการณ์ ที่มีผลกระทบทั้งต่อชีวิตมารดาและทารกในครรภ์ การค้นหา ทารกในครรภ์ที่มีความเสี่ยงสามารถกระทำหลายวิธี ซึ่งวิธีหนึ่งที่นิยมใช้ คือ การใช้ CTG เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก สามารถตรวจสอบและบันทึกการเต้นของหัวใจ ทารกได้ โดยพยาบาลต้องปรับบทบาทตนเองให้รู้เท่าทัน เทคโนโลยี มีความเข้าใจ และมีทักษะในการอ่านและแปลผล การตรวจที่แม่นยำ แม้ว่าผลการตรวจจะมีหลายลักษณะ ตามการตอบสนองของทารกในครรภ์ ทั้งนี้เพื่อลดอัตรา การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ รวมทั้งลดโอกาสในการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น อย่างไรก็ตาม การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคลอด

ด้วยวิธีอื่น ๆ ยังคงต้องนำมาใช้ควบคู่กัน เช่น การฟังเสียง หัวใจทารกในครรภ์เป็นระยะ เพื่อให้การค้นหาทารกในครรภ์ ที่มีความเสี่ยงมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผล ให้ทั้งมารดาและทารกได้รับความปลอดภัยสูงสุดในการคลอด

เอกสารอ้างอิง

- คณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ พ.ศ. 2558-2559 สมาคม เวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. (2559). *การบริบาลปริกำเนิด: จากทฤษฎีสู่ปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ไพรินทร์ สุนทรค์ตระกูล. (2559). ความก้าวหน้าของ การคลอดกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสาร พยาบาลทหารบก*, 17(2), 1-6.
- วรุณสิริ หงส์दारมภ์, และสุพัตรา ศิริโชคิยะกุล. (2554). *Fetal surveillance*. สืบค้นจาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=662%3Afetal-surveillance&catid=45&Itemid=561
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M. L., & Cuthbert, A. (2017). *Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour*. Retrieved from <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/full>
- Edmonds, J. K., & Jones, E. J. (2013). Intrapartum nurses' perceived influence on delivery mode decisions and outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), 3-11.
- Nursing management during labor and birth*. (n.d.). Retrieved from http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9780781752206_Ricci/samples/Chapter14.pdf

- Pinas, A., & Chandraharan, E. (2016). Continuous cardiotocography during labour: Analysis, classification and management. *Best Practice & Research, Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 30, 33-47.
- Robin, E. W. (2018). *Normal fetal heart rate during pregnancy*. Retrieved from <https://www.verywellfamily.com/>
- Schneider, K. T. M. (2014). *Guideline on the use of CTG during pregnancy and labor*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- The Healthline Editorial Team. (2018). *Fetal heart monitoring: What's normal, what's not?*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/pregnancy/abnormal-fetal-heart-tracings>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendation on duration of the first stage of labour*. Retrieved from <https://extranet.who.int/>
-

การดูแลพระภิกษุอาพาธสำหรับพยาบาล ตอนที่ 1: การดูแลพระภิกษุอาพาธที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก Care of Sick Buddhist Monks for Nurses

Part 1: Care of Sick Buddhist Monks in Outpatient Department

ชดช้อย วัฒนะ, ปส.ด. (การพยาบาล) ¹

Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) ¹

Received: February 27, 2019 Revised: March 12, 2019 Accepted: March 15, 2019

ในอดีตที่ผ่านมา ประเด็นการดูแลพระภิกษุอาพาธ เป็นเรื่องที่ถูกกล่าวถึงกันน้อย และไม่มีปรากฏอยู่ในรายวิชาใด ๆ ทางการพยาบาล ในยุคโลกาภิวัตน์จนถึงยุคศตวรรษ 21 ได้มีการกล่าวถึงการพยาบาลพหุวัฒนธรรม การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์วัฒนธรรม ทั้งในบริบทสังคมไทย ประชาคมอาเซียน และสังคมโลก อันเป็นการแสดงถึงความพยายามที่จะให้การดูแลที่เรียกกันว่า “การพยาบาลแบบองค์รวม” และการเตรียมรับสถานการณ์ด้านบริการสุขภาพเพื่อให้ทันและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รวมทั้งเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการแก่ผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม อย่างไรก็ตาม บทความวิชาการและการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลพระภิกษุอาพาธ ซึ่งจัดเป็นกลุ่มบุคคลที่มีวัฒนธรรมเฉพาะ โดยดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบพระธรรมวินัย ยังปรากฏไม่มากและยังไม่มี การบรรจุหัวข้อนี้อยู่ในหลักสูตรใด ๆ ทางสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ แม้ว่าอาจมีการเรียนการสอนทางคลินิกในกรณีที่พระภิกษุเจ็บป่วยเป็นรายกรณี แต่ส่วนใหญ่เป็นการมุ่งเน้นที่เรื่องโรค การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป การปฏิบัติดูแลที่มีความเฉพาะต่อพระภิกษุ เป็นการสอน

ตามประสบการณ์และความเข้าใจของผู้มีเทศในคลินิก โดยไม่มีเนื้อหาและรูปแบบที่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่เป็นสิ่งที่รับรู้กันโดยทั่วไปในวงการวิชาชีพด้านสุขภาพ

ในฐานะที่ประเทศไทยได้ชื่อว่าเป็น “เมืองพุทธ” สิ่งที่น่าสนใจที่สุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลพระภิกษุอาพาธโดยตรง ฟังตระหนักคือการปฏิบัติดูแลพระภิกษุอาพาธ ได้กระทำอย่างเหมาะสมตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับข้อบัญญัติทางศาสนาเพียงใด และควรกระทำอย่างไรที่จะให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและไม่กระทบต่อข้อวัตรของพระภิกษุผู้เคร่งครัดในพระวินัย อันเป็นกิจที่พึงกระทำ และเป็น การช่วยบำรุงพระพุทธศาสนาได้ทางหนึ่ง บทความนี้จึงนำเสนอแนวทางสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกให้แก่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปฏิบัติดูแลพระภิกษุได้อย่างเหมาะสม

หลักการสนทนากับพระภิกษุอาพาธที่พยาบาลควรทราบ

ในการให้การดูแลพระภิกษุอาพาธที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำเป็นต้องมีการสนทนาระหว่างพยาบาล

¹ นักวิชาการอิสระ

¹ Freelance Academic Researcher, E-mail: wattanach@hotmail.com

กับพระภิกษุ ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อคุณภาพ การดูแลพระภิกษุอาพาธประการหนึ่ง เพื่อสื่อสารข้อมูล รวมทั้งการกล่าวอาราธนาให้พระภิกษุปฏิบัติหรือกระทำการใด ๆ ขณะรับบริการ ซึ่งต้องมีการใช้คำที่เหมาะสม โดยควรมีความเข้าใจพื้นฐานในหลักการสนทนา ทั้งนี้ บุคลากรส่วนหนึ่งโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง มักมีความกังวลในการสนทนากับพระภิกษุ ส่วนหนึ่งเข้าใจว่าการสนทนากับพระภิกษุเป็นสิ่งที่ควร หลีกเลี่ยง หรือควรกระทำเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น เนื่องจาก ไม่เหมาะสมที่สตรีจะสนทนากับพระภิกษุ บางคนกังวล เกี่ยวกับการใช้คำพูด เกรงว่าจะใช้คำที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ เหมาะสมกับพระภิกษุ และไม่กล้าสอบถาม ทำให้เป็น อุปสรรคต่อการให้การดูแลพระภิกษุอาพาธ แท้จริงแล้ว การสนทนากับพระภิกษุไม่มีข้อปฏิบัติเป็นกรณีพิเศษใดๆ เพียงแต่ใช้คำให้สุภาพและเลือกใช้ให้เหมาะสม หากไม่ทราบ สามารถสอบถามจากพระภิกษุได้โดยตรง เพื่อให้ปฏิบัติ ได้ถูกต้อง หลักการสนทนากับพระภิกษุอาพาธที่พยาบาล ควรทราบ มีดังนี้

1. การใช้คำแทนตัวผู้พูดและคำเรียกพระภิกษุที่เหมาะสม

คำแทนตัวพยาบาล สามารถใช้คำต่างๆ ดังต่อไปนี้

- โยม (สำหรับพยาบาลทั้งชายและหญิง)
- หนู ดิฉัน (สำหรับพยาบาลที่เป็นผู้หญิง)

โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับวัยของพระภิกษุ หากพยาบาล อายุน้อยกว่าพระภิกษุ การใช้คำว่า “หนู” ถือว่ามีความเหมาะสม และใช้กันได้โดยทั่วไป

- ผม กระผม (สำหรับพยาบาลที่เป็นผู้ชาย หรือบุรุษพยาบาล)

คำเรียกพระภิกษุ สามารถใช้คำต่างๆ ดังต่อไปนี้

- หลวงปู่ หลวงตา หลวงพ่อ หลวงพี่ โดย พิจารณาตามอายุของพระภิกษุ หรือเรียกว่า พระอาจารย์

- บางครั้งคำเรียกพระภิกษุ นิยมเรียกตาม คำนิยมท้องถิ่น เช่น หากเป็นพระภิกษุทางภาคเหนือ ที่เป็นพระผู้ใหญ่ ที่บวชมานานหรือพรรษามาก จะเรียกว่า “ครูบา” ต่างจากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่นิยมเรียก พระภิกษุที่พรรษาน้อยว่า “ครูบา”

- กรณีที่พระภิกษุมีสมณศักดิ์ที่ได้รับพระราชทาน ให้เรียกตามสมณศักดิ์ เช่น “ท่านเจ้าคุณ” “ท่านพระครู” หรืออาจใช้คำกลางๆ เช่น “ท่าน”

อย่างไรก็ตาม ยศ หรือสมณศักดิ์ ถือเป็นสมมติ ของพระภิกษุ พระภิกษุบางรูปไม่นิยมให้เรียกท่านตาม สมณศักดิ์ ซึ่งผู้ปฏิบัติกรดูแลควรรู้จักอภัยยศ โดยสอบถาม จากพระอุปัชฌาย์ที่ปฏิบัติใกล้ชิด

2. การแนะนำตัวก่อนการเริ่มสนทนา ในการเริ่มต้น การสนทนากับพระภิกษุ พยาบาลควรแสดงความเคารพ ด้วยการไหว้ และแนะนำตัว รวมทั้งชี้แจงประเด็นที่ต้องการ สนทนา ดังตัวอย่าง

พยาบาล: “หลวงพ่อกะ โยมชื่อ..... จะขอ อนุญาตเจาะเลือดหลวงพ่อเพื่อส่งตรวจ.....ค่ะ”

หากเป็นพระชั้นผู้ใหญ่ ใช้คำว่า “กราบนมัสการ... (หลวงพ่อ/ท่านเจ้าคุณ/ท่านพระครู...)” ตามสมณศักดิ์

3. การใช้คำกล่าวนำให้พระภิกษุปฏิบัติกิจกรรม หรือกระทำการใด ๆ ขณะรับบริการ หากต้องการให้พระภิกษุ กระทำสิ่งใด ให้เริ่มต้นโดยใช้คำว่า “นิมนต์” (...ตามด้วย คำเรียกพระภิกษุ...)...ระบุสิ่งที่ต้องการให้กระทำ หรือ ขอร้องอาราธนา...(ตามด้วยคำเรียกพระภิกษุ...)...ระบุสิ่งที่ ต้องการให้กระทำ ดังตัวอย่าง

พยาบาล: “นิมนต์หลวงพ่อนั่งที่เก้าอี้ตรวจค่ะ/ ครับ”

4. การกล่าวคำเมื่อต้องการถวายอาหาร ยา หรือ สิ่งของใดๆ แก่พระภิกษุ

พยาบาล: (หลวงพ่อ/ท่านเจ้าคุณ/ท่านพระครู/ ...) ค่ะ/ครับ...ขออนุญาตถวาย.....แก่หลวงพ่อ/ ท่านเจ้าคุณ/ท่านพระครู...ค่ะ/ครับ

การดูแลพระภิกษุอาพาธที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
การให้การดูแลพระภิกษุอาพาธที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก มีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. การต้อนรับและการประเมินแนวทางในการอำนวยความสะดวก

เมื่อมีพระภิกษุมารโรงพยาบาล หากมีพยาบาลชาย ควรให้พยาบาลชายเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแล อำนวยความสะดวก

และให้คำแนะนำเพื่อความเหมาะสม หากไม่มีพยาบาลชาย พยาบาลที่ทำงาน ณ จุดคัดกรองควรทำหน้าที่อำนวยความสะดวก สิ่งที่พยาบาลพึงปฏิบัติ ทำได้โดยการแสดงความเคารพด้วยการไหว้ และสอบถามเหตุผลในการมาโรงพยาบาล

พยาบาล: “กราบนำมิตรการหลวงพ่อ หลวงพ่อ เป็นอะไรมาคะ เคยมีบัตรตรวจที่โรงพยาบาลนี้หรือยังคะ”

- หากพระภิกษุไม่มีผู้ติดตาม ให้ประเมินว่าพระภิกษุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีเพียงใด เช่น จากสภาพความเจ็บป่วย อายุ การอ่านหรือเขียนหนังสือ การสื่อสาร หากพิจารณาเห็นว่าจำเป็นต้องช่วยเหลือ ควรจัดพยาบาลชายหรือเจ้าหน้าที่ชายทำหน้าที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก จนจบขั้นตอนการตรวจรักษา แต่หากไม่มีเจ้าหน้าที่เพียงพอ ควรประสานส่งต่อในแต่ละจุด เพื่อการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง จนจบขั้นตอนการตรวจรักษา

- หากพระภิกษุไม่มีผู้ติดตาม แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ควรแนะนำขั้นตอนการรับบริการให้เข้าใจ และจัดเจ้าหน้าที่ชายช่วยอำนวยความสะดวกหากเป็นไปได้ แต่หากไม่มีเจ้าหน้าที่เพียงพอ ควรประสานส่งต่อในแต่ละจุด เพื่อการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง จนจบขั้นตอนการตรวจรักษา

- หากพระภิกษุมีผู้ติดตาม ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ติดตามไปพร้อม ๆ กัน เกี่ยวกับขั้นตอนการรับบริการ จุดที่ต้องติดต่อ เช่น ห้องบัตร ห้องตรวจเลือด ห้องรอตรวจตามแผนก ห้องจ่ายยา รวมถึงห้องน้ำ ห้องอาหาร จุดนั่งพักระหว่างรอ

- ควรมีการจัดช่องทางพิเศษในการให้บริการพระภิกษุ โดยอาจจัดรวมกับช่องทางสำหรับเจ้าหน้าที่และญาติ หรือสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้พระภิกษุได้รับการบริการได้เร็วขึ้น

- หากไม่มีการจัดช่องทางพิเศษเป็นกิจจะลักษณะ พยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการ ณ จุดบริการผู้ป่วยนอก ควรพิจารณาจัดทำป้ายหรือแจ้งให้ผู้มารับบริการได้ทราบว่า ในกรณีที่พระภิกษุมารับการตรวจ จะได้สิทธิในการเข้าตรวจ เช่นเดียวกับผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถตรวจและรับยาได้เสร็จทันเวลาฉับพลัน

2. การจัดสถานที่สำหรับการรอตรวจ

ในระหว่างการรอตรวจ ซึ่งอาจต้องใช้เวลานาน สิ่งที่พยาบาลพึงปฏิบัติ คือ ไม่ควรให้พระภิกษุนั่งรอหรือยืนเข้าคิวปะปนกับผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งดูไม่เหมาะสม ควรมีการช่วยอำนวยความสะดวกแก่พระภิกษุอาพาธ โดยจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมแยกต่างหาก และนิมนต์ให้พระภิกษุนั่งรอ โดยสถานที่นั้นต้องสามารถมองเห็นลำดับคิวหรือได้ยินเสียงเรียก หรือแจ้งให้ทราบหากถึงคิวเข้ารับการตรวจ จะมานิมนต์ไปรับการตรวจ โดยจัดหาผู้ทำหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารหรือขึ้นตอนต่างๆ แทน เช่น จิตอาสา

หากพระภิกษุไม่สามารถนั่งรอได้จากปัญหาสุขภาพ ควรจัดให้นอนรอในห้องที่แยกจากผู้ป่วยอื่น หรือมีม่านกันมิดชิด และติดต่อกับแพทย์เพื่อพิจารณาให้ได้รับการตรวจโดยเร็ว ทั้งนี้หากต้องเข้าไปในห้อง ควรจัดหาพยาบาลชายหรือเจ้าหน้าที่ชายช่วยดำเนินการ ในกรณีที่พระภิกษุไม่มีสามเณรหรือโยมอุปัฏฐากมาด้วย

3. ข้อปฏิบัติและสิ่งที่ควรคำนึงถึงเมื่อพระภิกษุเข้ารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอก

สิ่งที่พยาบาล ณ ห้องตรวจพึงปฏิบัติมีดังนี้

- หากสามารถจัดหาแพทย์ที่เป็นชายในการตรวจพระภิกษุได้จะเหมาะสมกว่า ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่จัดเข้าห้องตรวจควรคำนึงถึงประเด็นนี้ เพื่อเป็นการช่วยให้พระภิกษุได้รับการรักษาพระวินัยในส่วนที่ปฏิบัติต่อสตรี ซึ่งถือเป็นอาบัติรุนแรง เนื่องจากในการตรวจอาจจำเป็นต้องถูกต้องตัวพระภิกษุ หากไม่สามารถจัดหาแพทย์ที่เป็นชายได้ ควรแจ้งให้พระภิกษุทราบก่อน เพื่อให้พิจารณาตัดสินใจว่าจะอนุญาตให้แพทย์ที่เป็นหญิงตรวจได้หรือไม่

- หากจำเป็นต้องส่งเข้ารับการตรวจจากแพทย์ที่เป็นหญิง ไม่ควรให้พระภิกษุอาพาธเข้าพบแพทย์ตามลำพัง ควรอนุญาตให้พระภิกษุ สามเณร หรือศิษย์ที่ติดตามอยู่ในห้องตรวจด้วย หากไม่มีผู้ติดตาม ควรจัดเจ้าหน้าที่ชายหรือจิตอาสาชาย หรือขอให้ญาติที่เป็นชายของผู้ป่วยรายอื่นเข้าไปในห้องตรวจด้วยเพื่อป้องกันอาบัติ

- ในการตรวจร่างกายหรือการสัมผัสตัวพระภิกษุ บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นหญิงต้องแจ้งให้พระภิกษุทราบถึงขั้นตอนการตรวจ และเรียนปรึกษาว่าควรปฏิบัติ

อย่างไรเพื่อความเหมาะสม หากต้องสัมผัสตัวให้ทำการขอ อนุญาตอีกครั้ง โดยควรสวมถุงมือขณะทำการตรวจเสมอ หากต้องมีการขยับผ้าครองเพื่อความสะดวกในการตรวจ ให้แจ้งแก่พระภิกษุ เพื่อให้ท่านขยับด้วยตนเอง หรือให้ พระภิกษุหรือโยมอุปัฏฐากช่วยเหลือ เพื่อช่วยป้องกันอาบัติ

- ภายหลังได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว โดยปกติ แพทย์จะทำการแจ้งผลให้พระภิกษุทราบโดยละเอียด แต่หากยังมีข้อสงสัย ควรเปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมทั้ง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว การนัด ตรวจในครั้งต่อไป หรือขั้นตอนการเข้ารับการรักษาต่อไป ในกรณีที่ต้องมีการรักษาต่อ

4. การดูแลสิทธิการรักษาให้แก่พระภิกษุอาพาธ

พยาบาลควรดูแลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาของ พระภิกษุ เพื่อให้ได้รับการดูแลตามสิทธิ หรือทำการช่วยเหลือ แนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนที่ทำให้พระภิกษุได้รับสิทธิการรักษา ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือหาช่องทางให้ได้ รับสิทธิที่เป็นภาระแบ่งเบาภาระค่ารักษาพยาบาล รวมทั้ง ให้ข้อมูลหรือดูแลให้ได้รับบริการหากทางโรงพยาบาล มีมูลนิธิหรือกองทุนอุปถัมภ์พระภิกษุอาพาธ โดยเฉพาะ ในกรณีที่ไม่มีโยมอุปัฏฐากมาด้วย เนื่องจากพระภิกษุไม่มี รายได้และอาจไม่มีปัจจัยเพียงพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึง และให้ความสำคัญ เนื่องจากปัญหาดังกล่าวเป็นเหตุให้ พระภิกษุส่วนหนึ่งปฏิเสธการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แม้จะมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง

5. การดูแลเกี่ยวกับการฉันทาอาหาร

การที่พระภิกษุต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้บางครั้งต้องออกจากวัดก่อนพระอาทิตย์ขึ้น หรือ เรียกว่า “ก่อนรุ่งอรุณ” ซึ่งทางพระวินัยถือว่ายังไม่เปลี่ยน เป็นวันใหม่ และไม่สามารถนำน้ำปานะติดตัวไปฉันได้ เนื่องจากถือว่าเก็บไว้ข้ามวัน หากไม่มีโยมอุปัฏฐากหรือ ทางวัดไม่มีรถรับ-ส่ง ต้องใช้เวลาในการเดินทาง ทำให้ พระภิกษุไม่สามารถรอนิมนต์และฉันให้เสร็จเรียบร้อย ก่อนได้ และเมื่อไปรอรับบริการที่โรงพยาบาลตามระบบปกติ ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไปซึ่งต้องใช้เวลาตามจำนวนผู้ป่วย ที่มารับบริการ อาจทำให้ไม่ได้รับอาหาร โดยเฉพาะหากเป็น

พระภิกษุที่ปฏิบัติเคร่งครัดเช่นสายวัดป่า (พระสงฆ์สาย วิปัสสนาธุระ) ซึ่งมักฉันภัตตาหารเพียงวันละมื้อ รวมถึง พระภิกษุมหานิกายบางส่วน โดยถือเป็นธุดงค์วัตรที่ยึดถือ ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด หรือแม้เป็นพระภิกษุมหานิกาย ที่ส่วนใหญ่ฉันวันละ 2 มื้อ หรือสายธรรมยุติกบางวัดที่ฉัน วันละ 2 มื้อ หากไม่มีช่องทางพิเศษสำหรับพระภิกษุที่ทำให้ ขั้นตอนการตรวจรักษาเร็วขึ้น อาจทำให้ไม่ได้รับอาหาร เช่นเดียวกัน หรือแม้มีช่องทางพิเศษ แต่หากขั้นตอน การตรวจรักษาใช้เวลานานอาจทำให้เลยเวลาฉันภัตตาหาร ถึงที่พยาบาลพึงปฏิบัติ มีดังนี้

- หากพระภิกษุไม่มีโยมอุปัฏฐากมาด้วย ควรสอบถามเกี่ยวกับการฉันทาอาหาร เพื่อให้การดูแล ที่เหมาะสม เช่น “หลวงพ่อดีฉันหรือยังคะ” หากพระภิกษุ ยังไม่ได้ฉันภัตตาหารเช้า ควรจัดหาสถานที่ที่เหมาะสม และดูแลจัดอาหารและน้ำมาถวายตามความเหมาะสม หรือหากทางโรงพยาบาลมีนโยบายในการถวายภัตตาหาร แก่พระภิกษุ ให้กราบเรียนหรือนิมนต์พระภิกษุให้ไปฉัน ยังสถานที่ที่จัดเตรียมหรือร้านอาหารที่ทางโรงพยาบาล ได้ทำข้อตกลงไว้

- สังเกตว่ามีพระภิกษุรับการตรวจหรือไม่ หากมี ควรสอบถามเวลาในการฉันทาอาหาร และดูแล จัดหาช่องทางที่ช่วยให้เกิดความรวดเร็ว โดยเฉพาะ หากคาดว่าขั้นตอนการตรวจและรับยาอาจเกินเวลาฉัน หรือคาดว่าไม่สามารถฉันเสร็จทันภายในเวลาไม่เกินเที่ยง ควรหาวิธีช่วยเหลือหรือจัดให้พระภิกษุได้ฉันภัตตาหาร ให้เรียบร้อยก่อน โดยทำหน้าที่แทนในส่วนที่สามารถทำได้

6. ข้อควรปฏิบัติในการส่งตรวจพิเศษหรือทำ หัตถการบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับพระวินัย

ในกรณีที่มีการส่งตรวจพิเศษหรือทำหัตถการ พยาบาลควรกราบเรียนให้พระภิกษุทราบเกี่ยวกับขั้นตอน และ วิธีตรวจ เพื่อให้ท่านพิจารณาและตัดสินใจก่อน หรือควรให้อ่านเอกสารที่แสดงข้อมูลขั้นตอนการตรวจ โดยละเอียด โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแต่งกาย ขณะรับการตรวจ การเปิดเผยร่างกาย เวลาในการตรวจ ผู้ทำการตรวจ ผู้เข้าร่วมในการตรวจว่าเป็นเพศหญิง หรือเพศชายหรือทั้งสองเพศ สภาพห้องตรวจการจัดทำ

ในการตรวจหากจำเป็นต้องเปิดเผยร่างกายของพระภิกษุ ในขณะที่ทำการตรวจควรรอโนโลมหรือเหลือผ้าครองตามที่พระภิกษุรูปนั้นเห็นสมควรและไม่เกิดผลเสีย นอกจากนี้ ในกรณีที่ต้องมีการเตรียมร่างกายก่อนทำการตรวจ หรือทำหัตถการพิเศษ เช่น การโกนขน ควรขออนุญาตพระภิกษุก่อนเสมอ เนื่องจากหากกระทำโดยไม่สมควร จะทำให้พระภิกษุต้องอาบัติได้

สรุป การปฏิบัติดูแลพระภิกษุอาพาธ เป็นสิ่งทีบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับควรให้ความสำคัญ โดยควรกระทำด้วยความเคารพในฐานะที่เป็นผู้ทรงศีล และคำนึงถึงการรักษาพระวินัยและข้อวัตรปฏิบัติ เพื่อเกื้อกูลพระพุทธศาสนา และเป็นการเอื้ออำนวยให้พระภิกษุได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่นเดียวกับประชาชนชาวไทยทุกคน

ขอกราบขอบพระคุณพระอาจารย์สมัย ธิญมุตโต (เจ้าอาวาสวัดสายกรรมฐานแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี) ที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา เพื่อเป็นวิทยาทานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องในการนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

พระมหาวันชัย สีสเตโช. (2559). บทบาทของพระวินัยธร ในพุทธปรัชญาเถรวาท. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 4(พิเศษ), 172-183.

พวิจิต ธรรมชิตโต. (2560). *การดูแลพระภิกษุอาพาธในโรงพยาบาล*. สืบค้นจาก <http://infocenter.nationalhealth.or.th/sites/default/file>

วสิน อินทสระ. (2544). *พระอานนท์ พุทธอนุชา: จินตนิยายสมัยพุทธกาลอิงหลักธรรมพระพุทธศาสนา*. สืบค้นจาก <http://se-ed.net/platongdham/> (เว็บปลาทองธรรม)

