



การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตรยาก

จารวรรณ ก้าวหน้าไกล พย.ม.*

บทนำ

การมีบุตรเป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัวในการผลิตสมาชิกใหม่เพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวเกิดความสมดุลในการทำหน้าที่ของสมาชิกที่มีทั้งบิดา มารดาและบุตร ก่อให้เกิดความสุขและความแข็งแกร่งของครอบครัว อีกทั้งทำให้ครอบครัวมีพัฒนาการเป็นไปตามปกติ¹ ถ้าครอบครัวไม่มีบุตรหรือมีบุตรยากจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นวงจรต่อไป ภาวะการมีบุตรยากจึงเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวและเป็นปัญหาทางด้านประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างหนึ่งที่มีแนวโน้มมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งเป็นปัญหาของทุกภูมิภาคทั่วโลก ในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วอัตราการมีบุตรยากอยู่ระหว่างร้อยละ 7-17 เช่น นอร์เวย์ร้อยละ 7 อเมริการ้อยละ 8.5 ฟินแลนดร้อยละ 15 และอังกฤษร้อยละ 17 เป็นต้น²⁻⁵ สำหรับประเทศไทยปัญหาการมีบุตรยากของสตรีวัยเจริญพันธุ์อยู่ระหว่าง 15-49 ปี พบร้อยละ 15⁶ จากสถิติผู้รับบริการปัญหาการมีบุตรยากที่โรงพยาบาลศิริราช มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 4,000 ราย ในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 11,000 รายในปี 2552 เกือบ 3 เท่าในระยะ 7 ปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อไป⁷ แพทย์ทั่วโลกมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า อัตราการมีบุตรยากมีแนวโน้มสูงขึ้นควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นภาวะการมีบุตรยาก จึงเป็นปัญหาที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงการพยาบาล บทความนี้มุ่งเสนอแนวคิดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลคู่มีบุตรยาก เพื่อเป็นแนวทางแก้พยาบาลในการให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่คู่สมรสที่มีบุตรยากต่อไป

ความหมายและการรักษาการมีบุตรยาก

การมีบุตรยากเป็นภาวะที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายให้ชัดเจน

การมีบุตรยาก (Infertility) หมายถึง ภาวะที่คู่สามีภรรยาไม่สามารถมีลูกได้ตามปกติสม่ำเสมอ โดยไม่ได้คุณกำเนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี แล้วยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ 1) ชนิดปฐมภูมิ (Primary infertility) ภาวะการมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงไม่เคยตั้งครรภ์เลย โดยพิจารณาอายุของฝ่ายหญิงถ้ามากกว่า 35 ปีขึ้นไปให้ระยะเวลาเพียง 6 เดือน 2) ชนิดทุติยภูมิ (Secondary infertility) เป็นภาวะการมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงเคยตั้งครรภ์มาแล้ว อาจลืมสูดที่การแท้งหรือคลอด หลังจากนั้นมีความล้มเหลวทางเพศกันปกติเกินเวลา 1 ปี แต่ไม่ตั้งครรภ์โดยไม่นับระยะเวลาให้บุตร

หรือนับตั้งแต่วันลื้นสุดการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และไม่ได้คุณกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ

การเป็นหมัน (sterility) หมายถึง การที่หญิงหรือชายไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ มักเกิดเนื่องจากความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น การที่ฝ่ายหญิงไม่มีมดลูก ไม่มีรังไข่ หรือฝ่ายชายไม่มีการสร้างตัวอสุจิ

การรักษาภาวะการมีบุตรยาก มีผลลัพธ์ทางคลินิกวัดได้จาก 2 มิติ ได้แก่ มิติของคุณภาพ (effectiveness) เช่น อัตราการเกิดมีชีพ (live birth rates) และมิติของความปลอดภัย (safety) ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (complication rates)⁹ เมื่อคู่สมรสมาขอคำปรึกษาจากพยาบาล พยาบาลควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจรักษา ไม่ว่าจะด้วยการมีเพศ

* อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Lecturer in Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Thailand



สัมพันธ์ตามธรรมชาติหรือการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproduction Technology; ART) การรักษาภาวะการมีบุตรยาก แบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

1. การช่วยให้มีบุตรโดยวิธีที่มีการปฏิสนธิภายในร่างกาย ได้แก่ 1) การฉีดเชื้ออสุจิเข้าไปในโพรงมดลูก (Intra-Uterine Insemination; IUI) หลักการ คือ หัวน้ำที่ไข่ตกทั้งการตกไข่ตามธรรมชาติ หรือใช้ยากระตุ้นไข่ให้ไข่ตก (Ovarian Induction; OI) และคัดเลือกเฉพาะเชื้ออสุจิที่แข็งแรง ขั้นตอนประกอบด้วย การกระตุ้นรังไข่ การกำหนดเวลาฉีดเชื้อ การเตรียมオスุจิ และเทคนิคการฉีดเชื้อ ซึ่งปัจจุบันนิยมฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก¹⁰ อสุจิจะว่ายต่อไปทางท่อนำไข่เพื่อผสมกับไข่ได้ทันที โดยที่อสุจิเหล่านี้ยังไม่อ่อนแรงเหมือนอสุจิที่ตั้งต้นว่ายตั้งแต่ช่องคลอดขึ้นไป 2) การทำกิฟท์ (Gamete Intrafallopian Transfer; GIFT) หมายถึง กระบวนการที่มีการเก็บไข่และอสุจิออกจากมหาวนอกร่างกาย จากนั้นนำไข่ที่ได้พร้อมกับตัวอสุจิใส่กลับเข้าไปในท่อนำไข่โดยการเจาะผ่านทางหน้าท้องในทันที โดยไม่ต้องรอให้เกิดการปฏิสนธินอกร่างกาย ซึ่งเป็นวิธีที่ใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด การทำกิฟท์สำเร็จครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1984 โดย Ash RN. และคณะ¹¹ จากนั้นได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในอเมริกาและประเทศไทยฯ ตามมา

2. การช่วยให้มีบุตรโดยวิธีที่มีการปฏิสนธิภายนอกร่างกาย ได้แก่ 1) การทำซิฟท์ (Zygote Intra-Fallopian tube Transfer; ZIFT) เป็นวิธีการเก็บเซลล์สีบพันธุ์ทั้งไข่และอสุจิมาผสมกันให้เกิดการปฏิสนธินอกร่างกายก่อน แล้วจึงนำตัวอ่อนในระยะzygote ใส่กลับเข้าไปในท่อนำไข่ เพื่อให้เซลล์ที่ปฏิสนธิแล้วเคลื่อนไปยังโพรงมดลูกเอง การทำซิฟท์ (ZIFT) ต้องทำการผ่าตัดล้องกล้องของท้องเพื่อนำตัวอ่อนใส่เข้าไปในท่อนำไข่ 2) การทำเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilization - Embryo Transfer; IVF) ซึ่งแบ่งได้อีก 2 วิธีคือ 2.1) การทำเด็กหลอดแก้วด้วยการปฏิสนธิเองตามธรรมชาติ (Conventional IVF Program) การทำเด็กหลอดแก้ว เป็นวิธีการรักษาผู้มีบุตรยากที่เก่าแก่และทำกันมากที่สุดในโลก สำเร็จครั้งแรกในโลกเมื่อปี ค.ศ. 1978 ที่ประเทศอังกฤษ¹² ขั้นตอนของการทำเด็กหลอดแก้ว ประกอบด้วย การกระตุ้นไข่ การ

เก็บไข่ การปฏิสนธิในหลอดแก้ว และการย้ายตัวอ่อนในระยะ blastocyst กลับเข้าไปในโพรงมดลูกอีกครั้ง¹³ 2.2) การทำเด็กหลอดแก้วด้วยการช่วยปฏิสนธิแบบอิกซ์ (IVF & IntraCytoplasmic Sperm Injection Program; ICSI) การทำอิกซ์ คือ การฉีดตัวอสุจิเข้าไปในชัยโตพลาสซึมของเซลล์ไข่¹⁴ แต่ถ้าฉีดเข้าไปในชั้นใต้เยื่อบุเซลล์ไข่จะเรียกว่า SUZI (Subzonal Sperm Insertion)¹⁵ แล้วรอให้เกิดการปฏิสนธิเอง ทำให้ช่วยเพิ่มอัตราการปฏิสนธิ เหมาะสำหรับผู้มีบุตรยากอันมีสาเหตุจากตัวอสุจิที่ไม่สามารถเข้าปฏิสนธิกับไข่ได้ด้วยวิธีการเด็กหลอดแก้วธรรมด้า เช่น ในกรณีที่ตัวอสุจิเคลื่อนไหวได้น้อย หรืออสุจิที่มีปริมาณน้อยกว่าปกติมาก ๆ และอิกซ์ประสบ成功หนึ่ง คือ ใช้สำหรับการวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมและเพศก่อนการฝังตัวของตัวอ่อน หรือ “พีจีดี” (Pre-implantation genetic diagnosis; PGD) กล่าวคือสามารถใช้แยกเซลล์ของตัวอ่อนในระยะก่อนการฝังตัวไปตรวจหาลักษณะของยีน ดีเอ็นเอ โครโนไซม ได้โดยที่ไม่ทำให้เกิดความพิการหรือความผิดปกติขึ้นในตัวอ่อนที่ผ่านกระบวนการดังกล่าว ส่วนขั้นตอนอื่นเหมือนกับการทำเด็กหลอดแก้ว การทำดังกล่าวต้องทำผ่านเครื่องมือพิเศษที่ประกอบด้วยกล้องจุลทรรศน์ และเข็มขนาดเล็กมาก เพื่อจับไข่และฉีดตัวอสุจิเข้าไปในไข่ ด้วยการเคลื่อนไหวที่ละเอียดอ่อนนุ่มนวลมาก

อัตราค่าบริการและความสำเร็จ การตรวจและรักษาการมีบุตรยากต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและใช้เวลานาน ทำให้คู่สมรสมีความคาดหวังสูงตามไปด้วย ประกอบกับอัตราความสำเร็จนมีความแตกต่างกันไปในแต่ละวิธี ในทางกลับกันแม้เลือกใช้วิธีเดียวก็ต้องความสำเร็จในแต่ละคู่ก็แตกต่างกัน ดังนั้นการให้คำปรึกษา ก่อนการตรวจและรักษาจึงเป็นด้านสำคัญสำหรับแพทย์และพยาบาลที่จะต้องให้ข้อมูลที่อยู่บนพื้นฐานความจริงไม่ทำให้คู่สมรสคาดหวังสูงเกินไป หรือหมดกำลังใจจนคู่สมรสห้อแท้ไม่อยากรับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งข้อมูลด้านอัตราค่าบริการและความสำเร็จนมีความแตกต่างกันตามชนิดและสถานบริการของรัฐและเอกชน โดยมีค่าบริการโดยเฉลี่ยต่อรอบโดยประมาณดังนี้ (หน่วยบาท) (ตารางที่ 1)



ผลกระทบของการมีบุตรยากต่อพัฒนาการและระบบครอบครัว

เนื่องจากพัฒนาการครอบครัวเป็นวงจรชีวิตของครอบครัวที่เริ่มจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งตามระยะเวลาที่เหมาะสมซึ่งตามทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ระบุว่า ครอบครัวจะถูกคาดหวังจากสังคมให้ปฏิบัติพัฒกิจตามระยะต่าง ๆ ของครอบครัวที่เปลี่ยนไปตามมิติของเวลา¹⁶ เสมือนวงล้อที่หมุนไป ครอบครัวผู้มีบุตรยาก เช่นเดียวกัน เมื่อคุณ 2 คนตัดสินใจแต่งงานและเริ่มต้นชีวิตครอบครัว สังคมจะคาดหวังว่าเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งแล้วสามีภรรยาควรมีบุตร หากไม่สามารถมีบุตรได้ ครอบครัวจะมีพัฒนาการรองจ่ายอยู่กับที่คือเป็นครอบครัวระยะเริ่มต้น (Beginning families) เป็นเวลานาน จากนั้นจะข้ามไปสู่วัยระยะท้าย คือ ระยะครอบครัววัยกลางคน และวัยชรา พัฒกิจของครอบครัวระยะเริ่มต้น¹¹ ได้แก่ การสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา การสร้างความสัมพันธ์กับญาติแต่ละฝ่าย และการวางแผนครอบครัวว่าจะมีบุตรเมื่อใด มีกี่คน ซึ่งความสามารถในการมีบุตร จะเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุพัฒกิจของครอบครัวด้านนี้

ผลกระทบต่อพัฒนาการของครอบครัว ครอบครัวผู้มีบุตรยากจะมีผลกระทบต่อพัฒกิจของครอบครัว ดังต่อไปนี้

1) ผลกระทบต่อการสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา ครอบครัวผู้มีบุตรยากจะมีปัญหาเกี่ยวกับความคับข้องใจในความสามารถในการมีบุตรของตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวในการทำหน้าที่เพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดามารดา และรู้สึกกลมเหลวในการก้าวเข้าสู่พัฒนาการครอบครัวในระยะต่อไป คือ ระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรคนแรก โดยฝ่ายชายจะรู้สึกว่าตนเองเป็นชายที่ไม่สมบูรณ์จากการที่ไม่สามารถมีบุตรได้ บางคนรู้สึกอ้ายและไม่อยากให้คนอื่นทราบว่าตนเองไม่สามารถมีบุตรได้ โดยมักจะเชื่อมโยงการมีบุตรยากกับระดับสมรรถภาพทางเพศเข้าด้วยกัน¹⁷ โดยคิดว่าตนเองเป็นคนที่หย่อนสมรรถภาพทางเพศจึงทำให้มีบุตรยาก ฝ่ายชายจึงมักไม่อยากเปิดเผยหรือปรึกษาเรื่องนี้กับใคร ส่วนฝ่ายหญิงจะรับรู้ภาวะการมีบุตรยากว่ามีผลกระทบต่อตนเองและ

ครอบครัวมากกว่าฝ่ายชาย รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำหน้าที่เป็นบทบาทภาระที่ครอบคลุมสมบูรณ์ รู้สึกผิดหวังในตนเองหรือสามี บางคนรู้สึกอิจฉาครอบครัวที่มีบุตรซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจและสัมพันธภาพในชีวิตสมรสทั้งสิ้น

2) ผลกระทบต่อการสร้างความสัมพันธ์กับญาติแต่ละฝ่าย ครอบครัวของผู้มีบุตรยากมักถูกคาดหวังจากญาติแต่ละฝ่ายว่าจะต้องมีบุตรเพื่อต่อสืบวงศ์ตระกูลของตน ครอบครัวที่ไม่มีทายาทมักจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดีกับญาติโดยเฉพาะพ่อแม่ของแต่ละฝ่าย ซึ่งถ้าปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยาได้ เพราะในครอบครัวสังคมไทยมักให้ความสำคัญต่อบุพการี¹⁸ แต่ละฝ่ายมักทนไม่ได้ถ้าอีกฝ่ายหนึ่งมีปัญหากับพ่อแม่ของตน อาจทำให้เกิดการหย่าร้าง หรือการมีภรรยาใหม่ที่สามารถมีบุตรได้รวมถึงผลกระทบเกี่ยวกับปัญหาทางทรัพย์สินมรดก¹⁹ เพราะหลายครอบครัวมีความต้องการบุตรหรือทายาทไว้สืบสกุลและดำรงไว้ซึ่งทรัพย์สินมรดกของครอบครัว การมีบุตรจึงหมายถึงความมั่นคงปลอดภัยทางมรดกและการดำเนินต่อไป ภรรยาหรือสามีหลายคนจึงอยากมีทายาทเพื่อรับประทานว่ามรดกหรือทรัพย์ต่าง ๆ จะไม่ร็วไหล หรือบางคนอาจใช้การมีบุตรเป็นเครื่องต่อรองผลประโยชน์บางอย่างจากคู่สมรสหรือครอบครัวอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น การมีบุตรที่เกิดจากภรรยาหลายคน หรือความสำคัญของการมีบุตรชายในบางวัฒนธรรมหรือบางเชื้อชาติ เช่น คนจีน เป็นต้น

3) ผลกระทบต่อวางแผนครอบครัว ครอบครัวที่เป็นไปตามระยะพัฒนาการปกติจะมีการวางแผนครอบครัวว่าจะมีบุตรเมื่อใด มีกี่คน โดยเมื่อต้องการมีบุตรจะเลิกคุณกำเนิดแล้วจะมีบุตรได้ แต่สำหรับครอบครัวผู้มีบุตรยาก การวางแผนมีบุตรและระยะเวลาระบบมีบุตรมักจะไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เพราะไม่สามารถมีบุตรได้ ส่งผลกระทบทำให้พัฒกิจในระยะต่อไปการเริ่มเลี้ยงดูบุตรคนแรกจนถึงระยะบุตรแยกไปเมื่อครอบครัวใหม่ขาดหายไป ครอบครัวจะข้ามไปสู่วัยกลางคนและวัยชราเมื่อเวลาผ่านไปทำให้ครอบครัวลักษณะนี้ขาดการเติบโตเต็มด้วยการมีบุตร ไม่ได้รับการ



ตอบสนองความพึงพอใจ ความสุข และกำลังใจจากบุตร ซึ่งแตกต่างจากครอบครัวที่มีบุตร

ผลกระทบต่อระบบครอบครัว ครอบครัว เป็นระบบย่อยของสังคม โดยทั่วไปภายในครอบครัว ประกอบด้วย ระบบย่อยอีกหลายระบบ ได้แก่ ระบบ ย่อยคู่สมรส (Spouse Subsystem) ระบบย่อยบิดามารดาและบุตร (Parents and child Subsystem) ระบบย่อยพี่น้อง (Sibling Subsystem)^{1,16} แต่ระบบครอบครัวของคู่สมรสที่มีบุตรยากจะมีเพียงระบบย่อย คู่สมรสเท่านั้น ซึ่งเป็นโครงสร้างระบบที่ไม่ซับซ้อน ทำให้ความสัมพันธ์ของคู่สมรสส่งผลโดยตรงต่อระบบครอบครัว โดยไม่มีคู่ความสัมพันธ์อื่น เช่น บุตรโดย เชื่อมความสัมพันธ์ ถ้าครอบครัวปรับตัวได้จะทำให้ ครอบครัวดำเนินต่อไป แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถ ปรับตัวหรือรักษาสมดุลได้ ระบบครอบครัวจะเกิดการ ล่มสลาย ในที่นี้หมายถึง การแตกแยกของครอบครัว คือ การแยกกันหรืออย่าร่วงกัน ผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีบุตรยากเป็นสาเหตุหนึ่งของการบ่นthonความ สัมพันธ์ของคู่สมรส คู่สมรสรู้สึกว่าทำให้ครอบครัวไม่ มั่นคง กล่าวโหกันว่าเป็นสาเหตุหลักของการมีบุตรยาก เกิดการทะเลาะกัน และหย่าร้างกันในที่สุด รวมถึงความ ขัดแย้งกันในเป้าหมายของชีวิตว่าจะดำรงอยู่ได้หรือไม่ ถ้าไม่มีบุตรโดยเฉพาะในคู่สมรสที่ขาดการสื่อสารหรือ ตกลงกันเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตครอบครัวที่เหมาะสม¹⁷ เมื่อระบบย่อยภายในครอบครัวส่งผลต่อระบบครอบครัว ความมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ ของสมาชิกแต่ละคน ย่อมส่งผลให้สุขภาพครอบครัวดีด้วย^{1,16} แต่ถ้าสุขภาพ ร่างกายและจิตใจของสมาชิกแต่ละคนไม่สมบูรณ์ เช่น ในกรณีคู่สมรสที่มีบุตรยากย่อมมีสาเหตุมาจากสุขภาพทาง กายที่เกิดจากระบบลีบพันธุ์โดยตรงหรือภาวะแทรกซ้อน ในระบบอื่น ซึ่งสาเหตุของการมีบุตรยากนั้นองค์การ อนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่า สาเหตุของการมีบุตร ยากเกิดจากฝ่ายหญิงร้อยละ 37 ฝ่ายชายร้อยละ 8 และ เกิดจากทั้งสองฝ่ายร้อยละ 35⁷ เพราะฉะนั้นการที่สามี หรือภรรยาไม่มีบุตรยากหรือเป็นหมันจึงส่งผลต่อสมดุล ของครอบครัว

ผลกระทบที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ผลกระทบ ทางเศรษฐกิจ การตรวจรักษาระบบที่มีบุตรยากเป็นกระบวนการ

ที่สั้นเปลี่ยงทั้งเงินและเวลา มีผลกระทบต่องานประจำ ที่ทำอยู่ในการที่ต้องเดินทางไปติดตามการรักษา บางครั้งอาจเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากคู่สมรสบางคู่ไม่เปิดเผยการไปรักษาการมี บุตรยากแก่เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา²⁰ นอกจาก นี้การมีบุตรยากยังเป็นภาวะวิกฤตของบุคคลและ ครอบครัวตามทฤษฎีวิกฤตอีกด้วย¹⁶ โดยเป็นวิกฤตที่ เกิดขึ้นตามระยะพัฒนาการชีวิตมนุษย์ในวัยผู้ใหญ่หรือ วัยเจริญพันธุ์ที่ไม่สามารถมีบุตรได้และเป็นภาวะวิกฤต จากเหตุการณ์ เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีบุตรยาก หรือเป็นหมัน รวมถึงเกิดการแตกแยกของครอบครัวที่ ได้รับผลกระทบจากการมีบุตรยาก ถือว่าเป็นวิกฤตจาก เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน

บทบาทพยาบาลในการดูแลครอบครัวที่มี บุตรยาก

เป้าหมายหลักของการให้การพยาบาล ครอบครัว คือ การส่งเสริมภาวะสุขภาพอนามัยของ ครอบครัว²¹ ดังนั้น พยาบาลจะทำหน้าที่ขยายบทบาท เพื่อช่วยให้ครอบครัวและสมาชิกทุกคนผ่านพ้นวิกฤต รักษาสมดุลของครอบครัวต่อไปได้ บทบาทและหน้าที่ ของพยาบาลในการดูแลครอบครัวผู้มีบุตรยากตาม ขอบเขตของการพยาบาลครอบครัวเป็นดังนี้

1) ผู้สอนสุขศึกษา (Health educator) การพยาบาลผู้มีบุตรยากนั้นเป็นการพยาบาลที่ต้อง สอดคล้องกับการรักษา การดูแลครอบครุ่มทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้รับบริการเพียง 1 คน แต่หากเป็น 2 คนขึ้นไป ซึ่งรวมเป็นครอบครัว ด้าน ร่างกาย พยาบาลมีบทบาทในการสอนเพื่อส่งเสริมให้คู่ สมรสมีสุขภาพดี เตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ รวม ถึงการดูแลตนเองขณะรักษา เช่น การฉีดยาร์โนน การตื่น ตามเวลาเพื่อวัดอุณหภูมิร่างกาย ถ้าการรักษาได้ผลจะ รวมไปถึงการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะ ตั้งครรภ์ ตลอด และหลังคลอด ด้านจิตใจ เนื่องจากการ มีบุตรยากเป็นสาเหตุของความเครียดที่สำคัญอย่างหนึ่ง ของคู่สมรส ในทางกลับกันความเครียดก็เป็นสาเหตุหนึ่ง ของภาวะการมีบุตรยากเช่นกัน^{3,22,23,24} ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสตรีมีบุตรยากนิด



ปฐมนิเทศน์มากกว่าชนิดทุติยภูมิ³ สตรีที่มีบุตรยากมักคาดหวังการดูแลอย่างมืออาชีพจากแพทย์และพยาบาล การสอนของพยาบาลจะสามารถช่วยลดความทุกข์ใจ การส่งเสริมการดูแลตนเอง การฟื้นตัว และความเข้มแข็ง รวมถึงทัศนคติที่ดีต่อการรับการรักษาให้กับคู่สมรสที่มีบุตรยากได้²³

2) ผู้แนะแนว (Counselor)บทบาทของผู้แนะแนวเป็นบทบาทสำคัญบทบาทหนึ่งที่พยาบาลควรตระหนักและนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ตนเองเป็นแหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวสามารถเลือกใช้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจการแก้ไขปัญหาครอบครัว¹⁶ โดยการเสนอทางเลือกแก่ครอบครัวพยาบาลต้องคำนึงเสมอว่าตนต้องไม่ตัดสินใจแทนครอบครัว เป้าหมายในการเป็นผู้แนะแนวในครอบครัวที่มีบุตรยากนี้เพื่อให้คงไว้ซึ่งพัฒกิจของครอบครัวโดยการแนะนำ เสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ที่จะเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดามารดา ทางเลือกที่พยาบาลควรแนะนำสรุปได้ (แผนภาพที่ 1)

3) ผู้ให้คำปรึกษา (Interpersonal counseling) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นบทบาทที่สำคัญในการพยาบาลคู่สมรสที่มีบุตรยาก เนื่องพยาบาลจะเห็นผู้รับบริการตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนลิ้นสุดกระบวนการ การพยาบาลจะสามารถประดับประดับองค์ประกอบได้แนวทางให้คำปรึกษาของพยาบาลแก่ผู้มีบุตรยาก²⁵ ได้แก่ การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล พยาบาลควรให้ข้อมูลโดยการใช้ภาษาที่คู่สมรสเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนจนเกินไป การให้ความหมายและคำอธิบาย เพื่อให้คู่สมรสเข้าใจกระบวนการตรวจอรักษาและใช้ประกอบการตัดสินใจที่ถูกต้อง และให้คำปรึกษาเชิงรักษา ซึ่งจำเป็นในกรณีที่คู่สมรมีปัญหาด้านจิตใจและการปรับตัวมากพยาบาลควรส่งต่อให้ผู้ที่เชี่ยวชาญในด้านนี้ เช่น จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา

4) ที่ปรึกษา (Consultant) พยาบาลครอบครัว หรือพยาบาลคลินิกมีบุตรยากนอกจากจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลให้คำแนะนำปรึกษาแก่คู่สมรสที่มีบุตรยากแล้ว ยังสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ร่วมวิชาชีพที่ทำงานให้บริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตรยากหรือเป็นหน้าที่

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัว และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีบุตรยาก

การใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลครอบครัวกับการพยาบาลบุคคลถึงแม้ว่าจะไม่แตกต่างกันในหลักการ แต่ลิ่งที่แตกต่างกันคือขอบเขตของการปฏิบัติ การพยาบาลครอบครัวมีขอบเขตการปฏิบัติที่กว้างกว่าพยาบาลต้องดูแลทั้งตัวบุคคล และครอบครัว ดังนั้นการพยาบาลครอบครัวจึงจำเป็นต้องเน้นที่บุคคลและครอบครัวนั้นด้วย¹⁶ วิธีการที่พยาบาลใช้ในการให้การดูแลบุคคลในการพยาบาลครอบครัว คือ กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน^{16,24} ได้แก่ 1) การประเมินข้อมูล โดยการประเมินระดับครอบครัวและระดับบุคคล 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยกำหนดปัญหาทางสุขภาพทั้งระดับครอบครัวและระดับบุคคล 3) การวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายการพยาบาล ระบุแหล่งสนับสนุนของครอบครัว กำหนดทางเลือกที่เป็นไปได้ และเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการให้การพยาบาล โดยพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ และทฤษฎีวิกฤต เป็นแนวทางในการประเมินครอบครัวผู้มีบุตรยาก ดังต่อไปนี้

1. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ตามทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ครอบครัวที่ยังไม่มีบุตรมีความต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือในด้านการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ปัญหาเพศสัมพันธ์ การปรับบทบาทของคู่สมรส การเตรียมตัวตั้งครรภ์และการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์

ความต้องการทางด้านสุขภาพ ในกรณีผู้มีบุตรยากคือ การขอรับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับสาเหตุ การตรวจรักษาร่วมถึงค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา การพยาบาล พยาบาลควรให้การดูแลผู้รับบริการให้สอดคล้องกับพัฒกิจและความต้องการทางสุขภาพ การดูแลให้บรรลุพัฒกิจของครอบครัว ได้แก่ การสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา การสร้างความสัมพันธ์กับญาติเต็ล斐ย



และการวางแผนครอบครัว ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การดูแลตามความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่

1) การซักประวัติและค้นหาสาเหตุการมีบุตร ยกเบื้องต้น พยาบาลควรมีทักษะในการซักประวัติทั้ง ประวัติทั่วไปและประวัติทางสูตินรีเวช ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแต่งงานและการคุมกำเนิด ประวัติทางรีเวชของฝ่ายหญิง ภาระการเจริญพันธุ์ของฝ่ายชาย และฝ่ายหญิง การมีเพศสัมพันธ์ที่ເອົ້ວຫວູ້ເປັນອຸປະສົດ ต่อการมีบุตร เป็นต้น²⁷ นอกจากนี้คู่สมรสควรได้รับการตรวจร่างกายเบื้องต้นในทุกระยะจากพยาบาล และ ตรวจรายละเอียดเพิ่มเติมโดยแพทย์ ส่วนการค้นหาสาเหตุของการมีบุตรยกนั้นเป็นหัวใจสำคัญของการตรวจรักษาการมีบุตรยาก เพราะสาเหตุของคู่สมรส แต่ละคู่ไม่เหมือนกันทำให้การรักษาแตกต่างกัน เพราะฉะนั้นพยาบาลควรมีความสามารถในการค้นหาสาเหตุ และความเป็นไปได้ของ การมีบุตรยากเบื้องต้น ซึ่งเป็น สมรรถนะหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล รวมถึง การแนะนำให้คำปรึกษาเบื้องต้นที่สอดคล้องกับสาเหตุ จะสามารถทำให้คู่สมรสบางคู่สามารถมีบุตรโดยวิธี การธรรมชาติมากที่สุดอันเป็นเป้าหมายแรก ก่อนที่จะ แนะนำส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและรับการรักษาโดย ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เป็นอันดับรองลงมา การร่วมเพศตามธรรมชาติพยาบาลควรทราบช่วงเวลา ที่ทำให้ร่วมเพศแล้วมีโอกาสตั้งครรภ์สูงสุด (*The fertile window*) คือ การที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ประมาณ 5 วัน ก่อนมีการตกไข่ จนถึงวันที่มีไข่ตก โดยการร่วมเพศทุกวันหรืออย่างน้อยวันเว้นวันระยะนี้ จะสามารถเพิ่มอัตรา การตั้งครรภ์ได้²⁸ มีการศึกษาพบว่า ในคู่สมรสที่มีการ เจริญพันธุ์ปกติ การร่วมเพศทุกวันจะเพิ่มโอกาสตั้งครรภ์ มากกว่าคุณที่ร่วมเพศนาน ๆ ครั้ง ถึงแม้ความเข้มข้นของ อสุจิจะลดลงก็ตาม แต่ยังมีจำนวนหนึ่งที่อยู่ในวิสัยที่จะ ปฏิสนธิได้²⁸ หรือ อาจแนะนำให้ร่วมเพศวันเว้นวันได้²⁹ การหาโอกาสการตั้งครรภ์สูงสุดโดยการร่วมเพศตามระยะเวลาที่กำหนดข้างต้นนี้ เหมาะสำหรับแนะนำคู่สมรสที่ มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่คาดว่าสาเหตุการมีบุตรยากมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง ส่วนผู้ที่มีอายุมากและคาดว่าไม่ได้มีสาเหตุมาจากการร่วมเพศนั้น ควรแนะนำให้ตรวจหาสาเหตุอื่นต่อไป สำหรับคู่สมรสที่ร่วมเพศ

ตามระยะเวลาที่กำหนดแล้วยังไม่มีบุตร โดยไม่ทราบสาเหตุหรือยังไม่เคยไปตรวจรักษา และไม่ทราบว่าจะเริ่มจากตรงไหน สามีหรือภรรยาควรไปรับการตรวจรักษา ก่อนนั้น พยาบาลควรแนะนำให้ฝ่ายสามีไปตรวจนำ้เชื้อ อสุจิก่อน ถ้าปกติ จึงแนะนำให้ภรรยาไปตรวจ เพราะผลการตรวจนำ้เชื้ออสุจิที่ผิดปกติ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษา^{13,30} และการตรวจหาสาเหตุการมีบุตรยากของฝ่ายหญิงมีหลายวิธีและยุ่งยากมากกว่าฝ่ายชาย

2) การแนะนำส่งต่อให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคู่สมรสที่มีบุตรยาก การแนะนำส่งต่อเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญ โดยแนะนำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งคลินิกเอกชนหรือสถานพยาบาลของรัฐ จะทำให้ผู้มีบุตรยากได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอในการประกอบการตัดสินใจที่ดีที่สุดได้ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกแพทย์รักษา วิธีรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการรับการรักษาต่อไป

3) การดูแลเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่ระยะ พัฒนาการต่อไปเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ สตรีที่มีบุตรยาก เมื่อตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลรักษาในคลินิกเฉพาะทางการรักษาผู้มีบุตรยาก หรือ แผนกผู้ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การดูแลพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานการดูแล การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (*High risk pregnancy*) แม้การตั้งครรภ์จะเป็นไปอย่างปกติก็ตาม เพราะถือว่า สตรีเหล่านี้เป็นผู้มีบุตรยาก การตั้งครรภ์ในแต่ละครั้ง จึงหมายถึงการใช้ความพยายามและการลงทุนอย่างที่สุด ของสตรีและครอบครัวนั้น ๆ พร้อมกับความคาดหวัง ที่มากขึ้นด้วย การให้คำแนะนำในการลังเลตความผิดปกติ การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และโดยเฉพาะการ สนับสนุนด้านจิตใจ เพราะความเครียด หรือปัจจัยทางด้านจิตใจ นอกจากจะเป็นสาเหตุหนึ่งของการมีบุตรยากแล้ว^{2,20,24} ยังส่งผลต่อระดับฮอร์โมนในสตรีและการตั้งครรภ์ด้วย โดยอาจทำให้เกิดการแท้ง ทรงต์ในครรภ์ น้ำคร่ำ แตกก่อนกำหนดได้ การพยาบาลในแผนกผู้ตั้งครรภ์จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่จะช่วยให้มีความปลอดภัย ทั้งแม่และลูกตลอดการตั้งครรภ์ ส่วนระยะคลอดและระยะหลังคลอด พยาบาลควรดูแลตามลักษณะของการคลอดว่าคลอดปกติหรือใช้สูติศาสตร์หัตถการในการ



ช่วยคลอดโดยยึดหลักการ “ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย”

2. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ ในครองครัวผู้มีบุตรยาก ให้เพื่อวิเคราะห์ความซับซ้อนและโครงสร้างของระบบภายในครองครัวและความเกี่ยวข้องของครองครัวกับลิงแวดล้อมและลักษณะปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ในชุมชนและสังคม^{16,31} การวิเคราะห์โครงสร้างของระบบภายในครองครัว ได้แก่ ประเมินโครงสร้างของระบบครอบครัวว่าประกอบด้วยระบบย่อยได้บ้าง ส่วนใหญ่ครอบครัวที่มีบุตรยากที่เป็นครอบครัวเดี่ยวจะมีเพียงโครงสร้างระบบย่อยคู่สามีภรรยาเท่านั้น จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระบบย่อยนี้ว่ามีปัญหาระดับบุคคลและปัญหาครอบครัวได้บ้าง ได้แก่ ปัญหาระดับบุคคล เช่น ปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการมีบุตรยาก ด้านจิตใจ ได้แก่ความเครียด ความวิตกกังวล รู้สึกด้อยค่า ปัญหาระดับครอบครัว อารที่เช่นปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น นอกจากนั้นยังสามารถวิเคราะห์ความเกี่ยวข้องของครอบครัวกับระบบอื่น ๆ เช่น ระบบการศึกษา ระบบสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจ ระบบสังคมวัฒนธรรม และระบบอื่น ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว²¹ เมื่อพยาบาลสามารถประเมินครอบครัวและกำหนดปัญหาได้แล้ว จากนั้นนำไปสู่กระบวนการกำหนดภาระกิจกรรมการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลต่อไป

3. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว พยาบาลควรเริ่มต้นที่การศึกษาโครงสร้างหน้าที่ของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวผู้มีบุตรยากทุกคน องค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อโครงสร้างของครอบครัว ได้แก่ ลักษณะบทบาทหน้าที่ซึ่งเป็นการประเมินการทำหน้าที่ของสามีภรรยา ระบบค่านิยม เป็นการประเมินค่านิยมภายในครอบครัว เช่น ค่านิยมเกี่ยวกับการมีบุตร วัตถุประสงค์ของการมีบุตรและผลลัพธ์ของค่านิยมเรื่องการมีบุตรและไม่มีบุตรที่มีต่อครอบครัว กระบวนการรับสาร สื่อสาร เช่น รูปแบบของการสื่อสารว่าเป็นการพูดคุยเปิดใจหรือเก็บกดไว้ สามีภรรยาสามารถสื่อสารความต้องการของตนให้ออกฝ่ายหนึ่งได้หรือไม่ และโครงสร้างอำนาจของครอบครัว ได้แก่ อำนาจการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ของครอบครัว โดย

เฉพาะครัวเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการมีบุตร เช่น จะรับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก หรือจะรับลูกบุญธรรม หรือลูกของญาติมาเลี้ยงแทน ตลอดจนการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ได้แก่ ด้านความรักความเอใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การผลิตสมัชิกใหม่ การ施肥ปุ๋ยหมา การจัดทำทรัพยากรและสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับสมาชิกครอบครัว³¹ เมื่อประเมินครอบครัวและกำหนดปัญหาระดับบุคคลและครอบครัวได้แล้ว ให้พยาบาลกำหนดภาระกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลต่อไป

4. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีวิกฤต การมีบุตรยากอาจถือเป็นภาวะวิกฤตในครอบครัว พยาบาลสามารถใช้ทฤษฎีวิกฤตในการประเมิน วินิจฉัยสาเหตุ แห่งความเครียด ซึ่งนำไปสู่ภาวะวิกฤต ได้แก่ ภาวะวิกฤตตามวัยและพัฒนาการของชีวิต หรือภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ร้ายแรง โดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า เช่น การเจ็บป่วย การหย่าร้าง การตายอย่างกะทันหัน เป็นต้น³¹ ภาวะวิกฤติตามวัยและพัฒนาการของชีวิตในครอบครัว ผู้มีบุตรยากนักเป็นวิกฤตในวัยกลางคน¹⁶ คือ วัยกลางคนเป็นวัยที่เป็นผู้สร้างฐานะความมั่นคงของชีวิต เป็นผู้ที่ก่อหนุน รับผิดชอบครอบครัวอย่างมาก บุคคลวัยนี้ทำงานหนัก รับผิดชอบการงานสูงขึ้นกว่าในวัยหนุ่มสาว ต้องเลี้ยงดูครอบครัว รับผิดชอบต่อสังคม สำหรับผู้ที่มีปัญหาในระยะนี้ ได้แก่ การตกงาน การหย่าร้าง รวมถึงการไม่มีบุตรด้วยเช่นกัน ภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า สำหรับครอบครัวผู้มีบุตรยาก ได้แก่ การทะเลและทำร้ายร่วงกายกัน การหย่าร้าง การแท้งลูกรวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาการมีบุตรยากการพยาบาลที่สำคัญตามทฤษฎีวิกฤต คือ การให้คำแนะนำล่วงหน้า (Anticipatory Guidance) เพื่อให้คู่สมรสสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การช่วยเหลือจัดการที่ดีจะทำให้บุคคลและครอบครัวเติบโตและพัฒนาการปกติ แต่ถ้ามิได้รับการช่วยเหลือจัดการที่ดีจะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ต่อไป¹⁶ การสนับสนุนช่วยเหลือให้คู่สมรสสามารถใช้แหล่งสนับสนุนทั้งภายในและนอกครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เช่นเดียว



กับการใช้ทฤษฎีอื่น ๆ เพื่อพยาบาลประเมินและกำหนดปัญหาระดับบุคคลและครอบครัวได้แล้ว พยาบาลจะสามารถวางแผนกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาลตามขั้นตอนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนต่อไป

บทสรุป

ภาวะการมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อคู่สมรสที่ต้องการมีบุตรแต่ไม่สามารถมีได้ โดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์และจิตสังคมที่ทำให้เกิดความเครียด ความกลัว และภาวะซึมเศร้าได้ ผลกระทบด้านครอบครัวทำให้เกิดช่องว่างระหว่างสามี ภรรยาและญาติพี่น้อง อาจร้ายแรงถึงขั้นต้องหย่าร้างของคู่สามีภรรยา นอกจากนี้การรักษา ยังทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแท้ง ตั้งครรภ์แฝด ตั้งครรภ์ก่อนมดลูก ฯลฯ แต่คู่สมรสยังมีแนวโน้มรับการปรึกษาและรักษาในคลินิกมีบุตรยากมากขึ้นในปัจจุบัน เพื่อล่วงเสริมชีวิตครอบครัวให้ถูก เติมเต็มด้วยการมีบุตร ผลลัพธ์มีทั้งการสมหวังและผิดหวัง พยาบาลในฐานะที่มีลูกภาพที่ให้การดูแล จึงต้อง มีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะของคู่สมรสที่มีบุตรยากนี้ เพื่อให้การดูแลได้อย่าง มีประสิทธิภาพ อันเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาล วิชาชีพรวมถึงพยาบาลเวชปฏิบัติด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงมนทิชา อัตถากร สูตินรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด และรอง รศ.ดร.พร้อมจิต ห่อนบุญเพิ่ม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ตรวจสอบความถูกต้อง ปรับปรุงแก้ไขให้บทความนี้มีคุณค่ายิ่งขึ้น

References

- Friedman MM. Family Nursing: Research, Theory & Practice. 4th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange. The united states of America; 1998.
- Cwikel J, Gidron Y. Psychological interactions with infertility among women. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2004; 117: 126–131.
- Damti OB, Sarid O, Sheiner E, Zilberstien T, Cwikel J. Stress and distress in infertility among women. Harefuah 2008; 147(3): 256–60.
- Healy DL, Trounson AO, Andersen AN. Female infertility, causes and treatment. Lancet 1994; 343: 1529–44.
- Stephens EH, Chandra A. Updated projection of infertility in the United States: 1995–2025; 1998; 70:30–4.
- ปาณณัตร เสียงดัง, ออมรา สุนทรธาดา. ภาวะการมีบุตรยาก: ประเด็นสังคมที่มากกว่าเรื่องเพศ ในประชากรและสังคม 2551: มติ “เพศ” ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และ กาญจนานาถงคุณพี่ย์บรรณาธิการ. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม; 2551: 48–65.
- เรืองศิลป์ เช华รัตน์. การรักษาภาวะมีบุตรยาก ใน นรีเวชวิทยา. วีรศักดิ์ วงศ์ติรพร และคณะ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท พี เอ ลิฟวิ่ง จำกัด; 2554: 261–269.
- พิทักษ์ เลาห์เกริกเกียรติ, อิศรินทร์ ชนบุณย์วัฒน์. สาเหตุและการตรวจจับภาวะมีบุตรยาก. ใน ตำราనรีเวชวิทยา. วีรศักดิ์ วงศ์ติรพร และคณะ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท พี เอ ลิฟวิ่ง จำกัด; 2554: 251–259.
- Inge WH, Van Empel et al. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. Human Reproduction 2010; 25(1): 142–149.
- วิสันต์ เสรีภาพศ์, ไพรโรจน์ วิชูรพณิชย์. ภาวะมีบุตรยาก ใน ตำรา�รีเวชวิทยา. สมชาย นิรุตติศาสน์ และ คณะ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547: 497–516.
- Ash RN, Ellsworth LR, Balmaceda JP, Wong PC. Pregnancy after translaparoscopic gamete intrafollopian transfer. Lancet; 1984: 1034–5.
- โภกส เครชรุ่บุตร. การทำกิฟท์ในเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. วีระพร วุฒยวนิช. บรรณาธิการ. เชียงใหม่: บริษัทพบริการพิมพ์ จำกัด; 2546: 103–109.
- พิทักษ์ เลาห์เกริกเกียรติ. แนวทางการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น ใน สูตินรีเวชทันยุค. มงคล เบญจกากิบาน และคณะ. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด; 2552: 247–251.



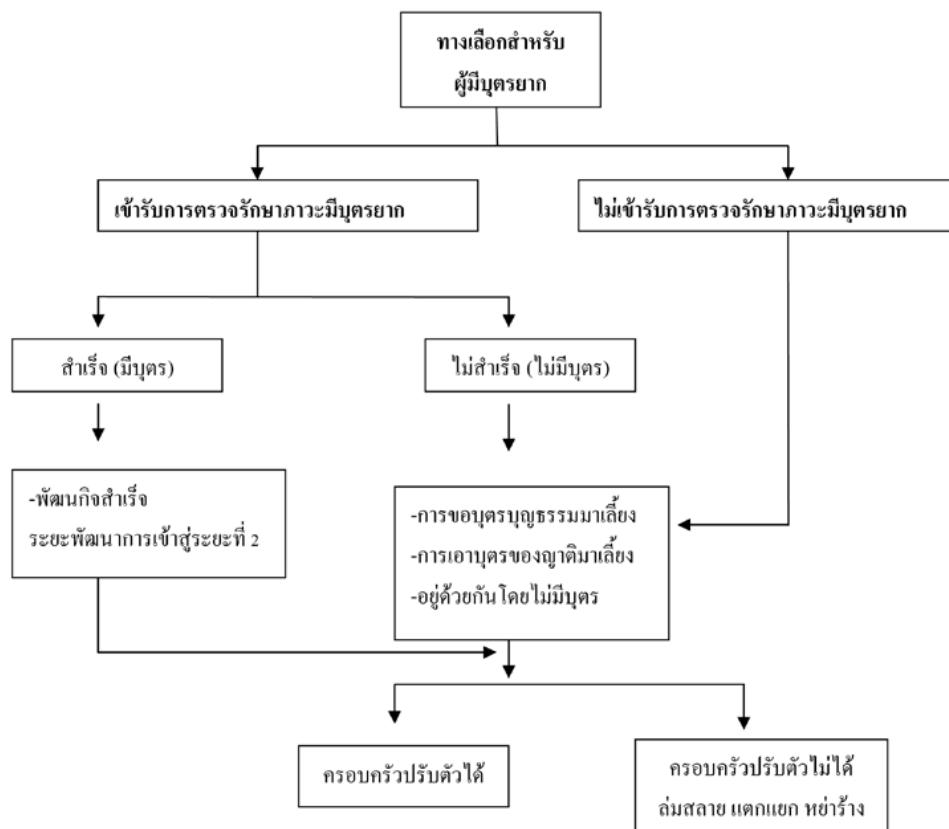
14. พรกิมล ตั้งชัยสิน. การฉีดตัวอสุจิเข้าไข่(อีกซี่) ใน เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. อีรัชพร วุฒิวนิช. บรรณาธิการ. เชียงใหม่: บริษัทพนบุรีการพิมพ์ จำกัด; 2546: 111.
15. สมชาย สุวนครณ. การมีบุตรยากและเทคโนโลยีช่วย การเจริญพันธุ์ใน ตำนานรีเวชวิทยา. สมชาย นิรุตติศาสน์ และคณะ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547: 523-529.
16. Phupai boon R. Family nursing: theoretical perspectives and application. 3th ed. Bangkok: VJ Printing; 1998.
17. อเนก อารีพรรค. เพศศาสตร์ ใน สูติศาสตร์และ นรีเวชวิทยา. ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ จำกัด; 2548: 196-198.
18. จีรเนว์ ทัศศรี. ครอบครัวสัมพันธ์ เล่มที่ 1. คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2545.
19. กาญจนा ลุต้นันทน์. บทบาทหน้าที่และความรับ ผิดชอบของบุคคลในครอบครัวและสังคม: ศิลปะ การดำเนินชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2542.
20. Verhaak CM, Smeenk JMJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaimaat FW, Braat DDM. Women's emotional Adjustment to IVF; A systemic review of 25 years of research. Hum Reprod Update 2007; 13: 27-36.
21. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family Nursing: Research, Theory & Practice. 5th ed. Pearson Education Inc. Upper Saddle River. New Jersey: The United States of America; 2003.
22. Shiu-Neng C, Pei-Fan M. Infertile couples's experience of family stress while women are hospitalized for Ovarian Hyperstimulation Syndrome during infertility treatment. Journal of Clinical Nursing; 2006.
23. Cwiek D, Branecka-Wozniak D, Fryc D, Grochans E, Rygielska M. Self-care and demand for social support in women with infertility. Ann Acad Med Stetin 2009; 55(2): 35-8.
24. Andrew FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile Fertile Sterile; 1992; 57: 1247-53.
25. รุ่งอรุณ เศรษฐบุตร. บทบาทของพยาบาลในงานด้าน เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในเทคโนโลยีช่วยการ เจริญพันธุ์ อีรัชพร วุฒิวนิช. บรรณาธิการ. เชียงใหม่: บริษัทพนบุรีการพิมพ์ จำกัด; 2546: 23-28.
26. Friedman MM. Family Nursing: Theory and Practice. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange. The United States of America; 1992: 41.
27. สมลิญจัน พึชรัชมี. แนวทางการดูแลรักษาภาวะ มีบุตรยากเบื้องต้น ใน สุตินรีเวชทันยุค. มงคล เปญญาภิบาล และคณะ. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ.ล.พี.วิ้ง จำกัด; 2552.
28. Katz DF. Human Cervical Mucus: Research Update. Am J Obstet Gynecol 2002; 165: 1984-6.
29. Stanford JB, White GL, Hatasaka H. Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence. Obstet Gynecol 2002; 100:1333-41.
30. Speroff L, Fritz MA, Female infertility. Clinical gynecology endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005.
31. กองการพยาบาล. แนวทางการดำเนินงานการ พยาบาลครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จำกัด; 2545.



ตารางที่ 1 อัตราความสำเร็จและค่าบริการแยกตามสถานบริการของรัฐและเอกชน

ประเภท	อัตราความสำเร็จ	สถานบริการเอกชน	สถานบริการของรัฐ
การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI)	ประมาณ 15 % ต่อครั้ง	12,000 – 18,000	6,000 – 8,000
กิฟท์ (GIFT)	ประมาณ 30-40 % ต่อครั้ง	80,000 – 100,000	20,000 – 50,000
ซิฟท์ (ZIFT)	ประมาณ 40-50 % ต่อครั้ง	150,000 – 200,000	100,000 – 150,000
เด็กหลอดแล้ว (IVF)	ประมาณ 15-30 % ต่อครั้ง	70,000 – 200,000	60,000 – 100,000
อีกซี (ICSI)	ประมาณ 25-30 % ต่อครั้ง	83,000 – 250,000	60,000 – 100,000
พีจีดี (PGD)	-	300,000 – 400,000	120,000 – 250,000

ตัวแปลงจากปานจัตร เสียงดัง และอมรา สุนทรธาดา⁶





ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังพยาบาล สภาพแวดล้อม ในการทำงานกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

บุษบา วงศ์พิมล พย.ม.**

อภิญญา จำปาเมล PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถอ)r่วมกันทำงานของการจัดอัตรากำลังพยาบาล ประกอบด้วย ร้อยละการผสานอัตรากำลังพยาบาล จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอน และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล ประกอบด้วยมิติสุขภาพด้านร่างกาย และมิติสุขภาพด้านจิตใจ ในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากกลุ่มตัวอย่าง 91 คนผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วยได้ จากตัวแทนพยาบาลวิชาชีพจำนวน 361 คน เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบสำรวจการทำงานในหอผู้ป่วย 2) แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ 3) แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 เครื่องมือทุกดูได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน และแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ได้ค่าสัมประสิทธิ์และฟาร์มาโนเมตริก 0.95 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์การทดสอบพหุคุณ

ผลการวิจัย พบว่า 1) จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.208$, $p\text{-value} = .047$) ร้อยละการผสานอัตรากำลังพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล ในมิติความสามารถในการทำงานที่ด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .207$, $p\text{-value} = .049$) และสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .402$, $p = .000$) และ 2) ร้อยละการผสานอัตรากำลังพยาบาล จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน อ)r่วมกันทำงานคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลได้ร้อยละ 18.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R = .432$, $R^2 = .186$, $p\text{-value} = .000$)

คำสำคัญ: อัตรากำลังพยาบาล สภาพแวดล้อมในการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความสำคัญและการเป็นมาของปัญหา

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่บุคคลต้องการในการดำเนินชีวิตของตน การมีคุณภาพชีวิตที่ดีแสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เนื่องจากสุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญต่อ

คุณภาพชีวิต ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงมีความจำเป็น เพราะเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง เป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากการลงโทษคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว¹ เมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นในร่างกายจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย² เมื่อคนเรามีสุขภาพแข็งแรง ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหลักต่อชีวิตความเป็นอยู่ แต่เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง สุขภาพจะมีอิทธิพลต่อชีวิตของคน นั่นเป็นปัจจัยอื่น³ การปฏิบัติงานของพยาบาลเกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตมนุษย์ พยาบาลมีภาระต่อสังคมในการส่งเสริมให้บุคคลรู้จักการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งในภาวะปกติและเมื่อยามเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลรวมถึงบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ จึงมักถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพได้ และถ้าหากผู้ให้บริการพยาบาลมีปัญหาด้านสุขภาพ อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้รับบริการได้ดังนั้นภาวะสุขภาพความเจ็บป่วยตลอดจนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลควรได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น

นอกจากสังคมจะคาดหวังให้พยาบาลและทีมสุขภาพมีสุขภาพที่ดีแล้ว สิ่งสำคัญที่สังคมคาดหวังอีกประการหนึ่งคือการจัดระบบบริการให้มีคุณภาพและความปลอดภัย แม้จะมีความพยายามในการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้ง ความเลี้ยงและความสูญเปล่าต่าง ๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา The American Medical Association (AMA) และ The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)⁴ ได้กำหนดกรอบแนวคิด เป้าหมายความปลอดภัย (Patient Safety Goals) ขึ้นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ.1996 และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดเป็น Thai Patient Safety Goal Simple : 2008 ขึ้นเนื่องจากความเลี้ยงและความปลอดภัยเป็นระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล จึงต้องสร้างและพัฒนาเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธา พยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในโรงพยาบาล ใน การเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วย จึงต้องให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพและรักษาคุณภาพให้คงไว้ได้ เพื่อให้ระบบบริการพยาบาลมีคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ จำเป็นต้องมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่เพียงพอเหมาะสม อีกเป็นความรับผิดชอบและเป็นหน้าที่ของผู้บริหารการพยาบาล ที่จะต้องจัดหาและจัดสรรให้มีบุคลากรทางการพยาบาลอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพซึ่งในทางปฏิบัติการจัดอัตรากำลังพยาบาลให้มีประสิทธิภาพนั้นเป็นเรื่อง

ยุ่งยากซับซ้อน ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา และตัดสินใจอย่างรอบคอบ และคำตามที่ผู้บริหารทางการพยาบาลถูกถามบ่อย ๆ คือขอผู้ป่วยแต่ละแห่งการมีบุคลากรเท่าไรบุคลากรแต่ละระดับ ความมีสัดส่วนอย่างไร จะทราบได้อย่างไรว่าการจัดอัตรากำลังนั้นมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารจะต้องตัดสินใจให้เกิดความสมดุลในเรื่องของปริมาณและคุณภาพของบุคลากร วัตถุประสงค์ด้านคุณภาพ การสนับสนุนขององค์การ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนผลลัพธ์การพยาบาลด้านผู้ให้บริการพยาบาล ซึ่งควรต้องมีความสุข พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ไม่ลาออกจากงานเนื่องจากต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการปฏิบัติงานในวิชาชีพ การพยาบาล เช่น ปัญหาค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ความเครียดและความเจ็บป่วยจากการทำงาน ปัญหาที่เกิดจากการงานที่หนักเกินไป และรวมถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ จนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

นอกจากการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมจะส่งผลดีต่อสุขภาพของพยาบาลแล้ว สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมั่นใจและมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย Canadian Nurses Association⁵ รายงานว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานและลักษณะงานของพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพการดูแลผู้ใช้บริการของพยาบาล การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี เป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบขององค์กรต่อผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน⁶ เพราะหากพยาบาล มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ มีความรู้สึกปลอดภัยในการทำงาน ที่จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการทำงานได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความล้มเหลว และการทำนายของการจัดอัตรากำลังพยาบาล และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล เพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารอัตรากำลังพยาบาล และปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความท้าทายสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในยุคหนึ่ง ตลอดจนเพื่อสะท้อนสภาพปัญหาวิกฤติขาดแคลนวิชาชีพการพยาบาลให้สังคมได้รับรู้ นำสู่การวางแผน



แก้ไขปัญหาระยะยาวทั้งในระดับการบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุขของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถร่วมกันทำงานของตัวแปรการจัดอัตรากำลังพยาบาล และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

Holzemer⁷ ได้นำเสนอกรอบแนวคิดการวัดผลลัพธ์ ในรูปแบบของการศึกษาวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ (The Outcomes Model for Health Care Research) คำนึงถึงความสำคัญ และความเกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ (Input-Process-Outcomes) ที่เกิดขึ้นในแต่ละมุมต่างๆ ทั้งผู้ให้บริการ (Provider) ผู้ใช้บริการ (Client) และองค์การ (Setting) ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดอัตรา กำลังพยาบาลและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าขององค์การที่สำคัญ ที่คาดว่าจะมีผลต่อผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล โดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ อันได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์นี้ (Descriptive correlational research) ใช้วิธีศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษา ได้แก่ หอผู้ป่วยรามาธิบดี อายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด 92 หอผู้ป่วย และข้อมูลหอผู้ป่วย ได้จากการพยาบาลวิชาชีพ ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพของแต่ละหอผู้ป่วยโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ คำนวนขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวแปร โดยการประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยที่เคยศึกษามาก่อน ของ Budge, Carryer & Wood⁸ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์เท่ากับ .23 จึงกำหนดค่า r เท่ากับ .20 กำหนดค่าแอลฟ่าเท่ากับ .05 และค่า Power (1- β) เท่ากับ .80 เปิดตารางการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวแปร⁹ ได้จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ต้องสุ่มเท่ากับ 197 คน เพิ่มอีกร้อยละ 40 กรณีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และทดสอบการไม่ได้รับแบบสอบถามกลับคืน⁹ ได้ขนาดตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 275 คนและผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามเพิ่มขึ้นอีกครั้งเป็น 364 คนเพื่อทดสอบการไม่ได้รับกลับคืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) แบบรวมรวมปริมาณภาระงานในหอผู้ป่วย ของสำนักการพยาบาล 2) แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ The Nursing Work Environment Index-Revised ของ Aiken & Patri-cian¹⁰ ฉบับแปลภาษาไทยโดยนากี สอนโพธิ์¹¹ ปรับข้อคำถามให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบากทั้งฉบับเท่ากับ .95 ด้านความมีอิสระในวิชาชีพเท่ากับ .62 การควบคุมสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ .71 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และพยาบาลเท่ากับ .67 การสนับสนุนขององค์กรเท่ากับ .83 โครงสร้างและการบริหารการพยาบาลเท่ากับ .83 ภาวะผู้นำทางการพยาบาลเท่ากับ .80 และโอกาสในการศึกษาต่อและความก้าวหน้าในวิชาชีพเท่ากับ .91 3) แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ใช้ฉบับแปลภาษาไทยโดยวชรี เลอมานกุลและปราณี มีແຕ้ม¹² คำนวนคะแนนโดยการแปลงคะแนนตามน้ำหนักที่ผู้สร้างกำหนด¹³ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบากทั้งฉบับเท่ากับ .87 ด้านความสามารถในการทำงานที่ด้านร่างกาย (Physical functioning, PF) เท่ากับ .86 บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากการป่วยทางด้านร่างกาย (Role limitations due to physical health, RP) เท่ากับ .85 ความเจ็บปวด (Bodily Pain, BP) เท่ากับ .86 ความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป (General health perception, GH) เท่ากับ .85 บทบาททางสังคม (Social functioning, SF)



เท่ากับ .85 ความกระฉับกระเฉง (Vitality, VT) เท่ากับ .72 บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role limitations due to emotional problems, RE) เท่ากับ .73 สุขภาพจิต (Mental health, MH) เท่ากับ .84 และค่าความอิสระเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2554 ถึง 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ข้อมูลการจัดอัตรากำลังพยาบาลของหอผู้ป่วยกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้ได้รับมอบหมาย ล้วนแบบสอบถามตอบโดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นตัวแทนของหัวผู้ป่วย

จริยธรรมวิจัย โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดเกณฑ์ตามคำประกาศヘルซิงกิ (Declaration of Helsinki) ลำดับที่ 4.3.07:31/2554 เลขที่ HE542244 เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2554

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และใช้สถิติการวิเคราะห์ทดสอบตัวอยพหุ ในการวิเคราะห์การทำนาย คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการทดสอบด้วยวิธี Enter ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ พบว่า เป็นไปตามเงื่อนไขการใช้สถิติการวิเคราะห์ทดสอบตัวอยพหุ

ผลการวิจัย

จากแบบสอบถามที่ส่งให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 364 คน ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่าง 92 หอผู้ป่วย ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 361 คน ร้อยละ 99.2 และได้รับข้อมูลปริมาณภาระงานของหอผู้ป่วย กลับคืน 91 หอผู้ป่วยจากทั้งหมด 92 หอผู้ป่วย ร้อยละ 98.9 ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ของพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.91 ± 9.88 โดยมีความสามารถในการทำงานที่ด้านร่างกาย (PF) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 80.69 ± 9.80 และมีความเจ็บปวด (BP)

มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 40.41 ± 3.98 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม จากคะแนนของแบบสอบถามโดยแยกเป็น 2 มิติ คือด้านร่างกาย Physical Health (PCS) และด้านจิตใจ Mental Health (MCS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ สูงกว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.39 ± 11.24 และ 63.42 ± 9.99 ตามลำดับ

2. จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันผู้ป่วย nonlinear ความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.208$, $p\text{-value} = .047$) และร้อยละการผสmost สำนักงาน อัตรากำลังพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล ในมิติความสามารถในการทำงานที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .207$, $p\text{-value} = .049$)

3. สภาพแวดล้อมในการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .402$, $p = .000$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล ในระดับต่ำถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .270 - .410$) และเมื่อแยก คีกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นรายมิติ พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านภาวะผู้นำทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งมิติสุขภาพร่างกายและมิติสุขภาพจิตใจสูงกว่าทุกๆ ด้าน ($r = .316$, $p = .002$ และ $r = .415$, $p = .000$ ตามลำดับ)

4. การจัดอัตรากำลังพยาบาลและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลได้ร้อยละ 18.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R = .432$, $R^2 = .186$, $p\text{-value} = .000$) โดยสภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นตัวแปรเดียวที่มีอิทธิพลทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล ส่วนตัวแปรร้อยละการผสmost สำนักงาน อัตรากำลังพยาบาลและชั่วโมงการพยาบาลต่อวัน ผู้ป่วย nonlinear ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



การอภิปรายผล

1. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.91 ± 9.88 ซึ่งสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไปซึ่งมีค่าเท่ากับ 50 ± 10^1 เมื่อศึกษารายมิติอย่าง 8 มิติพบว่า มิติที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงสุด คือ มิติความสามารถในการทำงานที่ด้านร่างกาย (80.69 ± 9.80) และมิติที่มีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำที่สุดคือมิติความเจ็บปวด (40.41 ± 3.98) เปรียบเทียบกับการศึกษาของวัชรี เลอมานกุล และปราณี⁷ มีแต้ม¹² ที่ศึกษาในกลุ่มคนทั่วไปในประเทศไทย 448 คน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตเกือบทุกมิติมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า การศึกษานี้ยกเว้นมิติบุคลิกที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากการปัญหาทางด้านอารมณ์และที่พับแต่งต่างกันมากที่สุดคือ มิติความเจ็บปวด (69.30 ± 19.60) ก็แตกต่างจากการศึกษานี้ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการทำงานหนักเกินไปอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม ยกของหนัก พักผ่อนน้อย ทำให้ไม่สุขสบาย ปวดเมื่อย นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยมิติความเจ็บปวดตามการศึกษานี้ยังต่ำกว่าการศึกษาของจิตาภา จำปาเงิน¹⁴ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคกระดูกและกล้ามเนื้อในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 97 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาอาการปวดหลัง หลีบและปวดบ่า ผลการวิจัยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในมิติความเจ็บปวด (47.2 ± 18.7) สรุปว่ากลุ่มตัวอย่างตามการศึกษานี้ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มคนทั่วไปและต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

2. จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วย nonlinear มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าหอผู้ป่วยที่จัดให้มีชั่วโมงการพยาบาลที่มากขึ้นจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจของพยาบาลต่ำลง เนื่องจากต้องขึ้นปฏิบัติงานในจำนวนเวลาที่มากขึ้น ต้องอยู่กับความเจ็บป่วย ความเครียด หดหู่ และซ้ำชากร้าว เป็นเวลานานหลายชั่วโมงต่อวัน หรือหลายวันต่อเดือน ย่อมทำให้ความสุขทางใจลดลง จะทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนและไม่สามารถทำกิจกรรมทางด้านสังคมได้เหมือนคนทั่วไป จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เนื่องจากความกระตือรือร้นไม่มีพละกำลังความรู้สึก

มีความสุขลดลง ส่วนการที่ร้อยละการผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล ในมิติความสามารถในการทำงานที่ด้านร่างกาย นั้นสามารถอธิบายได้ว่า การเพิ่มสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพทำให้แบ่งเบาภาระงานที่เป็นบทบาทของวิชาชีพได้ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล

3. สภาพแวดล้อมในการทำงานโดยรวมและรายด้านทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลในระดับต่ำถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .270 - .410$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Aiken & Patrician¹⁰ ที่พบว่าคุณลักษณะของสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี มีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ให้บริการพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษานี้ที่พบว่าคุณลักษณะของสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี มีผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล นอกจากสภาพแวดล้อมในการทำงานจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานให้แก่่องค์กร อย่างเต็มกำลังสามารถแล้วยังเป็นแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความเต็มใจ และสามารถดึงดูดให้พยาบาลคงอยู่ในวิชาชีพได้ ดังการศึกษาของนาคี สอนโพธิ์¹¹ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมโดยรวมและรายด้านทุกด้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .451 - .552$)

เมื่อพิจารณารายด้านของสภาพแวดล้อมในการทำงานพบว่า ภาวะผู้นำทางการพยาบาล และการบุคลิกของตนengตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลในระดับปานกลางซึ่งสูงกว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านอื่นๆ ด้าน แสดงว่า หากพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ในสภาพแวดล้อมขององค์กรเกี่ยวกับความสามารถของผู้บริหารและลักษณะของผู้นำทางการพยาบาล ในกรณีนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาล และการประทับตราคุณภาพการพยาบาลที่ดี จะมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสมพรรณ ไกรษร และมาริสา ไกรฤกษ์¹⁵



ที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานและประสบการณ์การทำงานสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติภาระในการประกันคุณภาพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 24.3 อายุ平均 33.7 ที่ระดับ.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของอรพิม พุทธวงศ์ และมาเรีย ไกรฤกษ์¹⁶ ที่พบว่า ภาวะผู้นำของหัวหน้า หรือผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับ ความพึงพอใจของพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.01 ($r=.510$, $p=.01$) แสดงว่าภาวะผู้นำทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อทั้งการปฏิบัติ ตามความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ใต้บังคับบัญชา

4. การจัดอัตรากำลังพยาบาลและสภាព แวดล้อมในการทำงาน ร่วมกันท่านายคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของพยาบาลได้ร้อยละ 18.6 อายุ平均 33.7 ที่ระดับ.01 โดยมีตัวแปรสภาพแวดล้อมในการทำงานเพียงตัวแปรเดียวที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของพยาบาล แสดงว่าการจัดอัตรากำลังเพิ่มขึ้น ประกอบกับสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล ที่ดีจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลดีขึ้น สถาคล่องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Budge, Carryer & Wood⁸ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงาน พยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของพยาบาล โดยพบว่าคุณลักษณะของสภาพแวดล้อม ในการทำงานด้านความมีอิสระในวิชาชีพพยาบาล การ ควบคุมสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล และ สัมพันธภาพระหว่างแพทย์พยาบาลสามารถร่วมกัน ท่านายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติทั้ง 8 มิติของ พยาบาลได้ตั้งแต่ร้อยละ 4-20 ดังนั้นจึงสามารถยืนยัน ได้อายุ average 57.3¹⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาขององค์กร สอนโพธิ์¹¹ ที่พบว่า ความมีอิสระในวิชาชีพพยาบาล โครงสร้างและ

การบริหารการพยาบาล สามารถร่วมกันท่านายความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 33.7

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ในระดับ มหาภัคทั่วประเทศ และพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของพยาบาล นำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ การพยาบาลระดับประเทศ เพิ่มเติมจากเดิมที่วัดเพียง ความพึงพอใจในงานของพยาบาล เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง และส่งเสริมคุณลักษณะชีวิตด้านของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
2. หอผู้ป่วยควรจัดตารางการปฏิบัติงานที่ ยืดหยุ่นเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน สามารถแลกเปลี่ยน เวลาในกลุ่มพยาบาลที่มีสมรรถนะใกล้เคียงกันได้ และมี การหมุนเวียนอัตรากำลังน้อยที่สุด และควรเพิ่มสัดส่วน ของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรอื่น ๆ อายุ average 33.7 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ใช้ บริการให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้จัดขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำ วิทยานิพนธ์สำหรับนักศึกษาในครั้งนี้

References

1. Sakthong P. Health Related Quality of Life. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2007; 2(3): 327-337.
2. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health related Quality of life: A conceptual model of patient outcomes. Journal of the American Medical Association 1995; 273(1): 59-65.
3. Patepavanit JN. Health relates Quality of life: Evaluation and Implementation. Khon Kaen: Printer of Khon Kaen University; 2009.
4. Leape LL. Scope of Problem and History of Patient Safety. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2008; 35(1): 1-10.



5. Canadian Nurses Association. Policy statement on the quality of nurses work life Ottawa Author; 1995.
6. Development and hospital accreditation. Manual Assessing hospital accreditation. 3rd edition. Nonthaburi: Development and hospital accreditation; 2000.
7. Holzemer WL. The Impact of nursing cares in Latin America & the Caribbean A focus on Outcomes. *Journal of Advance Nursing* 1994; 20(1): 5–12.
8. Budge C, Carryer J, Wood S. Health correlates of autonomy control & professional relationships in the nursing work environment. *Journal of advanced Nursing* 2003; 42(3): 260– 268.
9. Junthachum W. Nursing Research: The election and determination. For example. Khon Kaen: Department of Nursing Research and administration, Faculty of nursing, Khon Kaen University; 2002.
10. Aiken LH, Patrician PA. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research* 2000; 49(3): 146–153.
11. Sornpho N. The relationship between work environment and The Intent to Stay of Registered Nurses Employed in Community hospitals, District 11 under The Ministry of Public Health, Thailand. (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010.
12. Leurmarnkul W, Meetam P. Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai version). *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2005; 29 (1-2): 69–88.
13. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. The Health Institute New England Medical Center, Boston; 1993.
14. Jumpangern J. Health related quality of life in patients with musculoskeletal disorders treated with Thai massage at Tayang hospital. (Thesis). Bangkok: Silpakorn University; 2007.
15. Kraison S, Krairiksh M. The Relationship among Personal Factors of Professional Nurses, Transformational Leadership of Head Nurses and Nursing Quality Assurance Performance of Professional Nurses in Community Hospitals, Chaiyaphum Province. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2012; 30 (2): 32–39.
16. Phouthavong O, Krairiksh M. The Relationships between Head Nurse's Leadership with Job Satisfaction of Staff Nurse in Vientiane Capital Centre Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29 (1): 51–58.
17. Thaingamsilp A, Junthachum W. The Relationships between nurse work environment, nurse characteristics, and nurse-sensitive indicators: nurse jobs satisfaction, inpatient care general hospitals, Northeastern Thailand. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2010; 28 (1): 40–47.



The Association between Nurse Staffing, Nurses' Work Environment and Nurses' Health Related Quality of Life in General Hospitals Northeastern Thailand*

Busaba wongpimoln M.N.S.**

Apinya Jumpamool PhD***

Abstract

The objective of this research was to analyze relationships between nurse staffing involving nursing staff mix and nursing hours per patient day, work environment, and nurses' mental and physical health related quality of life; and to determine predictors of nurses' health related quality of life at general hospitals in northeastern Thailand. The study was carried out at a nursing unit with a study sample of 91 Medical, Surgical and Orthopedic nursing units in 13 general hospitals. Data was collected by systematic random sampling from 361 registered nurse representatives working within the nursing units. Study instruments implemented were nursing workload form, work environment questionnaire, and the SF-36 Thai Version. These instruments were tested for content validity and reliability. Furthermore, the alpha coefficient of work environment questionnaires, and the SF-36 Thai Version were .95 and .87, respectively. Frequency, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regressions were used to analyze data.

Major findings were as follows: 1) Nursing hours per patient day had low negative correlation with nurses' mental health relating to quality of life (MCS) at .05 level of significance ($r = -.208$, p -value = .047). Nursing staff mix had a low positive correlation with nurses' health related quality of life in physical functioning dimensions at .05 level of significance ($r = .207$, p -value = .049). The work environment had a moderate positive correlation with nurses' health related quality of life at .01 level of significance ($r = .402$, p =.000). 2) Multiple regression analysis revealed 18.6 percent of variance in the nurses' health related quality of life as predicted by nurse staffing involving the nursing staff mix, nursing hours per patient day and work environment ($R = .432$, $R^2 = .186$, p -value = .000).

Keywords: nurse staffing, nurses' work environment, HRQOL, SF-36

* Thesis of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Student, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing , Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing , Khon Kaen University



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข

pronwan geesuksay py.m.*

วิภาพร วราภรณ์ ค.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์มวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่สามารถร่วมกัน ทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน เขต 12 กระทรวง สาธารณสุข ศึกษาจากประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 395 คน เครื่องมือ การวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกี่ยวกับการบริหารแบบมุ่งผลงาน ของหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะงาน การทำงานเป็นทีม และประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แล้วฟ้าของ cronbach ได้ เท่ากับ .97; .96; .98 และ .96 ตามลำดับ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ 371 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.9

ผลการวิจัย พบว่าประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมอยู่ระดับสูง ($\bar{x} = 4.29$, S.D.= 0.44) ปัจจัยการบริหารแบบมุ่งผลงานของหัวหน้างาน ลักษณะงาน และการทำงานเป็นทีม มี ความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ($r= .57$, $r= .59$ และ $r= .65$) ตามลำดับ ตัวแปรที่สามารถทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ คือ ลักษณะงาน (ด้านความหลากหลายของ ทักษะ และด้านความมีอิสระในการทำงาน) และตัวแปรการทำงานเป็นทีม (ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง และ ด้านการประสานงาน) โดยสามารถทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 54.2

คำสำคัญ: ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน การบริหารแบบมุ่งผลงานของหัวหน้างาน ลักษณะงาน การทำงานเป็นทีม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงาน สำคัญของโรงพยาบาล เพราะเป็นด้านแรกที่ให้บริการ ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งต้องปฏิบัติ งานให้ได้มาตรฐานเพื่อเป็นการประกันคุณภาพการ ปฏิบัติงานการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและประกาศ ผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ใช้บริการ¹ อีกทั้งยังต้องสอดคล้องกับ เกณฑ์ชี้วัดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) ที่เน้นการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานในหน้าที่รับผิดชอบ ให้เกิดประสิทธิผลและมีการประเมินประสิทธิผลการ

ปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานการ พัฒนาคุณภาพการบริการ ให้สอดคล้องกับทิศทางใน การปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงาน คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน² การประเมิน ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ 1) ปริมาณงาน 2) คุณภาพของผลงาน 3) ความทันเวลา 4) ผลลัมฤทธิ์ ของงาน และ 5) การประทัยดัทรพยากร ซึ่งการประเมิน ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ด้านปริมาณงานของพยาบาล วิชาชีพซึ่งต้องให้บริการผู้ป่วยแต่ละคนตามที่ได้รับมอบหมายและคุณภาพของผลงาน เป็นไปตามมาตรฐาน วิชาชีพ โดยผู้รับบริการและญาติมีความปลดปล่อย

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา และรวดเร็ว ผลสัมฤทธิ์ของงานคำนึงถึงผลลัพธ์ที่ได้ต้อง มีคุณภาพต่อวิชาชีพ และใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมกับผลผลิตของงานที่เกิดขึ้น

จากการศึกษานี้ร่องโดยการสัมภาษณ์หัวหน้า งานและพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 87 คน ในโรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานด้านปริมาณงานพบ ว่ามีความล่าช้าในการให้บริการ/วินิจฉัยและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้าไม่ทันเวลา และมีอาการ ทຽุดลงซึ่งมีผลต่อคุณภาพของผลงาน โดยพบ ความเสี่ยง การร้องเรียนในเรื่องผู้ป่วยและญาติไม่พอใจในการให้ บริการและการรักษาทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรและว่าจ้าง การประทยัติหรือพยากรณ์พบความเสี่ยงขาดความพร้อมใช้ ของอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย และการทำหัตถการอื่นๆ ด้านผลสัมฤทธิ์ของงาน การ ปฏิบัติงานที่สร้างองค์ความรู้ในการพัฒนารูปแบบการให้ บริการที่มีคุณภาพเป็นที่ประจักษ์ได้ไม่มาก หรือบน้อย

จากการบททวนองค์กรภาครัฐมี การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การบริหารด้วยการปรับปรุงและพัฒนา คุณภาพให้ได้มาตรฐาน โดยเรียกว่าการบริหารงานแบบ มุ่งผลสัมฤทธิ์ ของอาร์ทเลย์ เอลลิสัน และเคนเนดี้ที่ กล่าวถึงการนำกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลงานซึ่ง พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานสามารถรับรู้ได้ว่า หัวหน้า งานใช้การบริหารแบบมุ่งผลงานเป็นเครื่องวัดความ ก้าวหน้าของการดำเนินงาน เปรียบเทียบกับเป้าหมาย หากผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย หัวหน้างานได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ได้ทันเวลาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายใน การพัฒนาคุณภาพบริการ ลักษณะงาน⁴ อุบัติเหตุและ ฉุกเฉินที่พยาบาลปฏิบัติ มีคุณลักษณะเป็นผู้ที่สามารถ รวมทักษะและความเชี่ยวชาญในทุกๆ สาขา เข้าด้วย กันในการทำงาน การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องเป็นไป อย่างรวดเร็วและถูกต้อง มีความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ จะเห็น ได้ว่าลักษณะงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ ท้าทายความสามารถ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการการทำงาน เป็นทีม⁵ และการทำงานเป็นทีมก่อให้เกิดปริมาณของผล งานและงานที่ได้มีคุณภาพสำหรับการปฏิบัติงานภายใต้

สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาที่สมาชิกทีม ให้ ความร่วมมือช่วยเหลือ ความสามารถร่วมกันของแต่ละ บุคคลในการปฏิบัติงานและมีความรับผิดชอบเพื่อการ บรรลุเป้าหมาย

ผู้จัยในฐานะหัวหน้างาน งานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในเขต 12 กระทรวง สาธารณสุข ให้ความสำคัญในการประเมินผลปฏิบัติงาน ว่าจะสามารถปฏิบัติงานได้ประสิทธิผลหรือไม่นั้น ข้อนี้อยู่ กับปัจจัยหลายประการไม่ว่าจะเป็น ปัจจัยด้านการบริหาร แบบมุ่งผลงานของหัวหน้างานซึ่งมีระบบของการบริหาร งานเป็นขั้นตอน ปัจจัยด้านลักษณะงาน การที่พยาบาล วิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รับรู้ลักษณะงานที่น่า สนใจ งานมีความหมาย และมีความท้าทาย จะเป็นแรง จูงใจในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจ ส่งผลต่อความสามารถและประสิทธิผลของการปฏิบัติ งานสูง และปัจจัยการทำงานเป็นทีม ซึ่งประสิทธิผลของ การปฏิบัติงานจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม เพราะการทำงานเป็นทีมเป็นกลยุทธ์การบริหารงานที่มี ประสิทธิภาพที่สุดเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน จึงจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาในเรื่องคุณภาพและ มาตรฐานการบริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสู่การมี ประสิทธิผล บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในวางแผนการ พัฒนางานและพัฒนาบุคลากรในส่วนที่รับผิดชอบให้ สามารถปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การบริหารแบบ มุ่งผลงานของหัวหน้างาน ลักษณะงานและการทำงาน เป็นทีมกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาล วิชาชีพ และศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำงาน การ มีประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวง สาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงท่านาย ด้วยแพร อิสระ ได้แก่ การบริหารแบบมุ่งผลงานของหัวหน้างาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดพันธกิจ



ขององค์กรและวัตถุประสงค์ 2) การกำหนดวิธีการวัดผลการปฏิบัติงาน 3) การสร้างพันธะผูกพันต่อผลการปฏิบัติงาน 4) การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงาน 5) การรายงานผลการปฏิบัติงาน และ 6) การนำข้อมูลผลการปฏิบัติงานไปใช้เพื่อพัฒนางาน

ลักษณะงานประกอบด้วย 1) ความหลากหลายของทักษะ 2) ความมีเอกลักษณ์ของงาน 3) ความสำคัญของงาน 4) ความมีอิสระในการทำงาน

การทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย 1) การติดต่อสื่อสาร 2) ความร่วมมือ 3) การประสานงาน 4) ความคิดสร้างสรรค์ และ 5) การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

ตัวแปรตาม คือ ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) ปริมาณงาน 2) คุณภาพของผลงาน 3) ความทันเวลา 4) ผลลัพธ์ของงาน และ 5) การประยัดทรัพยากร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรทั้งหมดซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีระยะเวลาปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ผู้จัดศึกษาแบบเชิงทำนายซึ่งมีตัวแปรอยู่ 15 ตัว ขนาดประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณโดยใช้การพิจารณาจำนวนตัวแปรซึ่งต้องมีขนาดตัวอย่างน้อย 20 เท่าของตัวแปรเท่ากับ 300 คน^๖ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 395 คน

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งเป็น 5 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องการบริหารแบบมุ่งผลงานของหัวหน้างานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน จำนวน 29 ข้อ ชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่องลักษณะงานจำนวน 19 ข้อ ชุดที่ 4 แบบสอบถามเรื่องการทำงานเป็นทีมจำนวน 24 ข้อ และ ชุดที่ 5 แบบสอบถามเรื่องประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ของ

แบบสอบถามชุดที่ 2 – ชุดที่ 5 ให้คะแนน 1–5 จากการรับรู้ในระดับต่ำมาก ถึงระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเนื้อหาของแบบสอบถามทุกชุดโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน และหาความเที่ยงโดยการทดลองใช้เครื่องมือในพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แล้วฟ้าของครอนบาก ของแบบสอบถามการบริหารแบบมุ่งผลงานของหัวหน้างาน ลักษณะงาน การทำงานเป็นทีมและประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ได้เท่ากับ 0.97; 0.96; 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตจากนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข และจัดส่งแบบสอบถามให้กับลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ พร้อมเอกสารคำชี้แจง วัตถุประสงค์ของงานวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถาม ส่งแบบสอบถามจำนวน 395 ฉบับ ในวันที่ 20 มีนาคม – 20 เมษายน 2555 โดยขอรับคืนภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนจำนวน 371 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.9

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูล ทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ 2) วิเคราะห์ปัจจัยด้านการบริหารแบบมุ่งผลงาน ปัจจัยด้านลักษณะงาน และปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมุ่งผลงานของหัวหน้างาน ลักษณะงาน และการทำงานเป็นทีม กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ สมมัพน์เพียร์สัน และ 4) วิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมกัน ทำงานประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้การวิเคราะห์คัดคุณภาพคุณแบบขั้นตอน

จริยธรรมในการวิจัย โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับการยกเว้นที่เข้าข่ายไม่ต้องขอรับรองด้านจริยธรรม ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 99/2550 ข้อ 4.3 หมายเลขอำคัญโครงการ HE552004 เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2555



ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบร่วม เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 34.34 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 95.4 มีประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่าง เฉลี่ย 7.6 ปี เศียบอร์นเพิ่มเติมทางการพยาบาล เพียงร้อยละ 77.1 ซึ่งเป็นการอบรมเพิ่มเติมในสาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.76

การบริหารแบบมุ่งผลงานของหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.06$, S.D.=0.58) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = .57$) ได้แก่ 1) การกำหนดพันธกิจขององค์กรและวัตถุประสงค์ ($\bar{x} = 4.28$, S.D.=0.56, $r= .46$) 2) การกำหนดวิธีการวัดผลการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 4.00$, S.D.=0.69, $r= .49$) 3) การสร้างพันธุ์ผู้พันต่อผลการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 4.14$, S.D.=0.65, $r= .56$) 4) การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 3.95$, S.D.=0.66, $r=.52$) 5) การรายงานผลการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 3.94$, S.D.=0.67, $r=.50$) และ 6) การนำข้อมูลผลการปฏิบัติงานไปใช้เพื่อพัฒนางาน ($\bar{x} = 4.05$, S.D.=0.70, $r=.52$) ตามลำดับ

ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.68$, S.D.= 0.35) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .59$) ได้แก่ 1) ความหลากหลายของทักษะ และด้านความมือ熟ในการทำงาน) และตัวแปรการทำงานเป็นทีม(ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง และ ด้านการประสานงาน) โดยสามารถทำนายประสิทธิผล การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุขอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ลักษณะงาน (ด้านความหลากหลายของทักษะ และด้านความมือ熟ในการทำงาน) และตัวแปรการทำงานเป็นทีม(ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง และ ด้านการประสานงาน)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .65$) ได้แก่

- 1) การติดต่อสื่อสาร ($\bar{x} = 4.04$, S.D.=0.62, $r= .54$)
- 2) ความร่วมมือ ($\bar{x} = 4.52$, S.D.=0.63, $r= .60$)
- 3) การประสานงาน ($\bar{x} = 4.13$, S.D.=0.59, $r= .59$)
- 4) ความคิดสร้างสรรค์ ($\bar{x} = 3.93$, S.D.=0.572, ($r = .51$) และ 5) การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x} = 4.14$, S.D.=0.56, $r= .65$) ตามลำดับ

ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.29$, S.D.= 0.44) ได้แก่ 1) ด้านปริมาณงาน ($\bar{x} = 4.13$, S.D.= 0.50) 2) ด้านคุณภาพของผลงาน ($\bar{x} = 4.39$, S.D.= 0.50) 3) ด้านความทันเวลา ($\bar{x} = 4.42$, S.D.= 0.53) 4) ด้านผลลัพธ์ของงาน ($\bar{x} = 4.08$, S.D.= 0.53) และ 5) ด้านการประยุกต์ใช้พัสดุ ($\bar{x} = 4.38$, S.D.= 0.52) ตามลำดับ

ตัวแปรหลัก ได้แก่ ตัวแปรการบริหารแบบมุ่งผลงานของหัวหน้างานลักษณะงาน การทำงานเป็นทีม ไม่สามารถนำมาสร้างเป็นสมการพยากรณ์ได้ จากปัญหา Multicollinearity จึงได้นำตัวแปรอยู่จำนวน 15 ตัวแปรเข้าสมการพยากรณ์ พบร่วม ตัวแปรที่สามารถทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุขอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ลักษณะงาน (ด้านความหลากหลายของทักษะ และด้านความมือ熟ในการทำงาน) และตัวแปรการทำงานเป็นทีม(ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง และ ด้านการประสานงาน) โดยสามารถทำนายประสิทธิผล การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข ได้ร้อยละ 54.2

การอภิปรายผล

ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินผลการศึกษาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.06$, S.D.=0.58) ทั้งนี้เนื่องจากนโยบาย กำหนดให้การปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐาน ซึ่งเป็นการประกันคุณภาพการปฏิบัติงาน และต้องปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิผลทั้งในความทันเวลาซึ่งต้องรับผิดชอบ

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและฉุนเฉินชั่วคราว เหลือผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้อย่างทันเวลาในเรื่องของความรวดเร็วทันเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ กานุจนา แสนนท์⁷ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในระดับสูง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปรับทราบนโยบายและให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติงานอย่างประยุต และให้เกิดประโยชน์สูงสุดคุ้มค่าตามที่หน่วยงานและองค์กรกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรา สำเร็จกิจ⁸ พบว่า มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มาใช้ตามลำดับการใช้ก่อนและหลัง

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมุ่งผล
งานของหัวหน้างาน กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของ
พยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล
ชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุขการบริหารแบบมุ่ง
ผลงานของหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทั้งบวกในระดับ
ปานกลาง กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาล
วิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต
12 กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .01 ($r = .57$) แสดงให้เห็นว่าหัวหน้างานมีการใช้
การบริหารแบบมุ่งผลงาน ซึ่งจะประเมินผลงานตามแผน
ยุทธศาสตร์ และผลลัพธ์ เทียบกับตくだุประสงค์ที่กำหนด
ไว้เพื่อให้หน่วยงานบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย
ที่กำหนดสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของหน่วยงาน รับผิดชอบ
ต่อผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ
ฐิติมา จำเนจเลิศ⁹ และสมพรรณ ไกรษร¹⁰ พบว่า หัวหน้า
หอผู้ป่วยมีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์และพันธกิจ

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงาน กับ
ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวง
สาธารณสุขลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ
ปานกลาง กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาล
วิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต
12 กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .01 ($r= .59$) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้
งานที่ตนเองปฏิบัติอยู่ว่า เป็นงานที่มีความสำคัญที่ส่งผล
ต่อชีวิตผู้ป่วยต้องใช้ทักษะและความรู้ในการปฏิบัติงาน
สูงสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้ทัน

เวลารอตดพื้นจากภาวะวิกฤติของชีวิต และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว และการปฏิบัติงานจะต้องพบปะผู้ป่วยหลายรูปแบบซึ่งเป็นงานที่ท้าทายความสามารถต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน และเทคนิคการทำงานใหม่อุยส์เมื่อ ใช้ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของมนุษย์ เกิดประส่งค์¹¹ และพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถใช้ความรู้และทักษะปฏิบัติงานและเลือกวิธีปฏิบัติการพยาบาลภายใต้ข้อบ่งชี้มาตรฐานวิชาชีพได้โดยอิสระ และมีความคิดสร้างสรรค์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของอภิวันท์ ไทยงานศิลป์¹² และอุทัยวรรณ จันทรประเทพ¹³ พบทว่า ลักษณะงาน ด้านความมีอิสระในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีมกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข การทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.65$) และลงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพ มีกระบวนการทำงานเป็นทีม เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นต้องเกี่ยวข้องกับผู้ร่วมงานหลายฝ่าย¹⁴ มีการประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา หรือปรับปรุงแนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานให้ความร่วมมือร่วมใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการกำหนดขอบเขตหน้าที่การทำงานทีมอย่างชัดเจน มีการระดมสมอง ในปรับกระบวนการการทำงานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น มีการนำข้อมูลเชิงประจักษ์หรือผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI HA การปรับปรุงคุณภาพงานที่เกิดขึ้นและทำให้คุณภาพของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของกัญจนा แสนห์⁷ พบร่วมกับการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลผลิตของงาน

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข



การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นอันดับแรก ร้อยละ 42.5 (Beta = .395) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อภิปราชได้ว่า ทีมพยาบาลมีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานมีการร่วมกันแก้ปัญหาหรือปรับปรุงงาน โดยการคิดค้นวิธีการปฏิบัติงาน ใหม่ที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติงานเดิม มีการปรับปรุงคุณภาพงานเกิดขึ้นและทำให้ประสิทธิผลของงานสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญาภรณ์ ปั่นแก้ว¹⁵ การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง สามารถทำงานผลการบริหารคุณภาพของหอผู้ป่วย ด้านคุณภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความหลากหลายของงาน ทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นอันดับสอง ร้อยละ 50.8 (Beta = .238) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปราชได้ว่า ความหลากหลายของงาน เป็นแรงจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกอยากทำงาน เกิดความต้องการทุ่มเทและพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการทำงาน เพื่อให้งานที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลลักษณะงานที่มีความหลากหลายทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน และจำเป็นต้องใช้ทักษะ ความชำนาญและความสามารถหลาย ๆ อย่างในอันที่จะปฏิบัติให้เป็นผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาภรณ์ สุวิทย์วรกุล¹⁶ พบว่า ลักษณะงาน มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนรัฐในกรุงเทพมหานคร

การประสานงาน ทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นอันดับที่สาม ร้อยละ 52.8 (Beta = .238) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยอภิปราชได้ว่า ทีมพยาบาลมีการรับรู้และมีการทำงานเป็นทีมใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้สามารถสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นในทีมและระหว่างทีม เนื่องจากในการทำงาน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นจะต้องทำการประสานงาน

กับบุคคลจำนวนมากทั้งภายในและภายนอก และจะต้องมีการประสานงานทุกกิจกรรมในงานและประสานให้เจ้าหน้าที่ทุกวิชาชีพในองค์กรมาทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรัสลันทยากร¹⁷ พบว่า การประสานงานสามารถทำงานผลการปฏิบัติงานตามกระบวนการหลักศูนย์สุขภาพชุมชนได้

ความมีอิสระในการทำงาน ทำนายประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นอันดับสุดท้าย ร้อยละ 53.7 (Beta = .126) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการ 2 อภิปราชได้ว่า หากพยาบาลมีความมีอิสระในงานส่งผลให้คุณภาพบริการของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องการความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานเนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องใช้การตัดสินใจและความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนมนาถ สมิตานันท์¹⁸ พบว่า ความมีอิสระในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร ($r=.42$, $p<.001$)

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำเรื่องการทำางานเป็นทีมมาปลูกฝังค่านิยมในการปฏิบัติงาน และมีการพัฒนางานออกแบบลักษณะงานเพื่อให้มีความเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน มีการกำหนดระเบียบหน้าที่ชัดเจน และควรเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในการทำงานคร่าวางเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทำวิจัยและการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ให้มีการนำนวัตกรรมมาใช้ในทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิผล การปฏิบัติงานมากขึ้น ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบข้อมูลที่ล้ำเอียดและชัดเจนมากขึ้น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม คณาจารย์สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ที่ให้ความรู้ และคำแนะนำ ในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ช่วยชาวญี่ปุ่นที่ให้คำชี้แนะและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในครั้งนี้

References

- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์; 2554.
- คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงาน มาตรการที่ 3 มาตรการพัฒนาและบริหารกำลังคน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบราชการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; 2547.
- Artery W, Ellison DJ, Kennedy B. The Performance-Based Management Handbook: Volume One establishing and maintaining a Performance-Based Management Program; 2001 [database on the Internet]. 2011 [cited 2011 April 20]. Available from <http://www.orau.gov/pbm>.
- Hackman JR, Oldham GR. Work redesign. Massachusetts: Addison-Wesley; 1980.
- Romig DA. Break though team work: Outstanding results using structured teamwork. Chicago, IL: Irwin; 1996.
- Juntachum W. Ethnic communities. Component analysis. Reading's methods. Statistics for Nursing Research Department of Medical Education Research and Management. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2008.
- Santawee K. Relationships among exemplary leadership of head nurses, nursing teamwork, and productivity as perceived by staff nurses in general hospitals. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
- Samretkit M. Relationships between self-development, job characteristics, transformational leadership of head nurses, and work efficacy and effectiveness as perceived by professional nurses, private hospitals, Bangkok metropolis. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
- Jumnonglert T. Relationships between strategic leadership of head nurses, organizational climate and effectiveness of patient units as perceived by professional nurses at governmental university hospitals. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
- Kraison S. The Relationships among Personal Factors of Professional nurses, Transformational Leadership of Head Nurses and Nursing Quality Assurance Performance of Professional nurses in Community Hospitals, Chaiyaphum Province. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30(2): 32-38.
- Keardphasong N. Relationships among job characteristics, emotional quotient, and job performance of professional nurses, primary care units, lower northern region. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
- Thaingamsilp A. The Relationships between nurse work environment nurse characteristic, and nurse - sensitive indicator: nurse jobs satisfaction, inpatient care units general hospitals, Northeastern Thailand. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2010; 28(1): 40-47.
- Chantrapraparp U. Perception of job characteristic, perceived of self-efficacy, achievement motivation in related to job performance of hospital work: Mettprachark (Wat Rakhang). (Thesis). Bangkok: Kasetsart University; 2004.



14. Sritaso K. Organizational Factors affecting Nurses' Burnout in Thai University Hospitals. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2009; 27(4): 67-72.
15. Pinkaeo T. The relationships between team working and empowerment with quality management of ward as perceived by professional nurse in general hospital in eastern region, Thailand. (Thesis). Chonburi: Burapha University; 2010.
16. Sawitworakal K. Effects of perception of organization culture and quality of work life on job performance of professional nurse, governmental hospital, in Bangkok. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2008.
17. Suntayakorn C. The influence of professional nurse' management on the core process performance at primary care units in region 2, the ministry of public health. (Thesis). Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 2007.
18. Smitanonda P. Relationships between emotional intelligence, quality of work life and job performance of professional nurse, private hospitals, Bangkok metropolis. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.



Factors Influencing Work Effectiveness of Nurses in Emergency Units in Community Hospitals, District 12, Ministry of Public Health

Pranomwan Ketsanchai M.N.S.*

Wiphaporn Vorahan M.Ed.**

Abstract

The purpose of this study was to correlation research and investigate factors influencing work effectiveness of nurses in emergency units in community hospitals based in district 12, ministry of public health. The study sample comprised of 395 individuals. A five – point The questionnaires scale of stationeries were approved for content validity by experts. Cronbach's alpha coefficient was used to test their reliabilities performance-based management of head nurse, job characteristic, teamwork and work effectiveness (.97; .96; .98 and .96, respectively). Questionnaires were completed by 371 respondents with a 93.96% response rate.

Study results were as follows; the work effectiveness of nurses in emergency units in community hospitals, district 12, was at a high level ($\bar{x} = 4.29$, S.D.= 0.44). What's more factors influencing performance-based management of head nurse, job characteristic and teamwork had statistically significant moderate positive correlations with work effectiveness ($p\text{-value}<.01$). Factors which could significantly work effectiveness of nurses in emergency units in community hospitals, district 12, ministry of public health were job characteristic (skill variety and autonomy) and teamwork (continuous breakthrough and coordination). These predictors explained the total 54.2 percent.

Keywords: work effectiveness, performance-based management of head nurse, job characteristic, teamwork

* Student of Master of Nursing Science (Nursing Administration), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลต่อการรับรู้สมรรถนะตนของ และพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*

จุฬา ยันตพร พย.ม.**

ประภา รัตตสัมพันธ์ ปร.ด.***

น้ำอ้อย กักดีวงศ์ ส.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบก่อนการทดลอง แบบกลุ่มเดียวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลต่อการรับรู้สมรรถนะตนของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9 ราย ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ผู้วัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนของแบบดูรา เก็บรวบรวมข้อมูลการรับรู้สมรรถนะตนของพยาบาล ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และติดตามประเมินพฤติกรรมของพยาบาลโดยการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังได้รับโปรแกรมจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจำนวน 18 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon Signed-Rank test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .008$ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรหลังได้รับโปรแกรมโดยรวมคะแนนเฉลี่ย 37.83 คะแนน ร้อยละ 70.1 อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนประโยชน์ของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาล การรับรู้สมรรถนะตนของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ความเปี่ยมแผลและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ไม่เพียงแต่การให้อาหารและภูมิคุ้มกันโรคแก่ทารกแล้วยังช่วยพัฒนาการทางสมอง¹ ลดการติดเชื้อและภาวะเจ็บป่วยของทารก² มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคอ้วน³ การเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁴ อีกทั้งส่งเสริมความผูกพันของแม่และลูก และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาการเจ็บป่วย

ของทารกได้⁵ จากประโยชน์ดังกล่าวองค์กรอนามัยโลกและองค์กรยูนิเซฟ ได้ร่วมกันกำหนดนโยบายแนะนำแม่ทั่วโลกให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ต้องให้อาหารอื่นแม้แต่น้ำยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 สำหรับประเทศไทย มีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 จนกำหนดเป็นนโยบายของประเทศไทยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (2520-2524)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจัดการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจัดการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ได้กำหนดเป้าหมายให้มีเพื่อกุญแจ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนร้อยละ 30 ล่าสุดผลการสำรวจของน้ำนมเจริญพันธุ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2552 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอดในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 15.1 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานครอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด มีเพียงร้อยละ 1.7 เท่านั้น⁶

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายปัจจัย เช่น ประสบการณ์ของการคลอด วิธีการคลอด พบว่า มาตรการรักษาความปลอดภัยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามาตรการรักษาความปลอดภัยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ น้อยกว่ามาตรการที่คลอดทางช่องคลอด^{7,8} ในมาตรการที่ผ่าตัดคลอดบุตรมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามาตรการที่คลอดทางช่องคลอด^{9,10} เนื่องจากการเริ่มดูดนนมแม่ครั้งแรกล่าช้า^{11,12} มาตรการหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีความอ่อนล้า¹³ ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด ทำให้อุ้มให้นนมบุตรไม่ถนัด¹⁴ จากการศึกษาสatedu ที่ทำให้มาตรการลดความตึงใจและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ พบว่า เกิดจากการปฏิบัติของบุคลากรทางด้านสุขภาพ¹⁵ ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในขณะที่มาตรการอยู่โรงพยาบาล เช่น ขาดการให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการปฏิบัติตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹⁶ ขาดการช่วยเหลือมาตรการในการเริ่มให้การดูดนนมแม่¹⁶ นอกจากนี้ยังไม่มีนโยบายให้มาตรการและลูกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง (Rooming-in)¹⁸ และมีการให้นมผสมในโรงพยาบาล^{16,19}

นโยบายของโรงพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา มีนโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 มาตรการที่มาคลอดบุตรส่วนใหญ่เป็นมาตรการผ่าตัดคลอดบุตรถึงร้อยละ 88.3 และ 86.8 ในปี พ.ศ. 2553 และ 2554 ตามลำดับ พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มาตรการส่วนใหญ่

มีความตึงใจและต้องการที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพยายามได้ให้การช่วยเหลือมาตรการโดยให้การกดดูดนมแม่ทันทีใน 30 นาทีแรกหลังคลอด ซึ่งปฏิบัติได้ในมาตรการคลอดบุตรทางช่องคลอด ส่วนมาตรการที่ผ่าตัดคลอดบุตร เริ่มให้ดูดนมแม่ล่าช้าหลังผ่าตัดคลอดบุตร 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะมาตรการรักษาความปลอดภัยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลเนื่องจากมาตรการรักษาความปลอดภัยของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดคลอดบุตรทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ไม่ถนัด และจากการวิเคราะห์ปัญหาของทีมสหสาขาวิชาสูตินรีเวชกรรมของโรงพยาบาลยังพบว่ายังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ชัดเจน ซึ่งจากการบททวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้สมรรถนะ ตนเองของบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูง และถ้าบุคลากรด้านสุขภาพมีการรับรู้สมรรถนะ ตนเองที่สูง มีแนวโน้มที่จะสนับสนุนให้มาตรการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^{20,21} และยังพบว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมทำให้มีความรู้ ความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง มีผลต่อพฤติกรรมและการช่วยเหลือมาตรการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น^{22,23} อีกทั้งมีผลต่อทัศนคติ ความเชื่อ และความตั้งใจของบุคลากรทางสุขภาพในการสนับสนุน ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²⁴ จากการศึกษาพบว่า การที่พยาบาลสนับสนุนส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ ตนเองให้กับมาตรการในรูปแบบต่าง ๆ มีผลทำให้มาตรการรับรู้สมรรถนะตนเอง และมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น^{25,26}

ดังนั้นผู้จัดจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตรการหลังผ่าตัดคลอดบุตรตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura²⁷ มาปรับใช้ในการพัฒนาพยาบาลเพื่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง ร่วมกับการใช้แนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยคาดหวังว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตรการหลังผ่าตัดคลอดบุตรต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลต่อการรับรู้สมรรถนะตนของและพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาระนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self -efficacy Theory) ของแบรนดูรา²⁷ มาประยุกต์ในการดำเนินโปรแกรม ซึ่งเป็นกระบวนการของการเรียนรู้ที่จะส่งเสริมให้พยาบาลเกิดการรับรู้สมรรถนะตนของตัวบทบาทหน้าที่หรือการกระทำของตนเองเพื่อให้มีการปฏิบัติการพยาบาล หรือแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การรับรู้สมรรถนะตนของ (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายเป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำการที่ต้องการ ภาระนี้จะมาจากกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งแบรนดูรา²⁷ เชื่อว่าสามารถพัฒนาและส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะตนของได้นั้น เกิดจาก การเรียนรู้โดยมาจากการแหล่งสันสนุนด้วยกัน 4 ประการ ได้แก่ 1) จากประสบการณ์หรือการกระทำที่สำเร็จได้จากการลงมือกระทำ (Enactive mastery experiences) 2) การได้สัมผัสด้วยตนเองหรือประสบการณ์การได้เห็นการกระทำของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ (Vicarious experience) 3) จากการได้รับคำแนะนำหรือคำพูดชักจูงโน้มน้าว (Verbal persuasion) และ 4) ภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiologic and affective state)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยก่อนการทดลอง (Pre-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group Pre-Posttest Design)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลและมารดาผ่าตัดคลอดบุตร กลุ่มตัวอย่างพยาบาลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ปฏิบัติงานดูแลมารดาหลังคลอด ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ยินดีและเต็มใจให้ความ

ร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 9 ราย และกลุ่มตัวอย่างการดาดเด้ดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นมารดาครรภ์แรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร อายุระหว่าง 20-35 ปี มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งมารดาและทารกที่จะเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถสื่อสารอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 18 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนของแบรนดูรา²⁷ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต และการฝึกทักษะ โดยผ่านตัวแบบสื่อการสอน การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับพยาบาลตัวแบบที่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวิเคราะห์กรณีศึกษา การปรึกษาหารือทางการพยาบาล การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้กำลังใจ และการช่วยเหลือปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนของในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของพยาบาล ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ และ 2.2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนของในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ผู้วิจัยตัดแปลงข้อคำถามจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาลแม่แบบของมนชญา acom วัฒน์²⁸ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสุภานัน ในสุวรรณ²⁹ มีจำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการให้ความรู้และข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้านการช่วยเหลือและสนับสนุนมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดา



หลังผ่าตัดคลอดบุตรของพยาบาลจากการดาหนังผ่าตัดคลอดบุตร ประกอบด้วย 3.1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพหลังคลอด ระยะเวลาที่ลาพักคลอดบุตร รายได้ครอบครัว และระยะเวลาในความตั้งใจเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และ 3.2) แบบสอบถามมาตราเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตร ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาลของสหกรณ์ในสุวรรณ²⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้ความรู้ด้านการให้ข้อมูล ด้านการส่งเสริมสนับสนุนและการช่วยเหลือ และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ลักษณะค่าตอบเป็นเชิงบวกทั้งหมด มี 3 ระดับ ได้แก่ เท็นด้วยอย่างยิ่ง เท็นด้วย และไม่เท็นด้วย และเกณฑ์การให้คะแนน เท็นด้วยอย่างยิ่ง 2 คะแนน เท็นด้วย 1 คะแนน และไม่เท็นด้วย 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 – 54 คะแนน การแบ่งกลุ่มระดับอิงเกณฑ์ ของ Bloom³⁰ ดังนี้ คะแนน $\geq 80\%$ ระดับดี คะแนน 60–79% ระดับปานกลาง และ คะแนน <60% ระดับต่ำ

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตร และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตรของพยาบาล มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นนิยม ความสอดคล้องภายในด้วยสถิติสัมประสิทธิ์อัลฟารอง ครอนบากได้ค่าเท่ากับ 0.92

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยการให้พยาบาลตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตร

ขั้นทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นระยะการเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็นรายกลุ่ม 2 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ ฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพยาบาล ตัวแบบ เล่าประสบการณ์ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขอุปสรรคของการดำเนินการส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ระยะทดลองปฏิบัติโดยผู้วิจัยเข้าพบเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล โดยให้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิเคราะห์กรณีศึกษา และประชุมปรึกษาทางการพยาบาลร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับคำชี้แจง และให้ความช่วยเหลือแก่ปัญหา ระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ระยะติดตามประเมินผล ผู้วิจัยเข้าพบเป็นรายบุคคลให้กำลังใจ ประเมินปัญหาและอุปสรรคในปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตร

หลังการทดลอง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4-7 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตรโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างมาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตรในวันแรกหลังคลอดโดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และในวันที่ 3 ก่อนกลับบ้านให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตร และสัปดาห์ที่ 7 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตร

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา เมื่อยินยอมจริงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมาตราหลังผ่าตัดคลอดบุตร ผู้วิจัย



ได้ชี้แจงวิธีการเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิ์ยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาล เมื่อยินยอมจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล และมาตรាលหลังคลอดบุตรใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ทดสอบการกระจายคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Shapiro-Wilk 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test และ 4) พฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและมาตรាលหลังผ่าตัดคลอดบุตร กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานดูแลมาตรាលหลังคลอดและทารกแรกเกิด และทารกวิกฤตจำนวน 9 ราย อายุรุ่วระหว่าง 24-44 ปี อายุเฉลี่ย 31.3 ปี ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี (จำนวน 6 ราย) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (จำนวน 8 ราย) ปฏิบัติงานในแผนกหลังคลอด (จำนวน 7 ราย) ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอยู่รุ่วระหว่าง 1-22 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี (จำนวน 5 ราย) มีสถานภาพโสด (จำนวน 6 ราย) ส่วนใหญ่ไม่มีบุตร (จำนวน 7 ราย) และไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง มีบุตร 1 คน จำนวน 2 ราย สำหรับด้านการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบร่วมกับส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษา (จำนวน 6 ราย) ภายหลังจบการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติม (จำนวน 4 ราย) และในรอบปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (จำนวน 8 ราย)

กลุ่มตัวอย่างมาตรាលหลังผ่าตัดคลอดบุตรเป็นมาตรាលครรภ์แรกจำนวน 18 ราย อายุรุ่วระหว่าง 22-34 ปี อายุเฉลี่ย 28.8 ปี ส่วนใหญ่อายุรุ่วระหว่าง 31-35 ปี (ร้อยละ 38.9) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 55.6) รองลงมา rate ดับปริญญาโท (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่มาชี้พรับจ้าง (พนักงานบริษัทเอกชน) (ร้อยละ 55.6) ลาพักระยะคลอดบุตรได้ 3 เดือน (ร้อยละ 44.4) มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึง 1 ปี (ร้อยละ 38.9) รายได้ตัวครอบครัวอยู่รุ่วระหว่าง 25,000-300,000 บาทต่อเดือนรายได้เฉลี่ย 85,666.67 บาทต่อเดือนและส่วนใหญ่มีรายได้อยู่รุ่วระหว่าง 50,001-100,000 บาท (ร้อยละ 38.9)

2. การรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาล ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตรាលหลังผ่าตัดคลอดบุตรผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 66.22 คะแนน ($S.D. = 15.62$) หลังการได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 101.78 คะแนน ($S.D. = 12.96$) เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตรាលหลังผ่าตัดคลอดบุตรก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาล พบร่วมกับค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตรាលหลังผ่าตัดคลอดบุตรหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .008$

3. พฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมาตรាលหลังผ่าตัดคลอดบุตร ตามการรับรู้ของมาตรាលหลังผ่าตัดคลอดบุตรพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมอยู่รุ่วระหว่าง 16-52 คะแนน (คะแนนเต็ม 54 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ย 37.83 คะแนน ร้อยละ 70.1 อยู่ในระดับปานกลาง พบร่วมกับ พฤติกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุดได้แก่ ด้านการส่งเสริมสนับสนุนและการช่วยเหลือ คะแนนอยู่รุ่วระหว่าง 8-22 คะแนน (คะแนนเต็ม 22 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ย 17.22 ร้อยละ 78.3 รองลงมา ด้านการให้ความรู้คะแนนอยู่รุ่วระหว่าง 3-16 คะแนน (คะแนนเต็ม 16 คะแนน)



ค่าคะแนนเฉลี่ย 11.5 ร้อยละ 71.9 ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม
คะแนนอยู่ระหว่าง 3-10 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ย 6 ร้อยละ 60 และด้านการ
ให้ข้อมูลคะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน (คะแนนเต็ม 6 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.11 ร้อยละ 51.9

การอภิปรายผล

1. การรับรู้สมรรถนะตนของพยาบาล
ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลัง
ผ่าตัดคลอดบุตรผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการ
รับรู้สมรรถนะตนของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรม
การเสริมสร้างสมรรถนะในการส่งเสริมการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสูงกว่าก่อน
ได้รับโปรแกรม อธิบายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้าง
สมรรถนะพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม
แม่มีส่วนส่งเสริมให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้
สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม
แม่เพิ่มขึ้นจากการในโปรแกรม 4 กิจกรรม ได้แก่
1) การซักจุ่งด้วยคำพูดโดยการที่ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับ
ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้เห็น
คุณค่าในตนเองต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่ 2) การให้เห็นแบบอย่างจากการกระทำ
ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนและมี
ประสบการณ์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) การ
ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองโดย
การให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะจากหุ่นตุ๊กตา
และเต้านมเทียม ก่อนไปปฏิบัติจริง ขณะปฏิบัติจริงใช้
วิธีการทำกรณีศึกษา การปรึกษาหารือทางการพยาบาล
และ 4) การสร้างสภาวะอารมณ์ทางบวก โดยคณะกรรมการ
ให้ความรู้และฝึกทักษะรวมทั้งการนิเทศงาน ผู้วิจัยจะ²⁸
ให้ความเป็นกันเองกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ทำให้
พยาบาลกลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลายไม่ตึงเครียด รวม
ถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับและการให้กำลังใจกับพยาบาล
กลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้พยาบาลยังได้ทดลองปฏิบัติการ
ช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มีความ
มั่นใจเชิงสนับสนุนทฤษฎีของแบบดูราและสอดคล้อง
กับการศึกษาของมนชญา ภาควัฒนา²⁸ ที่ใช้โปรแกรม

พัฒนาพยาบาล โดยใช้พยาบาลแม่แบบในการส่งเสริม
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพยาบาลหน่วยทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลศิริราชโดยใช้วิธีการดำเนินกิจกรรมผ่าน
สื่อและตัวแบบตามกรอบแนวคิดของแบบดูรา พบร่วม
คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลกลุ่ม
ตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

2. พฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริม
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะ ผลการวิจัย
พบว่าคะแนนพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรพบว่า
อยู่ระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการที่ระดับพฤติกรรม
การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัด
คลอดบุตรของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางซึ่งไม่
เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง
พยาบาล ส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี และไม่มี
บุตร จากการศึกษาของ Robbins³¹ พบร่วม ประสบการณ์
ในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายผลการ
ปฏิบัติงานได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hellings
และ Howe³² และบุญใจ ศรีสุติยนารักษ์³³ ที่พบร่วม
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการ
ปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่ และการปฏิบัติงานของผู้มีประสบการณ์
น้อยการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาต้องใช้เวลาในการ
สั่งสมประสบการณ์ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง
พยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับ
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 8 ราย อาจมีผลต่อความ
มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภานัน
ในสุวรรณ²⁹ ที่พบร่วมปัจจัยด้านการได้รับการฝึกอบรมมี
ผลทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่ของพยาบาล อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ศึกษา
ซึ่งเป็นมารดาครรภ์แรกยังขาดประสบการณ์การเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่ทำให้มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมี
ความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลมากกว่ามารดา
ที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่³⁴



ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจากผลงานวิจัยพบว่าการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผิดต่อการรับรู้สมรรถนะตนของพยาบาล จึงควรนำโปรแกรมไปใช้ในการพัฒนาความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ควรมีการวางแผนนิเทศงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลเกิดการปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ด้านการวิจัยความมีการศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และควรติดตามพฤติกรรมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาลหลังได้รับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนของพยาบาล ในระยะเวลาหนึ่งกว่าการวิจัยครั้งนี้

References

1. Kramer MS, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Archives of General Psychiatry* 2008; 65(5): 578–84.
2. Paricio-Talayero JM, et al. Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics* 2006; 118: 92–99.
3. Amir LH, Donath SM. Maternal obesity and initiation and duration of breastfeeding: data from the longitudinal study of Australian children. *Maternal & Child Nutrition* 2008; 4: 163–170.
4. Ip S, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Report Technology Assessment* 2007; 153: 1–186.
5. Cattaneo A, et al. infant feeding and cost of health care: A cohort study. *Acta Paediatrica* 2006; 95: 540–546.
6. National Statistical Office Thailand. Key Findings: The 2009 Reproductive Health Survey. Bangkok: Statistical Forecasting Bureau National Statistical Office Thailand; 2010.
7. Murray EK, et al. Hospital practices that increase breastfeeding duration: Results from a Population-Based Study. *BIRTH* 2007; 34: 202–211.
8. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS and Butt J. The association between women's perceptions of professional support and problems experienced on breastfeeding cessation: A Western Australian Study. *Journal Human Lactation* 2011; 27 (1): 49–57.
9. Agboado G, Michel E, Jackson E, Verma A. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support program in Eastern Lancashire. *Bio Med Center Pediatrics* 2010; 10: 3.
10. Dashti M, Scott JA, Edwards CA and Sughayer MA. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. [On line] 2011 [cite 2011 January 30] Available from: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content>.
11. Pérez-Ríos N, Ramos-Valencia G. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: The Puerto Rican Experience. *Journal Human Lactation* 2008; 24: 293–302.
12. Zanardo V, et al. Elective Cesarean Delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding. *Birth* 2010; 37: 275–279.
13. Vongnipon R. Fatigue in postpartum mothers undergoing cesarean section. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2009.
14. Cakmak H, and Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International Journal Nursing Studies* 2007; 44: 1128–1137.
15. Refrew MJ, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technology Assessment*; 2009.



16. Abba AM, Koninck MD, Hamelin AM. A qualitative study of the promotion of exclusive breastfeeding by health professionals in Niamey, Niger. [on line] 2010 [cite 2011 January 30]. Available from: <http://www.international-breastfeedingjournal.com/content/5/1/8>.
17. Hong TM, et al. First Time Mothers' views of breastfeeding support from nurses. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2003; 28: 10-15.
18. Asole S, et al. Effect of hospital practices on breastfeeding: A Survey in the Italian Region of Lazio. *Journal Human Lactation* 2009; 25: 333-340.
19. Declercq E, et al. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *American Journal of Public Health* 2009; 99 (5): 929-935.
20. Burglehaus MJ, Smith LA, Sheps SB, Green LW. Physicians and breastfeeding: Beliefs, knowledge, self-efficacy and counseling practices. *Canadian Journal of Public Health* 1997; 88: 383-387.
21. Supamontree S. Perceived self-efficacy and breastfeeding promotion behavior of healthcare providers in University Hospitals. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2010.
22. Kronborg H, et al. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *European Journal of Public Health* 2007. 18 (December): 283-288.
23. Bernaix LW, Beaman ML, Schmidt CA, Harris JK, Miller LM. Success of an Educational Intervention on Maternal/Newborn Nurses' Breastfeeding Knowledge and Attitudes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2010; 39 (November-December): 658-666.
24. Mellin PS, Poplawski DT, Gole A, and Mass SB. Impact of a Formal Breastfeeding Education Program. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2011; 36 (March-April): 82-88.
25. Kingston D. Exploring Breast-feeding Self-efficacy. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2007; 21 (July-September): 207-215.
26. Watkins AL, Dodgson JE. Breastfeeding Educational Interventions for Health Professionals: A Synthesis of Intervention Studies. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2010; 15 (July): 223-232.
27. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
28. Arkomwatana M. The implementation results of the programmed training for developing the breastfeeding self-efficacy of the model nurses. (Independent Study). Bangkok: Srinakharinwirot University; 2010.
29. Baisawan S. Selected factors associated with breastfeeding promoting promotion behavior of staff nurses. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009.
30. Bloom Benjamin S. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals, Handbook I Cognitive domain. USA: Longman Inc; 1979.
31. Robbins SP. Organizational behavior. 8th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1998.
32. Hellings P, Howe C. Breastfeeding Knowledge and Practice of Pediatric Nurse Practitioners. *Journal of Pediatric Health Care* 2004; 18 (January-February): 8-14.
33. Sresathitnarakul B. Leadership and Strategic Nursing Management in centuries 21. Bangkok: Chulalongkorn book Center; 2007.
34. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS, Butt J. The Association between Women's Perceptions of Professional Support and Problems Experienced on Breastfeeding Cessation: A Western Australian Study. *Journal Human Lactation* 2011; 27 (February): 49-57.



Effects of Enhancing Self-Efficacy Program on Nurses' Self-Efficacy and Breastfeeding Promotion Behavior*

Chula Yantaporn B.N.S.** Prapa Rattasumpun PhD*** Nam-oy Pakdevong Dr.P.H.***

Abstract

The purpose of this pre-experimental study one group pre-posttest design was to investigate the effects of enhancing self-efficacy program on nurses' perceived self-efficacy and behavior in breastfeeding promotion. Bandura's self-efficacy theory was used as conceptual framework to develop the enhancing self-efficacy program. Nine professional nurses who care the postpartum mother in Private hospital was purposively recruited and participated in this study. The samples of 9 nurses were pretested and protested by using perceived self-efficacy questionnaires. Nurses' breastfeeding promoting behaviors were assessed by using nurses' breastfeeding promoting behaviors questionnaires from 18 cesarean mothers after intervention the program. Descriptive statistics and Wilcoxon Signed-Rank test were used to analyze the data.

This study found that the mean of perceived self-efficacy score after intervention the program increased significantly ($p = .008$), and the mean of nurses' breastfeeding promoting behaviors score was at moderate level ($\bar{X} = 37.83$, 70.06 %). The findings of this study support the benefit of the enhancing self-efficacy program for promoting breastfeeding. The further study will need long-term follow up nurses' breastfeeding promoting behaviors.

Keywords: enhancing self-efficacy program, self-efficacy and breastfeeding promoting behavior

*Thesis of Master of Nursing Science, School of Nursing, Rangsit University

** Student of Nursing Science Program in Nursing Management, School of Nursing, Rangsit University

*** Instructor, School of Nursing, Rangsit University



การรับรู้เพื่อปรับเปลี่ยนของวัยรุ่นชาย

นริสา วงศ์พนารักษ์ พย.ด.*

จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ พย.ด.**

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการรับรู้เพื่อปรับเปลี่ยนของวัยรุ่นชายรักเพศเดียวที่มีความรักกันจำนวน 11 คน ในเขตจังหวัดมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยได้ข้อค้นพบ 2 ประดิษฐ์คือ 1) การพัฒนาอัตตลักษณ์ทางเพศและเพื่อปรับเปลี่ยนของวัยรุ่น ซึ่งเป็น 3 กระบวนการที่ต่อเนื่อง คือ การเกิดความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น เกิดการสงสัยและคิดว่าตนเองอาจจะเป็นชาย รักเพศเดียวที่มีความรักกัน และเกิดการยอมรับว่าตนเองเป็นชายรักเพศเดียวที่มีความรักกัน เริ่มตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งวัยรุ่นตอนปลายจึงยอมรับและเปิดเผยตนเองกับบุคคลใกล้ชิดและเข้าสู่การเข้าหาสังคมรักเพศเดียวที่มี 2) พฤติกรรมทางเพศ ของวัยรุ่นชายรักเพศเดียวที่มีความสนใจและดึงดูดใจทางเพศกับเพศเดียวที่มีความรักกันและชอบหากันเป็นคู่รัก วัยรุ่นชายรักเพศเดียวที่มีความรักกันบางคนมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนเองโดยไม่ป้องกัน คือไม่ใช่ถุงยางอนามัย เพราะมีความไว้วางใจคู่ของตนเอง ซึ่งนับเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญของกลุ่มชายรักเพศเดียวที่มีความรักกัน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ วัยรุ่นชายที่มีพฤติกรรมรักเพศเดียวที่มีความรักกันควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ข้อมูลที่จำเป็นและการให้การปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยวิกฤติของมนุษย์ เป็นเวลาที่มีความสับสนทางจิตใจมากที่สุด¹ เนื่องจาก เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยที่ ประสบกับความยุ่งยากและสับสนอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในโลกยุคปัจจุบัน และในช่วงวัยนี้เป็นวัยที่แสวงหาอัตตลักษณ์แห่งตน²⁻⁴ วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมรักเพศเดียวที่มีความรักกัน มักจะละลอกการพัฒนาอัตตลักษณ์ทางเพศเอาไว้ระยะหนึ่งก่อน จนกว่าจะเกิดความแน่ใจว่า พัฒนาการทางเพศดังกล่าวมีความปลอดภัยและได้รับการสนับสนุน และมีการออกไประ握กลุ่มเพื่อนที่มีอัตตลักษณ์ทางเพศแบบเดียวกัน จึงมักพบว่าวัยรุ่นรักเพศเดียวที่มีความรักกันนี้มีจำนวนน้อยที่ยอมรับพฤติกรรมแบบนี้ ตั้งแต่อายุยังน้อยและยอมเปิดเผยตนเองว่าเป็นรักเพศเดียวที่มีความรักกัน⁵⁻⁶ และมักพบว่ามีการเปิดเผยหรือแสดงออกชัดเจนในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย⁷⁻⁸ ชายรักเพศเดียวที่มีความรักกัน มักประสบกับความรู้สึกขาดความรัก และมีความรักที่

ยังไม่เป็นที่ยอมรับได้ในวงกว้าง ทำให้กลุ่มชายรักเพศเดียวที่มีความรักกันนี้ต้องเผชิญกับความสูญเสียทางเพศ กล่าวได้ว่าความสูญเสียที่ล้วนมาจากวิถีทางเพศ⁹ และในช่วงเวลาหัวเลี้ยวหัวต่อนี้ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีแรงขับทางเพศสูงจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและเริ่มอยากรู้อยากทดลองและเริ่มมีความต้องการทางเพศ รู้สึกดึงดูดสนใจเรื่องเพศ เกิดความรู้สึกชอบ รัก ประารอนฯ มีการแสดงออกถึงความต้องการมากขึ้น และในวัยรุ่นชายรักเพศเดียวที่มีความรักกันบางคนอาจมีความรัก มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ มีความคึกคักของ อายากรู้อยากลอง ประมาณ 10% ที่มีเพศสัมพันธ์ แต่ไม่ใช่ถุงยางอนามัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพทางเพศ

ประเทศไทยยังต้องเผชิญปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มทวีชีนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่น จากการสำรวจการติดเชื้อเอชไอวีจากสถิติเอดส์โลกลีก ปี 2010 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกจำนวนกว่า 60 ล้านคนและ 25 ล้านคนต้องเสียชีวิต และพบว่าร้อยละ 41

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ของผู้ติดเชื้อร้ายใหม่อายุระหว่าง 15-49 ปี กลุ่มวัยรุ่น และเยาวชนยังเป็นศูนย์กลางของการแพร่ระบาดของทุกประเทศ¹⁰ สำหรับในประเทศไทย กลุ่มอายุที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดคือ กลุ่มอายุระหว่าง 15-24 ปี¹¹ และจากรายงานสถิติของสำนักงานสาธารณสุขไทย ประจำปี พ.ศ. 2554¹² พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2554 มีจำนวนผู้ป่วยเออดส์ จากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งสิ้น 372,874 ราย เป็นวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี จำนวน 33,292 คน (ร้อยละ 8.9) ของจำนวนผู้ป่วยเออดส์ทั้งหมด โดยพบมีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 84. และจากการติดตาม อัตราป่วยและอัตราตายของผู้ป่วยเออดส์ประเทศไทยที่รายงานในระบบเฝ้าระวัง สำนักงานสาธารณสุขไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2527-2553 พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา การติดเชื้อร้ายใหม่ในกลุ่มคนอายุต่ำกว่า 21 ปีเพิ่ม สูงขึ้น กลุ่มประชากรเฉพาะที่มีความชุกต่อการติดเชื้อ เช่น ไวนิล และไม่ลดลงคือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือชายรักเพศเดียวกัน ที่สำคัญคือพบถึงร้อยละ 33 หรือ 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อร้ายใหม่ เป็นกลุ่มชายรักเพศเดียวกัน¹³

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้เพศวิถีรักเพศเดียวกัน เพื่อสามารถเข้าใจถึงการรับรู้การพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีรักเพศเดียวกัน และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นชายรักเพศเดียวกัน ตามมุ่งมองของวัยรุ่นเอง ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาใช้ในการเฝ้าระวังปัญหาและหาแนวทางส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่นำมายังการติดเชื้อเช่นไวนิล กำลังทวีความรุนแรงและเพิ่มจำนวนมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มชายรักเพศเดียวกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้เพศวิถีรักเพศเดียวกันของวัยรุ่นชายรักเพศเดียวกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

(in-depth-interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants: KI) คือ วัยรุ่นชายรักเพศเดียวกันอายุระหว่าง 18-24 ปี จำนวน 11 คนที่อยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคาม โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือเป็นชายรักเพศเดียวกันและผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาทีจนได้ข้อมูลอิ่มตัว ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2553 ถึงเดือนมีนาคม 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดย 1) ภายนอก ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงวันที่ 14 มกราคม 2554 ให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยได้เข้าพบและแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัยโดยสรุป ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลและขอให้ลงนามในใบยินยอมให้ข้อมูล พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิโดยแจ้งให้ทราบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธ โดยสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ทุกเวลา โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล ของผู้ให้ข้อมูล 2) ใน การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงขณะที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก และชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลว่าหากไม่พึงประสงค์จะให้มีการบันทึกเสียงในช่วงเวลาใดสามารถทำได้โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ โดยการพิทักษ์สิทธิระบุไว้ในใบยินยอมให้ข้อมูล 3) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล แต่ละคน โดยใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคิดมาในการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับวัยรุ่น โดยผู้วิจัยได้สร้างแนวคิดมาเพื่อศึกษาการรับรู้เพศวิถีรักเพศเดียวกันของวัยรุ่นชายรักเพศเดียวกัน ให้ครอบคลุมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นเพศ เพศวิถีรักเพศเดียวกันและพฤติกรรมทางเพศ โดยแนวคิดในการสัมภาษณ์เชิงลึกดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาร่วมกันในคณะผู้วิจัยก่อนนำไปใช้จริง และในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ และมีการใช้คอมพิวเตอร์ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความจริงและความชัดเจน ในทุกประเด็นของการวิเคราะห์และการรายงาน



ผลการศึกษา มีการทดลองเทบบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำประโคต่อประโคตและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ และค้นหาความหมายที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อนำไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกรอบหนึ่ง ในส่วนของตัวผู้จัดเอง ผู้จัดได้สะท้อนความคิดพิจารณาตน เพื่อตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึก และความพร้อมของตัวผู้จัดเอง ต่อกระบวนการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นวัยรุ่นชายรักเพศเดียวกัน จำนวน 11 คน ส่วนใหญ่อายุ 21 ปี ร้อยละ 63.6 ปัจจุบัน พักอยู่กับเพื่อน ร้อยละ 36.3 และพักอยู่คนเดียว ร้อยละ 36.3 บ้านการดูแลอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.7 สามารถในครอบครัวรักใคร่กันตี ร้อยละ 82.0

ในการศึกษาการรับรู้เพศวิถีรักเพศเดียวกัน ของวัยรุ่นชายรักเพศเดียวกัน สามารถอธิบายข้อค้นพบใน 2 ประเด็นต่าง ๆ จากมุมมองตามการรับรู้ของวัยรุ่นเอง ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีรักเพศเดียวกัน วัยรุ่นชายรักเพศเดียวกัน ทั้ง 11 คน ระบุว่าตนเองเป็นเกย์ มีการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ และเพศวิถีรักเพศเดียวกันโดยส่วนหนึ่งระบุว่าเกิดจากตนเอง เป็นลิสท์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ บางส่วนระบุว่าเกิดจากการถูกเลียงดูแบบผู้หญิง เกิดจากการเล่นและการอยู่ในกลุ่มเพื่อนในวัยเด็ก และมีบางส่วนระบุว่าเกิดจากสังคมแวดล้อม การพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีรักเพศเดียวกันเกิดอย่างมีขั้นตอนที่ต่อเนื่อง เริ่มจากเกิดความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น เกิดความสนใจและคิดว่าตนเองอาจจะเป็นคนรักเพศเดียวกัน และเกิดการยอมรับ อัตลักษณ์ชายรักเพศเดียวกันแล้วจึงเปิดเผยตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เป็นเพศที่สาม เป็นเพศอีกเพศหนึ่ง ซึ่งแยกมาจากชายหญิง เป็นลักษณะเฉพาะแบบเพศที่สาม ไม่เป็นผู้ชาย ไม่เป็นผู้หญิง เรียกตัวเองว่าเป็นเกย์” (วัยรุ่น 2 P1L4-8)

“ก็เป็นมาแต่เกิด แต่ว่าตอนที่อยู่บ้านก็จะเรียบร้อย...ไม่ชอบเล่นผ้าตโนแบบเด็กผู้หญิง พอไม่

ชอบ พอจะชอบเล่นชายของ ดรัมเมเยอร์ พօอาญูกิชัก 6 ขวบ เล่นอยู่กับเพื่อน แล้วพมกเล่นกับเพื่อนผู้ชายอยู่ แล้วครับ ก็ชอบชอบผู้ชาย...เราเป็นของเรารอยแล้ว แล้วมันก็ออกมากเรื่อยๆ ของมันเอง” (วัยรุ่น 3: 38-46)

“ตอนเด็กผมเป็นผู้ชาย แต่ด้วยความที่เราชอบเล่นกับเพื่อนผู้หญิง สนใจกันมากขึ้น ก็เลยทำให้มั่นรู้ว่าการที่เราเป็นเพศอีกเพศหนึ่ง มันเป็นมาจากสภาพสิ่งแวดล้อม...ช่วง ม.ต้นที่ผมคิดว่าตัวเองเป็น แต่ก็ไม่ได้ใหญหัวว่ายากมีผู้ชาย แต่ที่ล่วงเลยมาจนปานนี้ที่ด้วยความอยากรู้อยากลอง พอเราก้าวไปเรียน ม.1 เจอคนที่เขาเป็นมากกว่าเรา สิ่งแวดล้อมมาพาไปก็กล้าที่จะแสดงตัวตนออกมาก” (วัยรุ่น 6: 10-15)

“ใช่ครับ เริ่มจากการเลี้ยงดูของแม่ด้วย แม่ไม่ได้ปล่อยให้เราไปเที่ยวเหมือนผู้ชายทั่วไป เป็นลูกคนเล็ก แล้วแม่รู้สึกห่วง ทำให้เรารู้สึกว่าเหมือนลูกสาว ทำนั้นนี่เสียหาย ก็เลยชอบทำเหมือนผู้หญิงมากกว่า มีบางครั้งที่ทำงานที่พ่อให้ทำเหมือนผู้ชาย ทำได้ตามหน้าที่ แต่ไม่รู้สึกชอบ แล้วก็สนใจกับแม่มากกว่า” (วัยรุ่น 9: 93-95)

“มันเริ่มตั้งแต่ตอนอยู่อนุบาลและ รู้สึกตัวว่าเราชอบทำกิจกรรมของเด็กผู้หญิงมากกว่า ชอบเล่นตุ๊กตาบาร์บี้ ชอบเต้น ชอบการแสดงออก ชอบทำเหมือนที่เด็กผู้หญิงเค้าทำชอบเล่นของสาวๆ งามๆ ก็อย่างเวลาอยู่บ้านนะเวลาพี่สาวทำอะไรเป็น เราก็ต้องทำให้ได้อย่างพี่สาว หรือไม่ก็ให้ได้มากกว่าพี่สาว ก็ไม่ได้ปักปิดอะไร” (วัยรุ่น 2: 64-67)

“ตั้งแต่ ป.4 ครับ ก็งานโรงเรียน ผมกวาดหมด เดิน รำ งานแท้เที่ยนพระราชบั้นนี้มั้ยมต้น เต้นเชียร์ ก็เริ่มมีผลกับเรามากขึ้น ทำให้เราเป็นคนกล้าแสดงออก เราไม่ได้ปิดกันลิสท์ที่เราเป็น เราเดินตามทางของเรา” (วัยรุ่น 6: 36-39)

“เป็นอิทธิพลจากครอบครัวจะมากกว่า คือผมอาจจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแต่ผู้หญิง แล้วถูกสอนขัดแคลนเลี้ยงดูเหมือนเด็กผู้หญิงมาก เพราส่วนมากในครอบครัวจะเป็นผู้หญิงมากกว่าครับ มีแม่ ยาย พี่สาวญาติส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ก็อยู่โตามแบบนั้น” (วัยรุ่น 2: 30-33)

“คนก็จะสรรหาคำเรียกเรามา อื้นแอนบ้าง ตุ้งติ่งบ้าง มันเหมือนล่งเสริม ยิ่งเรียกเท่าไหร่ พฤติกรรม



ยิ่งออกนามากขึ้นเรื่อยๆ ตอนเป็นเด็กทำผู้ใหญ่ก็จะชูว่า “น่ารัก หัวเราะ พ่อผู้ใหญ่ชุมเราก็คิดว่าเป็นลิงที่ทำแล้วถูกต้องหรือเปล่า เพราะว่าผู้ใหญ่ไม่ดู เหมือนส่งเสริม ก็เลยคิดว่าสภาพแวดล้อมก็มีส่วน” (วัยรุ่น 9: 97-100) “กู้รู้สึกว่าเป็นตั้งแต่เด็กครับ แต่ตอนนั้นยังไม่รู้ว่าเขาเรียกว่าเราเป็นอะไร พอมานอนอายุ 16 ก็มาดูตัวเองว่า การแต่งกายเรามากไปหรือเปล่า พฤติกรรมเรามากเกินไปไหม จะเริ่มรู้สึกเขินอาย...ก็มาคิดว่าเราทำไปเพราะหน้าที่หรือเปล่า เพราะมีการแสดงก็ต้องแต่ง พอเริ่มขึ้น ม. 4 เราก็รู้สึกว่ามันไม่ใช่แล้ว เราคืออยากรีบเป็นผู้ชายไม่อยากแต่งหญิง เราไม่ได้รู้สึกรักในตัวผู้หญิง” (วัยรุ่น 11: 58-63)

“ม. 1-2 ก็ยังไม่กล้าแสดงออก ว่าชอบผู้ชายแต่ชอบ ปลื้มผู้ชาย เพียงไม่กล้าแสดงออก ม. 3 กล้าแสดงออก ว่าชอบ อิ่ง ม. ปลายอิ่งกล้ามากขึ้น ทุกคนรู้เลยว่าเราชอบ... ผิดกับให้คนรอบข้างรู้ ว่าเราชอบผู้ชายนะ ... แต่ไม่ได้รู้สึกว่าดี ดีดังไม่ใช่ เป็นการบอกกล่าวมากกว่า... ก็เหมือนกับชาย หญิงที่เป็นคู่รักที่ไปกันครับ อาจเป็นการเปิดเผยว่าเราเป็นเพื่อนที่ 3 เลย ก็ได้ครับ เพราะว่าเวลาเราเดินด้วยกันคนกันน่าจะรู้เลยว่าเราคบกัน เป็นอะไรกัน” (วัยรุ่น 10: 121-144)

“...ชัดเจนตอนเรียนมหาลัยครับ มีเพื่อนกอดุ่มเดียวกันที่เป็นเหมือนกัน มันมีความสุขที่กล้าแสดงออกครับ ลิ่งแวดล้อมพาไป” (วัยรุ่น 2: 32-33)

2. พฤติกรรมทางเพศ วัยรุ่นชายรักเพศเดียวกัน ได้อธิบายพฤติกรรมทางเพศของตนเมื่อเกิดความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศโดยมีบทบาทการมีเพศสัมพันธ์หลายแบบ และมีผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 11 คนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่ถุงยางอนามัย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ของผมก็คือเขาที่จะเป็นผู้ชาย ผมก็จะเป็นผู้หญิง ก็คือถ้าจูบกันปูบทุกอย่าง ก็จะเริ่มไปเลย ก็จะจูบเลยไปทุกส่วน ก็จะไป弄เลย ตอนอยู่ด้วยกันก็ทุกวันด้วยซ้ำ... ครั้งแรกมันเงินมาก ผมเงินมากก็เลยแบบเลือดออกเลยเงินมาก...” (วัยรุ่น 1: 205-208)

“คนอื่น.. ก็มีแบบไม่เต็มใจครับ.... เขายังพยายามที่จะทำ ผมก็จะเป็นผู้ชายเขาที่จะเป็นผู้หญิง เขายังจะอวัลเช็คช้อย่างนี้ครับ เขายังจะทำ เพราะผมไม่ทำแล้วเขาที่ขึ้นมาฟังทำเองอย่างนี้ครับ เพราะผมไม่ต้องการ

ที่จะทำ ผมไม่ได้แบบบว่ารักเขา... (วัยรุ่น 1: 226-228) “เป็นฝ่ายรับ... ในส่วนของคนที่คบปัจจุบันเขาที่เรียนรู้มาแล้วว่าเขาจะต้องเป็นอย่างนี้ครับ และก็ได้มายอกกันแล้วครับ... ก็คือว่าต่างคนต่างเรียนรู้มาแล้วว่าชีวิตเราจะเป็นยังไง ...แต่ส่วนตัวผมก็คือเป็นแบบนี้อยู่แล้วคือมันมีความชอบแล้วครับ.... ว่าเราต้องทำแบบนี้ จะทำหน้าที่ตรงนี้มากกว่า ถ้าเป็นแฟนก์คือคนนี้จะต้องเป็นรุกนะ...” (วัยรุ่น 5: 184-188)

“เจอกันใน Facebook ก็จะถามกันแล้วว่าเป็นแบบไหน ก็จะรู้เลยว่าเค้าต้องตอบอะไรมา มันจะเป็นคำย่อ อย นน ส นำ หาน ก ส่วนสูง คุณจะอะไร แล้วก็แบบไหน จะเป็นคำถามแบบนี้ใน Face book ก็จะถามว่าชื่ออะไร เรียนที่ไหน ก็จะตอบมาเอง ว่ารุกครับ รับครับ” (วัยรุ่น 4: 83-86)

“แต่ก่อนก็เคยป่องกันมาตลอด คือเขามั่นใจ เราก็มั่นใจ เหมือนความเสี่ยงที่เราพูดกันว่าจะติด จะเป็นอะไรไหม ถ้าจะเป็นก็เป็นด้วยกัน เรามั่นใจว่าจะสะอาด มาแล้ว แล้วหากมั่นใจว่าเขาก็สะอาดมาแล้ว มั่นใจว่าถ้าจะเจอเชื้อโรคจะไรอญด้วยกันก็เจอด้วยกัน ...ถุงยางก็มีใช้บ้างไม่ใช่บ้าง” (วัยรุ่น 7: 72-74)

“ขึ้นอยู่กับความไวใจมากกว่า มันตอบยากมากถ้าเราคิดว่าเรามั่นใจกันและกัน... เราป่องกันกับคนอื่นมา มากมาย แต่กับคนนี้เราไวใจ เราเชื่อใจกันเขาก็ป่องกันมา ถ้าเป็นก็เป็นด้วยกัน” (วัยรุ่น 6: 74-78)

“คือถ้าแต่ก่อนถ้าผมไม่จริงใจด้วย คือมันเป็นช่วงเล่น ช่วงเที่ยวนะครับ... ก็ใส่ทุกครั้ง แต่พอผมคิดว่า จะจริงจังกับคนนี้ถ้าผมศึกษาประวัติเขา ไม่ไวใจเขามาก ก็จะใส่ถุงยางแต่ถ้าสมมติผมไวใจเขาก็ไม่ใส่นะ ส่วนมาก ผมจะมองสายสุขภาพด้วยกัน ผมคิดว่าเขาน่าจะสะอาดมากกว่าเด็กคณะอื่นๆ และก็จะดูว่าเขามีสังข์” (วัยรุ่น 5: 196-199)

“ครับ เราก็กลัวเข้าจากเราไป มันอยู่ในขั้นที่เรารักเข้าแล้วยิ่งปฏิเสธยากคือเรากลัวอย่างเดียวว่าเขาจะทิ้งเราไป คือมีอะไรที่เรายอมได้เราก็ยอม... ในความรู้สึกเรามองว่ามันไม่ปลอดภัย แต่เรารู้สึกว่า เรายังอยากรักเข้าลักษณะนี้ คือเราก็คิดว่าเราก็เชื่อใจเข้า อย่างมอบความไวใจเข้า เราก็ต้องยอม เคยมีอะไรแบบไม่ใช่ถุงยางครั้งหนึ่ง คือเราก็ลัว สามว่าทำให้เขารู้สึกดีก



ใช่ แต่เรารู้สึกกังวลหรือกลัว ยิ่งถ้าตอนเลิกกันยิ่งต้องสังเกตอาการตัวเอง ก็เกิดความกังวล แต่พอเรามีแฟนใหม่เข้ามา ความกังวลก็จะหายไป...ก็ไว้ใจครับ ที่ไม่ได้ใส่คือผิดคิดว่าความไว้ใจมันเป็นสิ่งแรก ไว้ใจคู่รักเรา มีอะไรรักกันบ่อยแล้วไส่ถุงยางทุกครั้ง ก็จะมีแบบอี๊...มันไม่เป็นอะไรรอกมั่งก็คิดไป มันจะเป็นแบบอัตโนมัติ ”
(วัยรุ่น9: 314-337)

โดยสรุปมีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน การพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีชัยรักเพศเดียวกันมีขั้นตอนที่เกิดอย่างต่อเนื่องคือ เริ่มรู้สึกถึงความแตกต่างไปจากคนอื่น เกิดความสนใจและไม่แน่ใจในตนเอง จากนั้นจึงพยายามแสวงหาข้อมูลและเข้ากลุ่มกับคนที่มีลักษณะเดียวกันจนมั่นใจในตนเองและจึงเปิดเผยต่อคนอื่นต่อไปบทบาทการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายรักเพศเดียวกันเป็นฝ่ายกระทำการคือฝ่ายรุก ฝ่ายรุกกระทำการคือฝ่ายรับ หรือห้องส่องบทบาทสลับกันได้ มีการพูดเจอทางสื่อออนไลน์ เมื่อพบหากัน ไว้ใจเชื่อใจกันจนมีเพศสัมพันธ์พบว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งยังมีพฤติกรรมเลี่ยงทางเพศจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน

การอภิปรายผล

อัตลักษณ์ทางเพศ เกิดจากกระบวนการที่หล่อหลอมความเป็นตัวตนของวัยรุ่น โดยผ่านการขัดเกลาทางสังคมเพื่อให้รับรู้และแสดงออกทางเพศตามความคาดหวังของสังคม การรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศจึงเป็นความรู้สึกนึกคิดและความรู้สึกที่มาจากการในจิตใจที่รับรู้ว่าต้นเองเป็นเพศใด เพื่อที่จะสามารถกำหนดบทบาทและดำเนินชีวิตในอันที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่น¹⁴⁻¹⁵ การศึกษาครั้นนี้พบร่วมกับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีรักเพศเดียวกันเกิดจากหลายสาเหตุทั้งเกิดจากจากตนเอง เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติติดตัวมาตั้งแต่เกิดจากการถูกเลี้ยงดู การเล่นและการอยู่ในกลุ่มเพื่อน และจากสังคมแวดล้อม ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน^{14,16-19} ขณะที่การศึกษาชั้นหนึ่งอธิบายว่าการเป็นเกย์เป็นการเลือกไม่ได้ที่จะเป็นแต่เป็นมาจากตัวเอง ขณะเดียวกันสิ่งแวดล้อมมีผลน้อยมากและมีส่วนกระตุ้นเพียงภายนอกเท่านั้น²⁰ การพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศและเพศ

วิถีรักเพศเดียวกันเกิดอย่างมีขั้นตอนที่ต่อเนื่อง เริ่มต้นคือขั้นตอนการเกิดความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น ขั้นตอนการเกิดความสนใจและคิดว่าตนเองอาจจะเป็นคนรักเพศเดียวกัน และขั้นตอนการเกิดการยอมรับอัตลักษณ์ชายรักเพศเดียวกัน และล่วงไปด้วยตนเอง โดยจะเริ่มเปิดเผยกับเพื่อนสนิทหรือคนที่ไว้ใจ และล่วงค่อยมีการเข้ากลุ่มสังคมกับชายรักเพศเดียวกันเหมือนกับคน¹⁷ 22 ความสนใจและรู้สึกถึงดูดใจเพศเดียวกันจะเริ่มจากวัยเด็ก เริ่มแสดงออกในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและมีการแสดงออกชัดเจนมากในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย⁷⁻⁸ การใช้ชีวิตทางเพศภายใต้โลกของเกย์นั้นพบว่ามีการแสดงออกความสนใจ ความชอบและรู้สึกถึงดูดใจทางเพศต่อเพศเดียวกัน มีบทบาทการมีเพศสัมพันธ์ ฝ่ายกระทำ ฝ่ายถูกกระทำ หรือห้องส่องบทบาทสลับกันไปได้^{9, 17, 21} เพศวิถีจึงเป็นวิถีทางเพศที่ถูกหลอมสร้างจากค่านิยม บรรทัดฐาน และระบบวิถีคิด วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความประณานะและการแสดงออกทางเพศ ความคิดที่เกี่ยวกับคู่รัก คู่ชีวิตในอุดมคติและการกิจ²³

ในปัจจุบันมีจำนวนชายรักเพศเดียวกันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นชายระบุว่าตนเองเป็นชายรักเพศเดียวกันถึงร้อยละ⁹ สำหรับพฤติกรรมทางเพศการศึกษาครั้นนี้พบว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้บางคน (4 ใน 11 คน) ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ลิขิตใจที่จะไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่รัก เพราะมีความไว้เนื้อเชื่ोใจกันและเป็นการแสดงความจริงใจต่อการคบหากัน แม้ว่าจะเป็นคนจำนวนน้อยแต่ถือว่ามีพฤติกรรมเลี่ยงที่ควรให้ความสำคัญอยู่ เนื่องจากการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่มีการป้องกัน เนื่องจากเนื้อเยื่อของลำไส้ตรงมีลักษณะบางและฉีกขาดง่ายทำให้เชื้อเอชไอวีมีโอกาสเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย²⁵ มีการศึกษาในประเทศไทย ปี 2549 สะท้อนให้เห็นถึงเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันและเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ผลการศึกษา พบว่าในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายของไทยร้อยละ 45 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำและร้อยละ 21 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราว²⁶ เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย



บางคนเลือกมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่มีการป้องกัน โดยเชื่อว่าเป็นการพิสูจน์ความเป็นชายที่เหนือกว่าหรือเป็นการยืนยันความรักต่อคนรัก²⁷ และมีการศึกษาที่รายงานว่า ชายรักชายบางคนแม้ว่าจะกลัวโรคเอดส์ แต่ก็ยังขาดในเรื่องความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงมีคนกลุ่มนี้จำนวนหนึ่ง ที่มีกิจกรรมทางเพศเพื่อความสนุก ความสุข และหากไม่ได้มีการป้องกันตนเองก็เสี่ยงต่อการเกิดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือถ้าติดเชื้อยุ่งแล้วก็อาจแพร่เชื้อได้อย่างกว้างขวาง⁹

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการเปิดเผยตัวและยอมรับพฤติกรรมรักเพศเดียวกันมากขึ้นแต่การเข้าถึงวัยรุ่นชายรักเพศเดียวกันยังทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีบางส่วนยังไม่เปิดเผยตนเองว่าเป็นชายรักเพศเดียวกัน ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อเชื้อไขว้ในกลุ่มวัยรุ่นชายรักเพศเดียวกัน ในปัจจุบันไม่ประสบผลลัพธ์เรื่องเท่าที่ควร แม้จะมีการจัดบริการด้านสุขภาพต่างๆ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือครมุ่งทำความเข้าใจและกระตุ้นให้กลุ่มชายรักเพศเดียวกันตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ¹⁵ โดยมีกลยุทธ์ที่เฉพาะเหมาะสมกับบริบทของกลุ่ม ได้แก่ มีการให้ข้อมูลเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยต้องมีการป้องกัน การให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพทางเพศ มุ่งเน้นสร้างความตระหนักรและความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

คณบุญวิจัยขอขอบคุณ คณพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัย ขอขอบคุณวัยรุ่นผู้ให้ข้อมูลหลักที่ sageท้อนมุมมองที่มีคุณค่าครั้งนี้

References

- Erikson EH. Identity Youth and Crisis. New York: W.W. Norton & Company, Inc; 1968.
- Neinstein LS, editor. Adolescent health care: A practical guide, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Sanstock JW. Adolescence. 8th ed. Boston: McGraw-Hill Higher Education; 2001.
- Fongkaew W. HIV Prevention among Adolescents: Challenging Issues and Solutions. Chiangmai: Nopburee Printing; 2011.
- Ruangtrakool S. Homosexuality and Mental Health. Bangkok: Ruankaew Printing; 2007.
- Kaeotep K, Saekuai P. Gender, sexuality and reproductive rights and health in the Mekong Sub-Region. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Company Limited; 2004.
- Remafedi G, Resnick M, Blum R, Harris L. Demography of sexual orientation in adolescents. Pediatrics 1992; 89 (4): 714-721.
- Haring-Bartle S. The Relationship among parents adolescent differentiation, sex role orientation and identity development in late adolescence and early adulthood. Journal of adolescence 1997; 20 (5): 553-565.
- Parkaw P, Chirawatkul S. Happy, sadness and mental status of male homosexuals in Isan community. Journal Psychiatric Association Thailand, 2008; 53 (4): 377-391.
- UNAIDS. It takes a village; Ending Mother To Child HIV Transmission –a partnership uniting the millennium villages project and UNAIDS. [2010]. [Cites 2012 February 9]. Available from: www.unaids.org.
- Bureau of Epidemiology. Department of Disease Control Ministry of Public Health. AIDS Situation [November 15, 2011]. [2012]. [Cites 2012 July 11]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19.
- Bureau of Epidemiology. Department of Disease Control Ministry of Public Health. AIDS Situation [March 31, 2011]. [Cites 2012 July 10]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19.



13. The Thai Red Cross AIDS Research Centre. Getting to Zero. [Cites 2012 July 16]. Available from: <http://www.redcross.or.th/node/15421>.
14. Fongkaew W, Wongpanarak N, Fongkaew K, Lertmunlikaporn S. A study of sexual identity among adolescents. Journal of the National research council of Thailand 2007; 39 (1): 47–77.
15. Wood JT. Gendered lives: Communication, Gender, and Culture. California: Health Publishing; 1994.
16. Ulrichs KH. The riddle of Man-Manly Love. Volume 1. Translated by Michael A Lombardi-Nash. Buffalo, NY: Prometheus Books; 1994.
17. Intaraphet S. Development of HIV Prevention Model among MSM in Chiang Mai Province. Master of Nursing Science ZInfection Control Nursing. Graduate School, Chiang Mai University; 2008.
18. Naksing P. Gay: Identity development and sexual lifestyle. Master of Sociology and Anthropology, Graduate School, Thammasat University; 2004.
19. Srichannil N. Family, life and function issues of men who have sex with men. Master of Science Programme in Human development. National Institute for Child and Family Development; 2010.
20. Pengchai K. A Study of Gay's life style. Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology at Srinakharinwirot University; 2006.
21. Khongtong W. Characteristics of the homosexuals joining the POWER OF VIOLET group in a Southern Province. (Thesis). Khon Kaen: University; 2000.
22. Teskeo K. Buddhadhamma and homosexual behavior: A case study of university students attitudes in Bangkok. Master of Arts, Mahidol University; 2000.
23. Archavanitkul K. Sexuality transition in Thai society. In Thailand's population in transition: A turning point for Thai society: Institute for Population and Social Research; 2011.
24. van Griensven F, Kilmarx PH, Jeeyapant S, Manopaiboon C, Korattana S, Jenkins RA, Uthaivoravit W, Limpakarnjanarat K, Mastro TD. The prevalence of bisexual and homosexual orientation and related health risks among adolescents in Northern Thailand. Archives of sexual behavior 2004; 33 (2):137–147.
25. Ruikorakarm D, Kownaklai J, Khamenkhan K, Meena P, Jandeekaryom S, Piyasuwan S, Jansiri K. Overviews Onsexual Intercourse of HIV Infected People Taking Anti_Retroviral Drugs: Duty or Happiness. Jurnal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Divison. 2011; 29(1): 12–21.
26. Mansergh G, Naorat S, Jommaroeng R, Jenkins RA, Stall R, Jeeyapant S, et al. Inconsistent condom use with steady and casual partners and associated factors among sexually-active men who have sex with men in Bangkok, Thailand. AIDS and Behavior 2006; 10 (6): 743–751.
27. UNESCO Bangkok. Peer and outreach education for improving the sexual health of men who have sex with men: A reference manual for peer & outreach worker. [2007]. [Cites 2012 September 10]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001837/183760tha.pdf>



Perception of Homosexuality in Adolescent Males

Narisa Wongpanarak PhD*

Jirapa Siriwatthanamethanon PhD**

Abstract

The purpose of this qualitative research was to study the perception of homosexuality in adolescent males. In-depth interviews with key informants were used in data collections. 11 homosexuality adolescent males from Mahasarakham province were participated in this study. Data were analyzed by the content analysis.

The findings of this study showed that 1) the development of homosexual identity and homosexuality; this process consisting of three continuous stages, feeling differ from the others men, thinking about possibility being homosexual, and accepting themselves as a homosexual. The homosexual identity development has begun since they were childhood until their late adolescences. Then, they will disclosure to others and homosexual society. 2) the sexual behaviors; gay youths establish their unsafe- relationship with same-sex partner, and some of them had a high risk to HIV infection because their unsafe sex intercourse and no condom because of trusting each other. Therefore, the sexual health promotions , in-depth information, counseling are needed as a recommendation from this research.

Keywords: perception, development of homosexual identity, homosexuality

*Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University



ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการภาวะชีมเคร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์*

สายพิณ ยอดกุล พย.ม.**

จิตภินันท์ ศรีจักรโภตรปร.ด.***

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะชีมเคร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการภาวะชีมเคร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์จำนวน 183 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบวัดภาวะชีมเคร้า แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Logistic Regression โดยกำหนดค่าค่าต่ำสุดที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 51.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะชีมเคร้า โดยที่ร้อยละ 19.1 มีภาวะชีมเคร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 25.2 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.1 อยู่ในระดับรุนแรง และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะชีมเคร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่ เพศหญิง ($OR = 0.093$, $p\text{-value} < 0.001$, 95% CI : 0.038 – 2.227) อายุ 75 ปี ขึ้นไป ($OR = 35.894$, $p\text{-value} < 0.001$, 95% CI : 5.973 – 215.717) การมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ($OR = 5.691$, $p\text{-value} < 0.001$, 95% CI : 2.194 – 14.764) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพา ($OR = 9.023$, $p\text{-value} = 0.024$, 95% CI : 1.343 – 60.636) การมีสัมพันธภาพ กับครอบครัว ($OR = 0.126$, $p\text{-value} = 0.001$, 95% CI : 0.039 – 0.406) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะชีมเคร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ภาวะชีมเคร้า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมสูงอายุ (Population Ageing) กล่าวคือ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10^{1,2} วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จากการสำรวจในปี พ.ศ.2549 พบว่าประชากรสูงอายุมีสัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าทุกกลุ่มวัย คือ พบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบ

กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหารและโรคระบบทางเดินหายใจ³

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เจ็บป่วยเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้มีความปวดและผู้ที่มีการสูญเสีย มักมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ภาวะชีมเคร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ^{3,4} พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชีมเคร้าในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลมีภาวะชีมเคร้าร้อยละ 20-30 หรืออาจสูงถึงร้อยละ 35-46^{3,5} ภาวะชีมเคร้าทำให้อาตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและภายในหนึ่ง

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ปีหลังออกจากโรงพยาบาลสูงขึ้น และทำให้การเจ็บป่วยตามมาจนเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการดูแลในสถานบริบาลผู้สูงอายุ^{3,6}

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20–40 ของผู้สูงอายุ^{7,8} และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 33.3⁹ เพราะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับลิ่งที่ไม่คุ้นเคย ต้องพนับกับการรักษาในลักษณะต่าง ๆ ต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นผลจากการที่เข้ารับการรักษาไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเดิมได้ จึงมีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า¹⁰ จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้านั้น ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้แล้ว ภาวะซึมเศร้า ยังถูกจัดให้เป็นหนึ่งในสิบอันดับของความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องในการดำเนินชีวิตของประชากรโลก และเป็นอันดับที่สี่ของประเทศที่กำลังพัฒนา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นจากความชรา จากงานวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศ พบว่า อัตราความซึมเศร้าของภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพนแพที่โรงพยาบาลชุมชน และพบมากขึ้นในสถานสังเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมจะพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 20 และองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ไว้ในปีค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศไทย กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยภาวะซึมเศร้านั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจมีผลทำให้ปัญหานี้มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น

ผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป หากมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเกิดขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกาย

จิตใจ และอารมณ์เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้การเจ็บป่วย มีความรุนแรงมากขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ และยังมีผลต่อระยะเวลาในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น อาจจะทำให้เกิดอันตรายจนถึงขั้นเสียชีวิตได้¹¹ ดังเช่นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเลี่ยบพลัน ที่มีความวิตกกังวลระดับสูงและมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอก และเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าคนทั่วไป 3 เท่า เช่นเดียวกับในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีภาวะวิตกกังวลและอาการแพนิคจะทำให้อาการของโรคยั่งลง มีอาการของโรคกำเริบบ่อยขึ้น และกล้ายเป็นโรคหอบหืดที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความวิตกกังวลสูง จะส่งผลให้การเผาผลาญอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เกิดอาการภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่ายจนถึงกับมีความพิการได้ เช่น แผลหายช้าจนต้องตัดแขนตัดขา ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ผลของการซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น ไม่สนใจรับประทานยาสม่ำเสมอ มีผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลยากขึ้น และภาวะซึมเศร้ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย¹² ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการฆ่าตัวตาย คือ ปัญหารोครเรื้อรังและพิการ ดังนั้นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า จึงควรได้รับการประเมินและดูแลช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อลดและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งผลกระทบรุนแรงที่จะตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบร่วม ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องหลายปัจจัย ซึ่งผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่นำมาศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวนโรคร่วม และระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมทั้งด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ที่มีประสบการณ์ด้านการเจ็บป่วยในด้านลบ ก็จะส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของ การเจ็บป่วย เมื่อระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะก่อเกิดความวิตกกังวล ความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้า



ตามมาในที่สุด ปัจจัยด้านภาวะโรคร่วม ผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค¹³ ซึ่งสอดคล้องกับ Piette, Richardson & Valenstein¹⁴ กล่าวว่ามีโรคทางอายุรกรรมได้แก่โรคความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตวายเรื้อรัง และปัจจัยด้านยาที่ได้รับ Miller⁸ กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องได้รับยาในการรักษาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งผลข้างเคียงของยาที่ได้รับอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ผู้จัดงานจะที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาแนวทางในการบำบัดทางการพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจาก การทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อนเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีสัมพันธ์กับครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวนโรคร่วมและระยะเวลาของการเจ็บป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการ

อยู่รักษาในแผนกผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ในเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2555

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา คือ 1) เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ หรือ มีกระบวนการคิดที่ดี โดยประเมินด้านการรับรู้วันเวลา และสถานที่ ที่ประเมินจาก MMSE ≥ 8 คะแนน 2) เข้ารับการรักษาไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง 4) ภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต 5) มีความสมัครใจและยินดีให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ 1) ได้รับการวินิจฉัย ในปัจจุบันว่ามีการเจ็บป่วยทางจิต หรือความจำเสื่อมเกิดขึ้นในโรงพยาบาล 2) มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงที่ไม่สามารถสื่อสารและตอบโต้ได้หรือไม่เห็นอย่างเดิม ไปจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท ได้แก่ ยาrangleบประสาท (sedative) ยานอนหลับ (hypnotic) ยากดประสาท (tranquilizer) ยากกระตุ้นประสาท (stimulants) และยาที่ใช้รักษาโรคทางจิต (antipsychotic drugs) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติการ回帰โดยโลจิสติกอย่างง่าย (Multivariable Logistic Regression) กรณีที่ตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลทวินาม และมีตัวแปรอิสระมากกว่าหนึ่งตัวแปรในตัวแปรแบบ (Multivariable Logistic Regression) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจาก Jill B. Hamilton¹⁵ ได้เสนอให้มีการปรับแก้อัตราผลของการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า (Variance Inflation Factor; VIF) ซึ่งค่า VIF มีค่าเท่ากับ $1 / (1 - \rho)$ ($\rho = 21.23 \dots p$) เมื่อ $p = 21.23 \dots p$ คือค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจและตัวแปรอิสระอื่นๆ ในตัวแบบสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$\frac{np}{n} = \frac{n_1}{(1 - \rho)}$$

เมื่อ n_p คือ จำนวนตัวอย่างทั้งหมด



n₁ คือ จำนวนตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตรการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกอย่างง่ายดังสมการที่ 1)

$$n = \frac{P(1-P) \left(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta} \right)^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]} \quad (1)$$

เมื่อ P คือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดย P มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 หากได้จากการทบทวนวรรณกรรม หรือ ประมาณการอย่างมีเหตุผล

$$P \text{ คือ } (1 - B)P_0 + BP_1$$

$$P_0 \text{ คือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ค่าเท่ากับ } 0.27$$

$$P_1 \text{ คือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า}$$

$$B \text{ คือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มที่ศึกษา ค่า } B \text{ เท่ากับ } 0.48$$

Z_{1-α} คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$) มีค่าเท่ากับ 1.96

Z_{1-β} คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดค่า $\beta = 0.20$ มีค่าเท่ากับ 0.84

$$n = \frac{182}{(1 - 0.001)} = 182.182$$

ในการศึกษารั้งนี้ต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 183 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยมีทั้งหมด 5 ส่วน มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย¹⁶ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า เป็นเส้นตรงจาก 0-100 (linear analog scale) ผู้ที่ให้คะแนนต่ำแสดงว่ามีการรับรู้ว่าตนเองมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย ส่วนผู้ที่ให้คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ว่าตนเองมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Bathel Index) เป็นฉบับที่พัฒนา¹⁷ ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ 0.8 แบบประเมินประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 9 กิจกรรมเท่านั้นโดยตัดกิจกรรมขึ้นลงบันไดออกไปเนื่องจากใช้ประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 18 คะแนน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสูบライส์สือผ้า การอาบน้ำ การควบคุม การขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนรวมสูง จะแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มพื้นฟูสมรรถภาพสมอง¹⁸ เป็นแบบวัดที่นำไปใช้ได้ง่าย เข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้น โดยมีความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 และมีความหมายสมกับวัฒธรรมของคนไทย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำ ตอบคือใช่และไม่ใช่ ตอบว่า ‘ไม่ใช่’ ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า ‘ใช่’ ได้ 1 คะแนน และวนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 30 ข้อ รวมกัน และแบ่งภาวะซึมเศร้าได้ 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ดังนี้ คะแนน 0-12 หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 13-18 คะแนนหมายถึงผู้สูงอายุซึมเศร้าเล็กน้อยคะแนน 19-24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 25-30 หมายถึง ผู้สูงอายุซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว มาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นทางบวกทั้งหมด โดยแต่ละคำถามมีให้เลือก 2 คำตอบคือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน คะแนนรวมสูงจะแสดงถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวตีกว่าคะแนนรวมต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้วิจัยท่านอื่นมาใช้



จึงไม่ได้หากความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาวิจัยจำนวน 30 ราย แล้วนำค่าที่ได้คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยแบบ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัล法ตามวิธีของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนแบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson-21) สำหรับการศึกษารังนี้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียวโดยใช้สถิติไคสแควร์(Chi-square) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรโดยใช้สถิติ Logistic Regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำเสนอโครงสร้างวิจัยแก่คณะกรรมการการจัดยกร่องการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 183 ราย ที่ศึกษาในครั้นนี้ พบร่วมกับส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 43.2 มีอายุตั้งแต่ 60-84 ปี อายุเฉลี่ย 68.98 ปี ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.235 ปี ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 57.4 รองลงมา มีช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 32.2 และ มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ โดยมากกว่าครึ่งมีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.6 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหน่าย ร้อยละ 26.9 ตามลำดับ ระดับการศึกษาที่

พบมากที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.25 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 16.95 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งรายได้จากการรับบาลทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความเพียงพอของรายได้ อยู่ในระดับไม่พอใช้ ร้อยละ 60.1 และเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง อาศัยอยู่กับคู่สมรสบุตรหลานและกับญาติคนอื่น ๆ ร้อยละ 92.9 ด้านผู้ดูแลใกล้ชิดในปัจจุบันทั้งหมดเป็นคู่สมรสและบุตรหลานในบ้านเดียวกัน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคเบาหวานตามลำดับ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นเวลา 1 ปี 2 ปี 5 ปี และ 10 ปี

ผลการศึกษารังนี้ พบร่วม เพศหญิง (OR = 0.093, p-value <0.001, 95%CI : 0.038 – 2.227) อายุ 75 ปีขึ้นไป (OR = 35.894, p-value <0.001, 95%CI: 5.973 – 215.717) การมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป (OR = 5.691, p-value <0.001, 95%CI: 2.194 – 14.764) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพา (OR = 9.023, p-value =0.024, 95%CI : 1.343 – 60.636) การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวที่ดี (OR = 0.126, p-value=0.001, 95%CI: 0.039 – 0.406) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสระยะเวลาที่เจ็บป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่พบร่วมความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรืออธินัยได้ว่า ไม่ใช่ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังได้

การอภิปรายผล

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง อธินัยได้ว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทั้งบุคคล สถานที่ รูปแบบการรักษาที่ได้รับหรือหัตถการ ต่าง ๆ ที่ได้รับ¹¹ ทำให้เกิดภาวะเครียด และซึมเศร้าตามมาในที่สุด¹⁷



ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญในการดูแลชี้่งกันและกัน เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว เช่น เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาทางด้านอารมณ์ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าตนเอง เป็นเหตุของความยุ่งยาก นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระของครอบครัว เกิดความเครียดและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาบุคคลิกภาพที่ดีและทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญต่อปัญหา ความเครียด ที่มากระทบได้ ทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ ก่อให้เกิดปัญหา การปรับตัวทางอารมณ์เกิดความเครียดได้ด้วย จึงไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดที่เป็นอยู่ได้ เกิดความรู้สึกหมดหวัง ห้อแท้ และมีความรู้สึกซึมเศร้าได้คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดีในผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเกิดความรู้สึกเศร้าลงสารต้นเองกลัว สับสน รู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีที่พึ่ง อาจส่งผลให้ภาวะของโรคครุณแรงมากขึ้น^{2,18}

จำนวนโรคร่วม การที่มีโรคร่วมหลาย ๆ โรค มีความสัมพันธ์ทางจิต ใจกับผู้ป่วยสูงอายุมาก ทำให้เกิดความเครียด ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองอย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดความยุ่งยากใจ เป็นภาวะทั้งต่อครอบครัวและสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติของอารมณ์ได้ด้วย¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยเน้นไปที่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อที่จะไม่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ากล้ายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ในการพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งญาติซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า จะทำให้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่พยาบาล บุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

References

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. 2009, Available form: www.un.org/esa/populations/WPA2007/ES-English.pdf
2. Hatawaiakarn B. Development of Age-friendly nursing care scale perceived by hospitalized older persons. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30(2): 154-165.
3. Institute for Population and Socail Research. Bangkok: Mahidol University; 2009.
4. ArunSang P. The major problem in elderly patients: The application. Khon Kaen: Nana Vittaya printing; 2011.
5. Kurlowic, LH, Harvath TA. 5 Depressions. In E. Capezuri, D. Zwicker, M. Mezey, & T. Fulmer, (eds.), Evidence-Based Geriatric Nursing Protocol for Best Practice. 3rd ed. New York: Springer Publishing; 2007.
6. Buffum MD, Buffum JC. Treating Depression in the elderly: An Update on Antidepressants. Geriatric Nursing 2005; 26(3): 138-142.



7. Behroozi S, Bremen M, Bellontonio S. Recognizing Common Problems in Hospitalized Older Adults. *Family Practice Recertification* 2007; 29(8): 39-45.
8. Miller CA. Impaired affective function: Depression. *Nursing for wellness in older adults' theory and practice*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2007.
9. Mitprasart U. Nutritional status and associated factors among older adults in the hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(3): 46-55.
10. Jantarapat C. The Relationship between Selected Factors and Depression of Hospitalized Elderly. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2000.
11. Suwannho J. Sad state of mind. In the elderly, the chronically ill are treated in hospital. *San payabal* 1998; 25(3): 9-20.
12. Boonwatha J. Factors associated with depression in patients with type 2 diabetes. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University* 2009; 17(2): 32-47.
13. Seastra K. Depression in the elderly: a case study of the elderly in Dhama Pakorn welfare nursing homes Nakorn Raja Sima. Nakorn Raja Sima: Master of Science thesis. Psychology Clinic. Graduate School; 1989.
14. RajRak B. Relationship with the family. The perception of the severity of the illness. To perform daily activities. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2006.
15. Griffiths K. Achieving better psychosocial outcomes in diabetes responsibility of Patient & Team. 2002 (Cite 2002 June 17). Available from: <http://www.Diabetes%20-20psychosocial.htm>
16. Piette JD, Richardson C, Valenstein M. Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: The case of diabetes and depression. *American Journal of Managed Care* 2004; 10(2): 152-162.
17. Capability for the reconstruction of the brain. A measure of sadness in the Thai elderly. *San Siriraj* 1995; 461: 1-9.
18. Li F, Lertrat P, Sritanyarat W. Health Profile of Older Chinese People in Nanmian Community, Nanjing, Guangxi, People's Republic of China. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2012; 30(1): 71-78.



Predictive Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital*

Saipin Yodkul M.N.S.**

Jitpinan Srijakkot PhD***

Abstract

The purposes of this cross-sectional study were to explore the level of depression and determine predictive factors of depression among older people with chronic disease in Buriram Hospital. The subjects consisted of 183 elderly patients with chronic disease in Buriram Hospital. Data were collected via structured interview using five questionnaires: A questionnaire on demographic data, a questionnaire on perception of illness severity, a questionnaire on activity of daily life (ADL), a questionnaire on Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), a questionnaire on relationship with family. Data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression. Statistical significance was set at 0.05. The results of the study showed that 51.4 percent of the subjects were depression, 19.1 percent were mild depression, 25.2 percent were moderate depression and 7.1 percent were severe depression. The five predictive factors of depression among older people with chronic disease in Buriram Hospital were sex female ($OR = 0.093$, p -value <0.001 , 95%CI : 0.038 – 2.227) age above 75 years ($OR = 35.894$, p -value <0.001 , 95%CI : 5.973 – 215.717) number of comorbidity above two ($OR = 5.691$, p -value <0.001 , 95%CI : 2.194 – 14.764) poor activity of daily life ($OR = 9.023$, p -value =0.024 , 95%CI : 1.343 – 60.636) relationship with family ($OR = 0.126$, p -value =0.001 , 95%CI : 0.039 – 0.406)

Keywords: depression, predictive factors, among older people, chronic disease

* Thesis of Master of Nursing Science, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Student of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์

วรรณนิภา แสนสุภา พย.ม.*

บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของเด่นเฟอร์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ที่มีความสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์น้อยกว่าร้อยละ 95 มีอายุตั้งแต่ 26-48 ปี จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และมีการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน มีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 24 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า 1) ในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีความสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte และค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 2) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte และค่าดัชนีมวลกาย เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญในทุกภูมิภาคทั่วโลก เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายบกพร่อง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อจุลทรรศน์ต่างๆ ได้ง่าย และดำเนินสู่การป่วยด้วยโรคเอดส์ในที่สุด ผู้ป่วยเออดส์เป็นบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะ เป็นการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบซับซ้อนทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความเป็นอยู่ และสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งเป็นโรคที่ถูกต้องจากสังคม จำกัดความเข้าสังคม เกิดจากการประพฤติชั่ว เป็นโรคที่น่ารังเกียจ และมีอันตรายกับบุคคลอื่น ถูกแบ่งแยกจากสังคม^{1,2,3} ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการ

รักษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคเท่านั้น ซึ่งการรักษาโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเออดส์ สูตร HAART แต่การที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาคือ ช่วยลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด เพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte ในร่างกาย ป้องกันการติดเชื้อจุลทรรศน์ ควบคุมอาการของโรคให้ชั่ลง ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ยาวนาน และมีอัตราการเสียชีวิตลดลง ตลอดทั้งสิ่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{5,6} ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมที่เหมาะสมร่วมกับต้องมีความสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์อย่างเคร่งครัด ต่อเนื่องไปตลอดชีวิต^{5,6,7,8} ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความสมำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ จนทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่ดี โดยต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ตรงเวลา และครบถ้วนเมื่อตามแผนการรักษา ต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น และอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้การรักษาที่ได้รับเกิดประสิทธิภาพสูงสุด^{8,9}

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดเดล์พบว่า มีการใช้วิธีการที่หลากหลาย แต่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดเดล์จำนวนมากที่ไม่ได้รับโอกาสในการส่งเสริม และร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเนอร์¹⁰ จะเป็นกระบวนการที่ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง (Self-regulatory behavior) เพื่อปรับเปลี่ยนสุขภาพที่เป็นปัญหา เพื่อนำไปสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย และจะช่วยเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา โดยทีมสุขภาพจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการเปลี่ยนแปลง แนะนำพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ความรู้ (Education) และฝึกทักษะ (Training) ที่จำเป็นในการจัดการกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ไม่มีคุณท่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายได้ จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นได้¹⁰ โดยผู้วิจัยเชื่อว่า การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างเคร่งครัด ต่อเนื่องไปตลอดชีวิตได้นั้นต้องมีการจัดการตนเองที่ดี โดยการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะเน้นที่ความยืดมั่นในการรักษา การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ มีพฤติกรรมในการจัดการกับตนเองที่ดี ขณะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย 1) การจัดการตนเองในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยเน้นรับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา

สังเกตอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเออดส์ การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิผลของการรักษา และ 2) การจัดการตนเองทั่วไปที่เหมาะสมรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์

ดังนั้นผู้วัยเจ็บได้นำแนวคิดการจัดการตันเองของเคนเเฟร์¹⁰ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตันเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์มีส่วนร่วมในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และมีการจัดการตันเองที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มระดับ CD4 ของร่างกาย ทำให้ระดับเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายลดลง มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีดีชนิดวัลการย เเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ภายใต้การเจ็บป่วยและโรคที่เป็นอยู่อย่างมีความสุขต่อไป

ວັດຖຸປະສົງຄໍການວິຈີຍ

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่อ
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสสเปตส์และ
ดัชนีชี้วัดด้านสภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้จัดใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์¹⁰ ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนโดยบุคคลอื่นได้นอกจากตัวบุคคล ซึ่งการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะต้องอาศัยแรงจูงใจทำให้บุคคลยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะที่นำไปสู่การแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น โดยกระบวนการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring or self-observation) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) กระบวนการจัดการตนเองจะเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา เพิ่มความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม นำไปสู่ความสามารถในการควบคุมโรคได้ และมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีความสุข



ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการต้นเองมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการต้นเองเพื่อเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินและการวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการต้นเอง 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการต้นเอง และ 4) ระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดวัดก่อน-หลัง แบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการต้นเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่โรงพยาบาลแก้จังหวัดนครพนม เป็นการทดลองรายบุคคล มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 24 สัปดาห์ คือ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนพฤษภาคม 2555 รวมระยะเวลาที่ศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 8 เดือน โดยเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ระดับ CD4 และดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ณ คลินิกโรคติดต่อฝ่ายส่งเสริม โรงพยาบาลแก้ จังหวัดนครพนม มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด จำนวน 30 ราย และวัดค่ากลุ่มตัวอย่าง เป็น 15 คู่ และทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับสลากจากกลุ่มตัวอย่าง 15 คู่ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการต้นเอง

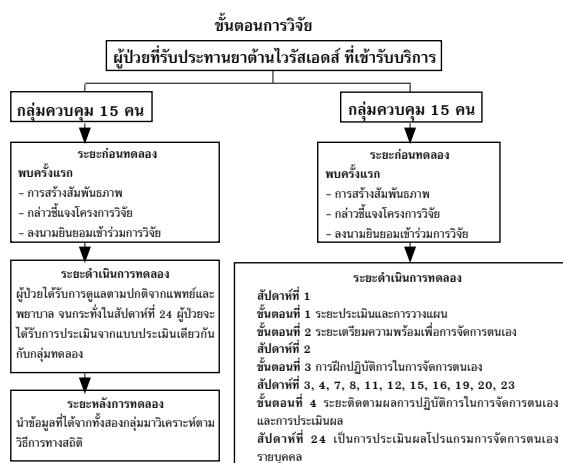
โปรแกรมการจัดการต้นเองในครั้งนี้ผู้วิจัยจะนัดพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย 6 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เดือนละ 1 ครั้ง ในทุกสัปดาห์ ที่ 3 ของเดือน เพื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการต้นเอง และร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการต้นเอง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้

เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อนำไปสู่การวางแผนการให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายได้อよ่างเหมาะสม ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งตรวจด้วยตับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte และประเมินดัชนีมวลกาย หลังจากนั้นทำการทดลองผ่านโปรแกรมการจัดการต้นเอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวในการจัดการต้นเอง ที่เหมาะสมทั่วๆไป การฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการต้นเอง การติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ รวมทั้งมีการประเมินความรู้ และการจัดการต้นเองร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทุกเดือนที่มารับการรักษาตามนัด หลังสิ้นสุดโปรแกรมมีการประเมินผลซ้ำในส่วนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte และค่าดัชนีมวลกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ 2 วิธี คือ การประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (self report) และการนับเม็ดยา (pill count) เพื่อให้เกิดความถูกต้องและแม่นยำในการประเมินมากยิ่งขึ้น จากนั้นนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยสูตรของ คูเดอร์- ริ查ร์ดสัน (Kuder Richardson : KR-20) ได้เท่ากับ 0.87 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการต้นเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการต้นเองของแคนเฟอร์¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผ่านสื่อการให้ความรู้สู่การจัดการต้นเอง ได้แก่ สมุดคู่มือ การจัดการต้นเอง แบบบันทึกการจัดการต้นเอง และแผ่นภาพพลิก มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) การจัดการต้นเองด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด การลังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จัดการกับอาการข้างเคียงที่



เกิดขึ้น รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิผลของการรักษา และ 2) การจัดการตนเองทั่วไปขณะรับประทานยาด้าน ไวรัสเอดส์ เช่น ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น ผ่านการตรวจสอบ หาความตรงตามเนื้อหา (content Validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสอดคล้อง ถูกต้อง เหมาะสม ตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปrogramการจัดการตนเองไปใช้ในการทดลอง และมีขั้นตอนดังนี้



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 16 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ระดับ CD4 และดัชนีมวลกาย ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมของทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบที่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test/ pair t-test) และทดสอบความแตกต่างของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้าน

ไวรัสเอดส์ ระดับ CD4 และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 35.57 (S.D.= 5.28) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001- 10,000 บาท/เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 43.3 กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิ์ในการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 100 มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ในเขตอำเภอแกร้อยละ 100

สำหรับประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 5.50 ปี (S.D. = 2.09) กลุ่มตัวอย่างรับยาด้านไวรัสเอดส์เฉลี่ย 4.02 ปี (S.D. = 1.19) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุของการติดเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ ร้อยละ 96.7 สูตรยาด้านไวรัสเอดส์ที่ก่อให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับ คือ GPO VIR -S ร้อยละ 90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดเผยสถานการณ์เจ็บป่วย ร้อยละ 10 บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยปัจจุบัน คือบิดา/มารดา/พี่/น้อง ร้อยละ 46.7 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ากลุ่มร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเปลี่ยนสูตรยาใหม่ ร้อยละ 90 และเคยเปลี่ยนสูตรยา ร้อยละ 10 สาเหตุที่ก่อให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปลี่ยนสูตรยาใหม่คือ เกิดผลข้างเคียงจากยาแรงมาก ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ คือ เกิดผื่นแพ้ตามร่างกาย ร้อยละ 26.7 รองลงมา คือ มีอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 23.3

2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



2.1 ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.4 (S.D. = 1.88) เป็นร้อยละ 99.7 (S.D. = 0.59) และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.64 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 1.89) เป็น 20.87 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 2.03) และระดับ CD4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 320.00 เซลล์/มม.³ (S.D. = 58.45) เป็น 388.07 เซลล์/มม.³ (S.D. = 104.65) ซึ่งมีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

2.2 ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ เท่ากับ 99.73 (S.D. = 0.59) ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.87 (S.D. = 2.03) และระดับ CD4 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 388.07 (S.D. = 104.65) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ เท่ากับ 92.20 (S.D. = 2.62) ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 19.56 (S.D. = 1.63) และระดับ CD4 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 324.67 (S.D. = 71.60) ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ ดัชนีมวลกาย และระดับ CD4 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย และระดับ CD4 เพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ ดัชนีมวลกาย และระดับ CD4 เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่าจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์¹⁰ ที่กล่าวไว้ว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ใช้ในการกำกับพฤติกรรมของตนเอง ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเกิดความล้มเหลวของการรักษาซึ่งมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) วิธีการรักษาอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ 2) ผู้ป่วยจะเลิกที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จึงได้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการจัดการตนเอง เพิ่มความตระหนักของกลุ่มตัวอย่าง ต่อกระบวนการรักษา รวมทั้งให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง และการเจ็บป่วยมากขึ้น การจัดการตนเองจะเน้นให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่ ตลอดจนให้ผู้ป่วยจัดการกับสิ่งแวดล้อมของตนเองได้

โปรแกรมการจัดการตนเองที่ประยุกต์ขึ้นมาจากการแนวคิดของแคนเฟอร์¹⁰ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ที่น้อยกว่าร้อยละ 95 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่ประยุกต์ขึ้น เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของฐานนิชญาณ หาญูรงค์¹¹ และ Gifford & Groessl¹² ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีส่วนช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ของกลุ่มตัวอย่างได้ ส่วนระดับ CD4 และดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยร้อยละ 95 อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการมีภาวะโภชนาการที่ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงตลอดทั้งปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ก็จะสามารถเพิ่มระดับ CD4 ดัชนีมวลกาย ได้เช่นกัน^{8,9,13,14}



ชี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hendricks, Mwamburi, Newby, & Wanke¹⁵ ที่พบว่า การรับประทานอาหารที่มีประโภน์จะช่วยให้ดัชนีมวลกาย และระดับ CD4 ของผู้ป่วยมีสูงขึ้น คล้ายกับการศึกษาของของ Marston & De Cock¹⁶ พบว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินอย่างเพียงพอ จะช่วยชะลอการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเอดส์และลดการตื้อยาต้านไวรัสเอดส์

จากการที่โปรแกรมการจัดการตนเองในครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในระดับที่สูงมาก คือร้อยละ 99.7 จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นได้^{9,13} สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross-Degani et al.¹⁷ ที่พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ สัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ดัชนีมวลกาย และระดับ CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้กลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์สูงมากกว่าในกลุ่มควบคุม การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์นั้น แตกต่างจากการรับประทานยา.rักษาโรคอื่น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีความเคร่งครัดในเรื่องเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ และครบถ้วน¹⁸ ดังนั้นทีมสุขภาพและผู้ป่วยจึงควรที่จะหาแนวทางร่วมกันที่จะช่วยให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือของทั้งสองฝ่าย ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการจัดการตนเอง เพิ่มความตระหนักรองของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง และการเจ็บป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอช

ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายหลังการทดลองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของฐานนิชญาณ์ หาญณรงค์¹¹ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีส่วนช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม กล่าวได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาในโรคเรื้อรัง อื่น ๆ ซึ่งสมพร พงษ์ชู¹⁸ ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ HIV โรคปอด พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ HIV โรคปอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยหายจากโรควัณโรคปอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ¹⁹ ที่ศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนความดันโลหิตในกลุ่มทดลองต่ำลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาทดลองในครั้งนี้ที่พบว่าหลังจากเข้าโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้สม่ำเสมอ การจัดการตนเองเกี่ยวกับภาระโภชนาการที่ดี ออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ตลอดทั้งปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งคัด จนส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในระดับที่ดีมาก และส่งผลให้สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดลง ยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนเชื้อเอชไอวี ในร่างกายไม่ให้ทำลายภูมิคุ้มกันโรค เพิ่มระดับ CD4 และดัชนีมวลกายสูงขึ้น ป้องกันการติดเชื้อจวยโอกาส ควบคุมอาการของโรคให้ช้าลง^{8,9,13,14}



ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้โดยอิสระ ดังนั้นหากนำการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และโรคเรื้อรังอื่น ๆ น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ยอมรับที่มีสุขภาพรวมทั่วไปที่มีพัฒนาการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้การเจ็บป่วยต่อไป

2. การศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองครั้งที่มีระยะเวลาศึกษา 6 เดือน จึงไม่สามารถวัดประเมินปริมาณ Plasma HIV-RNA หรือ Viral load ได้ ซึ่งในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์นั้น การติดตามประเมินปริมาณ Plasma HIV-RNA หรือ Viral load ถือเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพการรักษาที่สำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับการติดตามประเมินปีละ 1 ครั้ง ดังนั้นเพื่อเป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในระยะยาว การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวัดประเมินปริมาณ Viral load เป็นตัวแปรตามเพิ่มเติม และควรมีการเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 1 ปี เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียเวลาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนาแกทุกท่านที่คอยอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ขอขอบคุณบันทึกวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

References

- Sahaikaen Y. Cognitive behavioral group therapy for HIV/AIDS persons with depression. (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008.
- Chaisiri L, Daenseekaew S. Community Participation in Analyzing Strategies to Enhance the Quality of Life of Working-Age People with HIV/AIDS. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 29(4): 79–89.
- Mccain NL, Celle DE. Correlation of stress in HIV disease. Western Journal of Nursing Research 1999; 17(2): 141–155.
- Keltner NL, Pugh GI. Working with patients with HIV infection. In: CE Bostrom, LH Schwecke, NL Keltner EDs. Phychiatric nursing 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1999.
- Chetchotisakd P. Antiretroviral therapy. I-San Journal of internal Medicine 2003, 2(3); 35–44.
- Limrattanapimpa P. Factors Influencing quality of life of people living with HIV and AIDS receiving antiretroviral therapy. (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008.
- Phetpoang S. Antiretroviral therapy compliance and adverse effects among AIDS patients, Chiang Rai regional hospital. (IS). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005.
- Oonkatpon S, Ninmanat K, Songwattana P. Factors relating to adherence to antiretroviral treatment among people living with HIV/AIDS. Thai AIDS Journal 2006; 18(1): 48–49.
- Paterson DL, Swendells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C. et al. Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. Annals of Internal Medicine 2002; 133: 21–30.
- Kanfer FH. Helping people change. 2nd. New York: Pergamon Press; 1980.
- Harnnarog T. The effect of self-management enhancing program on adherence to antiretroviral drug among HIV/AIDS clients. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2009.
- Gifford AL, Bormann JE, Shively MJ, Wright BC, Richman DD, Bozzette SA. Predictors of self-reported adherence and plasma HIV



- concentrations in patients on multi-drug antiretroviral regimens. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2000; 23: 386-395.
13. Chesney MA. Adherence to HAART regimen. *AIDS Patient Care and STDs* 2003; 17(4): 169-177.
 14. Dudgeon WD, Phillip KD, Bopp CM, Hand GA. Physiological and physiological effects of exercise intervention in HIV disease. *AIDS Patient Care and STDs* 2004; 18(2): 81-98.
 15. Hendricks KM, Mwamburi DM, Newby PK, Wanke CA. Dietary patterns and Health and nutrition outcomes in men living with HIV infection. *Am J Clin Nutr* 2008; 88: 1584-1592.
 16. Marston B, De Cock KM. Multivitamins, nutrition, and antiretroviral therapy for HIV disease in Africa. *New England Journal of Medicine* 2004; 351: 78-80.
 17. Ross-Degnan D, et al. Measuring adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings. The clinical validity of key indicators 2010; 10(42).
 18. Pongchoo S. Effects of Self-management program on self-care behaviors and outcome of treatment in persons with AIDS and pulmonary tuberculosis. (Thesis). Bangkok: Rangsit University; 2007.
 19. Wongputtakham S. Effects of self-management on health behaviors and blood pressure among hypertensive patients. (Thesis). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008.
 20. Rujkorakarn D et al. Overviews on Sexual Intercourse of HIV Infected People Taking Anti-Retroviral Drugs: Duty or Happiness. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(1): 12-21.
 21. Siripakarn P. Self-Efficacy Promotion Model of AIDS Patients Receiving Antiretroviral Therapy in Clinical Setting. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(2): 50-59.



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเออดส์ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 15$)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการเข้าร่วม		หลังการเข้าร่วม		t	p-value
	โปรแกรม	โปรแกรม 6 เดือน	\bar{x}	S.D.		
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์	91.40	1.88	99.73	0.59	16.23	0.00*
ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ						
- ดัชนีมวลกาย (BMI)	20.64	1.89	20.87	2.03	2.73	0.01*
- ระดับ CD4	320.00	58.45	388.07	104.65	2.80	0.01*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์ ดัชนีมวลกาย และ ระดับ CD4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง ตัวแปร	จำนวน (คน)	หลังการเข้าร่วม		t	p-value One-tailed
		โปรแกรม	\bar{x}		
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์					
กลุ่มควบคุม					
กลุ่มทดลอง	15	92.20	2.62	10.85	0.00*
	15	99.73	0.59		
ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ					
- ดัชนีมวลกาย (BMI)					
กลุ่มควบคุม	15	19.56	1.63	1.94	0.03*
กลุ่มทดลอง	15	20.87	2.03		
- ระดับ CD4					
กลุ่มควบคุม	15	324.67	71.60	1.94	0.03*
กลุ่มทดลอง	15	388.07	104.65		



The Effectiveness of Self-Management Program on Antiretroviral Adherence and Health Indicators in HIV/AIDS Patient

Wannipa Seatsupa M.N.S.*

Bumpenkit Sangchart PhD**

Abstract

This quasi-experimental research was to examine the effectiveness of self-management program on antiretroviral adherence and health indicators in HIV/AIDS patient with HIV/AIDS patient. The conceptual model used in this study was Kanfer's self-management model. Thirty participants were purposively selected and match pairs assigned to the experimental and control group, 15 in each group. The experimental group received the self-management program, while those in the control group received routine nursing. The period of study was six month.

The results showed that 1) In the experimental group after receiving the program the mean adherence score was significantly higher than before ($t = 16.23, P < 0.05$), CD4 Lymphocyte level was significantly higher than before ($t = 2.80, P < 0.05$), and BMI was significantly higher than before ($t = 2.73, P < 0.05$). 2) After receiving program the mean adherence score was higher in the experimental group than in the control group ($t = 10.85, P < 0.05$), CD4 Lymphocyte level was higher in the experimental group than in the control group ($t = 1.94, P < 0.05$), and BMI was higher in the experimental group than in the control group ($t = 1.94, P < 0.05$).

Keywords: self-management, HIV/AIDS patient, medication adherence, health indicators

* Students of Master of Nursing Science in adult Nursing, Students of Master of Nursing Science in adult, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วรรณภรณ์ พัฒนิมูลย์ พย.บ.*

จีรพันธ์ ประทุมอ่อน พย.บ.**

จุราลักษณ์ แก้วมะไฟ พย.บ.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและญาติ และทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ระยะเวลาในการศึกษา เดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินรับผู้ป่วยไว้ดูแล แบบบันทึกปัญหาทางคลินิก การให้คำปรึกษา การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจของญาติและพยาบาล และการดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา และวางแผน พัฒนา ระยะที่ 2 ประชุมปรึกษาผู้ร่วมวิจัย จัดทำแนวปฏิบัติ ให้ความรู้แก่พยาบาลฝึกหักษะ ดำเนินการพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล สรุปผลรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกนิจจัยภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงหลังการสูญเสีย ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ การดูแลด้านร่างกาย วัฒนธรรม สังคม สุขภาพจิตและจิตเวช จิตวิญญาณ กฎหมายและจริยธรรม ผลลัพธ์การดูแล พบร่วมกับผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากร้อยละ 77.7 ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองระดับมากร้อยละ 81.9 พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและครอบครัวระดับมาก ร้อยละ 100 รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ได้ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุและญาติดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการดูแลนี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยวัยอ่อนต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้น โดยพบว่าปี พ.ศ. 1950 มีผู้สูงอายุร้อยละ 8 ปี พ.ศ. 2007 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2050 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด ในประเทศไทยพบว่า พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.3 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.8 ในปี พ.ศ.

2553 ตามลำดับและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20²

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้แก่ การมีความเลื่อมของอวัยวะร่างกายและเนื้อเยื่อต่าง ๆ มีพลังสำรองลดลง ภูมิต้านทานและความสามารถในการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา และสภาวะทางอารมณ์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง 2-3 โรคในคนเดียวกัน การมีหลายโรคหลายปัญหา ก่อให้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



เกิดปัญหาการเจ็บป่วยซับซ้อน ปัจจัยด้านสังคมที่มีผลให้พลาโดิกาลในการรักษาทันท่วงที่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักได้รับผลกระทบจากการรักษาส่งผลให้ภาวะเจ็บป่วยมีอาการทรุดหนัก การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การพื้นหายเป็นไปได้ยากกว่าวัยอื่นจึงมีผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายมากขึ้น³ อัตราเสียชีวิตรายลับ 80-85 เกิดจากโรคเรื้อรัง ร้อยละ 25 เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง⁵

ธรรมชาติของโรคเรื้อรังมีความแตกต่างกันในแต่ละโรค มีความไม่แน่นอนของการพยากรณ์โรค จึงมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้วางแผนการดูแลในระยะสุดท้าย ต่างจากโรคมะเร็งที่พยาธิสภาพของโรคมีความแน่นอนสามารถทำนายระยะเวลาของการเสียชีวิตได้⁷ มีผลต่อการเตรียมตัวของผู้ป่วยและวางแผนการดูแลในระยะสุดท้าย ส่วนโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และเบาหวานตามลำดับ^{4,5}

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย เนื่องจากไม่สามารถทำนายเวลาเสียชีวิต และมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งเสียชีวิตจากผลข้างเคียงจากการรักษา แนวทางการดูแลจึงเน้นการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย การจัดการอาการไม่สุขสบายด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เครารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้การดูแลที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (do no harm)⁶ หลีกเลี่ยงการรักษาและการตรวจวินิจฉัยที่ไม่จำเป็น ให้ความสำคัญกับครอบครัว โดยการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย^{8,9}

จากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ที่กล่าวว่า การดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน อาการไม่สุขสบายด่าง ๆ ไม่เร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งความตาย ให้ความสำคัญต่อกระบวนการรักษาที่เป็นธรรมชาติ เน้น เครารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป้าหมายการดูแล เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งป่วยและครอบครัวจนถึงหลังการสูญเสีย¹¹ การศึกษาทั่วโลกพบว่า แนวคิดนี้มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในประเทศไทย ได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ดูแลป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย¹⁰ สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังยังมีรูปแบบการดูแลไม่ชัดเจน

ปรากฏการณ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2554 ร้อยละ 65.6, 68.4 และ 69.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 70 และร้อยละ 57.3 มีมากกว่า 1 โรค เสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ 58.1; 44.5; 50.7 ตามลำดับ ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยสูงอายุที่เสียชีวิตพบว่ามีโรคเรื้อรัง และร้อยละ 80 ของการรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนเสียชีวิต 24 ชั่วโมง ได้รับการรักษาแบบยั่งยืน (life-sustaining) เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ

ปัญหาการบริการสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในจังหวัดร้อยเอ็ด พบทปัญหาในการปฏิบัติ ด้วยโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดเรื่องการจัดการอาการทุกข์ทรมาน เช่น ปวด หายใจลำบาก สับสน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุถูกส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การดูแลยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ ขาดความต่อเนื่อง คุณภาพบริการระยะสุดท้ายยังไม่เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งที่เข้ารับการรักษาเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาไม่ได้รับการดูแลตามความต้องการไม่ได้รับความเคราะฟในการตัดสินใจ ครอบครัวมีความเห็นอย่างล้าด้านร่างกาย มีความเครียด กังวล ส่วนการดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 เน้นการดูแลรักษาด้านร่างกายตามแผนการรักษา การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณยังมีน้อย และเมื่อผู้ป่วยสูงอายุกลับบ้าน ขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง

จากปัญหาปฏิบัติดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและครอบครัวยังเข้าไม่ถึงบริการแบบประคับประคอง และบุคลากรทีมสุขภาพยังให้บริการไม่มีประสิทธิภาพ ในฐานะที่ผู้วัยเย็นเป็นหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีบทบาทหน้าที่ 1) บริหารหน่วยงานหรือองค์กรให้สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 2) จัดการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายที่มุ่งผลลัพธ์



เพื่อการบริการที่เป็นเลิศ และ 3) สร้างความเจริญ ก้าวหน้าในการดูแลและระยะสุดท้ายขององค์กรเพื่อความ เป็นมาตรฐานสากล ผู้วัยจังพัฒนาวัยรุ่นแบบการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้ายให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวมีความพึงพอใจ และบุคลากร ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาวัยรุ่นแบบการดูแลแบบประคับ ประคองสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การ อนามัยโลก¹² ซึ่งผู้วัยยังมาประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลให้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะคุกคามชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ญาติขณะที่การเจ็บป่วย ตลอดจนประคับประคองให้ ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ลดความเครียดของญาติ ด้วยวิธีการดูแลที่ไม่เร่งรัดหรือเห็นใจวัยรุ่นความตาย แต่ ทำเพื่อบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมานด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) แนวคิดการ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการลงมือปฏิบัติร่วมกัน ของ Grundy¹² นำมายใช้เพื่อพัฒนาวิธีการดูแลร่วมกันระหว่าง ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ โดยเน้นการเรียนรู้อย่างอิสระร่วมกันจาก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ ร่วม สร้างความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจกัน ร่วมตัดสินใจ วางแผนการดูแล ร่วมให้การดูแลตลอดจนร่วมประเมินผล และปรับปรุงวิธีการดูแล จนได้รูปแบบการดูแลแบบ ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังใน ระยะสุดท้าย ที่สามารถตอบสนองความต้องการและมี ความสุขทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ให้การดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ การแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative ap-

proach) พื้นที่ศึกษา หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและ ครอบครัวระยะศึกษาสถานการณ์ 10 คน ระยะทดลอง รูปแบบ 15 คน และทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้แก่ อายุรแพทย์ 2 คน พยาบาล 18 คน ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ร่วมคิด 2 คน ผู้ปฏิบัติ 16 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหาร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการ 1 มกราคม - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วัย และผู้ร่วมวิจัย ได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมอง ในขั้นตอนการวางแผนดำเนินการแก้ไขโดยประยุกต์ จากการทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินรับผู้ป่วยไว้วัดแล แบบบันทึกปัญหาทางคลินิก การให้คำปรึกษา การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต แบบประเมิน คุณภาพชีวิต¹⁸ โดยใช้แบบประเมินค่า 3 ระดับ มาก ปานกลางน้อย จำนวน 26 ข้อแบบประเมินความพึงพอใจ ของญาติ¹⁷ ความพึงพอใจของพยาบาล¹⁶ มีข้อคำถาม แบบประเมินค่า 3 ระดับ มาก น้อย ปานกลาง จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิด และ ข้อเสนอแนะอีก 1 ข้อ เครื่องมือทั้ง 3 นี้ ได้ผ่านการตรวจ สอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบ ประคับประคอง 3 ท่าน ผ่านการแก้ไขเรียบร้อยแล้วไป ทดลองใช้ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของ ครอนบัคได้ค่าความเชื่อมั่น .84; .82 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัจจุบัน สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้าย สัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลผู้ปฏิบัติ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุใน ระยะสุดท้าย ลังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม



ในเหตุการณ์ต่างๆ เช่น ลักษณะการปฏิบัติของแพทย์/พยาบาล ต่อผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้าย เป็นต้น สนทนากลุ่มกับผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มผู้ปฏิบัติการ 2) วิเคราะห์ ระบุปัญหา ลำดับความสำคัญของปัญหา นำเสนอข้อสรุปต่อที่ประชุมหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 ที่ประชุม Patient Care Team (PCT) Med สรุปผลนำไปวางแผนการปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย

- 1) กำหนดแนวทางและดำเนินงาน โดย ประชุมระดมสมองกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อยกรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง องค์ค์ประกอบเพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสม
- 2) จัดอบรมความรู้ให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย เรื่อง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง Symptom management ในระยะสุดท้าย 18 อาการ เช่น ปวด หายใจลำบาก อ่อนล้า ฯลฯ Psychosocial Issue, Communication, Counseling
- 3) ถ่ายทอดความรู้เรื่องเครื่องมือ ทักษะและเทคนิค ต่างๆ โดยพยาบาลที่ชำนาญด้าน palliative care ทำหน้าที่สอน/ให้คำแนะนำแก่พยาบาลเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ผ่านกรณีศึกษา 4) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ศึกษาได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินแบบบันทึกต่างๆ ที่พัฒนาขึ้น 5) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ประชุมซึ่งกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทักษะความเข้าใจแนวปฏิบัติ 6) พยาบาลในหอผู้ป่วย เริ่มดำเนินการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ โดย พยาบาลหัวหน้าเวร เป็นผู้ประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิต(serious illness) หรือ/และ ใกล้เสียชีวิต (active dying) รายงานแพทย์วินิจฉัยว่าควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลที่เป็นสมาชิกทีม เริ่มอภิปรายการดูแลแบบประคับประคอง ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งถึงหลังเสียชีวิตหรือผู้ป่วยและญาติต้องการออกจากแนวปฏิบัติ ซึ่งมีการปฏิบัติ 2 วงจร การปฏิบัติในแต่ละวงจรประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผน ดังนี้

วงจรที่ 1 ภายหลังที่พยาบาลลงทะเบียนความรู้สึกในการบริการและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาพยาบาลเริ่มปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น

1) เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือ/และใกล้เสียชีวิต เข้ารักษาใหม่หรือผู้ที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยแล้ว ให้พยาบาลชี้แจงแก่ผู้ป่วยและญาติทราบถึงโครงการวิจัย มอบเอกสารคำสั่งและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการให้ข้อมูลรูปแบบฯ และให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

2) พยาบาลผู้ป่วย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย วัฒนธรรม สุภาพจิต และจิตเวช สังคม จิตวิญญาณ กวีหมายและจริยธรรม

3) พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันวางแผนการดูแลแบบประคับประคองตามความต้องการกำหนด เป้าหมายและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา สถานที่ดูแลในระยะสุดท้าย

4) บททวนแผนการดูแลฯ หากตอบสนองความต้องการให้ดำเนินการต่อเนื่อง หากไม่เหมาะสม ให้กลับไปประเมินความต้องการใหม่อีกครั้ง

5) ประเมินผลลัพธ์หากแก่ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคได้ ผู้ป่วยสามารถออกจากแนวปฏิบัตินี้ได้ ถ้าไม่สามารถแก้ไขปัญหาร科ได้ ให้การดูแลผู้ป่วยขั้นเสียชีวิตและดูแลหลังเสียชีวิต

6) ภายหลังที่พยาบาลผู้ป่วย 8 คนได้ ให้การดูแลผู้ป่วยจนครบกระบวนการตั้งแต่ผู้ป่วยและญาติยอมรับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ตั้งแต่แรกวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงหลังเสียชีวิต และพยาบาลคนอื่น ๆ อยู่ระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการอยู่นั้น ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อสะท้อนความรู้สึกต่อการให้การพยาบาล ต่อการใช้เครื่องมือต่างๆ ปัญหาอุปสรรคที่พบแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมวางแผนปรับปรุงรูปแบบครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการดำเนินการในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล พนปัญหา เรื่องสถานที่ในการดูแลยังไม่เหมาะสม ณ ติที่ประชุมลงความเห็นว่าควรมีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วงจรที่ 2

1) ผู้วิจัย นำเสนอ ผลการดำเนินการในวงจรที่ 1 และมติจากคณะกรรมการบริหาร ต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มการกิจด้านการพยาบาล เพื่อพิจารณาความ



เป็นไปได้ในการเปิดหอผู้ป่วยเฉพาะ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบโครงการเปิดหอผู้ป่วยปัจจุบันโครงการผ่านการอนุมัติแล้ว

2) พยาบาลผู้ป่วยบัต ดำเนินการดูแลผู้ป่วยในครอบครอง 8 คน ผู้วัยได้ทำการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 กับพยาบาลผู้ป่วยบัต เพื่อสะท้อนความรู้สึกต่อรูปแบบการดูแล ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติที่ยังคงอยู่

3) ผู้ร่วมวิจัย สนทนากลุ่มรวมกิจกรรมสนับสนุนที่ใช้ในการดูแล คัดเลือกกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยไว้ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล

4) นำรูปแบบใหม่มาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายจำนวน 30 คนและญาติระยะเวลา 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลสะท้อนการปฏิบัติกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม สรุปผลการดำเนินการ และข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2555 เป็นการประเมินผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย ด้วยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวก่อนและหลังได้รับการดูแล ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยทำไปพร้อม ๆ กันในแต่ละครั้งในการประชุม และการสัมภาษณ์เชิงลึก นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการ PCT med คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเพื่อตรวจสอบและยืนยันว่าข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลตรงกัน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ 009/2555 วันที่ 18 มกราคม 2555

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

- 1.1 บุคลากรที่มีสุขภาพได้แก่ 1) บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง 2) รูปแบบการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน 3) เครื่องมือช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลไม่เหมาะสมสำหรับบุรุษ 4) ขาดการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย 5) การสื่อสารขาดประสิทธิภาพ

1.2 ความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค และการดูแลรักษา 2) ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย กลัวความทุกข์ทรมาน กังวลใจในสิ่งที่ยังค้างคาใจ ญาติมีความกังวลใจเกี่ยวกับการดูแล กลัวการสูญเสีย เรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ และรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง 3) มีส่วนร่วมวางแผนการดูแลกับทีมแพทย์วิชาชีพ 4) การมีที่ปรึกษาและช่วยเหลือดูแลต่อเนื่องจนหลังเสียชีวิต

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา ได้แก่

- 1) ปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนา ได้แก่ โรงพยาบาลนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาวะผู้นำองค์กร ความร่วมมือของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
- 2) ปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนา ได้แก่ การมอบหมายงานของพยาบาลที่เป็นแบบผสมผสานระหว่างการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้และแบบการทำเป็นหน้าที่ การสื่อสารข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การประสานความร่วมมือระหว่างทีมแพทย์วิชาชีพไม่สมบูรณ์ วิธีการทำงานของแต่ละสาขาวิชาชีพแตกต่างกัน อัตรากำลังพยาบาลที่ไม่สมดุลกับภาระงานลักษณะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่แน่นอนและลักษณะการดูแลของครอบครัว ระบบการส่งต่อและการติดตามเยี่ยมยังไม่ครอบคลุมถึงระยะหลังสูญเสีย

3. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ เป็นการประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแล



เพื่อตอบสนองความต้องการในระยะสุดท้าย โดยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาล ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง มีการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแล การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ และมีเครื่องมือช่วยในการดูแล ดังนี้

3.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ได้แก่ 1) จัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการบำบัด สิ่งแวดล้อมต้องสงบ 2) พยาบาล คุยกับผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจ พร้อมทั้งแนะนำตนเองกับผู้ป่วย 3) เริ่มต้นอภิปราย โดยเปิดประเด็นคำถามถึง “อะไรเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติกังวลในขณะนี้” ในระยะนี้เน้นให้ยอมรับว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทรุดลง อภิปรายสถานการณ์ การเจ็บป่วยปัจจุบันที่นำเสนอ เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย และสิ่งที่ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย หากในความหมายของผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยไม่คุกคามชีวิต หรือไม่มีผล 4) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ให้เหมาะสม กับแต่ละบุคคล สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการรู้ให้ข้อมูลที่เป็นจริง ถ้าหากญาติว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการรู้มีอะไรบ้าง

3.2 การดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินอาการด้านร่างกาย ได้แก่ การปวด การเบื้องอาหาร ผอม ห้องผูก สับสน วุ่นวาย ห้องเสียหาย ใจลำบาก มีเสมหะค้างเหนืออย่างล้า กลืนไม่ลง ไอ ไอ ห้องม่าน สะอึก ปัสสาวะเล็ด แพลงตอนทับ ผื่นคัน นอนไม่หลับ ฯลฯ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนควรได้รับการประเมินอาการเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง การใช้เครื่องมือ Numeric scale , Face scale, Behavior scale

ตัวอย่างคำสัมภาษณ์จากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก “จากการสังเกตผู้ป่วย สูงอายุนั่งก้มหน้าอก ลีบหน้าวิ่วคืบหมวด ร้องให้เจ็บเข้าไป ชักสามด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล สัมผัสแขนผู้ป่วยไว้ผู้ป่วยไม่ตอบชี้มาที่หน้าอก จึงได้ถามว่าเจ็บหน้าอกหรือคาะผู้ป่วย ไม่ตอบแต่กลับน้ำตาไหลมากขึ้น พยาบาลได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า มีความจำเป็นต้องชักประวัติอาการปวด ถึงลักษณะการปวด ความรุนแรง เพื่อจะได้รายงานแพทย์ ให้การช่วยเหลือคุณยายได้รวดเร็ว เมื่อผู้ป่วยได้ฟัง เช่นนั้น จึงยอมบอกว่าเจ็บร้าวไปหลัง และขาข้างเจ็บมา

นานแล้ว คิดว่าคราวนี้คงจะไม่รอดแน่ เพราะมีอาการเจ็บมาก พยาบาลได้รายงานแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาปวด มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยา เช่น ห้องผู้กระดับความรู้สึกตัว สับสน คลื่นไส้อาเจียน คัน..... พยาบาลติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงจากความก้าวหน้าของโรคหรือจากการได้รับยา การทำงานของไต พิษต่อระบบประสาทส่วนกลางและหัวใจ จัดกิจกรรมทางเลือก โดยให้ความรู้เรื่องสາเหตุความปวด การรักษาความปวด ฝึกการหายใจเข้าออกลึก ฯลฯ (relaxation technique) ใช้ตอนตีบำบัดโดยใช้หูฟัง ประเมินผลหลังจัดการความปวด 1) ประเมินผลพัฒการจัดการหลังได้รับยาแก้ปวดหรือกิจกรรมทางเลือก 30 นาที 2) ความสามารถในการทำกิจกรรม 3) การพักผ่อนนอนหลับ 4) พฤติกรรมการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง 5) บันทึกผลพัฒการจัดการความปวด ผู้ช่วยเหลือคนไข้จัดหาอุปกรณ์ เช่น หมอนผ้าห่ม หนังสือธรรมะ หากผู้ป่วยต้องการ”

3.3 การดูแลด้านวัฒนธรรมการประเมิน ประกอบด้วย วัฒนธรรมเกี่ยวกับการเลือกสถานที่ดูแล เสียชีวิต วัฒนธรรมการแจ้งข่าวร้าย วัฒนธรรมการรับประทานอาหาร วัฒนธรรมการดูแลผู้ที่เสียชีวิตแล้ว เช่น พิธีศพ การจัดการต้องเปิดโอกาสให้บุคคลความต้องการ เคราะห์ต่อวัฒนธรรมของแต่ละแห่งซึ่งมีความหมายต่อการเจ็บป่วย

3.4 การดูแลด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล การประเมิน ความกลัว การนอนไม่หลับ ความตึงเครียด สังเกตอาการแสดงเหงื่อออกรมาก กัดฟัน มีสั่น ปากแห้ง เหนื่อยล้า การวินิจฉัยความวิตกกังวล รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นกังวลและกลัว กระตุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ยอมรับความรู้สึกและเคารพในความเป็นบุคคล สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับความช่วยเหลือ เพื่อลดความเครียด จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย หลีกเลี่ยงคำพูดที่ต้องทำการตัดสินใจ หากรุนแรง พิจารณาปรึกษาจิตแพทย์เพื่อร่วมประเมิน

3.5 การดูแลด้านสังคม การประเมิน ประกอบด้วย โครงสร้างของครอบครัว สัมพันธภาพ และ ความเป็นพลวัตรของครอบครัว การสื่อสารและความต้องการคำปรึกษาสำหรับตัวผู้ป่วยและครอบครัว การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม การตัดสินใจเกี่ยวกับ



การรักษา การเตรียมตัวตาย ผู้ดูแล การคุมนาคมชนส่งต้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การเจ็บป่วย มุ่งมองของสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.6 การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการค้นหาความหมายของชีวิต บางคนให้ความสำคัญกับศาสนา แต่บางคนให้ความสำคัญกับสิ่งอื่น ค้นหาการให้ความหมายของการเจ็บป่วยต่อการมีชีวิตของแต่ละบุคคลประเมินความหวัง ความกลัว ความหมาย เป้าหมาย ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิต หลังความตาย ความรู้สึกผิด การให้อภัย การจัดการมรณะ ความเชื่อด้านศาสนาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย กระบวนการตาย สามารถลดความทุกข์ทรมานที่รุนแรงได้

3.7 การดูแลด้านกฎหมายและจริยธรรม เป็นความต้องการเลือกการดูแลรักษา ด้วยการเคารพในสิทธิของบุคคล ในการวางแผนการรักษาต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยก่อน หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ ด้วยตัวเองให้มีผู้ตัดสินใจแทน พยาบาลให้ล้มภายนั่ว “ผู้ป่วยโรคไตวาย มีภาวะน้ำเกิน หายใจหอบลึก แพทย์ อธิบายการพยากรณ์โรค การรักษาว่าควรใส่ท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นพยาบาลได้ขอคำยินยอมจากผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยท่อช่วยหายใจ พยาบาลได้อธิบายข้อดี ข้อเสียของการใส่ท่อช่วยให้ผู้ป่วยฟัง อีกครั้ง แต่ผู้ป่วยยังยืนปฏิเสธเช่นเดิม แพทย์จึงทำการรักษาโดยใช้ยาขับปัสสาวะเพียงอย่างเดียว พยาบาลก็คงสังเกตอาการหายใจหอบหน่อย จัดหายาให้ผู้ป่วยฟื้นให้ออกซิเจน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ เปิดพัดลม เป็นหน้าเบาๆ สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลาย และบอกกับผู้ป่วยว่า แพทย์ พยาบาลเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยเช่นเดิม”

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วย สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ดังนี้

1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบร่วมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายก่อนการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ระดับคุณภาพชีวิตไม่ได้เลยร้อยละ 100 หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบร่วมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.7

2) ผลลัพธ์ด้านครอบครัวจำนวน 30 คน ครอบครัวความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวต่อการใช้รูปแบบ

การดูแลแบบประคับประคอง พบร่วมก่อนใช้สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับปานกลางร้อยละ 44.3 หลังจากใช้ สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก ร้อยละ 81.9

3) ผลลัพธ์ด้านพยาบาลจำนวน 16 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น พบร่วมก่อนใช้ พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับปานกลางร้อยละ 95 หลังใช้พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากถึงร้อยละ 100

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง พัฒนาแนวปฏิบัติที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ พัฒนาเครื่องมือใช้ในการดูแล มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขา วิชาชีพมีการติดต่อสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดสถานที่ที่เหมาะสมสมต่อการดูแลในโรงพยาบาล มีกิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย จึงมีผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตจากระดับไม่ดีเลยเป็นระดับดีมาก ร้อยละ 77.7 ลดลงกับแนวคิดการดูแลการดูแลแบบประคับประคองที่กล่าวถึงเป้าหมายว่าเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{11,13} ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลจากการระดับปานกลางเป็นระดับมาก ร้อยละ 81.9 ลดลงกับการศึกษาของ Dy และคณะที่แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีความพึงพอใจเมื่อได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย¹⁴ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ร้อยละ 100

การวิจัยครั้งนี้คือการได้ศึกษาข้อเท็จจริงในห้องผู้ป่วย เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ¹⁵ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและมีการดูแลต่อเนื่องจนหลังสูญเสีย ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน



นับได้ว่าเป็นการพัฒนาบริการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ เกิดความพึงพอใจทั่วผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ย้อมส่งผลให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้ายมีแนวโน้มได้รับการพัฒนาต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ:

1. กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการให้ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และสิทธิของประชาชนในการเข้าถึงการบริการ เมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เช่น การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ

2. การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล สำนักการพยาบาลและสภากาชาดไทย ควรมีการจัดทำสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ

3. นโยบายด้านระบบ โดยเป็นการบริการในลักษณะของการมีสถานที่สำหรับดูแลเฉพาะที่สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย เช่น ระบบหอผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระบบหรือกลไกการติดตามให้การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้เป็นระยะๆ

4. นโยบายเรื่องของบุคลากร การสร้างพั้นธกิจ ที่ช่วยให้การดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน การสร้างแรงจูงใจรูปแบบต่างๆ ที่จะช่วยคนที่ปฏิบัติงานมีการพัฒนาดำเนินการในเรื่องนี้ให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

5. ศึกษาติดตามเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและต่างสถานที่ ในเรื่องของความคุ้มทุนต่างๆ ของโรงพยาบาลที่ได้รับจากการดูแลแบบประคับประคอง เช่น เรื่องการลดลงของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.ธีรวรร สถิตอัจญาร กรุณายืนเป็นที่ปรึกษางานวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

References

- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2007 [database on the Internet]. 2009 [cited 2010 Nov 13]. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpa2007/es-english.pdf>
- Chunaras S. Situation of the Aged in Thailand 2007. Foundation of Thai Gerontology Research and Development; 2008.
- Assantachai P. Health problems most common in the elderly and prevention. Bangkok: Union Creek Co., Thailand; 2010.
- O’Shea E, Murphy K, Larkin P, Payne S, Froggett K, Casey D, Leime AL & Keys M. End-of-Life Care for Older People in Acute and Long-Stay Care Settings in Ireland. Hospice Friendly Hospitals Programme and National Council on Ageing and Older People. Irish Centre for Social Gerontology, Galway: National University of Ireland; 2008.
- Lynn, J., Adamson, D.M. Living Well at the End of Life Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. RAND Health; 2003.
- Aroonsang P. Nursing care important issue for elderly: Adoption . Khon Kean: Khungnanawit-taya, Thailand; 2011.
- Solomon R, Kirwin P, Ness V, O’Leary J, Fried R. Trajectories of Quality of Life in Older Persons with Advanced Illness. J Am Geriatr Soc 2010;58:837–843.
- Meeker, MA. Family Surrogate Decision Making at the End of Life : Seeing Them Through With Care and Respect. Qualitative Health Research 2004; 14(2): 204–225.
- Wold GH. Basic Geriatric Nursing. Canada: Mosby Inc; 2008.



11. Piyawattanapong S. Development of palliative care for persons with Terminal Cancer in a Tertiary Care Hospital. (Thesis). Khon Kean: Khon Kaen University; 2009.
12. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care 2011 [database on the Internet]. 2011 [cited 2011 Dec 28]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
13. Grundy S. Three modes of action research. Curriculum Perspectives 1982; 2 (3): 23-34.
14. Pitantanakune P, Surit P. Chronic Pain Management of older Persons Living in a Community. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(4). 58-68.
15. Dy M, Shugarman L, Lorenz A, Mularski A, Lynn J. A Systematic Review of Satisfaction with Care at the End of Life. JAGS 2008; 56: 124-129.
16. Nadee S, Teeranute A, Boonsawat W. The Effect of Empowerment Program on Fatigue Symptom in The Elderly with Chronic obstructive Pulmonary Disease. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 211; 29(4): 69-78.
17. Pattiboon W. Development of palliative care network for end of life. Roi-et; Roi-et hospital; 2009.
18. Srijor D, Boonyasatpun P, Padee W, Tungworachai W, Peasee, M. End of life care for cancer. Khon Kaen : Medical faculty, Khon Kaen university; 2008.
19. Mitprasart U, Surit P. Nutritional Status and Associated Factors among Older Adults in the Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 211; 29(3): 46-55.



Model Development of Palliative Care for Elderly with End Stage Chronic illnesses at Medical Unit II, Loi Et Hospital

Waraporn Pattniboon B.N.S.*

Jeerapon Pratunon B.N.S.**

Julalux Kaewmafai B.N.S.***

Abstract

The objective of this mutual collaborative action research is to develop a palliative care model for elderly who had end stage chronic illnesses and admitted at Medical Unit II of Loi Et Hospital. Key informants included elderly patients with end stage chronic illnesses, their relatives, doctors, and nurses. Data were collected using observation, interviewing, and group discussion from January to June, 2012. Research instruments included patient assessment form, clinical problem record, counseling and communication records, quality of life assessment form, and relative and nurse satisfaction assessment form. This study comprised of three phrases: 1) situation analysis, problem identification, and plan for action, 2) developing clinical practice guideline, building nurses' capacity of care, and developing care model, and 3) outcome evaluation. Quantitative Data were analyzed using descriptive statistics, whereas qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The developed palliative care model for elderly with end stage chronic illnesses has a continual nature of care from initial diagnosis to death and dying as well as coping after lost. This palliative care comprised of building provider – client relationship and providing physical, social, cultural, ethical, legal, psychological and spiritual aspects of care. Model evaluation found that 1) 77% of the elderly patients had very good quality of life; 2) 81.9% of family and all nurses were satisfied with this palliative care model for elderly with end stage chronic illnesses at a good level. Since the developed model improved quality of life of elderly patients and their relatives, it is suggested to implement this model in the care of patients in other age group.

Keywords: elderly, end stage chronic illnesses, palliative care

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Director of Nursing, Loi Et Hospital

**Registered Nurses, Professional Level, Head of Medical Unit II, Loi Et Hospital

***Registered Nurses, Professional Level, Medical Unit II, Loi Et Hospital



การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวันโรคปอด โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี*

ฉันทนา ชาวดร พย.ม.**

เพชรไสว ลิ้มตระกูล วท.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ศึกษาสภาพการณ์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวันโรคปอด มี 2 ระยะ ระยะแรกศึกษาสภาพการณ์ในคลินิกบริการและสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน 21 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยวันโรคปอด และอาสาสมัครสาธารณสุข สังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมของผู้ป่วยและพี่เลี้ยงในคลินิกวันโรค และแบบบันทึกต่าง ๆ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ ระยะที่สองพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวันโรคปอดในคลินิกวันโรคและสถานบริการเครือข่ายจำนวน 5 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ที่ใช้เนื้อหาและสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวันโรคปอดปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาวันโรค การป้องกันแพร่กระจายเชื้อ การติดตามการรักษาตามนัด พี่เลี้ยงกำกับการกินยาส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยอย่างจริงจัง อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการให้บริการในคลินิกวันโรคไม่เพียงพอ การประสานส่งต่อข้อมูลและแนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยไม่ชัดเจน จากสถานการณ์ได้ระดมสมองวางแผนพัฒนา และดำเนินการตามแผนดังนี้ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยวันโรคที่มีปัญหาการรักษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการมาตรวจนัด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับวันโรครายบุคคล และรายกลุ่มโดยใช้สื่อการสอนที่พัฒนาขึ้น ให้ความรู้เกี่ยวกับวันโรคในกลุ่มพี่เลี้ยงและแนะนำเกี่ยวกับการกำกับการกินยาและการดูแลผู้ป่วย 2) เพิ่มอัตรากำลังในคลินิก และปรับเปลี่ยนวันให้บริการ 3) พัฒนาแนวทางการประสานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างคลินิกวันโรคกับแผนกต่าง ๆ และเครือข่ายบริการ 4) พัฒนาแนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวันโรค

ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่เข้าร่วมในกระบวนการศึกษา จำนวน 25 คน ได้รับการรักษาหายขาดร้อยละ 96 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 7 คน ได้มีการประสานส่งต่อข้อมูลและติดตามเยี่ยมตามแนวทางครบถ้วน 7 คน

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยวันโรคปอด วันโรคปอด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วันโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายประเทศทั่วโลกซึ่ง มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และ ปัญหาการตื้อยาวันโรคเพิ่มมากขึ้น^{1,2} จากการรายงานขององค์กรอนามัยโลกระบุว่าปี 2550 ประชากร 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลก หรือประมาณ 16 – 20 ล้านคน ติดเชื้อวันโรคแล้ว และประมาณ 8 – 10 ล้าน

คน เป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ คิดเป็นอัตราป่วย 139 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยวันโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.65 ล้านคน คิดเป็นอัตราตาย 25 ต่อแสนประชากร โดยประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศที่มีอุบัติการณ์การระบาดของวันโรคอย่างรุนแรง^{1,3,4} จากข้อมูล ปี 2551 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวันโรคทั่วประเทศ 65,252 ราย (113.51 ต่อแสนประชากร) เพิ่มขึ้นจากปี 2550 ร้อยละ 1.8⁵

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



เป้าหมายในการควบคุมวัณโรคขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ 2 ข้อ คือ 1) อัตราการคันหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหพนเชื้อไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนที่คาดว่าจะมี และ 2) อัตราการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหพนเชื้อไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85¹ ในด้านการรักษา กระทรวงสาธารณสุขได้นำกลยุทธ์ DOTS (Directly Observed Treatment, Short course) หรือการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงซึ่งองค์กรอนามัยโลกได้มีการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพสามารถตัดวงจรการติดต่อของวัณโรคอย่างได้ผลจึงนำมาใช้แก่ปัญหาวัณโรคในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2539 ผลการดำเนินงานพบว่าอัตราผลสำเร็จของการรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดมาตั้งแต่ปี 2544 แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดคือร้อยละ 85 โดยในปี 2550 อัตราผลสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 81 สาเหตุสำคัญที่ประเทศไทยไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในเชิงผลการรักษา เนื่องจากอัตราตายที่สูงถึงร้อยละ 8.6 และอัตราการขาดการรักษาร้อยละ 5⁶ สาเหตุของการขาดยาเป็นเพียงการรักษาต้องใช้ระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา⁷ กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้กลวิธีต่าง ๆ รวมทั้ง DOTS ท่องค์กรอนามัยโลกได้แนะนำ แต่การนำ DOTS มาปรับใช้ในการปฏิบัติจริงในประเทศไทยยังมีความหลากหลายด้านคุณภาพ⁸

จังหวัดอุดรธานี มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค โดยนำแนวทางการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงมาใช้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในปี 2545 ซึ่งผลการดำเนินงานระหว่างปี 2549 – 2551 พบว่า อัตราป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ขึ้นทะเบียนรับการรักษา คิดเป็นอัตราป่วย 78.3, 72.4 และ 74.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหบาก คิดเป็นอัตรา 53.2, 48.2, และ 50.3 ต่อแสนประชากรตามลำดับ 1 อัตราผลสำเร็จในการรักษาในภาพรวมแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 87.0, 87.1 และ 87.5 ตามลำดับ⁹

สำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค อำเภอชัยภูมิ จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2550 – 2552 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจำนวน 74; 51 และ 79 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 69.1;

47.6 และ 73.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงแล้วเพิ่มขึ้นอีก อัตราผลสำเร็จในการรักษามีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จากร้อยละ 87.5 เป็น 86.9 และ 79.4 ตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยขาดการรักษาและเสียชีวิตระหว่างการรักษา ซึ่งพบว่าอัตราการขาดการรักษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 4.2; 9.3 และ 11.8 ตามลำดับ¹⁰ ใน การดำเนินงานวัณโรคที่ผ่านมาของโรงพยาบาลบ้านผือ ปี 2553 พบผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกประเภทขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2552 – กันยายน 2553 จำนวน 58 คน คิดเป็นอัตราป่วย 53.7 ต่อแสนประชากร¹¹ และเห็นว่าการให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลบ้านผือ ยังมีปัญหาในด้านการจัดบริการของคลินิกวัณโรค การปฏิบัติตัวผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว และชุมชน ซึ่งวัณโรคปอดถือเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากการบททวนวรรณกรรม พบร่วม มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹² (Chronic Care Model) ไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก เป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง มีทีมในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสาขาวิชาชีพ ทำการเยี่ยมเป็นทีมและมีการจัดการโรค และการจัดการรายกรณี¹³ ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายของชุมชน แหล่งประโยชน์ทรัพยากรบุคคลที่มีบทบาทและหน้าที่ให้การสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 2) นโยบายและเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 3) การสนับสนุนการดูแลตนเองทั้งของผู้ป่วย พี่เลี้ยง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรค และครอบครัวสามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาวัณโรคได้ถูกต้อง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 5) การสนับสนุนการตัดสินใจหรือแนวทางในการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาวัณโรค 6) ด้านระบบข้อมูลทางคลินิก เพื่อการจัดการข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ และวิเคราะห์ได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่นำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง อัตราผลสำเร็จของการรักษา (Success rate) และ อัตราการรักษาหาย (Cure rate) เพิ่มขึ้น อัตราการขาดการรักษา (Default rate) ลดลง



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการณ์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวันโรคปอดของโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจงได้แก่คลินิกวันโรคโรงพยาบาลบ้านผือ และ รพ.สต. เครื่องข่ายโรงพยาบาลบ้านผือจำนวน 5 แห่ง คือ รพ.สต. หนองแวง นาล้อม บ้านเทื่อม ห้วยศิลาพาสุ และรพ.สต. คำบางซื่อ เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่เข้าพักรักษาและเจ้าหน้าที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน 2 คน แพทย์ที่รับผิดชอบคลินิกวันโรค จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ชั้นสูตรโรค จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรคของ รพ.สต. จำนวน 21 คน กลุ่มผู้ป่วยวันโรคที่กำลังรับการรักษาในคลินิกวันโรคและรายใหม่จำนวน 25 รายและพี่เลี้ยงผู้ป่วยวันโรค จำนวน 20 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบผู้ป่วยวันโรคในหมู่บ้าน จำนวน 12 คนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรคของ อปท. ที่มีผู้ป่วยวันโรค จำนวน 13 คน

ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกวันโรค 1 คน พยาบาลแผนผู้ป่วยนอก 1 คน เกล้ากรประจำคลินิก 1 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรคของ รพ.สต. จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาจากแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในกลุ่มของบุคลากรด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และพี่เลี้ยงกำกับการกินยา สนทนากลุ่มในผู้ป่วยวันโรคปอด และอาสาสมัครสาธารณสุข สังเกตการณ์ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมของผู้ป่วยและพี่เลี้ยงในคลินิกวันโรค และแบบบันทึกภาวะสุขภาพผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจัดการวิจัยและประเมินผล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เลขที่ HE532167 ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2553 เมื่อผ่านการพิจารณาปรองແລວผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยที่มีหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย

การดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวันโรค จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารทะเบียนและรายงานต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยวันโรคของอำเภอบ้านผือ และสรุปประเด็นปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 วางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา จัดเสวนากลุ่มระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ร่วมกันวางแผนการพัฒนา โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดแนวทางการพัฒนา วิธีการดำเนินการ กำหนดบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ และกำหนดการติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติงานและสะท้อนผลการปฏิบัติ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวันโรคตามการวางแผน ร่วมสะท้อนการปฏิบัติ โดยการเสวนากลุ่มร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย ติดตามการปฏิบัติงานทุกเดือน ร่วมกันปรึกษาหารือ และรับฟังความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค ประเมินผลขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยวันโรค และปรับปรุงการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ประเมินผลกระทบ การในการปฏิบัติงานเป็นระยะ และประเมินผลลัพธ์ ในด้านความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอด การมารับการรักษาตามนัด อัตราการรักษาหาย และอัตราการขาดการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยวันโรค ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ล้วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ



ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลบ้านผือ

1.1 ด้านทรัพยากรและนโยบายของชุมชน โดย รพ.สต.ที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ จะได้รับการประสานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลบ้านผือแล้วนำไปวางแผนเยี่ยมบ้านและติดตามการรักษาของผู้ป่วยร่วมกับ อสม. ในพื้นที่ ส่วนเทศบาลดำเนินบ้านผือและ อบต. ทั้ง 13 แห่ง ไม่ทราบข้อมูลและปัญหาการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคของคนในพื้นที่ จึงไม่ได้มีการจัดทำแผนงานและนโยบายเกี่ยวกับงานวัณโรค

1.2 หน่วยบริการสุขภาพ มีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีการจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนพัฒนาบุคลากร ซึ่งมีการดำเนินการตามแผนที่วางไว้

1.3 ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคได้ให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในขณะที่มารับการรักษาในครั้งแรกและเป็นการให้ความรู้ร้ายบุคคล แต่จากการศึกษาอย่างพบว่าผู้ป่วยวัณโรค มีการรับรู้และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการรักษาดือผู้ป่วยหยุดยาเอง เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการกินยา ไม่ใส่หน้ากากอนามัยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระยะเข้มข้นขณะที่อยู่ที่บ้าน และไม่มารับการติดตามการรักษาตามวันนัด ส่วนพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วยที่เป็นญาติ ไม่เข้าใจในบทบาทและไม่ได้กำกับการกินยาของผู้ป่วยอย่างจริงจัง ผู้ป่วยวัณโรค ที่เป็นผู้สูงอายุจะมีพี่เลี้ยงเป็นผู้พามาติดตามการรักษาที่คลินิกวัณโรค

1.4 การจัดบริการให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การให้บริการในคลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกวัณโรคทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ทะเบียน และผู้ประสานงานวัณโรค ทำให้บริการผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ไม่มีแนวทางชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างแผนกในโรงพยาบาล และระหว่างคลินิกวัณโรคกับ รพ.สต. 2) การให้บริการใน รพ.สต. เนื่องจากระบบการประสานข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ได้รับข้อมูลผู้ป่วยช้า ทำให้การวางแผนการเยี่ยม

ติดตามผู้ป่วยล่าช้าและไม่เหมาะสม แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจนขาดความต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้านและการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

1.5 ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของคลินิกวัณโรค และ รพ.สต. บางคนยังไม่เคยผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีการดำเนินงานโดยขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคนเดิม ใช้คู่มือแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและปรึกษาแพทย์ประจำคลินิก

1.6 ด้านระบบข้อมูลทางคลินิก มีโปรแกรมการบันทึกข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่สามารถนำมารวบเคราะห์ผลการทำงานได้แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน และจัดทำทะเบียนการรักษาตามแนวทางการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคของสำนักวัณโรค ทำให้มีความช้าช้อน และเสียเวลาในการลงข้อมูล

หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สภาพการณ์ ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยวัณโรคและระบบการให้บริการที่ต้องการพัฒนา

2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

2.1 การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1) ด้านการรักษา ผู้ป่วยวัณโรค ที่เป็นผู้สูงอายุรับประทานยา.rักษาวัณโรคแล้วมีอาการเบื้องอาหาร คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย เนื่องจากอ่อนเพลีย น้ำหนักลด และหยุดยาเอง เจ้าหน้าที่ของคลินิกวัณโรค และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ร่วมวิจัย ได้ให้ความรู้ร้ายบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่สุกใหม่ๆ มีประโยชน์ เช่น ต้มปลา ผักลวก และเป็ดโกรส ให้ผู้ป่วยได้พุดคุยซักถามจนมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติได้ หลังจากนั้นได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งแจกเอกสาร และคู่มือบันทึกการกินยาของผู้ป่วยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัณโรค ร่วมกับใช้สื่อการสอนภาพพลิกที่จัดทำขึ้น นอกเหนือนี้ได้ประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคพั้ง 4 รายรับประทานอาหารได้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องจน



สิ้นสุดการรักษา จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยหนึ่งรายเสียชีวิต ด้วยโรคความดันโลหิตสูงขณะรับประทานยาในเดือนที่ 5

2) การป้องกันการแพร่กระจาย
เชื้อ ผู้ป่วยวัณโรคเลี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจาก การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จากการลังเกตของนักวิจัยและ ผู้ร่วมวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถกินอาหารได้ในระยะ เช่นขั้นของการรักษาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน จาก การสอบถามผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกอิดอัดไม่สบายที่ต้องใส่ หน้ากากอนามัย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกกลั่นโรคและ รพ.สต. ได้ให้ความรู้ให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อสร้างความ ตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรคเน้นให้เห็นถึงผลกระทบที่จะ เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งที่มาติดตามการรักษา และ ติดตามเยี่ยมบ้าน แนะนำให้ฟีลเลี่ยงผู้ป่วยโดยเดือน ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใส่หน้ากาก อนามัย มีผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอ หรือจาม จากการ ตรวจคัดกรองหาเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านของ ผู้ป่วยจำนวน ทั้งหมด 49 ราย ไม่พบการติดเชื้อ

3) การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มา
ติดตามการรักษาตามนัด จากการให้บริการในคลินิก พบร่วมผู้ป่วยผิดนัดร้อยละ 20 เนื่องจาก มียาเหลือ ผู้สูงอายุไม่มีคนพาบาน ลืมวันนัด จากเดิมมีการโทรศัพท์ ติดตามผู้ป่วยโดยตรง ถ้าติดต่อไม่ได้จึงจะแจ้งให้ เจ้าหน้าที่รพ.สต. ติดตาม ในการนี้จึงได้ปรับให้มีการจ่าย ยาให้ครบตามจำนวนวันนัดเมื่อถึงวันนัดยาจะหมดพอตี กำชับผู้ป่วยและฟีลเลี่ยงเรื่องการมาติดตามให้ตรงวันนัด เชียนวันนัดในด้านหน้าของสมุดนัด ปรับวันให้บริการ จำกวันศุกร์เป็นวันพฤหัสบดี จากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตรงตามวันนัดเพิ่มมากขึ้นแต่ ยังคงมีผู้ป่วยไม่มาตามวันนัด 1 คน เนื่องจากติดภารกิจ ที่จำเป็นจึงได้นัดให้มารับบริการในวันศุกร์

2.2 ปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
ปอดในคลินิกวัณโรค โดยการเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ในคลินิกวัณโรคทำให้เจ้าหน้าที่มีเวลาให้บริการ คำ แนะนำแก่ผู้ป่วยและฟีลเลี่ยงได้ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้ง ได้ปรับเปลี่ยนวันให้บริการของคลินิกวัณโรคจากวันศุกร์ เป็นวันพฤหัสบดี เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มาตามวันนัดให้ได้มา รับบริการในวันศุกร์ ผลการดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยทั้ง 25 คน มาติดตามการรักษาตามนัดเพิ่มขึ้น จากการลังเกต

พยาบาลผู้ให้บริการติดตามการรักษา มีเวลาพูดคุยซักถาม และประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพิ่มขึ้น พยาบาลพึงพอใจกับระบบการให้บริการที่มีการ ประสานและแบ่งหน้าที่กันในคลินิก ผู้ป่วยมีความพึง พอยกับการให้ความรู้เพื่อวางแผนได้ชัดเจนและพูด คุยกับผู้ป่วยและญาติคนอื่น ๆ

2.3 พัฒนาแนวทางการประสานข้อมูล
ผู้จัดและผู้ร่วมวิจัยได้จัดทำแนวทางส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างคลินิกวัณโรคกับแผนกที่เกี่ยวข้อง และ รพ.สต. โดยกำหนดวันเวลา และช่องทางการประสานข้อมูลที่ ชัดเจน เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคเป็นผู้แจ้งประสานข้อมูล ผู้ป่วยทั้งทางโทรศัพท์และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อ รพ.สต. ได้รับข้อมูลแล้วให้มีการตอบกลับข้อมูลให้ กับคลินิกวัณโรคทุกครั้ง พบร่วมกับผู้ป่วยที่เกี่ยวกับระบบ สัญญาณโทรศัพท์และอินเตอร์เน็ต แก่ไขโดยเพิ่มจำนวน ผู้ที่จะรับการประสานข้อมูลทางโทรศัพท์ ของ รพ.สต. อีก 1 คน ในกรณีติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานไม่ได้ และ นำแนวทางที่ทำการปรับปรุงแล้วนี้ไปใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 7 คน การประสานข้อมูลในโรงพยาบาลและรพ.สต. ที่มีผู้ป่วย จำนวน 5 แห่ง เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้ และ มีการตอบรับข้อมูลครบถ้วน ผู้รับข้อมูลทั้งสองฝ่าย พึงพอใจกับแนวทางนี้และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2.4 พัฒนาแนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวัณโรค แนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยนั้นเดิมได้ กำหนดเกณฑ์การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้านในระยะเข้ม ข้นไว้สัก�다ที่ละ 1 ครั้ง ได้ปรับการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่ บ้านทุก 2 สักดาที่และคลินิกวัณโรคนัดติดตามผู้ป่วยทุก 2 สักดาที่ใน 2 เดือนแรก หลังจาก 2 เดือนแล้วถ้าไม่มี ภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีอาการผิดปกติ จึงนัดทุก 1 เดือน แนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยนั้นนำไปใช้เยี่ยมติดตาม ผู้ป่วย จำนวน 7 ราย ตามเกณฑ์การเยี่ยมที่วางไว้คือระยะ เข้มข้นติดตามเยี่ยมโดย รพ.สต. 4 ครั้ง คลินิกวัณโรค 4 ครั้ง ระยะต่อเนื่อง รพ.สต. และคลินิกวัณโรค เยี่ยม เดือนละ 1 ครั้ง รวม 8 ครั้ง โดยในครั้งแรก มีการประเมิน สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป และทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านจะต้อง ประเมินสภาพและอาการของผู้ป่วย ประเมินความรู้ การ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วย พีลเลี่ยง ให้คำแนะนำเรื่องวัณโรค การ รักษา ยาที่รักษา ความสำคัญของการมีฟีลเลี่ยงกำกับการ



กินยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การบันทึกการกินยา การเก็บรักษายา การป้องกันการแพ้รุจ្រายเชื้อ การนัดติดตามการรักษา กิจกรรมการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องโดยการประเมินสภาพและอาการของผู้ป่วย ประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกครั้งในสมุดประจำตัวผู้ป่วย แฟ้มประวัติครอบครัวผู้ป่วยและทะเบียนการเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวพอใจและยินดีให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมติดตามจากเจ้าหน้าที่จนครบกำหนดการรักษาตามเกณฑ์ เมื่อครบกำหนดการรักษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรครับการรักษาครบทั้ง 7 ราย ไม่มีผู้ป่วยขาดยา

3. การประเมินผล พบว่า 1) บุคลากร ด้านสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอน 2) ผู้ป่วยและพี่เลี้ยง กำกับการกินยา มีความสนใจและให้ความร่วมมือในการรับประทานยา 3) ผู้ป่วยและพี่เลี้ยง กำกับการพัฒนา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันการแพ้รุจ្រายเชื้อเพิ่มขึ้น เกิดความตระหนกในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมในการดูแลเองที่ถูกต้องเหมาะสมจากการสังเกตการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาตรงตามนัดเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาตามนัด เจ้าหน้าที่สามารถติดตามมารับการรักษาได้ครบถ้วนราย 3) อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การเสนอแนะและร่วมดำเนินงานทุกครั้งที่ขอความร่วมมือ 4) การประเมินผลพัธ์ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 เมษายน 2554 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 25 คน เมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยรับการรักษาจนหายขาด จำนวน 24 คน คิดเป็นอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 96 ผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 1 คน เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีผู้ป่วยขาดยา ผู้ป่วยรายใหม่ที่ทำการศึกษาในระยะดำเนินกิจกรรมจำนวน 7 คน พบว่า เมื่อรับการรักษาครบ 2 เดือน มีผลเสมอในระยะ Conversion rate เป็นลบ ทั้ง 7 คน

การอภิปรายผล

1. การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จากสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรค มีการรับรู้และการ

ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการการรักษา การป้องกันการแพ้รุจ្រายเชื้อ และไม่มารับการติดตามการรักษาตามวันนัด เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในคลินิกวัณโรค และ รพ.สต. ได้สนับสนุนการดูแลตนเอง ให้กำลังใจ ให้ความรู้กับผู้ป่วย รายบุคคลและรายกลุ่ม เนื่องจากความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในเรื่องการรับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เช่น ไม่ได้เป็นผู้ประกอบอาหารเอง จึงให้ความสำคัญกับพี่เลี้ยงในการกำกับดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคและพี่เลี้ยงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคเพิ่มมากขึ้น สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับการรักษา การป้องกันการแพ้รุจ្រายเชื้อ การติดตามการรักษาตามนัด มีอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น^{14,15,16}

2. การปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปอดในคลินิกวัณโรค จากสถานการณ์ การให้บริการในคลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพียงคนเดียว มีกิจกรรมให้บริการผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกหลายอย่าง ทำให้บริการได้ไม่ครอบคลุม ได้เพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้บริการในคลินิกวัณโรค และเปลี่ยนวันให้บริการจากวันศุกร์เป็นวันพฤหัสบดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และไม่มีผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา เพื่อให้การบริการได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างบริการ การสร้างทีมงานดูแลผู้ป่วยที่มีการแบ่งงานกันอย่างชัดเจน และการนัดตรวจนัดตามอย่างเหมาะสม¹⁷

3. การพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และการเยี่ยมติดตามการรักษา ไม่มีแนวทางชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างแผนกในโรงพยาบาลและระหว่างคลินิกวัณโรคกับ รพ.สต. จากการกำหนดระบบการส่งต่อร่วมกันของทีมผู้ร่วมวิจัย ผลการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ได้มีการประสานข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ ทั้งระหว่างแผนกในโรงพยาบาลคลินิกวัณโรค และ รพ.สต. เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ จำนวนทั้งหมด 7 คน มีการตอบกลับข้อมูลครบถ้วน รพ.สต. สามารถนำข้อมูลไปวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง และรวดเร็ว เนื่องจากการมีแนวทางการประสานงานส่งต่อ



ข้อมูลที่ชัดเจนทั้งการใช้ยาต้าน痨病และอินเตอร์นีตทำให้มีการประสานงานที่เป็นระบบและชัดเจน ได้รับข้อมูลครบถ้วน ทำให้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปสู่การวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ^{17,18,19}

4. พัฒนาแนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวันโรค มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ การเยี่ยม เป็นผลจากการเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ครอบคลุมและชุมชน การมีสัมพันธภาพที่ดีมีผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาสอดคล้อง กับคำกล่าวที่ว่าการจัดที่ให้บริการเพิ่มเกี่ยวกับการจัด กลุ่มให้ความรู้ ให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลตามการรักษาที่ผู้ให้บริการใส่ใจต่อการให้บริการจะส่งผลต่อความร่วมมือ ในการรักษาที่มีคุณภาพ^{20,21}

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาสภาพการณ์พบว่าบุคลากร ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวันโรคได้รับการอบรมตามหลักสูตร การดูแลผู้ป่วยวันโรคยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ จึงควรจะให้ได้รับการฝึกอบรมก่อนให้การดูแลผู้ป่วยและมีการอบรมพื้นฟูทุกปี และนอกจากนี้องค์กรในชุมชน ได้แก่ อสม.ควรได้รับ การสนับสนุนและฝึกให้สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ด้วยความมั่นใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สมจิต แตนลีแก้ว ดร.เกษร แควโนนิจ ผู้ทรงคุณวุฒิ และนายแพทย์สุนันท์ แม่นเมือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านผือ และพ.สต.เครือข่ายผู้ป่วยวันโรค และพี่เลี้ยงผู้ป่วยวันโรค ที่มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุน

References

1. Bureau of Tuberculosis Department of Disease Control Ministry of Public Health. Guidelines for the implementation of the National TB Control. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing; 2008.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: WHO Report. Geneva: The Organization; 2007.
3. National Health Security Office (NHSO), Thailand. Integrated management of TB in National Health System fiscal year 2007. [database on the Internet]. 2007 [cited 2009 Oct 24]. Available from: http://www.searo.who.int/LinkFiles/CDS_Full_reportTB_July07.pdf.
4. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: WHO Report. Geneva: The Organization; 2009.
5. Bureau of Policy and Strategy Office of Permanent Secretary. Thai Society First quarter fiscal year 2007. [database on the Internet]. 2007 [cited 2009 Sep 20]. Available from: <http://www.thaigcd.ddc.moph.go.th>
6. Bureau of Tuberculosis Department of Disease Control Ministry of Public Health. Guide for health or municipal authorities : Participation of communities in TB control . Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing; 2008.
7. Limtrakul P, Panichacheewakul P, Charoenchai A, Srisaenpang P, Srisaenpang S. Situation Analysis Tuberculosis Control : DOTS Strategy. (Research report). Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2002.
8. Rattanasuwan P. Directly-Observed Treatment (DOT) working by give responsibility to provider who is not patient consil : Model of Tuberculosis center Region 11. Nakhonsetthammarat, fiscal year 1999 – 2001. Songkranakarin Medical Jernal 2001; 20(2) : 69-71.
9. Department of Tuberculosis and AIDS, Udonthani Provincial Health Office. Annul Report. Udonthani: Office; 2008.



10. Banphue Hospital. Annul Report. Udonthani. Hospital; 2009.
11. Banphue Hospital. Annul Report. Udonthani. Hospital ; 2010.
12. Bodenheimer, T., & Grumbach, K. Improving Primary Care: Strategies and Tools for a Better Practice. New York: McGraw-Hill; 2007.
13. Kane, R., Priester, R., & Totten, A. Meeting the Challenge of Chronic Illness. The Johns Hopkins University Press: printed in the United States of America on acid-free paper. 2005.
14. Tipaht P, Suggaravetsiri P. Factors Associated With Success of Treatment Among New Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis Patients in Urban and Aural Area in Chaiyaphum Province (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008.
15. Audthawate S. Prototype Publications to help TB patients complete the treatment with DOTS by Central Chest Institute of Thailand. (Thesis) Bangkok: Kasetsart University; 1998.
16. Intarasup S, Sangkajantaranon T. Healtheducation intensified The relatives were involved in the group treatment with DOTS in Tuberculosis Center Region 5 Nakhon Ratchasima. Journal of Communicable Disease Control, Region 5 Nakhon Ratchasima 1995; 1(2), 14-21.
17. Ouysawat M, Limtrakul P. Development of Participatory Practice Guideline for Tuberculosis Control at Soongnern District, Nakhon Ratchasima Province, Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division 2009; 27(1): 53-60.
18. Kingmanee J, Kongtal O. Improving continuing care for tuberculosis by community hospital. (Study Report) Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009.
19. Tasanauiem P, Aonchushom T, Tuanyee S. Network Development of Newborn Nursing Care in Sakon Nakhon Hospital and Its Neighbor Hosptils. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(3): 35-42.
20. Jiamjarasrangsi W. Chronic care model. [database on the Internet]. 2007 [cited 2009 Sep 20]. Available from: <http://www.hsri.or.th/th/publication/index.php>
21. Wagner, H., Austin, T., Davis, Hindmarsh, Schaefer, and Bonomi. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Medline & Chronic illness 2001; 20(6): 64-78.



Development of a Pulmonary Tuberculosis Health Care in Banphue Hospital Udonthani Province*

Chantana Chaodorn M.N.S.**

Patchsawai Limtrakul M.Sc.***

Abstract

This Action research aimed to analyze the care situation and to develop a TB health care for both the Banphue hospital TB clinic and the 21 collaborating health Promoting Hospital of Banphue hospital. The Chronic Care Model (CCM) was used to guide the first phase of the study in assessing the existing conditions of TB health care and analyzing obstacles faced. Data were collected through semi-structure interviews of healthcare-related administrators, healthcare personnel responsible in providing TB health care in both the TB clinic and the health Promoting Hospital, relevant officers from the Tambon Administrative Organizations (TAO), and DOT watchers, focus group discussions among TB patients and village health volunteer, behavioral observations of the health personnel at work and the patients' and their DOT watchers' behaviors at the clinic, and patients' medical records. The second phase was then undertaken to develop the comprehensive TB health care in Banphue hospital TB clinic and 5 network. A content analysis was used to examine qualitative information. Quantitative data was analyzed to obtain descriptive statistic.

A situational analysis of the existing TB healthcare services revealed that: TB patients possessed incorrect practice and un concerning toward the treatment regimen, prevention of TB transmission, and follow-up visits. The DOT watchers did not consistently observe the patients' medication takings. The TB clinic was understaffed and The protocol for collaboration and referral of patients' information were not clearly defined. As a result, project participants brainstormed to develop the TB healthcare service and implement the following activities: 1) Promotion of the patients' self-care for TB patients who possessed incorrect practice Health personnel also used the teaching media developed in this project to advice the DOT watchers about TB-related knowledge, medication adherence and basic patient care. 2) Improvement of TB healthcare service by increasing the number TB clinic staffs and rescheduling the clinic day to better suit with patient loads. 3) Development of a referral guideline between the TB clinic and all collaborating health centers. 4) Creating a TB home visit guideline.

After the project implementation, 25 TB patients participated in this project. 24 patients (96%) were completely cured. All new TB cases (7 patients) were properly referred from the TB clinic to responsible health centers and visited at home according to the home visit criteria.

Keywords: pulmonary tuberculosis (TB) health care, TB

* Thesis for Master of Science in Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

** Student of Master of Science in Nursing in Community Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate Professor and Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จังหวัดสกลนคร*

ปรีญา สินธุระวิทย์ พย.ม.*

วันเพ็ญ ปีนราช ศศ.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาแนวทางในการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จังหวัดสกลนคร เก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนและรายงานที่เกี่ยวข้อง พร้อม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการพิจารณาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครพี่เลี้ยง และผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่ม ทั้งหมด 50 คน การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณนำมวิเคราะห์ทางสถิติเป็นความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการควบคุมวัณโรคในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค พบร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชน มีความรู้ไม่เพียงพอ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดแนวทางในการควบคุมวัณโรคที่เหมาะสม จึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรค ดังนี้ 1) การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ในผู้ล้มผัสร่วมบ้านของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย และควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว 2) การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตามระบบ DOTS 3) การควบคุมรังโรค และการทำลายลิ้งปฏิกูลในชุมชน 4) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค

ผลจากการนำแนวทางพัฒนามาใช้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค พบร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถควบคุมวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการการควบคุมวัณโรค ทำให้เกิดผลลัพธ์จริงในด้านการควบคุมวัณโรค เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การควบคุมวัณโรคในชุมชน วัณโรค

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังและกำลังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลกในปัจจุบันวัณโรคได้กลับมาเป็นปัญหามากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อมีการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้วัณโรคยังคงเป็นโรคที่สำคัญและองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน (A global TB emergency)¹ เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2536 และในปี ค.ศ. 2002 ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว ความซุกของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 16–20 ล้านคน โดยประมาณ ครึ่งหนึ่ง (8–10 ล้านคน) เป็นก

ลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ และแต่ละปีผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 8.4 ล้านคน² โดยร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และในแต่ละปีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.9 ล้านคน

จากรายงานขององค์กรอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 2005 ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง โดยประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ใน 22 ประเทศที่กำลังพัฒนา และได้มีการจัดตั้งดับประเทศไทยที่มีจำนวนผู้ป่วยมากตามลำดับ สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในกลุ่ม 22 ประเทศเหล่านี้ด้วย จากการคำนวณทางราษฎร์วิทยาในรายงานขององค์กรอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภทปีละ 89,000 ราย คิดเป็น 142 ต่อแสนประชากร และ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ประมาณ 40,000 ราย เป็นผู้ป่วยที่เสมอภาค คิดเป็น 63 ต่อแสนประชากร⁴ และจากรายงาน 506 ของสำนัก ราชบัตวิทยา พบร่วมกับ ประชารถของประเทศไทย ร้อยละ 30-40 ติดเชื้อวัณโรคแล้ว โดยไม่มีอาการแสดงแต่อย่างไร ยกเว้นบางรายอาจมีอาการปอดอักเสบเล็กน้อยอยู่สักระยะหนึ่งแล้วหายไปเอง ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกัน คนส่วนมากที่ได้รับเชื้อวัณโรคครั้งแรกจะมักจะแข็งแรงเป็นปกติเดี๋ยวนี้ แต่อย่างไรก็ตาม เชื้อวัณโรคยังอาจหลงเหลืออยู่บ้าง โดยหลบซ่อนอยู่ในปอดและอวัยวะอื่น ๆ อย่างสงบนานแรมเป็น

การควบคุมวัณโรคในอดีตที่ผ่านมาเมื่อมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพทำให้ประเทศไทยสามารถควบคุมวัณโรคได้ดีจนกระทั้งไม่มีปัญหาสาธารณสุข จำนวนผู้ป่วยวัณโรคลดลง แต่เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์โดยในปี พ.ศ. 2547 พบร่วมกับเชื้อวัณโรคที่ตรวจพบเชื้อในเสมอภาคประมาณ 50 ต่อแสนประชากร และจากรายงาน TB 07 ที่กลุ่มวัณโรคสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับรายงานจากพื้นที่ต่างๆ ผ่านผู้ประสานงานวัณโรคทุกระดับ ปรากฏว่าในปี พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยวัณโรคได้เพิ่มขึ้น พบร่วมกับเชื้อวัณโรคทั้งสิ้น 56,016 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยใหม่เสมอภาค 27,932 ราย ผู้ป่วยใหม่เสมอภาค 17,835 ราย ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด 8,574 ราย⁵

โรงพยาบาลล้านนาวินิวาส เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ทุกประเภททั้งหญิงและชาย งานควบคุมวัณโรคมีกลุ่มงานเฉพาะปฏิบัติครอบคลุมและชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบ ผลการดำเนินงานประเมินผลจากอัตราการรักษาหายขาด ในผู้ป่วยเสมอภาค และอัตราการรักษาครบในผู้ป่วยเสมอภาค พบว่า ยังมีอัตราต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมาย ร้อยละ 85) โดยในปี พ.ศ. 2548-2550 มีอัตราการรักษาหายขาดเท่ากับร้อยละ 73.0, 70.0 และ 62.8 ตามลำดับ สาเหตุของการรักษาไม่ได้ตามเป้าหมายเกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดยามากที่สุด อัตราการขาดยาในผู้ป่วยเสมอภาค ในปี พ.ศ. 2548-2550 เท่ากับร้อยละ 5.8, 8.8 และ 25.7 ตามลำดับ⁶ จะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานที่ผ่านมา การดำเนินงาน DOTS นั้นยังไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบร่วมกับ กลยุทธ์ DOTS เป็นกลยุทธ์หลักที่องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนะให้ประเทศต่าง ๆ ห้ามออกนำไปดำเนินการควบคุมวัณโรค ซึ่งมีกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 1) การพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานการควบคุมวัณโรค แห่งชาติ ยังยึดถือกลยุทธ์ DOTS เป็นหลัก 2) การสมมติฐานวัณโรคและโรคเอดส์ วัณโรคต้องหายภายใน 3) สนับสนุนระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง 4) ประสานงานกับทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบ 6) ส่งเสริมการศึกษาวิจัย ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจแนวคิดการควบคุมวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมมาศึกษาสภาพการณ์ วางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอวินิวาส เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาการควบคุมวัณโรคของโรงพยาบาลล้านนาวินิวาส จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงนี้เป็นปฏิบัติการ (Action research) เป็นกระบวนการวิจัยที่ต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมวัณโรคในชุมชน โดยมีผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาและมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมวัณโรค ระหว่างเดือน ตุลาคม 2551 ถึง มีนาคม 2552 ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 10 คน 2) พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 10 คน 3) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ สาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 13 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กับโรงพยาบาล 4 ชุด สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานควบคุมวัณโรค เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค องค์กรในชุมชน ผู้ป่วยวัณโรคและพี่เลี้ยง ประกอบด้วย



ข้อมูลทั่วไป การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค การพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค การติดตามประเมินผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับงานควบคุมวัณป้องกันโรคและข้อเสนอแนะ

วิธีดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และวิเคราะห์ปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานวัณโรค โดยเตรียมข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม และข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการรวบรวมเอกสารทะเบียนรายงานสถิติ นำมายังวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหาและวิเคราะห์สังเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมวัณโรคทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเตรียมข้อมูลที่ได้จากศึกษาเสนอผู้ร่วมวิจัยและวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินงาน สังเกตและจดบันทึก เพื่อประเมินผู้ร่วมวิจัยในระหว่างการให้สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 วางแผน เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาและจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค จัดเตรียมการประชุมระดมสมองผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมวิจัยในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอปัญหา แนวทางการแก้ไขและจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค สรุปแนวทางการดำเนินงานที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น สังเกตและจดบันทึกการร่วมแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นผู้ร่วมวิจัย พิจารณาปรับแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 นำแนวทางการดำเนินงานไปใช้และสะท้อนผลการปฏิบัติ ประชุมซึ่งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก่อนนำแนวทางการดำเนินงานไปใช้ ในการควบคุมวัณโรคไปใช้ ร่วมสะท้อนการปฏิบัติ โดยการสำรวจร่วมกันเป็นทุกระยะทุกขั้นตอนระหว่างผู้ร่วมวิจัยเพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การปฏิบัติใหม่ สังเกตและจดบันทึก การปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค และสะท้อนผลการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล จัดเวทีประเมินผลโดยการประเมินร่วมกันในทุกขั้นตอนระหว่างดำเนินการของผู้ร่วมวิจัยโดยประเมินกระบวนการในการมีส่วน

ร่วมจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยวัณโรค พี่เลี้ยงและองค์กรในชุมชน ส่วนการประเมินผลลัพธ์ คือได้แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์การนำแนวทางการควบคุมวัณโรคไปใช้ คืออัตราผลสำเร็จในการรักษา อัตราการเปลี่ยนของเสมอ อัตราการรักษาหายและอัตราการขาดการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และจำนวนในรูปของร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้ผ่านการขอรับพิจารณาจัดยื่นรiform ในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว เมื่อวันที่ 25 เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2551 เลขที่โครงการ HE 512093 เมื่อได้อนุมัติแล้วทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลวานรินวาส ศัลล์เลือกกลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติ อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแผนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ กลุ่มเสี่ยงมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากกระบวนการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการรับบริการพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต เมื่อกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมการวิจัยจะให้เชิญใบอนุญาต

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การควบคุมวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า

1.1 ผู้ป่วยวัณโรคและพี่เลี้ยง มีความรู้ความเข้าใจในการควบคุมวัณโรคไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยให้หายขาด และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การติดตามการรักษาตามนัด และพี่เลี้ยงวัณโรคส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ป่วยไม่เข้าใจในบทบาทความสำคัญของการทำงานที่เป็นพี่เลี้ยงวัณโรค โดยส่วนใหญ่จะยอมตามใจผู้ป่วยถึงแม้ว่าผู้ป่วยวัณโรคปฏิบัติไม่ถูกต้องในการควบคุมวัณโรค เช่น การไอ จาม หรือการทำลายเสมหะไม่ถูกวิธี



1.2 ผู้ป่วยวัณโรคขาดการติดตาม เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง บางรายรับการรักษาไม่ต่อเนื่องต้องกลับไปทำงานและมีปัญหาทางเศรษฐกิจซึ่งส่งผลให้การควบคุมวัณโรคล้มเหลว เชื้อวัณโรคแพร่กระจายในชุมชนมากขึ้นได้

1.3 ระบบการควบคุมวัณโรคในชุมชน พบว่า ขาดการประสานงานในการดำเนินการควบคุมวัณโรคระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในสถานบริการและในชุมชน ไม่มีการประสานวางแผนร่วมกัน ผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีปัญหาในระบบการส่งต่อข้อมูลและไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยในทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง องค์กรในชุมชนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และผู้นำชุมชนยังขาดความรู้ ความเชื่อใจเกี่ยวกับวัณโรค และยังไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค

2. การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชน

2.1 การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและพี่เลี้ยงโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับควบคุมวัณโรค โดยใช้คู่มือหรือแผนการสอนลูกศิษย์ที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับวัณโรค รวมทั้งการใช้สื่อในการให้ความรู้ เช่น ภาพพลิค วีดีโอ แผ่นพับ ในขณะที่ผู้ป่วยนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาล รับยาที่คลินิกวัณโรค และในชุมชนขณะที่ติดตามเยี่ยมบ้าน พบร่วมกับผู้ป่วยและพี่เลี้ยง เกิดความตระหนักให้ความร่วมมือในการรักษาและควบคุมโรคอย่างถูกต้อง

2.2 แนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลระหว่างคลินิกวัณโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ร่วมประชุมระดมสมองได้เสนอแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลและการแก้ไขปัญหาโดยการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ประสานงานวัณโรคระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคตรวจสอบข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ส่งไปยัง รพ.สต. และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยและประสานงานผลจากการนำแนวทางไปใช้พบร่วมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องระหว่างคลินิกวัณโรคกับ รพ.สต. และสำนักงานสาธารณสุขทุกเดือน มี

ช่องทางการประสานงานที่สะดวก โดยการประสานทางโทรศัพท์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์และรูปแบบเอกสารผ่านที่ประชุมคณะกรรมการในการติดตามงานควบคุมวัณโรคของอำเภอ ผลการประสานงานส่งต่อข้อมูลทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3 แนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้ร่วมประชุมระดมสมองได้เสนอให้กลุ่มองค์กรในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. ได้มีส่วนร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยและมีส่วนร่วมจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS และจัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคของเจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการนำแนวทางการดูแลรักษาและควบคุมผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS พบว่า มีการเลือกพี่เลี้ยงร่วมกับผู้ป่วย แต่ไม่ครอบคลุมทุกรายเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารับยาเอง จึงเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติติดตามเยี่ยมที่บ้าน อธิบายให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงเข้าใจบทบาทมากขึ้น ให้คำแนะนำเน้นการรับประทานยาต่อหน้าพี่เลี้ยงและบันทึกในสมุดประจำตัวของผู้ป่วย ส่วนการเยี่ยมบ้านพบว่า ในระยะเข้มข้น หลังจากผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 14 วัน ติดตามเยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง ระยะต่อเนื่อง เดือนที่ 3-6 ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง รวม 6 ครั้ง ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงมีความเชื่อใจในการรักษาวัณโรคมากขึ้น มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่พบรอตัวการขาดการรักษา

2.4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองเสนอแผนการพัฒนาบุคลากร โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ ตำบล องค์กรในชุมชนเพื่อให้มีความรู้ ร่วมจัดทำแนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอด พัฒนาและจัดทำแบบค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเลี้ยง โดยให้องค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วย ผลการนำแนวทางไปค้นหาผู้ป่วยไปใช้พบร่วมกับกลุ่มเลี้ยงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการระบุประเภทผู้รับการค้นหาครบถ้วน กลุ่มเลี้ยงได้รับการส่งตัวเพื่อมาตรวจ



วินิจฉัย 14 ราย ผลการตรวจเสนอเป็นลบทั้ง 14 ราย ทำให้ผู้ที่มีอาการสงสัยเป็นวัณโรคได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เร็วขึ้น เป็นการตัดวงจรการเกิดวัณโรคในพื้นที่ ส่วนการเยี่ยมบ้านนำแนวทางการให้สุขศึกษาสำหรับองค์กรในชุมชนไปใช้กับ ผู้ป่วย 10 ราย พนบฯ ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงให้ความสนใจและมีส่วนร่วมเสนอแนะในการรักษาและดูแลตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ ในส่วนการให้สุขศึกษา พนบฯ ผู้ป่วย พี่เลี้ยงให้ความสนใจ มีส่วนร่วมเสนอแนะในการรักษาและดูแลตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ มีความมั่นใจจะติดตามการรักษาครบถ้วนกำหนด องค์กรในชุมชนยินดีร่วมมือให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และการติดตามเยี่ยมในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

การอภิปรายผล

การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและพี่เลี้ยง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคและพี่เลี้ยง ให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการเสนอแนะการรักษาและการดูแลตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ ในเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการแพ้ยา จะได้รับการตรวจระดับการแพ้ยาและการเปลี่ยนสูตรยาเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารและการพักผ่อน ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงได้ให้ความสำคัญและปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่งผลให้มีสุขภาพดีมีกำลังใจในการรักษา การป้องกันการแพร่เชื้อ ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าต้องมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นโดยการไม่อุย្ញีในที่แออัด ปิดปากและจมูกเวลาไอ ทำลายเสมหอย่างถูกวิธี

การประสานงานส่งต่อข้อมูล จากการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการส่งต่อข้อมูลมีการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคและปัญหาที่ต้องได้รับการดูแล ต่อเนื่อง ระหว่าง คลินิกวัณโรคกับสำนักงานสาธารณสุข อำเภอทุกเดือน มีช่องทางการประสานส่งต่อข้อมูลที่สะท้อนขึ้น โดยการประสานงานทางโทรศัพท์ จดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ การประสานส่งต่อข้อมูลกับหน่วยรพ.สต. เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค⁷

กลยุทธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเรือรังอย่างยั่งยืน ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ความมีการเชื่อมโยงกับการจัดระบบการส่งต่อและระบบการส่งกลับที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการดูแลในหน่วยบริการและวางแผนการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน⁸ และการให้บริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการด้านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเลือกใช้ มีความใกล้ชิด รู้จักสภาพวิถีชีวิตในชุมชน บริการจะต้องเน้นมิติคุณภาพ ดังนั้น การประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อประสานบริการและส่งต่อส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการยังหน่วยงานอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ที่ดีของสถานบริการแต่ละระดับในการส่งผู้ป่วย และข้อมูลข่าวสารทั้งไปและกลับ⁹

การติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน การติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS พนบฯ ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยมีญาติเป็นพี่เลี้ยงซึ่งพิจารณาร่วมกับเจ้าหน้าที่ จากการให้บริการ พนบฯ อัตราการผลสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 78.5 อัตราการรักษาหายร้อยละ 78.5 และเมื่อเทียบกับปี 2548, 2550 ที่มีอัตราผลสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 70.8, 82.1, 80.0 และอัตราการรักษาหาย ร้อยละ 80.4 และ 78.7 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือมากกว่าร้อยละ 85 สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากในปี 2551 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยวัณโรคผู้สูงอายุเสียชีวิต ในระหว่างการรักษาจำนวน 3 ราย ซึ่งคาดว่าเมื่อมีการนำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคไปใช้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและต่อเนื่อง อัตราผลสำเร็จในการรักษา อัตรารักษาหายน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนอัตราเปลี่ยนของเสมอห้องร้อยละ 85 ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือร้อยละ 85 เมื่อเทียบกับปี 2548 และ 2550 ที่มีอัตราการเปลี่ยนของเสมอห้องร้อยละ 89.9; เท่ากัน พนบฯ แม้อัตราการเปลี่ยนของเสมอห้องลดลงจากปีก่อนแต่ผู้ป่วยยังให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการเปลี่ยนของเสมอห้องที่กำหนด ส่วนอัตราการขาดการรักษา ร้อยละ 0



เมื่อเทียบปี 2549 และ 2550 ที่มีอัตราการขาดการรักษา ร้อยละ 19.0 และ 22.0 ตามลำดับ จะเห็นว่าอัตราการขาดการรักษาในปี 2550 มีแนวโน้มดีขึ้น คาดว่าจากการที่นำแนวทางการดำเนินงานมาใช้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องได้เห็นความสำคัญของปัญหาและร่วมกันแก้ปัญหา จึงทำให้ผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จได้ส่วนแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบร่วมในการใช้แนวทางผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ในคลินิกวันโรคจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านอยู่ในชุมชน การดูแลต่อเนื่องไม่เพียงเป็นการดูแลติดตามผู้ป่วยเป็นเวลาเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการจัดระบบการให้บริการที่เหมาะสม เป็นองค์กรรวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย¹⁰ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละหน่วยบริการ สุขภาพที่เชื่อมโยงบริการระหว่างสถานบริการกับบ้านหรือชุมชน ถือได้ว่าเป็นบริการที่สมบูรณ์แบบ และเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย¹¹ ซึ่งการดูแลครอบคลุมต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้มีความต่อเนื่องเกิดขึ้น 3 ลักษณะคือการดูแลต่อเนื่องก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ การดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น และการดูแลต่อเนื่องระหว่างสถานบริการ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการดูแลของบุคคลากรผู้ให้บริการ¹²

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวันโรคของชุมชน ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมวันโรค มีความพึงพอใจกับผลที่เกิดขึ้น ตรงกับความต้องการของชุมชน และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวันโรคในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกัน ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมวันโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังแนวคิดการมีส่วนร่วมคือการสร้างพลังอำนาจ ลิงสำคัญเริ่มจากบุคคลได้ร่วมในกิจกรรม ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ได้รับการฟังและสนับสนุน สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงวิถีความคิดของตนเอง เพิ่มความมั่นใจในตนเองอันเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคลในที่สุด^{13,14} การนำแนวทางการดำเนินงานไปใช้ กลุ่มเลี้ยง

ได้รับการตรวจวินิจฉัย 14 ราย การมารับตรวจวินิจฉัยของกลุ่มเลี้ยงไม่พบปัญหาการ เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและความต้องการ การวางแผนปฏิบัติและประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดต่อการเจ็บป่วย มีความรู้และความเข้าใจสภาพปัญหาการเจ็บป่วยมากขึ้นและให้ความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยมากขึ้นจึง เกิดเครือข่ายการส่งเสริมการดูแลตนเองในชุมชน^{15,16}

ข้อเสนอแนะ

1. ดำเนินการตามแผนพัฒนาบุคคลกรผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยวันโรค โดยอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับอาชีวศึกษา ตำบลและองค์กรในชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนักรและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวันโรค
2. ผู้บังคับบัญชาทุกระดับและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งด้านวิชาการ งบประมาณ มีเวทีส่วนรวมระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานและผู้บริหารในการวางแผน ปรับแนวทางในการดำเนินงานควบคุมวันโรคให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
3. ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลกำกับการรับประทานยาที่เหมาะสม อาจจะเป็นญาติหรือตัวผู้ป่วยเอง ให้กำลังใจและประเมินปัญหาอุปสรรคอย่างสม่ำเสมอ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมชาย พรหมจักร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวนรนิวาส ที่สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์นี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยวันโรค พี่เลี้ยงผู้ป่วยวันโรค และองค์กรในชุมชนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

References

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: WHO Report. Geneva: The Organization; 2007.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: WHO Report. Geneva: The Organization; 2009.



3. Department of Disease Control /Ministry of Public Health. The National Tuberculosis Control Program. Bangkok: The National Office of Buddhism Press; 2007.
4. The Bureau of Epidemiology. Annual epidemiological surveillance report 2007. Bangkok: The Express Transportation Organization of Thailand Press; 2008.
5. Bureau of Tuberculosis /Department of Disease Control /Ministry of Public Health. A Guideline for Primary Health Care Station Officer or Municipal Officer: Community participation in Tuberculosis Control. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Press; 2009.
6. Bureau of Tuberculosis /Department of Disease Control /Ministry of Public Health. The National Tuberculosis Control Program. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Press; 2009.
7. Wanonniwas Hospital. Annual Report 2007. Sakonnakhon: Primary Care Unit; 2007.
8. Yeanggratok S, Mangklasiri R. Primary Care unit /Way to Service Objective. 2nd ed. Nakhon Ratchasima: Sombun Press; 2002.
9. OnchuanJit S, Tretrong R. Service Health Care At Home. 2nd ed. Nonthaburi:Ministry of Public Health; 2006.
10. Ouysawat M, Limtrakul P. Development of Participation Practice Guideline for Tuberculosis Control at Soongnern District. Nakhon Ratchasima Province. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division 2009; 27(1): 53-61.
11. Bureau of Tuberculosis /Department of Disease Control /Ministry of Public Health. A Guideline for Primary Health Care Station Officer or Municipal Officer: Participation of Community. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Press; 2009.
12. Limtrakul P, Panitchacheewakul P, Charoenchai A, Srisaenprang P, Srisaenprang S. Situation Analysis Tuberculosis Control: DOTS Stralgy. (Research Report). Khon Kaen: Faculty of Nursing Khon Kaen University; 2002.
13. Tassaniyom N. Teaching Document of 251 742 Subject Community Nursing 2, Community Participation on Health Development: Concept and Technique. Khon Kaen: Department of Nursing; 2002.
14. National Health Security Office (NHSO), Thailand. Integrated management of Tuberculosis in National Health System fiscal year 2007. [database on the Internet]. 2007 [cited 2009 Oct 24]. Available from: http://www.searo.who.int/LinkFiles/CDC_Full_ReportTB_July07.pdf.
15. Ouysawat M, Limtrakul P. Development of Participatory Practice Guideline for Tuberculosis Control at Soongnern District, Nakhon Ratchasima Province, Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division 2009; 27(1): 53-60.
16. Tasanauiem P, Aonchushom T, Tuanyee S. Network Development of Newborn Nursing Care in Sakon Nakhon Hospital and Its Neighbor Hos-pitls. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(3): 35-42.



The Development of Practice Guideline for Tuberculosis Control in Community of Wanonniwat Hospital, Wanonniwat District Sakonnakhon Province*

Preeya Sinturawit M.N.S.**

Wanphen Punnaraj PhD***

Abstract

This action research aimed to analyze situation and to develop an appropriate guideline of controlling for tuberculosis in Wanonniwat hospital community. Sakonnakhon Province. The data 50 health officers , DOT watchers ,TB patients was collected by register, interviews, group discussions, observation and note taking from the patients. The research tools were the guideline for interview and guideline for group discussion. The 50 related people. The quantitative information was analyzed to obtain frequency and percentage and qualitative information was analyzed to obtain content.

The results show that the tuberculosis patients, community organization, and the health care providers did not have enough knowledge for tuberculosis caring, control the official staffs lack of guideline. The developed guideline ware as follow. 1) The finding of new TB patients from tough people and risk people for fastest checking and controlling. 2) The effective treatment with DOTS\system 3) TB host controlling and community cleaning. 4) The collaboration of information among hospital and community for surveillance, prevention and control.

Inconclusion from the study all TB patients were be cured in continually unit they were getting well. Tuberculosis were cured and control by collaboration among community organization, health care province, volunteers, patients and staffs. The successful for the prevention in order to promote the effectiveness and sustainability of the TB controlling.

Keywords: The Control ling of Tuberculosis in Community, TB

* Thesis for Master of Science in Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Student of Master of Science in Nursing in Community Health Nurse, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ผู้นิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

พัชริดา พูลเพ็ม พย.บ., พบ.ม.*

ณัชชารณ์ เทโหปการ พย.ม.**

ธิดาจิต มณีวัต พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและพัฒนาศักยภาพของผู้นิเทศทางการพยาบาล การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นิเทศ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นิเทศ ประกอบด้วย การได้รับทรัพยากร การได้รับการสนับสนุน การได้รับโอกาส การได้รับข้อมูลข่าวสาร กับประชากรที่เป็นหัวหน้าครอบครัวจำนวน 30 คน 2) จัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง โดยนำข้อมูลจากขั้นที่ 1 ร่วมกับกระบวนการคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของกิบสัน (Gibson, 1993) และการบทหวานวรรณกรรม เพื่อจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงสร้างโปรแกรมจำนวน 2 ครั้ง และปรับปรุงแก้ไข จนกระทั่งโครงสร้างโปรแกรมมีความเหมาะสมสมอยู่ในระดับมาก และมีความสอดคล้องกับทุกองค์ประกอบ และได้นำไปทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง กับกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าครอบครัวจำนวน 10 คน เข้าร่วมกิจกรรม 12 กิจกรรม โดยวิธีการสอนแนะ เป็นระยะเวลา 20 ชั่วโมง ประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมหลังจากลิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ผลการคึกคักพบว่าอยู่ในระดับดี 4) ปรับปรุงโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ผู้นิเทศทางการพยาบาลโดยปรับปรุงแบบบันทึกพฤติกรรมการกำกับตนเองให้มีความกระตือรือร้น และปรับปรุงรายละเอียดให้เหมาะสมในการจัดทำเป็นโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้นิเทศทางการพยาบาลฉบับสมบูรณ์

ผลการวิจัย ได้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ผู้นิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองประกอบด้วย กิจกรรมขณะเข้าร่วมโปรแกรม 12 กิจกรรม โดยเน้นการใช้ทักษะที่สำคัญ เช่น ทักษะการพูดและการนำเสนอ ทักษะการจูงใจและเสริมแรง ทักษะสัมพันธภาพที่พึงประสงค์ ทักษะการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลลัพธ์ที่ได้จากการฝึกกิจกรรมทำให้ผู้นิเทศทางการพยาบาล รับรู้พลังอำนาจในตนเอง

จากการวิจัยดังกล่าวทำให้ผู้นิเทศทางการพยาบาล ตระหนักในความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในตนเอง มีแรงจูงใจในตนเอง และได้รับรู้ความสามารถของตนเอง จนกระทั่งพึงพอใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้น กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมลงสู่การปฏิบัติจริง และประเมินผล การใช้โปรแกรมเพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ผู้นิเทศทางการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้นิเทศทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับ ติดตาม ประเมิน และบริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดคุณภาพ และลักษณะงานบริการพยาบาลเป็นงานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งต้องมีการกำกับติดตามตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น ผู้นิเทศทางการพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่สำคัญคือ ต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษณ์ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา รวดเร็ว เหมาะสม ทันเหตุการณ์ เข้าใจตนเองและผู้ร่วมงาน และมีมนุษย์สัมพันธ์เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์¹ คุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น เป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวบุคคล และสามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยการพัฒนาศักยภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคคลซึ่ง มีหลายวิธี แต่ละวิธีในการนำมาใช้ต้องคำนึงถึงบริบทของแต่ละองค์กรเป็นสำคัญ จากการบททวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson² ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคคลอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ดังเช่น การศึกษาของ สายฟัน เอกภารกุร³ ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่วนปฐุ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลส่วนปฐุกลุ่มที่มีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองสูง มีการปฏิบัติกิจกรรมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองต่ำ และได้มีการศึกษาของ สมคิด อ่อนปรางค์⁴ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีการรับรู้การมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้นจากการทดลอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง เป็นวิธีการพัฒนาศักยภาพบุคคลรายบุคคล (individual) จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลผ่านขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเอง ใช้ความรู้ ความสามารถ จัดการกับชีวิตตนเอง ตลอดจนทรัพยากรที่มีอยู่

ตระหนักรู้ในคุณค่าความสามารถทั้งของตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคล ส่งผลให้บุคคลรับรู้ศักยภาพตนเอง และเพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินใจ เช่น ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การมีมนุษย์สัมพันธ์ ทักษะความเป็นผู้นำ เพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน และสถานที่ทำงาน การมีส่วนร่วมในองค์การ มีความรับผิดชอบ สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Patrick and Laschinger⁵ และ Baker et al.⁶ พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน

ผู้จัยในฐานะหัวหน้าพยาบาล จึงได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคคล โดยเฉพาะผู้นิเทศทางการพยาบาล จึงจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง เพื่อให้เป็นไปตามแผนการพัฒนาศักยภาพบุคคลการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและการบริหารทรัพยากรบุคคล (HRD/HRM) ด้านการพัฒนารายบุคคล (Individual Development) ในระบบบริหารราชการยุคใหม่ ยุทธศาสตร์การพัฒนาข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2552-2556⁷

วัตถุประสงค์การวิจัย

พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองและพัฒนาศักยภาพของผู้นิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ของกิบสัน¹ ซึ่งเป็นกระบวนการภายในตัวบุคคล (intrapersonal process) และเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล (Interpersonal process) โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ทำให้เกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง (sense of power) ที่นำมามีช่วงคุณลักษณะ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถที่จะควบคุม หรือจัดการสถานการณ์ได้ 2) ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง 3) การพัฒนาตนเอง 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเอง ขั้นตอนการเสริมสร้าง



พลังอำนาจในตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (talking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า (holding on) ร่วมกับการใช้กิจกรรมสำคัญ 12 กิจกรรม ตามผลการศึกษาของ พnarัตน์ เจนจบ⁶ เพื่อสนับสนุนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของกึ๊บลัน² 4 ขั้นตอนทั้งนี้ได้มีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร โดยใช้เทคนิคการสอนแนะ (coaching) วิธีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เน้นผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ภายใต้แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง (self empowerment)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นิเทศในปัจจุบัน 2) แบบประเมินการรับรู้ พลังอำนาจในตนเอง ประกอบด้วย ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทักษะ ที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความตั้งใจ ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และผู้อื่น การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับทักษะการเสริมสร้าง พลังอำนาจ แบบสังเกตพฤติกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ประกอบด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับ ที่สร้างสรรค์แทนการต้านทานเมื่อพบว่ามีความผิดพลาด การให้รางวัล / ให้กำลังใจกับตนเองเมื่อต้องการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ให้รางวัล / ให้กำลังใจผู้อื่น เมื่อบุคคลนั้นมีปัญหา/ความคับข้องใจ เข้าร่วมประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ วางแผนการใช้ทรัพยากรเพื่อให้เกิดประโยชน์คุ้มค่า ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองในเรื่องที่สนใจและจำเป็นในการปฏิบัติงาน ถ่ายทอดความรู้ให้บุคคลอื่นด้วยความจริงใจ ตัดสินใจเรื่องต่างๆ โดยอ้างอิงข้อมูลที่มีอยู่ให้มากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงการผ่านกรรมการจิรยธรรมการวิจัยในมหุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยยึดตามหลักการพื้นฐานจิรยธรรมการวิจัย 3 ประการ คือ 1) หลักการเคารพในบุคคล (respect for person) 2) หลักการให้คุณประโยชน์ (beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (justice)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นิเทศในปัจจุบัน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นิเทศในปัจจุบัน ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการเสริมสร้าง พลังอำนาจ ประกอบด้วย 1) ด้านการได้รับการสนับสนุน เช่น การได้รับการสอนงานปрактиกาหารือ การได้รับการยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การได้รับการยอมรับไว้วางใจ จากผู้บังคับบัญชา 2) ด้านการได้รับทรัพยากร เช่น การได้รับการจัดสรร วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ บุคลากร 3) ด้านการได้รับโอกาส เช่น เพิ่มพูนความรู้ทักษะพัฒนาตนเอง มีความก้าวหน้าในงาน 4) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร เช่น ได้รับข้อมูลข่าวสาร ชัดเจน ทันสมัย ทันเหตุการณ์ สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้บังคับบัญชา ได้สร้างบรรยากาศที่มีการติดต่อสื่อสาร

ขั้นตอนที่ 2 สร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ได้แก่ 1) กำหนดองค์ประกอบที่จำเป็น ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้นิเทศในปัจจุบัน ประกอบด้วย ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทักษะ ที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัจจุบันของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพการณ์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นิเทศในปัจจุบัน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในขั้นตอนที่ 1 2) โครงสร้างโปรแกรมประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ โครงสร้างเนื้อหาเป็นประเด็น สาระสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองโดยใช้เทคนิคการสอนแนะ (coaching) วิธีการดำเนินการ กิจกรรมสำคัญ 12 กิจกรรม วิธีการสอนแนะครอบคลุม เกี่ยวกับ 2.1) การส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในองค์การ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพแบบผู้ใหญ่ และผู้ใหญ่ ความสัมพันธ์ในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (ความจริงใจ ความไว้วางใจกัน การยกย่องชมเชย การให้เกียรตินับถือ



การจริงใจ และการยอมรับ) 2.2) การจูงใจ การเสริมแรง และการให้ข้อมูลย้อนกลับ 2.3) การเป็นแบบอย่าง 2.4) การพัฒนาทีมงาน โดยการมอบหมายงาน และการติดตามงาน การประเมินผล การประเมินประสิทธิภาพ ของโปรแกรม 3) การประเมินโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างองค์ ประกอบที่สำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ถ้าพบว่า ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่า องค์ประกอบส่วนนี้มีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ ไม่ต้องทำการปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลัง อำนาจในตนเอง ทดลองในกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย เข้าร่วมโปรแกรม และนำไปใช้จริง โดยเข้าร่วมโปรแกรมพร้อมกันทั้ง 10 คน ได้รับการฝึกกิจกรรมสำคัญ 12 กิจกรรม จำนวน 20 ชั่วโมง ทักษะที่ต้องฝึกฝน โดยการพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการสอนแนะ ก่อนที่จะสอนแนะนำผู้อื่น ได้แก่ วิธีการพัฒนาตนเองที่สำคัญที่บุคคลสามารถนำไปใช้ได้ เมื่อต้องการพัฒนาตนเอง เช่น การปรึกษาหารือ การค้นคว้าด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพในงานที่มีประสิทธิภาพได้แก่ สัมพันธภาพแบบผู้ใหญ่ – ผู้ใหญ่ การให้ความจริงใจและไว้ใจกัน การแสดงความชื่นชม ยกย่อง การให้เกียรตินับถือกัน การยอมรับและเห็นใจกัน การลือสารและการให้ข้อมูลข่าวสารที่พึงประสงค์โดยใช้ การพูด การถาม หรือการแสดงความสนใจอย่างเหมาะสม การจูงใจ / เสริมแรงทางบวก การให้ข้อมูลย้อนกลับ การศึกษาและบททวนรายละเอียดในเรื่องที่จะสอนแนะนำผู้อื่น ฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่จะต้องสอนแนะนำเพื่อเป็นแบบอย่าง แก่ผู้รับการสอนแนะ เช่น ถ้าจะสอนแนะเรื่องการประชุม ที่มีประสิทธิภาพ ผู้สอนแนะก็จะต้องปฏิบัติการประชุมที่มีประสิทธิภาพด้วย เพื่อจะได้เป็นแบบอย่างแก่ผู้รับการสอนแนะได้ ทักษะที่จะต้องได้ปฏิบัติอย่างจริงจังเมื่อต้องสอนแนะนำผู้อื่น ได้แก่ การมีความสัมพันธ์ในงานกับผู้อื่น ที่มีประสิทธิภาพ เช่น สัมพันธภาพแบบผู้ใหญ่ – ผู้ใหญ่ การให้ความจริงใจและไว้ใจกัน การแสดงความชื่นชม ยกย่อง การให้เกียรตินับถือกัน การยอมรับและเห็นใจกัน เพราะเป็นวิธีการเชื่อมความสัมพันธ์ในงานที่มีคุณค่า อย่างต่อเนื่อง การลือสารและการให้ข้อมูลข่าวสารที่พึง

ประสงค์ โดยใช้การพูด การถาม หรือการแสดงความสนใจอย่างเหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญในทุกขั้นตอน ของการสอนแนะ เพราะช่วยให้เข้าใจมากขึ้น การจูงใจ และการเสริมแรงทางบวก ซึ่งมีความจำเป็นในการสอนแนะ ตั้งแต่ ขั้นเตรียม ขั้นดำเนินการ จนกระทั่งลิ้นสุด การให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งมีความจำเป็นในการสอนแนะ ในขั้นตอนการดำเนินการและการประเมินผลการสอนแนะทุกรายะ ปฏิบัติทักษะต่างๆ ในเรื่องที่จะสอนแนะ อย่างถูกต้อง เพื่อต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้รับการสอนแนะ หลังจากลิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมประเมิน ประสิทธิภาพโปรแกรมประเมินโครงการโดยแบบประเมินการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจในตนเอง ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ เกี่ยวกับการเสริมสร้าง พลังอำนาจ ความตั้งใจในการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และผู้อื่น การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับ ทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบสังเกตพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรมเสริมสร้างพลัง อำนาจในตนเอง หลังจากนำโปรแกรมไปทดลองใช้ และได้ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรม แล้วผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาพิจารณาปรับปรุงโปรแกรม ทั้งในด้านโครงสร้างโปรแกรมและรายละเอียดที่เป็นองค์ประกอบโปรแกรม วิธีการ เทคนิคที่ใช้แต่ละกิจกรรม เพื่อให้มีความถูกต้องเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการพัฒนาคักกี้ภาพผู้นิเทศทางการพยาบาลต่อไป

ผลการวิจัย

- ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์เสริมสร้าง พลังอำนาจ ผู้นิเทศทางการพยาบาล สภาพการณ์เสริม สร้างพลังอำนาจ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าระดับดีได้แก่ การได้รับการสอนงาน ปรึกษาหารือ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การได้รับจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาหน่วยงานอย่างเป็นธรรม การได้รับการจัดสรรบุคลากรอย่างเพียงพอเหมาะสม การมีส่วนร่วมในองค์การ การได้รับข้อมูลข่าวสารชัดเจน ทันสมัย ทันเหตุการณ์ การสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้บังคับบัญชา และการสร้างบรรยายการที่มีการติดต่อสื่อสาร



2. การสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง รายละเอียดของโครงสร้างโปรแกรมมีดังนี้

2.1 องค์ประกอบของโปรแกรม ครอบคลุมโน้ตศัพท์ เนื้อหาสาระ ที่สำคัญที่มีความจำเป็นต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้นิเทศ 9 ประการ คือ 1) ความพร้อมของบุคคลในการเสริมสร้าง พลังอำนาจ 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีในองค์การ 3) การได้รับการสนับสนุนจากการในด้านการได้รับความไว้วางใจ 4) การได้รับการยกย่องชมเชย ให้เกียรติ และนับถือ 5) การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ทันสมัย ทันเหตุการณ์ 6) การมีส่วนร่วมในองค์การ 7) การได้รับความก้าวหน้า ยุติธรรม 8) การได้รับการส่งเสริมเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ 9) การมีทรัพยากร สิ่งจำเป็นเพียงพอ แล้วติความอุปกรณ์ เป็นโน้ตศัพท์ด้านต่าง ๆ ของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ควรพัฒนาขึ้นในผู้นิเทศ หลังจากนั้นนำมาหาแนวทางในการจัดกิจกรรมการสอน การฝึกทักษะ

2.2 การกำหนดกิจกรรมที่สำคัญ 12 กิจกรรม เพื่อสนับสนุนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง โดยกำหนดให้สอดคล้องกับมโน้ตศัพท์ เนื้อหาสาระ ของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับจากการสอนแนะ รายละเอียดแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย คำชี้แจง จุดมุ่งหมาย แนวคิด สื่อประกอบกิจกรรม เวลาที่ใช้ ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม ขั้นวิเคราะห์และสรุป ขั้นนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ การประเมินผล แบบบันทึกการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง โดยการกำกับตนเองในการพัฒนาตนเองให้สามารถพัฒนาผู้อื่นได้โดยใช้วิธีการสอนแนะ วิธีการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมได้กล่าวไว้ในขั้นตอนการทดลองใช้โปรแกรม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผลลัพธ์ที่ได้คือ เกิดพลังอำนาจในตนเอง ดังนี้

1) กิจกรรม “เริ่มต้นอย่างไร” หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและมโน้ตศัพท์ของการเสริมสร้าง พลังอำนาจและรับรู้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ บุคคลมีความพร้อมและต้องการการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการการเสริมสร้าง พลังอำนาจนั้นจะทำให้บุคคล ทีมงาน และองค์กรมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

2) กิจกรรม “เข้าใจตรงกัน” ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้เข้าใจสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้าง พลังอำนาจในตนเอง และในองค์การได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ของตนเอง

3) กิจกรรม “สำคัญที่ต้องตัดสินใจ” ถ้าผู้นิเทศมีทักษะภาวะผู้นำที่สำคัญ และที่จำเป็นได้แก่ การตัดสินใจ การมอบหมายงาน และการแก้ปัญหา รวมทั้งเข้าใจภาระหน้าที่ของผู้อื่น การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้อื่นจะเกิดได้ยากขึ้น

4) กิจกรรม “สัมพันธภาพในอุดมคติ” สัมพันธภาพในองค์การที่เป็นอุดมการณ์ ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ即คือ สัมพันธภาพแบบผู้ใหญ่ – ผู้ใหญ่ บุคคลสามารถแสดง ความสัมพันธ์ และเจตคติที่เหมาะสม สมภายในสภาวะการณ์ต่างๆ

5) กิจกรรม “ความสัมพันธ์ที่มีความสำคัญ” เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองและผู้อื่น วิธีการสร้างความสัมพันธ์ของ การทำงานที่มีประสิทธิภาพในองค์การที่มีการเสริมสร้าง พลังอำนาจมี 4 ประการ ได้แก่ จริงใจและไว้วางใจกัน เท็นใจและยอมรับ ยกย่องชมเชย ให้เกียรตินับถือ

6) กิจกรรม “บอกข่าวกันอย่างมั่นใจ” การสื่อสารมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากการสื่อสารมีความสำคัญในการพัฒนาทีมงาน และการพัฒนาทีมงานนั้นมีความสำคัญต่อการเสริมสร้าง พลังอำนาจ เพราะการพัฒนาทีมงานจะเป็นการลดปัญหา การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นในองค์การได้เป็นอย่างดี

7) กิจกรรม “เข้าประชุมให้คุ้มค่า” เครื่องมือสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารในองค์การคือ การประชุมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยทุกคนที่เข้าร่วมประชุมมีความสำคัญ โดยวัตถุประสงค์ของการประชุมคือ ช่วยให้เกิดการตัดสินใจ ช่วยพัฒนาการทำงานร่วมกัน ก่อให้เกิดเอกลักษณ์ของกลุ่ม ส่งเสริมความผูกพัน และก่อให้เกิดการรุ่งใจ และการเสริมแรงทางบวก

8) กิจกรรม “ตั้งใจพัฒนาตน” ตนเองเท่านั้น ที่มีความสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น บุคคลต้องเห็นความสำคัญของการ



เรียนรู้และพัฒนาตนเอง และในฐานะผู้นำหรือหัวหน้างานที่ต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลอื่นนั้น มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาตนเอง

9) กิจกรรม “....ค้นให้พบวิธีใช้” องค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรตือ การได้รับทรัพยากร (Resource) และหากที่ไดขาดแคลนทรัพยากร การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ยอมเกิดได้ยาก แต่การเสริมสร้างพลังอำนาจก็สามารถเกิดขึ้นได้ ถ้าบุคคลเริ่มต้นด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าและใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

10) กิจกรรม “...ช่วยให้คิดวิธีทำ” โดยใช้กิจกรรมสอนแนะ เป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างความผูกพันในองค์การ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ กิจกรรมการสอนแนะยังทำให้ผู้นำหรือหัวหน้างานได้ปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับกิจกรรมที่ต้องใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแนะนำผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย การเสริมสร้าง (Enabling) การอื้ออำนวย (Facilitating) การปรึกษาหารือ (Consulting) การปฏิบัติงานร่วมกัน (Collaborating) การประคับประคอง (Supporting)

11) กำกับดู “...ค้นพบตนเอง” กิจกรรม “ทายอุปนิสัย” เป็นเกมที่ทำให้บุคคลได้เรียนรู้ และเข้าใจพฤติกรรมของตนเอง ได้เวเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับปรุงข้อบกพร่องของตนเอง และมองผู้อื่นในแง่ดี กิจกรรมทางที่เลือกเดิน “เป็นกรณีศึกษาที่ให้ข้อคิดเกี่ยวกับความสำคัญของตนเองในการปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ กิจกรรม” ต้องมีความเชื่อมั่น “เป็นกรณีศึกษาที่ให้ข้อคิดเกี่ยวกับความสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อความเชื่อมั่น / มั่นใจในตนเอง

12) กิจกรรม “การฝึกทักษะ” ได้แก่ การกำกับดูเองในการพัฒนาตัวเองให้สามารถพัฒนาผู้อื่นได้โดยวิธีการสอนแนะ (coaching) พลังอำนาจเกิดจากกระบวนการสังเกตตนเอง (self observation) ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย (goal setting) การเตือนตนเอง (self monitoring) กระบวนการตัดสิน (judgment process) กระบวนการแสดงปฏิกริยาต่อตนเอง (Self – Reaction)

2.3 ผลการตรวจสอบโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย การประเมินความเหมาะสม และความสอดคล้องของโครงร่างโปรแกรมพบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และโครงร่างโปรแกรมมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบมีค่าตั้งแต่ 0.6-1.00

3. ผลการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง โดยประเมินการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจในตนเอง ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความตั้งใจในการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และผู้อื่น การรับรู้ ความสามารถตนเองเกี่ยวกับทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบสังเกตพฤติกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง พบว่าผู้นับถือทางการแพทย์มีการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจในตนเองอยู่ในระดับดี เช่น มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความตั้งใจเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และผู้อื่น โดยการสอนแนะ ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี พัฒนาผู้อื่นโดยการให้ข้อมูล พัฒนาตนเองโดยการศึกษาหาความรู้ ด้วยตนเอง และการทำวิจัย ใช้สัมพันธภาพแบบผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ แม้กับบุคคลที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ให้ข้อมูล ย้อนกลับแบบสร้างสรรค์ ที่เป็นประโยชน์กับผู้อื่น ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบร้า สามารถแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและทันเหตุการณ์ และเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร กับบุคคลอื่นโดยใช้การพูด การฟัง และการถามได้อย่างเหมาะสม วางแผนในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีวิธีการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ และการสังเกตการณ์พฤติกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง พบร้า ให้รางวัลให้กำลังใจกับตนเอง เมื่อต้องการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ให้รางวัล ให้กำลังใจผู้อื่น เมื่อบุคคลนั้นมีปัญหา ความคับข้องใจ ให้การปรึกษา แนะนำบุคคลอื่นด้วยความจริงใจ เข้าร่วมประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเสียสละ ซื่อสัตย์ และรับผิดชอบ

4. ผลการปรับปรุงโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง คงจะผู้วิจัยได้ปรับปรุงปรับแบบบันทึกพุติกรรมการกำกับตนเองให้มีความกะทัดรัด



และมีแบบฟอร์มให้ผู้บันทึกได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมการสอนแนะนำขึ้นเพิ่มรายละเอียดเนื้อหา สาระ การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองไว้ในคู่มือกิจกรรมการฝึกหัดฯ

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจในตนเอง ของผู้นิเทศทางการพยาบาลอยู่ในระดับดี เป็นไปตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ของกึ๊บสัน² เชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านระดับสูงก็สามารถให้การดูแลผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความมีคุณภาพ และ ความสำเร็จในงานได้นั่นคือ คุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน เป็น คุณลักษณะสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาบุคคลแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของกึ๊บสัน² เป็นกระบวนการ การเสริมสร้าง และพัฒนาศักยภาพของบุคคล ในการที่จะ ควบคุมจัดการ และใช้ความรู้ความสามารถตลอดจน ทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดความรู้สึก ได้ ใช้การแสดงออกเมื่อมีความคับข้องใจด้วยเป็นปัญหา ขาดความสมดุล มีความคาดหวังเกิดขึ้น ประกอบกับการ มีความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความผูกพัน และความรักของบุคคล ต่อเรื่องราวหรือปัญหาที่เกิดขึ้น ลิ่งดังกล่าวเป็นปัจจัย นำให้บุคคลเกิดกระบวนการ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์ จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสิน ใจและลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า โดย ใช้กิจกรรมสำคัญ 12 กิจกรรมที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่ง การเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลในแต่ละขั้นตอนจะ เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงได้ขึ้นอยู่กับปัจจัย ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ การ สนับสนุนทางสังคม และเป้าหมายของตนเอง เมื่อบุคคล มีการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วจะทำให้ได้ผลลัพธ์แก่ ตนเองในลักษณะของการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ ที่จะควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้เกิดความรู้สึก

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้นิเทศไปใช้ อาจใช้ทั้งหมดทั้งโปรแกรมคือกิจกรรมการฝึกหัดฯ 12 กิจกรรม หรืออาจนำไปใช้เพียงบางกิจกรรม ตามสภาพ และความต้องการของแต่ละโรงพยาบาล
2. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองมาประยุกต์ใช้กับบุคลากรทุกระดับ ในโรงพยาบาล อาจนำเพียงบางส่วนของกิจกรรมการสอนแนะนำไปใช้ให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันและความต้องการของแต่ละบุคคล
3. หัวหน้าพยาบาลต้องเป็นผู้ริเริ่มให้มีการ เสริมสร้างพลังอำนาจในองค์การ ต้องมีความเชื่อและ เข้าใจสาระการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นอย่างดี เพราะ หัวหน้าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการ สนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในองค์การ
4. ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจในตนเอง ผู้นิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี

References

1. วารีวัฒน์ปัญจพล. การนิเทศการพยาบาล หลักสูตร การบริหารการพยาบาลแนวใหม่. หน้า 105-115. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์การรับส่งสินค้า พัสดุภัณฑ์, 2547.
2. Gibson CH. A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Doctoral Dissertation. Boston College: Boston, 1993.
3. Ekwarangkoon S. Self Empowerment among Professional Nurses Providing Care for Psychiatric Patients at Suanprung Hospital. (Thesis) Mental Health and Psychiatric Nursing Chiang Mai University; 1999.
4. Onprang S. The Effectiveness of the Empowerment Model on Self -Care of Diabetics at a Diabetic Clinic in Amphoe Muang, Changwat Nonthaburi. (Thesis) Health System Management Mahasarakham University ; 2009.



5. Patrick A, Laschinger HKS. The effect of structural empowerment and perceived organisational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *Journal of Nursing Management* 2006; 14:13-22.
6. Baker CM, Mcdiel, AM. Fredrickson KC, Gallegose EC. Empowerment among Latina nurse in Mexico, New York, 2007.
7. Strategic HRD. Available from: <http://www.gotoknow.org/blog/shrd>. Accessed 29/6/2555.
8. Janejob P. Empowerment in Patient with Rheumatiod Arthritis. (Thesis) Medical and Sugical Nursing Chiang Mai University; 1999.
9. Suvanset V. Activity Human Resource Development. Available from: <http://www.kmru.ac.th/hrd/journal/vol 1 No 1 rungreddee.pdf>. 18 July 2012.
10. Ruamjit P. The Development of a Nursing Supervision Model in Wiang Kan Hospital, Chiang Rai Province . (Thesis). Bangkok: Sukhothai Tham-mathirat Open University;2008.
11. Kanter RM. Frontiers of management. United States of American : A Harvard Business Review Book; 1997.
12. Karison A. Krairiksh M. The Relationship among Personal Factors of Professional Nurses, Transformational Leadership of Head Nurses and Nursing Quality Assurance Performance of Professional Nurses in Community Hospitals, Chaiyaphum Province. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2012; 30(2): 23-39.
13. Baker CM, Mcdiel AM, Fredrickson KC, Gallegose EC. Empowerment among Latina nurse in Mexico ; 2007.
14. Clark J. The Use of Experiential Techniques in Professional Supervision. Workshop National SCAPE Conference (May), Armidale, Australia; 2003.
15. Patrick A, Laschinger HKS. The effect of structural empowerment and perceived organisational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *Journal of Nursing Management* 2006; 14:13-22.
16. Rue LW, Byars LL. Supervision: Key link to productivity. 5th ed. Chicago: Irwin; 1996.
17. Mooth, Adelma E, Ritvo Miriam. Developing the supervisory skills off the nurse: Behavioral Science Approach. New York; 1996.
18. Sabiton JA, Laschinger HKS. Staff nurse work empowerment and perceived autonomy: Testing Kanter's Theory of Structural Power in Organizations. *Journal of Nursing Administration* 1995; 25(9): 42-45.
19. Shindul Rothschild J, Berry D, Long Middleton E. Where have all the nurses gone? The results of our patient care survey. *American Journal Nurse* 1996; 96(11), 25-40.
20. Porter LW, Steers RM, Mowday RT, Boulian PU. Organizational committed, job satisfaction and turnover among psychiatric technician. *Journal of Applied Psychology* 1974; 59: 602-609.
21. Stewart AM. Empowering people. Singapore: Pitman Publishing; 1994.
22. Phouthavong O, Krairiksh M. The Relationship between Head Nurse's Leadership with Job Satisfaction of Staff Nurse in Vientiane Capital Centre Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern division* 2011; 29(1): 51-58.



Self Empowerment Program Development for Nursing Supervisors, Suratthani Hospital

Patcharida Pulperm RN, M.P.P.M.* Nutchakorn Tehopakarn M.N.S.** Thidajit Maneewat M.N.S.***

Abstract

The objectives of this research and development study were to develop self empowerment program and to enhance a supervision capacity among nursing supervisors. The study had the following 4 steps. Step 1: an analysis of nursing supervisor empowerment situation was conducted using questionnaire inquiring 30 head nurses regarding resource, support, opportunity, and information that each supervisor obtained. Step 2: self empowerment program was developed using findings from step 1, self empowerment concepts (Gibson, 1993), and literature review. The initial program was evaluated by 5 experts and revised accordingly. In step 3, 12 activities of the revised self empowerment program was piloted with 10 head nurses for 20 hours using coaching approach. Program evaluation using perceived self empowerment questionnaires showed good efficacy. For the last step, the self empowerment program as well as the self regulation behavior record form was revised for conciseness. Subsequently, the complete supplementary self empowerment program of nursing supervision was developed.

Results: Self Empowerment Program for nursing supervisors at Suratthani Hospital was created. The program composed of 12 activities focusing on important skills such as communication skills, motivation and empowering skills, as well as relationship building and reflective skills. After program piloting, nurse supervisors perceived self empowerment, motivation, and self efficacy resulting in their satisfaction to change behaviors. According to these findings, the Nursing Department of Suratthani Hospital should support an implementation and evaluation of this program into practice to enhance human resource development.

Keywords: self empowerment, nursing supervisor

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Suratthani Hospital

**Registered Nurses, Suratthani Hospital

ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว

มัณฑิการ ประชาภิจ พย.ม.*

พิมภา สตราชวท.ม.**

ឧបករណ៍យោង

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบ่งเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุตรธานี จำนวน 30 ครอบครัวแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ครอบครัว กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS program ที่ออกแบบโดยนอร์ทເ夷ส์และคณะซึ่งถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาชาร์ส ครอบคลุมสาระสำคัญในเรื่อง F-Family involvement การมีส่วนร่วมของครอบครัว O-Optimistic attitude เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจ ทัศนคติทางบวก-การมองโลกในแง่ดี C-Coping effectiveness การค้นหาวิธีการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม U-Uncertainty reduction การให้ความรู้เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน S-Symptom management การจัดการและการดูแลตนเอง สืบที่ใช้ประกอบด้วยวีดีโอ เทปเพลส และภาพพลิก กลุ่มทดลองทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจากนั้นเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวทั้งหมด 4 กิจกรรมในวันที่เข้ารับการรักษา เมื่อกลับบ้านมีการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังทำกิจกรรมในวันที่มาตรวจตามนัดสัปดาห์ที่ 3 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ T-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลครอบครัว โรมคอมเริง สำหรับเด็ก ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คณภาพชีวิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปีกุ้ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีมากขึ้น และมีอัตราการตายสูงอย่างรวดเร็ว ในประเทศไทย มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ล่าสุด พ.ศ. 2552 พบร่วมอัตราการตายเท่ากับ 88.3 ต่อประชากรแสนคน¹ ศูนย์มะเร็งอุดรธานีเป็นหนึ่งในสถานที่ทำการรักษาโรคมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้อย่างครบวงจร สำหรับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งของศูนย์มะเร็งอุดรธานี 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2552-2554 พบจำนวนผู้มารับบริการ

ที่เป็นมะเร็งรายใหม่ต่อปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นคือ 1,674; 1,698 และ 1,807 รายตามลำดับ การรักษาโรคมะเร็งปัจจุบันนี้มีหลายวิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษารวมถึงการใส่แร่ เคมีบำบัด อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีจำนวนมากที่สุดและเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติ 6 เดือนย้อนหลัง จำนวนผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน มีจำนวน 50 ถึง 90 คนต่อเดือน ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะมะเร็งลำไส มีมากที่สุดประมาณร้อยละ 30-40%

*นักศึกษาหลักสตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** รองศาสตราจารย์ คณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**



ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร LV+5FU³ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3-5 วัน หลังจากผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดแล้วปัญหาที่เกิดขึ้นคือเกิดผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ผลกระทบด้านร่างกายจะพบอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เปื่อยอาหาร อ่อนเพลีย ห้องเสีย ผิวหนังคล้ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น ผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เช่นวิตกกังวลจากการรักษา กลัวความตาย เป็นภาระให้สูญเสีย ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองลดลง บางรายที่เปิดลำไส้ที่หน้าท้องจะกังวลในเรื่องการดูแลทำความสะอาดลำไส้ การเปลี่ยนถุงรองอุจจาระและเรื่องกลืนขาดรายได้จากการลางาน เป็นต้น บุคคลสำคัญที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยคือครอบครัว เพื่อครอบครัวมีความสำคัญในสังคมไทย มีความผูกพันในระบบเครือญาติ ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย⁴ ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นญาติสายตรง หรือมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต บทบาทในการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือในการกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจซึ่งเป็นสิ่งที่ยาก⁵ ผลกระทบต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายเช่น อ่อนล้า ปวดหัว นอนไม่หลับ ผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงจะมีการปวดศีรษะ หน้ามีดบอยครั้ง เป็นต้น ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล กลัวการสูญเสีย เปื่อยหน่าย จากการศึกษาพบว่าเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงติดต่อกันมากกว่าหนึ่งเดือน 4 ชั่วโมง ต่อวันอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้⁶ จากการใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง⁷ กับผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 10 ราย พบร่วมจำนวน 4 ราย มีความเครียดในระดับสูง ปัญหาด้านจิตวิญญาณ เมื่อสามาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งมีความต้องการสัมยิคเห็นยังด้านจิตใจโดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา เช่นเข้าวัดฟังธรรม สวดมนต์ ไม่ได้เข้าร่วม เพราะต้องดูแลผู้ป่วย จากการศึกษา¹ พบร่วมถ้าคนเราขาดกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้ความผูกพันทางจิตวิญญาณลดลง⁸ จากปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้นส่งผล

ต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่อนึ่งความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ส่วนใหญ่จะสะท้อนความผูกพันด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁹

พยาบาลเป็นบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด แนวทางการพยาบาล ที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการพื้นหายจากการเจ็บป่วย การจัดการกับสิ่งแวดล้อม การจัดหาความสุขสบาย การสอนการให้ข้อมูล หรือกิจกรรมเสริมบำบัดทางการพยาบาล เช่น การดูแลรับประทาน สามารถแก้ปัญหาและเผชิญปัญหา Northouse¹⁰ เป็นต้นยังมีการพยาบาลที่ช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและเผชิญปัญหา Northouse¹¹ ได้ทำการศึกษาการพยาบาลแบบ FOCUS program เป็นการให้ข้อมูลและการสอนควบคู่ไปพร้อมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลา查รัส และคณะ ครอบคลุมสาระสำคัญในเรื่อง F-Family involvement การมีส่วนร่วมของครอบครัว O-Optimistic attitude เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจ ทัศนคติทางบวก-การมองโลกในแง่ดี C-Coping effectiveness การค้นหาวิธีการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม B-Uncertainty reduction การให้ความรู้เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน S-Symptom management การจัดการและการดูแลตนเอง Northouse^{11,12} ได้ทำการทดลองและวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ดูแลให้การดูแลไปพร้อมกัน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดยังเกิดขึ้นได้หลังได้รับยาครับในแต่ละครั้งจนกระทั่งกลับบ้าน การเตรียมตัวเข้ารับเคมีบำบัดครั้งต่อไป และหลังการรักษาต้องมาตรวจอย่างต่อเนื่อง¹³ ผู้วิจัยจึงสนใจโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามแนวคิดของ Northouse^{11,12} นำมาทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ทุกด้าน โดยพยาบาลเป็นผู้ให้แนวทาง ผู้ป่วยและครอบครัวแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS program ตามแนวคิดของ Northouse^{11,12} โดยการสอนและการให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวไปพร้อมกัน โปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาชาลลัส ครอบคลุมสาระสำคัญในเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทัศนคติทางบวกการมองโลกในแง่ดี สร้างความหวัง การค้นหาวิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การให้ความรู้เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนให้ข้อมูลที่เหมาะสม และวิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวดีขึ้น คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภาวะความสุขสบายของบุคคลนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต การศึกษาของ Ferrell¹⁴แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคม และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ศึกษาและเหมาะสมเป็นเกณฑ์ในการวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงนำการพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS Program มาประยุกต์ใช้ สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ มีระยะเวลาของโรคระยะที่ 1-3 ไม่มีการแพร่กระจายของโรค อายุระหว่าง 35-60 ปี รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ขึ้นไปและผู้ดูแลหลักในครอบครัว 1 คน ที่ให้การดูแลตลอดการรักษา ที่มีความสัมพันธ์ทางสัมภาระสูง หรือทางกฎหมายกับผู้ป่วย อายุรุ่งระหว่าง 20-60 ปี ที่เข้ารับการ

รักษาในตึกผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุดรธานี ช่วงกลางเดือนมีนาคม 2555 ถึงกลางเดือนเมษายน 2555 เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือไม่ยินยอมหรือขอถอนตัวออกจากทำการทำวิจัยและถ้าเกิดอาการผิดปกติจากภาวะโรคหรือการรักษาขณะเข้าร่วมทำวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตจากงานวิจัยของ Northouse^{11,12} ใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ครอบครัวแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ครอบครัว ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของโรค ครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด โรคประจำตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวเพิ่ม สถานภาพความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวนเด็กที่ต้องดูแลในครอบครัวที่อายุต่ำกว่า 5 ปี

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว ดังนี้

2.1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วย Functional Assessment of cancer Therapy (FACT) สำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer Sub-scale) version 4 (FACT-C) นำฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวรรณ สิริเลิศตระกูล และคณะ¹⁶ นำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับงานวิจัย ประกอบด้วย 27 คำถาม และคำถามเฉพาะโรคอีก 9 ข้อ และอีก 2 ข้อสำหรับผู้ที่มี colostomy มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ค่าสัมประสิทธิ์ของผลไฟเท่ากับ 0.87 และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาหาความเที่ยงโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) 0.75

2.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ดัดแปลงแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Ferrell¹⁴ จากการวิจัยของวัลภาครุทแก้ว¹⁷ จำนวน 29 ข้อ



ชั่งมือคงค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน นำไปทำความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลfaเท่ากับ 0 .91 และผู้วิจัยนำเครื่องมือมาหาความเที่ยงโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วย ภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และได้รับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2555

กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว ทำการทดสอบก่อนการทดลอง (Pre – test) โดยทำแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้ทราบก่อนวันทำการ ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ถ้ามีจะเลื่อนเวลาทำการ หรือเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ทำการในวันถัดไป มี 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จับมือประสานรวมพลังในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวสามารถหาจุดแข็งในครอบครัว ยอมรับกับปัญหาและแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่าถึง ความทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการต่างๆ ผลกระทบต่อตนเอง รวมถึงการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นที่เกิดขึ้น จับมือกันเพื่อให้กำลังใจกัน

กิจกรรมที่ 2 รู้โรค รู้ภารดูแลแก้ปัญหา ลดความรู้สึกไม่แน่นอน ให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลดูวิดีโอ แผนการรักษาตามขอบเขตที่สามารถอธิบายได้ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและเคมีบำบัด และใช้ภาพพลิกอธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดและวิธีการดูแลที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 ครอบครัวดีต้องมีคิดบวก สร้างทัศนคติที่ดีของครอบครัวและผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย การยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น สร้างกำลังใจในครอบครัว สามารถเชิญกับปัญหา ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดคุยกันในเรื่อง ความดีงาม ความห่วงใยของผู้ดูแลและให้ผู้ดูแลได้พูดถึงความภาคภูมิใจในการที่ได้ดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 ผ่อนคลายชักนิดพิชิตโรค สร้างการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา การปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน จัดการกับความเครียด ความกังวลที่เกิดขึ้น สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ฟังวิดีโอดำเนินการของพระอาจารย์วัดป่าหนองกุ่มบูรพาลัย จำเกอเมือง จังหวัดอุดรธานี เรื่องการรู้จักแก้ไขปัญหา ต่อสู้กับการเจ็บป่วย และฝึกการผ่อนคลายโดยอยู่ในท่าที่สบายมีสมาธิ เปิดดันต์รีบระลงเบาๆ โดยให้ผู้ร่วมวิจัยอยู่ในความสงบ ไม่นึกถึงเรื่องใดๆ

หลังจากทำการ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะมีการติดตามโดยการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ครั้งละ 30 นาที ทำการทดสอบหลังการทดลอง (Post – test) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเป็นชุดเดียวกับ (Pre – test) ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 3

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำการทดสอบก่อนการทดลอง โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต จะได้รับพยาบาลตามปกติ ตามปกติโดยการได้รับข้อมูลจากพยาบาลประจำห้องผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้ตามปกติ ได้รับการพยาบาลตามปัญหาที่เกิดของผู้ป่วย และทำการทดสอบหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดเดียวกับ ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่ และอัตราเร้อย่าง ข้อมูลการวัดคุณภาพชีวิต ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 15 ราย ล้วนใหญ่เป็นหญิง อายุระหว่าง 36-60 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนใหญ่



อยู่ในระดับประณีตคึกขรึมร้อยละ 33 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 47 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 40 บทบาทหน้าที่ในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 53 โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 20 โรคความดันร้อยละ 13 ครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 3-8 ร้อยละ 13 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 5 ร้อยละ 33 การวินิจฉัยโรคกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 2 ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 2 ร้อยละ 47

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86 กลุ่มทดลองอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมอายุระหว่าง 42-50 ปี ร้อยละ 33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประณีตคึกขรึม การประกอบอาชีพทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป/เดือน ร้อยละ 47 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือนร้อยละ 33 สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 40 เท่ากัน ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 60 โรคประจำตัวเป็นโรคความดันร้อยละ 20 และกลุ่มควบคุมเป็นโรคความดันร้อยละ 13 ในครอบครัวทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีภาวะต้องเลี้ยงดูเด็ก อายุน้อยกว่า 5 ขวบและในครอบครัวทั้งสองกลุ่มมีผู้ผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}=2.51$ และ 2.39 , $SD=.52$ และ $.66$) และ ($\bar{x}=3.90$ และ 3.47 , $SD=.30$ และ $.31$) เปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบค่าที่ (Pair t-test) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูง

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.46$, $p-value=0.05$) และ ($t=4.13$, $p-value=0.05$) ส่วนรายด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วย ด้านความผาสุกด้านสังคมก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value>0.05$) แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P-value<0.05$) (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าปัญหาที่เกิดต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ต้องเผชิญกับปัญหาเช่น การดูแลผู้ป่วย รับรู้เกี่ยวกับผลการรักษา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัวแต่หน้าที่หลักของครอบครัวคือการเผชิญปัญหาเพื่อทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดการรักษา แต่จากการทดลองหลังได้รับการพยาบาลครอบครัวที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดมากขึ้น มีผลทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวมากขึ้นจึงทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาในครอบครัวได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น¹⁸ แต่คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value>0.05$) (ตารางที่ 1) เกิดจาก การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อกุญแจชีวิตด้านสังคมจากการต้องเข้ารับ การรักษาที่ยาวนานจะเห็นจากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดจำนวนหลายครั้ง ได้รับครั้งที่ 3-8 ร้อยละ 13 จากการศึกษาพบว่าเมื่อได้รับยาเคมีเป็นเวลานาน ย่อมเกิดผลข้างเคียงมากขึ้น¹⁹ ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและผู้อื่นลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องช่วยกันแก้ปัญหา ปัญหาจะเกิดน้อยลง²⁰

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=1.97$ และ 2.51 , $SD=.19$ และ $.52$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบค่าที่ (Independent t - test) พบว่าค่า



ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.00$, $p\text{-value}=0.05$) ส่วนรายด้านความผิดสุกด้านอารมณ์ จิตใจและความผิดสุกด้านจิตวิญญาณค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกาย สังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลหลักในครอบครัวกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=3.90$ และ 3.51 , $SD=.31$ และ $.43$) เปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบค่าที (Independent t - test) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.88$, $p\text{-value}=0.05$) (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นถึงผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัว (FOCUS program) จากการศึกษาของ Northouse^{11,12} ได้สรุปในผลงานวิจัยของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว (FOCUS program) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมากพร้อมครอบครัวพบว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวนี้เป็นการให้ข้อมูลและสอนผู้ป่วยพร้อมครอบครัวเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาไปพร้อมกันสะท้อนให้เห็นถึงการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามปกติ ถึงแม้จะได้รับข้อมูลเรื่องการรักษา การปฏิบัติตนแต่เนื่องจากการเจ็บป่วยล่วงผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจทำให้การรับรู้ต่อการรักษาลดลง²¹ การได้รับการดูแลการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำให้มีคุณชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้นได้²² และสอดคล้องกับการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยการแทรกหลักการของ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วย และครอบครัวเน้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้²³ ซึ่งการพยาบาลครอบครัวที่ผู้วิจัยใช้เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นความเห็นอกเห็นใจกัน และส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันจึงสามารถลดปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS program ไปใช้ในการปฏิบัติงานเป็นประจำ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานเนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ได้เกิดในระยะอันสั้น
2. การปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถแก้ไขปัญหาร่วมกัน
3. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวไปพัฒนาสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลแบบต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำในทุกขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในศูนย์มะเร็งอุดรธานีที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวที่ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. National Cancer Institute. Cancer Register in Thailand. [Online]. 2010. Available from: www.Nci.go.th/statisti.htm.
2. Cancer Register at Inpatient Department, Udonthani regional cancer center, 2010 Udonthani.
3. Ferrans CE. Quality of life through The Eyes of Survivors of Breast Cancer. Oncology Nursing Forum 1994; 21(10): 1645–1651.
4. Dodd MJ, dibble SL. Predictor of concerns and coping strategies of cancer chemotherapy outpatient. Applied Health and Nursing Research 1996; 6 (1): 2–7.
5. Aapro MS, Molassiotis A, Olver I. Anticipatory nausea and vomiting. Support care in cancer 2005; 13: 117–121.
6. Bruckhardt CS. The impact of arthritis quality of life. Nursing Research 1995; 34: 11–16.



7. Schofield H. Family caregivers: Disability, illness and ageing. Australia: Victorian Health Promotion Foundation; 1998.
8. Yun YH, Rhee YS, Kang IO, et al. Economic burden and quality of life of family caregivers of cancer patients. Oncology 2005; 68: 107–114.
9. Linda LD. Building A Science of caring for caregivers. Family and community Health 1992; 15(2): 1–9.
10. Pornthip Pukahuta. The Effects of therapeutic prayer on anxiety and spiritual well-being in breast Cancer patients in diagnostic phase. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern division 2012; 30(2): 122–130.
11. Northhouse LL, et al. Family-based program of care for women with recurrent breast cancer and their family members. Oncology Nursing Forum 2002; 22: 1211–1218.
12. Northhouse L, et al .Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. Psycho-Oncology 2005; 14: 478–491.
13. Van Gerpen R. Pathophysiology. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE, eds. Oncology nursing. 5th ed. St.Louis MO: Mosby Elsevier; 2007: 3–16.
14. Ferrell RB, Dow HK, Leigh S, Ly J, Gulasekeram P. Quality of life in long term Cancer survivors. Oncology of Nursing Forum 2005; 22: 915–922.
15. วิจิตร ศรีสุพรรณ. การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ. เชียงใหม่: โครงการตำรามหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
16. Suwannee Srilertakoon, et al. The reliability item- Total Correlation and Discrimination of The Functional Assessment of Cancer Therapy(FACT) scale in Breast Cancer Patients, Colorectal cancer and Lung Cancer Patient in Thai Version.Journal of Clinical of oncology 2005; 11(3): 61–77.
17. Wallapha Krutkaew. Hardiness and Quality of life in HIV-Infection Person. (Thesis). Chaingmai: Chaingmai University; 1998.
18. Friedman MM. Families nursing: theory and assessment. 3rded. Connecticut: Appleton & Lange: New York; 1992.
19. Rose MA, Clark-Alexander B. Quality of life and coping of HIV-positive women with children. Janac 1996; 7(2): 28–33.
20. Ferrans CE. Quality of life through the Eyes of Survivors of Breast Cancer. Oncology Nursing Forum 1994; 21(10): 1645–1651.
21. Linda LD. Building A Science of caring for caregivers. Family and community Health 1992; 15(2): 1–9.
22. Chow E, Tsao MN, Harth T. Does psychosocial intervention Improve survival in cancer A meta-analysis. Palliative Medicine 2004; 18: 25–31.
23. Loke AY, Liu CF, Szeto Y. The Difficulties Faced by Informal Caregivers of Patients with Terminal Cancer in Hong kong and the Available Social Support. Cancer Nursing 2003; 26(4): 276 – 283.



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว

คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วย						
ด้านความพากเพียรร่างกาย	2.32	.089	2.47	.77	2.21	.04*
ด้านความพากเพียรลักษณะ	3.14	.63	3.19	.57	.83	.41
ด้านความพากเพียรด้านอารมณ์ จิตใจ	2.14	1.2	2.44	1.0	3.91	.002*
ด้านความพากเพียรด้านจิตวิญญาณ	2.23	.64	2.47	.50	2.98	.01*
คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย	2.39	.66	2.51	.52	1.46	.04*
คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ดูแลหลัก						
ด้านความพากเพียรร่างกาย	3.40	.41	3.79	.66	8.11	.001*
ด้านความพากเพียรลักษณะ	3.33	.36	3.83	.33	10.36	.001*
ด้านความพากเพียรด้านอารมณ์ จิตใจ	3.43	.46	3.82	.42	5.84	.001*
ด้านความพากเพียรด้านจิตวิญญาณ	3.71	.43	4.17	.37	12.88	.001*
คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลหลัก	3.47	.31	3.90	.30	4.13	.001*

*P<0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วย						
ด้านความพากเพียรร่างกาย	2.47	.77	2.47	.49	-3.36	.02*
ด้านความพากเพียรลักษณะ	3.19	.57	2.62	.31	-.73	.001*
ด้านความพากเพียรด้านอารมณ์ จิตใจ	2.44	1.0	2.23	.35	-3.67	.08
ด้านความพากเพียรด้านจิตวิญญาณ	2.47	.50	1.94	.24	-2.49	.35
คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย	2.51	.52	1.97	.19	.00	.04*
คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ดูแลหลัก						
ด้านความพากเพียรร่างกาย	3.79	.41	3.48	.27	1.78	.008*
ด้านความพากเพียรลักษณะ	3.83	.36	3.43	.19	2.96	.006*
ด้านความพากเพียรด้านอารมณ์ จิตใจ	3.82	.46	3.71	.21	3.02	.007*
ด้านความพากเพียรด้านจิตวิญญาณ	4.17	.43	3.50	.19	3.63	.002*
คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลหลัก	3.90	.31	3.51	.43	3.88	.001*

*P<0.05



Effectiveness of a Family Nursing Program on the Quality of Life of Patients with Colorectal Cancer Receiving Chemotherapy and Their Primary Caregivers

Montika Prachakit M.N.S.*

Pimpa Sutra M.S. **

Abstract

The objective of this quasi experimental research was to study the effects of Effectiveness of a Family Nursing Program on the Quality of Life of Patients with Colorectal Cancer Receiving Chemotherapy and their Primary caregivers. The sample group were randomly selected consisted of patients admitted to the IPD of Udon thani regional cancer. Selection criteria were based on groups of 30 families the group was divided equally into two groups: experimental and control groups were 15, 15 families. The experimental groups received Family Nursing Program (FOCUS program).The program was developed by Northhouse et al. conceptually, this study was guided by a stress-appraisal model adapted from the work of Lazarus related about F-Family involvement, O-Optimistic attitude, C-Coping effectiveness , U-Uncertainty reduction and S- Symptom management. The material included video, tapes and manuals. The experimental groups before received intervention collected data by pre-test for quality of life scale for patients and their primary caregivers ,after out of hospital follow-up phone calls once a week (approx.30 min/call),finally received post-test at follow-up at week 3 .The control groups received usually care. The instruments consisted of interviewing questionnaire for general data, Quality of life scale for patients and families. Data were analyzed by percentage, standard deviation and t test.

The results were as follows: after experimental, experimental groups were found that the mean overall quality of life was higher than before statistically significant at 0.05 and were found that the mean overall quality of life was higher than control groups statistically significant at 0.05.

Keywords: family nursing program, colorectal cancer, family, chemotherapy, Quality of life

* Master of Nursing Science (Family Nursing), Faculty of Nursing , Khon Kaen University

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชครินทร์

เพ็ญศิริ สมใจ ป.พย.บ.ชั้นสูง*

วิภาดา คงไชย พย.บ.*

สุบิน สมีน้อย ศช.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชครินทร์ ในช่วงเดือน เมษายน 2554 – กันยายน 2554 โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โปรแกรมการทดลองที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี เป็นโปรแกรมที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้ ให้คำแนะนำปรึกษา และการทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการอบรม 8 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล การวิจัย คือ แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย ชุด 26 คำถาม

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 ($P = 0.000$) และจากการที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตหลังจากเข้าโปรแกรม สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตก่อนเข้าโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 ($P = 0.000$) จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นการฝึกทักษะต่างๆ มีการมอบหมายงานให้ไปปฏิบัติที่บ้าน และให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม รวมทั้งได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างเต็มที่ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผนและลงมือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม สามารถยอมรับตนเองได้ ถึงแม้โรคเจ็บป่วยแต่สุขภาพดีได้ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ อีกทั้งยังขาดความสามารถในการปรับตัว มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง¹ ในการบำบัดรักษาจำเป็นต้องกินยาต้านโรคจิต ซึ่งมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือการทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ คือ มีอาการร่วงนอน

ต่ำกว่า ปกติ และการมีน้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้น² ประกอบกับอาการด้านลบของผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ และเข้าสังคม มีการออกกำลังกายน้อย เป็นผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมสูงในการเกิดโรคทางกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ² ซึ่งการดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลา ยานานและต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเป็นชาhey ๆ ทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต³ ลิ่งเหล่านี้อาจเป็น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชครินทร์



อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ทั้งนี้เพรากุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์⁴

องค์กรอนามัยโลโก⁵ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรมค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งคุณภาพชีวิตได้แบ่งออกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล เนื่องจากคุณค่าของชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว แต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งรวมกัน โดยเฉพาะเรื่องของสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็น วิธีการดูแลเสริมสร้างสุขภาพที่ดีที่สุดคือการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่ใช้ยา สเปตติด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม มีการวางแผนที่ดีและเหมาะสม ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคต่างๆเข้ามาแทรกซ้อน แต่ในบางครั้งถึงแม้มีโรคเจ็บป่วย แต่สุขภาพก็ได้ เพราะสุขภาพหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางวิญญาณ หรือ สุขภาวะที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกัน เนื่องจากสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลัก และเป็นองค์ประกอบแรกที่มีความสำคัญมาก สามารถชี้บ่งคุณภาพชีวิตได้อย่างดี กล่าวคือการที่มีสุขภาพที่ดี สามารถกระทำการสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง จะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต⁴ ซึ่งสอดคล้องกับองค์กรอนามัยโลโก⁵ ที่กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายครั้ง เมื่อปี พ.ศ.2541 พระชัย พงศ์ส่วนสิน, จุฬารัตน์ วิเรชรัตน์ และชุติมา ประทีปะจิตติ⁶ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ภูมิปัญญาตื้อและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เนพาะกรณีโรงพยาบาลเครือรัตน์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับกลาง ปี พ.ศ. 2548 นรร vier พุ่มจันทร์⁷ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตกับอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อารมณ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรายเก่าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชอนแก่นราชานครินทร์ ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลโก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดย สุวัฒน์ มหานิรันดร์กุล และคณะ⁸ ทำการสำรวจในช่วงเดือนมีนาคม 2554 จำนวน 30 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 60 รองลงมา คือ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 40 และเมื่อศึกษาถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ พบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คือ ด้านสุขภาพจิต มีจำนวนมากที่สุด คือ 23 ราย รองลงมา คือ ด้านสุขภาพกาย คือ 20 ราย

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี ต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชอนแก่นราชานครินทร์ ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ นี้ผู้ศึกษานำองค์ความรู้จากบริษัทอีโลลิลี่ เอเชีย อิงค์⁹ ที่จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตเวช โดยการอบรมให้ความรู้ ตลอดจนถึงการทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาของศุภกานิตย์ พลไพรินทร์ และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมแบบองค์รวมที่มีผลต่อการควบคุม น้ำหนัก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วน โดยนำองค์ความรู้จากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี และองค์ความรู้การออกกำลังกายแบบการยืดหยุ่น เนื้อ และการคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะอ้วน โรงพยาบาลศรีอุบล (ตึกทัณฑ์ 8) พบว่า โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะอ้วน มีภาวะน้ำหนักตัวลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยคาดหวังว่าผลของการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคจิต เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกที่ดีให้ผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และเสริมสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้จัยใช้กรอบแนวคิดของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพดี เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเวช รูปแบบของโปรแกรม มีการจัดทำแผนการสอนที่ชัดเจนโดยกำหนดด้วยตุณประสัค์ของการเรียนการสอน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการอบรม 6 ครั้ง โดยมีหัวข้อดังนี้ 1) กินเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) ความเชื่อมั่นในตนเอง 4) การวางแผนรับประทานอาหาร 5) การวางแผนทำกิจกรรม หรือออกกำลังกาย 6) สร้างกำลังใจ การได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี จะช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ดีต่อสุขภาพ มองโลกและมองตัวเองในแง่ดี รู้จักแบ่งเวลาในการทำงาน การพักผ่อน และการทำกิจกรรมออกแบบกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง ป้องกันโรคภัยที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อจิตใจ สามารถควบคุมตัวเองและแก้ไขปัญหาได้ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบทดลอง (Experimental Research) แบบวัด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง และขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชานครินทร์ในเดือน พฤษภาคม 2554 โดยพิจารณากำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์อย่างง่าย คือ ร้อยละ 15-30 ในประชากรหลักกร้อย หรือ ร้อยละ 10-15 ในประชากรหลักพัน หรือ ร้อยละ 5-10 ในประชากรหลักหมื่น และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า มีดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่

ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชานครินทร์ ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป 2) ไม่เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง โดยประเมินจากค่า BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ที่มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ 4) ไม่จำกัดเพศ มีอายุตั้งแต่ 18 - 60 ปี 5) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเข้าเพื่อการวิจัย คือแบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก คืออาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยตามหัวข้อในแบบประเมิน เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคน ต้องมีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึงเกณฑ์ปกติ หรือ มีอาการทางจิตเล็กน้อย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี เป็นโปรแกรมที่บริษัทอี.ไล ลิลี่ เอเชีย อิงค์ จัดทำขึ้นเพื่อให้คำแนะนำปรึกษา และการทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต ให้มีสุขภาพดี รูปแบบของโปรแกรม มีการจัดทำแผนการสอนที่ชัดเจนโดยกำหนดด้วยตุณประสัค์ของการเรียนการสอน มีวิธีการเรียนการสอน โดยการให้ความรู้ให้แน่นโดยมีสื่อคือภาพพลิก ชีดี และมีการสาธิตการสอน เช่น ออกแบบกำลังกาย ฝึกทักษะกิจกรรมต่าง ๆ และให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีแผ่นพับนำไปอ่านทบทวนเพิ่มเติม และมีสมุดจดบันทึกนำไปจดบันทึกที่บ้าน ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการประเมินผลอย่างชัดเจน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการอบรม 6 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ทุก 2 สัปดาห์ โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 กินเพื่อสุขภาพ อธิบายอาหารหลัก 5 หมู่ และบทบาทของอาหารในแต่ละหมู่ในลงทะเบียน การความหมายของโรคอ้วน โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งปัจจัยของโรคอ้วนที่สามารถควบคุมได้ และเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคในอาหาร

แต่ละหมู่ อธิบายเรื่องบันทึกการรับประทานอาหาร

ครั้งที่ 2 การออกแบบกาย อธิบายประเภทของการออกแบบกายและประโยชน์ของการออกแบบกายอย่างสม่ำเสมอ แนวทางการออกแบบกายเพื่อสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และอธิบายเรื่องบันทึกการออกแบบกายและเลือกพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างน้อย 1 อย่างที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ในสัปดาห์ที่แล้ว

ครั้งที่ 3 ความเชื่อมั่นในตนเอง อธิบายลสิ่งที่เกิดขึ้นเวลาที่รู้สึกไม่ดีหรือไม่สบายใจ แนวทางการคลายเครียด แนวทางการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตัวเอง และให้อธิบายความรู้สึกที่มีต่อการทำกิจกรรม และเลือกพอดีกิจกรรมการดำเนินชีวิตอย่างน้อย 1 อย่างที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ในสักดาวหกถัดไป

ครั้งที่ 4 การวางแผนรับประทานอาหาร อธิบาย
เรื่องการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดี การวางแผนรับประทาน
อาหาร ความจำเป็นในการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ^{ปกติ} การศึกษาฉลากทางโภชนาการ และเลือกพุ่มติดรวม
การบริโภคที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในสัปดาห์ถัดไป

ครั้งที่ 5 การวางแผนทำกิจกรรม หรือออกแบบ
กำลังกาย อธิบายเรื่องการวางแผนทำกิจกรรมหรือออกแบบ
กำลังกาย เรื่องเกี่ยวกับสมดุลพลังงานในร่างกายจากการ
บริโภคและการออกกำลังกาย ภาระประยุกต์เกี่ยวกับอุปสรรค
ที่ทำให้รู้สึกไม่อายุกออกกำลังกายและค้นหาแนวทางและ
พฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้ทำกิจกรรมหรือ
ออกแบบกำลังกายได้มากขึ้น และเลือกพฤติกรรมอย่างน้อย¹
อย่างที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ในสัปดาห์ถัดไป

ครั้งที่ 6 สร้างกำลังใจ อธิบายแนวทางในการสร้างกำลังใจ ความสำคัญของการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี และแนวทางการเพิ่มแรงจูงใจในการออกกำลังกายทำกิจกรรม

ครั้งที่ 7 ทำแบบทดสอบหลังการอบรม

ครั้งที่ 8 ประเมินผลและข้อเสนอแนะ

3) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการวิจัย
ประกอบด้วย แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตของ
องค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดย สุวัฒน์
มหาตันรัตน์กุลและคณะ⁸ นำมารับปรุงและทดสอบให้มี
ความเหมาะสมกับคนไทย ค่าความเชื่อมั่น cronbach's alpha
มีค่า 0.8406 ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านลิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม มี 26 คำถาม เป็นมาตราวัด 5 ระดับ มีการแปลผล โดยรวมจะแบนทุกข้อแล้วเปรียบเทียบ กับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่กลาง ๆ คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
เริ่มดำเนินการตามกระบวนการของโปรแกรมส่งเสริม
สุขภาพดี ในกลุ่มทดลอง และดำเนินการให้บริการตาม
ระบบปกติของโรงพยาบาลในกลุ่มควบคุม เมื่อกลุ่ม
ทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีครบ 8 ครั้ง จะ
ประเมินระดับคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง และในกลุ่ม
ควบคุมจะประเมินระดับคุณภาพชีวิตเมื่อครบ 6 เดือน

จิริยธรรมในการวิจัย การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจิริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชของแก่นราชานครินทร์ แล้ว ผู้วิจัยขออธิบายให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่ทำการศึกษาขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ และให้ผู้ป่วยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจเท่านั้น หากไม่เข้าร่วมในการศึกษาจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติที่ควรได้รับ และสามารถขออยู่ต่อการร่วมในการศึกษาครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เช่นกันต่อการดูแลรักษาตามปกติ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ให้กับผู้ศึกษาวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายทั้งในหน้าที่การทำงานและในเรื่องส่วนตัว ข้อมูลที่ได้นี้จะใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาวิจัยเท่านั้น สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากการทางจิตที่รุนแรงจนไม่สามารถดำเนินการร่วมกิจกรรมต่อไปได้ หรือมีภาวะจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ผู้ศึกษาวิจัยจะหยุดการร่วมกิจกรรม แล้วให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อจิตแพทย์หรือบุคลากรอื่นตามความจำเป็น

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าจำนวนและร้อยละ 2) คำนวณหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับคุณภาพชีวิต 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง



และกลุ่มควบคุม และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิต ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้ Paired t - test 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการพรร威名า

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.7 มีอายุในช่วง 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 43.3 รองลงมา มีอายุในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 30.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมา จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.3 มีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 53.3 มีอาชีพว่างงาน ร้อยละ 36.8 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 ระยะเวลาการเง็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 70.0

1.2 กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 มีอายุในช่วง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.3 รองลงมา มีอายุในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 30.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.7 มีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 70.0 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.7 รองลงมา อาชีพว่างงาน ร้อยละ 30.0 ระยะเวลาการเง็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 63.3

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

2.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง เท่ากับ 61.23 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.12 และหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิต สูงขึ้นเป็น 81.90 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.77 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P=0.000) (ตารางที่ 1)

2.2 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิต หลังการทดลอง เท่ากับ 81.90 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 11.77 พบร้า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตเท่ากับ 65.50 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.14 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี และที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี พบร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (P=0.000) (ตารางที่ 2)

จากการทดสอบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชIRON แกรนราชครินทร์ ที่ได้เข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี มีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบร้า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นการฝึกทักษะต่าง ๆ มีการมอบหมายงานให้ไปปฏิบัติที่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจดบันทึก การออกแบบภารกิจ การรับประทานอาหาร การทำงาน ต่าง ๆ และนำบทบทวนพฤติกรรมของตนเอง ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผน นำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปบ้านเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง และให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น ร่างกายแข็งแรงขึ้น ช่วยทำงานได้ ไม่ขี้เกียจ สนับายน่าจะ ไม่เครียด ไม่คิดมากกับปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วย การทำอาหารแก่ไขปัญหา ยอมรับการเจ็บป่วยที่เป็น แต่ไม่ทำให้ห้อใจ บางรายได้เล่าถึงวิธีการที่ทำให้สนับายน่าจะ วิธีการออกแบบภารกิจ การดูแลตนเอง โดยไม่เป็นภาระคนอื่น และมีการซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม รวมทั้งได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างเต็มที่ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น สังเกตจากคำพูดของผู้ป่วย “เมื่อออกรаКาลังกายสมำ่เสนอ ทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ผ่อนคลายจิตใจและอารมณ์ดี ไม่ด้อยหุดหิด” “สนับายน่าจะ” “เวลาที่คิดสิ่งดีๆ ในชีวิต ทำให้สนับายน่าจะ ทำให้กำลังใจดีขึ้น สมองแจ่มใส” “ช่วยทำงานบ้าน ชักผ้า ทำความสะอาด ปลูกผักได้” “การกินอาหารเค็มมากจะทำให้เกิดbamn้ำได้ และทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง



โรคหัวใจ ต้องครองด้วยการสเด็ม” “มีกำลังใจ แม่ไม่บ่น เพราะได้ช่วยงานพ่อแม่บ้าง” เพื่อให้สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม สามารถยอมรับตนเองได้ถึงแม้มีโรคเจ็บป่วย แต่สุขภาพดีได้ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

การอภิปรายผล

วิธีการสอนในครั้งนี้ได้กำหนดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกรุ่นให้ความรู้ มีการประเมินความรู้ กระบวนการฝึกทักษะต่างๆ มีการมองหมายงานให้ไปปฏิบัติที่บ้าน และให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และเปลี่ยนความคิดเห็น มีการเปลี่ยนมุมมองต่อการเผชิญปัญหา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น วางแผนและลงมือปฏิบัติการเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง และการมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีต่อการพัฒนาต่างๆ ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ เท็นคุณค่าในการเปลี่ยนแปลง เกิดแรงจูงใจที่จะนำมาเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น¹¹ และมีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้กระบวนการกรุ่นนั้นทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว ทำให้ลดความกังวล ปรับตัวและดูแลสุขภาพตนเองได้¹²

การนำสื่อการสอนมาใช้ในการสอนเป็นการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน และเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ได้แก่ ภาพพลิก ซึ่ดีเรื่องการออกกำลังกาย มีภาพประกอบ ท่าทางในการออกกำลังกาย มีการสาธิตเรื่องการออกกำลังกาย และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจและจำทำทางในการออกกำลังกายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีแผ่นพับเรื่องการออกกำลังกาย กินดีมีสุข การคลายเครียด คิดอย่างไรไม่ให้เครียด เนื้อหาสาระเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปอ่านทบทวนเพิ่มเติมหรือเมื่อเกิดข้อสงสัยและต้องการทราบรายละเอียดต่างๆ สามารถอ่านได้ตลอดเวลา และมีสมุดบันทึกเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมสมุดบันทึกต่างๆ จะมีตัวอย่างการบันทึก และมีภาพประกอบ เช่น เรื่องการออกกำลังกายมีท่าทางต่างๆ เพื่อ

ให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้าน และให้จดบันทึกไว้เพื่อเป็นการกระตุ้นการฝึกทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นสื่อที่จะเสริมให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

โปรแกรมการสอนนี้มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การวางแผนรับประทานอาหาร และเรื่องการออกกำลังกาย การวางแผนการออกกำลังกาย เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังและใช้ระยะเวลาดำเนินของโรคที่ยาวนาน¹³ ในการบำบัดรักษาจำเป็นต้องกินยาต้านโรคจิตซึ่งมีฤทธิ์ขังเคียงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือการทำงานของต่อมไร้ท่อ ผิดปกติ คือ มีอาการร่วงนอน ตาพร่า ปากแห้ง และมีน้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้น² ประกอบกับอาการด้านลบของผู้ป่วยก็ยังมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ และเข้าสังคม มีการออกกำลังกายน้อยเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคทางกายได้แก่โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ² และจากการมีภาวะโรคร่วมจะทำให้การพยากรณ์โรคหลวงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มือตราชาราษฎร์และความพิการสูงขึ้น¹⁴ ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันภาวะเหล่านี้และเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงควรมีการให้ความรู้ มีการสอนเรื่องการกินเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าอาหารที่รับประทานแต่ละวันเหมาะสมมากเพียงใด สมดุลกับปริมาณที่ร่างกายควรได้รับ เพื่อให้มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และต้องหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่กระตุ้นประสาทให้ตัวชาหรือกาแฟ เป็นต้น มีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างเครื่องดื่มกลุ่มนี้กับยาต้านโรคจิตเภท เช่น แอลกอฮอล์ ทำให้ระดับความต้านทานของผลข้างเคียงทางระบบประสาทลดลง โดยเห็นได้ชัดเจนเมื่อให้สมองทำงานชั่วคราว (Temporary Brain Dysfunction) อีกทั้งยาต้านโรคจิตบางตัวที่ผสมกับชาหรือกาแฟจะเกิดตะกอนที่ไม่ละลาย น้ำซึ่งมีผลต่อการดูดซึมของตัวยา พบว่าร้อยละ 10 ของตัวยาจะจับกับกาแฟ ร้อยละ 90 จะจับตัวกับชาทำให้ประสิทธิภาพของยาต้านโรคจิตเภทลดลง⁹ และมีการสอนเรื่องการออกกำลังกาย มีการสาธิตเรื่องการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น การออกกำลังกายจึงเป็น



ทางเลือกหนึ่งที่นำมาใช้ เพราะเชื่อว่าการออกกำลังกาย จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงมากยิ่งขึ้น² เนื่องจาก สุขภาพเป็นองค์ประกอบหลัก และเป็นองค์ประกอบแรก ที่มีความสำคัญมาก สามารถชี้บ่งคุณภาพชีวิตได้อย่างดี กล่าวคือ การที่มีสุขภาพที่ดี สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ได้ ด้วยตนเอง จะนำมาซึ่งความสุขและความสุ่นในชีวิต⁴

โปรแกรมการสอนนี้มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการ สร้างแรงจูงใจและสร้างความเชื่อมั่นในตัวเอง เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีความเรื้อรัง ทำให้ ผู้ป่วยต้องสูญเสียความสามารถทางกระบวนการความคิด และความจำ รวมถึงความพิດปักดิทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมๆ กัน ลั่นผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถพื้นฐาน อย่างง่ายๆ ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการดูแลตนเอง การประกอบกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม ไปจนถึงการ ทำงานประกอบอาชีพ จนต้องเป็นภาระแก่ผู้ดูแลทั้งจาก คนในครอบครัว และสังคมรอบข้าง^{15,16} ลั่นผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เป็นผลให้ผู้ป่วย ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล ภาระการ สูญเสียพลังงาน ปัญหาด้านอัตโนมัติ ภาคี ภาระลักษณ์ การตีตราจากสังคม ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดหวังและการ ฝ่าตัวตาย¹³ ดังนั้นจึงเน้นในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพ จิตใจของตนเอง เช่น การคลายเครียด ปรับเรื่องความ คิด คิดในแบบของตัวเอง มองล้วนดีของตนเอง เสริมสร้างความ สำมัคัญกับคนอื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้ง มีการฝึกคลายเครียดและฝึกหัดกระทำการสังคม เช่น รู้จัก การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้ กับตนเองที่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทางที่ดีขึ้น ในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นแนวทางการ บำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อบรร斥ลี่ยน พฤติกรรม ซึ่งการสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งที่สำคัญ โดย เฉพาะสร้างแรงจูงใจจากภายใน จะต้องทำให้เกิดความ ต้องการ เมื่อเกิดความต้องการก็จะเกิดแรงขับ หรือความ อยากรู้ที่จะกระทำการ จนผลสุดท้ายก็จะเกิดการกระทำ หรือเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ต้องการ²

ข้อเสนอแนะ:

1. โปรแกรมการสอนควรเพิ่มเติมเนื้อหา เรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้

มีความรู้ ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว จะทำให้ลดความกังวล ปรับตัวและดูแล สุขภาพต่อเนื่องได้ และควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะกระตุ้นสนับสนุนต่อการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่และครอบครัวและมีการติดตามผล

3. ควรมีการติดตามศึกษาผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดีครั้งนี้ต่อเนื่อง ในระยะยาว เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

References

1. Tantipalajiva K. Text of Psychiatry. 2nd ed. Bangkok: Thammasat University; 1993.
2. Prakamtong A. Motivation Enhancement Therapy for Exercise Promotion on Physical Fitness for Schizophrenic Patients: A case study Mahasarakham Hospital. An Independent Study Report Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing Khon Kaen University; 2009.
3. Waraasawapati P, Tangseree T. Schizophrenia. In Yathaputhanont W, Waraasawapati P, Mongkol A and Tangseree T (Editor). Psychiatry for General Practitioners. Khon Kaen: Siriphant Offset; 1993.
4. Chansukitmatee S. Quality of Life in The elderly with Benign Prostatic Hyperplasia. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 1997.
5. The WHOQOL Group. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version. Geneva: WHO; 1996.
6. Pongsaghuan P, Wirakaratana C, Prateepajitti C. Quality of life of Psychiatric Patients, Care Givers and Health care Team: Case Study of Srithanya Hospital. Journal of mental Health of Thailand 2541; 5(3): 16-24.



7. Pumchan N. Quality of life and Symptoms of Schizophrenic Patients at Day Hospital, and Their Relatives' Quality of life. Journal of mental Health of Thailand 2548; 13(3): 146.
8. Mahadnirunkul S , Tantipiwattanasakul W, Pumprisan W, Wongsuwan K, Ponmanajirungkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Suanprung Hospital, Department of Mental Health; 1997.
9. Eli Lilly Asia, Inc. Thailand. Wellness Program:Helps Move Lives Forward. Bangkok; 2010.
10. Ponpairin S, Nikomprasasn J, Ruengon C, Samanwongthai U, Tuntisirisittikul S. The effect of psychosocial holistic care program on controlling weight and quality of life in obese female schizophrenia patients in Srithanya Hospital. Srithanya Hospital. Bangkok; 2010.
11. Orem DE. Nursing Concepts of Practice. 4th ed. Philadelphia: Mosby Year Book. [n.d.]; 1991.
12. Rujichayagoon S. The Effect of Education Program on Knowledge, Self-Care Behavior and Quality of Life in Adult with Asthma in Out Patient Department of Phanomphri Hospital. (IS). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007.
13. Lotrakul M. Schizophrenia. In Lotrakul M. and Sukanit P. (Editor). Psychiatry. 5th Ed. Bangkok: Suwichankampim; 2000.
14. Udomrat P, Wasikananont S. Text book of Schizophrenia. The Psychiatric Association of Thailand. Bangkok: Chanmuangkarnpim; 2009.
15. Phanthunane P, Chaipornsupaisan W. A survey of severity, quality of life and current treatment patterns in people with schizophrenia in Thailand 2008. Bangkok; 2008.
16. Daenseekaew S, KlungKlang R, Community needs for Strengthening Quality of life of small Group Informal workers. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(2): 60-69.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิต ในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าโปรแกรมสุขภาพดี ระหว่างก่อน และหลังการทดลองด้วย t – test

ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท						
	n	\bar{x}	S.D	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี	30	61.23	4.12	-13.102	29	.000
หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี	30	81.90	11.77			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าโปรแกรมสุขภาพดี และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี ด้วย t – test

ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังทดลอง						
	n	\bar{x}	S.D	t	df	p-value
ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี	30	81.90	11.77	6.028	58	.000
ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดี	30	65.50	9.14			



Effects of Wellness Program on Quality of Life of Schizophrenic Patients

Pensiri Somchai Dip.in Nursing and Advanced Midwifery* Vipada Kanachai B.N.S.* Subin Sminoy Ms.Ed.*

Abstract

The objective of this experimental research was to study the effects of Wellness Program on quality of life of schizophrenic patients at the Out-Patient Department of KhonKaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital during April to September 2011. The study sample included 2 groups : Experimental and Control group with 30 members per group. The experimental tool was Wellness Program which provided education, advice, counseling and activity participation for promoting self – motivation in life to stay healthy and enhanced quality of life. The program consisted of 8 training courses. The WHO – Quality of Life – Bref Thai Edition Assessment was used to measure the sample's quality of life.

The results were the members of the Experimental Group who were on Wellness Program got the average score of quality of life higher than those in Control Group who were not on the Program with significantly difference at the 0.5 Confidence level ($P = 0.000$) and The members of the Experimental Group, after joining the Program, scored higher with significantly difference at the 0.5 confidence level ($P = 0.000$). The patients got the knowledge in self health care. They could share the experiences in motivating many skills. They were assigned to practice at home and shared their experiences within the group. Those activities made the patients understand and got skills in self health care better. The Program helped the patients to plan and to do activities in caring their own health. So they could get the perfect health physically, mentally and socially. They could accept themselves even though they were sick and get better quality of life.

*Registered nurse, Professional level, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหญิงชาวบริการทางเพศ ในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

ทิพย์วิมล เดชภูมิ พย.ม.**

เกเจรัวลัณ นิลวรรณกุล PhD***

บทคิดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความหมาย และการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหญิงชาวบริการทางเพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงชาวบริการทางเพศในเขตจังหวัดแห่งหนึ่ง จำนวน 35 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการจดบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีการตรวจสอบแบบสามเล้า และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า หญิงชาวบริการทางเพศให้ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคือ ความสุขสบาย ในส่วนของการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบพบว่า ด้านสุขภาพกาย หญิงชาวบริการทางเพศรับรู้ว่า ร่างกายของตนอ่อนล้าจากการทำงาน บางคนมีความเจ็บป่วยจากการทำงาน บางคนมีการใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า ตีมสูรา และสูบบุหรี่ เพื่อให้มีความสามารถในการทำงานมากขึ้น ด้านสุขภาพจิต พบร่วม พบว่า หญิงชาวบริการทางเพศดำเนินชีวิตอย่างสุขสงบทุกข์ในเวลาเดียวกัน ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้และปรับการตรวจสุขภาพตามกฎหมายของสถานบริการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและลังคม หญิงชาวบริการทางเพศมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน แต่บางส่วนมีการแข่งขันกันเองในกลุ่มเพื่อแย่งผู้มาใช้บริการ ด้านเศรษฐกิจ พบว่า การขายบริการทางเพศเป็นงานที่สบายรายได้มากแต่ไม่มีความมั่นคง บางคนมีหนี้สิน และด้านลิ้งแಡล้อมหาภัย พบร่วม มีความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย มีความปลอดภัย และสะอาดสวยงาม

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหญิงชาวบริการทางเพศให้ดีขึ้น และยังสามารถนำไปปรับปรุงการให้บริการเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หญิงชาวบริการทางเพศ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การขายบริการทางเพศเป็นปัญหาที่ฝัง根柢อยู่ในสังคมไทยมาช้านาน และมีวัฒนาการในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยมีการใช้อินเตอร์เน็ต หรือโทรศัพท์ เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อขายบริการทางเพศ และหลักเลี่ยงกฎหมาย ทำให้การสำรวจจำนวนที่แน่นอน เป็นเรื่องที่กระทำได้ยากมากขึ้น จากการสำรวจของกลุ่ม

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีหญิงชาวบริการทางเพศ จำนวน 67,171 คน¹ แต่มีการคาดการณ์ว่า มีจำนวนผู้ชายบริการทางเพศทั้งทางตรงและแบบแฝงในประเทศไทย จำนวน 200,000 - 300,000 คน² และนับวันจะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานบริการที่มีผู้ให้บริการทางเพศตอบแฝงขายบริการทางเพศและการขายบริการทางเพศแบบอิสระ ที่ไม่อาจ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาบัลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์และผู้อำนวยการศูนย์ล่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



สำรวจได้ สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบร่วม นักเรียน 4,084 คน โดยจังหวัดที่ศึกษา มีหยูงขายนบริการทางเพศทั้งหมด 431 คน ซึ่งมากเป็น อันดับหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹ อย่างไรก็ตาม ตัวเลขที่สำรวจได้อาจมีการคลาดเคลื่อนจากสถานการณ์ จริง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงจำนวนหยูงขายน บริการทางเพศที่แท้จริงในสังคมไทย

การขายนบริการทางเพศของผู้หยูง ไม่ใช่เพียง การขายร่วมกัยเท่านั้น แต่ยังถูกกดขี่จากเพศชายทั้งทาง ร่วมกัย ทางจิตใจ และสังคมที่ไม่ยอมรับ ทำให้ผู้หยูง ต้องขายทั้งจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ขายนาม เป็นตัว ตนของเรอตัวย³ นอกจากได้รับผลกระทบจากสังคมแล้ว หยูงขายนบริการทางเพศยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์⁴ จากการสำรวจของสำนัก ระบาดวิทยากรมควบคุมโรคปี พ.ศ. 2550 พบร่วม สาเหตุ หลักของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 83.8 มาจากการมี เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย¹ โดยเฉพาะหยูงขายนบริการ ทางเพศที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ เอชไอวีมากกว่าหยูงขายนบริการทางเพศที่มีอายุมากกว่า 20 ปี⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาการไม่ใช้ถุงยางอนามัย ยังส่งผลให้หยูงขายนบริการทางเพศมีการตั้งครรภ์และ นำไปสู่การพยาบาลทำงานแห่งเพื่อทางออก^{6,7} ประกอบ กับรูปแบบการขายบริการทางเพศเปลี่ยนแปลงไป มี หยูงขายนบริการทางเพศแบบอิสระเพิ่มมากขึ้น ทำให้ เข้าถึงการบริการสุขภาพลดลง ส่งผลให้หยูงขายนบริการ ทางเพศมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 39⁸ จากสภาพการทำงานที่ต้องรีบไข่คว้าหารายได้ให้ มากที่สุดจึงต้องทำงานทุกวัน ไม่มีวันหยุด ยกเว้นเวลาเมื่อ ประจำเดือนหรือไม่สบาย เจ้าของสถานบริการบางแห่ง ยังมีการบังคับให้ผู้หยูงที่ทำงานในสถานบริการต้อง ขายบริการทางเพศให้ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ประกอบกับ ค่านิยมดังเดิมของสังคมที่มองว่าเพศหยูงเป็นเพศที่ อ่อนแอ ผู้หยูงเป็นเพียง “ผู้รองรับน้ำอสุจิของเพศชาย”⁹ ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จึงขาดความเกรงใจ บางรายมีการ ตีเมื่อเครื่องดื่มและกอ肖ลส์ส่งผลให้มีการใช้ความรุนแรง และมีเพศสัมพันธ์ด้วยความรุนแรงเพื่อควบคุมร่างกาย ของผู้หยูงให้ตอบสนองความต้องการทางเพศ และให้ คุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไป

นอกจากนี้ยังพบว่า มีการข่มขู่และบังคับให้ร่วม เพศในท่าพิสดาร รวมถึงใช้บริการไม่จ่ายเงิน และกรีซอก ทรัพย์ จากการที่ต้องให้บริการหลายครั้งต่อวัน ทำให้ช่อง คลอดของหยูงขายนบริการทางเพศแห้ง ไม่มีความหล่อลื่น จึงส่งผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยลดลง เนื่องจากการใช้ถุง ยางอนามัยจะทำให้หยูงขายนบริการทางเพศเจ็บปวดบริเวณ ช่องคลอดมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของ หยูงขายนบริการทางเพศเป็นอย่างมาก¹⁰ เมื่อเกิดความ เจ็บป่วยไม่สามารถใช้บริการได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานอยู่ ในพื้นที่ภูมิลำเนา ประกอบกับระยะเวลาการทำงานของ สถานให้บริการสุขภาพของรัฐไม่สัมพันธ์กับการทำงานของ หยูงขายนบริการทางเพศ ทำให้ไม่สะดวกไปใช้บริการ⁴ เมื่อ มีอาการผิดปกติจะไปซื้อยาที่ร้านขายยาหรับประทานเอง จะไม่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐถ้าอาการไม่รุนแรง เนื่องจากรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ดูถูกเหยียดหยาม ไม่เป็นมิตร ถ้ารู้สึกว่าเธอเมื่ออาชีพขายบริการทางเพศ บางครั้งจะไปรับ บริการที่คลินิกเอกชน เนื่องจากเจ้าหน้าที่พูดคุย บริการดี มีความเป็นส่วนตัว รอไม่นาน และรักษาหายเร็ว¹¹

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหยูงขายน บริการทางเพศมีอย่างจำกัด โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงความหมาย และการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหยูงขายนบริการ ทางเพศที่มีต่อตนเองในทัศนะของผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์ นั้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาและดับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหยูงขายนบริการให้ดีขึ้น รวม ทั้งสามารถนำไปปรับปรุงการให้บริการเพื่อป้องกันโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพตามการรับรู้ของหยูงขายนบริการทางเพศ
- เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ หยูงขายนบริการทางเพศ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการประยุกต์แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตาม คำนิยามขององค์กรอนามัยโลก^{12,13,14} ประกอบด้วย



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิตใจ 3) ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและลังคม 5) ด้านเศรษฐกิจ และ 6) ด้านลิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อทำความเข้าใจถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหญิงชาวบริการทางเพศที่ประสบภาวะความหมาย และมีการรับรู้อย่างไร ซึ่งเป็นการหาความหมายโดยมองผ่านจากลิ่งที่ปรากฏไปยังความหมายที่อยู่เบื้องหลังของลิ่งนั้น โดยมีความเชื่อว่าลิ่งที่เป็นจริงจะต้องไม่เป็นเพียงลิ่งที่สามารถรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสเสมอไป แต่ยังมีหลายอย่างที่สามารถเข้าถึงได้โดยการทำความเข้าใจถึงความรู้สึกหรือลิ่งที่อยู่ภายใต้จิตใจของบุคคล¹⁴

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นหญิงชาวบริการทางเพศที่ประกอบอาชีวภาพบริการทางเพศในรูปแบบแอบแฝง และการขายบริการทางเพศแบบอิสระ ที่ขายบริการทางเพศอยู่ในเขตอำเภอเมือง มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบล้มภายนอก ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบล้มภายนอก เชิงลึก แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการจดบันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัย ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเหลี่ยม (Triangulation) เก็บข้อมูลจากหญิงชาวบริการทางเพศที่ประกอบการขายบริการทางเพศในสถานบริการทางเพศที่มีความต่างกัน สถานที่ที่แตกต่างกัน และวันเวลาแตกต่างกัน เพื่อนำมาเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ กัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูล หลายวิธีด้วยกัน คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกข้อมูล เพื่อยืนยันและตรวจสอบผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้การแยกแยะความถี่ จำนวน ร้อยละตามลักษณะของข้อมูล ส่วนข้อมูลคุณภาพใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย เลขที่ HE532281 ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์จริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ในทุกขั้นตอนการวิจัย โดยยึดหลักปฏิบัติ เครารพในการตัดสินใจของผู้ที่จะมาเป็นอาสาสมัคร ผู้ร่วมวิจัยต้องเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการวิจัยและอนุญาตให้นักวิจัยดำเนินการวิจัยได้ ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอแก่ผู้ร่วมวิจัยทราบถึงสาระสำคัญของเรื่องที่ทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การซึ่งแลกเปลี่ยนในการเข้าร่วมวิจัย มาตรการที่จะรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยได้ให้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริงลงในแบบบันทึกข้อมูล เทปการสัมภาษณ์ และจะทำลายเมื่อการศึกษาลิ้นสุดลง ขณะที่ทำการสัมภาษณ์หากผู้ร่วมวิจัยไม่สบายใจหรือไม่ต้องการให้เขียนในรายงานวิจัย นักวิจัยจะปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัว และระมัดระวังป้องกันอันตรายหรือความผิดพลาดอย่างเต็มที่ ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจของผู้ให้ข้อมูล และลดความเสี่ยงของภัยตระหนายที่อาจเกิดขึ้นให้มากที่สุด ปฏิบัติต่อบุคคลแต่ละคนอย่างถูกต้อง และเหมาะสมตามหลักศีลธรรมให้แต่ละคนได้รับลิ่งที่พึงได้รับเท่าเทียมกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบร่วมวัยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15-20 ปี ร้อยละ 62.9 อายุเฉลี่ย 25 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 77.2 รายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.3 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 74.3 หญิงชาวบริการส่วนใหญ่พกพาอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 68.6 โดยเป็นหญิงชาวบริการทางเพศแบบแอบแฝงที่กำลังเรียนหนังสืออยู่ รองลงมาคือพกพาอาศัยอยู่คนเดียว



ร้อยละ 14.3 ประกอบอาชีพนี้มานาน 1 ปี ร้อยละ 62.8 ส่วนใหญ่ให้บริการแขกเฉลี่ย 1-2 คนต่อวัน ร้อยละ 51.4 เกิดการเจ็บป่วย ร้อยละ 22.9 ซึ่งอาการเจ็บป่วยที่พบคือ แพลริมอ่อน ตกขาว มดลูกอักเสบ และมดลูกหย่อน แท้บบุตร ร้อยละ 5.7 มีการดื่มสุราเป็นบางครั้ง ร้อยละ 82.9 สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ร้อยละ 25.7 มีหญิงขยายบริการทางเพศ ร้อยละ 8.6 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 ไม่เคยไปรับการตรวจภายในเลย

2. ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
หญิงขยายบริการทางเพศ ให้ความหมายคำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในทัศนะของตนเองหมายถึง “ความสุขสบาย” ซึ่งความสุขเกิดจากการมีเงินใช้จ่ายรวมทั้ง ส่งให้กับครอบครัว ไม่มีหนี้สิน และความสุขยังเกิดจากการที่ได้อยู่กับบุคคลอันเป็นที่รัก บุตรเป็นคนดีประสบผลสำเร็จในการดำเนินชีวิต ส่วนความสบายมาจากการทำงาน หากเงินได้จ่ายและมีรายได้ที่ดีเพื่อนำมาใช้จ่ายซื้อสิ่งของและซื้ออาหารรับประทานในชีวิตประจำวัน

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามการรับรู้ของหญิงขยายบริการทางเพศ

3.1 ด้านสุขภาพกาย พบร่วมกับการรับรู้ด้านสุขภาพกายของหญิงขยายบริการทางเพศ แตกต่างกันหลายลักษณะ ดังนี้

1) **สุขภาพร่างกายแข็งแรง** พบร่วมกับการรับรู้ว่าสุขภาพร่างกายของตนมีความแข็งแรง เพื่อไม่มีอาการเจ็บป่วยและยังสามารถทำงานได้ หญิงขยายบริการคนหนึ่งเล่าว่า “ร่างกายแข็งแรงดีค่ะ ไม่มีปัญหาอะไร เราเก็บกินอิ่มนอนหลับได้ตอนเช้าก็จะไปซื้อกับข้าวมาทำกินกัน เสร็จแล้วก็นอน กางคีนก็มาทำงาน ไม่ได้ออกกำลังกายเลยไม่มีเวลาไป แต่漫ก็ไม่ได้เป็นอะไร ส่วนมากอาการเปลี่ยนก็เป็นหวัดแค่นั้น พี่ก็จะไปตรวจสุขภาพตลอดแต่ก็ไม่มีอะไร” (ID28)

2) **ร่างกายอ่อนล้าและเกิดปัญหาด้านสุขภาพ** หญิงขยายบริการทางเพศบางคนรู้สึกว่า สุขภาพร่างกายเกิดอาการเมื่อยล้าจากการทำงาน ดังหญิงขยายบริการทางเพศคนหนึ่งเล่าว่า “ความเหนื่อยล้าจากการทำงานว่า “ถ้าทำงานๆ ก็เหนื่อยนะ เหนื่อยเพราะแขกบางคนมาถ้าเขามากๆ จะทำงาน ทำงานแล้วอวัยวะเพศจะไม่แข็ง เราเก็บกินเนื้อยอ... บางครั้งนอนไม่พอเราเก็บกินเนื้อยอ

ค่ะ” (ID5) นอกจากนี้บางคนรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นซึ่งร้อยละ 22.9 เกิดอาการมดลูกอักเสบ มดลูกหย่อน ปวดห้องน้อย ตกขาว มีการฉีกขาดบริเวณปากช่อง คลอด เกิดแพลลอกในช่องคลอด หญิงขยายบริการคนหนึ่งบอกว่า “มันแสบเจ็บห้องน้อย เจ็บมดลูกอะไรมาก นี่ เวลาเจอของยาฯ ขออนุญาตแบบว่าแพ้กระแทกแรงๆ เราเก็บเงินประจำวันนึงทำลายคน บางคนเขามดลูกลึกเข้าก็ทำได้ แต่เราไม่สามารถดลูกต่ำ เราเก็บทำไม่ได้ เราเก็บจะมีปัญหาตรงนี้บ่อยๆ” (ID33)

3) **เพิ่มความกล้าโดยการพึ่งพาสารเสพติด** หญิงขยายบริการทางเพศมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ได้แก่ ยาบ้า เพื่อให้ร่างกายมีความคึกคัก กระฉับกระเฉง มีความตื่นตัว เกิดความมั่นใจ สามารถให้บริการแขกได้หลายคนมากขึ้น ดีมีสุราเพื่อให้ตนเองมีความกล้าในการแสดงออกและเป็นจุดสนใจ ต้องการการยอมรับจากกลุ่ม และอาจใช้แยกกรณีที่แขกต้องการให้ดื่ม หญิงขยายบริการคนหนึ่งเล่าว่า “บางครั้งเรารอyle ให้แขกเยอะๆ เราเก็บต้องมีตัวช่วยให้ตัวเองไม่รู้สึกเห็นใจมากขึ้น ก็คือเอายาบ้ามาช่วยบ้าง บางทีอดนอนมาหลายวัน มันจะช่วยให้เราไม่เหนื่อย ถ้าเราไม่ทำแบบนี้เราก็เหนื่อย เราเก็บจำเป็นต้องทำ” (ID7)

4) **ชีวิตคือความเสี่ยง** เนื่องจากไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย แขกบางรายชอบถอดถุงยางขณะร่วมเพศ และหากถุงยางอนามัย ออกจากนี้ยังไง ไม่รู้สึกเสียใจ อนามัยหลายๆ ชั้นเพื่อป้องกันการร่วงหรือป้องกันไม่ให้ถุงยางอนามัยแตกขณะให้บริการ หญิงขยายบริการคนหนึ่งเล่าว่า “แขกบางคนจะชอบถอดถุงยางอนามัย บางครั้งถุงยางอนามัยแตกก็มี มาทำงานแรกๆ จะไม่ทันแยกห้องถ้าทำงานๆ ไปถึงจะทันเข้าส่วนมากผู้ชายบางคนไม่ยกใจใส่ถุงยางอนามัยหรือเข้าใจว่าจะมีกลไกของเข้า ถ้าใส่ถุงยางอนามัยมันไม่ดีนั่นเหรอ” (ID1)

5) **การป้องกันตัวเองจากความเจ็บป่วย** ส่วนใหญ่จะใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันตัว เองจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และตรวจสอบคุณภาพของถุงยางอนามัยก่อนใช้ทุกครั้ง ระมัดระวัง ขณะล้วนใส่ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการฉีกขาดหรือเกิดอุบัติเหตุขณะล้วนใส่ใช้สารหล่อลื่นบริเวณช่องคลอด เพื่อลดความเจ็บปวดขณะให้บริการ เลือกไปกับแขกที่ไว



วางแผนได้ หรือมีความสนิทสนมคุ้นเคยกัน เลือกโรงเรนที่เดย์ไปใช้บริการบอยๆ เพื่อป้องกันตัวเองจากการถูกทำร้ายร่างกาย หญิงขยายบริการคนหนึ่งบอกว่า “เวลาเมื่อเพศสัมพันธ์ต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ถ้าไม่ใส่ถุงยางอนามัยเราไม่อาจไม่รับเราก็อกมาเลย ก่อนจะใส่ให้เขาทุกครั้ง เราจะเช็คดูว่ามีการร้าวหรือไม่ มีอะไรนัยจะเช็คทุกอย่าง จะดูก่อน เดย์ใช้แล้วมันร้าวมันพบไป” (ID27)

3.2 สุขภาพจิต

1) สุขปนทุกข์ หลาย คนมีความสุขจากการที่ได้แสดงถึงความรักที่เปี่ยมล้นไปด้วยความเสียสละเพื่อความสุขของลูก และบิดามารดา ความกตัญญูกตเวที และมีรายได้ที่งดงามและเพียงพอในการใช้จ่ายซื้อสิ่งตามที่ตนเองต้องการ หญิงขยายบริการคนหนึ่งบอกว่า “เราทำงานเนาะเราก็ได้เงินมากจุนเงื่อนชีวิต ลิ่งที่ทำให้เรารอยู่ได้ก็ เพราะเงิน ทำให้ชีวิตเราดีขึ้นลิ่งที่ทำให้เรารอยู่ได้ก็ เพราะเงิน เราไม่เกี่ยวว่าเราได้เงินมากยังนี้ เราได้เงินมากที่ต้องส่งพ่อส่งแม่ด้วย ถ้าเราหาเงินได้เราส่งพ่อส่งแม่ได้เราก็มีความสุข ไม่ทำให้พ่อแม่เราเดือดร้อนได้มาก ก็ส่งมากได้น้อยส่งน้อย” (ID5) ขณะเดียวกันก็เกิดความทุกข์ จากการที่ต้องปิดบังซ่อนเร้นจากครอบครัวและสังคม กลัวการติดเชื้อเชื้อไขว่กลัวการตั้งครรภ์และกลัวถูกทำร้ายร่างกาย บางคนเหงา คิดถึงบ้านและครอบครัว ต้องเผชิญกับความเครียดจากการค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนโดยลำพัง ทำให้เกิดความทุกข์ขึ้น หญิงขยายบริการคนหนึ่งบอกว่า “บางครั้งนั่งอยู่คุณเตียวกีดีคิดถึงบ้าน คิดเรื่องนั้นเรื่องนี้ คิดหลายๆอย่าง คิดถึงบ้าน คิดถึงลูก คิดเรื่องเงินเรื่องทอง คิดไปหมดแหลกค่ะ วันไหนไม่มี霞 ก็ยังคิดมาก เครียดไม่รู้ว่าจะไปหาเงินที่ไหนส่งให้ลูกให้แม่ที่บ้านได้ใช้เครียดค่ะ บางครั้งก็ปวดหัว ถ้ามีเงินส่งให้ทางบ้านก็สบายใจ” (ID20)

2) เป็นคนไม่ดี มีความรู้สึกต่อตนเอง ในแง่ลบ ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเองเนื่องจากต้องใช้ร่างกายของตนแลกับเงินเพื่อความอยู่รอดของตนเองและครอบครัว บางครั้งไม่อยากทำอาชีพนี้ แต่การที่ไม่มีเงินใช้จ่ายทำให้ต้องไปทำอาชีพนี้เหมือนเดิม หญิงขยายบริการคนหนึ่งเล่าว่า “ไม่ภาคภูมิใจเลยนะ เพราะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดีถ้าดีคงไม่มาทำแบบนี้ พูดไม่ฟังไม่ให้ไปก็ยังไปมีค่ะ บางครั้งก็ไม่อยากไป แต่ไม่มีเงินใช้ก็เราก็เป็นทุกข์ เครียด

บางครั้งไม่รู้จะหาเงินที่ไหนไปจ่ายค่าห้องครัว แม่ไม่มีตังส์ใช้ เราก็ไม่อยากขอเท่าไหร่” (ID9)

3) การเข้าถึงบริการสุขภาพ

สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทันท่วงที่เมื่อเจ็บป่วย และตรวจสุขภาพตามระยะเวลาระหว่างสถานบริการ กำหนด เช่น ตรวจมะเร็งปากมดลูก ตรวจเลือดหารายติดต่อทางเพศสัมพันธ์ “บางครั้งมันอักเสบปวดท้องน้อยอะไรประมาณนี้ค่ะ เราก็ไปหาหมอ ไปโรงพยาบาล ไปคลินิก บางครั้ง เพราะว่ามันปวดท้องมากๆ ไปหาหมอให้เขาตรวจภายในดูว่าซ้ำในมันเป็นอะไรหรือเปล่า” (ID28) แต่มีหญิงขยายบริการส่วนใหญ่จะไม่มีการตรวจเลือดหรือตรวจหารายติดต่อทางเพศสัมพันธ์เลย เพราะอยากรักษาจะพบเจอกับคนที่ตนเองรู้จัก ทำให้ความลับของตนเองถูกเปิดเผย บางคนไม่ได้ให้ความสนใจ เพราะสถานบริการไม่ได้บังคับ หญิงขยายบริการคนหนึ่งบอกว่า “หนูไม่เคยไปตรวจภายในหรอก หนูก็อยากไปตรวจอยู่นะค่ะ ตรวจมะเร็งปากมดลูก แต่ก็ไม่ได้ไปตรวจแล้วหนูก็ไม่ได้สนใจไปซักที” (ID20)

3.4 การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและสังคม

1) อุ่นแบบน้ำพึ่งเรือเสือพึ่งป่า หญิงขยายบริการทางเพศมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและเจ้าของสถานบริการ มีความสัมพันธ์แบบพึ่งพา กับเจ้าของสถานบริการ เนื่องจากได้ประโยชน์ซึ่งกันและกัน ซึ่งบางแห่งมีที่พักให้ หญิงขยายบริการไม่มีเงินใช้สามารถเบิกก่อนได้ และบางครั้งยังสามารถถูกยืมเงินจากเพื่อนหญิงขยายบริการด้วยกัน หญิงขยายบริการทางเพศเล่าว่า “มาอยู่ที่นี่พึ่งเขาก็ดีช่วยเหลือเราทุกอย่าง เวลาไม่มีเงินก็เบิกก่อนได้ อาหารการกินก็ไม่ค่อยได้ซื้อพื้นที่เป็นคนซื้อก็ช่วยเข้าทำอาหารบ้าง คุ้นเคยกันแล้วก็ไม่อยากกลับบ้านไม่อยากไปทำงานที่อื่น เพื่อนเขาก็ช่วยไปทำงานที่อื่น แต่ก็ไม่อยากไป ก็ไม่ค่อยมีครอบครัวเรื่องทะเลกันกับเพื่อนร่วมงาน เพราะว่าหนูไม่ค่อยมีเรื่องกับคนอื่น” (ID20)

2) แขกอุปถัมภ์ร่วมกับการทำทารุณกรรม การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับแขก เพราะมีผลต่อรายได้ แขกบางคนมีความสนิทสนมกับหญิงขยายบริการทางเพศ ก็ให้ความช่วยเหลือเรื่องเงิน ถ้าแขกมี



ความพึงพอใจในการบริการของหญิงชายบริการก็จะให้เงินพิเศษเพิ่มเติม และหญิงชายบริการบางคนยังสามารถขอเงินพิเศษเพิ่มเติมได้หญิงชายบริการทางเพศเล่าว่า “ถ้าเราไม่มีตั้งส์ แรกก็ให้ช้อยู่ค่ะ ขอเท่าไหร่ก็ให้ เท่านั้นสูงสุดก็ 4,000-5,000 บาท” (ID21) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ของหญิงชายบริการกับแขกบางคนยังเป็นในลักษณะของการกระทำทารุณกรรม มีการใช้กำลังทำร้ายร่างกายตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง บางคนได้รับอันตรายจากพฤติกรรมทางเพศที่รุนแรง เช่น ถูกข่วน ถูกขบ กัดบริเวณหัวนมจับจุ่มน้ำ และมีการร่วมเพศที่รุนแรง หญิงชายบริการทางเพศคนหนึ่งเล่าว่า “มีเย lokale และหละ หยิก มั่ง กัดนมมั่ง มีเมื่อวานโคนแขกบีบนม ก็ตีกัน โคนแขก ทำร้าย แขกข่วน พุดง่าย ๆ ว่าแขกชาดิส์ โคนแขก กัด ข่วน กัด แรง ๆ จนเขียวะ ไอเรอย่างนี้ บางทีเวลาเราไม่รู้ตัวอะไร เขายังทำร้ายเรารอย่างนี้ เวลาเขาใกล้จะเสร็จก็จะบีบแขก บีบขา จะแทะ แต่ล่คนไม่เหมือนกัน บางคนก็จับจุ่มน้ำ เลยนะ เลร์เจแล้วก็ปล่อยขึ้นมา เราจะไม่รุนแรง ค่อย ๆ คุยกันไม่อยากร้อง ไม่อยากพูดแรง ให้เขายืนลงค่ะ” (ID36)

3.5 เศรษฐกิจ งานสายแต่ไม่มั่นคง การขายบริการทางเพศเป็นงานที่สาย ทำงานในร่มไม่ต้องทำงานหนักใช้เวลาในการทำงานไม่มาก หญิงชายบริการบางคนเล่าว่า “งานมันสายดี ตอนเช้าตื่นสายก็ได้ เหล้าก็ได้กิน เงินก็ได้ ตอบตรง ๆ นะมันสายดี แต่ก่อนเคยทำงานกลางวันงานโรงแรมอุตสาหกรรมเขาบังคับเรางานนี้ก็พอทำก่อนงานอื่น” (ID20) แต่ขณะเดียวกันก็รับรู้ถึงความไม่มั่นคง เพราะรายได้ขึ้นกับปริมาณของแขกในแต่ละวัน บางวันไม่มีรายได้ เนื่องจากเง็บป้ายต้องหยุดพักหรือมีประจำเดือนก็ต้องหยุดงาน การให้บริการกับแขกคนเดิม ๆ ก็จะถูกลดราคางอกจากนี้มีการการตัดราคา กันระหว่างคนเก่ากับคนใหม่ เพื่อดึงดูดความสนใจของแขก เมื่อยามากขึ้น ร่างกายทรุดโทรมลงแขกก็ไม่สนใจที่จะใช้บริการ และไม่สามารถรับแขกได้เหมือนเดิม ก็จะทำให้รายได้ลดน้อยลงตามไปด้วย ดังหญิงชายบริการคนหนึ่งเล่าว่า “แขกน้อยลง เราจะได้ตั้งส์น้อยลง อยู่เรารักกันมากขึ้น สุขภาพร่างกายก็ไม่ค่อยแข็งแรง แขกเข้าร้านน้อยลง เกิดการแข่งขันกันเงินก็ได้ลดลง ทำให้เราคิดมากปวดหัวจากที่เราเคยเป็นรายเลือกได้แต่ตอนนี้เรารักเลือกไม่ได้ ตอนนี้เข้าเน้นชาวอวน หน้าตาสดใส” (ID7)

3.6 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ที่อยู่อาศัย
มั่นคง ปลอดภัยแต่ไม่สะอาด มีความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย มีความมั่นคงปลอดภัยโดยบางคนทำงานมีรายได้เก็บเงินซื้อบ้าน ในขณะที่บางคนเช่าห้องอาศัยอยู่เป็นรายเดือนในสถานที่ ที่มีการคมนาคมสะดวกสบายในตัวเมือง บางคนพักอาศัยอยู่กับเจ้าของสถานบริการซึ่งมีความสะดวกสบายปลอดภัยมีห้องอยู่เป็นส่วนตัวไม่แออัด แต่จากการสังเกตพบว่ามีเชิงผู้นำของเครื่องใช้ทางไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย ผ้าปูที่นอน และปลอกหมอนมีสีคล้ำยับยั้ง หญิงชายบริการคนหนึ่งเล่าว่า “ที่พักอาศัยเจ้าของเขาก็ดูแลเรารดี มีที่อยู่ที่พักให้เพื่อนเข้าช่วยไปทำงานที่อื่นก็ไม่อยากไปหอกรุงเทพอยู่ที่นี่ก็สะดวกสบายดี” (ID20) ส่วนหญิงชายบริการทางเพศอีกคนเล่าว่า “พี่มาทำงานที่นี่นานนักซื้อบ้านอยู่ในเมืองเป็นของตัวเองก็สะดวกสบายปลอดภัยดี” (ID27)

การอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าเงินเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง ที่จะส่งผลให้เกิดความสุข และความสบายของตนเอง และครอบครัว และยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงเข้าสู่กระบวนการขยายบริการทางเพศด้วย ผลการศึกษาพบว่าหญิงชายบริการทางเพศมีรายได้อยู่ในช่วง 1,000 – 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด เมื่อมีรายได้มากแต่ก็มีรายจ่ายมากเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{4,16} ที่พบว่าหญิงชายบริการทางเพศต้องรับภาระหนี้สินส่วนตัวและหนี้สินทางบ้านด้วย รายได้ของหญิงชายบริการขึ้นอยู่กับลักษณะของพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านวัฒนธรรม มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเป็นจำนวนมาก ส่งผลต่อรายได้ที่เพิ่มมากขึ้นด้วย โดยหญิงชายบริการทางเพศในกรุงเทพฯ มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่าจังหวัดอื่นคือประมาณ 20,000 บาท ต่อเดือน แต่มีหญิงชายบริการบางส่วนที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน ซึ่งพบได้ในหญิงชายบริการทางเพศในรูปแบบอิสระ และในร้านอาหารโภคภัณฑ์ การศึกษาครั้งนี้มีบิบิทเป็นจังหวัดที่มีขนาดเล็ก ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม แหล่งท่องเที่ยวส่วนใหญ่เป็นวัดที่สำคัญทางพระพุทธศาสนา ทำให้มีนักท่องเที่ยวมาเที่ยวต่อนกลับคืนไม่มาก



จึงมีผลต่อรายได้ของหญิงขายบริการ ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ขายบริการทางเพศแบบอิสระ ในช่วงหลังเลิกเรียนและวันหยุดเสา อาทิตย์เท่านั้น ทำให้รายได้ไม่มากเมื่อมองการขายบริการทางเพศในสถานบริการต่าง ๆ

การขายบริการทางเพศส่งผลกระทบที่หลากหลายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยร่างกายเกิดอาการอ่อนล้า บางคุณเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ส่งผลให้มีการใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า ต้มเหล้าและสูบบุหรี่ ถึงแม้รับรู้ว่าการใช้สารเสพติดเป็นอันตรายต่อสุขภาพ^{4,16} การเป็นเพศหญิงและประสบภัยชีวิตยังน้อย ประกอบกับการทำงานที่ผิดกฎหมายเพื่อให้มีรายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว ทำให้หญิงขายบริการทางเพศไม่มีอำนาจในการต่อรองให้ผู้ใช้บริการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง^{10,17} การดำเนินชีวิตอย่างสุขปนทุกชีวิตจะส่งผลต่อสุขภาพจิตทำให้มีการใช้ยาและสารเสพติดเพื่อแก้ไขปัญหา การใช้ชีวิตเพียงลำพัง การทำงานที่ลังเลไม่ให้การยอมรับและต้องอยู่ห่างไกลจากบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้หญิงขายบริการคิดถึงบ้าน เหงา ซึมเศร้า บางครั้งเกิดความเครียดจากการประกอบอาชีพของตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าที่ต้องขายร่างกายเพื่อแลกับเงิน^{18,19} เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะหยุดทำงานและใช้วิธีการรักษาตนเองก่อน โดยการรับประทานยาแก้กล้วย ใช้ยาสอด ที่ซื้อจากร้านขายยาเป็นการรักษาเบื้องต้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะไปพบแพทย์²⁰ หญิงขายบริการทางเพศส่วนหนึ่งเท่านั้นที่มีการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ปัญหาการไม่ได้รับบริการตรวจหาสุขภาพเป็นผลมาจากการไม่ยอมรับ การให้บริการที่เคยดำเนินการโดยหน่วยงานโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปยังโรงพยาบาล ส่งผลต่อหญิงขายบริการทางเพศบางคนไม่ต้องการเข้ารับบริการ เพราะไม่ต้องการเปิดเผยตัว นอกเหนือนี้ยังขาดความคุ้นเคยใกล้ชิดในลักษณะเดิม ประกอบกับระยะเวลาในการเปิดให้บริการในเวลาราชการ ทำให้หญิงขายบริการไม่สะดวกในการไปใช้บริการ ซึ่งจะทำให้ขาดโอกาสในการรับบริการของภาครัฐ ส่งผลต่อการติดตามผลทำได้ยากขึ้นและขาดความต่อเนื่องในส่วนของเพื่อนร่วมงานและเจ้าของสถานบริการ หญิงขายบริการมีสัมพันธภาพ

ที่ดีกับเจ้าของสถานบริการ และมีการพึ่งพาอาศัยกันในด้านการเงิน¹⁷ ในด้านสภาพแวดล้อมพบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาของปิยะพงษ์ พันธุ์ไชย²¹ ซึ่งหญิงขายบริการในสนามหลวงพักอาศัยอยู่ห้องแบ่งเช่า บางแห่งก็ใช้สำนักเป็นที่พักด้วย แต่บางแห่งให้เช่าห้องพักรวมกัน มีกฎระเบียบและการลงโทษที่รุนแรงสำหรับคนที่ฝ่าฝืน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการขายบริการทางเพศเป็นการขายบริการทางเพศแบบอิสระมากขึ้น โดยใช้โทรศัพท์ อินเตอร์เน็ตในการติดต่อ และตกลงชื่อขายบริการทางเพศ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในจังหวัดอื่น เนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างกันเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหญิงขายบริการทางเพศในพื้นที่ต่อไป
2. ควรมีการศึกษาในเชิงปริมาณหรือศึกษาในเชิงปฏิบัติการเพื่อให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหญิงขายบริการทางเพศมีการพัฒนามากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

References

1. Sexual Transmitted Disease Group, Bureau of AIDS and Sexual Transmitted Disease, Ministry of Public Health. Report number of health care service sources and health care providers classified by sources of health care services in 2009 [online] 2009. [cited 2010 January 15]. Available from: http://www.stithai.org/index.php?option=com_content&view=category&id=38&lang=th
2. Guest P, Prohmroo A, Bryant J, Janyam S, Phuengsamran D. Survey of Sexual and reproductive health of sex workers in Thailand. Bangkok: Edison press products; 2007.



3. Somswasdi V. Gender and AIDS: Policy, measures and laws. Chainagmai: Wanida Press; 2005.
4. Prommo A, Phuengsamran D, Chanyam S. Sex and sexual health in sex workers. Bangkok: Adison Press Product; 2008.
5. Sarkar K, Bhattacharya S, Bhattacharyya S, Chatterjee S, Mallick AH, Chakraborti S, et al. Oncogenic human papilloma virus and cervical pre-cancerous lesions in brothel-based sex workers in India. *Journal of Infection and Public Health* 2008; 1(2): 121–128.
6. Feldblum PJ, Nasution MD, Hoke TH, Damme KV, Turner AN, Gmach R, et al. Pregnancy among sex workers participating in a condom intervention trial highlights the need for dual protection. *Contraception*. 2007; 3(6): 105–110.
7. Chaivatee H, Pokaeo S, Kespichayawattana J. Psychological experiences of unwanted pregnancy women. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2009; 27(1): 12–16.
8. Yothasamut P. New species AIDS. National NEWS Office [serial online] 2009 June 15 [cited 2010 January 10]. Available from: http://www.nrdb.info/km_nrct/info/html/57a9df126bc19b33cf54f6e4c9dd0f69.html
9. Yothasamut P. Humanandculture. 3rd ed. Bangkok: Thammasat University; 2001.
10. Wong, WCW, Gray A, Ling, DC, Holroyd, EA. Patterns of health care utilization and health behaviors among street sex workers in Hong Kong. *Health Policy* [serial online] 2006; 77(2): 140–148.
11. Buckingham RW, Meister E, Webb N. Condom use among the female sex worker population in Thailand. *International Journal of STD&AIDS* [serial online] 2004; 15(3): 210–211.
12. Pratheepawanit N, editor. Health related quality of life: Evaluation and implication. Khon Kaen: Faculty of Pharmacy, Khon Kaen University; 2009.
13. Nilvarangkul K, McCann TV, Rungreangkuljij S, Wongprom J. Health-related Quality of life of Laotian migrant workers in Thailand. *Asian and Pacific Migration Journal* [serial online] 2008; 17(2): 133–156.
14. Panichacheewakul P, Pradubmook P. Quality of life of Isan farmers: people perspective. Research report. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 1999.
15. Photisita C. Science and art of qualitative research. 3rd ed. Bangkok: Amarin Printing Publishing; 2005
16. Aleksandar S, Valerio B, Tihana D, Mario P, Marko M. Female sex work and HIV risks in Croatia. *AIDS Care* [serial online] 2009; 21(11):1439–1446.
17. Kamnuasilpa P, Wongthanavasu S, Koomkhainam T. Characteristic and relationship of tourists and sex workers in Thailand. Research report. Khon Kaen: Pratummakan; 2000.
18. Seib C, Fischer J, Najman JM. The health of female sex workers from three sectors in Queensland Australia. *Journal Social Science & Medicine* [serial online] 2009; 68(3): 473–478.
19. Gossop M, Powis P. Female prostitutes in south London: Use of heroin, cocaine and alcohol, and their relationship to health risk behaviors. *AIDS Care* [serial online] 1995; 7(3): 67–75.
20. Pornsopakul S. Belief system and sexual health care behaviors of sex workers. Research report. Chiangmai: Women's Study Center, Faculty of Social Sciences, Chiangmai University; 2001.
21. Pantongchai P. The cause for the woman being the career of the prostitute: case study at the area of Sanam luang. (Thesis). Thammasat University; 2004.



Health-related Quality of Life among Female Commercial Sex Workers in One Province*

Tipwimold Detchpumee M.N.S.** Kessarawan Nilvarangkul PhD***

Abstract

This qualitative research aimed to explore meaning of health-related quality of life according to perception of female sex workers as well as to investigate health-related quality of life among this target group. Participants were 35 female sex workers in One Province. Data were collected by structured interview for personal information and in-depth interview with non-participatory observation and field notes. Triangulation methods were used for trustworthiness of information. Data were analyzed using content analysis technique.

It was found that health-related among female sex workers denoted the importance of living with comfortable life or Usuk sabai. The perception of health-related quality of life among female sex workers was categorized into 6 dimensions: physical health was perceived differently among these women that could be fatigue from work and ill health related to work. Some female sex workers were addicted to substance use such as amphetamine, alcohol, and nicotine in order to become energetic and confident for work. Mental health contained both contentment and discontent among these women. Access to healthcare service was raised as an important issue related to quality of life. In general, female sex workers had a supportive social relation with friends and other sex workers. Nevertheless, there were sometimes that they completed each other to snatch the customers. The sex workers perceived that they earned good income but it was insecure from work regardless of its effortless-ness and short time-consuming. Some sex workers were in debt. Lastly, physical living environment was another significant dimension of quality of life that these women satisfied for its safety and convenience.

Study findings can be used as background information in developing a plan to improve health-related quality of life for female sex-workers. In addition, findings are useful for improving service to prevent sexual transmitted diseases and HIV infection among these women.

Keywords: health-related quality of life, women sex workers

* Thesis for Master of Science in Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Student of Master of Science in Nursing in Community Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate Professor and Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับการปฏิบัติกรรมการนิเทศตามการรับรู้ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

เยาวลักษณ์ เมฆพากนุวงศ์ พย.ม.**

อภิญญา จำปามูล PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับการปฏิบัติกรรมการนิเทศตามการรับรู้ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 13 แห่ง จำนวน 290 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และการปฏิบัติกรรมการนิเทศการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ตรวจน้ำหนักตาม เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และตรวจความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงเท่ากัน 0.95 สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการรับรู้การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.4$, SD=0.59) โดยในด้านอำนาจอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.53$, SD=0.58) และด้านโอกาสอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.24$, SD=0.69) การปฏิบัติกรรมการนิเทศทางการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ มีค่าเฉลี่ย 3.9 อยู่ในระดับสูง การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับการปฏิบัติกรรมการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=.547$)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ การปฏิบัติกรรมการนิเทศ ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งต้องผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) กลุ่มพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่สุด และเป็นกลุ่มที่ต้องให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพมาตรฐานตามระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง¹ กลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งจึงได้จัดให้มีการนิเทศนอกเวลาราชการ เพื่อให้ผู้นิเทศงานพยาบาลหรือผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ เป็นผู้ปฏิบัติกรรมการนิเทศ ได้แก่ การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

(Nursing round) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) การให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling & guidance) การแก้ปัญหา (Problem-solving) การประสานงาน (Co-ordination) และการรายงานผล การปฏิบัติงาน (Report)² เพื่อให้การสนับสนุน แนะนำ ส่งเสริม กระตุ้นช่วยเหลือ และชักจูงให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ตามความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การนิเทศงานจึงมีความสำคัญในการช่วยให้งานบริการทางการพยาบาลในองค์กรบรรลุดุลย์หมายได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ^{2,3,4}

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ปัจจุบันการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ตรวจการพยาบาลใหม่ บางครั้งขาดการเตรียมความพร้อมในการนิเทศงาน จึงอาจพบว่า เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในการนิเทศงาน บางครั้งไม่สามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในงาน และรู้สึกว่าตนเองไม่มีความรู้ ความสามารถ และความรับผิดชอบที่ปฏิบัติงานให้สำเร็จได้ ส่งผลให้ผู้ตรวจการนอกราชการ มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานลดลง ไม่ต้องการขึ้นปฏิบัติงาน ละทิ้งบทบาทของตน ปัญหาดังกล่าว ถ้าไม่แก้ไขก็จะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ทวีความรุนแรง ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลต่อวิชาชีพและองค์กร รวมทั้งผู้รับบริการอาจได้รับอันตรายจากความเลี่ยงที่เกิดความผิดพลาด ไม่พอใจในคุณภาพบริการและฟ้องร้องค่าเสียหายทำให้เสื่อมเสียซื่อโรงพยาบาล^{4,5,6} ดังนั้นผู้ตรวจการพยาบาลนอกราชการจึงมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพและความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้การนิเทศการพยาบาลที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ผู้ตรวจการพยาบาล อันเป็นกลยุทธ์สำคัญอย่างหนึ่งของ การพัฒนาองค์กร⁷ ซึ่ง Kanter⁸ กล่าวถึงว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย อำนาจและโอกาส โดยอำนาจได้มาจาก การที่ผู้บังคับบัญชาให้ข้อมูลข่าวสารช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนและให้ทรัพยากร awanโอกาส คือ การที่ผู้บังคับบัญชาให้โอกาสในการได้รับความก้าวหน้าในงาน ให้การเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะ และการยกย่องชมเชยและการยอมรับ ทั้งหมดจะทำให้เกิดประสิทธิผลของงาน ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจในการทำงาน มีความผูกพันในองค์กร และเป็นการเพิ่มความสามารถของบุคคล⁹

ดังนั้น ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ตรวจการพยาบาลนอกราชการ จึงหมายถึง การที่ผู้บริหารการพยาบาลได้ให้อำนาจและโอกาสแก่ผู้ตรวจการพยาบาล นอกราชการ ได้ปฏิบัติงานตามขอบเขตความรับผิดชอบได้อย่างอิสระ ให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน และจัดเตรียมสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการให้โอกาสในการเรียนรู้ พัฒนาความสามารถ และให้มีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงาน มีความรับผิดชอบ และตระหนักรู้ใน

การทำงานของตน มีอำนาจในการควบคุมในการปฏิบัติ กิจกรรมการนิเทศ ได้แก่ การเขี่ยมตรวจทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การให้คำปรึกษา แนะนำ การแก้ปัญหา การประสานงาน และการรายงานผลการปฏิบัติงาน

จากที่กล่าวมา ผู้จัดจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการเสริมสร้าง พลังอำนาจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกราชการ กับการปฏิบัติ กิจกรรมการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาล นอกราชการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้าง พลังอำนาจในงาน และการปฏิบัติ กิจกรรมการนิเทศ ทางการพยาบาลของผู้ตรวจการนอกราชการ อันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาองค์กร และการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลต่อไป^{8,16-19}

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของการได้รับการเสริมสร้าง พลังอำนาจในงาน การปฏิบัติ กิจกรรมการนิเทศตามการรับรู้ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกราชการ และศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อการได้รับการเสริมสร้าง พลังอำนาจในงาน กับการปฏิบัติ กิจกรรมการนิเทศ ตาม การรับรู้ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกราชการ ในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานตามแนวคิด ของ Kanter⁸ ประกอบด้วย อำนาจและโอกาส ด้านอำนาจ ได้มาจาก การที่ผู้บังคับบัญชาให้ข้อมูลข่าวสาร ให้การช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนและให้ทรัพยากร และด้าน โอกาส ได้แก่ การที่ผู้บังคับบัญชาให้โอกาสในการได้รับความก้าวหน้าในงาน ให้การเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะ การยกย่องชมเชยและการยอมรับ ทั้งหมดจะทำให้เกิดประสิทธิผลของงาน ทำให้บุคคล มีแรงจูงใจในการทำงาน มีความผูกพันในองค์กร เพิ่มความสามารถของบุคคล ในการศึกษานี้ การเสริมสร้าง พลังอำนาจในงาน หมายถึง การที่ผู้บริหารการพยาบาล



เสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา สามารถเข้าถึงโครงสร้างด้านอำนาจ ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร การซ้ายเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน ตลอดจนทรัพยากร และด้านโอกาสได้แก่ความก้าวหน้าในงาน การเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะ การยกย่องชมเชยและยอมรับ ยอมสนับสนุนให้ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา รู้สึกว่ามีพลังอำนาจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โดยจากการศึกษาของสุพิศ กิตติรัชดา² และจากการศึกษากิจกรรมการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการในโรงพยาบาลทั่วไป การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ในโรงพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน คือ การเยี่ยมตรวจ การให้คำปรึกษาแนะนำ การแก้ปัญหา การซ้ายเหลือ การประสานงาน และการรายงานผลการปฏิบัติงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประเภทการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกัน ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 531 คน คำนวณจำนวนตัวอย่างประชากร ตามสูตรของ Krejcie และ Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง 223 คน เนื่องจากรวมข้อมูลโดยส่วนแบ่งสอบถามทางไปรษณีย์จะมีอัตราตอบกลับค่อนข้างต่ำ จึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เป็นกลุ่มตัวอย่าง 290 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และส่วนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศการพยาบาล โดยส่วนที่ 2 และ 3 ผู้จัดได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของมณี ลีคิริวัฒนกุล¹⁰ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Kantar⁸ และแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการของจิตอาเรีย์ ตันติยาสวัสดิกุล¹¹

ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ้าของครอนบัคเท่ากับ 0.95

จริยธรรมในการวิจัย โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามค่าประกาศเอลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ลำดับที่ 4.3.06:37/2554 เลขที่ HE542300 เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2555

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 46-50 ปี ร้อยละ 46.6 อายุเฉลี่ย 47.24 ปี จบปริญญาตรี ร้อยละ 74.8 ไม่เคยอบรมการบริหารการพยาบาล ร้อยละ 70 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 21-25 ปี ร้อยละ 43 และ อายุงานในการเป็นผู้นิเทศ และผู้ตรวจการพยาบาลในโรงพยาบาลมากที่สุดช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 48.3 และช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 39.6 ตามลำดับ

2. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน พบร่วมกัน ว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.43$) และในรายด้าน พบร่วมกัน ด้านอำนาจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.53$) ส่วนด้านโอกาส มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.24$)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบร่วมกัน ในด้านอำนาจ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และอยู่ในระดับสูง คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x} = 3.69$) รองลงมา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการส่งเสริมสนับสนุน ($\bar{x} = 3.44$) และ ด้านทรัพยากร ($\bar{x} = 3.01$) ส่วนด้านโอกาส พบร่วมกัน ด้านการได้รับความก้าวหน้าในงาน ด้านการได้รับการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและทักษะ และด้านการได้รับการยกย่องชมเชยและยอมรับ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.43, 2.92$ และ 2.92 ตามลำดับ)

3. การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางการพยาบาล พบร่วมกัน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.88$) การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงตามลำดับ คือ ด้านการประสานงาน ด้านการรายงานผลการปฏิบัติงาน ด้านการแก้ไขปัญหา ด้าน



การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล ด้านการให้คำปรึกษา แนะนำ และด้านการให้ความช่วยเหลือ

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานด้านอำนาจทั้งโดยรวม และรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทุกด้าน ตามการรับรู้ของผู้ตรวจพยาบาลนอกเวลาราชการโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ตรวจพยาบาลนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.43$) อาจเนื่อง เพราะจากการกำหนดนโยบายด้านคุณภาพที่ชัดเจน และนำระบบ Hospital Accreditation มาใช้ในโรงพยาบาล มีผลให้กลุ่มการพยาบาลมีนโยบาย และการบริหารที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรเพื่อให้เกิดมาตรฐานในบริการ การพยาบาล จึงให้อำนาจแก่ผู้บริหารระดับต่างๆในการทำงาน ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ให้มีอำนาจในการนิเทศอย่างอิสระ มีการจัดประชุม เพื่อแจ้งเป้าหมาย แผน และวิธีการดำเนินงาน ระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ และนโยบายที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ประจำทุกสัปดาห์ และเดือน มีศูนย์ข้อมูลที่มีการติดต่อ เป็นระบบเครือข่าย (Net work) ที่ทันสมัย ทำให้ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วและทันสมัยรวมทั้งการมีระบบติดต่อสื่อสารแบบสองทาง ໂครงสร้างการบริหารงานของงานบริการพยาบาลที่มีลักษณะเป็นแนวราบ ทำให้ผู้ตรวจการพยาบาลมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการบริหารงานและสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว การรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจข้อมูลข่าวสาร จึงมีผลลัพธ์ในระดับสูง แต่เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ชัดเจน ซึ่งดาวรุ่ง ศิริสัมพันธ์¹² พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มการพยาบาล ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยไม่มีการวางแผนใดๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ยังไม่มีการวางแผนหรือกำหนด

แนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานร่วมกัน จึงยังไม่มีรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ และจากผลวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการสนับสนุนทรัพยากร ด้านอัตรากำลังและงบประมาณ การได้รับความก้าวหน้าในงาน การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ การยกย่องชมเชย จากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง จึงเป็นผลให้ค่าเฉลี่ยของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมของผู้ตรวจพยาบาลนอกเวลาราชการ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง Wilson & laschinger⁹ กล่าวว่า พยาบาลรับรู้ว่ามีการเสริมสร้างพลังอำนาจกับความยืดมั่นผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ มีค่าเฉลี่ยการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานอยู่ในระดับปานกลาง^{13,14,15}

ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ มีการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา ราชการเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ ที่เพียงพอในการนิเทศซึ่งจากการสำรวจของผู้วิจัย พบว่า ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ในโรงพยาบาลทั่วไป มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 21-25 ปี ซึ่งถือได้ว่าเป็นระยะเวลาที่สามารถสร้างประสบการณ์ความรู้ มีความเชื่อมั่นและมีเหตุผล มีความเข้าใจในงานดีขึ้น มีวุฒิภาวะสูง มีความคิดอ่านและมองปัญหาด้วยตาสูง ต้องตามความเป็นจริง และจากที่โรงพยาบาลทั่วไป ได้ดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพตามแนวโน้มนโยบาย Hospital Accreditation มีการพัฒนาคน เพื่อพัฒนาคุณภาพของงาน โดยการพัฒนาคนดังกล่าว จึงทำให้การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจิตอาเรย์ ตันติยาสวัสดิกุล¹¹ ที่ศึกษาพบว่า การปฏิบัติ กิจกรรมการนิเทศการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการอยู่ในระดับสูง

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน พบว่า มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.547$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน การศึกษาในครั้งนี้ ซึ่ง Kanter⁸ อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย อำนาจและโอกาส โดยอำนาจ



ได้จากการที่ผู้บังคับบัญชาให้ข้อมูลข่าวสารช่วยเหลือส่งเสริม สนับสนุนและให้ทรัพยากร ส่วนโอกาสคือ การที่ผู้บังคับบัญชาให้โอกาสในการได้รับความก้าวหน้าในงาน ให้การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและทักษะ และการยกย่องชมเชยและการยอมรับ ทั้งหมดจะทำให้เกิดประสิทธิผลของงาน

ข้อเสนอแนะ:

1. ผู้บริหารควรจัดให้มีการประชุมวิชาการหรือเอกสารคู่มือในการศึกษาแก่ผู้ตรวจการพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และการใช้ หรือคำแนะนำ เกี่ยวกับเรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน และการให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อมีปัญหาการใช้อุปกรณ์ และสาธิตการใช้อุปกรณ์ทางการรักษา พยาบาลที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

2. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้สร้างเครือข่ายในการทำงาน การให้คำแนะนำช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติงาน จัดให้มีกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานทุกปี ในรูปแบบของการจัดประชุมเครือข่ายผู้ตรวจการพยาบาล การประชุมวิชาการ การร่วมรับประทานอาหารกลางวัน ให้กำลังใจและสนับสนุน การพัฒนางานที่ท้าทาย แสดงความห่วงใยเข้าใจ และซักถามทุกชีสุขของบุคลากรทั้งในเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว เป็นต้น

3. ควรพิจารณาการสนับสนุนทรัพยากรอัตรา กำลัง และงบประมาณในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ การพยาบาล มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลใหม่ และพัฒนาศักยภาพของผู้ตรวจการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 6 เดือน และปรับปรุงห้องทำงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ เพื่อให้เกิดความสะดวกสบาย และความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน

4. ควรจะมีการศึกษาการสร้างรูปแบบพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะในการทำงานมากขึ้นอันจะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการ โรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำเครื่องมือวิจัย และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี่

References

- Hingkanont P. The concept ideas in the development of excellent in nursing administration system. The Syllabus in the subject of the development of nursing service system, Unit No.1-62. Non-thaburi: Sukhothai Thammathirat University, Nurse program; 2006.
- Kittiruchada S. Nurse management for the quality of nursing supervision. Bangkok: Saencharoenpanich; 2010.
- Kraison S, Krairiksh M. The Relationship among Personal Factors of Professional Nurses, Transformational Leadership of Head Nurses and Nursing Quality Assurance Performance of Professional Nurses in Community Hospital, Chciyaphum Province. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30 (2): 32-39.
- Pattanpo N, Ketkowit K. Quality of Work Life Of Professional Nurses, Government University Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2010; 28(4): 61-64.
- Srisathitnarakorn B. The leadership and the strategy in management of nursing organization in 21st Century. Bangkok: Chulalongkorn University printing house; 2008.
- Silaprasuwon P et al. Job Characteristics, Anger, and Emotion Exhaustion Related to Nursing Practice Errors among Profession Nurses. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2010; 28(2): 56-63.



7. Uamthani A. The promotion of power in nursing service system. The syllabus in Development of Nursing Services. 4th Unit page 1-50. Non-thaburi: Sukhothaithammathirat nursing program; 2010.
8. Kanter RM. Men and women of the corporation. United States of America: Basic books; 1977.
9. Wilson B, Laschinger HKS. Staff nurse perception of job empowerment and organization commitment: A test of Kanter's theory of structural power in organization. *Journal of Nursing Administration* 1994; 24(10): 39-47.
10. Leesiriwattankul M. The correlation between personal strength, the power and leadership in work and efficiency of the head of nurse in center hospitals under the Ministry of Public Health. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
11. Tuntiyasawasdikul J. The factors that impact on the supervision of supervisor nurses outside office hours in Srinakarind Hospital. Tuntiyasawasdikul J. The factors that impact on the supervision of supervisor nurses outside office hours in Srinakarind Hospital. (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2003.
12. Siripun D. The Development of a job Empowerment Model for Staff Nurses in Medical Wards at Trad hospital, Thailand. (Thesis). Sukhotham-mathirat University; 2008.
13. Peethong J. Relationships Between Personal Factors, Personal characteristics, and Job Empowerment With administrative Decision Making Ability of Head Nurses, Government Hospitals, Bangkok Metropolis. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University ; 2007.
14. Watcharakie M. The powerful of the head of in-patient department in eastern hospital. (Thesis). Chonburi: Burapa University; 2005
15. Jantateero K. Relationships Between Systemic power Factors And Job Empowerment of Head Nurses IN Reginal Hospitals,And Medical Centers Under The Jurisdiction Of The Ministry Of Public Health. (Thesis). Bangkok: MahidolUniversity; 2008.
16. Laschinger HKS, Shamian J. Staff nurse and nurse managers perception of job relate empowerment and self-efficacy. *Journal of Nursing Administration* 1994; 24(10): 38-47.
17. Sabiston JK, Laschinger HKS. Staff nurse work empowerment and perceived autonomy: Testing Kanter's theory of structural power in organization. *Journal of Nursing Administration* 1995; 25(9): 42-50.
18. LaschingerHKS, HavensDS. Theeffectofworkplace empowerment on staff nurse's occupational mental health and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration* 1997; 6(27): 42-50.
19. LaschingerHKS, ShamianJ, WongC, McMahonL, Mmath CK. Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration* 1999; 29(5): 28-39.



The Relationship between Job Empowerment and Supervisory Activities as Perceived by After-Hours Nurse Supervisors at General Hospitals in Northeastern Thailand

Yaowaluk Mentaganuwong M.N.S.**

ApinyaJumpamool PhD ***

Abstract

This descriptive research aimed to examine the relationship between job empowerment and supervisory activities as perceived by after-hours nursing supervisors at general hospitals. The sample included 290 after-hours nurse supervisors working at 13 general hospitals in northeastern Thailand. Instruments used included a questionnaire regarding demographic data, job empowerment and supervisory activities of after-hours supervisors. The content validity of job empowerment and supervisory activities, tested by five experts, was 0.95 and 0.95 respectively. Data was analyzed using Pearson product-moment correlation coefficients and descriptive statistics for frequencies, mean and standard deviation.

The study findings revealed that the overall mean score of perceived job empowerment of after-hours nurse supervisors was at a moderate level ($\bar{x}=3.43$, $SD=0.59$) with the power aspect at a high level ($\bar{x}=3.53$, $SD=0.58$). Besides that the opportunity aspect was found to be at a moderate level ($\bar{x}=3.24$, $SD=0.69$). All aspects of supervisory activities were at a high level achieved the mean score of 3.9. Furthermore the study found a statistically significant relationship between perceived job empowerment and supervisory activities at a 0.01 significance level ($r=.547$).

Keywords: empowerment supervisory activities after-hours nursing supervisor

* These of Master of Nursing Science, Nursing Administration, Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science, Nursing Administration, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบล ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิน จังหวัดชัยภูมิ*

พรชัย มนิธรรมสถิต พย.ม. **

วิภาวรรณ พันธุ์พุกษ์ ค.ม.***

พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย ปร.ต.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิน จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ หน่วยกู้ชีพตำบลโดยมีตัวแทนให้ข้อมูล ได้แก่ หัวหน้าหน่วยกู้ชีพ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิน จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 142 คน ครอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยใช้แนวคิดทางการบริหารงานของ Koontz เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบล 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบล และ 4) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของหน่วยกู้ชีพ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แล้วฟ้าของ cronbach เท่ากับ .98 และ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ทดสอบพหุคุณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) การบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบลของผู้บริหารหน่วยกู้ชีพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.27 S.D. = 0.98 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านภาวะผู้นำ รองลงมาคือ ด้านการจัดองค์กร ด้านการวางแผน ด้านการควบคุม ด้านการบริหารงานบุคคล ตามลำดับ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปรที่ศึกษา คือปัจจัยประเภทองค์กร ปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์ ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารหน่วยกู้ชีพตำบล ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิน ($r = 0.574$, $P < 0.01$, $r = 0.676$, $P < 0.01$, $r = 0.777$, $P < 0.01$ ตามลำดับ) 3) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการบริหารหน่วยกู้ชีพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ปัจจัยyanพาหนะ เครื่องมือ และอุปกรณ์ ($Beta = .265$) และปัจจัยการเห็นความสำคัญ และความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ($Beta = .597$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวน ได้ร้อยละ 64.0

คำสำคัญ : หน่วยกู้ชีพตำบล การบริหารงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยกู้ชีพตำบล เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิน จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็วและทั่วถึง รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น ได้ทันเวลา มีการกระจายครอบคลุมทุกตำบล เนื่องจาก เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด รู้จักพื้นที่

และสามารถเข้าถึงประชาชนได้ในระยะเวลาอันสั้น ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยกู้ชีพแต่ละแห่งอาจมีความแตกต่างกัน บางแห่งอยู่ภายใต้ส่วนงานสาธารณสุขมีพยาบาล วิชาชีพกำกับดูแล บางแห่งอยู่ภายใต้งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ออกพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในปี พ.ศ. 2551 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถินจัดตั้งหน่วยกู้ชีพ

* วิทยานิพนธ์ปริญญาบัลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ตำบล ร้อยละ 80 ภายในปี พ.ศ. 2553 และกำหนดให้หน่วยกู้ชี้พทุกแห่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยสถาบันการแพทย์จุฬาภรณ์แห่งชาติโดยแต่ละแห่งมีเจ้าหน้าที่กู้ชี้พอย่างน้อย 10 คน ประกอบด้วย หัวหน้าทีม เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือ และพนักงานขับรถทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมพื้นฐานการปฐมพยาบาลเบื้องต้น¹

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยภูมิมีหน้าที่สนับสนุนการจัดตั้งหน่วยกู้ชี้พตำบล และเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชัยภูมิ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร และมีเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินทำหน้าที่รับแจ้งเหตุ ประสานสั่งการและให้คำปรึกษาแก่ประชาชนและทีมกู้ชี้พ

จากการประเมินติดตามการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชี้พ เขต 14 (ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ) ซึ่งทีมนิเทศงาน พบว่า มีการดำเนินงานของหน่วยกู้ชี้พตำบลไปมากกว่าร้อยละ 80 แต่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชี้พตำบลลงจังหวัดชัยภูมิมีเพียงร้อยละ 67.5² และพบว่า แต่ละองค์กรปักครองส่วนห้องถีน มีการบริหารจัดการหน่วยกู้ชี้พที่แตกต่างกัน การไม่ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการหน่วยกู้ชี้พทำให้ไม่สามารถบริหารงานหน่วยกู้ชี้พตำบลได้ จึงมีความจำเป็นต้องวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำงานการบริหารงานหน่วยกู้ชี้พตำบลในองค์กรปักครองส่วนห้องถีน

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสรุปผลการดำเนินงานของหน่วยกู้ชี้พตำบล พบว่า ความสำเร็จของการบริหารจัดการหน่วยกู้ชี้พเป็นผลมาจากการกำหนดนโยบายการดำเนินงานวิสัยทัศน์การวางแผนปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบงาน บุคลากรที่เพียงพอและมีศักยภาพ พัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สมาชิกมีขวัญกำลังใจ มีการประเมินผลการทำงาน ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ผู้บริหารองค์กรบริหารทุกระดับ ตั้งแต่ประธานสภามาซึ่งสภากล่าวว่า บุคลากรในองค์กร กำนัน ผู้ใหญ่บ้านเป็นเครือข่าย ประชาชนในพื้นที่เห็นความสำคัญและร่วมเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบให้ความสำคัญและสนับสนุนวิชาการและการสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน^{3,4,5}

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดชัยภูมิ เป็นผู้สนับสนุนการจัดตั้งหน่วยกู้ชี้พและการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานหน่วยกู้ชี้พทุกระดับในจังหวัดชัยภูมิ เห็นว่าถ้าหากหน่วยกู้ชี้พตำบลมีแนวทางการบริหารจัดการที่ดี และมีปัจจัยที่สามารถนำไปสนับสนุนให้การทำงานของหน่วยกู้ชี้พตำบลมีความเข้มแข็งมากขึ้น จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายบริการของหน่วยกู้ชี้พ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการบริหารงานหน่วยกู้ชี้พตำบลโดยใช้แนวคิดทางการบริหารของ Koontz⁶ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการบริหารบุคคล ด้านภาวะผู้นำ และด้านการควบคุมการทำงานและศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำงานการบริหารงานหน่วยกู้ชี้พตำบลขององค์กรปักครองส่วนห้องถีนจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยประเภทองค์กร ปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือ และอุปกรณ์ ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง และผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยสร้างความชัดเจนของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานหน่วยกู้ชี้พตำบลและนำไปสู่การพัฒนาหน่วยกู้ชี้พตำบลให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาการบริหารงานหน่วยกู้ชี้พตำบลขององค์กรปักครองส่วนห้องถีนจังหวัดชัยภูมิ
- เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำงานการบริหารงานหน่วยกู้ชี้พตำบลขององค์กรปักครองส่วนห้องถีน จังหวัดชัยภูมิ
- เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารงานหน่วยกู้ชี้พตำบลขององค์กรปักครองส่วนห้องถีนจังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) แบบการศึกษาเชิงท่านาย (Predictive Study)



ประชารและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หน่วยภูชีพ ตำบลในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมี 142 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบหน่วยภูชีพตำบลหรืองานสาธารณสุขหรืองานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชัยภูมิทั้งหมด 142 แห่ง ที่ปฏิบัติงานอยู่ในระหว่างเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 แห่งละ 1 คน รวม 142 คน ได้แบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น 130 ฉบับ ร้อยละ 91.6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามซึ่งได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน นำเครื่องมือไปทดลองใช้และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาร์ของครอนบาก ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความเที่ยงเท่ากับ .98 และ .96 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารงานหน่วยภูชีพตำบล 5 ด้านได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์การ ด้านการบริหารงานบุคคล ด้านภาวะผู้นำและด้านการควบคุม ข้อคำถามเป็นแบบ (Rating scale) 5 ระดับ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารหน่วยภูชีพตำบล ประกอบด้วย ปัจจัยประเภทขององค์กร ปัจจัยภายนอก หน่วยภูชีพที่ไม่ใช่หน่วยภูชีพ ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ข้อคำถามเป็นแบบ (Rating scale) 5 ระดับ 4) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS for Windows) โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การบริหารงานหน่วยภูชีพตำบล ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์การ ด้านการบริหารงานบุคคล ด้านภาวะผู้นำ และด้านการควบคุม วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานหน่วยภูชีพตำบล วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4) ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการบริหารงานหน่วยภูชีพตำบล โดยใช้การวิเคราะห์ทดสอบพหุคุณแบบ

ขั้นตอน และ 5) สรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่ม

ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.2 อายุระหว่าง 31 – 35 ปี ร้อยละ 33.1 ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 69.2 เป็นข้าราชการประจำ (พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่วิเคราะห์) ร้อยละ 81.5 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง/ปฏิบัติงานในเทศบาล/อบต. ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 68.5 เคยเข้ารับการอบรมหรือศึกษาดูงานเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นหรือการภูชีพร้อยละ 80.8 พบว่า เป็นองค์กรบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 78.5 เป็นเทศบาล ร้อยละ 21.5 จำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาล/ อบต. 11-15 หมู่บ้าน ร้อยละ 43.8 จำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาล/อบต. ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 คน เจ้าหน้าที่ภูชีพที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 83.8 เจ้าหน้าที่ภูชีพที่ผ่านการอบรมแต่ยังไม่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ 3.1 และบุคลากรที่ยังไม่ผ่านการอบรมและยังไม่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ 13.1

- การบริหารงานหน่วยภูชีพตำบลของผู้บริหารหน่วยภูชีพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชัยภูมิโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 0.98) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านภาวะผู้นำ ($\bar{x} = 3.42$, S.D.=0.99) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือ ด้านการจัดองค์การ ($\bar{x} = 3.33$, S.D. = 1.01) ด้านการวางแผน ($\bar{x} = 3.31$, S.D. = 0.97) ด้านการควบคุม ($\bar{x} = 3.16$, S.D. = 0.99) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านการบริหารงานบุคคล ($\bar{x} = 3.15$, S.D.=1.01)

- ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานหน่วยภูชีพตำบลมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ($\bar{x} = 3.30$, S.D. = 0.96) ปัจจัยภายนอก



เครื่องมือและอุปกรณ์ ($\bar{x} = 2.91$, S.D. = 1.13)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพ ต่ำลงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชัยภูมิ

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปรที่ศึกษา คือปัจจัยประเททขององค์กร ปัจจัยyanพาหนะ เครื่องมือและอุปกรณ์ ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง กับการบริหารงานหน่วยกู้ชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการบริหารงานหน่วยกู้ชีพต่ำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r = 0.574$, $P < 0.01$, $r = 0.676$, $P < 0.01$, $r = 0.777$, $P < 0.01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปรที่ศึกษาพบว่าเกิดความสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปรอิสระในระดับสูง (Multicollinearity) ระหว่างปัจจัยประเททขององค์กร (X_1) และปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง (X_3) (0.870) ซึ่งผู้วิจัยควรพิจารณาเลือกปัจจัยเพียงปัจจัยเดียวเพื่อเข้าสมการลดด้อย โดยได้พิจารณาจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงกับการบริหารงานหน่วยกู้ชีพ (Y) ซึ่งพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องมีค่าเท่ากับ 0.777 ซึ่งสูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประเททขององค์กรกับการบริหารงานหน่วยกู้ชีพ (Y) นอกจากนั้น ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง (X_3) สามารถที่จะดำเนินการสร้างความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องได้ดีกว่า ปัจจัยประเททขององค์กร (X_1) ซึ่งไม่สามารถเข้าไปปรับประเททขององค์กรได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง (X_3) เข้าสมการลดด้อย กับปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์ (X_2)

4.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการท่านายพบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันท่านายการบริหารงานหน่วยกู้ชีพต่ำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องและปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และว่าตัวแปรที่ 2 มีผลต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพต่ำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดชัยภูมิ สามารถอธิบายความ

แปรปรวนได้ร้อยละ 64.0 ($R = .800$, $R^2 = .640$, Adjusted $R^2 = .635$) (ตารางที่ 2) ค่าสัมประสิทธิ์ตดดอย (Beta) ของปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง Beta = .597 และปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์ Beta = .265 (ตารางที่ 3)

5. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ผลจาก การสอบถามผู้รับผิดชอบหน่วยกู้ชีพต่ำบล ได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร ไม่เพียงพอต้องทำงานหลายหน้าที่ขาดผู้รับผิดชอบโดยตรงควรหาผู้รับผิดชอบมาทำหน้าที่โดยตรง และควรเพิ่มเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อบรรเทาภาระการทำงานในองค์กร 2) ด้านงบประมาณ ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงาน ควรมีงบประมาณจากส่วนกลางหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือในหน่วยงานเองที่สนับสนุนเพิ่มเติม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรโอนเงินให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเร็วขึ้น 3) ด้านอุปกรณ์รถที่ให้บริการไม่มีหรือใช้ผิดวัตถุประสงค์ ปัญหาอุปกรณ์ไม่พอใช้หรือชำรุด เช่นกระดานรองหลังไม่มีวิทยุสื่อสาร ต้องการให้ อบต. มีรถไว้ใช้เป็นของตนเอง และไม่นำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์รวมทั้งจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด 4) ด้านวิธีการ ผู้บริหาร มีส่วนสำคัญที่สุดในการดำเนินนโยบาย ให้นักการเมืองท้องถิ่นเห็นประโยชน์ส่วนตัวให้น้อยลง รวมถึงการรับรู้ของประชาชน โรงพยาบาลในพื้นที่เข้ามานิเทศ และเสริมทักษะความรู้ทางวิชาการแก่ทีมกู้ชีพต่ำบลโดยจัดอบรมปีละ 1-2 ครั้ง

การอภิปรายผล

1 การบริหารงานหน่วยกู้ชีพ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่น้อยที่สุดคือด้านการบริหารงานส่วนบุคคล ($\bar{x} = 3.15$, S.D. = 1.01) ผลการศึกษาพบว่าหน่วยกู้ชีพต่ำบลตอบแบบสอบถามข้อที่มีค่าคะแนนต่ำสุด คือ องค์กรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยกู้ชีพทุกเดือน ($\bar{x} = 2.94$, S.D. = 1.24) เนื่องจากประเมินผลงานทุกเดือนทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถบริหารจัดการได้ทันชั่งเจ้าหน้าที่ทำงานหลายหน้าที่ อาจปรับเป็นมีการประเมินผลงานทุก 6 เดือน



2. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบล พบว่าปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์ ข้อที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือองค์กรได้สนับสนุนวิทยุ VHF กำลังไม่เกิน 25 Watt ให้แก่รถกู้ชีพตำบล และใช้งานได้เป็นอย่างดี ($\bar{x} = 2.59$, S.D. = 1.45) และรถที่ใช้อุปกรณ์บัดดีามีค่าคะแนน ($\bar{x} = 2.80$, S.D. = 1.40) แสดงให้เห็นว่าพบปัญหา เครื่องมือสื่อสารและรถที่ให้บริการที่ไม่เพียงพอหรือไม่มี ดังปัญหาอุปสรรคที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ไว้คือไม่มีวิทยุสื่อสาร และรถที่ให้บริการไม่มีหรือใช้ผิดวัตถุประสงค์ พบว่าปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์มีผลต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบลอยู่ร่องดับปานกลาง ($r=0.676$, $P<0.01$) เนื่องจากบประมาณในการสนับสนุนมีจำกัด ต้องดำเนินการพยายามเช่นการสร้างสาธารณูปโภค ถนน เป็นผลให้ไม่มีงบประมาณซื้อรถ อุปกรณ์ที่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของอังคราฟีลัมสมบัติ⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ ระดับปานกลางทางบวก และริรุณญา ลาอโรจน์⁶ พบว่า อุปกรณ์ทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนของวิลาระณ แก้วลาน⁸ พบว่า การน่านโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปสู่การปฏิบัติ เป็นไปค่อนข้างยากเนื่องจากขาดแคลน เครื่องมือ อุปกรณ์และyanพาหนะ จะเห็นได้ว่าถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์yanพาหนะ เครื่องมือสื่อสารจะทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

3. ปัจจัยที่นำายการบริหารงานของหน่วยกู้ชีพตำบล คือปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง และปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 64.0 เมื่อผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรให้ความสำคัญ การดำเนินงานต่างๆ สามารถสำเร็จได้ สอดคล้องกับ ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ⁹ พบว่าการเห็นความสำคัญ และความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่ประธานสภา สมาชิกสภา นายก ปลัด บุคลากรในองค์กร อีกทั้งศรีเมือง พลังฤทธิ์, อลิสา รัตนตะวัน และชุมพจน์ อมาatyกุล¹⁰

พบว่า ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วม เกสร วงศ์มนีและ ลำพาส พิศปัน¹¹ พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดำเนินการจะสามารถทำให้การบริหารงานหน่วยกู้ชีพสำเร็จได้ และเกิดความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายระดับกระทรวงครมมีนโยบายให้ผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นความสำคัญต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบลรวมถึงการสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์

2. ด้านผู้ปฏิบัติ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในพื้นที่สร้างความเข้าใจแก่ผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ประชุมประจำเดือน ผู้นำชุมชน ประชาชนในพื้นที่ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ให้เกิดการเห็นความสำคัญ เกิดความร่วมมือในการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบล

3. ควรดำเนินการศึกษาในเชิงลึก โดยพิจารณาผลการดำเนินงานของหน่วยกู้ชีพ อย่างน้อย 6 เดือน ติดต่อกันและแบ่งกลุ่มที่ดำเนินการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพตำบลและกลุ่มที่ไม่ดำเนินการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพตำบล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ควรสัมภาษณ์ ผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่น นายก รองนายก ปลัด และหัวหน้าผู้รับผิดชอบหน่วยกู้ชีพตำบล

4. ควรศึกษาข้อมูลปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบลเนื่องจากผลของการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง และปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์ สามารถทำนายการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร้อยละ 64.0 ยังมีปัจจัยอื่นที่สามารถร่วมกันทำนายได้อีกร้อยละ 34 ที่ต้องดำเนินการวิจัยต่อไป เช่น ควรศึกษาปัจจัยในด้านขนาดขององค์กร งบประมาณ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อหาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบล



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปรที่ศึกษา

R	Y (Admin)	X1 (Type)	X2 (vehic)	X3 (import)
Y (Admin)	1			
X1 (Type)	.574**	1		
X2 (vehic)	.676**	.578**	1	
X3 (import)	.777**	.870**	.692**	1
\bar{x}	3.27	3.31	2.91	3.30
S.D.	.88	1.00	1.13	.96
N	130	130	130	130

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Admin หมายถึง การบริหารงานหน่วยภูชีพตำบล Type หมายถึง ปัจจัย ประเภทขององค์กร Vehic หมายถึง ปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์ Import หมายถึง ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคุณ ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารหน่วยภูชีพตำบลขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชัยภูมิ

ตัวแปรทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	Std. Error	R ² Change	F	p-value
ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง(X ₃)	.777	.604	.601	0.557	.601	195.021	.000
ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง(X ₃) ปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์(X ₉)	.800	.640	.635	0.533	.635	113.082	.000

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรแต่ละตัวในสมการทำนายถดถอยที่เหมาะสมที่สุด

ตัวแปรทำนาย	คงแหนนดิบ		คงแหนน มาตรฐาน	t	p-value
	b	Std.Error	β (Beta)		
a (Constant)	.875	.168		5.203	.000
ปัจจัยการเห็นความสำคัญและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง(X ₃)	.544	.068	.597	8.059	.000
ปัจจัยyanพาหนะเครื่องมือและอุปกรณ์(X ₉)	.207	.058	.265	3.598	.000

$$R = .800 \quad R^2 = .640 \quad S.E. = .533 \quad \text{Adjusted } R^2 = .635$$



References

1. Emergency Medical Institute Of Thailand. Master plan of Medical Emergency of Thailand year 2553 -2555. Bangkok: Rukpim Company; 2553.
2. Leaksongnone S. KPI Template summary of Public Health Office in Chaiyaphum Province. Chaiyaphum; 2545.
3. Boonmak R. Motivation and Organization Support Affecting Public Sector Management Quality Award Performance of Personnel at Primary Care Unit in ongbualamphu Province. (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008.
4. Poum A. Administrative Factors and Administrative Process Affecting The Health Promotion Performance of Health Personnel at Primary Care Units in Phitsanulok Province. (Thesis). Khon Kaen : Khon Kaen University; 2548.
5. Lamsombuth A. Factors Relating to the Performance of the Local Governments In Emergency Medical Services in Chumphae District Of Khon Kaen Province. (IS). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010.
6. Koontz Harold D, Wehrich H. Essentials of Management. New York : McGraw-Hill Publishing. Company LTD; 1993.
7. Lacharojn W. The Relationship Factor of Participation of Local Authorities or Organization for Emergency Medical System in Pathumthani Province. Journal of Khon Kaen Hospital Medical Journal 2008; 32 (7): 68-77.
8. Kaewlan W. Quality of Emergency Medical Service System at a District Community in Roi-Et Province. (IS). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008.
9. Nunthabut K. Hengbunyapun D. Thavonprom T. The United community that pakpun Tumbol. (2nd ed.). Khon Kaen: TQP LTD; 2553.
10. Palangrit S, Ratanatawan A. Amatyakul C. Empowering by Community Participation in Creating an Empowerment Health Promotion Team at Moo 3 KuKot Subdistrict, Lumlooka Distric, Pathumthani Province. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 29(4): 23-32.
11. Vongmany G, Pispante L. Transformation in Health Promotion Function from Tambon Hospital to Tambon Health Promotion Hospital: Case Study at Tambon Namkhor Hospital, Lomsak District, Phetchabun Provicen. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2010; 28(2): 47-55.



The Factors Affecting First Responder Administration of Tambol Administration Organizations in Chaiyaphum Province*

Pornchai Manothumsatit M.N.S.** Wilawan Phanphruk M.Ed.*** Peerapong Boonsawasdulchai PhD****

Abstract

A predictive descriptive research aimed to study factors affecting first responder administration within tambol administrative organization in Chaiyaphum province. Samples were 142 division and first responder of tambol administrative organization. Furthermore the questionnaire used the administrative idea of Koontz H.D. Data was collected through a questionnaire composing of four main parts; characteristics of samples and their organization, first responder Administration and factors affecting first responder administration. Content validity was tested by seven experts and Alpha Chronbach's coefficient was used to test reliability and its reliability was 0.98. Data was analyzed by descriptive statistics, and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results revealed that; 1) Mean score of total first responder administration score was 3.27, S.D.=0.98 each administrative dimension passed the mean score at a moderate level. Leadership dimension showed the highest mean score and the organization dimension, planning dimension, controller dimension, and personnel administrative dimension were lowest. 2) Factors Correlative first responder administration at moderate level were organization factor, vehicle factor, and tools and equipments factor($r=0.574$, $P<0.01$, $r = 0.676$, $P<0.01$, $r = 0.777$, $P<0.01$ respectively). 3) Factors that could be used to predict first responder administration at 0.01 significantly, were the tools and equipment factor(beta=.265), with priority and participation factor(beta=.597) at 64%.

Keywords: first responder, Administration, Tambol Administration Organizations

* Thesis of Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Student of Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



การพัฒนารูปแบบการวางแผนจ้านายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หอผู้ป่วย ทู คอ จมูก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วราภรณ์ เขมโฉติกุล พย.ม.*

สุกัญญา ศรีส่งา วท.ม.**

สุนทรีย์ ศิริพรอดุลศิลป์ ร.ม.**

บทคัดย่อ

จากการศึกษาปัญหาการดูแลมะเร็งศีรษะและคอ ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างพ.ศ. 2547 – กันยายน พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารักษาซ้ำ เมื่อมีปัญหาร้ายอย่าง 10.4 สาเหตุจากการวางแผนจ้านายขาดประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจ้านายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอ ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยทู คอ จมูก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่าง 1 เมษายน 2550 – 31 ตุลาคม 2552 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ และผู้ดูแลจำนวน 33 คู่ 2) ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและโภชนากร วิธีดำเนินการคือ ศึกษาสถานการณ์การวางแผนจ้านายเดิม กำหนดรูปแบบใหม่ ทดลองปฏิบัติและประเมินผล เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินการวางแผนจ้านายและความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล สมุดภาพเรื่องการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง หุ่นโมเดลเจาะคอ แบบบันทึก การกลับมารับการรักษาซ้ำ สัด比ที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test

ผลการศึกษา พบว่า ได้รูปแบบการวางแผนจ้านาย ประกอบด้วย 1. โครงสร้าง คือ 1) ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและโภชนากร 2) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้รับบริการ 3) มีสื่อ คือ สมุดภาพ หุ่นโมเดลเจาะคอ 2. กระบวนการวางแผนจ้านาย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาความสามารถโดย การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยการให้ความรู้ประกอบสมุดภาพ หุ่นโมเดลเจาะคอ ระยะที่ 2 พัฒนาทักษะโดยการ สาธิตและร่วมฝึกปฏิบัติทุกวันจนจ้านาย ระยะที่ 3 มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อ 3) ผลลัพธ์ ขณะอยู่ โรงพยาบาลผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเจาะคอและหรือให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้องร้อยละ 100 แต่เมื่อ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบร้า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ถูกต้องร้อยละ 92.9 และให้อาหาร ทางสายยางได้ถูกต้องร้อยละ 90 อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำร้อยละ 3.0 โดยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ใช้รูป แบบการวางแผนจ้านายที่พัฒนาขึ้นมีอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำน้อยกว่าการใช้รูปแบบการวางแผนจ้านายเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value < 0.001$) จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการวางแผนจ้านายที่ พัฒนาทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ผลการศึกษาอาจนำไปใช้ในการ วางแผนจ้านาย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การวางแผนจ้านาย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของประชากรอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและตับ ในผู้ชายและมะเร็งปากมดลูก และเต้านมในผู้หญิง¹ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นผู้

ป่วยที่เรื้อรังที่มีความทุกข์ทรมานจากผลกระทบทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ บวกกับทางสังคม สัมพันธภาพ ในครอบครัวและจิตใจทางเศรษฐกิจ² เนื่องจากต้องสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญของร่างกาย ต้องรับประทานอาหาร การกลืน การดมกลิ่น การ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยทู คอ จมูก เคเม่บำบัด โรงพยาบาลบุรีรัมย์



หายใจที่ปกติ การมีผลลัพธ์ที่สร้างความน่ารังเกียจต่อผู้พับเห็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิตกกังวล ซึ่งสืบเนื่องจากหงุดหงิดหรือเกิดความไม่แน่นอนในชีวิต^{3,4,5} นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ยุ่งยาก ซับซ้อนเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน เพราะไม่สามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป เนื่องจากผู้ที่ได้รับการเจาะคอ ต้องให้อาหารทางสายยางจนมูกหรือทางหน้าท้อง และต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นการติดเชื้อ การลักลัด การอุดกั้นของทางเดินหายใจเป็นต้น⁶ ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ดีอาจกลับมาต้องการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งที่จะพิจารณาประโยชน์ของผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งซึ่งพยาบาลควรปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือรับไว้ในความดูแล จนกระทั่งกลับบ้านและควรติดตามการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจะช่วยลดระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทางด้านผู้ใช้บริการและโรงพยาบาล ป้องกันการกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยอาการเดิม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้และทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ⁷

จากการศึกษาปัญหาheydonหลังปี พ.ศ. 2547

- กันยายน พ.ศ. 2549 ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์พบว่าผู้ป่วยมีความเริงค์รีษะและคอมมีปัญหาสำคัญคือ ต้องกลับเข้ารักษาซ้ำเมื่อมีปัญหาร้ายอย่าง 10.4 และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภัยแพลักษณ์ การพูด จากการศึกษาปรากฏการณ์รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมพบว่าการสอนกิจกรรมที่จำเป็นต้องกลับไปดูแลที่บ้านนี้เกินไปโดยจะสอนวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้เพียงพอที่จะด้วยกระบวนการนี้ จัดการภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง เช่น การอุดตัน ห่องทางเดินหายใจหลุดและสายยางให้อาหารหลุด เป็นต้น ไม่มีการประเมินเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อและการ

ติดตามประเมินผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้ การให้ข้อมูลไม่มีแบบแผนและสื่อการสอนไม่เพียงพอ ซึ่งชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความเริงค์รีษะและครอบคลุม ครอบคลุม ใจ

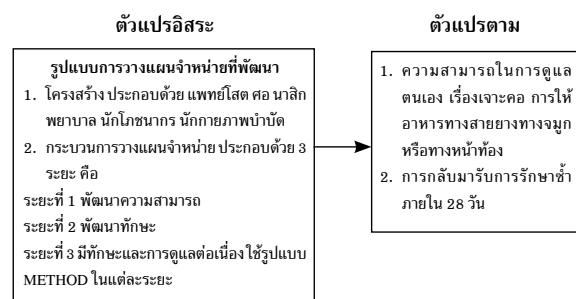
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความเริงค์รีษะและครอบคลุม

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความเริงค์รีษะและครอบคลุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิด M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al.⁷ มาเป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล ภาวะสุขภาพ ระบบส่งต่อ และโภชนาการ โดยพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) ในลักษณะการทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย (Routine to Research; R2R) ด้วยการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและศึกษาผลของการพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความเริงค์รีษะและครอบคลุมที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่าง 1 เมษายน พ.ศ. 2550 – 31 พฤษภาคม 2552 วัดผลการ

ดำเนินงานของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีริยะและคอก คือ 1) อัตราความสามารถในการดูแลเรื่องเจ้าคօ การให้อาหารทางสายยางทางจมูก หรือทางหน้าท้องของผู้ดูแล 2) อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ และผู้ดูแลจำนวน 33 คู่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ระหว่าง 1 เมษายน พ.ศ. 2550 – 31 ตุลาคม 2552 ใช้ประชากรทั้งหมด เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) รูปแบบใหม่ของการวางแผนจ้างน้ำยาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่คุณผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น
 - 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 ได้แก่
 1.1) แบบบันทึกการกลับมารับการรักษาซ้ำ
 1.2) แบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 1.3) แบบประเมินเพื่อการวางแผนจ้างน้ำยาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดัดแปลงมาจากสิริวรรณ เดียวสุนทร^๖ ประกอบด้วย ด้านต่างๆ คือการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลร่างกาย การได้ยินและการหายใจ 1.4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดัดแปลงมาจากสิริวรรณ เดียวสุนทร^๖ ประกอบด้วยด้านต่างๆ คือ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเหล็ก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันลิ่งแผลกลปลอมเข้าท่อเหล็กและการเตรียมอาหาร

เครื่องมือที่ใช้ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญดำเนินการ
จะมี 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของ
เนื้อหาก่อนนำมาใช้

- 3) เครื่องมือที่ใช้ในการสนับสนุนและให้ความรู้
ได้แก่ 1) อุปกรณ์ทางการแพทย์ เชวก้อนที่สามารถพกพาความ
ต้องการและโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น ชุดให้อาหาร
ทางสายยาง นวัตกรรมแปรงล้างท่อเหล็กเจาะคอ เป็นต้น
2) แผ่นพับ/สมุดภาพการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง
ในการให้อาหารทางสายยางจมูกหรือหน้าท้อง การดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเจาะคอ นวัตกรรมหุ่นโน้มเดลเจาะคอ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชั้นตอน คือ

ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 1) ประชุมร่วม

กันกับทีมสุขภาพเพื่อศึกษาระบวนการการวางแผน
จำหน่ายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเดิม และนำข้อมูล
มาปรับในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับ
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 2) กำหนดรูปแบบการวางแผน
จำหน่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอใหม่

ขั้นดำเนินการ นำรูปแบบการวางแผนจ้างหนาย
สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำหนดใหม่ไปทดลอง
ใช้ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจ้างหน่ายตั้งแต่หลังจากได้
รับการเจาะคอหรือการให้อาหารทางสายยาง ประเมินป้ำย
โดยการใช้ M-E-T-H-O-D ร่วมกับแบบประเมินเพื่อการ
วางแผนจ้างหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พยาบาล ผู้ป่วย
และผู้ดูแล ร่วมลำดับความสำคัญของปัญหา ให้ผู้ป่วยและ
ผู้ดูแลได้เรียนรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ
ให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาล
จะรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่ หรือปัญหาที่เป็น
โอกาสเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ และติดตามเยี่ยมโดย
การใช้โทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยจ้างหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1
สัปดาห์แรกและติดตามซ้ำทุก 1 เดือนติดตามนาน 6 เดือน
ระยะเวลาติดตามครั้งละ 15 นาที

ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย 1) ประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนงานนำสู่การติดตามและประเมินผล 2) ประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนงานนำสู่การติดตามและประเมินผล ที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ต้องการ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนงานนำสู่การติดตามและประเมินผล ที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลความ
สามารถในการดูแลเรื่องเจ้าคօ การให้อาหารทางสาย
ยางจมูกหรือทางหน้าท้องของผู้ดูแล และอัตราการรัก^{ลับ}มารับการรักษา ใช้สถิติพารอนนा ใช้ค่าร้อยละ
2) เปรียบเทียบอัตราการกลับมารับการรักษาระหว่าง
รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบการ
วางแผนจำหน่ายเดิม ด้วยค่าสถิติ t-test



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วัยพิทักษ์ สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงสิทธิ์ในการเข้าร่วมงานวิจัย หากไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจะถอนตัวจากตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ จะนำเสนอด้วยความรวมและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 30.3 เพศชายร้อยละ 81.8 เพศหญิงร้อยละ 18.2 ได้รับการรักษาโดยการเจาะคอมากที่สุดร้อยละ 39.9 รองลงมาคือเจาะคอร่วมกับให้อาหารทางสายยางจมูกร้อยละ 24.2 มีผู้ดูแลเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ ภรรยา r้อยละ 33.3

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจ้าน่ายผู้ป่วยใหม่ ประกอบด้วย 1) โครงสร้าง ประกอบด้วย 1.1) ทึมสุขภาพ ได้แก่ พแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และโภชนากร 1.2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้รับบริการ 1.3) สื่อ คือ สมุดภาพและหุ่นโน้มเดลเจาะคอ 2) กระบวนการวางแผนจ้าน่าย มี 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาความสามารถ 1) การประเมินผู้ป่วยโดยการใช้แบบประเมินการวางแผนจ้าน่าย ในวันแรกหลังจากผู้ป่วยเจาะคอหรือใส่สายให้อาหาร โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยการใช้ M-E-T-H-O-D ร่วมกับแบบประเมินเพื่อการวางแผนจ้าน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 2) การเตรียมผู้ดูแล หลักซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย กำหนดระยะเวลา เวลาในการเตรียมความพร้อม 1 วันโดยมีการเตรียมผู้ป่วยต่อเนื่องตามแผนการจ้าน่าย เตรียมความรู้อย่างมีแบบแผนโดยการใช้นวัตกรรมสมุดภาพ หุ่นโน้มเดลและแปรรูปลักษณะของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษา

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาทักษะ วันที่ 2 - 4 พยาบาล HHC สำรวจวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับโดยพยาบาลสาวิชิตการดูแลท่อเจาะคอ การให้อาหารทางสายยางและให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติทุกวัน จนจ้าน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งพับนักโภชนากรเพื่อฝึกปฏิบัติการทำอาหารปั้นผสมในผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารสาย

ยาง ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกหายใจและไอในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจและไอที่มีประสิทธิภาพระยะที่ 3 มีทักษะและการดูแลต่อเนื่อง วันที่ 5 พยาบาลประเมินทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล และรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่ หรือปัญหาที่เป็นโอกาสเลี้ยงต่อการกลับบ้านรักษาตัว เมื่อพร้อมจ้าน่ายกลับบ้านส่งต่อศูนย์ HHC ด้วยแบบส่งต่อและวางแผนดูแลร่วมกับศูนย์ แล้วประสานงานไปที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจ้าน่าย 1 สัปดาห์แรกและติดตามช้าๆ ทุก 1 เดือน ระยะเวลาติดตามครั้งละ 15 นาทีโดยติดตามหลักการ M-E-T-H-O-D ในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองและปัญหาที่พบขณะดูแลที่บ้านเพื่อช่วยแก้ปัญหา

ผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์ของการพัฒนาการวางแผนจ้าน่ายขณะอยู่โรงพยาบาลพบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลเจาะคอและการให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้องได้ถูกต้องร้อยละ 100 เมื่อติดตามเยี่ยมที่บ้านทางโทรศัพท์พบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลเจาะคอได้ถูกต้องร้อยละ 92.9 และการให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้องได้ถูกต้องร้อยละ 90 อัตราการกลับมา_rับการรักษาช้าลดลงเหลือร้อยละ 3.0 โดยพบว่า อัตราการกลับมา_rับการรักษาช้าของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ใช้รูปแบบการวางแผนจ้าน่ายที่พัฒนาขึ้นอยกว่ารูปแบบการวางแผนจ้าน่ายเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังจากใช้รูปแบบการวางแผนจ้าน่ายที่พัฒนามีผลลัพธ์ดีกว่าที่ใช้รูปแบบเดิม เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจ้าน่ายที่พัฒนามีการกำหนดโครงสร้างให้มีการประสานงานที่เป็นทางการ กำหนดหน้าที่ของทีมสุขภาพไว้ชัดเจน ทำให้ทุกคนทราบหน้าที่ต้นเองซึ่งการทำเช่นนี้จะทำให้มีทำงานช้าช้อนและผู้ป่วยได้รับการดูแลครบและตรงตามความต้องการในด้านกระบวนการ มีการกำหนดขั้นตอนการวางแผนจ้าน่ายที่ดีทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่ง



สอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ เดียวสุรินทร์⁶ ที่ได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำนวนผู้ป่วยที่ประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งคีรังและครอบคลุมผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตามแผน มีความรู้ กลับบ้านด้วยความมั่นใจและไม่กลับมาติดเชื้อโดยไม่จำเป็น

สำหรับรูปแบบการวางแผนจำนวนผู้ป่วยที่พัฒนากระบวนการวางแผนจำนวนผู้ป่วยมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาความสามารถ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาทักษะ ชี้งบทว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเรื่องเจ้าของ และการให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้องและมั่นใจที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านเนื่องจากมีพยาบาลที่ทำหน้าที่วางแผนจำนวนผู้ป่วยเป็นผู้ดูแล ให้ความรู้โดยการสอนอย่างมีแบบแผน มีการใช้สื่อและกำหนดแผนการสอนเนื้อหาสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อดำเนินการสอนแต่ละครั้งจะมีการประเมินผลการสอนครั้งที่ผ่านมา ถ้าขาดความรู้หรือทักษะในส่วนใดจะมีการให้ความรู้และฝึกทักษะซึ่งผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีการฝึกปฏิบัติทุกวันจนจำนวนผู้ป่วยกลับบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสรี ชาววงศ์⁸ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำนวนผู้ป่วยคาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำนวนผู้ป่วยมีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำนวนผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) และระยะที่ 3 ระยะมีทักษะ เมื่อประเมินพบว่าผู้ดูแลมีทักษะแล้วแพทย์จำนวนผู้ป่วยกลับบ้าน ระยะนี้มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องโดยการส่งศูนย์ HHC และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ซึ่งจะติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำนวนผู้ป่วย 1 สัปดาห์ แรกทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปรับตัวในการดูแลตนเองที่บ้านโดยไม่มีพยาบาลร่วมดูแลด้วย อาจเกิดปัญหาในการดูแลขณะอยู่ที่บ้านการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม^{9,10,11} สอดคล้องกับการศึกษาของอ่อนน้อม อุปะวิโรจน์⁷ พบว่าการวางแผน

จำนวนผู้ป่วยและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ของผู้ป่วยเบาหวานทำให้อัตราการกลับมาติดการรักษาช้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการวางแผนจำนวนผู้ป่วยที่พัฒนาไปทดลองขยายผลในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
2. เนื่องจากการศึกษาระบบทั้งนี้เป็นรูปแบบตามบริบทของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ หากโรงพยาบาลชุมชนต้องการนำไปใช้ควรมีการประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ
3. เนื่องจากการศึกษาระบบทั้งนี้ไม่ได้ศึกษาความพึงพอใจดังนั้นควรศึกษาความพึงพอใจในรูปแบบการวางแผนจำนวนผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้บริการและควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการคุ้มค่าคุ้มทุนในรูปแบบการวางแผนจำนวนผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยหญิง คุณ จุนกุล ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทุกท่าน ที่ให้เก็บข้อมูลการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

References

1. National of research institute. The cancer which meet often in a Thai. Villagers doctors 1997; 18: 7.
2. Parzuchowski J. Head and neck cancer. In Otto, S. E. Oncology nursing. 3rd ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1994.
3. Fredette SL. A model for improving cancer patient education. Cancer nursing 1990; 4: 207–15.
4. Krause K. Contracting cancer and coping with it: Patients experiences. Cancer Nursing 1991; 3240–45.
5. Mathura CB, Sadler C, Myers EM. Psychology In Myers, E. M. Head and neck Oncology. Boston: Little, Brown and Co; 1991.
6. Siriwan D. A Model development of discharge planning in head and neck cancer patients. (Thesis).



- Songkla: Prince of Songkla University; 1999.
7. Onnom D. Effects of discharge planning and telephone follow up on re-admission rate and nursing service satisfaction of diabetic patients and nurses' job satisfaction. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
 8. Prapadsri C. A Model development of discharge planning in head injury patients Khon Kaen Hospital. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 1992.
 9. Ratchanee S. Effects of telephone follow up on self care in schizophrenia patients after discharge. (Thesis). Chiangmai: Chiangmai University; 2001.
 10. Juaangpanich U, Onbunreang J, Lumlud J, Khan-sorn T, Uatanasapt P. Effect of Music Therapy on Anxiety and Pain in cancer Patients. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(1): 39-45.
 11. Moolnibal K, Sutra P. Family Health Behavior Prevention Program for cervix Cancer in Amphoe Phonphisai, Nong Khai Province. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(2): 147-153.

ตารางที่ 1 ความสามารถในการดูแลเรื่องเจ้าคอด การให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้องของผู้ดูแลในขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้านโดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

รายการ	การปฏิบัติ			
	ถูกต้อง(ราย)	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง(ราย)	ร้อยละ
ขณะอยู่โรงพยาบาล				
ความสามารถในการดูแลเรื่องการเจ้าคอด (N=28)	28	100	0	0
ความสามารถในการดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง หรือทางหน้าท้อง (N=20)	20	100	0	0
ขณะอยู่ที่บ้านโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์				
ความสามารถในการดูแลเรื่องการเจ้าคอด (N=28)	26	92.9	2	7.2
ความสามารถในการดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง หรือทางหน้าท้อง (N=20)	18	90	2	10

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (N=33)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	t-test	p-value
	ร้อยละ	ร้อยละ			
อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ	10.4	3	55.6		<0.001



Discharge Planning Model Development of Patients with Head and Neck Cancer at ENT Unit, Buriram Hospital

Waraporn Khemshotgun M.N.S.* Sukanya Srisanga M.S.** Suntharee Siripornadunsil M.Pol.Sc.**

Abstract

According to a situation analysis of care for the head and neck cancer patients at Buriram Hospital from 2004 to September 2006, it was found that there was 10.47% re-admission due to an inefficiency discharge planning. Therefore, this study aimed to develop a model to improve discharge plan for head and neck cancer. This study developed discharge planning model for the head and neck cancer patients and evaluated its result with the patients, who admits at ENT unit of Buriram Hospital during 1 April 2007 to 31 October 2009 using research and development (R&D) methodology. Participants of this study included 33 patients with head and neck cancer and their care givers, one care giver for each patient, and health care providers including doctors, nurses, physiotherapists and nutritionist. This study involved 3 steps: 1) reviewing discharge planning procedure, 2) developing a desire discharge planning model, 3) piloting the developed model. Instruments used in this study included discharge planning evaluation form, competency assessment form, and readmitting record documents. Percentage and t-test were used for statistical analysis.

Results: The developed discharge planning model comprised of 1) health care team including doctors, nurses, physiotherapist, and nutritionist, 2) patients and care givers as clients, and 3) health education package. The discharge planning processes comprised of 3 processes: 1) patient and care giver capacity building, 2) developing patient and care giver skills through daily practice until discharge, 3) building care and referral capacity for health providers. After model implementation, it was found that all (100%) of care giver can provide tracheostomy care or feeding patient correctly before patient discharge. However, follow up telephone showed that 1) 92.9% of care givers could provide tracheostomy care correctly and 90% of them could feed. Moreover, there was 3% of readmission providing statistically significant improvement of readmission (p -value < 0.001). In conclusion, this study showed that the developed discharge planning model could effectively prepare care givers to provide continuum care in their setting. Results of this study may be implemented into discharge planning practice for patients with head and neck cancer at other hospitals.

Keywords: a model development, discharge planning, head and neck cancer patients

* RN, Head nurse Director, Buriram Hospital

** RN, ENT and Chemo therapy unit, Buriram Hospital



การจัดการศึกษาแบบบูรณาการของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก: การพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนักศึกษา

mgrapinn จุฑารสก ศศ.ด.*
วชรี ออมโรจน์วรรณ พย.ม.****

สุระพรณ พนมฤทธิ์ ค.ม.**
ธรณิศ สายวัฒน์ ศษ.ม.*****

ลิลลี่ ศิริพร กศ.ด.***
นำพิชน์ ธรรมทิเวศน์ กศ.ด.*****

บทคดีย่อ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิจัยและพัฒนาที่ต่อยอดจากการวิจัยนำร่องที่ปฏิบัติการไปแล้ว ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างปี พ.ศ.2551-2554 มีวัตถุประสงค์เพื่อ กำหนดกลยุทธ์ในการนำนวัตกรรมต้นแบบ “การพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนักศึกษา” สู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่เป้าหมาย และศึกษาข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนวัตกรรมต้นแบบสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหาร คณาจารย์ นักศึกษา สายสนับสนุน และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมาย คือ วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 4 ภูมิภาค ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีช (ภาคกลาง) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (ภาคตะวันออก) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา (ภาคเหนือ) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช (ภาคใต้) โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) เป็นต้นแบบ 2) การออกแบบกลยุทธ์เพื่อขับเคลื่อนต้นแบบนวัตกรรม 3) การประเมินความสำเร็จและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการ โดยใช้การสอบถาม และการจัดการความรู้ร่วมกัน

ผลการวิจัย พพบว่า 1) กลยุทธ์ในการเผยแพร่นวัตกรรม ต้นแบบ มี 3 ระดับ คือ ระดับผู้บริหารส่วนกลาง ผู้บริหารสถานศึกษา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสถาบันการศึกษานั้น 2) กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนวัตกรรมคือ การสร้างจุดร่วม ของวิทยาลัยต้นแบบและเครือข่ายวิทยาลัยทั้ง 4 ภูมิภาค 3) ความสำเร็จในการขับเคลื่อนนวัตกรรม เกิดจาก การสร้างแรงบันดาลใจร่วมกัน ดำเนินการโดยสอดแทรกนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบที่เป็นด้านวิชาการ ให้บูรณาการกับกิจกรรมพัฒนานักศึกษาด้วยการจัดให้มี Moral area ภายใต้ระบบครอบครัวสมมูละ ในการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

คำสำคัญ : การจัดการศึกษาแบบบูรณาการ การพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ นวัตกรรมระบบครอบครัวสมมูละ

ความเปี่ยม意义และความสำคัญของปัญหา

การผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของสังคมนั้น ต้องอาศัยการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญ เพราะการศึกษาแบบ

บูรณาการจะทำให้ผู้เรียนเกิดผลการเรียนรู้ คือ คิดเป็นทำเป็น และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ การจัดการศึกษาแบบบูรณาการคือ การจัดการองค์ประกอบต่างๆ ให้กลมกลืนได้ลัดส่วน

*ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

**ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

***ผู้อำนวยการส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

*****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

*****รองผู้อำนวยการแก้ก้าวสู่อาชีวศึกษา สภากาชาดไทย



สมดุลในองค์ประกอบและเน้นปัจจัยต่าง ๆ เชื่อมโยง ผสมผสานระหว่างหลักสูตรกระบวนการเรียนรู้จิตวิทยา พัฒนาการ สื่อเทคโนโลยีระหว่างพุทธศึกษา จริยศึกษา พลศึกษา หัตถศึกษา สุนทรียศึกษา และความเชื่อมโยง ระหว่างหลักการทฤษฎี การฝึกปฏิบัติและการประเมินผล² ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสำคัญของการปฏิรูปการศึกษา ที่ได้วางเป้าหมายให้ผู้เรียนที่ผ่านระบบการศึกษาที่มี คุณภาพ คือ เป็นคนดี เก่ง มีความสุข ทั้งการปฏิรูปการ ศึกษามีปี พ.ศ. 2542 หรือจะมีการปฏิรูปใหม่ใน ทศวรรษที่สองก็ตาม³

วิทยาลัยพยาบาลรามราชนนี ขอนแก่น เป็น สถาบันการศึกษานั่นที่ลังกัดสถาบันพระบรมราชชนนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวิทยาลัย พยาบาลในสังกัด 29 แห่ง มีบทบาทในการผลิตและ พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมากกว่า 60 ปี วิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่งต่างตระหนักในการ พัฒนาการจัดการศึกษาของแต่ละสถาบันเพื่อนำผู้เรียน ไปสู่การพัฒนาคุณภาพการศึกษา โดยมีการเปลี่ยน แนวทางการจัดการศึกษาเป็นแบบบูรณาการที่ใช้ “การ พัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ” เป็นวิชาศึกษา ทั่วไปที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคทดลองซึ่งเป็นวิชาแกน ของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ใช้สอนทุกวิทยาลัย เพื่อ ให้ผู้เรียนเกิดสมรรถนะสามารถคิดอย่างเป็นระบบได้ันั้น คือ “การปรับวิธีคิด หรือเพิ่มวิธีคิด ใช้วิธีคิดหลากหลาย แบบในเวลาเดียวกัน แต่ต้องมีวิธีเลือกวิธีคิดหลักใน แต่ละสถานการณ์ มีหลักเกณฑ์และเหตุผลโดยใช้ข้อมูล หลากหลายให้สัมพันธ์กันเป็นองค์รวม โดยตระหนักถึง องค์ประกอบอย่างที่มีความสัมพันธ์ และมีหน้าที่ต่อเชื่อม กันอยู่เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง”⁴ พร้อมนี้วิทยาลัย พยาบาลรามราชนนี ขอนแก่น ได้สร้างนวัตกรรม ระบบครอบครัวสมมือนึ่งซึ่งถือเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร ขึ้นมา เพื่อเชื่อมโยงในการฝึกภาคทดลอง ซึ่งมีรูป แบบเชิงโครงสร้างที่มีอาจารย์ 1 ท่าน ทำหน้าที่ดูแล นักศึกษาทุกชั้นปี มีตั้งแต่ปีที่ 1 ถึงปีที่ 4 เมื่อเป็นพ่อ/แม่ มีนักศึกษาทุกชั้นปีเป็นลูกที่มีบทบาทเป็นพี่/น้อง ครอบครัวจะประมาณ 10-15 คน มีบุคลากรสาย สันบสนุนในวิทยาลัยเป็นลุง ป้า น้า อา และมีรูปแบบเชิง กระบวนการคือแต่ละครอบครัวใช้สุนทรีย์สนทนาในการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำกิจกรรมครอบครัวที่แต่ละ ครอบครัวได้ให้ข้อตกลงกันไว้เป็นพันธสัญญาร่วมกัน ในพื้นที่คุณธรรม (Moral Area) ทุกวันพุธ

นวัตกรรมระบบครอบครัวสมมือน ได้เริ่ม ทดลองใช้ครั้งแรกที่วิทยาลัยพยาบาลรามราชนนี สุรินทร์ ปี พ.ศ. 2550 โดยเน้นไปที่การบูรณาการวิชา ศึกษาทั่วไปกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร ซึ่งวิชาศึกษา ทั่วไปคือวิชาพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ส่วน กิจกรรมเสริมคือ ระบบครอบครัวสมมือน นับเป็นการ ปรับกระบวนการทัศน์การจัดการศึกษาเป็นแบบบูรณาการ (Integrated Education) เพื่อบ่มเพาะผู้เรียนแต่ละคนให้ พัฒนาตามศักยภาพสูงสุด สร้างความเข้าใจทั้งตนเองและ ผู้อื่น สร้างการเข้าถึงการสานความสัมพันธ์ระหว่างตนกับ หมู่คณะ เพื่อนนำไปสู่การพัฒนาทั้งตนเองและส่วนรวมที่ไม่ คิดแยกเป็นส่วน ๆ ดังนั้นต้องอาศัยความรู้ที่หลากหลาย มาร่วมกันแก้ไขปัญหา มีการปรับกระบวนการเรียนรู้ (New Learning Process) โดยสร้างสภาพแวดล้อมให้ เอื้อต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงบูรณาการไปกับชีวิต ประจำวัน เพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงเมื่อสำเร็จการ ศึกษาและมีการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการ เพื่อ สร้างคณะปฏิบัติการให้พร้อมแผนที่มีจิตบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เพราะ เป็นแนวปฏิรูประบบการบริการสาธารณสุขหลัก ตาม แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวง สาธารณสุขปี พ.ศ. 2550– พ.ศ. 2554

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยต่อยอดจากการ วิจัยนำร่องที่ปฏิบัติการไปแล้วในปี พ.ศ. 2550 ที่ได้ ทดลองเรียนจากกระบวนการเรียนรู้จากสภาพจริงของ วิทยาลัยพยาบาลรามราชนนีสุรินทร์ ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาโดยตลอดจน ได้รูปแบบ และนำมาทดลองใช้ที่วิทยาลัยพยาบาลราม ราชนนี ขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2551–2552 ซึ่งเป็น ระยะที่ 2 มีผลผลิตจากการวิจัย “การจัดการศึกษาแบบ บูรณาการ: การพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ สำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวสมมือน” ประกอบ ด้วย 1) เอกสารเกี่ยวกับการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ ได้แก่ เอกสารบทเรียน 1 ปีคุณย์การเรียนรู้เข้าใจ เข้าถึง



พัฒนาระบบครอบครัวรายงานวิจัยการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับอาจารย์พยาบาล คู่มือการจัดการเรียนการสอนวิชาการพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ตำราการคิดอย่างเป็นระบบ: การประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน ตำรา กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้ระบบครอบครัวสมैอ่อน 2) คู่มือการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ: การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวสมैอ่อน ได้ดำเนินงานในสถานศึกษาพยาบาลลังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 4 แห่ง (4 ภูมิภาค) ที่สมควรใจเข้าร่วมเรียนรู้กับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ดังนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยระยะที่ 3 เพื่อพัฒนากลยุทธ์ การขับเคลื่อน “กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวสมैอ่อน” สู่วิทยาลัยพยาบาลทั้ง 4 ภูมิภาค ตามขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างนวัตกรรม “การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวสมैอ่อน” 2) การเผยแพร่นวัตกรรม (Diffusion and Dissemination) 3) การรับนวัตกรรม (Adoption) และ 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับนวัตกรรมให้เหมาะสมกับภูมิลังกัดของแต่ละวิทยาลัย และเตรียมขยายนวัตกรรมสู่วิทยาลัยพยาบาลอื่นและสถานศึกษาอื่น^{5,6,7,8,9}

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. กำหนดกลยุทธ์เพื่อนำนวัตกรรมต้นแบบ “การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวสมैอ่อน” สู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่เป้าหมาย

2. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนวัตกรรมต้นแบบ “การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวสมैอ่อน” สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายของการวิจัยมาโดยความสมัครใจ ได้แก่ ผู้บริหาร คณาจารย์ นักศึกษา สายสนับสนุน ผู้เกี่ยวข้อง ในพื้นที่เป้าหมาย ใน 4 วิทยาลัย (4 ภูมิภาค) ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (ภาคกลาง) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (ภาคตะวันออก) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา (ภาคเหนือ) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช (ภาคใต้) โดยมีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นต้นแบบ (Role Model) เป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงาน

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบกลยุทธ์เพื่อการขับเคลื่อนต้นแบบนวัตกรรม ประกอบด้วย 1) การออกแบบกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนต้นแบบนวัตกรรม สู่สถานศึกษาร่วมกับผู้บริหารส่วนกลางของสถาบันพระบรมราชชนก 2) การจัดประชุมวิชาการเพื่อเผยแพร่แนวคิดของ “การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวสมैอ่อน” ให้ผู้บริหาร คณาจารย์ สายสนับสนุนในวิทยาลัยได้เข้าใจ หลักการและแนวปฏิบัติ 3) การส่งเสริมให้มีการศึกษาดูงานจากต้นแบบ (Role Model) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในสถานการณ์จริง ในลักษณะทีมเหย้า (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น) และทีมเยือนได้แก่วิทยาลัยอีก 4 ภูมิภาค

กิจกรรมการขับเคลื่อนนวัตกรรมมี 3 กิจกรรม คือ 1) การจัดทำเอกสารคู่มือเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและสามารถนำต้นแบบนวัตกรรมสู่การปฏิบัติได้ง่าย โดยเน้นสาระเป็นแบบบูรณาการที่ได้จากการถอดบทเรียน (Lesson-learned) จากประสบการณ์จริงของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยทีมแกนนำของวิทยาลัยต้นแบบ 2) จุดประกายความคิดและสร้างแรงบันดาลใจ พร้อมเผยแพร่เอกสารแนวคิดในระยะเริ่มต้นโดยทีมแกนนำของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เข้าไปแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในแต่ละวิทยาลัยฯ และ 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจแก่กลุ่มเป้าหมาย ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ แล้วลงมือปฏิบัติในกระบวนการเรียนรู้ “การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวสมैอ่อน” หลังจากนั้นใช้การถอดบทเรียนใน



ประเด็นที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนเพื่อพัฒนาระบวนการขับเคลื่อนนวัตกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความสำเร็จและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ: การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ สำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนการประเมินความสำเร็จการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ: การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนในสถาบันการศึกษาแต่ละแห่ง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับสถานศึกษาคือผู้อำนวยการและทีมบริหาร จากการมีกลยุทธ์ในการเผยแพร่นวัตกรรม และกลยุทธ์การขับเคลื่อนนวัตกรรมและความสำเร็จในการขับเคลื่อน 2) ระดับครุภู่สอน มีการบูรณาการงานวิชาการ งานวิจัย และกิจกรรมที่ใช้นวัตกรรม และ 3) ระดับนักศึกษา สายสนับสนุน สมาชิกชุมชน มีความสุขในการเรียนรู้และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษา ก่อนและหลังการจัดการศึกษาแบบบูรณาการผ่านนวัตกรรม จากการสอบถามความคิดเห็นทั้งสามระดับทั้ง ผู้บริหาร คณาจารย์ นักศึกษา หรือบุคลากรอื่น เช่น ชุมชนมีความคิดเห็นตรงกันว่าการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ : การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเหมาะสมกับการนำมาใช้เพื่อพัฒนาบัณฑิตของวิทยาลัย

ผลการวิจัย

1. กลยุทธ์ในการเผยแพร่นวัตกรรม “การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน” แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับผู้บริหารส่วนกลาง คือสถาบันพระมาราชนก ที่กำกับนโยบายโดยการรายงานผลการดำเนินงานให้ทราบเป็นระยะ 2) ผู้บริหารสถานศึกษาของแต่ละสถาบัน คือผู้อำนวยการวิทยาลัยและทีมแกนนำในแต่ละแห่งทั้ง 4 ภูมิภาค โดยการศึกษาฐานงาน และเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนร่วมกัน 3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสถาบัน การศึกษานั้น ทั้งคณาจารย์ นักศึกษา หรือบุคลากรอื่น เช่น ชุมชนโดยการแจ้งให้ทราบ เชิญชวนให้ร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

ผลการเผยแพร่นวัตกรรมพบว่า การศึกษาดูงานในวิทยาลัยต้นแบบ (วพบ. ขอนแก่น) เป็นสิ่งที่ผู้บริหารและทีมแกนนำ นักศึกษา คณาจารย์ ผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ การมีทีมแกนนำจากวพบ. ขอนแก่น ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ของแต่ละวิทยาลัยทั้ง 4 แห่ง (4 ภูมิภาค) การถอดบทเรียนร่วมกันทุกระดับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างพึงพอใจในการเผยแพร่กิจกรรมในระดับมากที่สุด

2. กลยุทธ์การขับเคลื่อนนวัตกรรมและความสำเร็จในการขับเคลื่อนแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ

ประเด็นแรก การใช้กลยุทธ์ในการสร้างจุดร่วม (Networking) ใน 5 เรื่องหลัก คือ 1) ผู้บริหาร องค์กรมีความตระหนักและมีแรงบันดาลใจอย่างพัฒนานักศึกษาแบบองค์รวมที่เป็นผู้มีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นผลจากการใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน 2) นโยบายยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณลักษณะผู้เรียน ให้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความชัดเจน โดยเฉพาะสถาบันพระมาราชนก ซึ่งเป็นผู้กำหนดถูแลและการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดทั้ง 29 แห่ง ที่เน้นการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ และใช้หลักสูตรแบบบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนในแต่ละวิทยาลัย 3) การประสานการเรียนรู้เชิงเครือข่าย มีพื้นจะสัญญาร่วมกันในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยความตั้นใจและตั้งใจแบบกัลยาณมิตร 4) การประยุกต์ใช้นวัตกรรมต้นแบบของวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี ขอนแก่น ได้หมายความกับภูมิสังคมแต่ละแห่งของทั้ง 4 ภูมิภาค 5) การสร้างกระบวนการ (Facilitator) และทีมแกนนำในการกระตุ้นและผลักดันให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง¹⁰

ประเด็นที่สอง ด้านกระบวนการสร้างเครือข่ายประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันทั้ง 4 วิทยาลัย ใน 4 โครงการ ได้แก่ 1) การพัฒนาหน่วยการเรียนรู้แบบบูรณาการ “การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน” 2) การจัดการความรู้ร่วมกันทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ 3) การเขียนเรื่องราวปฏิบัติการสนับสนุนเพื่อให้กำลังใจและการช่วยเหลือแบบกัลยาณมิตร 4) การ



สนับสนุนงบประมาณการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร

ความสำเร็จในการขับเคลื่อนนวัตกรรมครั้งนี้จากการตอบบทเรียนของทีมแคนนำทั้ง 5 แห่ง (วพบ. ขอนแก่น ร่วมกับทีมแคนนำอีก 4 ภูมิภาค) ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญภายนอก มีความเห็นสอดคล้องกันว่าเกิดจาก การสร้างแรงบันดาลใจร่วมกันที่ได้ประชุมเชิงปฏิบัติการ ที่มีการวางแผนทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั้ง 4 โครงการ

โครงการที่หนึ่ง เป็นการพัฒนาหน่วยการเรียนรู้แบบบูรณาการ “การพัฒนากำรบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมื่อัน” เป็นการใช้วิจัยเป็นฐาน ทำให้ได้หลักสูตรที่มีลักษณะเป็นหน่วยบูรณาการ ผลการนำหลักสูตรไปใช้จากการใช้แบบสอบถามพบว่าผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมดมีความพึงพอใจในเนื้อหาของหลักสูตรในระดับมากที่สุด คือ การคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ส่วนผลลัพธ์เชิงกระบวนการจากการประเมินตามสภาพจริง ผู้เข้ารับการอบรมใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและกระบวนการสุนทรีย์สันทนาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีความสุข เกิดพันธะสัญญา ร่วมกันในการที่จะนำกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบไปประยุกต์ใช้ในแต่ละวิทยาลัย ผลการติดตามความคงทนของกระบวนการเรียนรู้ผ่านไป 1 เดือน ผู้ผ่านการอบรมยังมีความพึงพอใจในเนื้อหาของหลักสูตรในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.49$, $SD=0.50$)⁵

โครงการที่สอง การจัดการความรู้ร่วมกันทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ เป็นโครงการที่นำผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในแต่ละวิทยาลัย และแต่ละภูมิภาคมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผลการประเมินโดยใช้แบบสอบถามผู้ร่วมโครงการมีความพึงพอใจในการร่วมสัมมนาในระดับมากที่สุด ในหัวเรื่องต่อไปนี้ การเข้าร่วมสัมมนาครั้งนี้ได้รับประโยชน์จากการรับฟังคนอื่นและเข้าใจคนอื่นอย่างจริงใจ ($\bar{x}=4.77$, $SD=0.44$) การใช้สุนทรีย์สันทนาในกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบทำให้เปลี่ยนมุมมองวิธีคิดจากเดิม มีความอดทน ไม่ปฏิเสธการฟัง ($\bar{x}=4.53$, $SD=0.52$) การเข้าร่วมการเรียนรู้ครั้งนี้ทำให้ได้ใช้ความคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ เกิดการเรียนรู้อย่างมีกระบวนการเข้าใจความแตกต่าง

ของแต่ละบุคคลมากขึ้น พร้อมที่จะเมตตาเพราทุกคน ล้วนสัมพันธ์กัน ($\bar{x}=4.54$, $SD=0.52$) การเป็นเครือข่ายการเรียนรู้กับวพบ. ขอนแก่น คาดว่าจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง ($\bar{x}=4.69$, $SD=0.48$) และเกิดความมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองและผู้เกี่ยวข้อง ($\bar{x}=4.53$, $SD=0.52$)

โครงการที่สามการเยี่ยมเยียนปฏิบัติการสนับสนุนของทีมแคนนำ (วพบ. ขอนแก่น) ในวิทยาลัยเครือข่าย 4 แห่ง (4 ภูมิภาค) มีความเห็นตรงกันจากการตอบบทเรียนว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดี ทำให้เกิดการสร้างทีมแคนนำอย่างในแต่ละวิทยาลัยและเกิดความเข้าใจในนวัตกรรมมากยิ่งขึ้น ถึงแม้ผ่านการอบรมพัฒนามาแล้วก็ตาม โดยเฉพาะมีประเด็นให้เรียนรู้กระบวนการคิดบทเรียน (Lesson-learned) ให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้นในฐานะผู้ปฏิบัติ ที่สำคัญทำให้เกิดการกระตุ้น การดำเนินนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นการติดตามแบบเพื่อนช่วยเพื่อนหรือแบบกัลยาณมิตรนั่นเอง ส่วนโครงการสุดท้าย การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในวิทยาลัย 5 แห่ง (วพบ. ขอนแก่น วพบ. จักรีช วพบ. ชลบุรี วพบ. พะเยา และวพบ. นครศรีธรรมราช) โดยการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง สร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกันทั้งภายในแต่ละวิทยาลัยเองและภายนอกวิทยาลัย เป็นการเผยแพร่องค์ความรู้และประสบการณ์ แลกเปลี่ยนมุมมองทั้งในระดับตัวบุคคล ระดับกลุ่ม ระดับองค์กร ให้แก่ชุมชนที่เกี่ยวข้องได้รับทราบนวัตกรรมได้มากยิ่งขึ้น ความพึงพอใจในการประชุมสัมมนาครั้งนี้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.56$, $SD=0.73$) ผู้เข้ารับการประเมินได้รับประโยชน์และความรู้เพิ่มขึ้น ($\bar{x}=4.21$, $SD=0.72$) และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ($\bar{x}=4.02$, $SD=0.73$)

3. งานวิชาการ งานวิจัย และกิจกรรมที่ใช้นวัตกรรม ล้วนต้องถูกคัดรอบบทเรียนเพื่อหาจุดเด่นและจุดอ่อนที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กระบวนการจะต้องถูกปรับแก้ให้มีความเหมาะสมตามสภาพ โดยใช้ความเป็นวิชาการ การศึกษาค้นคว้าวิจัยในทุกกิจกรรมที่กำลังใช้นวัตกรรม ดังกล่าว เพื่อการจัดการเรียนการสอนวิชาศึกษาทั่วไป คือวิชาพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเป็นการสอนกระบวนการที่ครูผู้สอนยังไม่คุ้นชิน จำเป็นต้องผ่านการอบรมการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ



ดังนั้นจึงมีการทำวิจัยพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบให้กับครุภู่สอน ส่วนผู้เรียนจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเรียน คือ มีการปฐมนิเทศ การเรียนรู้วิธีการเรียนรู้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ซึ่งกิจกรรมนี้มีความสำคัญต่อผู้เรียนเป็นอย่างยิ่งส่วนงานกิจการนักศึกษาจำเป็นต้องเรียนรู้การใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนว่ามีโครงสร้างและกระบวนการอย่างไรจากเอกสาร คู่มือ เพื่อจ่ายต่อความเข้าใจ และการนำไปใช้ เพื่อที่จะเป็นฐานในการบูรณาการระหว่างวิชาศึกษาทั่วไป คือ วิชาพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบกับกิจการนักศึกษา คือ นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนต้นแบบที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น พัฒนาต่อยอดจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลุรินทร์⁷

4. ความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบันพระบรมราชชนก ผู้บริหารวิทยาลัย ทีมแคนน่าวร่วมกันทั้ง 5 วิทยาลัย และคณาจารย์ สายสนับสนุน นักศึกษา ตลอดจนชุมชนที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้นวัตกรรม “การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน” (Systems Thinking Development for Innovative Systems of Simulated family)

ผลการตอบบทเรียนร่วมกัน ในแต่ละวิทยาลัยของทีมแคนน่าพบว่า

1. ด้านความสุขในการเรียนของผู้เรียน พบว่ามีความสุขมากขึ้น เพราะการใช้สุนทรีย์สนทนา (Dialogue) ช่วยให้มีพัฒนาการ 1) การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) “...รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้นจากการที่ผู้อื่นรับฟังในสิ่งที่เราพูดอย่างตั้งใจ...”, 2) การเคารพ (Respecting) “...ได้รับฟังกันและกันมากขึ้น ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น...”“...ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระของตนเองไม่มีคิดถูก...” 3) การห้อยแขวน (Suspending) “...เป็นการเรียนที่ดีเข้าถึงบุคคล เข้าใจถึงแก่นแท้ของชีวิตมากขึ้น...ที่สำคัญคือเข้าใจตนเองมากขึ้น...”“...ทำให้นักศึกษามารถตัดสินใจภายใต้เหตุและผล...” 4) เสียงของเรา (Voicing) “...ขอบคุณกิจกรรมแบบนี้ เพราะทำให้เข้าใจตนเอง...” และการสร้างบรรยากาศแบบกลยุทธ์ของอาจารย์ผู้สอน

1) สร้างความไว้วางใจเป็นผู้มีคุณลักษณะน่าเคารพ “...บรรยายการเป็นกันเอง ไม่เครียด มีความสุขกับการเรียนรู้ อาจารย์เป็นกันเองรู้สึกดีอบอุ่น ได้ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ จำกอาจารย์ มีความสุขในการเรียน...ไม่เคยเรียนแบบนี้มาก่อน...”“...ประทับใจอาจารย์ทุกท่านมาก...มีความสุขสนุกสนานในการเรียนแบบนี้มากกว่าเรียนในตำรา...ได้ความรู้และเพลิดเพลินด้วย ไม่รู้สึกเบื่อ 2) กำหนดจุดมุ่งหมายและจัดประเด็นปัญหา “...ทำให้นักศึกษาคิดใช้เหตุผลมากขึ้น สามารถนำประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้...” 3) ร่วมกันวิเคราะห์ สื่อสาร สรุปพันธภาพ “...ได้สร้างสรุปพันธภาพสนับสนุนกันมากขึ้น ได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น เกิดมิตรภาพ ได้ใช้ความคิด เหตุผลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นขั้นตอน...” 4) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา อดทนฟังความคิดเห็นของผู้เรียนด้วยความเข้าใจ และเต็มใจ “...ขอบคุณอาจารย์ที่จัดกิจกรรมดีๆ ให้กับนักศึกษา ขอบคุณอาจารย์ที่สละเวลามาฟังความคิดเห็น และยอมรับความคิดเห็นของนักศึกษามากขึ้น...”“...ทำให้นักศึกษาเกิดการคิดอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ได้กับทุกกิจกรรม...” 5) ปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้วยความรัก ความศรัทธาในกันและกัน “...ขอบคุณ...ประทับใจอาจารย์ทุกท่าน อาจารย์น่ารักมากเหมือนครอบครัวเดียวกัน...กล้าปรึกษาอาจารย์มากขึ้น...”“...อยากให้อาจารย์จัดการเรียนการสอนแบบนี้อีก...”

2. การสะท้อนกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบของนักศึกษา 1) กำหนดประเด็นปัญหา“...ได้ฝึกมองปัญหาว่าอะไรคือปัญหาที่แท้จริงหรือไม่ใช่ปัญหา...” 2) วิเคราะห์ปัจจัยอย่าง “...ได้รู้จักการทำ mind mapping ในกระบวนการเรียนรู้ทำให้ได้มองภาพต่างๆ กว้างขึ้น และเกิดจินตนาการ...” 3) ทำความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอย่าง “...ได้ฝึกเชื่อมโยงสาเหตุที่สนับสนุนปัญหา...”“...ได้ฝึกลากเส้นตามปัญหาและสาเหตุที่เราคิดภายใต้หลักการและเหตุผล..ได้มุ่งมองที่หลักกฎหมายจากสมาคมชิกภายในกลุ่ม...” 4) สังเคราะห์ปัญหา “...ไม่เคยคิดมาก่อนว่าจะเป็นการเรียนรู้ได้...แต่ทันทีที่เป็นการเรียนรู้ได้โดยไม่ใช่การเรียนรู้ในหนังสือ แต่เรียนรู้ได้จากกิจกรรมกลุ่ม...นำมาใช้กับการเรียนนอกจากการอ่านหนังสือ เป็นประโยชน์มาก”“...สามารถนำไปใช้ในการจัดการความคิดของตนเองให้มีความรอบคอบก่อนลงมือทำ...”



ความคิดเห็นของผู้บริหารทุกระดับจากการถอดบทเรียนร่วมกัน พบว่า ปัจจัยความสำเร็จคือ 1) การเห็นประโยชน์ร่วมกัน ในการพัฒนาผู้เรียนแบบองค์รวมเพื่อให้เป็นคนดี คิดเก่งและมีความสุข และได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการอย่างเป็นรูปธรรม 2) ความไว้วางใจ (Trust) ทั้งตนเองและผู้อื่นของทีมแ-gen นำในแต่ละสถาบันการศึกษา ทำให้สร้างความเชื่อมั่นและสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน 3) การสร้างแรงจูงใจทั้งระดับบุคคล และระดับกลุ่ม ทั้งภายในและภายนอกสถาบัน ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่อยู่เบื้องหลังความต้องการที่จะดำเนินการ 4) การเรียนรู้เน้นความสำคัญในการดำเนินงานไปข้างหน้า มีการวางแผนการปฏิบัติการให้ความสำคัญกับการวางแผนและความสำเร็จในอนาคต 5) เกิดเครือข่ายที่มีพันธสัญญา ร่วมกันในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงการเต็มความพร้อมของบุคลากรทุกคนในองค์กร ให้มีความรู้ความเข้าใจในนวัตกรรม โดยเฉพาะการพัฒนานวัตกรรมต้นแบบนี้จะต้องเป็นการพัฒนาทั้งองค์กร จึงจะเกิดกระบวนการขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายของสถาบันการศึกษานั้นให้ชัดเจน และนำยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนที่อาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายโดยเฉพาะฝ่ายวิชาการที่รับผิดชอบวิชาพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ส่วนฝ่ายกิจการนักศึกษารับผิดชอบงานกิจกรรมเสริมหลักสูตรคือ “นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน” จึงจะเป็นการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ¹¹

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านการจัดการศึกษาแบบบูรณาการด้วยนวัตกรรมต้นแบบดังนี้

1. การเปลี่ยนผ่านนวัตกรรมการจัดการจัดการศึกษาแบบบูรณาการด้วยนวัตกรรมต้นแบบ ผลประเมินความสำเร็จในการประเมินจากข้อมูลเชิงประจักษ์และผลการถอดบทเรียนของทีมแ-gen ทั้ง

ในแต่ละวิทยาลัยและทีมแ-gen นำต้นแบบ พนวจมีการเปลี่ยนแปลงในการดูแลนักศึกษาให้ความอบอุ่นเหมือนแม่ดูแลลูกนักศึกษาทำผิดน้อยลง และการนำนวัตกรรมต้นแบบไปใช้เพราแต่ละวิทยาลัยทั้ง 4 แห่ง (4 ภูมิภาค) ต่างมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมต้นแบบมีการศึกษาร่วมกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพราะเห็นประโยชน์ร่วมกันในการพัฒนานักศึกษาแบบองค์รวมให้เป็นคนดีเก่ง และมีความสุขสอดคล้องกับงานวิจัย¹² เรื่องการปฏิรูปการจัดการศึกษาของสถาบันการศึกษาในสถาบันพระบรมราชชนกที่กล่าวถึงการพัฒนาการจัดการศึกษาที่เน้นให้เข้าใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) เป็นการจัดการศึกษาแนวใหม่ที่เน้นผู้เรียนให้มีฐานความรู้ความเข้าใจคนและบริบทรวมทั้งการสร้างหลักสูตรระดับวิทยาลัยและหลักสูตรที่เป็นรายวิชา ซึ่งอาจารย์ผู้สอนจะต้องใช้การปรับกระบวนการสอนบางรายวิชา เป็นการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มจากเล็กไปใหญ่ แต่กิจกรรมคล้ายกับขับขี่ย้อนฟันเพื่องที่ลงตัว ดังนั้นต้องมียุทธศาสตร์เชิงยุทธศาสตร์จากการวิจัยทำให้เห็นว่าจะต้อง 1) มีการนำหลักสูตรบูรณาการสู่การปฏิบัติในวิทยาลัย 2) มีการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนในระดับปฏิบัติการหรือการศึกษาแนวใหม่ “เน้นแนวทางการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning)” 3) การพัฒนาอาจารย์ผู้สอนให้เข้าใจการจัดการศึกษาแนวใหม่ โดยการจัด 3 รูปแบบคือ การเรียนรู้ภายในทีมงานของแต่ละวิทยาลัย การเรียนรู้ระหว่างทีมงานของวิทยาลัยกับทีมนิเทศส่วนกลาง การเรียนรู้ระหว่างวิทยาลัยด้วยการจัดเวลาที่การนำเสนอ วิเคราะห์ และสังเคราะห์บทสรุปแนวคิดและกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในรูปโครงการ พร้อมทั้งได้เสนอแนวการวิจัยไว้ว่า ต้องใช้แนวคิดบูรณาการในการจัดการศึกษาไม่ว่าจะเป็นหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนแนวใหม่ และยังสอดคล้องกับการพัฒนานักศึกษาแบบองค์รวมเพื่อให้ได้ผู้เรียนที่เป็นคนดี เก่ง มีความสุข ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพุทธศักราช 2542 และได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ryan และ Gross การปรับใช้นวัตกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่คุณประโยชน์กับสิ่งที่เข้าใช้อยู่แล้วเหมาะสมกับบริบท



และค่านิยม ไม่ซับซ้อนเข้าใจยากเกินไป สามารถนำไปใช้ได้ในช่วงเวลาอันจำกัด โดยไม่ต้องนำไปปรับก่อนใช้ มีผล pragmatics ชัดเจนมากนำเสนอ ในลักษณะตรงข้าม คือการปฏิเสธนวัตกรรม คือ ผู้ใช้มีพ่อใจกับแนวทาง การใช้และผลของการใช้ ผู้ใช้นวัตกรรมตัดสินใจปรับใช้นวัตกรรมอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมกว่า¹⁰

2. ผลการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ : การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนครั้งนี้ เป็นนวัตกรรมต้นแบบที่สอดรับการพัฒนาการจัดการศึกษาที่เน้นให้เข้าใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) เป็นการศึกษาแนวใหม่ที่สถาบันพระมาราชนกได้มีการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ขึ้นในปี พ.ศ. 2551 เป็นการปรับปรุงสาระบางรายวิชาและคงเน้นการบูรณาการที่มีรูปแบบการผสมผสาน (Hybrid model) เมื่อปี พ.ศ. 2545 แต่เน้นการนำเนื้อหาวิชาต่างๆ มาหลอมรวมเข้าด้วยกันมากขึ้นเน้นที่องค์รวมเนื้อหามากกว่าองค์ความรู้แต่ละวิชา โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพมีลักษณะสำคัญคือมีการรวมเนื้อหาวิชาแบบผสมผสานโดยยึดหัวเรื่องวิชา (Theme) เป็นหลักในการกำหนดโน้ตศน์หลัก (Core Concepts) เพื่อนำไปสู่การกำหนดเนื้อหาของหลักสูตร โดยมีโน้ตศน์ (Concepts) ต่างๆ ในแต่ละหน่วยวิชา(Theme) ต้องเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งที่เป็นศาสตร์ทางการพยาบาลกับศาสตร์สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การเชื่อมที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบวนการคิดขั้นสูง จุดเด่นของการพัฒนาหลักสูตรครั้งนี้ จากการวิเคราะห์สรุปได้ 4 ประการ คือ 1) การบูรณาการเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกันมากขึ้น 2) หลักสูตรยังคงสร้างบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทร 3) ผู้เรียนได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในการคิดอย่างเป็นระบบ และ 4) มีการจัดกระบวนการเรียนการสอนเชิงรุก และวัดประเมินผลตามความจริง^{13,1}

ชื่อสอดคล้องกับหลักสูตร Integrated Learning Program at Lingnan University Hong Kong Dr. Veronia Tam : Director of student Service Center ที่จัดการศึกษา Integrated Learning Program (ILP) เริ่มใช้ในปี ค.ศ. 2001-2002 โดยมีจุดมุ่งหมายช่วย

เติมกระบวนการเรียนรู้ ช่วยเสริมสร้างวิธีคิด การตัดสินใจ และยังช่วยให้นักศึกษาปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และที่สำคัญคือช่วยจุดประกาย (Inspired) วิธีคิดแบบ Critical Thinking รวมถึงการเรียนรู้เรื่องวัฒนธรรม ด้วย¹⁴ “ILP” คือ 1) หลักสูตรที่ต้องการพัฒนานักศึกษาแบบองค์รวม (Whole persons) 2) เป็นหลักสูตรเสริมที่ผสมผสานทั้งในระบบและนอกระบบ 3) เป็นการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตประจำวัน (Student daily life) หลักการพัฒนาผู้เรียนแบบองค์รวมของมหาวิทยาลัยหลังหน้าน มีแนวคิดแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมผู้เรียนเข้าสู่ชีวิตในมหาวิทยาลัย (Freshman) 2) การสร้างผู้เรียนให้มีความสุข (Happy student) 3) การเตรียมเข้าสู่วิชาชีพ (Career Preparation)^{15,16}

ข้อเสนอแนะ

1. นวัตกรรม “การพัฒนาระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน” หากนำไปใช้ในวิทยาลัยพยาบาลของสังกัดสถาบันพระมาราชนก ย่อมทำให้เกิดการพัฒนานักศึกษาแบบองค์รวม คือ ดี เก่ง มีความสุข ดี คือผู้ที่มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เก่ง คือ สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ คิดอย่างเป็นระบบได้ ที่สำคัญคือผู้เรียนมีความสุข จากการใช้สุนทรียสนเทศ

2. การจัดการศึกษาแบบการเป็นการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนสามารถถ่ายโยงการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตประจำวันได้ หากพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยทีมแคนนำ

3. การรับนวัตกรรมต้นแบบไปใช้ควรจะมีการศึกษาดูงานในวิทยาลัยต้นแบบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเข้าใจและยอมรับนวัตกรรมได้ jáy ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้จัดขอกราบขอบพระคุณศ.ดร.วิชัยวงศ์ใหญ่ รศ.สุภาพ ณ นคร และศ.ดร.มารูต พัฒนา ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัยเรื่องนี้ จนประสบผลสำเร็จ



References

1. Jutarosaga M. Project documentation, training teacher to develop a plan by incorporating an integrated Moral and ethics and systematic thinking. 24–25 March, Boromarajonani College of NursingKhonKaen; 2008.
2. Amornviwat S. Learning process and the nature of learning in the community offering. Commission on Reform learning; 2001.
3. Office ofthe Education Council. Ministry of Education.The results of nine years. Education reform (1999–2008); 2009.
4. Jutarosaga M. The Development of Training Curriculum on Systems Thinking Process Development for Nursing Instructor: Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen; 2008.
5. Jutarosaga M. Lesson about 1 year on learning, understanding, accessing, and developing on Simulated familiesInnovation on nursing activities. Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen; 2008.
6. Jutarosaga M. Paper “Development of an integrated unit of study to build the community. With a humanize health care:Application of the research enterprise. Document Knowledge Management: The Way of learning to the service of the humanize health care. Center for Ethics Education in cooperation with TheBoromarajonani College of Nursing, Khon Kaen; 2008.
7. Jutarosaga M. Mental learningservice with a humanize health careunder the simulated family. Khon Kaen. Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen; 2009.
8. Jutarosaga M. The Handout of management knowledge development of human resources in the project:Develop innovative mental health services in Thailand.8–9 December, 2009. Nonthaburi: Keawkanlaysikalai; 2009.
9. Klangkang R.Teaching students to develop an integrated supplemented by moral, ethical and systematic thinking in academic, health promotionand prevention of illness year 2551. JournalofNeuse’s Association of Thailand North-Eastern Division 2010; 28 (1): 5–13.
10. SinraratP.Strategyto driveinnovationandchange-through education. “Sattasila”to school.The 13th National Symposium and Educational research. 10–12 September, 2009. AmbassadorHotelde Bangkok; 2008.
11. Seadkong P. The results of the monitoring service with a human heart, and applications in the research enterprise.Document Knowledge Management: The Way of learning tothe service of the human heart.Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen; 2008.
12. Methanavin S. Reformoftheeducationalinstitutionsinthe Praboromarajchanok. Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health; 2008.
13. Piyapakornchai P. The integrated curriculum. Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health; 2008.
14. Yousook A, Na – NakornS.Integrated Learning Program (ILP) To produce graduates with holistic. Journal of General Education. Khon Kaen University 2008; 1(2): 25–36.
15. Lingnan University. A Guide to Campus Life 2008–2009Lingnan University. Hong Kong: Lingnan University; 2008.
16. Lingnan University. Integrated Learning Program 2008–2009 Lingnan University. Hong Kong: Lingnan University; 2008.



Integrated Education Management in Nursing Colleges Under The Praboromarajchanok Institute: Systems Thinking Development for Innovative System of Simulated Family

Makarapan Jutarosaga RN, PhD* SurapanPanomrit RN, M.Ed.** Lily Siriporn RN, Ed.D.***
WachareeAmornrojanavaravutti RN, M.N.S.**** Thoranit Sayawat RN, M.Ed.***** Nampitch Thamhiweth Ed.D.*****

Abstract

This research is based on research & development methodology. This is a continual project of the 2008–2011 pilot research. The objective of this research is to design strategies so that the innovative model of “systems thinking development for innovative system of simulated family” is put into actual practice in the target areas. Moreover, it is aimed to study recommendations received on distributing the innovative model to other related working units.

The research comprised of 3 steps: 1) selecting target group i.e. directors, instructors, students and related persons in the target areas, in which there were 4 participated nursing colleges under the Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. These colleges were the Boromarajonani college of nursing – Chakriraj (Central), the Boromarajonani college of nursing – Chonburi (East), the Boromarajonani college of nursing – Phayao (North), the Boromarajonani college of nursing – Nakhornsithammarat (South), while the Boromarajonani college of nursing, KhonKaen (North East) acted as a role model. 2) Designing strategies in order to distributing the innovative model. 3) Assessing project success level and identifying supportive factors by using lesson-learned and knowledge management concepts.

It was found that 1) In terms of strategy; there were 3 groups of people, who were involved in the distribution of the innovative model: directors from both the central units and the nursing colleges, including related persons. 2) The innovation distributing strategy was based on a networking method between the model nursing college and the other 4 nursing colleges. 3) The success of the project contributed from participants' motivation and the incorporation of the systems thinking development innovation into the students' activities by setting up moral area under the simulated family. This was aimed to integratedly develop the students so that they are good, smart and happy. Moreover, it was also aimed to help the students to be able to think systematically and motivate them to provide pure humanized services to their future patients.

Keywords: Integrated Learning Program, Systems Thinking Development, Innovation of Simulated Family

*Director of Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

***Director of Boromarajonani College of Nursing Payao*

****Director of Education Development Praboromarajchanok Institute*

****Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

******Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen*

*****Deputy director of Keawkanlaysikalai PraboromarajchanokInstitute



ผลของการให้ข้อมูลต่อการปรับตัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วย เต้านมหลังผ่าตัด

เกศริน ปัจฉามณฑล พย.ม.**

สำนักงาน ศรีรักษ์ พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลต่อการปรับตัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการผ่าตัดเต้านมแบบดูดออกน้ำนมด้วยแอลกอฮอล์ ที่ห้องผ่าตัด จำนวน 1,2 โรงพยาบาลชั้นนำ จำนวน 30 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ได้รับข้อมูลซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal และ Johnson ที่ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการออกกำลังกายหลังผ่าตัด โดยใช้ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย และใช้แบบประเมินการปรับตัวด้วยแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ที่ได้รับข้อมูลมีการปรับตัวโดยรวม และการปรับตัวในด้านร่างกาย ด้านอัตโนมัติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึงพาระห่วงกัน สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดสามารถปรับตัวได้ดี และสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ ควรนำกระบวนการการให้ข้อมูลนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้การพยาบาลกับผู้รับบริการในระดับปฐมภูมิ และควรมีการศึกษาติดตามวัดผลการพยาบาล เพื่อเป็นการติดตามความต่อเนื่องของพฤติกรรมการปรับตัว และระดับความวิตกกังวล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การให้ข้อมูล การปรับตัว ความวิตกกังวล การผ่าตัดเต้านม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยสตรีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ โดยในปี พ.ศ. 2550 มีสตรีที่เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 40,480 ราย และพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกถึง 1,300,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 พนอุบัติกรณีสูงสุดในทวีปอเมริกาเหนือ ออสเตรเลียและยุโรปตะวันตก ส่วนในทวีปเอเชียถือว่าอุบัติกรณีการเกิดยังมีน้อย¹ โรคนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน สูญเสียโอกาส สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เป็นภาระทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม²

ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในสตรี รองลงมา ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก ในปี 2549-2553 พบร้าอัตราป่วยตัวยังมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าการเพิ่มของมะเร็งปากมดลูกและสิ่งอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคมะเร็ง 5 ปี ย้อนหลัง พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากมะเร็งตับ มะเร็งหลอดคอด หลอดลมใหญ่ และปอด และมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยมีอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2549-2553 คือ 6.3; 6.8; 7.3 และ 7.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบร้าอุบัติกรณีการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2553

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ไข้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวน 13,184 ราย เสียชีวิต 4,665 รายหรือ 12 รายต่อวัน ส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2553 พบร่วมมีผู้ป่วยจำนวน 64 ราย หรือคิดเป็น 8.4 ต่อแสนประชากร ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั่วประเทศไทย³ โรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคที่ร้ายแรงสามารถรักษาหายได้ และการพยากรณ์โรคค่อนข้างดีถ้าสามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรก การพยากรณ์ของโรคมะเร็งเต้านมนั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรค ขณะตรวจพบ ถ้าพบว่าโรคมะเร็งยังคงอยู่เฉพาะเต้านม และได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 81 แต่ถ้ากระจายไปสู่อวัยวะที่ไกลออกไปมีอัตราการรอดชีวิตเพียง ร้อยละ 26 ส่วนการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน นิยมรักษาโดยการผ่าตัด⁴

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับติดภูมิที่มีขนาดใหญ่รับผิดชอบดูแลให้บริการประชาชนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น รวมทั้งในจังหวัดใกล้เคียง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมภูมิ ซึ่งมีเตียงผู้ป่วย 32 เตียง พบว่า สคติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2553 เฉลี่ยวันละ 57.33 คน อัตราครองเตียง 178.38 เตียงต่อประชากร ประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบถอน rak nichnid dact แปลงโดยมีวันนอนเฉลี่ย 11 วัน⁵ การดูแลภายหลังการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยรวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัว
คือ การลด และขัดลิ่งเร้า เพื่อส่งเสริมการปรับตัวอย่าง
มีประสิทธิภาพ^{2,6} เพราะเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวและ
ยอมรับการเจ็บป่วย หรือผลกระทบต่าง ๆ อันเนื่องมา
จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมได้ ผู้ป่วยจะมี
ความพร้อมในการนำเอากิจภาพต่าง ๆ ที่มีมาใช้ในการ
ปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม มีกำลังใจในการดูแล
สุขภาพ ตลอดจนพัฒนาความสามารถในการปรับตัวได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy⁶ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ถือว่าเป็นสิ่งเร้าตระหง่านที่เข้ามากระแทกบุคคล บุคคลจำเป็นต้องมีการตอบสนองเพื่อรักษา

สมดุลของตนเองด้วยระบบการเปรียบเทียบและระบบการคิดรู้ ระบบการปรับตัวทั้ง 2 ส่วนจะทำงานประสานกันเพื่อช่วยในการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและแสดงพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตโนมัติ ด้านบทบาทหน้าที่ และ ด้านการพึงพอใจ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทำหน้าที่ เป็นตัวป้อนกลับและถ่ายเป็นสิ่งเร้าเพื่อเข้าสู่ระบบการปรับตัวต่อไป

จากประสบการณ์การทำงาน และการศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบร่วมกับผู้ป่วยมีการปรับตัว 4 ด้าน ดังกล่าว คือ ด้านร่างกาย ผู้ป่วยนอนไม่หลับ เปื่อยอาหาร อ่อนเพลีย ไม่สอดซึ้งแจ่มใส ขาดความกระตือรือร้น ด้านอัตโนมิทัคัน ผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพราะผู้ป่วยให้ความหมายต่อโรคมะเร็งว่า เป็นโรคร้ายแรง รักษาไม่หาย ทำให้ขาดความมั่นคงในตนเอง และ เนื่องจากต้องสูญเสียเต้านม ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นผู้หญิงเป็นเสน่ห์ทางเพศ⁷ ผู้ป่วยกลัวคู่สมรสจะไม่รักและรังเกียจจากการที่ภาพลักษณ์ตนเองเปลี่ยนแปลงไปจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบความรู้สึกภาคภูมิใจและมีคุณค่าในตนเองลดลง กลายเป็นคนที่มีการรับรู้แอบแฝงและเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง หมกมุ่นอยู่กับการป้องกันตนเอง ปรับตัวยากและมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ⁸ ด้านบทบาทหน้าที่ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตนจากคนปกติกลายเป็นผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากลایยเป็นคนพิการ ไร้ความสามารถ ขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นและเป็นภาระแก่ครอบครัว ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน เมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพราะเกรงว่าอาการจะลุกลามขึ้นอีก แม้ว่าตนเองจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับปัญหาและความวิตกกังวลทั้งจากโรคและการรักษา จากเหตุผลของปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นเหตุผลส่งเสริมให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงผลการให้ข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่รับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเต้านม และการออกกำลังกาย ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม



นนหลังผ่าตัดรวมถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีลดความวิตกกังวล และสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้วัยจักษ์แนวทางในการวางแผนการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจน ครอบคลุม และมีแบบแผนที่แน่นอน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพของการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการปรับตัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหลิ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวม รายด้าน และระดับความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวม รายด้าน และระดับความวิตกกังวล ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการปรับตัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหลิ่ง 1, 2 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยคัดเลือกตามกลุ่มที่ต่างกันตามคุณสมบัติจำนวน 30 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรการทดสอบทางเดียว (one - side test) แบบตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (independent samples) กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความวิตกกังวล และแบบประเมิน การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy⁶ ซึ่งตัดแปลงจากแบบประเมินการปรับตัวของคุณสุภาณี คลังฤทธิ์⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน

ทั้งหมด 65 และแบ่งคำถามรายด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตโนมัติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน ซึ่งแต่ละด้านมีข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ ใกล้เคียงกัน คะแนนที่ได้ต่ำสุด 65 คะแนน สูงสุด 325 คะแนน ลักษณะค่าตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบ่งเป็น 5 ระดับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด มาทำความตรงตามเนื้อหาเชิงทฤษฎี ความถูกต้องครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษา ที่ใช้ ซึ่งแบบประเมินการปรับตัวได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ดังนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน พยาบาลประจำการผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2 ท่าน พยาบาลประจำการเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัด 1 ท่าน

การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยนำแบบประเมินที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟารอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.93

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ เอกที่จริยธรรม HE 552019 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และ รวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างต้องตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความวิตกกังวล และแบบประเมิน การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบที่

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบร่วมส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40-55 ปี มากที่สุด กลุ่มละ 10 คน นับถือศาสนาพุทธทุกคน ข้อมูลเกี่ยวกับประดับการศึกษา พบร่วม การศึกษาระดับประถมศึกษาอาชีพเกษตรกร กลุ่มละ 6 คน รายได้



ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การปรับตัว 4 ด้านโดยรวม รายด้าน และระดับความวิตก กังวล ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับ กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง โดยใช้ Independent t-test พบร้า การปรับตัวโดยรวม ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาคะแนน เฉลี่ยการปรับตัวรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย ด้าน อัตโนมัติ ด้านบทบาทหน้าที่ และการพึงพาระหว่างกัน ไม่แตกต่างกัน สำหรับความวิตก กังวล ก่อนการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การปรับตัวโดยรวม รายด้าน และระดับความวิตก กังวล ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับ กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัว โดยรวม สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตโนมัติ ด้าน บทบาทหน้าที่ และด้านการพึงพาระหว่างกัน ในกลุ่ม ทดลอง สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยความวิตก กังวล หลังการทดลอง ด้วย สถิติ Independent t-test และ พบร้า แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 นั่นคือ หลังการทดลอง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีระดับความวิตก กังวล น้อยกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การปรับตัวโดยรวม คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวรายด้าน และระดับความวิตก กังวล ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การทดลอง โดยใช้ Paired t-test ผลการศึกษา พบว่า เมื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัว โดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 และเมื่อ ทดสอบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวรายด้าน พบร้า ก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการ ปรับตัวรายด้านทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ 0.05 นั่นคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในกลุ่มทดลอง มีการปรับตัวโดยรวม และรายด้านตีขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ ความวิตก กังวล ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test และ สรุปว่า หลังทดลอง ผู้ป่วย มะเร็งเต้านม ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความวิตก กังวล ลดลงกว่า ก่อนการทดลอง

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการปรับตัว และความวิตก กังวลของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนราก ชนิดดัดแปลง ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เชารับ บริการที่แผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1,2 โรงพยาบาล ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนธันวาคม 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่ม ทดลอง จะได้รับการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด โดยเป็นการ ให้ข้อมูลในรูปแบบของภาพนิ่ง ประกอบคำบรรยาย ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตัว ก่อนเข้ารับการ ผ่าตัดเต้านม การปฏิบัติ หลังการผ่าตัดเต้านม และ การออกกำลังกายหลังผ่าตัดเต้านม ส่วนกลุ่มเปรียบ เทียบ จะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ คำแนะนำ การปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการผ่าตัด ด้วยวิชาจาระ และใช้สื่อแผ่น พับ จากพยาบาลประจำการ ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบร้า ลักษณะ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่ม เปรียบเทียบ มีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ช่วงอายุ 41 – 55 ปี ส่วนใหญ่แล้ว ทั้งสองกลุ่ม มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 55 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา ลักษณะ การประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพื่อบริการสุขภาพทั้งกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกัน สุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นได้ว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไป ภาวะ สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคล้ายคลึงกันนี้ เป็น



ผลมาจากการวางแผนการศึกษา เพื่อกำจัดตัวแปรภินที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ โดยมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนจนครบทั้ง 15 คน ในช่วงเดือน ธันวาคม 2554 – มกราคม 2555 เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม และเมื่อได้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัว และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test แล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) แสดงว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พฤติกรรมการปรับตัว และระดับความวิตกกังวลไม่มีความแตกต่างกัน^{10,11,12} ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าความแตกต่างของคะแนนการปรับตัว และระดับความวิตกกังวลภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกิดจากผลของกิจกรรมการพยาบาล คือ การให้ข้อมูล

โดยทั่วไปผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งความวิตกกังวลແ geg ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่บ่งบอกถึงภาวะทางสุขภาพจิต และบุคลิกของผู้ป่วยที่วิตกกังวลมากน้อยต่างกัน และสามารถส่องผลต่อการปรับตัว ที่ดีและไม่ดีได้แตกต่างกันด้วยเช่นกัน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างด้วย ซึ่งก็พบว่า มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างแสดงให้เห็นว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ต่างก็มีสุขภาพจิต และบุคลิก เกี่ยวกับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลมีความคิดวิตกกังวลอยู่แล้ว หากได้รับสิ่งคุกคาม ที่เป็นอันตราย ต่อชีวิต ก็จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกวิตกกังวล และหากไม่ได้รับการแก้ไขความวิตกกังวลดังกล่าว ก็จะกลยุบเป็นความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และเกิดความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เกิดเป็นวงจรต่อไป^{13,14,15} ดังผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลແ geg ทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ไม่แตกต่างกัน บ่งบอกว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีบุคลิกที่วิตกกังวลอยู่บ้าง และเมื่อพบรู้เกิดความผิดปกติกับเต้านมของตนเอง จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอีกรอบหนึ่ง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสัมสัย กลัว กังวลและอยากรู้ในความผิดปกตินี้ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อต้องการสำรวจหาคำ

ตอบ ค้นหาสาเหตุของความผิดปกตินี้ ดังนั้น จึงพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลແ geg คันหาสาเหตุของความผิดปกตินี้ จึงพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลແ geg จากการสัมภาษณ์เจ้าของค่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

จะเห็นได้ว่าจากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังกล่าว ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งสิ้น มีส่วนส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านอัตโนมัติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการฟื้นฟาระหว่างกัน เหมาะสมหรือไม่ เหมาะสมได้เช่นกัน แต่พบว่าข้อมูลดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง ทั้งนี้จึงช่วยยืนยันได้ว่าพุติกรรมการปรับตัวที่ต่างกันนั้น เกิดจากผลของการให้ข้อมูลนั่นเอง

ผลของการให้ข้อมูลต่อการปรับตัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า การปรับตัวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาถึงคะแนนการปรับตัวในแต่ละด้าน ซึ่งได้แก่ การปรับตัว ด้านร่างกาย ด้านอัตโนมัติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการฟื้นฟาระหว่างกัน ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่น คือผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้คือ

ทันทีที่ผู้ป่วยได้รับผ่าตัดเต้านมโดยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมของสภาพจิตใจไว้ก่อนนั้น ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy⁶ การผ่าตัดดังกล่าว จัดเป็นสิ่งเร้าແปลกใหม่ ที่ผู้ป่วยมองว่ามีผลคุกคามต่อ มั่นคงของชีวิต ซึ่งจะผ่านเข้าสู่กลไกคิดรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การเรียนรู้ และการตัดสินใจแก้ปัญหา เพื่อตอบสนองต่อผลการผ่าตัดนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแสดง หรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจตอบสนอง ด้านความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ อย่างมาก เช่น มีอาการซึ้กทางจิตใจ ตกใจ สับสน จุนง ปฏิเสธ และไม่เชื่อว่า เป็นจริง เกิดความขัดแย้งทางจิตใจ ไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติ



ตัวอย่างไร เพราะไม่เคยมีความรู้มาก่อน รับรู้แต่เพียงว่า ตนเองจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต อันเนื่องมาจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านมเท่านั้น ดังนั้นถ้าป่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้หรือปรุงแต่งความคิดจากความไม่รู้และความเข้าใจผิด ๆ ด้วยตนเอง โดยที่ไม่มีการวางแผนให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดำเนินชีวิตมาก่อน ก็จะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในการเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาไม่ถูกต้อง ก่อเกิดปัญหานในการปรับตัวตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของกนกนุช ชื่นเลิศสกุล¹⁶ ที่พบว่า การได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมนั้น จัดเป็นสิ่งเร้าสำคัญในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบและคุณภาพก่อเกิดปัญหาการปรับตัวในการดำเนินชีวิตระยะภายหลังการผ่าตัด^{17,18}

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ที่ได้รับข้อมูลมีการปรับตัวสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ไม่ได้รับข้อมูล ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถยืนยันผลของการให้ข้อมูลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้เป็นอย่างดี จากสมมติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้คือ การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดนั้น มีการปรับตัวที่สูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับข้อมูล และระดับความวิตกกังวลลดลงในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลซึ่งได้มีการนำไปใช้ในการให้การพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยในเรื่องของการผ่าตัดชนิดต่าง ๆ ในคลินิกเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาพรวมของความคิดก่อนที่จะได้พบกับสถานการณ์จริง ช่วยให้ผู้ป่วยคาดเดาต่อเหตุการณ์ได้ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด ส่งผลให้สามารถเปรียบเทียบปฏิกริยาตอบสนองทางจิตใจ และเลือกแนวทางการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อพับกับเหตุการณ์นั้นจริง ๆ ก่อเกิดการปรับตัวที่มีดีในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำชุดข้อมูลนี้ไปให้บริการกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยจัดเตรียมสถานที่ให้ผู้ป่วยได้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือเรียนรู้เป็นกลุ่ม นอกจากนี้อาจมีการเตรียมเอกสารหรือคู่มือ ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตอบทบทวนขณะที่อยู่ที่บ้านได้

2. ควรมีการสร้างและนำการให้ข้อมูลไปปรับใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัด หรือการฉายรังสี ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องได้รับการล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการตัดชา รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วย

3. ควรนำหลักการเกี่ยวกับการให้ข้อมูลไปใช้ในการวางแผนในการจัดการเรียนการสอนในคลินิก เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้ประเมินสภาพและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

4. ควรมีการศึกษาและติดตามผลของการให้ข้อมูล ต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ (Time series) ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและได้รับบำบัดต่อด้วยเคมีบำบัด เพื่อศึกษาถึงโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด และได้รับเคมีบำบัด

References

1. American Cancer Society. Breast cancer facts and Figures 2007–2008. Atlanta: American Cancer Society Inc.; 2008.
2. Taveesin T. Text book of surgery. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2009.
3. Thanit W. Text book of surgery. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2005.
4. Tawatchai W. Role of public health research. Bangkok: Chulalongkorn University; 1996.
5. Data Center of Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province. stastics. Patient Breast Cancer, Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2006.
6. Roy SC, Andrew HA. The Roy's Adaptation Model. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1999.
7. Fozia Bokhari, Jo-Ann V. The Roy Adaptation Model: The definitive statement. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1991.
8. Luangamontlert S. Roy Adaptation Model: theoretical perspectives and application. Khon Kaen:



- Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 1994.
9. Klungrit S. Effects of preparatory on adaptation in newly diagnosed breast cancer patients. (Thesis). Khon Kaen: University; 2001.
 10. National Cancer Institute. Hospital - base cancer registry. Bangkok. Thailand: Pimrumthaiplace; 2010.
 11. Auchuree A. Kintan cancer. Bangkok: Bewell special; 2011.
 12. Burns N, Grove KS. The Practices of Nursing Research Conduct, critique & Utilization. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
 13. Dongmala W, Malahom O. The Development of Postoperative Care System: Case Management Model in Surgical Intensive Care Unit, Sappasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 29(4): 13-22.
 14. Fozia Bokhari, Jo-Ann V. Pain in Women After Breast Cancer Treatment. The American Society for pain Management Nursing 2009: 197-205.
 15. Panomai N, Kohrienchai L. The Promotion for Cervical Cancer Screening among Urban Women in Khon Kaen Province. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2010; 28(1): 14-21.
 16. Chunlestsukul K. Lived experience of Thai women with breast cancer. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2006.
 17. Prasertsri T, Namwongprom A, Pakdevong NO. Effect of Health Promotion Program on Health promoting Behaviors, Absolute Neutrophils Count, Infection Rate, and Quality of Life of Persons with Breast Cancer Receiving Chemotherapy. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30(1): 39-45.
 18. Juangpanich U, Onbunreang J, Iunlud J, Khan-sorn T, Vatanasapt P. Effect of Music Therapy on Anxiety and Pain in Cancer Patients. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30(1): 46-52.



Effects of Giving Information on Adaptation and Anxiety in Breast Cancer Patients Post Mastectomy

Ketsarin Pudsumran M.N.S.**

Aumphon Siruksa M.N.S .***

Abstract

This is the quasi – experimental research (pretest–posttest control group design) aimed to study the effects of giving information on adaptation and anxiety in breast cancer patients post mastectomy. At surgery the female medical ward, Khon Kaen Hospital 1, 2. The sample of this study consist 30 breast cancer patients post mastectomy and for divide into two groups: The experimental and the control group. The first group was the mastectomy's routine care. The giving information was used second group. This information has been developed based on the theory of Leventhal & Johnson's own business. Knowledge about breast cancer. Conducted pre–post operation surgery. Breast self-examination and exercise post mastectomy.

The results of this research are as followed. The breast cancer post mastectomy who received the information has average of adaptation mode behavior score which higher than the group that received routine care ($p < 0.01$). The breast cancer post mastectomy who received the information has average of anxiety level that lower than (better than) the group that received routine care ($p < 0.05$).

The conclusion of this research suggest that giving information is considered as a part of nursing activity that can help to promote the breast cancer patient's adaptation mode. Therefore, nurses should apply the giving information to primary care unit and should be supposed to study for the evaluation of nursing activities continuously to follow the development of the patient's adaptation behavior and anxiety level.

Keywords: Breast cancer patients, giving information, adaptation, anxiety, mastectomy

**Student of Master of Nursing science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม: สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของชาวสวนยางพารา จังหวัดบึงกาฬ*

สมจิต แคนส์แก้ว ศศ.ด.**
ดลวิวรรณ แสนโน้ม M.N.S.****

รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง พย.ม.***
วัลลภา ช่างเจรจา พย.ม.*****

บทคิดย่อ

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนร่วมศึกษาและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ และความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของชาวสวนยางพาราในจังหวัดบึงกาฬ โดยมีส่วนร่วมตั้งแต่ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตการทำงานของเพื่อนชาวสวนยาง และการระดมสมองในเวทีชุมชนโดยมุ่งวิเคราะห์ประสบการณ์ และข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ผู้จัดจัดทำรวมมานำเสนอ พร้อมทั้งการสะท้อนคิดเพื่อสรุปประเด็นปัญหา และความต้องการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน ผู้ร่วมดำเนินการ ประกอบด้วย ชาวสวนยาง ผู้นำชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชน

จากวิธีชีวิตของชาวสวนยางพารา แต่กระบวนการปลูกยางพารา การติดตายาง การบำรุงต้นยาง มีการใช้สารเคมีจากปุ๋ยและยาฆ่าแมลง การกรีดยางในท่ายืน เช่น เท้า ยืนตรง ก้ม เงย นั่งย่อง ๆ และนั่งรับกับพื้น ตั้งแต่เที่ยงคืนถึงตีสี่ และต่อด้วยการหยดน้ำกรดใส่น้ำยางเพื่อให้จับเป็นก้อน จนกระทั่งสินบนไฟก้า ส่วนการขายยางชาวสวน ต้องแบกถุงยางก้อนเหมีน ๆ และมีน้ำกรดให้ลอกด้วยตัวเอง เปียก นำไปขาย 2 สปดาห์ต่อครั้ง พบว่า วิธีชีวิตดังกล่าวส่งผลผลกระทบต่อสุขภาพของชาวสวนยาง คือ ปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อขา ปวดหลัง มือ ข้อมือ แขน ไหล่ และต้นคอ ตามร้ามจากการเพ่งรีด การถูกน้ำยางและน้ำกรดเข้าตา ปวดกระเพาะอาหารจากการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อาการซีดและอ่อนจากมะหมี่และการแพฟหวาน ๆ เวลาหิวยามตีก กว่าจะได้อาหารเข้าเกือบทุกวัน ปวดศีรษะจากเครียดและเวลานอนไม่พอ การเวียนศีรษะและเป็นฝันแพ้สารเคมี การถูกสัตว์มีพิษกัด มีดบาด สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีทั้งที่ถูกและไม่ถูก วิธีชีวิต ได้แก่ เมื่อเจ็บป่วยมักจะซื้อยามากินเอง ไม่ออกกำลังกาย แต่เหยียบวนเดินให้กันเพื่อคลายปวดไม่ป้องกันสารเคมีเข้าสู่ร่างกายและป่นเปื้อนธรรมชาติ ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสนใจในเรื่องการเช็คหาปริมาณสารเคมีในร่างกาย การป้องกันสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดเมื่อย การมีสถานที่ผ่อนคลายความเครียด และวิธีการปฐมพยาบาลเมื่อสัตว์กัดต่อย แต่ยังไร้กีตามชาวสวนยางพาราก็ให้ข้อมูลว่าพอยู่ในอาชีพนี้ มีความสุขที่ได้อยู่กับครอบครัว และมีรายได้ที่ทำให้พอยู่พอกิน

คำสำคัญ: การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม สุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ชาวสวนยางพารา

*งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพชาวสวนยางพารา จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากคณะกรรมการคุณภาพนานาชาติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีงบประมาณ 2554

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปี 2547-2549 รัฐบาลได้ดำเนินการส่งเสริมการปลูกยางพาราในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือโดยจัดทำโครงการยางล้านไร่ จึงมีเกษตรกรสนใจเข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนมาก รัฐบาลจึงมีความสำเร็จในการขยายพื้นที่ปลูกยางพารา¹ จังหวัดบึงกุ่มเป็นพื้นที่ที่มีความชั้นของดินเพียงพอโดยต้องอาศัยระบบการคล葩ระทาน²⁻³ จึงมีพื้นที่การปลูกยางพารามากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะเห็นได้จากปี 2549 มีพื้นที่ปลูกยาง 425,216 ไร่⁴ เพิ่มเป็น 637,824 ในปี 2552⁴ จังหวัดบึงกุ่มจึงเป็นพื้นที่ในภาคอีสานที่มีการปลูกยางพาราใหม่ เกษตรกรยังขาดความรู้ ขาดทักษะและความชำนาญในการผลิตยางพาราอย่างเพียงพอ⁵

ประกอบกับอาชีพการทำสวนยางพาราต้องใช้ความอดทนทุกข์ทรมานโดยเริ่มต้นแต่ตื่นมากรีดยางหลังจากนั้นต้องเก็บรวบรวมน้ำยางเพื่อนำไปขาย จึงเป็นเหตุให้เกษตรกรชาวสวนยางต้องใช้แรงงานในการทำงานอย่างมาก ชาวสวนยางพาราล้วนใหญ่เมื่อการปูดหลัง ปูดกล้ามเนื้อข้อ และกระดูก^{6,7} นอกจากนั้นยังพบปัญหาสายตาเสื่อมก่อนลึกลงเลาอันควร เนื่องจากการใช้แสงสว่างที่ไม่เพียงพอจากตะเกียงแก๊สและหลอดไฟ และเป็นโรคระบบทางเดินอาหารจากการรับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลา

จากการสำรวจผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ได้สรุปว่า เมื่อวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจึงมีผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของชาวสวนยางพารา ผู้วิจัยจึงสนใจส่งเสริมให้ชาวสวนยางร่วมวิเคราะห์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสุขภาพ เพื่อให้เกษตรกรในพื้นที่มีสุขภาพดี เป็นการลดต้นทุนในการผลิต ช่วยเพิ่มรายได้ และเพิ่มความสุขของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนร่วม

- ศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของชาวสวนยางพาราในจังหวัดบึงกุ่ม

- วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของชาวสวนยางพาราในจังหวัดบึงกุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural appraisal) โดยมุ่งให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลในเวทีชุมชน โดยการสะท้อนประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้อย่างอิสระและให้ความเคารพซึ่งกันและกัน^{9,10}

พื้นที่ดำเนินการวิจัย เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) พิจารณาจากข้อมูลของสำนักงานกองทุนสงเคราะห์การทำสวนยาง จังหวัดบึงกุ่ม เลือก 1 ตำบล จำนวน 8 ชุมชน ที่มีผู้ประกอบอาชีพทำสวนยางพารามาก และอยู่ในระยะรีดยาง เริ่มปลูก และยางกำลังเจริญเติบโต ซึ่งจะทำให้เห็นการทำงานของชาวสวนยางคร่าวงจร ประกอบกับการสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้นำชุมชน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นชาวสวนยางพาราที่มีประสบการณ์ในการทำสวนยางพาราทั้งที่เป็นเจ้าของสวนยางพารา หรือผู้ที่เป็นคนนอกชุมชนมารับจ้างทำสวนยางพารา มีประสบการณ์ในการทำสวนยางไม่ต่ำกว่า 1 ปี ปัจจุบันยังประกอบอาชีพสวนยาง และต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ในการดำเนินภารกิจตัวอย่างในเชิงคุณภาพไม่ได้กำหนดจำนวนเก็บรวบรวมจนได้ข้อมูลอิ่มตัว ส่วนภารกิจที่ตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณมีการดำเนินจากสูตรของ Cochran¹¹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม 196 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใหม่ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพ 2) แนวคำถามการสัมภาษณ์ เชิงลึก เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์กลุ่มเกษตรกรชาวสวนยางพารา กลุ่มผู้นำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องที่นักวิจัยคัดเลือกมา เนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่นักวิจัยต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น¹² ซึ่งแนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ช่วยในการสะท้อนความคิด การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้สึกที่อยู่ในใจของผู้ให้ข้อมูล ในประเด็นสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีความล้มเหลว



กับการส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพ 3) แนวคิดการสนับสนุนกลุ่ม ใช้ในการสนับสนุนตัวแทนของกลุ่มชาวสวนยางพารา และกลุ่มผู้นำชุมชน นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างของแต่ละคน เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิด เกิดข้อคิดเห็นนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพชาวสวนยางพารา ประเด็นในการสนับสนุนกลุ่มจะเป็นประเด็นเดียวกับการสัมภาษณ์เชิงลึก

ขั้นตอนดำเนินงานวิจัย

1) ศึกษาชุมชน ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนทุกด้าน ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ แหล่งทรัพยากร ลักษณะทางชีวภาพ ข้อมูลประชากร สังคมเศรษฐกิจ การสื่อสารทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งได้จากข้อมูลที่มีอยู่แล้วของศูนย์สุขภาพชุมชน และจากการสอบถาม ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การทำแผนที่ครัวเรือนผู้ประกอบอาชีวสวนยางพารา เพื่อให้เห็นภาพโดยรวมของชุมชนในปัจจุบันเป็นอย่างไร และเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการค้นหาอาสาสมัครที่จะเข้าร่วมโครงการ

2) การเตรียมชุมชน เริ่มจากการนัดหมายกับผู้ใหญ่บ้านและผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการ เพื่อนัดประชุมซึ่งเจรจาตกลงประஸงค์ของการศึกษา และมีการร่วมกันค้นหาแกนนำที่มีประสบการณ์ในการประกอบอาชีพ สวนยางพารา และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการตามความสมัครใจ

3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ประกอบอาชีพสวนยางพารา และตัวแทนของชุมชน ซึ่งได้จำกัดเวลาที่ชุมชน ตามแนวคำถามปลายเปิดที่กำหนดไว้ก้างๆ ในประเด็นประสบการณ์ความคิดความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการล่วงเสิร์วิสsex ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที

4) การสนทนากลุ่ม (Focus group) หลังจากที่ผู้ศึกษาได้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีล่วงร่วมและการสังเกตแบบไม่มีล่วงร่วม ผู้ศึกษาจะทำการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่มโดยคัดเลือกตัวแทนจากชุมชนย่างพรา 1 กลุ่ม ตัวแทนของผู้นำชุมชนอีก 1 กลุ่ม และตัวแทนองค์กรภาครัฐ 1 กลุ่ม เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูล ความถูกต้องของประสบการณ์ความคิดความเชื่อ

การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการล่ำเสิริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล่ำเสิริมสุขภาพ

5) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม/ไม่มีส่วนร่วม

(Participant/ Non-Participant Observation) เป็นการที่ใช้ควบคู่กับการสัมภาษณ์เชิงลึกและเป็นการตรวจสอบข้อมูลเชิงกันและกัน โดยผู้ศึกษาจะทำการสังเกตการณ์ส่วนร่วมทุกช่วงเวลาที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก และขณะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเทียบกับพอดีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชาวส่วนงานพารา รวมถึงสภาพแวดล้อม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ประกอบด้วย 1) ตรวจสอบเพื่อหาความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเหลี่า (Data Triangulation) ด้านวิธีรวมรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) เป็นวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การสังเกต การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมอง การสัมภาษณ์เจาะลึก ตลอดการศึกษาแล้วนำมามเปรียบเทียบ ข้อมูลกันในแต่ละประเด็น และใช้การตรวจสอบสามเหลี่าด้าน

ข้อมูล (Data Triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลโดยเปลี่ยนแหล่งที่เป็นบุคคล เวลา และสถานที่ให้ข้อมูล
2) การตรวจสอบเพื่อดูความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูล เป็นการประเมินว่าข้อมูลที่ได้มาครบถ้วนและมีคุณภาพเพียงพอที่จะตอบปัญหาการวิจัยได้หรือไม่ ภาษาในการจดบันทึก เป็นลักษณะเป็นคนภาคตะวัน

ออกเฉียงหนือ จึงใช้ภาษาอีสาน และผู้วิจัยเป็นคนอีสาน เช่นกัน จึงเข้าใจภาษาในการสื่อสาร อย่างไรก็ตามเพื่อให้ผู้อ่านซึ่งอาจเป็นคนต่างถิ่นได้เข้าใจในเนื้หาอย่างถ่องแท้ ผู้วิจัยจึงวางแผนวิจัย เขียนรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนทนาระหว่างภาษาไทย (ภาษากลาง)

3) การคืนข้อมูลให้กับเกษตรกรชาวสวนยาง ผู้นำชุมชนผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานชุมชนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง มานำเสนอต่อเวทีชุมชน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จนกว่าจะได้ข้อมูลที่อีเม็ตตัวเป็นที่น่าพึงพอใจ ได้กลวิธีการส่งเสริมสุขภาพของชาวสวนยางพาราที่สามารถนำไปใช้และเก็บได้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมารวบรวมที่โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้ผ่านการเห็นชอบ จากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE542272 โดยผู้วิจัยทำโดยไม่มีการคุกคามต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ร่วมโครงการ เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบตุณประสังค์และสมัครใจร่วมวิจัย ทำหนังสือราชการและลงชื่อในแบบบันยยอมเข้าร่วมโครงการ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือหยุดการสนทนารือสัมภาษณ์นั้นได้ทันที เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และในการตีพิมพ์หรือเผยแพร่จะใช้นามสมมุติทั้งหมด

ຜລການວິຈີຍ

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณจะเป็นกลุ่มเดียวกัน โดยกลุ่มที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณที่มีข้อมูลมาก ๆ จะถูกใช้มาเข้าร่วมการสัมภาษณ์ลึก การสนทนากลุ่ม และเวทีซุชชน จำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 196 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 อายุเฉลี่ย 41.65 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 77.0 จบประถมศึกษา ร้อยละ 59.2 เป็นคนในพื้นที่ ร้อยละ 81.2 อาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 100 สามารถอ่านเขียนครัวเรือนละ 5 คน รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน 17,125.65 บาท มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลบัตรสุขภาพ ร้อยละ 99.5 เป็นเจ้าของสวนร้อยละ 75.4 รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ กับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 61.8 มีภาวะหนี้สิน ร้อยละ 73.8

2. ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว
ร้อยละ 50.3 มีทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ
อาหาร ปวดหลัง ปวดเอว หอบหืด ภูมิแพ้ และโรค
เบาหวาน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการ
ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 61.3 ปัญหาสุขภาพที่พบ คือ
โรคกระเพาะอาหาร ท้องอืด ปวดกล้ามเนื้อขา ปวดหลัง
ปวดเอวปวดศีรษะปวดตา โรคความดันโลหิตสูงเคยได้รับ
ยาเด็กจากการทำงาน ร้อยละ 53.4 ได้แก่ สัตว์มีพิษกัด

มีดบาด น้ำย่างกระเด็นเข้าตา อาการเจ็บป่วยที่พบริเวณช่วงส่วนกลาง มีโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 38.2 อาการที่พบริเวณคือ น้ำมูกไหล ไอ จาม แสบจมูก หอบ หืด เหนื่อยง่าย เมื่อมีอาการส่วนใหญ่จะไปพบแพทย์ ร้อยละ 22 โรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 49.2 อาการที่พบริเวณคือ ปวดท้อง ท้องอืด ปั่นป่วนในท้อง สาเหตุกินข้าวไม่ตรงเวลา เมื่อมีอาการส่วนใหญ่จะซื้อยานานิกินเอง ร้อยละ 17.8 โรคระบบกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ร้อยละ 88.0 อาการที่พบริเวณคือ ปวดกล้ามเนื้อขา ปวดหลัง ปวดเมื่อย ข้อเมื่อย แขน ไหล่ ปวดกล้ามเนื้อคอ ปวดตามตัว สาเหตุเกิดจากยืนนานๆ ก้ม ฯเยฯ กรีดยาง เดินไปเดินมา โรคหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ ร้อยละ 50.8 ที่พบริเวณคือ ระคายเคืองตา แสบตา คันตา ผื่นคัน ผื่นแพ้ต้มผิวนหนัง ภารดาเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ใช้สถานบริการร้อยละ 97.9 คลินิก ร้อยละ 50.8 ร้านขายยา ร้อยละ 45.5 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 72.8 มีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 55.5 เช่น การสูบบุหรี่ พักผ่อนไม่เพียงพอ สารพิษตกค้าง ส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 75.9

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีการปฏิบัติ เป็นบางครั้ง ได้แก่ การรับประทานอาหารต่างๆ เวลา ร้อยละ 57 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 66 ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 70.7 รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย ร้อยละ 71.2 หลีกเลี่ยงอาหารสจัด เค็มจัด หวานจัด สีฉุนฉุดฉาด ร้อยละ 52.9 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 5-8 แก้ว ร้อยละ 67.5 ถ่ายอุจจาระเป็นเวลา ร้อยละ 55 กลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 66 ออกกำลังกายอย่างน้อยลั๊ปดาห์ละ 3 วัน ร้อยละ 56.5 มีเวลา空อนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 51.3 ซักเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มร้อยละ 30.4 Sudomint/นั่งสมาธิ/ไหว้พระสม่ำเสมอ ร้อยละ 79.1 มีกิจกรรมสันทนาการ ร้อยละ 66.5 รวมหมวงกันนี้ กอกและคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ใช้yanพาหนะ ร้อยละ 61.8 ร่วมประชุมในชุมชน ร้อยละ 48.2 มีการแสวงหาความรู้ในการทำงาน ร้อยละ 57.6 มีการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 55 ดื่มน้ำร้อน ใช้ยาแก้ปวดเป็นบางครั้ง ร้อยละ 58.1 ล้างมือให้สะอาดหลังขับถ่าย ร้อยละ 66 ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด



อยู่เสมอ ร้อยละ 54.5 สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น มีการร่วมงานบุญประเพณี ปฏิบัติกิจทางศาสนา ร้อยละ 53.4 ใช้เครื่องดื่มชูกำลัง (กระทิงแดง อี้ม 150) ชา กาแฟ ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 78.5

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ

4.1 การสัมผัสสารเคมีโดยใช้การ

ป้องกันไม่ถูกวิธี ได้แก่ 1) การฉีดยาฆ่าแมลง เป็นกิจกรรมที่ไม่ปลอดภัยเกือบทั้งหมดเป็นผู้ชายทำ และมีการป้องกันที่ทุกคนรู้ว่าไม่ปลอดภัยทำให้หลงปลอกย่างประมาณ 5-7 ปี ช่วงที่รออย่างโต ต้องฉีดหมาปีละ 2-3 ครั้ง ยาที่ฉีดส่วนมากเป็นไกลฟอสเตต และกัมม็อกโซล “ผสมน้ำใช้เครื่องพ่น 2: 200 ลิตร ใช้รอดอีแท็กฉีดพ่น อย่างให้หญ้าตายเร็ว กีดผสมเยอะ เห็นเพื่อนชาวสวนใช้ก็ไปซื้อมาใช้ไม่เคยอ่านส่วนผสม”...แต่ไม่ใส่กันเนื่องจากหายใจไม่สะดวก ไม่ถอนดี ไม่ทันใจ” ...“ฉีดแล้วบางสวนก็มีประกาศเตือนแต่ส่วนมากไม่ทำไว้คันที่มีความจำเป็นก็เข้าไปในสวนอยู่ดี “การทำความสะอาด ทำความสะอาด กันลับบ้าน บางคนฉีดยาแล้วก็ล้างมือ แต่ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนชุด ทำงานต่อ” 2) ติดตายาง ถือเป็นกิจกรรมที่สัมผัสสารเคมีโดยตรงและเป็นการทำงานที่ปวดเมื่อย ทำ 1-2 สัปดาห์ หลังฉีดยาฆ่าแมลง หญ้ายุบตัวก็ติดตาเลย “ส่วนมากเป็นผู้หญิง ปูเสื่อนั่งกันพื้น ก้มกรีดต้นยาง ติดตายาง ทำให้ปวดหลัง กันเปื่อยจากยางกัน” เหม็นยาฆ่าแมลง เป็นลม หมวดสติ หน้ามืด เป็นจากแสงแดดจ้า ยิ่งร้อนยิ่งเหม็น หมายกันไป รพ.สต. ให้น้ำเกลือ บางรายก็ขอยาแก้คัน มากิน มาทาด้วย” 3) การใส่ปุ่ย “ส่วนมากใส่ปุ่ยเคมี ปีละ 2-3 ครั้ง มีการขุดดินแล้วใส่เอาถ่ายหรือใช้โถอย่างตัก บางคนไม่ใช่ถุงมือ” 4) การหยอดน้ำกรด เป็นกิจกรรมที่ทำในช่วงรุ่งเช้า จนสว่าง โดยเดินหยอดน้ำกรด ใส่ทุกกระเบาะยาง เพื่อให้ยางจับตัวเป็นก้อนสามารถนำไปขายได้เงินเร็ว กรณีที่ใช้เป็นชัลเฟอร์มีกลิ่นฉุนมาก ทำให้เสบตา แสบจมูก คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ชั่งชาวสวน ยังจะพบอาการ เช่นนี้บ่อยมาก

4.2 การกรีดยาง ส่งผลต่อการปวดเมื่อย ผู้ร่วมวิจัยทุกราย ยืนยันว่ามีการปวดมาก ทั้งกระดูกและกล้ามเนื้อ ไม่เคยออกกำลังกาย มีการเหยียบ และบีบวนด์ให้กันของสมาชิกครอบครัว ซึ่งอยาชุดกินเอง ดีกว่าไปขอที่ รพ.สต. “ท่าในการทำงานลูกๆ นั่งๆ ต้น

ยางจะไม่เท่ากัน ยาง 200-500 ตัน ทำในการกรีดยางจึงไม่แน่นอน บางตันได้ค่าราวาง หรือ หมอบเอา บางตันยึด บางตันลูกขี้น ถ้าสูงเท่ากันหมัดจะไม่นาน บางตันหน้ายาง ต่ำมาก ต้องนั่งยองๆ แล้วลูกขี้นเดิน กรีดยางจากตี 1 ถึง 6 โมงเช้า เดินตลอด บางคนวิ่งๆ เดินๆ ต้องทำงานแข่งกับเวลา”

4.3 การนอนไม่เป็นเวลา การนอนที่ไม่เพียงพอ ในช่วงกรีดยาง ทำให้หน้าหมองคล้ำ ปวดศีรษะ ไม่สดชื่น หงุดหงิดง่าย

4.4 การรับประทานอาหารไม่พอและไม่ครบคุณภาพอาหาร ส่งผลให้เกิดการปวดกระเพาะ ในช่วงที่รับกรีดยาง มีการรับประทานอาหารละเอียดกิน ปรุงง่าย เช่น บะหมี่สำเร็จรูป ดีม่เครื่องดื่มชูกำลังทุกวัน

4.5 เสียงชีวิตจากสัตว์มีพิษกัดต่อย ทุกคนที่ร่วมกิจกรรมโดยสัตว์กัดต่อย ส่วนมากเป็นแมงป่องและตะขาบ ส่วนใหญ่พน้อยรายมาก การแก้ไขทำโดยลำบาก หรือน้ำกรดหยดอย่างบ้าง ไปตรวจที่รพ.สต. กรณีที่ปวดมาก ได้ยารับประทาน รู้ว่ามีสมุนไพร แต่ไม่ได้ปลูก ไม่ได้เตรียมไปใช้

4.6 กระเพาะปัสสาวะอักเสบจาก การกลั้นปัสสาวะและดื่มน้ำน้อย กลั้นปัสสาวะ ทั้งนี้เนื่องจากต้องทำงานแข่งกับเวลา ชิ่งลิ่งที่ตาม คือ พบร้าสวนยางมีปัญหากระเพาะปัสสาวะอักเสบโดยเฉพะในผู้หญิง

5. ความต้องการในการดูแลสุขภาพ พบว่า ชาวสวนยางมีความต้องการที่จะตรวจสุขภาพเพื่อหาริมามสารเคมีในร่างกาย วิธีช่วยเหลือตนเองหรือ การป้องกันสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย ที่ไม่อีดอัด สะดวก ไม่รำคาญ และวิธีการขับสารออกจากร่างกาย แทนการกินส้ม (ผลไม้รสเปรี้ยว) การถูตัว การอาบน้ำทันที (ที่สวนไม่สะดวก) การกินนมจีดหลังฉีดยา ก็คิดว่าจะขับสารออกไม่หมด มีวิธีการที่ดีกว่าอย่างไร ต้องการความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฐมพยาบาลเมื่อสัตว์กัดต่อย นอกจากนั้นจากอาการปวดเมื่อยส่งผลให้ชาวสวนยางอยากรับบริการวดตัว นวดหัว ลดปวดเมื่อยในหมูบ้าน หรือที่ รพ.สต. โดยจ่ายค่าบริการตามบัตรทอง หรือเพิ่มเงินบ้างไม่มากนัก อย่างมีสถานที่ในการผ่อนคลายความเครียด เช่น ร้านเสริมสวย ร้องเพลง บริการสั่งอาหารไปรับประทานที่สวน



ยางตามต้องการ อย่างมีประภันสัจจะและหลักประภัน สุขภาพที่สามารถขอตรวจสุขภาพเพิ่มจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เช่น ตรวจปอด ตับ หรือ ตรวจมะเร็งอื่นๆ

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพ พบว่า ชาวสวนยางพารามีโรคประจำตัวมีทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร ปวดหลัง ปวดเอว ปวดศีรษะ ปวดตา หอบหืด ภูมิแพ้ และโรคเบาหวาน เคยได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ได้แก่ สัตว์มีพิษกัด มีดบาด น้ำยาฆ่าเดินเข้าตา โรคระบบทางเดินอาหาร ที่พบ คือ ปวดท้อง ท้องอืด ปัสสาวันในท้อง สาเหตุกินข้าวไม่ตรงเวลา เมื่อมีอาการส่วนใหญ่จะซื้อยานานาชาติ โรคระบบกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ อาการที่พบ คือ ปวดกล้ามเนื้อขา ปวดหลัง ปวดมือ ข้อมือ แขน ให้ล ปวดกล้ามเนื้อคอ ปวดตามตัว สาเหตุเกิดจากยืนนานๆ ก้มๆ เงยๆ กรดย่าง เดินไปเดินมาสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น^{12,13} นอกจากนี้ยังพบว่า มีการระคายเคืองตา แสบตา คันตา ผื่นคัน ผื่นแพ้ตามผิวหนัง การบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ใช้สถานบริการ คือ รพ.สต. ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ การสูบบุหรี่ พักผ่อนไม่เพียงพอ สารพิษตกค้าง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวสวนยาง มีอาการปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ กระดูก เหนื่อยง่ายกว่าปกติ ระคายเคืองตา แสบตา ปวดศีรษะเป็นประจำ แนะนำห้ามอยู่ในอุ่มน คันตามผิวหนัง มองเห็นไม่ชัด ใช้ยาคลายเส้น ยาแก้อักเสบ ยาจีน ยาแก้ปวด^{6,12,14} และมีการเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจและผิวหนัง คือ ไอ จาม น้ำมูกไหล แสบจมูก ผื่นแพ้ตามผิวหนัง การมองเห็น คือ ระคายเคืองตา แสบตา ซึ่งการทำงานในบริเวณที่แสงสว่างไม่เพียงพอทำให้เกิดความเมื่อยล้าของสายตา มองเห็นไม่ชัด ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และการสัมผัสรเคนมีประเทกกรดจะเกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ระคายเคืองตาได้ นอกจากนี้ยังมีการได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน^{15,16} จากการทำงานในทุกขั้นตอนของชาวสวนยางที่ต้องเผชิญอันตรายทั้งจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยทำให้

เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ^{6,17} จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพของชาวสวนยางส่วนใหญ่เป็นภาวะสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้ภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นมีผลมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยด้วยซึ่งชาวสวนยางพารามีอ้วก เป็นกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมที่ต้องได้รับการดูแล และป้องกันสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับประทานอาหารตรงเวลา รับประทานอาหารครบ 5 หมู่อย่างสม่ำเสมอ ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย หลีกเลี่ยงอาหารสจัด เดิมจัด หวานจัด สีฉูดฉาด ดื่มน้ำอย่างน้อย กลิ้นปัสสาวะ ออกรากับลักษณะน้อย มีเวลาอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง มีกิจกรรมสันทนาการน้อยลงมากันน้อยและคาดเชิญชั้นนิรภัย ดื่มน้ำ ใช้ยาแก้ปวดเป็นบางครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเกษตรกรชาวสวนยางยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากชาวสวนยางส่วนใหญ่ต้องทำงานทั้งกลางวันและกลางคืน จึงทำให้มีเวลาไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มที่สอดคล้องกับการศึกษาในภาคใต้^{6,7} ซึ่งมีความเสี่ยงต่อสุขภาพชาวสวนยาง คือ การใช้เครื่องดื่มชูกำลัง (กระถินแดง อีม 150) ชา กาแฟ

ปัจจัยที่มีความล้มเหลวที่บังปัญหาสุขภาพ การล้มเหลวสารเคมีโดยใช้การป้องกันไม่ถูกวิธี การปวดเมื่อยทั้งกระดูกและกล้ามเนื้อ ไม่เคยออกกำลังกาย การนอนไม่เป็นเวลาและไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เสี่ยงชีวิตจากสัตว์มีพิษจากการกรดย่าง กระเพาะปัสสาวะอักเสบจากการกลั้นปัสสาวะและดื่มน้ำน้อย จะเห็นได้ว่า จำกสภาพแวดล้อมการทำสวนยางทั้งด้านกายภาพด้านเคมี ด้านชีวภาพ และด้านการยศาสตร์รวมทั้งสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย อาจทำให้ชาวสวนยางเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตามการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถป้องกันได้โดยใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นละออง ใช้ถุงมือยางจากการหยอดจับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และสวมเสื้อ การเงยที่ไม่ดูดซับน้ำ สวมรองเท้าบู๊ตป้องกันภูมิคุ้มกันต่อ¹⁸⁻²¹ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง



ข้อเสนอแนะ

1. ชุมชนควรจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในชาวสวนยาง ตลอดจนการลดความเสี่ยงจากการทำงาน โดยเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของชาวสวนยาง องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมสุขภาพ
 2. ควรเร่งขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มชาวสวนยางซึ่งเป็นแรงงานอุปราชบูรพาทั้งการลดเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ
 3. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของชาวสวนยาง เพื่อให้คนทำงานกลุ่มนี้ได้รับการดูแลให้ครอบคลุมทั้งบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
 4. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพชาวสวนยาง โดยการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในพื้นที่

References

- ข้อเสนอแนะ**

 - ชุมชนควรจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในชาวสวนยาง ตลอดจนการลดความเสี่ยงจากการทำงาน โดยเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของชาวสวนยาง องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมสุขภาพ
 - ควรเร่งขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มชาวสวนยางซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบรวมทั้งการลดเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ
 - การพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของชาวสวนยาง เพื่อให้คนทำงานกลุ่มนี้ได้รับการดูแลให้ครอบคลุมทั้งบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
 - ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพชาวสวนยาง โดยการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในพื้นที่

References

 - สุขุม วงศ์เอก. ปลูกยางล้านไร่ เหนือ-อีสานไปได้สวย [สัมภาษณ์]. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยยาง กรมวิชาการเกษตร; 20 พฤษภาคม 2552; 2552.
 - พิพัฒน์ไวยกี้, ภราดร์, พนมพาลัย, บั้งอรทองท้วม. คู่มือการป้องกันแก้ไขปัญหาน้ำท่วมและน้ำแล้งในระดับใจนาอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สูงสุดโดยวิธี เกษตรทฤษฎีใหม่. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยและพัฒนาการจัดการที่ดิน กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2549.
 - สถาบันวิจัยยาง กรมวิชาการเกษตร. ข้อมูลวิชาการยางพารา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนนุสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2550.
 - สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรจังหวัดหนองคาย. [ออนไลน์] 31 ธันวาคม 2551 [อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2552]. จาก http://www.Aoe.go.th/more_news.php?cid=95&filename=news.
 - สำนักงานพัฒน์จังหวัดหนองคาย. ข้อมูลการตลาดจังหวัดหนองคายปี 2547 [ออนไลน์] 2552 [อ้างเมื่อ 15 ตุลาคม 2552]. จาก http://www.moc.go.th/opscenter/nk/opsnk_4.html
 - ปรุงจิต หมายดี, ศรัณยา คงทอง, อรอนงค์ เอี่ยมขา, สุวิชาญ ศิลปประศมี. ภาวะสุขภาพอนามัยผู้ประกอบอาชีพทำสวนยางพารา. รายงานการวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
 - Bensa-ard N. Work condition and musculoskeletal pain among para rubber planters: a case study in Tambon Nakleua, Amphoe Kantang, Changwat Trang. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2002.
 - Nu-urai V. A Study of Work Culture of Rubber Plantation Farmers in Tambon Tubchang , Amphoe Natawee, Changwat Songkla. (Thesis). Songkhla: Thaksin Prince of Songkla University; 1999.
 - Bhandari BB. Participatory Rural Appraisal: PRA. Institute for Global Environmental Strategies; 2003.
 - สุภานิช จันทวนิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
 - Cochran WG. Sampling Techniques. New York: Experimental Designs; 1953.
 - Changjeraja W, Daenseekaew S. Community Participation in Analyzing Strategies to Improve the Quality of Life of Rubber Tree Farmers in the Mekong River Basin of Buengkan Province. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(1): 166–174.
 - Budyojanto S. Rubber Plantation Farmer's Ways of Life in Northeastern Thailand a Case Study of Kokdoo Village Muang District Loei Province. Journal of humanities and social sciences Mahasarakham University 2006: 178–191.
 - Keawborisutt. Factor Influencing Quality of Life of Para Rubber Farmers, Songkhla Province. (Thesis). Songkhla: Prince of Songkla University; 2004.
 - Daenseekaew S, Klungklang R. Community needs for Strengthening Quality of Life of Small Group Informal Workers. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(2): 60–69.



16. Thungwa S. Social-economic, rubber plantations operational and mental factors affecting environment and health status, of rubber farmers, Amphoe Sadao, Changwat Songkhla. Songkla: Faculty of Natural Resources, Prince of Songkla University; 2004.
17. Bhandari BB. Participatory Rural Appraisal: PRA. Institute for Global Environmental Strategies; 2003.
18. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. 1, 4: ii-v; 1986.
19. Mhanpol Sri P. The Feasibility Study on Rubber Plantation of the Smallholder in Changwat Nong Khai: The Case Study on Rubber Plantation in Amphoe Ponpisai, Changwat Nong Khai. (An Independent Study Report). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2005.
20. Hanklang S, Silpasuwan P, Satitvipawee P, Chaikitti-porn C. Factors Associated with Family Health Status: A Case Study of Steel Pipe Home-Based Workers. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(1): 59-67.
21. Chaisiri L, Daenseekaew S. Community Participation in Analyzing Strategies to Enhance the Quality of Life of Working-Age People with HIV/AIDS. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(1): 79-89.



Health and Health Promoting Behaviors Among Para-Rubber Smallholders in Bueng Kan Province: A Participatory Rural Appraisal Approach*

Somjit Daenseekaew PhD**
Donwiwat Saensom M.N.S.****

Ratdawan Klungklang M.N.S.***
Wallapha Changjeraja M.N.S.***

Abstract

This study adopted a participatory rural appraisal approach to increase the participation of para-rubber smallholders in Bueng Kan Province in assessing and analyzing their health status, health promoting behaviors, and factors associated with health and health promotion-related needs. The smallholders were encouraged to take parts in in-depth interviews, focus group discussions, and observations of fellow farmers at work. Community meetings were organized for the rubber smallholders, community leaders, local governmental organizations and private sectors to brainstorm and reflect upon the para-rubber smallholders' experience as well as on other health-related information previously collected by the researchers. Health issues related to para-rubber farming and health promotion needs were summarized for further management.

The para-rubber smallholders' way of living involved the use of chemicals both in the forms of fertilizers and herbicides during planting, budding, and nourishing the trees. Maintaining uncomfortable postures such as standing on tiptoes, bending forward, squatting, or looking up during rubber tapping from midnight to 4 a.m. were common. The rubber farmers used formic acid to coagulate the sap into rubber balls which took sometime between early morning until 10 a.m. To sell the products, twice a week, the farmers carried sacks of drying rubber balls over their shoulders with remaining formic acid dripping over their bodies. Subsequently, the para-rubber farming way of life negatively affected their health. They reported high incidences of muscle aches, back pain, pains of hands, wrists, shoulders and necks. Many farmers also complained of blur vision as a result of gazing intently while tapping or the acid got into their eyes during the coagulating process. A half of the farmers admitted to have stomach pain from skipping meals and almost all of the farmers reported to have had unhealthy diets such as instant noodles and sweetened coffee for a night meal. Many farmers even went without any meals from midnight until noon. As a result, some of them were anemic while others were overweight. Further, the farmers often had headaches induced by stress and sleep deprivation. Some farmers developed dizziness and skin rashes from chemical exposure while others reported being bitten by poisonous animals, cut by tapping knife, or cystitis from having to hold urine over extended period of time. In addition, many para-rubber smallholders adopted potentially harmful health behaviors. They self-medicated when not feeling well and did not exercise. When experiencing muscle pain, some farmers got a traditional massage at home. Most farmers did not use any protective measure to prevent chemical exposures and there was no protocol to manage the environmental contamination of the chemical agents in the community. Several health promoting needs were expressed by the smallholders and other stakeholders. Most farmers were interested in having 1) their blood checked for serum chemical levels, 2) prevention of chemical exposures, 3) self-care training to manage muscle pains, 4) a public space for stress reduction and relaxation, and 5) first-aid training for animal bites. Nevertheless, the para-rubber smallholders stated that they were satisfied with this occupation because it allowed them to be with their family while making enough incomes to support it.

Keywords: participatory rural appraisal approach, health, health promoting behaviors, para-rubber smallholders

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Deputy Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People, Faculty of Nursing, KKU.

**** Register Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***** Register Nurse, Professional Level, Bueng Kan Hospital



การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่ล้มพ้นร์กับ การใส่เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลมหาชนครราชสีมา

ทองทิว แซจוחอ ป.พย.บ. (ชั้นสูง)*

สุจินดา ริติเสรี วท.ม.**

กรรมการ โحتกษาปนกุล พย.ม.***

บทคัดย่อ

ปอดอักเสบที่ล้มพ้นร์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดจากติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงทำการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่ล้มพ้นร์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ การดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติ 3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติ ของพยาบาลตามแนวปฏิบัติ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเชื่อมั่น 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยสามัญ 212 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย 1) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่ล้มพ้นร์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 1) การจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา 2) การทำความละอัดปากและฟัน 3) การวัด cuff pressure 4) การให้อาหารทางสายแบบ continuous drip 5) weaning protocol ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า 1) การปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญต่ำกว่าพยาบาลหอผู้ป่วยหนักทุกข้อ 2) อัตราการเกิด VAP ของหอผู้ป่วยหนักลดลง เป็น 6.46; 5.26 และ 5.08 ต่อ 1000 วัน ใส่เครื่องช่วยหายใจ ปี 2552-2554 ตามลำดับ 3) อัตราการติดเชื้อ VAP ของหอผู้ป่วยสามัญลดลง 6.59 และ 5.41 ปี 2553 และ 2554 ตามลำดับ 4) พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญร้อยละ 56.8 เห็นว่าแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP ควรมีการปรับปรุง ร้อยละ 45 เห็นว่าอัตรากำลังของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสม ยกเว้น กรณีการติดเชื้อมีแนวโน้มลดลง จากการกำหนดนโยบาย นิเทศติดตาม แต่พบว่าอุปสรรคต่ออัตราการปฏิบัติของพยาบาล เป็นผลจากอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสมในหอผู้ป่วยสามัญ และการสนับสนุนวัสดุไม่ต่อเนื่องซึ่งต้องมีการพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ การใส่เครื่องช่วยหายใจ

ความสำคัญและความสำคัญของปัญหา

ปอดอักเสบที่ล้มพ้นร์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia; VAP) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่อัตราการเสียชีวิตสูง โดยมีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 8-25¹ อุบัติการณ์จากหอผู้ป่วยหนัก 5.9-21 ครั้งต่อ 1000 วัน ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้อัตราตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-70 เพิ่มระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.1 วันต่อราย ส่ง

ผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 40,000 долลาร์ต่อราย² โรงพยาบาลมหาชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขนาด 1,019 เตียง มีหอผู้ป่วยหนัก 10 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยสามัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ 21 หอผู้ป่วย ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยวันละ 200 ราย จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2551 พบอัตราการติดเชื้อ VAP หอผู้ป่วยหนัก เท่ากับ 7.20; 7.12 และ 7.43 ต่อ 1000 วัน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหน่วยผ่าตัดหัวใจกรงอกและหลอดเลือดใหญ่โรงพยาบาลมหาชนครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาชนครราชสีมา

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาชนครราชสีมา



ใส่เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ หอผู้ป่วยสามัญพบอัตราการติดเชื้อ เท่ากับ 9.12; 9.90 และ 8.84 ต่อ 1000 วัน ใส่เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ³

ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ศูนย์ IC) ได้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อลดการติดเชื้อ VAP อ่อนต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 (Fighting VAP รอบ 1-2) พบว่า อัตราการติดเชื้อ VAP ลดลงอย่างเห็นได้ชัดจาก 16.7 ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 13.23 ต่อ 1000 วัน ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2547 โดยในระยะนั้นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ 15 ชั่วโมง และการใส่ท่อหลอดลมครอ 8 ชั่วโมง จากนั้นทำการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 โดยทบทวนแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การแปรรูปฟันและการทำความสะอาดปากและฟันระหว่างวัน การจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และมาตรการห้ามเตียงแห้ง pragely กว่า อัตราการติดเชื้อ VAP ไม่ลดลงโดยอยู่ระหว่าง 8.51 และ 9.73 ต่อ 1000 วัน ใส่เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตรากำลังพยาบาลขาดแคลน ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP ได้ครบถ้วน และการขาดความร่วมมือจากแพทย์ จากการทบทวนบทเรียนจาก Institute for Healthcare Improvement (IHI)⁴ ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีโครงการรณรงค์เพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาลดการติดเชื้อVAP โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งพิสูจน์แล้วว่า สามารถลดการติดเชื้อ VAP ได้ผลดีหลาย ๆ ข้อมารมภันเรียกว่า VAP bundle โดยดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2005 – 2006 pragely สามารถลดการติดเชื้อ VAP ได้ผลดีอย่างมาก ดังนั้นในปี พ.ศ. 2551 ศูนย์ IC ร่วมกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลและทีมสาขาวิชาชีพ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อลดการติดเชื้อ VAP โดยกำหนดเป้าหมายลด VAP ให้เป็นศูนย์ (Fighting VAP to Zero goal) ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่ล้มพันธุ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนว

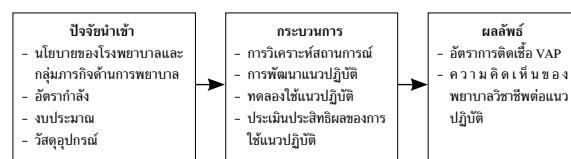
ปฏิบัติตอลดจนปัจจุบันอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่ล้มพันธุ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลราชนครราชสีมา
- เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่ล้มพันธุ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
- ศึกษาอัตราการปฏิบัติของพยาบาล วิชาชีพตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ
- ศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่ล้มพันธุ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
- เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาล วิชาชีพต่อแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ⁵ โดยมีองค์ประกอบได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า (input) ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยนโยบายของโรงพยาบาลและกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เรื่องการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่ล้มพันธุ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ อัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ งบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในแนวปฏิบัติ 2) กระบวนการ (process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 3) ผลลัพธ์ (outputs) ประกอบด้วย อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่ล้มพันธุ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ และความคิดเห็นของพยาบาล วิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติ ดังแผนภูมิ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อ



ป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติ 3) ทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ 4) ประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย 1) แต่งตั้งคณะทำงานประกอบด้วยทีมสาขาวิชาชีพ (Ventilator care working group) 2) วิเคราะห์สถานการณ์ จากข้อมูลการติดเชื้อ ปัจจัยที่มีผลต่อเกิดปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัจจัยนำเข้าครอบคลุม นโยบาย ทรัพยากร คน งบประมาณ ลิ้งของ ระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯตลอดจนปัญหาอุปสรรค พนวจ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อลดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การใช้เครื่องเท่าที่จำเป็นและเลิกใช้โดยเร็ว แต่ไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ขาดความร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษา นโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ VAP ถูกนำลงสู่ผู้ปฏิบัติ ไม่ครอบคลุมทั้งแพทย์และพยาบาล เนื่องจากอัตราการหมุนเวียนของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้างานสูง พยาบาลบางส่วนไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ VAP แนวทางป้องกันการติดเชื้อปอด อักเสบเดิมมีจำนวนหลายข้อ มีการปรับแนวทางหลายครั้ง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน ปัญหาอัตราがらงพยาบาลไม่เพียงพอโดยเฉพาะหอผู้ป่วยสามัญ และขาดการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ส่วนระดับการปฏิบัติตามแนวทาง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคยังไม่เคยมีการศึกษาไว้ก่อนหน้านี้

ขั้นพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 1) คณะทำงานรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ประเมินคุณภาพของงานวิจัยใช้เกณฑ์ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guideline ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย⁶ แบ่งระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute⁷ เลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือ IA, IB, IIA, IIB 2) วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์ 2.1) Transferability of the finding มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล 2.2) Feasibility

of implementation วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ต้องการวัสดุอุปกรณ์มากเกินไป 2.3) Cost – benefit ratio มีความคุ้มค่าในการลงทุน 3) รวมรวมเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลราชนครราชสีมา (Maharat VAP bundle) 4) จัดทำเครื่องมือ “VAP daily goal sheet” และ “Weaning protocol” ใช้ร่วมกับแนวทางปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ขั้นทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์พยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 2) ประเมินความพร้อมของหอผู้ป่วยในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ สำรวจอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ 3) ทดลองนำร่องในหอผู้ป่วยวิกฤต 8 หอผู้ป่วยที่มีความพร้อมและสมัครเข้าร่วม 4) ประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติในหอผู้ป่วยนำร่อง พนวจ เกณฑ์ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความละเอียดเกินไป ต้องบันทึกชี้ช่อง และปัญหาอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอเนื่องจากปัญหาการจัดซื้อจัดจ้าง 5) ปรับเกณฑ์ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในเครื่องมือ “VAP daily goal sheet” และ “Weaning protocol” ลดความชี้ช่อง 6) ประชุมชี้แจงหอผู้ป่วยทั้งหมด ประกาศเป็นนโยบายขยายผลครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล 7) จัดกิจกรรม VAP champion เพื่อกระตุ้นการนำแนวทางปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และเสริมแรงจูงใจโดยการให้รางวัลหอผู้ป่วยที่ทำได้ดี 8) จัดทำสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ ที่วัดองศาเดียง แปรรูปและยาสีฟัน ที่วัด cuff pressure ชุดให้อาหารแบบ continuous drip

ขั้นประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) ศึกษาอัตราการปฏิบัติตามพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและ ICWN ประจำหอผู้ป่วย โดยประชุมชี้แจงการใช้แบบสังเกต เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เก็บ 22 หอที่มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่อง



ช่วยหายใจถูกสังเกตคนละ 3 ครั้งในเวรเช้า เวرنายและเวรตีกี ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกรกฎาคม-สิงหาคม 2554 2) ศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถามที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มจาก 22 หอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเก็บเดือนกันยายน 2554 3) ศึกษาอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการติดเชื้อ VAP โรงพยาบาลราษฎร์ด้วยการเฝ้าระวังการติดเชื้อ VAP โรงพยาบาลรามคำแหง ศูนย์วิจัย VAP ของ Center for Disease Control⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย ได้แก่

VAP daily goal sheet และ Weaning protocol พัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการ Ventilator care working group

2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามพยาบาล ตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจสร้างขึ้นโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อความกิจกรรมการปฏิบัติตาม Maharat VAP bundle และการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทั่วไปรวม 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ทรงคุณวุฒิกุมารแพทย์โรคติดเชื้อ อายุรแพทย์เฉพาะทางโรคทางโภคทรัพย์ และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล วิเคราะห์ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน คือ ทีมผู้วิจัยและพยาบาล ICWN ผู้สังเกต (Inter-rater reliability) ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 2.2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสร้างขึ้นโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ 15 ข้อ และด้านวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติตาม VAP Bundle เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบบแสดงความคิดเห็นคำ답ปล่อยเปิดผ่านตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ทรงคุณวุฒิกุมารแพทย์โรคติดเชื้อ อายุรแพทย์เฉพาะทางโรคทางโภคทรัพย์ และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตรวจสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารอนบาก 0.85

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยใหญ่ใช้เครื่องช่วยหายใจโรงพยาบาลมหาชนครราชสีมา 22 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นหอผู้ป่วยสามัญ 13 หอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยหนัก 9 หอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 1) กลุ่มที่ถูกสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติ สังเกตพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ช่วงเวลาเก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2554 2) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Yamane

$$n = \frac{N}{1+N(\alpha)^2}$$

จำนวนพยาบาลวิชาชีพใน 22 หอผู้ป่วยที่ศึกษา $N = 364$ คน กำหนด $\alpha = 0.05$ แทนค่าในสูตรได้ 190.6 คน นำมาเทียบสัดส่วนจำนวนพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 212 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้คอมพิวเตอร์กำหนด ID เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกันยายน 2554 ได้แบบสอบถามกลับมารับ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลมหาชนครราชสีมา “Maharat VAP bundle” ประกอบด้วย 1) จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศาตลอดเวลาถ้าไม่มีข้อจำกัด 2) แปรงฟันผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง และใช้น้ำยา 0.12% Chlorhexidine ทำความสะอาดปากและฟันทุก 4 ชม. 3) วัด cuff pressure วันละครั้ง ให้มีค่า 20-30 mmHg 4) ให้อาหารทางสายแบบ continuous drip แทนการให้แบบ bolus 5) ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้ weaning protocol เมื่อใส่เครื่องครับ 72 ชม. โดยกำหนดให้ใช้ VAP daily goal sheet บันทึกการดูแลตาม bundle ในผู้ป่วยทุกรายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็น checklist ทุกเวร เมื่อครับ 72 ชม. ให้ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องโดยใช้ weaning protocol และเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมผ่านการประเมินครับ รายงานแพทย์เพื่อสั่งหย่าเครื่องช่วยหายใจ



2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ร่วมปฏิบัติ กลุ่ม ตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.2 อายุเฉลี่ย 32.4 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 94.3 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ 131 คน ร้อยละ 61.8 อายุการทำงาน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.7 หนึ่ง ในสามมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 36.2 และพบว่า ร้อยละ 60.9 ได้ รับการอบรมการดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจทุก 1 ปี

3. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP ของพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญ ต่ำกว่าพยาบาลหอผู้ป่วย หนัก โดยพบว่า อัตราการปฏิบัติของเวรเช้าสูงกว่าเวร บ่ายและเวรตีก็ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนัก โดยกิจกรรมที่พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญปฏิบัติได้น้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ วัด cuff pressure การใช้ Weaning protocol เมื่อมีแผนการรักษา และการประเมินอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วย ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ส่วน กิจกรรมที่พยาบาลหอผู้ป่วยหนักปฏิบัติได้น้อยที่สุด ได้แก่ การใช้ Weaning protocol เมื่อมีแผนการรักษาให้ หย่าเครื่องช่วยหายใจ (ตารางที่ 1)

4. ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติ พยาบาลส่วนใหญ่ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนัก ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันปอดอักเสบจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 75.6 และ 88.9 ตาม ลำดับ ส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การฝึกอบรมพยาบาล ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งจำเป็น อันดับถัดมา เห็นด้วยอย่างยิ่งกับ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาร่วบรวมเป็นแนวทาง ปฏิบัติฯ ส่วนความเห็นแตกต่าง พยาบาลหอผู้ป่วย สามัญมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.8) เห็นด้วยว่าแนวทาง ปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP มีความยุ่งยากเพิ่มภาระงาน สมควรมีการปรับปรุง และพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญส่วน ใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าอัตรากำลังของพยาบาลต่อการดูแลผู้ ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความเหมาะสม โดยตอบว่า ไม่แน่ใจ ร้อยละ 29.1 ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่าง ยิ่งร้อยละ 25.9 และ 18.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

5. ข้อเสนอแนะความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อปฏิบัติ ใน VAP Bundle ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ายาก ไม่สามารถ

ปฏิบัติได้ในบริบทนิ่งงาน สมควรต้องปรับปรุงแก้ไข 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ให้อาหารทางสายยางแบบ continuous drip เนื่องจาก อุปกรณ์สำหรับ drip ไม่เพียง พอกขาดเป็นช่วงๆ ไม่เห็นประโยชน์ ไม่มีความแตกร้าว เมื่อเทียบกับวิธีเดิม 2) ประเมินความพร้อมในการ หย่าเครื่อง ใช้ Weaning protocol เนื่องจากแพทย์ไม่มี แผนการรักษา และ Weaning protocol ใช้กับผู้ป่วยกลุ่ม Spine ไม่ได้ 3) อัตรากำลังพยาบาลไม่พอ ภาระงานไม่ เหมาะสม (ตารางที่ 3)

วัสดุอุปกรณ์ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าโรงพยาบาล สนับสนุนให้มีเพียงพอ ได้แก่ ถุงและสาย drip อาหาร ทางสายยาง และที่วัดองศาเตียง ร้อยละ 74.5 และ 57.29 ตามลำดับ ส่วนด้านคุณภาพส่วนใหญ่เห็นว่ามีคุณภาพ ดี ยกเว้นที่วัดองศาเตียง ข้อเสนอแนะด้านวัสดุอุปกรณ์ 1) ถุงและสาย drip อาหาร ไม่เพียงพอ 2) หลอดดูดน้ำลาย หัวหลอดหลุดง่ายเป็นอันตราย 3) ที่วัดองศาเตียง ไม่มีใช้ หลุดง่ายไม่คงทน 4) แปรลีฟัน ชนแปรลงแข็ง ไม่พอใช้ 5) ที่วัด cuff pressure ไม่พอใช้ นอกจากนั้นการเปรียบเทียบ อัตราการติดเชื้อ VAP ของหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างก่อน พัฒนา (ปี 2551) และหลังพัฒนาในปี 2552-2554 พบว่า อัตราการติดเชื้อ VAP ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดย ลดลงจาก 7.43 ต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ในปี 2551 เป็น 6.5; 5.3 และ 5.1 ต่อ 1000 วันใส่เครื่อง ช่วยหายใจ ในปี 2552 ปี 2553 และ ปี 2554 ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 13.1; 29.2 และ 31.6 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการ ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยรวมทั้งในหอผู้ป่วยหนักและ หอผู้ป่วยสามัญหลังการพัฒนามีแนวโน้ม ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยหอผู้ป่วยหนักอัตราการติดเชื้อ VAP ลดลงร้อยละ 13 - 31 ส่วนหอผู้ป่วยสามัญอัตรา การติดเชื้อ VAP ลดลงร้อยละ 27-40 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วงศ์เดือน ฤทธา⁹ พบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ VAP สามารถลดอัตราการติดเชื้อ VAP ในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลชัยภูมิได้แตกต่าง จากการศึกษาจุฬาภรณ์ คำพานุตย์ และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ HOPEFIS to



VAP prevention พบว่า อัตราการเกิด VAP ก่อนและหลังการวิจัยไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอด อักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่ปี 2546 จนถึงปัจจุบัน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กำหนดกลยุทธ์ ตั้งเป้าหมายกำหนดระยะเวลาชัดเจน ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางปฏิบัติฯ ประกาศเป็นนโยบาย Patient safety goal กำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ การนิเทศติดตามให้มีการปฏิบัติโดยทั่วหน้า หอผู้ป่วยและศูนย์ICอย่างต่อเนื่อง โดยผู้บริหารเห็นความสำคัญสนับสนุนทรัพยากรอย่างไรก็ตาม พบว่าหอผู้ป่วยสามัญบางส่วนยังมีอัตราการติดเชื้อ VAP สูงกว่าค่าเป้าหมาย เนื่องจากรับผู้ป่วยหนักใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวนมากโดยไม่สามารถจำกัดเตียงได้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน เห็นได้จากจำนวนวันของการใส่เครื่องเพิ่มขึ้นร้อยละ 42-340 ในปี 2554 ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอุปสรรคต่ออัตราการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวแนวทางปฏิบัติฯ เป็นผลจากอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสมในหอผู้ป่วยสามัญ เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังของพยาบาลอย่างหนักในปัจจุบัน และอุปกรณ์สนับมีไม่เพียงพอ ขาดเป็นช่วง เนื่องจากการจัดทำอุปกรณ์อยู่ในช่วงของการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ เมื่อหมดงบประมาณโครงการ การจัดทำอุปกรณ์สนับสนุนจึงไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรจะสะท้อนผลการศึกษาให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรได้รับทราบเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังของพยาบาลอย่างเร่งด่วน และกำหนดเป็นนโยบายโรงพยาบาลเพื่อให้มีอุปกรณ์สนับสนุนอย่างเพียงพอ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย

References

- Cason CL, Tyner T, Saundier S, Broome L. Nursing implementation of guideline for ventilator associated pneumonia from the center for disease control and prevention. American Journal of critical care 2007; 16 : 28-38.
- Carven DE, Duncan AR. Preventing Ventilator-associated Pneumonia. Am. J. Respir. Crit. Care Med 2006; 173: 1297-129.
- Punset S, Namvongprom A, Pakdevong N. Knowledge and Practice of Nurses in Weaning Patients from Ventilator at Pranangkla Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 30(2): 131-139.
- Institute for healthcare improvement How to guide : Prevent Ventilation associated pneumonia Updated February ,2006.
- Kunurai T, Namvongprom A, Chtactumni M, Yongyut U. Effects of Nursing System Development in Using Evidence-Based Protocol on Quality of Care in Patent with Ventilators in Intensive Care Unit, Singburi Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 29(2): 25-34.
- The Royal college of Physician of Thailand. Evidence-Based Medicine& Clinical Practice Guideline 2006; 18(6).
- The Joanna Briggs Institute. Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals 2004; 2(2): 1-6.
- Divition of Health care Quality Promotion. Patient Safety component protocol. The national healthcare safety network manual. Center for disease control. Atlanta : GA, USA; 2009.
- Reaucha W, et al. The development of prevention Ventrilator Associated Pneunmonia in Chaiyaphum Hospital; 2009.
- Kumpanut J, et al. Outcome of practice follow HOPEFIS protocol to VAP Prevention on knowledge and practice of personnel and ventilator associated pneumonia .Bulletin of Nosocomial Infection Control group of Thailand 2012; 22(1): 17-30.



ตารางที่ 1 ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่ล้มพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Maharat VAP bundle) ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาชนครรภารัตน์สีมา จำแนกตามเวรและกลุ่มหอผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติ	สามัญ			ICU		
	เวรเช้า	เวรบ่าย	เวรดึก	ICU	สามัญ	ICU
มีการใช้ VAP daily goal sheet	81.8	79.2	91.4	95.7	100	100
ผู้ป่วยนอนตี稷ะสูง 30-45 องศา	93.5	89.2	79.8	92.5	97.9	94.9
แปรงฟันผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง	85.1	81.4	65.2	95.6	92.1	100
ทำความสะอาดช่องปากด้วย 0.12% Chlorhexidine	99.7	98	96.8	100	98.9	100
keep cuff pressure 20-30 mm.Hg	42.4	30.1	27.7	88.7	80.2	73.7
ให้อาหารผู้ป่วยแบบ continuous drip	89.5	73.3	72.6	100	95.9	96.3
ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	72.2	56.7	59.3	99.3	90.9	97.8
การใช้ Weaning protocol	65.4	50.6	48.5	68.4	72.1	89.9
ก่อนเริ่ม wean: ลดเสนอ หรือพ่นยา	90.9	65.9	54.6	97.4	84.6	92
ขณะ wean: ประเมินอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วย เมื่อครบ 5 นาที 30 นาที 1 ชม และ 2 ชม.	67.7	50.6	50	81.1	86.2	96

ตารางที่ 2 ร้อยละของระดับความคิดเห็นของพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนักต่อแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่ล้มพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อความ	หอผู้ป่วยสามัญ (n=131)					หอผู้ป่วยหนัก (n=81)				
	ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ท่านตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	75.6	24.4				88.9	9.9	1.2		
ท่านเห็นด้วยกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาร่วมเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	60.6	37.8	1.6			65.4	28.4	6.2		
ท่านเห็นด้วยกับการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ระบุใน bundle โดยต้องทำให้หายใจพร้อมกันเงื่อนไขจะได้ผลในการลด VAP	53.5	37.0	8.7	0.8		60.5	32.1	6.2	1.2	
ท่านเห็นด้วยว่าการหย่าเครื่องช่วยหายใจเริ่มที่สุดคือ Key success ใน การลด VAP	57.9	35.7	5.6	0.8		58.0	34.6	3.7	1.2	2.5
แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทหน่วยงานท่าน	29.1	50.4	15.8	4.7		44.4	39.5	11.1	2.5	2.5
ท่านเห็นว่าการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้เครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งจำเป็น และถือเป็น requirement ของพยาบาล	75.6	21.3	3.1			80.3	17.3	2.5		
ศูนย์ IC ถือสารนิยามรายละเอียดที่เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP ให้เกิดบุคลากรในหอผู้ป่วยของท่านได้อย่างชัดเจน	17.4	48.0	29.1	3.9	1.6	24.7	54.3	19.8	1.2	
ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	22.8	59.1	17.3	0.8		32.1	56.8	9.9	1.2	
ท่านเห็นด้วยว่าความรู้ที่ได้รับนี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยของท่านได้	47.2	44.1	7.9	0.8		55.6	37.0	7.4		
ท่านสามารถสอนนิเทศติดตามการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน VAP ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่เข้ามาร่วมงานใหม่ในหอผู้ป่วยของท่านได้	18.1	51.2	29.9	0.8		24.7	50.6	22.2		2.5
ท่านเห็นด้วยว่าความร่วมมือของสหวิชาชีพ และการปฏิบัติตามหน้าที่และบทบาทในทีมสุขภาพมีความสำคัญ	52.8	40.9	4.7	1.6		61.7	32.1	4.9		1.2
แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP มีความสูงมากเพิ่มภาระงานสมควรมีการปรับปรุง	24.0	32.8	27.2	11.2	4.8	19.7	17.3	38.3	14.8	9.9

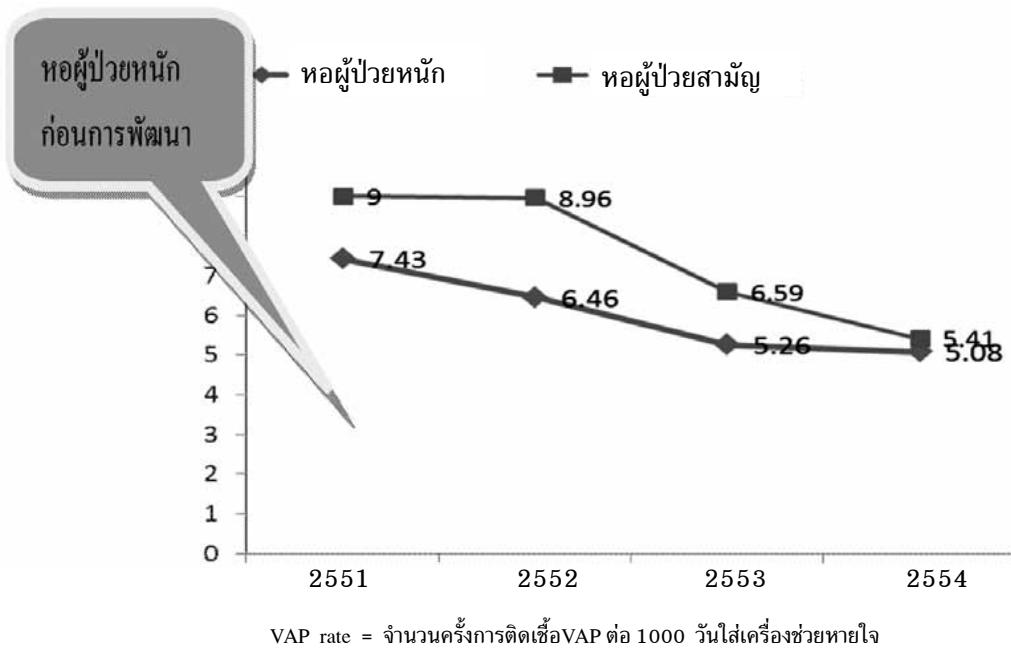


ตารางที่ 2 ร้อยละของระดับความคิดเห็นของพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนักต่อแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ(ต่อ)

ข้อความ	หอผู้ป่วยสามัญ (n=131)					หอผู้ป่วยหนัก (n=81)														
	ระดับ 5		ระดับ 4		ระดับ 3		ระดับ 2		ระดับ 1		ระดับ 5		ระดับ 4		ระดับ 3		ระดับ 2		ระดับ 1	
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อัตรากำลังของพยาบาลในหอผู้ป่วยของท่านต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความเหมาะสม	7.9	18.1	29.1	26.0	18.9	16.3	35.0	22.5	15.0	11.2										
ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นความสำคัญและสนับสนุนให้มีการลด VAP ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในพ.มากที่สุด	27.0	31.8	31.8	8.7	0.7	33.3	38.3	23.5	1.2	3.7										

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อวัสดุอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลจัดหาให้ใช้เพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (n=212)

วัสดุอุปกรณ์	ด้านปริมาณ				ด้านคุณภาพ			
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ		คุณภาพดี		คุณภาพไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แปรรูปเส้นและยาเส้น	125	62.5	75	35.5	137	72.5	52	27.5
หลอดดูดน้ำลาย	141	71.6	56	28.4	111	60.3	73	39.7
ถุงและสาย drip อาหาร	51	25.5	149	74.5	135	72.6	51	27.4
ที่วัดองศาเตียง	85	42.7	114	57.3	95	51.1	91	48.9
ที่วัด cuff pressure	128	63.7	73	36.3	142	77.6	41	22.4



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อ VAP หอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ



The Development of Nursing Practice Guideline to Prevent Ventilator Associated Pneumonia at Maharat Nakhonratchasima

Tongtew Chaejoehoe B.N.S.* Sujinda Thitiseree Msc.** Kannika Hotakasapkul M.N.S.***

Abstract

Ventilator Associated Pneumonia (VAP) is the major cause of death due to hospital infection. Therefore, it is important to develop clinical practice guideline (CPG) to prevent VAP. This study used a research and development methodology to develop the clinical practice guidelines for the prevention of VAP at Maharat Nakhonratchasima Hospital. The study was comprised of four steps: 1) situation analysis, 2) guideline development, 3) CPG piloting 4) evaluation of the practice guideline. The samples of this study were 212 nurses from general wards as well as intensive care unit (ICU). Measurements used in this study included behavioral observation form and questionnaire regarding practice guideline opinion. Psychometric properties of the measurements were 0.80 and 0.85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The developed practice guideline for VAP prevention comprised of 1) assisting a patient in a semi-fowler's position; 2) providing mouth care; 3) monitoring pressure cuff; 4) using continuous drip to feed patients; and 5) activating weaning protocol. The CPG piloting showed that nurses of ICU complied with the CPG better than those from general wards in all items. Moreover, VAP rate at ICU decreased to 6.46, 5.26, and 5.08 per 1000 day with ventilators in 2009, 2010, and 2011, respectively. In addition, VAP rate at other units were 6.59 per 1000 ventilation day in 2010 and 5.41 per 1000 ventilation day in 2011. Of all nurses, 56.8% of nurses from general wards expressed the need of CPG revision and 45% of them mentioned that nurse to patient ratio for the care of patient with ventilators was inappropriate.

The well design guideline and supervision policy resulted in a decline trend in VAP rate. However, obstacles to implement nursing practice guideline were found mainly due to an inappropriate nurse to patient ratio at general floors as well as an interrupted material supply. These issues should be corrected in the near future.

Keywords: practice guideline, prevent ventilator associated pneumonia

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Director of Nursing, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

***Registered Nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital