



วารสารพยาบาลตำรวจ

Journal of The Police Nurses

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562

Vol. 11 No. 2 July - December 2019

JOPN

ISSN 1906-652X (Print)

ISSN 2672-961X (Online)

บทความวิจัย

- ★ แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ
- ★ การใช้โปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัด
- ★ การรับรู้การบริการของโรงพยาบาลตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการของผู้ใช้บริการห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
- ★ การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ
- ★ บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
- ★ การศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเล็กบุหรี
- ★ สภาพการณ์ความรุนแรงในครอบครัวและการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของตำรวจในการรับมือปัญหาความรุนแรง ศึกษาเฉพาะกรณีกองบังคับการตำรวจนครบาล 9
- ★ การพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาลด้วยการบริการรายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค
- ★ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว
- ★ ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- ★ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ
- ★ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล
- ★ ความสามารถในการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล การควบคุมตนเองต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด
- ★ ปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร
- ★ ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- ★ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน
- ★ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
- ★ ความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรสุขภาพใน 13 เขตบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
- ★ การพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล
- ★ ระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่
- ★ การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

บทความวิชาการ

- ★ การประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในหน่วยผกผันการแก้สตรียูวันตั้งครมในประเทศไทย
- ★ กรณีศึกษา: แนวทางในการพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์จากสถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ

เวหา เกษมสุข, ศิรินา จิตต์จรัส, จิตรา มาคะผล, ปริญญ์ จิตอร่าม
อัญชลี ยศกรรม, สุภาพ อารีเอื้อ, พงษ์วัฒน์ พลพงษ์

สมบุญ ชัดติยะสุวงศ์

จงจิตร รียมธรรพพงษ์, อารีย์วรรณ อ่วมตานี
จรัสศรี อธิยาชัย, อารีย์วรรณ อ่วมตานี
เนติกาญจน์ เปาโสภา, อารีย์วรรณ อ่วมตานี
ธีรวิมล นิลเพชร, กัญญ์จุฑา ศรีภา

วิมล ศรีสุทธานันท์, สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์,
ระพีพร ฉายวิมล

ธัญญ์ นิลเพชร, ประพนธ์ รอดคำดี, ปชานันท์ ดันติโกสม

สุทธีวรรณ เสงี่ยมฤทธิกุล, สุภาพ อารีเอื้อ, พิษณุประอร ยังเจริญ,
วิโรจน์ กรินวงศ์โกวิท

อภิญา ไชลิต, สุนิดา ปรีชาวงษ์, ระพีพร ผลสุข
นริสา จันทบุรี, ศรีสมร ภูมณสกุล, จรัสศรี ธีระกุลชัย

วาธินี วงศาโรจน์, ศรีสมร ภูมณสกุล, จรัสศรี ธีระกุลชัย

พรพิมล โสพสกลางกูร, รัตน์ศิริ ทาโต
นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

จรัสพร หอมจันทร์ดี, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

ณัฐสุภา พรสมบุญ, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์
สุรศักดิ์ สุนทร, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ศุภาพิชญ์ โพน โบรมัน,
สุชีวา วิชัยกุล, วิไลพร ขำวงษ์, สุดคณิง ฤทธิ์ฤชัย
ปาริชาติ สุขสวัสดิ์พร, โชติกา ภาณุผล, ใจทิพย์ ณ สงขลา
ฐิตารีย์ ศรีหาเวช, ศิริภัทรา จุฑามณี, กฤษดา มาลีวงศ์,
เอกวุฒิ สุขเร, กัลยา เดชาเสถียร
พัชรี กระจำงโพธิ์

วาริรัตน์ จิตติยาว, ธีรรัตน์ วิศาลสกุลวงษ์
ชลอริณชัย ทวีบุญยสินศิริ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลการศึกษาค้นคว้าทางวิชาการ ผลงานวิจัยทางด้านการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการศึกษาค้นคว้า วิจัย การผลิตผลงานวิชาการ ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล

เจ้าของวารสาร สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. วิจิตร	ศรีสุพรรณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วิมา	จิระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	ยุนิพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน	อังสุโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พลตำรวจตรีหญิง ยุพิน	เนียมแสง	โรงพยาบาลตำรวจ

บรรณาธิการ รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. ทิพย์ฉมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
พันตำรวจตรี อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. เอื้อญาติ ชูชื่น	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิม	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. กัญญ์จิตา ศรีภา	โรงเรียนนายร้อยตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร. เรวดีทรรศน์ รอบคอบ	มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรวดี เพชรศิราสันท์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ อรรถารส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมราพร สุการ	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พันเอกหญิง ผศ. ดร. สายสมร เกลยกิตติ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
นาวาอากาศเอกหญิง ผศ. ดร. วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
นาวาโทหญิง ดร. สนิษฐา ศิริวงศ์ (ร.น.)	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
พันตำรวจโทหญิง ธิรัตน์ เลิศธีรกุล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
พันตำรวจตรีหญิง ยุวดี แตรประสิทธิ์	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

เลขานุการ พันตำรวจตรีหญิง ดร. พรหมทิพา เวชรังษี

เจ้าหน้าที่ธุรการวารสาร นางสาว จันทรีจิรา อริยะเสริม

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ

มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม

ที่อยู่วารสาร กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ (วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ)

เลขที่ 492/1 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร 02-251-0253

E-mail journal@nursepolice.go.th.

Website <http://www.tci-thaijo.org/index.php/policenurse>

บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลตำรวจได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Online Journal) ISSN 2672-961X (Online) ควบคู่กับเลขฉบับตีพิมพ์เลขที่ ISSN 1906-652X (Print) ภายในเล่มนี้มีเนื้อหาที่น่าสนใจ จำนวน 23 เรื่อง แบ่งเป็นบทความวิจัย จำนวน 21 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งบทความวิจัย ประกอบด้วย งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ และความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ได้แก่ การใช้โปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัด และผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว งานวิจัยที่เกี่ยวกับสตรี ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนความสามารถในการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล การควบคุมตนเองต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด ปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจ ในเขตกรุงเทพมหานคร และระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์พิเศษ ได้แก่ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ งานวิจัยเกี่ยวกับการตลาดบริการ ได้แก่ การรับรู้การบริการของโรงพยาบาลตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการของผู้ใช้บริการ ห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ การวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ และการพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล งานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทและคุณสมบัติของผู้ให้บริการ ได้แก่ บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก การศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเล็กบุหรี ความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรสุขภาพใน 13 เขตบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย สภาพการณ์ความรุนแรงในครอบครัวและการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของตำรวจ ในการรับมือปัญหาความรุนแรง ศึกษาเฉพาะกรณีกองบังคับการตำรวจนครบาล และการพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาลด้วยการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน และผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกลดลงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน งานวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้ ได้แก่ การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ส่วนบทความวิชาการ ได้แก่ การประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในหน่วยฝากครรภ์แก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ในประเทศไทย และกรณีศึกษา: แนวทางในการพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์จากสถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ แผนอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ

สุดท้ายนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ ท่านผู้บริหารโรงพยาบาลตำรวจ ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความวิจัยและบทความวิชาการ ตลอดจนผู้แต่งทุกท่านที่ได้กรุณาส่งบทความมาให้กำลังใจ คำแนะนำ และความช่วยเหลือแก่วารสารพยาบาลตำรวจให้มีการพัฒนามาจนถึงทุกวันนี้

รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. ทิพย์ฉมพร เกษโกมล

บรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ เวหา เกษมสุข, ศิริณา จิตต์จรัส, จิตรา มาคะผล, ปริญญ์ จิตอร่าม	261
การใช้โปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับการดูแล แบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัด อัญชลี ยศกรณ์, สุภาพ อารีเอื้อ, พงษ์วัฒน์ พลพงษ์	272
การรับรู้การบริการของโรงพยาบาลตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการ ของผู้ใช้บริการ ห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ สมบุญ ขัตติยะสูงวงศ์	285
การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ จงจิตร รยมธุรพงษ์, อารีย์วรรณ อ่วมตานี	295
บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จรัสศรี อธิยาภัย, อารีย์วรรณ อ่วมตานี	305
การศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเล็กบุหรี เนติกาญจน์ เปาโสภา, อารีย์วรรณ อ่วมตานี	316
สภาพการณ์ความรุนแรงในครอบครัวและการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของตำรวจ ในการรับมือปัญหาความรุนแรง ศึกษาเฉพาะกรณีกองบังคับการตำรวจนครบาล 9 ธีรวุฒิ นิลเพชร, กัญญ์ฐิตา ศรีภา	326
การพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาลด้วยการปรึกษารายบุคคล เชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค วิมล ศรีสุทธีรัตน์, สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, ระพีพันธ์ ฉายวิมล	339
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อความปวดของ ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ธัญนันท์ เหล่าฤทธิ์, ประนอม รอดคำดี, ปชาณัฐ์ ตันติโกสม	351
ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สุทธิวรรณ เขวงเกียรติกุล, สุภาพ อารีเอื้อ, พิชญ์ประอร ยังเจริญ, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท	361

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ อภิญญา ไชลิต, สุนิดา ปรีชาวงษ์, ระพีณ ผลสุข	374
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล นริสา จันทบุรี, ศรีสมร ภูมณสกุล, จรัสศรี อีระกุลชัย	387
ความสามารถในการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอด จากพยาบาลการควบคุมตนเองต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด วาธินี วงศาโรจน์, ศรีสมร ภูมณสกุล, จรัสศรี อีระกุลชัย	396
ปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจ ในเขตกรุงเทพมหานคร พรพิมล โสฬสกุลางกูร, รัตน์ศิริ ทาโต	407
ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ, เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์	421
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน จรัสพร หอมจันทร์ดี, เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์	433
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกลดบาปของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ณัฐสุภา พรสมบุญ, เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์	444
ความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรสุขภาพ ใน 13 เขตบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย สุรศักดิ์ สุนทร, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ศุภาพิชญ์ โพน โปร์แมนน์, สุชีวา วิชัยกุล, วิไลพร ขำวงษ์, สุดคนึง ฤทธิ์ฤชัย	453
การพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสู่ศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ปาริชาติ สุขสวัสดิ์พร, โชติกา ภาชีผล, ใจทิพย์ ณ สงขลา	464

บทความวิจัย	หน้า
ระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ จิตารีย์ ศรีหาเวช, ศิริภัทตรา จุฑามณี, กฤษดา มาลีวงศ์, เอกวุฒิ สุขเร, กัลยา เตชะเสถียร	474
การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ พัชรี้ กระจำวงโพธิ์	483
บทความวิชาการ	
การประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในหน่วยฟากครรภ์แก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ในประเทศไทย วาริรัตน์ จิตติถาวร, พีรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์	494
กรณีศึกษา: แนวทางในการพัฒนาระบบการบริการทางการพยาบาลจากสถานการณ์และ ความต้องการของผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ชลอริญชัย ทวีบุญยทินศิริ	504
ภาคผนวก	
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลตำรวจ	
ค่าใช้จ่ายสำหรับการตีพิมพ์บทความวิชาการ/ บทความวิจัย	
แบบคำร้องส่งบทความวิชาการ/ บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ	
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับวารสารพยาบาลตำรวจ	
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA 6 th edition ของวารสารพยาบาลตำรวจ	



แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ¹ THE GUIDELINE TO PROMOTE LIFELONG LEARNING FOR ELDERLY SCHOOL

เวหา เกษมสุข² ศิริณา จิตต์จรัส³ จิตรา มาคะผล⁴ ปริญญา จิตอร่าม⁵
Weha Kasemsuk Sirina Jitcharat Jittra Makapol Parinya Jitaram

¹วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์คุรุศึกษบัณฑิตสาขาวิชาการศึกษาดูแลชีวิตและการพัฒนามนุษย์

ภาควิชาการศึกษาดูแลชีวิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

Part of this thesis, Doctor of education lifelong education and human development,

Department of lifelong education, Graduate school, Silpakorn University

²นักศึกษาลัทธิศึกษาศาสตร์คุรุศึกษบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาดูแลชีวิตและการพัฒนามนุษย์

ภาควิชาการศึกษาดูแลชีวิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร นครปฐม 73000

Graduated student in Doctor of education lifelong education and human development,

Department of lifelong education, Graduate school, Silpakorn University, Nakhonpathom 73000, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการศึกษาดูแลชีวิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร นครปฐม 73000

Associate Professor, Department of lifelong learning, Faculty of education, Silpakorn University, Nakhonpathom 73000, Thailand

⁴อาจารย์ ดร. ภาควิชาการศึกษาดูแลชีวิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร นครปฐม 73000

Lecturer, Department of lifelong learning, Faculty of education, Silpakorn University, Nakhonpathom 73000, Thailand

⁵ อาจารย์ ดร. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

Lecturer, Sirindhorn college of public health, Suphanburi 72000, Thailand

Author Email: weha.kas@mahidol.edu

Received: July 17, 2019

Revised: August 28, 2019

Accepted: November 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี (mixed methods research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพและ
ความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) สังเคราะห์แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอด
ชีวิตและเสนอแนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ ตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ
การจัดการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุ 142 แห่ง จำนวน 142 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามสภาพและ
ความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหารและกรรมการโรงเรียนตามโครงสร้าง
ผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จากโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 3 แห่ง แห่งละ 12 คน รวมทั้งหมด 36
คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสภาพและความต้องการ
การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความ
สอดคล้องของข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ .60-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามสภาพและความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตทั้งฉบับ เท่ากับ .98 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง
ปริมาณใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์
เชิงเนื้อหาเพื่อจัดกลุ่ม สรุปประเด็นและสังเคราะห์แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ และแบบตรวจสอบเพื่อยืนยัน
แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (connoisseurship) จำนวน 11 คน

ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมโรงเรียนผู้สูงอายุมีสภาพการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตอยู่ในระดับมาก จากการสังเคราะห์แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเสนอแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ ผลพบว่าควรใช้แนวทาง SENIOR LEARNER (S-E-N-I-O-R L-E-A-R-N-E-R) ผลการตรวจสอบพบว่าแนวทาง มีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด ในการส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากระเบียบตามองค์ประกอบ 3 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงปลอดภัย โดยใช้บูรณาการกับเนื้อหาสาระการเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ ควรรู้ และอยากรู้ เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้, การเรียนรู้ตลอดชีวิต, โรงเรียนผู้สูงอายุ

Abstract

The purposes of this mixed methods research were to study the needs and condition for promoting lifelong learning in elderly schools and to synthesize and propose guidelines for promoting lifelong learning of the elderly school. The sampling contained 142 stakeholders of elderly schools. Data collection techniques employed questionnaires and a focus group with 36 people consisting of 12 school Boards, 12 elderly, and 12 stakeholders in 3 best-practice elderly schools. The research instrument consisted of 2 parts: the questionnaire for the needs condition promoting lifelong learning of the elderly school, and the focus group questionnaire guideline. A panel of five experts examined content validity and index of item objective congruence (IOC) = .60 - 1.00. The content validity index (CVI) of the instrument was .98. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. Content analysis was employed to analyze and synthesize qualitative data. Additionally, the guidelines for promoting lifelong learning in the elderly school had been verified by eleven connoisseurship experts.

The results revealed that in overall the elderly school has a condition of promoting lifelong learning at a moderate level. In dimensions of the need for lifelong learning promotion, it was found a high level. From the synthesis of data, the results proposed schools use the SENIOR LEARNER (S-E-N-I-O-R-L-E-R-N-E-R) guidelines for promoting lifelong learning. This guideline encouraged the elderly to exercise their potential by shifting power to change the focus from that of a burden to that of power drawing on 3 elements: health, participation, and security. It was determined through the integration of the learning contents that the elderly should know, have a desire to know and want to know in order for the guideline to promote lifelong learning of the elderly.

Keywords : guideline, lifelong learning, elderly school

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรทำให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (United

Nation, 2017) ผลจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 ทำให้มีแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมาย 3 ประเด็น คือ ผู้สูงอายุกับการพัฒนา

สูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ และมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม (Department of Older Persons, 2016) ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากการสำรวจประชากรสูงอายุ พบว่ามากกว่าสองในสามสำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ โดยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้กว่าร้อยละ 10 แต่ยังมี การเข้าร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้านหรือชมรมมากขึ้น และมีความต้องการอยากที่จะทำงาน (National Statistical Office, 2014; Subcommittee on National Elderly Assembly, 2015)

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบลหลายมิติ (Department of Older Persons, 2016; The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2016) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุมีพฤฒิพลัง (active ageing) ด้วยการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (World Health Organization, 2002) ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนที่ผู้สูงอายุควรได้รับ (human right of older adult) เป็นการส่งเสริมการมีชีวิตที่อิสระ (independence) และการมีส่วนร่วม (participation) กับสังคม การศึกษาเป็นเครื่องมือหนึ่งของรัฐในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนทุกวัย เพราะถึงแม้ว่าจะเป็นวัยสูงอายุแต่ยังคงต้องการส่งเสริมศักยภาพตนเองด้วยการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง ภายใตสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สามารถประกอบอาชีพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม (Buathong, Sapapad, & Jticharat, 2013)

หลายประเทศให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนรู้แก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ มีการเรียนการสอนในรูปแบบมหาวิทยาลัยวัยที่สาม (The Universities of the Third Age - U3A) เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามความสนใจ (Office of the Education Council, 2018) สามารถพัฒนา

สุขภาพกาย สุขภาพใจ และป้องกันโรคสมองเสื่อม ลดภาระพึ่งพิงได้ (Office of the Education Council, 2018; RatanaUbol, Pathumcharoenwattana, Pathumcharoenwattana, Kimpee, & Sajjasophon, 2011)

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นอีกรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมของประเทศไทย ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุให้มีความรู้ เจตคติ และทักษะในประเด็นที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต (Yodpet, Pattanasri, & Sakdaporn, 2017) สอดคล้องตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ในการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” นำไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต การยกระดับการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึง พัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ ส่งเสริมสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย (Office of the National Economic and Social Development Council, 2017) และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ทั่วประเทศหลายแห่ง กระจายอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ ซึ่งมีความหลากหลายทั้งสถานที่ รูปแบบ และวิธีการ หลายแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเข้มแข็งเนื่องจากขาดแนวทางวิธีการ ในการจัดการเรียนรู้ สำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (special target group) ที่เพียงพอ (Office of the Education Council, 2018) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาสภาพ

ความต้องการ การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ และเสนอแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เพื่อสังเคราะห์แนวทางและเสนอแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด พหุพลัง (active ageing) ขององค์การอนามัยโลกปี 2002 ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สุขภาพ (health) การมีส่วนร่วม (participation) และ ความมั่นคงปลอดภัย (security) (World Health Organization: WHO, 2002) และองค์ประกอบระบบการบริหารจัดการเพื่อการเรียนรู้ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) และด้านกระบวนการเรียนรู้ (process) เพราะว่าการมีโครงสร้างและกระบวนการทำงานที่ดีย่อมนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดีตามมา (Kasemsuk, Piaseu, & Jarupat Maruo, 2011)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้มีหน้าที่หลักหรือผู้รับผิดชอบหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุ 142 แห่ง จำนวน 142 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้มีหน้าที่หลักหรือผู้รับผิดชอบหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุ 142 แห่ง แบ่งละ 1 คน จำนวน 142 คน โดยเป็นภาคเหนือ 69 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 35 แห่ง ภาคกลาง 25 แห่ง และภาคใต้ 13 แห่ง

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ตามสัดส่วนตัวอย่างแต่ละชั้น จากนั้นผู้วิจัยจึงสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากรายชื่อโรงเรียนผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ในภูมิภาคนั้น

ผู้ให้ข้อมูล ในการสนทนากลุ่มได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) ได้แก่ ผู้บริหารและกรรมการโรงเรียนตามโครงสร้าง ผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จำนวน 3 แห่ง แบ่งละ 12 คน รวม 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามสภาพความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ
- 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group) และ 3) แบบตรวจสอบเพื่อยืนยันแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (connoisseurship) เครื่องมือดำเนินการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา และความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ .60 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสภาพและความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตทั้งฉบับเท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้วิจัยได้รับอนุมัติเก็บข้อมูลวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ตามหนังสือเลขที่ ศธ 6806/3431 และได้ทำหนังสือขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย กระบวนการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น สิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษา และขอความยินยอมจากตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยข้อมูลทั้งหมดได้นำมาวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพความต้องการ
การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ระยะที่ 2 การสนทนากลุ่ม (focus group)

ระยะที่ 3 สังเคราะห์ เสนอแนวทางและ
ตรวจสอบแนวทางฯโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้
สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูล
เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อจัดกลุ่ม
ข้อมูล สรุปประเด็น และสังเคราะห์แนวทาง
ส่งเสริมการเรียนรู้ แล้วจึงเสนอเป็นแนวทาง
ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ผู้มีหน้าที่หลักในการจัดการเรียนรู้ของ
โรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี
ร้อยละ 66.9 สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี
ขึ้นไป ร้อยละ 79.6 อายุงาน 1-5 ปี ร้อยละ 78.9
มีพื้นที่โดยเฉพาะมีสัดส่วนชัดเจน ร้อยละ 35.9
มีผู้เรียนจำนวนผู้เรียน 26-50 คน จัดกิจกรรม
การเรียนรู้ในวันธรรมดา เดือนละ 4 ครั้ง ครั้งละ
3-5 ชั่วโมง ใน 1-2 เรื่อง/ประเด็นเนื้อหา
โดยใช้เวลาเรียนยาวนานมากกว่า 5 เดือน มี

คณะกรรมการดำเนินการ มีการจัดประชุมเพื่อ
ดำเนินการ กำกับ ติดตาม ทุกเดือน โดยสิ่งที่
โดดเด่นที่สุดในโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ ความ
เข้มแข็งของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน การสนับสนุน
จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ภูมิปัญญาชุมชน
และปราชญ์ชาวบ้าน และบุคลากรที่มีความ
เชี่ยวชาญในด้านเนื้อหาหรือประเด็นที่จัด
การเรียนรู้มาจากความต้องการของผู้เรียนที่เห็น
ความสำคัญและอยากเรียนรู้ โดยให้ผู้สูงอายุมี
ส่วนร่วม รูปแบบสื่อของโรงเรียนผู้สูงอายุที่ใช้ใน
การเรียนรู้มากที่สุด คือ ครูผู้เชี่ยวชาญในแต่ละ
ด้านเป็นผู้ถ่ายทอด รองลงมาคือ ผู้สูงอายุด้วยกัน
ในการเรียนรู้มีกฎระเบียบ/ข้อกำหนดการเข้าร่วม
เรียนรู้ในชั้นเรียนหรือกลุ่มเรียนรู้แบบยืดหยุ่น
หลากหลาย มีการกำหนดการวัดและการประเมินผล
ร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน

สภาพและความต้องการและการส่งเสริม
การเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุพบว่า
ภาพรวมโรงเรียนผู้สูงอายุมีสภาพการส่งเสริม
การเรียนรู้ตลอดชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และ
ความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต
พบว่า มีความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอด
ชีวิตอยู่ในระดับมาก ดังตาราง 1

ตาราง 1 สภาพและความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต (n=142)

องค์ประกอบ	สภาพการส่งเสริมการเรียนรู้			ความต้องการส่งเสริมการเรียนรู้		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	3.49	1.07	ปานกลาง	4.05	.94	มาก
ด้านสุขภาพใจ	3.48	1.09	ปานกลาง	3.92	1.04	มาก
ด้านการมีส่วนร่วม	3.49	1.03	ปานกลาง	3.91	.99	มาก
ด้านความมั่นคงปลอดภัย	3.38	1.13	ปานกลาง	3.96	.98	มาก
ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน	3.38	1.19	ปานกลาง	4.02	1.05	มาก
ด้านกระบวนการดำเนินงาน	3.49	1.10	ปานกลาง	4.10	.97	มาก

เมื่อพิจารณารายด้านเกี่ยวกับสภาพ และ
ความต้องการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่มี
สภาพและความต้องการสูงสุดพบข้อมูลดังต่อไปนี้

ด้านสุขภาพ (health) สุขภาพกายมีความ
ต้องการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและ
การดูแลตนเอง กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายด้วยตนเอง อาหารและโภชนาการ

สำหรับผู้สูงอายุ ส่วนความต้องการด้านสุขภาพใจพบว่าเรื่องการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ นั้นพบว่าการและการพักผ่อนหย่อนใจ การประยุกต์ใช้หลักศาสนา กับชีวิตประจำวัน

ด้านการมีส่วนร่วม (participation) ต้องการมีส่วนร่วมในการจัดและเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ การส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา องค์ความรู้ ด้านต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามความสนใจของผู้สูงอายุ

ด้านความมั่นคงในชีวิต (security) ต้องการการดูแลสุขภาพจากบุคลากรด้านสาธารณสุข อาชีพเสริมและการฝึกอาชีพเสริม การดูแลด้านการรักษาพยาบาลเวลาที่เจ็บป่วย เศรษฐกิจพอเพียงสำหรับผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ การเงิน รายได้และการสร้างความมั่นคงทางการเงิน กฎหมาย สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ มรดกและการจัดการทรัพย์สินเพื่อความมั่นคงในชีวิต

ด้านโครงสร้างของโรงเรียนผู้สูงอายุ (structure) ต้องการงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ มีสถานที่จัดกิจกรรมถาวร มีความเหมาะสม เดินทางสะดวก มีคณะกรรมการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมขับเคลื่อนดำเนินการ

ด้านกระบวนการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ (process) มีความต้องการกิจกรรมส่งเสริมประเพณี วัฒนธรรม หรือศาสนา มีการจัดกิจกรรมนันทนาการให้ผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุในชุมชน มีกิจกรรมเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน

ส่วนข้อมูลการสนทนากลุ่มโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ พบว่า ทุกแห่งมีแนวคิดและตั้งเป้าหมายของการทำงานที่ชัดเจน มีโครงสร้างการทำงาน และกำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ จัดการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน ใกล้เคียงสอดคล้องกับสภาพชีวิตจริง เน้นให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้จากการเรียนรู้ ไปบูรณาการให้สอดคล้องตามบริบทของพื้นที่ ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ว่า

“มาโรงเรียนดี มีประโยชน์”

“อยากมาเรียนวันไหนก็มา ได้เรียนรู้ตามที่เรอยากเรียนและเสนอไป”

“เรียนสิ่งที่เราต้องการ เอาอุปกรณ์รอบ ๆ ตัวเรา ทั้งปลาร้า สมุนไพร ปลาต้ม หรืองานฝีมือต่าง ๆ พวกเราเก่ง ๆ กันทั้งนั้น”

“ผู้สูงอายุหลายคนเก่งเรื่องย้อมผ้า ย้อมคราม ก็เอามาสอนกัน บางคนเก่งเรื่องเย็บ หรือเรื่องอื่น ๆ ก็เอามาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อจะได้ทำของชำร่วยขาย”

สำหรับการส่งเสริมการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยอมรับและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ว่า

“สิ่งที่เรียนก็เกี่ยวกับปัญหาของพวกเรา นี่ละ ทั้งเรื่องสุขภาพ การออกกำลังกาย การเจ็บป่วย การออมเงินทอง กฎหมาย”

“บรรยากาศการเรียนรู้ที่ความสนุกสนาน ผ่อนคลาย”

“สนุกปนสาระ ไม่อยากขาดเรียน บางทีก็มาเป็นคนสอนด้วย”

เครือข่ายการเรียนรู้และการทำงาน มีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านอาชีพและช่องทางหารายได้เสริม ดังคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“สิ่งที่ได้เรียนเอาไปใช้ได้ เอาไปบอกต่อ”

“มีคนมาศึกษาดูงานบ่อยทำให้ตื่นเต้น ตั้งตารอคอยการต้อนรับ อยากมาโรงเรียน มาแสดงความสามารถ ใส่ฝ้ายย้อมครามสวย ๆ มาโชว์ ได้เพื่อนใหม่”

“มี อบต. กศน. พม. พช. และวัด ร่วมสนับสนุนกำลังงาน งบประมาณ และวัสดุ อุปกรณ์สื่อต่าง ๆ ”

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสอดคล้องกับข้อมูลสภาพและความต้องการของโรงเรียนผู้สูงอายุจากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จึงนำไปสู่การสรุปเป็นแนวทางดังนี้

แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต
ของโรงเรียนผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า
 ควรใช้แนวทาง *SENIOR LEARNER (S-E-N-I-O-R*
L-E-A-R-N-E-R) ซึ่งได้มาจากการสังเคราะห์ข้อมูล
 การศึกษาสภาพความต้องการ รวมทั้งการสนทนากลุ่ม

แล้วสรุป ประเด็นวิธีการเป็นแนวทางใน
 การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต
 ของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบและวิธีการที่
 สำคัญ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ: SENIOR LEARNER

แนวทาง	วิธีการ
S: Significant มีความสำคัญ จำเป็น	- ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุทั้งระดับประเทศและพื้นที่
	- รวบรวมข้อมูลสุขภาพ ประเมินสภาวะสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อวางแผนการจัดการเรียนรู้
	- วิเคราะห์ประเด็นที่มีความสำคัญในการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคงปลอดภัย ในแต่ละบริบทพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ
E: Engagement เน้นสร้างความรู้สึกรัก เป็นเจ้าของ	- สร้างความเห็นร่วม ในการดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ (เวทีประชาคม ประชุม เสวนา)
	- กำหนดเป้าหมายในการจัดการเรียนรู้เพื่อการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (เวทีประชาคม ประชุม เสวนา)
	- จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการและสภาพชีวิตจริงของผู้เรียน
	- ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผน การเป็นวิทยากรจิตอาสา ผู้ถ่ายทอดความรู้
	- ทำสัญญา/ข้อตกลงการเรียนรู้โดยให้ผู้สูงอายุมีอิสระ ภายใต้กติกา ข้อตกลงที่มีความยืดหยุ่น
N: Needs ตอบสนองความ ต้องการ	- สอบถามความต้องการในประเด็นที่ต้องการเรียนรู้ และนำเสนอความต้องการทั้งด้านเนื้อหา วิธีการ ระยะเวลา ระยะเวลาในการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้สึกรักเป็นเจ้าของ สอดคล้องกับความต้องการและสภาพชีวิตจริงของผู้เรียน เพื่อให้เข้าร่วมเรียนอย่างสม่ำเสมออย่างมีอิสระ
I: Integration บูรณาการกับ สภาพจริงที่เป็นอยู่	- จัดการเรียนรู้โดยเน้นการนำไปแก้ไขปัญหา สามารถนำไปบูรณาการตามบริบทและสภาพการณ์
	- จัดการเรียนรู้สอดคล้องตามบริบทและสภาพการณ์ของพื้นที่ ภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ กฎหมาย ในชีวิตประจำวันและสิทธิผู้สูงอายุ
O: Ongoing Function เสริมสร้างการเรียนรู้ ตามศักยภาพ	- กำหนดเป้าหมายเพื่อการคงไว้ในการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างต่อเนื่องตามศักยภาพที่ทำได้ของแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงความแตกต่าง
	- เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้แสดงศักยภาพตามความเหมาะสม
	- เลือกใช้ประเด็นด้านสุขภาพเป็นประเด็นหลักที่จะนำสู่การเรียนรู้เรื่องอื่นๆเนื่องจากเป็นประเด็นร่วม และเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กำลังเผชิญ
	- ให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเองในทุกด้าน และเพื่อเปิดพื้นที่ทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ
R: Right and Law เอื้อให้ทราบเรื่อง กฎหมายและสิทธิ	- จัดประสบการณ์การเรียนรู้และขึ้นด้านสิทธิผู้สูงอายุ กฎหมายที่สำคัญใกล้ตัว
	- กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และยกตัวอย่างประเด็นปัญหาด้านกฎหมายและสิทธิของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย เช่น มรดก การโอนที่ดิน ทรัพย์สิน การค้าประกัน เป็นต้น
L: Learn with Real Situation เรียนคิดสอดคล้อง วิถีชีวิตอย่างชาญ ฉลาด	- จัดประสบการณ์การเรียนรู้ ประยุกต์ และเลือกประเด็นการเรียนรู้ที่ใกล้เคียงสอดคล้องกับสภาพชีวิตจริง ความต้องการของผู้สูงอายุ
	- เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ทุกครั้งให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการสะท้อนคิดในการวางแผนที่จะนำความรู้ ประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้
	- เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุนำความรู้ ประสบการณ์ลงสู่ภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริงผ่านกิจกรรม จิตอาสา การทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนและผู้สูงอายุด้วยกัน สอดคล้องตามวิถีการดำรงชีวิต
	- การจัดการเรียนรู้ที่เน้นการแก้ปัญหา และให้ผู้สูงอายุได้ลงมือฝึกปฏิบัติและเรียนรู้ในสถานการณ์จริง
	- จัดประสบการณ์การเรียนรู้ ประยุกต์ และเลือกประเด็นการเรียนรู้ที่ใกล้เคียงสอดคล้องกับสภาพชีวิตจริง ความต้องการของผู้สูงอายุ

แนวทาง	วิธีการ
E: Easy and Appropriate (ไม่พลาด) ความเหมาะสม และความยากง่าย	- กำหนด วางแผน การจัดประสพการณ์การเรียนรู้ในสถานที่ที่เอื้อต่อการเข้าถึงของผู้สูงอายุ - เลือกเนื้อหาที่เหมาะสมทั้งความยากง่าย ระยะเวลา รูปแบบวิธีการที่ใช้เรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ - สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนุกสนาน มีความผ่อนคลาย เป็นมิตร ไม่เป็นทางการ
A: Atmosphere บรรยากาศผ่อนคลาย และเป็นมิตร	- สร้างบรรยากาศให้ผู้เรียนไม่รู้สึกถูกคุกคาม หรืออับอาย เป็นบรรยากาศของการร่วมเรียนรู้ ให้โอกาส - ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกซึ่งศักยภาพ ความรู้ ที่มีในแต่ละคนออกมา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ไม่เน้นการแข่งขันแพ้ชนะ - ให้ความและโอกาสผู้เรียนทุกคนตามความสามารถและความพร้อมในการเรียนรู้ - การเรียนการสอนเน้นกิจกรรมเรียนปนเล่น มีกิจกรรมปฏิบัติสอดแทรกไปในการสอนที่สนุกสนาน โดยผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างปัญญา สุขภาพกาย จิต และสังคม
R: Respect for dignity and Humanity เคารพในสิทธิศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์	- การสร้างความเห็นร่วมทั้งแนวคิด การตั้งเป้าหมาย การดำเนินการ ร่วมกับทุกภาคส่วน - สร้างความตระหนักและความเห็นร่วมในการเผชิญสถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เน้นมุมมอง ต่อผู้สูงอายุจากภาวะให้เป็นพลังในทุกสถานการณ์และโอกาส - ให้เกียรติและยอมรับในความเป็นปัจเจกชน ที่มีประสบการณ์ และเรียนรู้ได้ตลอดเวลา - ค้นหา ส่งเสริม ให้โอกาสผู้สูงอายุหรือปราชญ์ชาวบ้าน เป็นผู้ถ่ายทอด ทั้งยังเป็นการช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้รับการถ่ายทอด บอกต่อ และ ความยั่งยืนที่จะคงอยู่ต่อไป
N: Networking พัฒนาไม่หยุดสร้าง เครือข่ายร่วมทำงาน	- ค้นหาเครือข่ายการเรียนรู้และการทำงานในพื้นที่ - สร้างเครือข่ายการเรียนรู้และการทำงานทั้งเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และองค์กรต่าง ๆ - สร้างเครือข่ายเพื่อนร่วมเรียนรู้ การเรียนแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ตามกลุ่มการเรียนรู้ตามประเด็น ความสนใจสำหรับผู้สูงอายุและส่งเสริมการเกื้อกูลช่วยเหลือกัน - ค้นหาและสร้างเครือข่ายในการเรียนรู้ของผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ปัญหาการจัดการเรียนรู้ - จัดกิจกรรมศึกษาดูงาน การเยี่ยมเยียนเครือข่ายทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ในสถานการณ์จริงนอก ห้องเรียน เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ ส่งเสริมสุขภาพจิตด้านนันทนาการและการท่องเที่ยวและเปิด ช่องทางการตลาดในการจำหน่ายสินค้าและผลิตภัณฑ์หรือของที่ระลึกที่เกิดจากผลงานของผู้สูงอายุ - เปิดโอกาสและจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
E: Evaluated with Formative มุ่งเน้นการประเมินผล อย่างสร้างสรรค์	- กำหนดข้อตกลง กติการ่วมกับผู้สูงอายุในประเมินการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ ยืดหยุ่น ตามสภาพจริง - ประเมินผลการเรียนรู้โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์เน้นที่การประเมินเพื่อให้การช่วยเหลือ ปรับเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ เพิ่มศักยภาพตามปัจเจกแห่งบุคคล บนพื้นฐานเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ ผู้สูงอายุมีศักยภาพทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย
R: Re-Learn and Re-Skill (สารพัน) ให้ความและโอกาส	- ตระหนักอยู่เสมอถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติเกี่ยวกับร่างกายของผู้สูงอายุที่อาจจะ ส่งผลต่อการเรียนรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ดังนั้นจึงต้องมีการเรียนรู้ และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และต้องการเวลาในการเรียนรู้ - ให้ความและโอกาสผู้สูงอายุในการเรียนรู้เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหา

จากการตรวจสอบเพื่อยืนยันแนวทาง โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ (connoisseurship) ผลการตรวจสอบ เพื่อยืนยันแนวทางฯ พบว่า แนวทาง SENIOR LEARNER (S-E-N-I-O-R L-E-A-R-N-E-R) ที่ผู้วิจัย

สังเคราะห์และนำเสนอมีความเหมาะสมในระดับ มาก ถึง มากที่สุด ($M=4.45 - 4.90$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสภาพและความต้องการ การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียน ผู้สูงอายุพบว่า ผู้มีหน้าที่หลักหรือผู้รับผิดชอบในการจัดการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีศักยภาพและความสามารถทั้งระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการจัดการเรียนรู้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะการมีโครงสร้างการทำงานที่ดีด้านทรัพยากรบุคคลที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ของการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุได้

สภาพและความต้องการ การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ

การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีความต้องการอยู่ในระดับมากทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเอง กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายด้วยตนเอง อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยและการปฐมพยาบาล การดูแลสุขภาพช่องปาก - ฟัน - เหงือก ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี อาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย สอดคล้องกับลักษณะความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความต้องการตามลักษณะพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและความต้องการขั้นพื้นฐานเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ให้การดูแลหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต้องตระหนักถึงกลุ่มผู้สูงอายุว่าเป็นวัยที่สภาพร่างกายจิตใจ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติซึ่งจะมีความต้องการที่ต้องให้ความสำคัญ (Bureau of Elderly Health, 2019; Jitcharat et al, 2013; Tongdee, Rongmuang, & Nakchatree, 2012)

ส่วนการมีส่วนร่วมในการจัดและเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา องค์ความรู้ด้านต่าง ๆ

การเรียนรู้ตามความสนใจ ความต้องการของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมที่จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้และการเรียนรู้ด้านศิลปวัฒนธรรมเป็นความต้องการในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเตรียมตัวเพื่อส่งเสริมพลังของผู้สูงอายุโดยวัชรภร เปาโรหิตย์ (Paorohit, 2011) และปิยภรณ์ เลาหบุตร (Laohabut, 2014) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ระบบการส่งเสริมสุขภาพซึ่งให้ประชาชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและเป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลัง (Patanung & Chamruspanth, 2013) ผู้สูงอายุมีความสุขความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถสนองตอบต่อคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา/การเรียนรู้ ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านการจัดกิจกรรมสัจจระเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมสานวัยใส่ใจผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Wongprom, Jongwutiwes, Prasertsuk, & Jongwutiwes, 2015)

ในส่วนของการมีความต้องการการมีส่วนร่วมในภาพรวมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=3.91$) เนื่องจากหลายประเด็นย่อยที่ผู้สูงอายุมีความต้องการส่งเสริมการเรียนรู้ในระดับปานกลาง เช่น การเรียนรู้ในเรื่องเทคโนโลยีและการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยี การสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งผู้สูงอายุไม่สนใจและไม่มีความลำบากในการเรียนรู้ สอดคล้องกับการสนทนากลุ่ม “มีสื่อนคอมพิวเตอร์ social network สนุกตอนเรียนแต่เรียนแล้วลืม มันยาก ไกลตัว ไม่ชอบ” “ไม่ชอบเรียนที่ใช้มือถือ เปลืองเงินค่าโทรศัพท์ มองไม่ค่อยเห็น ยากมาก”

ในส่วนของการกระบวนการที่มีค่าเฉลี่ยความต้องการสูงสุด ($M=4.10$) เนื่องจากหลายประเด็นใกล้ตัว และเป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง ทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับ

โรคเรื้อรัง กิจกรรมออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ กิจกรรมส่งเสริมประเพณี วัฒนธรรม หรือศาสนา การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ การถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดบริการให้ผู้สูงอายุมิมีความรู้ความเข้าใจในด้านส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมอาชีพ วัฒนธรรม ภูมิปัญญา เทคโนโลยี สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตรประจำวันได้ ส่งเสริมการพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้าน กาย ใจ สังคม และสติปัญญา เสริมคุณค่าทางภูมิปัญญาของผู้สูงอายุให้เป็นที่ประจักษ์และยอมรับ มีเนื้อหาหลักสูตรและแผนการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุมุ่งเน้นด้านสุขภาพ ศาสนา ภูมิปัญญา อาชีพ สารการเรียนรู้ประกอบด้วย ความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ ควรรู้ และอยากรู้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับหลายการศึกษาโดยการศึกษาการถอดบทเรียนตัวอย่างที่ดีของโรงเรียนและชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ (Yodpet, Pattanasri, & Sakdaporn, 2017) และการศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ (Ratana-Ubol, Pathumcharoenwattana, Pathumcharoenwattana, Kimpee, & Sajjasophon, 2011)

แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ

แนวทาง SENIOR LEARNER ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์และนำเสนอในการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและหลักการจัดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ทั้งเรื่องบรรยากาศ ความต้องการ และประสบการณ์ของผู้ใหญ่และแรงจูงใจในการเรียนรู้ (Suanmali-Nantanate, 2017) และสอดคล้องผลการศึกษาของ Ratana-Ubol, Pathumcharoenwattana, Pathumcharoenwattana, Kimpee, and Sajjasophon (2011) ที่พบว่าเนื้อหาการเรียนรู้ควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามความสามารถใน

การเรียนรู้ของแต่ละบุคคล และควรนำไปสู่การประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์ชีวิตที่เป็นจริง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวทางสังคมและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและการออม ด้านการเรียนรู้ และด้านสิทธิของผู้สูงอายุตามกฎหมาย วิธีการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ควรบูรณาการอย่างหลากหลายรูปแบบ ในลักษณะพหุวัยเน้นการอภิปรายหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกันอย่างไม่เป็นทางการ และแหล่งการเรียนรู้มีบทบาทสำคัญในการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การประเมินผลควรประเมินตามสภาพจริงด้วยการสังเกต โดยมีการบริหารจัดการในลักษณะที่ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายร่วมกันบริหารจัดการ ให้งบประมาณสนับสนุนและจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนร่วมกัน

โดยสรุปการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้แนวทาง ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์จากการรวบรวมข้อมูล และศึกษาแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ การเรียนรู้ตลอดชีวิต และกรอบแนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก โดยสรุปเป็น SENIOR LEARNER สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีพหุฒิ พลังตามองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงปลอดภัย ตามวิธีการหรือกลวิธีตามแนวทางที่กล่าวมาข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้กำหนดนโยบายระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบโรงเรียนผู้สูงอายุควรนำแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ ไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพที่สอดคล้องกับความต้องการอย่างต่อเนื่อง

2. ควรทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุใน ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- Aekwarangkoon, S., Noonil, N., Nontapet, O., & Nuampet, U. (2018). Application the local wisdom for developing health promotion among older adults in community. *Thai Journal of Nursing*, 67(2), 18-26.
- Borisuth, C., Jiradetprapai, S., Yongyuan, B., & Phoopat, P. (2014). The model of knowledge management for development of active aging: A case study of Tambol Pakpraek Municipality Changwat Kanchanaburi. *VRU Research and Development Journal Humanities and Social Science*, 9(1), 26-35.
- Buathong, S., Sapapad, S., & Jitcharat, S. (2015). Ageing related to reason method and needs of learning. *Journal of education Silpakorn university*, 12(1,2), 6-17.
- Bureau of Elderly Health. (2019). *Elderly concern with health*. Retrieved from <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic002.php>
- Department of Older Persons. (2016). *The national plan on the elderly 2017-2020*. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security.
- Department of Older Persons. (2016). *The Thai elderly 2014*. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security.
- Jitcharat, S., Pipatpol, K., Wongprom, J., Katessingnoy, M., Sapapad, S., Sinprasert, T., . . . Buathong, S. (2013). *Organizing a learning process for specific target groups to enhance their potential Tambon Klongyong, Amphur Phutthamonthon, Nakhon Pathom Province*. Nakhon Pathom Province: Faculty of Education, Silpakorn University.
- Kasemsuk, W., & Jitcharat, S. (2018). Active aging: Perspective for promoting lifelong learning. *Christian University of Thailand Journal*, 24(1), 149-161.
- Kasemsuk, W., Piaseu, N., & Jarapat Maruo, S. (2011). Activities and primary medical care outcomes of community nurse practitioner. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(2), 70-85.
- Laohabut, P. (2014). *The quality of life of the elderly in Moo 7 community of Plootaluang sub-district, Chon Buri province* (Master of public and private management, general administration). Burapa University, Chon Buri.
- National Statistical Office. (2014). *The 2014 survey of the older persons in Thailand*. Bangkok: Text and Journal Publication.
- Office of the Education Council. (2018). *Comparative research report for policy development subject: Promoting the learning of the elderly in Thailand*. Bangkok: prigwhan graphic.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2017). *The twelfth national economic and social development plan (2017-2021)*. Bangkok.
- Paolohit, W. (2011). Living longer: Living as active ageing. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 57(2), 32-36.
- Patanung, B., & Chamruspanth, V. (2013). *Health promotion system for being active ageing among elderly people in Non Udom sub-district, Muangyang district, Nakhonratchasima province*. Paper presented at the Graduate Research Conference 2013, Khon Khaen University.
- Ratana-Ubol, A., Pathumcharoenwattana, W., Pathumcharoenwattana, W., Kimpee, P., & Sajjasophon, R. (2011). *Education and lifelong learning of Thai senior citizens*. Bangkok: The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute.
- Suanmali-Nantanate, C. (2017). *Adult learning theories*. Nakhonpathom: Sefa Stationary.
- Subcommittee on National Elderly Assembly. (2015). *How to create power for aging society in ASEAN community*. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security.
- The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2016). *Situation of the Thai elderly 2014*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Company Limited.
- Tongdee, J., Rongmuang, D., & Nakchatree, C. (2012). Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 22(3), 88-99.
- United Nation. (2017). *World population ageing 2017*. Retrieved from <https://population.un.org>
- World Health Organization (WHO). (2002). active ageing a policy framework. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Wongprom, J., Jongwutiwes, K., Prasertsuk, N., & Jongwutiwes, N. (2015). Community participation in the development of older persons' quality of life. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 8(3), 41-54
- Yodpet, S., Pattanasri, P., & Sakdaporn, T. (2017). *The research on "good lessons learned from schools and clubs for older persons with knowledge transfer activities*. Bangkok: The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute.



การใช้โปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับการดูแล
แบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัด^{1,2}

IMPLEMENTATIONS OF ADVANCED PRACTICE NURSE ROLE INTEGRATED WITH MULTIDISCIPLINARY APPROACH PROGRAM IN IMPROVING SURGICAL CARE FOR PATIENTS WITH LOW BACK PAIN

อัญชลี ยศกรณ³

Anchalee Yosakorn

สุภาพ อารีเอื้อ⁴

Suparb Aree-ue

พงษ์วัฒน์ พลพงษ์⁵

Pongwat Polpong

¹ส่วนหนึ่งของงานวิจัยหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง
แห่งประเทศไทย ร่วมกับโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

This Study is Partly of the Diplomate Thai Board of Advanced Practice in Adult and Gerontological Nursing Program,
Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

²นำเสนอในรูปแบบโปสเตอร์ในการประชุม The World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases
ณ เมืองคาร์คอฟ ประเทศสาธารณรัฐโปแลนด์ ระหว่างวันที่ 19-22 เมษายน พ.ศ. 2561

Poster Presentation in the World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases

April 9-22, 2018, Krakow, Poland

³ผู้เข้าอบรมหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่ง
ประเทศไทยร่วมกับโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

Candidate of Thai Board of Advanced Practice in Adult and Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand

⁴รองศาสตราจารย์ ดร., โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

Associate Professor, Ph.D. (Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand

⁵ศัลยแพทย์ระบบประสาท กลุ่มงานประสาทศัลยกรรม สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพฯ 10400

Neurologist, Department of Neurosurgery, Prasat Neurological Institute, Bangkok, 10400, Thailand

Author Email: chalee51aod@gmail.com

Received: June 16, 2019

Revised: October 6, 2019

Accepted: November 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของ
โปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพ
การดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัด ต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งในด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการ
ทำกิจกรรมและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อ
ในระบบทางเดินปัสสาวะ) และด้านโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของ
ผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่ง
หนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 ราย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 คัดเลือก

แบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบปกติร่วมกับโปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (โปรแกรมทดลอง) เก็บข้อมูล ครั้งที่ 1 ในวันแรกรับ ครั้งที่ 2 ในวันจำหน่าย และครั้งที่ 3 ในวันตรวจตามนัดหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ ด้วยเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจกรรมดีขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .156 และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน และภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 1.000 และ .237 ตามลำดับ ส่วนการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะไม่พบทั้งสองกลุ่ม สำหรับผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M \pm SD = 6.85 \pm 4.07$; 7.28 ± 3.59 ตามลำดับ) แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .681$; $t = .414$) สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M \pm SD = 65.93 \pm 5.34$; 59.48 ± 7.11 ตามลำดับ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($t = 3.808$)

คำสำคัญ : ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง, ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง, การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่าง

Abstract

This quasi-experimental research, two-group pre-posttest, aimed at investigating the effects of the advanced practice nurse role integrated with a multidisciplinary approach program on patients outcomes including functional ability and complications (deep vein thrombosis, surgical site infection, and urinary tract infection) and hospital outcomes which included length of hospital stay and patient satisfaction to nursing care. Sixty patients with low back pain who underwent surgery in a tertiary hospital in Bangkok, from June, 2016 to February 2017, were recruited to participate in this study based on the inclusion criteria. The control group ($n = 30$) received usual care, while the intervention group ($n = 30$) was given usual care plus the advanced practice nurse role integrated with multidisciplinary approach program (intervention program). Data were collected on the day of admission, discharge, and 4-week post-surgery by using standard measurements. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square statistics, and t-test. A statistically significant level was set at .05.

The results showed that the intervention group had a better functional ability differently from the control group with no statistical significance at the level of .156. For postoperative complications including deep vein thrombosis and surgical wound infection, there were differences between groups, but they were not reached to a statistically significant difference ($p = 1.000$ and .237, respectively). Urinary tract infection was not found in both groups. For the hospital outcomes, it was found that the average length of hospital stays in the intervention group was less than that in the control group ($M \pm SD = 6.85 \pm 4.07$; 7.28 ± 3.59 , respectively), but no statistically significant difference ($p = .681$; $t = .414$). However, for patient satisfaction with nursing services, it was found that the intervention group had a higher mean score than the control group ($M \pm SD = 65.93 \pm 5.34$; 59.48 ± 7.11 , respectively) with a statistically significant difference at the level of .000 ($t = 3.808$).

Keywords : advanced practice nurse, low back pain, spine surgery

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปวดหลังส่วนล่างเป็นหนึ่งในโรคกระดูกและข้อที่พบบ่อย มีอาการเรื้อรังและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (Roopsawang, Aree-Ue, & Putwatana, 2009) โรคปวดหลังส่วนล่างเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับสองที่ทำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Phillips, Slosar, Youssef, Andersson, & Papatheofanis, 2013) สำหรับในประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยสถาบันประสาท ปี พ.ศ. 2552 – 2554 พบว่า โรคปวดหลังส่วนล่างเป็นอันดับ 3 ใน 5 ของกลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา (เวชสถิติสถาบันประสาท ปี พ.ศ. 2552 - 2554) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ของโรคปวดหลังส่วนล่าง ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 20 - 57 ปี (Azizpour, Delpisheh, Montazeri, & Sayehmiri, 2017) ซึ่งเป็นวัยแรงงาน และรองลงมาพบในวัยสูงอายุที่เกิดเนื่องจากความเสื่อมตามวัย โรคปวดหลังส่วนล่าง รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (Farajirad, Tohidi, & Farajirad, 2016) เกิดความเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตลดลง (Vialle, Oliveira Pinto, Vialle, & Gomez, 2015) นอกจากนี้การมีสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงจากความผิดปกติของประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ และอาการปวดอย่างเรื้อรัง ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน ขาดงานบ่อย ส่งผลให้ขาดรายได้และเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา (Farajirad et al., 2016) การผ่าตัดรักษาแม้ช่วยให้อาการดีขึ้นแต่หลังผ่าตัดระยะแรกมักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจึงมีความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง (Desai et al., 2012) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมักมีโรคร่วมโดยเฉพาะผู้สูงอายุเมื่อได้รับการผ่าตัดรักษา ทำให้มีความซับซ้อนในการดูแล และมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้การพยากรณ์ของโรคแย่ลง (Knutsson, Michaelsson, & Sanden, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับการผ่าตัดรักษา ยังไม่พบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะ แต่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มีความเสี่ยงสูง (Halpin et al., 2010; Sugrue, Halpin, & Koski, 2013) และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังทั่วไป (Prasat Neurological Institute, 2551) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวมที่ได้รับ การผ่าตัดกระดูกสันหลังทุกระดับ ได้แก่ กระดูกสันหลังระดับคอ ระดับทรวงอก ระดับเอวหรือระดับหลังส่วนล่าง และการบาดเจ็บของไขสันหลัง โดยเป็นการดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะฟื้นฟู ซึ่งแนวทางการพยาบาลดังกล่าวเป็นการพยาบาลตามปัญหาที่อาจเกิดขึ้น หรือพบบ่อยในภาพรวมของการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เช่น การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ halo vest การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ skull traction การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากไขสันหลังบาดเจ็บ เป็นต้น โดยไม่ได้เน้นเฉพาะส่วนหรือระดับของกระดูกสันหลัง ซึ่งการผ่าตัดกระดูกสันหลังในแต่ละระดับนั้นมีความเฉพาะในการประเมินสภาพผู้ป่วย การดูแล และการเฝ้าระวังปัญหา รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกันตามพยาธิสภาพของโรคในแต่ละระดับของกระดูกสันหลังที่มีความสัมพันธ์กับเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงในส่วนที่เกี่ยวข้อง (Chiangthong & Bunmaprasert, 2007) ในขณะที่ทำการรักษาผู้ที่มีปัญหาโรคกระดูกสันหลังแพทย์มีแนวทางการรักษาเฉพาะตามระดับของกระดูกสันหลัง เช่น แนวทางการบำบัดรักษา การบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ และ แนวทางการรักษาการบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนอกและเอวสำหรับแพทย์ (Army Medical Department, The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, The Royal College of Orthopaedic Surgeon of Thailand, Office of the Higher Education Commission, & Prasat Neurological Institute, 2558)

เป็นต้น ดังได้กล่าวมาแล้วว่าการผ่าตัดกระดูกสันหลังในแต่ละระดับมีความเฉพาะในการดูแล ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยทั้งในวัยแรงงานและผู้สูงอายุ และมีความซับซ้อนในการดูแลโดยเฉพาะช่วงเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยบูรณาการการดูแลตามบทบาททีมสหสาขา นับเป็นความท้าทายของพยาบาล โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการแสดงบทบาทการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และยังเป็น การสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การดูแลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ทั้งการมีบทบาทการดูแลโดยตรง (direct care) และการแก้ไขปัญหาผู้ป่วย พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Jonasson, Holgersson, Nytomt, & Josefsson, 2017) และจากการศึกษาในการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ PEPPA framework (The participatory, evidence-based, patient-focused process, for guiding the development, implementation, and evaluation of advanced practice nursing: PEPPA Framework) นอกจากสะท้อนการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแล้วยังส่งผลที่ดีในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่ยุ่ยากซับซ้อนและมีความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยมีผลลัพธ์การจัดการและการดูแลที่ดีขึ้น (Sathira-Angkura & Khwansatapomkoon, 2014) อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะส่งผลที่ดีต่อผู้ป่วย แต่การดูแลที่ซับซ้อน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เน้นบทบาทพยาบาลใน

การประเมิน ร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้เร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Leung, Ng, Ho, Hung, & Yuen, 2012) และยังพบว่า เมื่อผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น (Jane et al., 2017) จากข้อมูลดังกล่าวมาสะท้อนให้เห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหา หรือการดูแลที่ซับซ้อน นอกจากการดูแลในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะส่งผลที่ดีในการดูแลแล้วยังพบว่าการทำงานในฐานะทีมสหสาขา นับว่าเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในทีมที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล (Haynes, Frederick, & Chirkoff, 2012) การบูรณาการการดูแลโดยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับการรักษา คาดว่าจะให้เกิดผลลัพธ์ การดูแลที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (ความสามารถในการทำกิจกรรม และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ) และผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล (จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

ประชากร หมายถึง ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างจำนวน 60 ราย ที่คำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size: ES) ของงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันที่ ES เท่ากับ 2.60 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 เปิดตารางประมาณขนาดตัวอย่างได้จำนวนตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย (Cohen, 1992) และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างจึงเพิ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 4 ราย (15%) ทำให้ได้ตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีระดับความรู้สึกตัวดี การพูด การได้ยินเสียงปกติ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เข้าใจ ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 5 และไม่มีภาวะพึงพาที่มาจากสาเหตุการเจ็บป่วยอื่น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดโดยการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือได้รับการดูแลในแผนกผู้ป่วยหนักเกิน 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยขอพักรักษาต่อในโรงพยาบาลหลังแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย ได้แก่
 - 1.1. โปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลจากทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาลประจำการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่การเงินซึ่งจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตน ร่วมกับบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) การสอนฝึกทักษะให้กับพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ กำกับ ชี้แนะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว ประสานงาน ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลประจำการที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย การเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน รวมถึงทีมสหสาขาที่ดูแลผู้ป่วยโดยรวมค้นหาและรับฟังปัญหาที่อาจมีแนวโน้มเกิดขึ้นในอนาคต หรือกำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน ตลอดจนการให้การช่วยเหลือ หาทางออก และทางเลือกในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมทั้งประสานความร่วมมือร่วมปรึกษากันระหว่างทีมสหสาขาในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพและส่งต่อข้อมูลอันเกิดประโยชน์สูงต่อผู้ป่วยให้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องร่วมกันดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหา โปรแกรมนี้พัฒนาจากการบูรณาการความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 - 2015 โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องทั้งหมด 21 เรื่อง หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์และประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และนำข้อมูลที่ได้นำมาสังเคราะห์องค์ความรู้ พัฒนาเป็นโปรแกรม

- 1.2 คู่มือสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฯ คู่มือนี้ประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ โรคปวดหลังส่วนล่าง กล้ามเนื้อจาก

การเลี้ยงของไขสันหลังหรือรากประสาท (dermatome) การรับความรู้สึกจากพื้นที่ผิวหนังที่เลี้ยงด้วยประสาทไขสันหลัง (myotome) การประเมินและการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน การประเมินและการป้องกันภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การประเมินและการดูแลภาวะบาดเจ็บของเยื่อหุ้มไขสันหลัง (dural tear) การประเมินและการป้องกันภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การดูแลและส่งเสริมการขับถ่าย

1.3 คู่มือสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับผ่าตัด ประกอบไปด้วยเนื้อหา ดังนี้ วิธีการใส่เสื้อช่วยพยุงหลัง (lumbar corset) ข้อปฏิบัติในการใส่เสื้อช่วยพยุงหลัง ข้อดีและข้อเสียของการใส่เสื้อช่วยพยุงหลัง ขั้นตอนการลุกจากเตียงและนอนลงบนเตียง การออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด ได้แก่ ทำยืน ทำนั่ง ทำนอน ทำยกของ ทำเอื้อมหยิบของ จากที่สูง ทำเข็นของ ทำหิ้วของ ทำลงจากรถ และการปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

เครื่องมือในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดลองใช้กับผู้ป่วย 3 ราย เพื่อดูความเป็นไปได้ ความเข้าใจในภาษา และการปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ลักษณะงานที่ทำ ท่าทางในการทำงาน โรคประจำตัว ชนิดของการผ่าตัด จำนวนของระดับของกระดูกสันหลังส่วนเอวที่ได้รับการผ่าตัด และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นต้น ข้อคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวนทั้งหมด 30 ข้อ

2.2 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน พัฒนาโดยคาปิณี และมอริสสัน ในปี ค.ศ. 2006 และปรับปรุงโดยจอมศรี โพธิ์สาร ในปี ค.ศ. 2011 (Pothisarn, 2011) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ข้อที่ 1 ถึง

12 ตอบว่าไม่มีจะได้ 0 คะแนน และตอบว่ามีจะได้ 3 คะแนน และข้อที่ 13 อายุ ตอบ 40 ปี ได้ 0 คะแนน อายุ 41 - 60 ปี ได้ 1 คะแนน อายุ 61 - 74 ปี ได้ 2 คะแนน อายุ 75 ปี ได้ 3 คะแนน นำคะแนนที่ได้ทั้งหมดในแต่ละข้อรวมกัน คะแนน 1 - 5 หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำถึงปานกลาง ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงสูง และภาพรวมคะแนนมาก ยิ่งมีความเสี่ยงสูง ความเที่ยงของเครื่องมือจากตัวอย่าง 56 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

2.3 เครื่องตรวจหลอดเลือดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ยี่ห้อ Philips รุ่น iU 22) ใช้วัดความเร็วในการไหลเวียนเลือดดำที่ขาหนีบ เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน (DVT) เครื่องตรวจนี้ใช้หัวตรวจแบบ Linear ชนิด multi-frequency transducer 17-5 MHz สามารถตั้งค่าวัดความเร็วในการไหลเวียนเลือดได้ตั้งแต่ 0 - 100 เซนติเมตรต่อวินาที การแปลผล ความเร็วของหลอดเลือดดำอยู่ในช่วงระหว่าง 12 - 16 cm/s ผลปกติ(Gearhart et al., 2000) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการสอบเทียบตามมาตรฐาน โดยบริษัทตัวแทนจำหน่าย ก่อนนำมาใช้ในการทดลอง และใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย และผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกทักษะการใช้เครื่องมือจากเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญของบริษัทจนมีความชำนาญ และประเมินค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับแพทย์ด้านประสาทวิทยาที่เป็นผู้ชำนาญในการตรวจและใช้เครื่องมือดังกล่าวเป็นเวลา 4 เดือน ในการประเมินหาค่าความเที่ยงในผู้ป่วยทั้งหมด 5 ราย ด้วย inter-rater reliability ได้ค่าเท่ากับ 1.00

2.4 แบบวัดภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากภาวะปวดหลังส่วนล่างฉบับภาษาไทย วัดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่าง ต้นฉบับภาษาอังกฤษ แปลเป็นภาษาไทยโดย ประเสริฐ สุกุลศรีประเสริฐ และคณะ (Sakulsriprasert, Vachalathiti, Vongsinavarat, & Kantasorn, 2006) มี 10 ข้อ ได้แก่ ระดับความ

เจ็บปวด การดูแลตนเอง การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม การเดินทาง และการทำงาน แปลงคะแนนเป็นฐาน 100 โดยช่วงคะแนนแบ่งเป็น 0-20, 21-40, 41-60, 61-80, และ 81-100 แปลผลเป็นความสามารถในการทำกิจกรรมมาก ปานกลาง น้อย พึ่งพา และติดเตียง ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

2.5 แบบประเมินภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ประเมินการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายใน 30 วัน จากอาการแสดงดังนี้ มีไข้ ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแยก หรือจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการวินิจฉัยจากแพทย์ (Malathum & Asanasan, 2013)

2.6 แบบประเมินภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ประเมินหลังจากอยู่โรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 48-72 ชั่วโมง เกณฑ์การประเมินคือ อาการมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะบ่อย ปวดหัวหน่าว เป็นต้น และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น พบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 3 ตัว/HPF (high power field) เป็นต้น ร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์ (Malathum & Asanasan, 2013)

2.7 แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความห่วงใยเอื้ออาทร การเข้าถึงการบริการ และความสามารถเชิงวิชาชีพ ข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ทสเกล จำนวน 15 ข้อ คะแนน 1 (พอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พอใจมากที่สุด) แปลผลคะแนน 1-2 หมายถึง พึงพอใจน้อยมาก คะแนน 2-3 พึงพอใจค่อนข้างน้อย คะแนน 3-4 พึงพอใจปานกลางถึงมาก และคะแนน 4-5 พึงพอใจมากถึงมากที่สุด (Suwisith & Hanucharumkul, 2011) คะแนนรวมมาก (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน)

หมายถึง มีความพึงพอใจมาก และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (หมายเลขโครงการ 59012) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการบอกกล่าวและการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลเสียต่อการดูแลที่จะได้รับ ข้อมูลทุกส่วนจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมจนครบ 30 รายก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ก่อนดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ร่วมกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองจะได้รับการโปรแกรมฯเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ ดังภาพ 1 เก็บข้อมูล 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันแรกรับครั้งที่ 2 วันจำหน่าย และครั้งที่ 3 วันตรวจตามนัดหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษานี้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบที่ที่ตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน โดยพบว่าข้อมูลที่รวบรวมได้มีการแจกแจงแบบปกติ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลต่อโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งใช้การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที่ที่ตัวอย่างเป็นอิสระจากกันในการวิเคราะห์ข้อมูล

วันแรกเริ่ม หรือวันก่อนผ่าตัด	- ชักประวัติตรวจร่างกาย ประเมินการทำงานและความพร้อมทางระบบประสาททั่วไปและบริเวณของกระดูกสันหลังส่วนล่างที่มีพยาธิสภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการผ่าตัด ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแล กับทีมสหสาขา - ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน ความเสี่ยงฯ และสอนสาธิตเรื่องแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน - เป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและญาติ และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น ลักษณะการทำกิจวัตรประจำวันขณะอยู่บ้าน ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมหลังได้รับการผ่าตัด และประสานข้อมูลหรือข้อปัญหาที่มีของผู้ป่วยไปยังทีมสหสาขาเพื่อให้เกิดการแก้ไขเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา
วันผ่าตัด ถึงวันสิ้นสุดผ่าตัดผ่าตัด (day 0)	- ประเมินสัญญาณชีพ และการทำงานของระบบประสาทและความพร้อมทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างและตำแหน่งของกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดในแต่ละระดับของกระดูกสันหลังส่วนล่าง ภาวะบาดเจ็บของเยื่อหุ้มไขสันหลัง และให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บของเยื่อหุ้มไขสันหลัง ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะภายใน 6 - 8 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด หรือหลังการถอดสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันภาวะการติดเชื้อในร่างกาย ควบคุมคุณภาพการตรวจทางห้องทดลอง เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและประสานให้การดูแลกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วย - ประเมินและติดตามการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน และติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด - เป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและญาติรวมถึงการช่วยเหลือ และประสานข้อมูลหรือปัญหาของผู้ป่วยไปยังทีมสหสาขา
หลังผ่าตัดวันที่ 1 - 2 (day 1 - 2)	- ประเมินการทำงานและความพร้อมของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างและตำแหน่งของกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด ดังรายละเอียดของวันผ่าตัด Day 0 ส่งต่อข้อมูลที่พบและคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นประสานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง - ประเมินติดตามการปฏิบัติตามกิจกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการป้องกันและติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน ทุก 4 ชั่วโมง - เป็นที่ปรึกษานับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติ ประสานข้อมูลหรือปัญหาของผู้ป่วยไปยังทีมสหสาขา (ดัง Day 1 - 2) ตั้งเป้าหมายวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ให้กำลังใจและความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพ เช่น ลูกนั่งบนเตียงในวันรุ่งขึ้น (ถ้าไม่มีข้อห้ามและมีอุปกรณ์สวม เช่น เสื่อพุงหลัง)
หลังผ่าตัดวันที่ 3 - 4	ดูแลดังรายละเอียดของ Day 1 และเพิ่มเติมการดูแล ดังนี้ - ติดตามและตั้งเป้าหมายวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ให้กำลังใจและความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพ เช่น สามารถเดินได้รอบเตียงในวันรุ่งขึ้น (ถ้าไม่มีข้อห้ามและมีอุปกรณ์สวม เช่น เสื่อพุงหลัง) - หลังผ่าตัดวันที่ 4 ตั้งเป้าหมายและวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติและประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพเช่น เดินเข้าห้องน้ำได้เอง ในวันรุ่งขึ้น (ถ้าไม่มีข้อห้ามและมีอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น เสื่อพุงหลัง ไม่เท้าสามขา ไม่เท้าสี่ขา)
หลังผ่าตัดวันที่ 5 จนถึงวันจำหน่าย	ดูแลดังรายละเอียดของ Day 1 และเพิ่มเติมการดูแล ดังนี้ - ตั้งเป้าหมายและวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติในการทำกิจกรรมฯ เพื่อการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และประเมินคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการการพยาบาล ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อีก 1 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอก (โทรศัพท์ติดตามกรณีที่ไม่ได้นัดมาตรวจที่โรงพยาบาล)

ภาพ 1 บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในโปรแกรมบูรณาการบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัด

ผลการวิจัย

ตัวอย่างกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย คงเหลือ 29 ราย ผู้ป่วย 1 ราย เสียชีวิตหลังจำหน่าย (CA metastasis) และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย คงเหลือ 27 ราย (คัดออกจำนวน 3 ราย ผู้ป่วยได้รับการอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยมีความประสงค์ขออยู่ในโรงพยาบาลต่อจนกระทั่งครบกำหนดตัดใหม่ 1 ราย ผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไขตำแหน่งของสกรู 1 ราย และผู้ป่วยมีภาวะบาดเจ็บของเส้นประสาทระหว่าง การผ่าตัด 1 ราย) ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.71 มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 59 ปี ร้อยละ 78.50 และสาเหตุของอาการปวดหลังส่วนใหญ่มาจากความเสื่อมของกระดูกสันหลัง ร้อยละ 87.50

ผลของโปรแกรมฯต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย จากตาราง 1 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมดีขึ้น โดยก่อนการผ่าตัดกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 18.5 หลังการผ่าตัด 4 สัปดาห์ มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51.9 โดยมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมระดับปานกลาง มากกว่ากลุ่มควบคุม การทดสอบไคสแควร์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .156 กลุ่มทดลองเกิดภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.7 ($n=27$) และในกลุ่มควบคุมไม่พบภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน แต่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4 ($n=29$) กลุ่มควบคุมเกิดภาวะการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 3 รายคิดเป็นร้อยละ 10.3 ($n=29$) ทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มด้วยการทดสอบของฟิชเชอร์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 1.000 และ .237 ตามลำดับ ดังตาราง 2

ผลของโปรแกรมฯต่อผลลัพธ์ด้าน โรงพยาบาล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .681 ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล หลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่สองกลุ่มเป็นอิสระจากกัน (t -test แบบ independent) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ดังตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล รายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล รายด้านความรู้ทักษะเชิงวิชาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมฯต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากได้รับโปรแกรมทดลองที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทำหน้าที่ในการสอนเสริมทักษะโดยตรง (direct care) ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ทราบข้อมูลของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สามารถส่งต่อข้อมูลและปรึกษาไปยังทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขได้ตรงและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การดูแลแบบสหสาขา จะช่วยให้การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Galvin et al., 2017)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ^a	กลุ่มทดลอง (N = 27) n (%)	กลุ่มควบคุม (N = 29) n (%)	χ^2	p
ก่อนผ่าตัด			.741	.628
ปานกลาง (21-40 คะแนน)	5 (18.5)	16 (55.2)		
น้อย (41-60 คะแนน)	18 (66.7)	4 (13.8)		
หลังผ่าตัด 4 สัปดาห์			5.22	.156
ปานกลาง (21-40 คะแนน)	14 (51.9)	9 (31)		
น้อย (41-60 คะแนน)	10 (37)	15 (51.7)		

^aคะแนนมากมีความสามารถในการทำกิจกรรมน้อย

ตาราง 2 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (N = 27)		กลุ่มควบคุม (N = 29)		p
	เกิด n (%)	ไม่เกิด n (%)	เกิด n (%)	ไม่เกิด n (%)	
DVT	1 (3.7)	26 (96.3)	0 (0)	29 (100)	1.000*
SSI	0 (0)	27 (100)	3 (10.3)	26 (89.7)	.237*

*Fisher's Exact Test

ตาราง 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล	กลุ่มทดลอง (N = 27)		กลุ่มควบคุม (N = 29)		t	p
	Range	M ± SD	Range	M ± SD		
จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล	2 - 22	6.85 ± 4.07	2 - 17	7.28 ± 3.59	.414	.681
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล	60 - 75	65.93 ± 5.34	38 - 72	59.48 ± 7.11	-3.808	.000

โปรแกรมการทดลองในครั้งนี้ เป็นกระบวนการดำเนินงานที่เป็นแบบแผนการทำงานตามบทบาทของทีมนสหสาขาซึ่งได้ระบุไว้ในกิจกรรมในแต่ละวันของโปรแกรมฯ โดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงดูแลและประเมินติดตามกิจกรรมในโปรแกรมฯอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถประเมินดูแล และติดตามปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตอบสนองสอดคล้องกับปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Maximino et al., 2016) ดังนั้นการใช้

โปรแกรมทดลองในการศึกษาครั้งนี้จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม แม้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเวลาในการติดตามผลสั้น ผู้ป่วยอาจมีกิจกรรมยังไม่เต็มที่โดยยังมีข้อจำกัดบางประเด็นที่ต้องระวังอันเป็นผลจากการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน ซึ่งพบในกลุ่มทดลอง 1 ราย โดยผู้ป่วยรายนี้ก่อนผ่าตัดได้รับการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
 หลอดเลือดดำลึกอุดตันก่อนและหลังผ่าตัดอยู่ใน
 ระดับต่ำถึงปานกลาง และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ
 ตนเองได้ดีบนเตียงภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
 และสามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำได้เอง ใน 48 ชั่วโมง
 หลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้จึงไม่ได้ทำ
 การตรวจวัดความเร็วของหลอดเลือดดำที่ขาหนีบ
 เพราะมีคะแนนความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำถึง
 ปานกลาง ซึ่งภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันในรายนี้
 เกิดขึ้นในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด และจากกิจกรรม
 การดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมที่พยาบาลมี
 การประเมินและติดตามการปฏิบัติตามแนวทางใน
 การป้องกันภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน
 และติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ
 หลอดเลือดดำลึกอุดตันทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมง
 แรกหลังการผ่าตัด และประเมินต่อทุก 4 ชั่วโมง
 จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นจึง
 ทำให้สามารถประเมินพบความผิดปกติได้อย่าง
 รวดเร็ว กล่าวคือ พบว่าขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยมี
 ขนาดต่างกัน วัดรอบขาขวาได้ 36 เซนติเมตร และ
 ขาซ้ายวัดได้ 32 เซนติเมตร ร่วมกับมีอาการตึง
 บริเวณน่องขวา ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ
 ข้อมูลถึงทีมแพทย์เพื่อการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่
 และยังช่วยลดความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะลิ่ม
 เลือดอุดตันที่ปอดได้อีกด้วย ส่วนในกลุ่มควบคุม
 พบว่ามีภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด 1 ราย ทั้งนี้
 ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันเป็นสาเหตุหนึ่ง
 ที่นำไปสู่การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด
 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือด
 ตันดำลึกอุดตัน ได้ตั้งแต่เริ่มต้นอาจช่วยลดความ
 รุนแรงที่นำไปสู่การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด
 ดังนั้นการมีแนวปฏิบัติในการความเสี่ยงการเกิด
 ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันและมีแนวทางใน
 การป้องกัน ดังโปรแกรมทดลองอาจจะช่วยลด
 จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันที่จะ
 พัฒนาไปสู่การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด
 สำหรับภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด พบว่าไม่เกิดภาวะ
 ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในกลุ่มทดลอง แต่พบในกลุ่ม

ควบคุม 3 ราย สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่ม
 ทดลองไม่มีภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดนั้นส่วนหนึ่ง
 อาจเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลตามโปรแกรม
 ทดลองสอดคล้องกับการศึกษากระบวนการลด
 การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดที่ได้รับการร่วมมือจาก
 ทีมสหสาขาในการดูแลและสามารถป้องกันและลด
 การเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพ (Earsing, Hobson, & White, 2005;
 Fry & Fry, 2007) ส่วนภาวะติดเชื้อระบบทางเดิน
 ปัสสาวะ ทั้งสองกลุ่มไม่พบภาวะติดเชื้อ ทั้งนี้อาจ
 เป็นผลจากก่อนการผ่าตัดทั้งสองกลุ่มไม่มีความ
 ผิดปกติในด้านการขับถ่ายปัสสาวะ (urinary
 retention) และจากการที่โรงพยาบาลมี
 การป้องกันการติดเชื้อที่ในระบบทางเดินปัสสาวะ
 ที่เป็นมาตรฐานการดูแลอย่างมีคุณภาพอยู่แล้ว
 จึงทำให้ไม่มีพบภาวะติดเชื้อในระบบทางเดิน
 ปัสสาวะของทั้งสองกลุ่ม

ผลของโปรแกรมทดลองต่อผลลัพธ์ด้าน
 โรงพยาบาล พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยใน
 โรงพยาบาลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
 อธิบายได้ว่าการได้รับโปรแกรมทดลอง น่าจะ
 ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยพ้นหายจากการผ่าตัดเร็วขึ้น ไม่เกิด
 ภาวะแทรกซ้อนจึงอาจส่งผลให้สามารถจำหน่าย
 ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วเป็นไปตามแนวทางการรักษา
 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วย
 โดยทีมสหสาขา (Hsueh & Dorcy, 2016)

สำหรับระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ
 การบริการพยาบาลที่ได้รับ พบว่า ภายหลังผ่าตัด
 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ
 การบริการพยาบาลในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่ม
 ควบคุม สามารถอธิบายได้ว่าการนำเสนอแนะทั้ง
 9 ข้อ ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมาใช้ในการ
 การดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ จึงส่งผล
 ให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล
 มากกว่ากลุ่มควบคุม (Fong Yeong Woo et al.,
 2017) โดยเฉพาะผลการวิเคราะห์คะแนนความ
 พึงพอใจรายด้านพบว่า ทักษะเชิงวิชาชีพในกลุ่ม
 ทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งสะท้อนให้เห็น

ได้ว่าการทำงานลักษณะบูรณาการการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ ที่พยาบาลได้แสดงบทบาทเชิงวิชาชีพในบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ถือว่ามีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล กล่าวคือผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับซึ่งนับว่าเป็น key indicator ของคุณภาพการดูแล และแม้ว่าผลลัพธ์ด้านอื่นจะแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มที่ดี และหากใช้เวลาในการติดตามนานขึ้น อาจเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมทดลองนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ตามบริบทของโรงพยาบาล และเป็นโอกาสพัฒนาในหน่วยงานที่ยังขาดพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มซับซ้อนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรขยายเวลาในการติดตามผลให้ยาวนานขึ้น สอดคล้องกับระยะเวลาฟื้นฟูสภาพในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยตามการรักษา เช่น 3 เดือนหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยเริ่มฟื้นฟูสภาพได้เต็มที่

เอกสารอ้างอิง

- Army Medical Department, The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, The Royal College of Orthopaedic Surgeon of Thailand, Office of the Higher Education Commission, & Prasat Neurological Institute. (2558). *Guideline for management of thoracolumbar spine injury*. In K. Veerasarn (editor). Bangkok.
- Azizpour, Y., Delpisheh, A., Montazeri, Z., & Sayehmiri, K. (2017). Prevalence of low back pain in Iranian nurses: a systematic review and meta-analysis. *Biomed Central Nursing*, 16, 50. doi:10.1186/s12912-017-0243-1
- Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519-529. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x
- Chiangthong, K., & Bunmaprasert, B. (2007). *Degenerative diseases of the spine*. Chiangmai: Sangsilp Printing.
- Desai, A., Ball, P. A., Bekelis, K., Lurie, J., Mirza, S. K., Tosteson, T. D., . . . Weinstein, J. N. (2012). Surgery for lumbar degenerative spondylolisthesis in SPORT: Does incidental durotomy affect outcome? *Spine*, 37(5), 406-41. doi:10.1097/BRS.0b013e3182349bc5
- Earsing, K. A., Hobson, D. B., & White, K. M. (2005). Best-practice protocols: Preventing central line infection. *Nursing Management*, 36(10), 18-24.
- Farajirad, E., Tohidi, H., & Farajirad, M. (2016). Comparison of the frequency of psychiatric disorders among patients with chronic low back pain and control group. *Asian Journal of Neurosurgery*, 11(3), 287-291. doi:10.4103/1793-5482.175618
- Fry, D., & Fry, R. (2007). Understanding what it takes to stop surgical site infections. *Mater Manag Health Care*, 16(5), 26-30.
- Galvin, M., Ryan, P., Maguire, S., Heverin, M., Madden, C., Vajda, A., . . . Hardiman, O. (2017). The path to specialist multidisciplinary care in amyotrophic lateral sclerosis: A population-based study of consultations, interventions and costs. *PLoS One*, 12(6), e017979. doi:10.1371/journal.pone.0179796
- Gearhart, M. M., Luchette, F. A., Proctor, M. C., Lutonski, D. M., Witsken, C., James, L., . . . Frame, S. B. (2000). The risk assessment profile score identifies trauma patients at risk for deep vein thrombosis. *Surgery*, 128(4), 631-640. doi:10.1067/msy.2000.108224
- Halpin, R. J., Sugrue, P. A., Gould, R. W., Kallas, P. G., Schafer, M. F., Ondra, S. L., & Koski, T. R. (2010). Standardizing care for high-risk patients in spine surgery: The Northwestern high-risk spine protocol. *Spin*, 35(25), 2232-2238. doi:10.1097/BRS.0b013e3181e8abb0
- Haynes, A., Frederick, A., & Chirko, A. (2012). APN plan improves outcome for pregnant patient with congenital heart disease. *AACN Advanced Critical Care*, 23(2), 142-154. doi:10.1097/NCI.0b013e318245381a
- Hsueh, M. T.-F., & Dorcy, K. S. (2016). Improving transitions of care with an advanced practice nurse: a pilot study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(3), 240-243. doi:10.1188/16.CJON.240-243

- Jane, W., Faux, S. G., Estell, J., Wilson, S., Harris, I., Poulos, C. J., & Klein, L. (2017). Early rehabilitation after hospital admission for road trauma using an in-reach multidisciplinary team: A randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 31(9), 1189-1200. doi:10.1177/0269215517694462
- Jonasson, L.-L., Holgersson, A., Nytomt, M., & Josefsson, K. (2017). Preconditions for district nurses' telephone counselling during call-time in municipal home care: An observational study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(1), 12-19. doi:10.1177/2057158516658810
- Knutsson, B., Michaelsson, K., & Sanden, B. (2013). Obesity is associated with inferior results after surgery for lumbar spinal stenosis: A study of 2633 patients from the Swedish spine register. *Spine*, 38(5), 435-441. doi:10.1097/BRS.0b013e318270b243
- Leung, G. K., Ng, G. K., Ho, W., Hung, K. N., & Yuen, W. K. (2012). Impact of a multidisciplinary trauma team on the outcome of acute subdural haematoma. *Injury*, 43(9), 1419-1422. doi:10.1016/j.injury.2011.03.017
- Malathum, K., & Asanasan, S. (2013). *A Guide to precaution and control of infection in hospital*. Bangkok: Bamrasnaradura Institute Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Phillips, F. M., Slosar, P. J., Youssef, J. A., Andersson, G., & Papatheofanis, F. (2013). Lumbar spine fusion for chronic low back pain due to degenerative disc disease: A systematic review. *Spine*, 38(7), E409-422. doi:10.1097/BRS.0b013e3182877f11
- Pothisarn, J. (2011). *The synthesis of practice guidelines for prevention of deep vein thrombosis in hospitalized elderly undergoing knee and hip surgery* (Master degree in adult nursing). Mahidol University, Bangkok.
- Prasat Neurological Institute. (2551). *Clinical nursing practice guidelines for Surgical Spine*. Bangkok.
- Roopsawang, I., Aree-Ue, S., & Putwatana, P. (2009). A follow-up study of health status in patients with chronic low back pain before and after spinal surgery. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15(3), 344-360.
- Sakulsriprasert, P., Vachalathiti, R., Vongsinavarat, M., & Kantasorn, J. (2006). Cross-cultural adaptation of modified Oswestry low back pain disability questionnaire to Thai and Its Reliability. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(10), 1694-1701.
- Sathira-Angkura, T., & Khwansatapomkoon, K. (2014). PEPPA Framework for advanced practice nurse role development. *Journal of Nursing Division*, 41(2), 84-96.
- Sugrue, P. A., Halpin, R. J., & Koski, T. R. (2013). Treatment algorithms and protocol practice in high-risk spine surgery. *Neurosurgery Clinics of North America*, 24(2), 219-230. doi:10.1016/j.nec.2012.12.012
- Suwisith, N., & Hanucharunkul, S. (2011). Development of the patient satisfaction with nursing care questionnaire. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(2), 264-277.
- Vialle, E., Oliveira Pinto, B., Vialle, L., & Gomez, J. (2015). Evaluation of psychosomatic distress and its influence in the outcomes of lumbar fusion procedures for degenerative disorders of the spine. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 25, 25-28.



การรับรู้การบริการของโรงพยาบาล ตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการ
ของผู้ใช้บริการ ห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
HOSPITAL SERVICES PERCEPTION FOLLOWED BY SERVICE MARKETING MIX
STRATEGIES OF CLIENTS, OUT-PATIENT DEPARTMENT OF MEDICINE,
POLICE GENERAL HOSPITAL

สมบุญ ชัดติยะสุวงศ์

Somboon Kattiyasu Wong

พ.ต.อ.หญิง, พยาบาล (สบ 4) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพฯ 10330

Police Colonel, RN., Police General Hospital, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: skkattiya@yahoo.co.th

Received: March 23, 2019

Revised: October 19, 2019

Accepted: November 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การบริการตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการ ด้านผลิตภัณฑ์ ราคา ช่องทางการให้บริการ การส่งเสริมการตลาด บุคลากร ลักษณะทางกายภาพ กระบวนการให้บริการ และโดยรวมทุกด้าน ของห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ จากผู้ใช้บริการห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ 5 กลุ่ม ได้แก่ ข้าราชการตำรวจ ข้าราชการเงินเอง กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และประกันสุขภาพ ตัวอย่างคือ ผู้ใช้บริการจำนวน 381 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จำนวน 45 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ .80-1.00 และมีความเที่ยงของเครื่องมือจากการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การบริการตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการ ของผู้ใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.89$, $SD=.57$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านลักษณะทางกายภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.17$, $SD=.62$) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ($M=4.14$, $SD=.61$) ด้านผลิตภัณฑ์ ($M=3.99$, $SD=.66$) ด้านกระบวนการให้บริการ ($M=3.87$, $SD=.79$) ด้านช่องทางการให้บริการ ($M=3.84$, $SD=.70$) ด้านราคา ($M=3.83$, $SD=.66$) และด้านการส่งเสริมการตลาด ($M=3.50$, $SD=.79$) ตามลำดับ การรับรู้การบริการตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการของกลุ่มผู้ใช้บริการ เมื่อจำแนกเป็น 5 กลุ่มตามสิทธิ์ ได้แก่ สิทธิ์ข้าราชการตำรวจ ข้าราชการเงินเอง กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และประกันสุขภาพ พบว่า การรับรู้ของกลุ่มผู้ใช้บริการ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสิทธิ์ข้าราชการตำรวจและประกันสุขภาพ มีการรับรู้ด้านผลิตภัณฑ์ ($M=3.98$, $SD=.70$ และ $M=4.12$, $SD=.68$) ราคา ($M=4.01$, $SD=.65$ และ $M=3.86$, $SD=.72$) ช่องทางการให้บริการ ($M=3.91$, $SD=.67$ และ $M=3.98$, $SD=.66$) การส่งเสริมการตลาด ($M=3.58$, $SD=.88$ และ $M=3.55$, $SD=.81$) บุคลากร ($M=4.23$, $SD=.64$ และ $M=4.14$,

$SD=.60$) ลักษณะทางกายภาพ ($M=4.30$, $SD=.54$ และ $M=4.24$, $SD=.60$) และกระบวนการให้บริการ ($M=3.76$, $SD=.81$ และ $M=3.83$, $SD=.89$) อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 7 ด้าน ส่วนอีก 3 กลุ่มได้แก่ สิทธิข้าราชการเงินเอง กรมบัญชีกลาง และประกันสังคม มีการรับรู้การให้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ยกเว้นด้านการส่งเสริมการตลาด อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.49$, $SD=.76$; $M=3.46$, $SD=.80$ และ $M=3.41$, $SD=.60$)

คำสำคัญ : การรับรู้, กลุ่มตัวอย่างประชากรตลาด, ผู้ใช้บริการ

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the clients' perception followed by service marketing mix strategies: product, price, place, promotion, people, physical evidence, process, and overall aspects of the out-patient department of medicine, Police General Hospital. Clients had 5 groups composed of police officer, self-pay, government officer, social security and universal coverage. The convenience sample included 381 persons at the out-patient department of medicine, Police General Hospital. The research instruments were questionnaires (45 items) developed by the researcher. The indices of item objective congruence (IOC) were .8-1.0, and Cronbach's alpha coefficient was .97. Data were analyzed by percentage, mean, and standard deviation.

The results showed that: 1) Hospital service perception followed by marketing mix strategies of clients in the out-patient department of medicine all 7 parts was at a high level ($M=3.89$, $SD=.57$). The physical evidence showed the highest mean score ($M=4.17$, $SD=.62$), followed by people ($M=4.14$, $SD=.61$), product ($M=3.99$, $SD=.66$), process ($M=3.87$, $SD=.79$), place ($M=3.84$, $SD=.70$), price ($M=3.83$, $SD=.66$), and promotion ($M=3.50$, $SD=.79$), respectively. 2) Hospital service perception followed by marketing mix strategies of 5 groups of clients in the out-patient department of medicine revealed that the groups of police officer and universal coverage had the high level of mean score of all 7 parts ; product ($M=3.98$, $SD=.70$ and $M=4.12$, $SD=.68$), price ($M=4.01$, $SD=.65$ and $M=3.86$, $SD=.72$), place ($M=3.91$, $SD=.67$ and $M=3.98$, $SD=.66$), promotion ($M=3.58$, $SD=.88$ and $M=3.55$, $SD=.81$) people ($M=4.23$, $SD=.64$ and $M=4.14$, $SD=.60$), physical evidence ($M=4.30$, $SD=.54$ and $M=4.24$, $SD=.60$), and process ($M=3.76$, $SD=.81$ and $M=3.83$, $SD=.89$), respectively. The groups of self-pay, government officer, and social security had the high level of mean score of all parts except the part of promotion had the moderate level of mean score ($M=3.49$, $SD=.76$; $M=3.46$, $SD=.80$, and $M=3.41$, $SD=.60$, respectively).

Keywords: perception, service marketing mix strategies, clients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของโลกเป็นไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านเศรษฐกิจและสังคม ภาครัฐมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงองค์กร เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีการนำแนวคิด

การตลาดบริการที่เป็นเครื่องมือของภาคเอกชนที่นำมาใช้จนประสบความสำเร็จ ภาครัฐจึงมีการนำมาปรับใช้ในการให้บริการประชาชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ ส่วนประชากรตลาดบริการ ซึ่งเมื่อนำแนวคิดนี้มาใช้เพื่อปรับปรุงการบริการ โดยคำนึงถึงการตอบสนองของ

ผู้ให้บริการยกตัวอย่างเช่น การขายสินค้าก็มักจะเพิ่มการบริการเสริมเข้าไปด้วยเพื่อสร้างคุณค่าความแตกต่าง ซึ่งเป็นกลยุทธ์เพื่อการเอาชนะคู่แข่ง นักการตลาดยุคใหม่จึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องลูกค้าสัมพันธ์ (customer relationship management) เนื่องจากผลิตภัณฑ์หรือสินค้านั้นสามารถลอกเลียนแบบกันได้โดยใช้เวลาไม่นาน แต่การบริการที่มีสายสัมพันธ์ที่ดี จะทำให้ลูกค้าเกิดความภักดีในตัวสินค้ามากกว่า

โรงพยาบาลเอกชนได้นำกลยุทธ์การตลาดมาใช้อย่างแพร่หลายนานนับสิบปีเพื่อรักษาลูกค้าเก่าให้คงอยู่ รวมถึงการดึงดูดลูกค้ารายใหม่ให้เลือกใช้บริการ ซึ่งเครื่องมือการตลาดที่ถูกนำมาใช้ในช่วงแรก คือ ส่วนประสมการตลาด (marketing mix) ที่เรียกว่า 4 P's ซึ่ง Mc Carthy (as cited in Booms & Bitner, 1981) กล่าวว่าประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์บริการ (product) ราคา (price) ช่องทางการจัดจำหน่าย (place) และการส่งเสริมการตลาด (promotion) ต่อมา บูมส์และบิทเนอร์ (Booms & Bitner, 1981) ได้เสนอว่าในตลาดบริการนั้น กลยุทธ์ 4 P's ควรต้องได้รับการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับการบริการ เนื่องจากการบริการเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน ไม่สามารถจับต้องได้ ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการจึงมองหาสัญลักษณ์ที่สามารถตัดสินคุณภาพได้ นอกจากนี้ในกระบวนการผลิต และส่งมอบบริการนั้นจะกระทำในเวลาเดียวกัน โดยที่ผู้ให้และผู้ให้บริการต่างมีอิทธิพลต่อกันเสมอ ดังนั้น บูมส์และบิทเนอร์จึงเสนอให้เพิ่มอีก 3 P's คือ ลักษณะทางกายภาพ (physical evidence) บุคลากร (people) และกระบวนการให้บริการ (process) แล้วรวมเรียกว่า 7 P's

โรงพยาบาลตำรวจเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 650 เตียง เป็นสถานบริการของรัฐสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทำเลตั้งอยู่ใจกลางเมือง ให้บริการผู้ป่วย 7 สาขาหลัก ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ตา และหู คอ จมูก จำนวนผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกปี 2560 เท่ากับ 740,571 ครั้ง/ปี หรือเฉลี่ยวันละ

3,035 คน (Medical Record and Statistics Section, Police General Hospital, 2018) ซึ่งในการให้บริการนั้นต้องดำเนินการตามนโยบายและมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของ HA ฉบับที่ 4 ตอนที่ 1 ข้อ 3.1 เสียงของผู้ป่วย ที่กล่าวว่า องค์กรต้องรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ออกแบบและปรับปรุงการบริการให้ตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2018) อีกทั้งโรงพยาบาลตำรวจกำลังพัฒนาเพื่อเข้าสู่ระบบการรับรองมาตรฐาน JCI (joint commission international) ส่งผลให้ต้องมีการพัฒนาองค์กร ทั้งด้านคุณภาพบริการ ด้านโครงสร้างทางกายภาพ การส่งเสริมทางการตลาด ช่องทางการให้บริการ ตลอดจนการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้มีศักยภาพเท่าเทียมสากล

ห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ เป็นหน่วยให้บริการประเภทผู้ป่วยนอก ที่มียอดผู้ใช้บริการ มากเป็นอันดับ 1 ในประเภทการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตำรวจ โดยมียอดผู้ใช้บริการ เฉลี่ยวันละประมาณ 400 คน ให้บริการด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาทางอายุรกรรม ในช่วงวันและเวลาราชการ ซึ่งที่ผ่านมาศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตำรวจได้ดำเนินการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ.2557-2560 โดยใช้แบบสอบถามการบริการ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณภาพบริการ/กระบวนการ 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านคุณภาพของเครื่องมือ อุปกรณ์การตรวจรักษา 4) ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา และ 5) ด้านสภาพแวดล้อมและความปลอดภัย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องตรวจโรคอายุรกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านคุณภาพบริการ/กระบวนการ ร้อยละ 69.01 ด้านบุคลากร ร้อยละ 76.85 ด้านคุณภาพของเครื่องมือ อุปกรณ์การตรวจรักษา ร้อยละ 74.09 ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ร้อยละ 75.50 และด้านสภาพแวดล้อมและความปลอดภัย ร้อยละ 65.25

เมื่อพิจารณาประเด็นข้อคำถามที่ใช้สอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ พบว่า ยังไม่ครอบคลุมตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาด ยังขาดข้อคำถามเกี่ยวกับด้านช่องทางการให้บริการ และด้านการส่งเสริมทางการตลาด รวมถึงข้อคำถามที่ใช้ในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ยังไม่ครอบคลุมภาพรวมของห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั้งหมด และไม่ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้รับบริการตามสิทธิ์การรักษา

การที่โรงพยาบาลตำรวจมุ่งที่จะพัฒนามาตรฐานของโรงพยาบาลให้เข้าสู่ระบบสากล แต่ยังคงขาดข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาด หรือหลัก 7P's ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าของผู้วิจัย พบว่า ส่วนประสมการตลาดได้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในธุรกิจบริการอย่างกว้างขวาง รวมทั้งในโรงพยาบาล เช่น การศึกษาของ Suwadis (2011) ที่ศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดและสิ่งแวดล้อมทางการตลาดที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับมาก และปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 5 ด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการบริการ ด้านราคา ด้านช่องทางการให้บริการ ด้านบุคลากร และด้านกระบวนการให้บริการ และการศึกษาของ Sanukarn (2015) ที่ศึกษาแนวทางการส่งเสริมการตลาดบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ในด้านช่องทางการให้บริการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อมกายภาพ ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านบุคลากร ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านราคา และด้านผลิตภัณฑ์บริการ ตามลำดับ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการมาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัย เพื่อจะนำผลที่ได้ไปเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการบริการ และเพื่อ

พัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลรักษา ให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพ HA (hospital accreditation) และ JCI (joint commission international) โดยจำแนกกลุ่มที่ต้องการศึกษาออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ข้าราชการตำรวจ ข้าราชการเงินเอง กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และประกันสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ เพื่อการบริหารจัดการคุณภาพการบริการพยาบาลสู่มาตรฐานสากลอย่างมืออาชีพ

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยใช้กรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการ (7 P's) ตามแนวคิดของซีทแฮมและบิทเนอร์ (Zeithaml & Bitner, 2000) ประกอบด้วยด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการให้บริการ ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านบุคลากร ด้านลักษณะทางกายภาพ ด้านกระบวนการให้บริการ

1. ด้านผลิตภัณฑ์ (product) หมายถึง สิ่งที่บริษัทนำเสนอออกขายเพื่อก่อให้เกิดความสนใจ โดยการบริโภคหรือการใช้บริการนั้นสามารถทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ โดยความพึงพอใจนั้นอาจจะมาจากสิ่งที่สัมผัสได้และ/หรือสัมผัสไม่ได้

2. ด้านราคา (price) หมายถึง จำนวนเงินตราที่ต้องจ่ายเพื่อให้ได้รับผลิตภัณฑ์ สินค้าและ/หรือบริการของกิจการ หรืออาจเป็นคุณค่าทั้งหมดที่ลูกค้ารับรู้ เพื่อให้ได้รับผลประโยชน์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ สินค้าและ/หรือบริการนั้น ๆ อย่างคุ้มค่ากับจำนวนเงินที่จ่ายไป

3. ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย (place/channel distribution) หมายถึง ช่องทางการจำหน่ายสินค้า และ/หรือบริการ รวมถึงวิธีการที่จะนำสินค้าและ/หรือบริการนั้น ๆ ไปยังผู้บริโภคเพื่อให้ทันต่อความต้องการ ซึ่งมีหลักเกณฑ์ที่ต้องพิจารณาว่า กลุ่มเป้าหมายคือใคร และควรกระจายสินค้าและ/หรือบริการสู่ผู้บริโภคผ่านช่องทางใดจึงจะเหมาะสมมากที่สุด

4. ด้านการส่งเสริมการตลาด (promotion) หมายถึง เครื่องมือการสื่อสารทางการตลาด เพื่อสร้างความสนใจ (motivation) ความคิด (thinking) ความรู้สึก (feeling) ความต้องการ (need) และความพึงพอใจ (satisfaction) ในสินค้าและ/หรือบริการ โดยสิ่งนี้จะใช้ในการจูงใจลูกค้ากลุ่มเป้าหมายให้เกิดความต้องการหรือเพื่อเตือนความทรงจำ (remind) ในตัวผลิตภัณฑ์

5. ด้านบุคคล (people) หรือบุคลากร หมายถึง พนักงานที่ทำงานเพื่อก่อประโยชน์ให้แก่องค์กรต่าง ๆ ซึ่งนับรวมตั้งแต่เจ้าของกิจการ ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง ผู้บริหารระดับล่างพนักงานทั่วไป แม่บ้าน เป็นต้น โดยบุคลากรนับได้ว่าเป็นส่วนผสมทางการตลาดที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้คิด วางแผน และปฏิบัติงาน เพื่อขับเคลื่อนองค์กรให้เป็นไปในทิศทางที่วางกลยุทธ์ไว้ นอกจากนี้บทบาทอีกอย่างหนึ่งของบุคลากรที่มีความสำคัญ คือ การมีปฏิสัมพันธ์และสร้างมิตรไมตรีต่อลูกค้าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ และเกิดความผูกพันกับองค์กรในระยะยาว

6. ด้านลักษณะทางกายภาพ (physical evidence) หมายถึง สิ่งที่ลูกค้าสามารถสัมผัสได้จากการเลือกใช้นโยบายและ/หรือบริการขององค์กร เป็นการสร้างความแตกต่างอย่างโดดเด่น และมีคุณภาพ เช่น การตกแต่งร้าน รูปแบบของการจัดจานอาหาร การแต่งกายของพนักงานในร้าน การพูดจาต่อลูกค้า การบริการที่รวดเร็ว เป็นต้น

7. ด้านกระบวนการ (process) หมายถึง เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีการและงานปฏิบัติในด้านการบริการที่นำเสนอให้กับผู้ใช้บริการ เพื่อบริการให้บริการอย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยในแต่ละกระบวนการสามารถมีได้หลายกิจกรรม ตามแต่รูปแบบและวิธีการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งหากว่ากิจกรรมต่าง ๆ ภายในกระบวนการมีความเชื่อมโยงและประสานกัน จะทำให้กระบวนการโดยรวมมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ

ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาล จากการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ เขตกรุงเทพฯ ที่มีความสำคัญอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ส่วนประสมด้านผลิตภัณฑ์ ด้านสถานที่บริการ ด้านช่องทางจัดจำหน่าย ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านลักษณะทางกายภาพ ส่วนปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ด้านราคา และด้านกิจกรรมส่งเสริมการตลาด มีความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง (Raknak, 2013)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้มารับบริการ ในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Na Bangchaeng and Archarungroj (2015) พบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก คือ ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านบุคลากร และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ส่วนปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ ปัจจัยด้านสถานที่ ด้านการส่งเสริมทางการตลาด และด้านกระบวนการ

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้บริการตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการ (7 P's) ด้านผลิตภัณฑ์ ราคา ช่องทางการให้บริการ การส่งเสริมการตลาด บุคลากร ลักษณะทางกายภาพ กระบวนการให้บริการ และโดยรวมทุกด้าน ของผู้ใช้บริการ 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าราชการตำรวจ ข้าราชการเอง กรมบัญชีกลาง ประกันสังคมและประกันสุขภาพ ที่มาใช้บริการห้องตรวจโรค อายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร เป็นผู้ที่มาใช้บริการห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจในปี พ.ศ. 2561 เฉลี่ยเดือนละ 8,000 คน

ตัวอย่าง เป็นผู้มาใช้บริการห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ที่คำนวณโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่มีข้อมูลสถิติประชากรผู้เข้ารับบริการ จำนวน 8,000 คน กำหนดโอกาสที่ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อย 381 คน ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยใช้การคัดเลือกตัวอย่างตามสะดวก (convenience selection) จากผู้มารับบริการห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเดือนมิถุนายน 2561 ได้ตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 381 คน ตามที่คำนวณไว้ซึ่งเพียงพอสำหรับการนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัย และสื่อออนไลน์ เพื่อให้ข้อมูลมีความทันสมัย และยึดตามแนวคิดของซีทแฮมและบิทเนอร์ (Zeithaml & Bitner, 2000) มีจำนวน 45 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอน 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย มี 4 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา จำนวนครั้งที่ใช้บริการ

ตอน 2 สอบถามเกี่ยวกับการบริการตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์จำนวน 5 ข้อ ด้านราคา จำนวน 5 ข้อ ด้านช่องทางการให้บริการจำนวน 8 ข้อ ด้านการส่งเสริมการตลาด จำนวน 4 ข้อ ด้านบุคลากร จำนวน 10 ข้อ ด้านลักษณะทางกายภาพ จำนวน 6 ข้อ และด้านกระบวนการให้บริการ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ต่ำที่สุด (1) ถึงมากที่สุด (5)

การแปลผลข้อมูล ใช้ค่าเฉลี่ยเป็นรายด้าน และโดยรวม แบ่งเป็น 5 ช่วง

ระดับคะแนน 4.21 - 5.00 หมายถึง การบริการที่ท่านได้รับจริงในระดับมากที่สุด

ระดับคะแนน 3.41 - 4.20 หมายถึง การบริการที่ท่านได้รับจริงในระดับมาก

ระดับคะแนน 2.61 - 3.40 หมายถึง การบริการที่ท่านได้รับจริงในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 1.81 - 2.60 หมายถึง การบริการที่ท่านได้รับจริงในระดับน้อย

ระดับคะแนน 1.00 - 1.80 หมายถึง การบริการที่ท่านได้รับจริงในระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือนี้ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลระดับผู้บริหาร 1 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ด้วยดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of consistency: IOC) พบว่า อยู่ในเกณฑ์ดีมาก (.80-1.0) และเมื่อนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้มาใช้บริการห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกันที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่อนุมัติ จว.04/2562 โดยมีการแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงผลกระทบ และประโยชน์ที่ตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ โดยตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามต้องสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกรับบริการแต่อย่างใด และเมื่อได้รับข้อมูลจากตัวอย่างจนครบแล้ว ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลโดยการเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และรายงานผลการวิเคราะห์ในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ-นามสกุลของตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

1. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต จากกลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อเก็บ ข้อมูลจากตัวอย่างจำนวน 381 คน ที่มาใช้บริการ ห้องตรวจโรคอาชญากรรม โรงพยาบาลตำรวจ

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเอง ซึ่งใช้เวลาในการให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามคนละ 15 - 20 นาที

3. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาตรวจสอบความ สมบูรณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.61 รองลงมาคือ อายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 27.03 อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.31 อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.96 และอายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.09 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 38.85 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 19.95 ระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 15.22 ระดับสูงกว่า ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 11.55 ปวช.-ปวส. คิด เป็นร้อยละ 9.97 อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 3.15 และไม่ได้ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 1.31 สิทธิ การรักษาชำระเงินเอง คิดเป็นร้อยละ 23.88 รองลงมาคือ ชำระการตำรวจ คิดเป็นร้อยละ 22.83 กรมบัญชีกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.05 ประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 18.11 และ

ประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 13.12 และใช้บริการ มากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 96.00

2. การรับรู้การบริการตามกรอบกลยุทธ์ ส่วนประสมการตลาดบริการตามการรับรู้ของ ผู้ใช้บริการโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อ พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านลักษณะทางกายภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ด้าน ผลិតภัณฑ์ ด้านกระบวนการให้บริการ ด้าน ช่องทางการให้บริการ ด้านราคา และด้าน การส่งเสริมการตลาด ตามลำดับ

3. การรับรู้การบริการตามกรอบกลยุทธ์ ส่วนประสมการตลาดบริการทั้ง 7 ด้าน คือ ด้าน ผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการให้บริการ ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านบุคลากร ด้าน ลักษณะทางกายภาพ และด้านกระบวนการ ให้บริการ ของกลุ่มผู้ใช้สิทธิบริการ 5 กลุ่ม ได้แก่ ข้าราชการตำรวจ ชำระเงินเอง กรมบัญชีกลาง ประกันสังคมและประกันสุขภาพ พบว่า การรับรู้ ของ 2 กลุ่ม ได้แก่ ข้าราชการตำรวจ และประกัน สุขภาพ มีการรับรู้การบริการทุกด้านอยู่ในระดับ มาก ส่วนการรับรู้การบริการตามกรอบกลยุทธ์ ส่วนประสมการตลาดบริการทั้ง 7 ด้าน ของอีก 3 กลุ่ม มีการรับรู้ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้าน ช่องทางการให้บริการ ด้านบุคลากร ด้านลักษณะ ทางกายภาพ และด้านกระบวนการให้บริการอยู่ใน ระดับมาก ได้แก่ ชำระเงินเอง กรมบัญชีกลาง และ ประกันสังคม ยกเว้น การรับรู้การบริการตาม กรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการด้าน การส่งเสริมการตลาดของกลุ่มชำระเงินเอง กรมบัญชีกลาง และประกันสังคม อยู่ในระดับ ปานกลาง ตามลำดับ

ตาราง 1 ผลการบริการตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ 5 กลุ่ม (n=381)

ส่วนประสม การตลาด	ข้าราชการ ตำรวจ (n=87)		ข้าราชการ เงินเอง (n=91)		กรมบัญชีกลาง (n=84)		ประกันสังคม (n=50)		ประกัน สุขภาพ (n=69)		โดยรวม	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. ด้านผลิตภัณฑ์	3.98	.70	4.00	.62	4.02	.63	3.84	.66	4.12	.68	3.99	.66
2. ด้านราคา	4.01	.65	3.63	.63	3.95	.61	3.70	.74	3.86	.72	3.83	.66
3. ด้านช่องทางการให้บริการ	3.91	.67	3.86	.75	3.84	.73	3.61	.66	3.98	.66	3.84	.70
4. ด้านการส่งเสริมการตลาด	3.58	.88	3.49	.76	3.46	.80	3.41	.60	3.55	.81	3.50	.79
5. ด้านบุคลากร	4.23	.64	4.16	.61	4.14	.58	4.03	.59	4.14	.60	4.14	.61
6. ด้านลักษณะทางกายภาพ	4.30	.54	4.19	.63	4.17	.62	3.95	.68	4.24	.60	4.17	.62
7. ด้านกระบวนการให้บริการ	3.76	.81	3.74	.72	3.61	.81	3.66	.65	3.83	.89	3.87	.79
โดยรวม	3.97	.59	3.87	.55	3.89	.56	3.74	.54	3.96	.59	3.89	.57

การอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้การบริการตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการของผู้ใช้บริการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamolpiyapat (2015) ที่ศึกษาการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาด โดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Suwadis (2011) ที่ศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดและสิ่งแวดล้อมทางการตลาดที่มีผลต่อพฤติกรรมเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดโดยรวมอยู่ในระดับมาก และจากผลการศึกษาของ Pana (2007) พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของส่วนประสมทางการตลาดที่เกิดจากการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม อยู่ในระดับมาก และด้านลักษณะทางกายภาพมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สูงสุด

การที่โรงพยาบาลตำรวจตั้งอยู่ในทำเลที่มีการคมนาคมสะดวก มีสิ่งอำนวยความสะดวก

พร้อม และห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรมที่ทันสมัย ทำให้ด้านภาพลักษณ์ทางกายภาพสะอาดและเป็นระเบียบ โดยมีระบบจ้างบริษัทเอกชนมาดูแลเรื่องความสะอาดโดยเฉพาะ ประกอบกับนโยบายผู้บริหารที่เน้นความเป็นเลิศด้านการบริการที่มุ่งพัฒนาไปสู่การรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA และ JCI จึงทำให้ค่าเฉลี่ยการรับรู้การบริการตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการของผู้ใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยของส่วนประสมทางการตลาดด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก ($M=4.14$, $SD=.61$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pana (2007) ที่พบว่า การตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมมีคะแนนเฉลี่ยด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก ($M=4.25$, $SD=.58$) เนื่องจากแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลตำรวจ มีแพทย์พยาบาลที่มีความรู้ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ ความชำนาญในการตรวจวินิจฉัยโรคและให้การรักษารวมทั้งมีการอบรมพฤติกรรมบริการให้แก่บุคลากรใน

หน่วยงานเป็นระยะ ๆ ครอบคลุมบุคลากรแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพในการบริการ

คะแนนเฉลี่ยของส่วนประสมทาง การตลาดด้านผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Pana (2007) ที่พบว่าการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลใน โครงการประกันสังคมมีคะแนนเฉลี่ยด้าน ผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ให้บริการ โรงพยาบาลตำรวจให้ความสำคัญกับเรื่องของ คุณภาพของยาและอุปกรณ์การรักษาโรค

ส่วนด้านกระบวนการให้บริการมีคะแนน เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwadis (2011) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้าน กระบวนการให้บริการ ของผู้ให้บริการโรงพยาบาล เอกชน ในเขตจังหวัดชลบุรี อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamolpiyapat (2015) พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านกระบวนการ ให้บริการของผู้ให้บริการ โรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับมาก เนื่องจาก ผู้ใช้บริการโรงพยาบาลตำรวจให้ความสำคัญกับ การเอาใจใส่และการดูแลทุกขั้นตอนของแพทย์- พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานงาน ระหว่างแผนกต่าง ๆ มีประสิทธิภาพและสามารถ ชำระเงินได้รวดเร็ว

ด้านช่องทางการให้บริการและด้านราคา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ การศึกษาของ Eawsinphanit, Sitakalin, and Rojanasang (2015) ที่ศึกษาปัจจัยส่วนประสม ทางการตลาดที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชนในเขต ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร พบว่า ด้านช่องทางการให้บริการ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งห้องตรวจผู้ป่วย นอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ มีการปรับ สถานที่ให้เหมาะสมและปลอดภัยแก่ผู้ให้บริการ รวมทั้งมีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ และพบว่า ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญกับค่ารักษาพยาบาลที่มี

ความเหมาะสมเมื่อเทียบกับการบริการและ คุณภาพของการรักษาที่ได้รับ

สำหรับคะแนนเฉลี่ยด้านการส่งเสริม การตลาด ในการศึกษาอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamolpiyapat (2015) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการส่งเสริม การตลาดของโรงพยาบาลเอกชนอยู่ในระดับมาก อาจเพราะห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจมีการประชาสัมพันธ์ผ่าน ช่องทางต่าง ๆ ของโรงพยาบาลตำรวจ และมีการติดแผ่นประชาสัมพันธ์ในบริเวณโรงพยาบาล

เมื่อนำข้อมูลของผู้ใช้บริการมาแยก วิเคราะห์การรับรู้เป็น 5 กลุ่มตามสิทธิ์การรักษา พบว่า การรับรู้การบริการตามกรอบกลยุทธ์ส่วน ประสมการตลาดบริการของกลุ่มข้าราชการตำรวจ และประกันสุขภาพ มีการรับรู้การบริการทุกด้าน อยู่ในระดับมาก เนื่องจากที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุง ระบบการบริการ โดยเฉพาะช่องทางพิเศษสำหรับ ผู้ใช้บริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนอีก 3 กลุ่ม ได้แก่ ชำระเงินเอง กรมบัญชีกลาง และ ประกันสังคม มีการรับรู้ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการให้บริการ ด้านลักษณะทาง กายภาพ ด้านบุคลากร และด้านกระบวนการ ให้บริการอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการส่งเสริม การตลาดที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งห้องตรวจ ผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจใน ปัจจุบันยังไม่ได้มีการส่งเสริมด้านการตลาดมากนัก มีเพียงการประชาสัมพันธ์ผ่านป้ายและช่องทางบน เว็บไซต์ของโรงพยาบาลตำรวจ และจัดกิจกรรมให้ ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ให้บริการบริเวณลาน กิจกรรมของโรงพยาบาล ซึ่งก็ยังมีจำนวนน้อย ไม่ เพียงพอกับความต้องการของผู้ใช้บริการ และด้วย ข้อจำกัดด้านกฎหมายและงบประมาณ จึงต้องมีการศึกษาเพื่อหาแนวทางพัฒนาด้านการตลาดของ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาล ตำรวจ ให้มากขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ควรทบทวนมาตรการ การเพิ่มกิจกรรมด้านการส่งเสริมการตลาดให้มากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นการเพิ่มส่วนแบ่งการตลาดของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลตำรวจให้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Booms, B. H., & Bitner, M. J. (2000). Marketing strategies and organization structures for service firms. In J. H. Donnelly & W. R. George (Eds), *Marketing of service*, pp. 47 - 51. Chicago: American Marketing Association, Chicago.
- Eawsinphanit, V., Sitakalin, P., & Rojanasang, C. (2015). *Marketing mix factors influencing customer behavior at private hospitals' 150 bedside in Medical Rehabilitation Service Units*. The 5 th STOU Graduate Research Conference. Sukhothai Thammathirat Open University.
- Kamolpiyapat, S. (2015). *The decision making to use service of private hospital in Bangkok* (Master of business administration). School of Business Administration, Bangkok University, Bangkok. Retrieved from <http://dspace.bu.ac.th/bitstream/123456789/1208/1/sirikarn.kamo.pdf>
- Keeteeparakul, R. (2014). *Quality of marketing mix service of government savings bank in Kanchanaburi province* (Master of business administration). Faculty of Business Administration, Kanchanaburi Rajabhat University, Kanchanaburi.
- Ketsing, W. (1995). Mean and interpretation. *Educational Research Journal*, 18(3), 8-11.
- Medical Record and Statistics Section, Police General Hospital. (2018). *Statistics report of PGH 2018*. Police General Hospital.
- Na Bangchaeng, J., & Archarungroj, P. (2015). Factors affecting behavior of public health services in Somdechprapinklao hospital, Thonburi, Bangkok. *Srinakharinwirot Business Journal*, 6(12), 123-133.
- Pana, J. (2007). *Decision making towards hospital services within the social security project* (Master of management technology). School of Management Technology, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima.
- Raknak, J. (2013). *Marketing factors affect the decision making of large private hospital services in Bangkok*. The 4th Academic meeting in HatYai, 99 - 104. Retrieved from http://www.hu.ac.th/conference/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book2/Poster2/502_99-104.pdf.
- Sanukarn, W. (2015). *Guidelines of services marketing promotion for the outpatient department of the Sawangdand in Crown Prince Hospital*, 39-50. Retrieved from <https://journal.oas.psu>.
- Suwadis, T. (2011). The impacts of marketing mix and marketing environment on the selection of private hospitals in Chonburi province. *Interdisciplinary Sripatum Chonburi Journal*, 1(3), 62-71.
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2018). *Hospital and healthcare standards 4th edition effective for healthcare accreditation 1 July 2018*. Retrieved from <https://www.ha.or.th/>
- Total Quality Management, Police General Hospital. (2018). *Reports of client's satisfaction of out-patient department services*. Police General Hospital.
- Worrawechwittaya, J. (2016). *Marketing mix affects service satisfaction in the Muangraj Kitchen* (Master of business administration). Faculty of Management Science, Silpakorn University, Nakorn Prathom Province.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. New York, NY: Harper & Row.
- Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (2000). *Services marketing*. New York, NY: McGraw-Hill.



บทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก¹ NURSE'S ROLES IN A THAI TRADITIONAL MEDICINE AND ALTERNATIVE MEDICINE UNIT

จรัสศรี อธิยาศัย²

อารีย์วรรณ อ่วมตานี³

Jarutsri Atthayasai

Areewan Oumtane

¹ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of this thesis, Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), Faculty of Nursing,
Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Associate Professor, Ph.D. (Nursing), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Corresponding Author Email: areeday@yahoo.com

Received: June 2, 2019

Revised: November 24, 2019

Accepted: November 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ใช้เทคนิค Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาสร้างแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อที่เป็นบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แล้วส่งแบบสอบถามกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นอีกครั้ง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า บทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย 5 บทบาท ดังนี้ 1) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2) ผู้ให้ข้อมูลและคำปรึกษา เกี่ยวกับการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้สนใจการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3) ผู้บริหารจัดการความเสี่ยง เกี่ยวกับการวางแผนควบคุมและจัดการความเสี่ยงอย่างมีระบบ 4) ผู้ประสานงานการบำบัดรักษา เกี่ยวกับการติดต่อประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ 5) ผู้พัฒนาตนเอง เกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และทำวิจัยทางการพยาบาลที่บูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยที่ได้ครั้งนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็น

แนวทางการจัดเตรียมและพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการพัฒนาตนเองให้พร้อมปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าว

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคต

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the nurse's roles in Thai Traditional medicine and Alternative Medicine (TTAM) unit by using EDR technique. Informants were 17 experts. The EDR technique was used under 3 major steps. Step 1: All experts were interviewed about the nurse's roles in Thai traditional medicine and alternative medicine unit. Step 2: Interviewed data were analyzed to develop a questionnaire and the questionnaire was sent to prior experts for their opinions. Step 3: Questionnaire items were analyzed by using the mean and inter quartile range, then sent back to the experts for their confirmation.

The results can be summarized in the nurse's roles in Thai Traditional medicine and Alternative Medicine unit composed of 5 categories as follows: 1) A care provider including patient care of Conventional medicine and TTAM by nursing process. 2) An informant and counselor in both Conventional medicine and TTAM services concerning in the informing process to the individual patient, family, etc. 3) A risk manager to assess the risk management from the Conventional medicine and TTAM regarding planning controls and risk management as a system. 4) A coordinator for Conventional medicine and TTAM services regarding coordination with the staff and relevant departments with patient care of the Conventional medicine and TTAM. And 5) A self-developer including improving knowledge and conducting nursing research integrated in Conventional medicine and TTAM. According to the findings, the nurse executives can use the research findings to prepare and develop the nurse who are working in Thai traditional and alternative medicine unit. In addition, nurses can use these findings to prepare themselves before working in this unit.

Keywords : nurses' roles, Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine unit, Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันหน่วยงานการแพทย์ผสมผสานและแพทย์ทางเลือกได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น ทั้งในทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชีย โดยมีการนำเอาแพทย์ทางเลือกมาเสริมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีชื่อเรียกว่า การแพทย์เสริม (complementary medicine) หรือการแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือก (complementary and alternative medicine: CAM) สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการส่งเสริมให้มีการใช้การแพทย์ทางเลือกตั้งแต่

พ.ศ. 2530 ทั้งนี้ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีลักษณะที่แตกต่างไปจากการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการแพทย์แผนปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาโรคด้วยยา การผ่าตัดและการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้การหายของโรคหรือการบรรเทาอาการของโรคจะใช้เวลานาน ในขณะที่การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะมุ่งเน้นการใช้ศาสตร์การดูแลตามภูมิปัญญาท้องถิ่น การรักษาจึงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลาในการรักษาหายช้ากว่าแพทย์แผนปัจจุบัน (WHO

traditional medicine strategy 2014-2023, 2013) ต่อมามีการใช้แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ในอนาคตจะเป็นการรักษาคู่ขนานไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน และในปัจจุบันหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นหนึ่งในการรักษาตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งแพทย์สามารถสั่งการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกได้ เพียงแต่ว่า การสั่งใช้ของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขยังมีจำนวนไม่มาก (Thai Traditional and Alternative Health Profile, 2011-2013, 2013)

จากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พ.ศ. 2561 – 2565 ได้ระบุถึงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยรัฐบาลได้มีการส่งเสริมและสนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการบำบัดรักษาโรคควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการพัฒนาให้มีการจัดบริการในสถานพยาบาลของภาครัฐ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้มากขึ้น (Health Service Plan 2018–2022, 2016)

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนดำเนินงาน นำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยมีเป้าหมายดังนี้ พัฒนาให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร โดยรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้ อย่างน้อย 1 คลินิก และมีบริการการแพทย์แผนไทยคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอกประกอบด้วย เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย นวดไทย การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน

หรือการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ซึ่งปัจจุบันมีอยู่ในโรงพยาบาล

สำหรับในต่างประเทศ บุคลากรในหน่วยงานนี้ ซึ่งมักใช้ชื่อว่า การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกประเภทต่าง ๆ (Fowler & Newton, 2006) และต้องมีความรู้ด้านการประกันสุขภาพ (health insurance) เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการใช้บริการแพทย์ทางเลือกจากบริษัทประกันสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งแต่ละบริษัทจะมีนโยบายในการเบิก-จ่าย การใช้บริการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกัน (Wolsko, Eisenberg, Davis, Ettner, & Phillips, 2002) ส่วนบุคลากรอื่นจะมาให้บริการเมื่อพยาบาลประจำหน่วยงานติดต่อประสานงานไปตามความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นพยาบาลในหน่วยงานนี้จึงมีบทบาทที่แตกต่างจากหน่วยงานอื่นที่รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงรวบรวมจากบทความต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่รับการดูแลแบบผสมผสานและทางเลือก โดยพยาบาลที่ให้การดูแลดังกล่าว จะเป็นกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) ซึ่งมีบทบาทดังนี้ 1) ผู้ให้การดูแลพยาบาลจะต้องสามารถประเมินเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วย ความรู้ และการรักษาแพทย์ทางเลือกปัจจุบันที่ผู้ป่วยใช้อยู่ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลควบคู่ไปกับการดูแลแบบผสมผสานและทางเลือก (Williamson, Fletcher, & Dawson, 2003) และ 2) บทบาทผู้สอน พยาบาลสอนและแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังได้รับการดูแลแบบผสมผสานและทางเลือก (American Cancer Society, 2004) ส่วน Hubble and Middleton (1995) และ Lewith (1996) กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์ทางเลือกว่า มี 2 บทบาทประกอบด้วย 1) บทบาทในการรักษา เนื่องจากในบางครั้งพยาบาลอาจต้องให้การรักษากับผู้ป่วย เช่น การฝังเข็ม แต่การสั่งการรักษานั้นแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจเอง รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ผู้ป่วยหลังได้รับ

การดูแลแบบผสมผสานและทางเลือก และ 2) บทบาทผู้ควบคุมดูแลด้านคลินิก พยาบาลมีหน้าที่บริหารจัดการหน่วยงาน รวมถึงการดูแลพยาบาลใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานให้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย สำหรับการให้บริการการดูแลแบบผสมผสานและทางเลือกนี้ พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาแบบการแพทย์ผสมผสานและทางเลือก

แต่สำหรับประเทศไทย พยาบาลกลุ่มดังกล่าว ตามประกาศของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และ 2) ได้รับการศึกษาหรืออบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ผสมผสาน หรือจัดขึ้นโดยสำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นจำนวน 110 ชั่วโมง (Thai Traditional Medicine & Integrative Medicine Promoting Hospital Standard (TIPHS), 2013)

เนื่องจากหน่วยงานนี้ยังไม่ได้มีการกำหนดบทบาทที่แท้จริงว่าพยาบาลในกลุ่มนี้ต้องแสดงบทบาทอะไรบ้าง และไม่ได้มีระบุไว้ในหนังสือหรือตำราเล่มใดทำให้พยาบาลกลุ่มนี้ทำงานบางส่วนที่เป็นงานพยาบาล เช่น การให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่โรงพยาบาล การให้ความรู้ในการรับการรักษาแบบการแพทย์ผสมผสานและทางเลือก และบางส่วนเป็นงานในหน้าที่ของบุคลากรอื่น เช่น การให้ข้อมูลแผนการรักษาของแพทย์ การประมาณการค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้งานบางอย่างยังซ้ำซ้อนกับหน้าที่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน เช่น การให้ข้อมูลการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน การส่งต่อปรึกษาไปยังหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัยทำงานในหน่วยงานดังกล่าว จึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่องบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ

Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) (Poonpattharachewin, 1986)

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ปัญหาวิจัย

บทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ควรมีบทบาทด้านใดบ้างและบทบาทแต่ละด้านควรมีลักษณะอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของ Hubble (1995), George (1996), Cooper, Henderson and Dietrich (1998), Fowler and Newton (2006), Hatthakit (2014) และ Haruthai (2016) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วย 6 บทบาท ได้แก่ 1) ผู้ให้การดูแลแบบผสมผสาน 2) ผู้ให้คำปรึกษาการเลือกใช้การรักษาแบบผสมผสาน 3) ผู้สอนการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย 4) ผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วย 5) ผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ และ 6) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือสร้างนวัตกรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้เทคนิค Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน ที่คัดเลือกตามคุณสมบัติแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกจำนวน 3 คน กลุ่มหัวหน้าหน่วยงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จำนวน 6 คน กลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 4 คน

และกลุ่มนักวิชาการที่ปฏิบัติการสอนหรืออบรมเรื่องการแพทย์แผนไทยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพจำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รอบที่ 1 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่มีลักษณะคำถามปลายเปิด (open ended questionnaire) ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 มีข้อความจำนวน 2 ข้อ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มีตัวอย่างข้อความในการสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) ท่านคิดว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกควรมีบทบาทอะไรบ้าง ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2) บทบาทย่อยแต่ละด้านควรประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่ใดบ้าง

รอบที่ 2 แบบสอบถามที่นำข้อมูลที่ได้รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 ไปวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วนำเนื้อหาที่มีลักษณะเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน เพื่อจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ ระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสำคัญของบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ในแต่ละข้อรายการสมรรถนะ และมีข้อความปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ

รอบที่ 3 แบบสอบถามที่ได้จากการพัฒนาจากแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (inter-quartile range: IQR) ของข้อความแต่ละข้อ และปรับข้อความในแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ แต่ยังคงความหมายเหมือนเดิม

รวมทั้งเพิ่มเติมข้อความตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะ เพื่อจัดทำแบบสอบถามฉบับใหม่เฉพาะบุคคล และข้อความยังคงความหมายเหมือนแบบสอบถามรอบที่ 2 ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดยเพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญคนนั้นตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยมีแบบสอบถามรอบที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด สำหรับมาใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินยืนยันความเหมาะสมของบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เพื่อเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือยืนยันคำตอบเดิมที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอื่น

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 214.1/59 วันที่ 25 มกราคม 2560 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลต้องสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับ และทำลายข้อมูลการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม หลังวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น และนำเสนอผลวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวมของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือ และนำเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยแบบ EDFR ส่งถึงผู้เชี่ยวชาญ

2. นัดหมายผู้เชี่ยวชาญ และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญตามวัน เวลา และสถานที่ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้คำถามปลายเปิด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

3. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาถอดเทป และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ร่วมกับแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อจัดหมวดหมู่

4. นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์อย่างเป็นระบบแล้ว นำมาสร้างเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เพื่อใช้ในการวิจัยรอบที่ 2 และรอบที่ 3

5. ส่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ ระยะเวลาที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จำนวน 3 รอบ ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ และการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยจัดกลุ่มเป็นลักษณะต่าง ๆ ของบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามใช้การวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) โดยใช้ค่า IQR ไม่เกิน 1.50 เป็นข้อความที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน และมีการเปลี่ยนแปลงของคำตอบไม่เกินร้อยละ 15 (Linstone & Turoff, 1975)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า บทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย 5 บทบาท ดังตาราง 1

ตาราง 1 บทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ผู้ปฏิบัติการพยาบาล	ระดับความสำคัญ
1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนพิจารณาให้การบำบัดรักษา	มากที่สุด
2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการบำบัดรักษา	มากที่สุด
3. ประเมินความพร้อมสถานที่และดำเนินการจัดสถานที่ให้มีความพร้อมในการให้บริการ	มากที่สุด
4. วางแผนและให้การดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย	มากที่สุด
5. ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดรักษา	มากที่สุด
ผู้ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษา	
1. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ	มากที่สุด
2. ให้ข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพ	มากที่สุด
ผู้บริหารจัดการความเสี่ยง	
1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการบำบัดรักษา	มาก
2. จัดการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะได้รับการบำบัดรักษา	มากที่สุด
3. ปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดรักษา	มากที่สุด
ผู้ประสานงานการบำบัดรักษา	
1. ประสานงานกับแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกกับแพทย์แผนปัจจุบัน	มากที่สุด
2. ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย	มากที่สุด
ผู้พัฒนาตนเอง	
1. มีส่วนร่วมในการทำวิจัยทางการพยาบาล	มากที่สุด
2. พัฒนาความรู้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน ผู้วิจัยได้ข้อสรุปและอภิปรายผลในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลจะมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล ส่วนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พยาบาลมีหน้าที่ตามบทบาทดังนี้ 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ 2) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษา 3) ประเมินสถานที่ให้มีความพร้อมในการให้บริการ 4) วางแผนและให้การดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และ 5) ประเมินผลหลังได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งอธิบายได้ว่า การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก การประเมินภาวะสุขภาพมีความสำคัญที่จะช่วยให้แพทย์ที่ทำการรักษาได้ทราบถึงอาการเบื้องต้นของผู้ป่วย และสามารถวางแผนการรักษาในลำดับต่อไปได้ และเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญ เพราะเนื่องจากหากผู้ป่วยไม่พร้อมหรือเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา จะทำให้การรักษาครั้งนั้นไม่ประสบความสำเร็จ และอาจเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้ จากการศึกษาของ Kreitzer, Mann, and Lumpkin (2008) กล่าวว่า การประเมินจะช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการแก่ผู้ป่วย รวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในสถานที่ให้บริการได้ จะช่วยให้การทำงานมีความราบรื่น สะดวกแก่ผู้ป่วยและทำให้เกิดความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะต้องตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์เสมอ ภายหลังการให้การบำบัดรักษาแล้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้จากมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ที่กล่าวไว้ว่า การประเมินเป็นอีกหนึ่ง

ตัวชี้วัดที่จะบอกได้ว่า การให้การบำบัดรักษานั้น ๆ มีประสิทธิภาพมากน้อยอย่างไร หากผู้ป่วยได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพึงพอใจ ก็จะทำให้การบำบัดรักษานั้นได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น และยังสามารถคล้องกับการศึกษาของ Hubble (1995) และ Lewith (1996) ที่กล่าวไว้ว่า พยาบาลในหน่วยงานนี้จะต้องเป็นผู้ประเมินความต้องการ และรูปแบบการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยชอบ หรือที่ผู้ป่วยคิดว่าเหมาะสมกับตัวผู้ป่วย ภายใต้การตรวจประเมินร่างกายเบื้องต้นก่อนให้การบำบัดรักษา ในส่วนนี้ พยาบาลเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่มีส่วนช่วยให้การรับการบำบัดรักษามีความสะดวกและความปลอดภัย ก่อนได้รับการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้นต่อผู้ป่วยเอง รวมถึงแพทย์ที่ให้การบำบัดรักษา

2. บทบาทผู้ให้ข้อมูลและคำปรึกษา ผลการวิจัยพบว่า บทบาทผู้ให้ข้อมูลและคำปรึกษาสำหรับการแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยจะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความรู้ความเข้าใจเดิม รวมถึงภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ 1) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ และ 2) ให้ข้อมูลและความรู้แก่เจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพ ผลการศึกษานี้ยังอธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา การสอนเกี่ยวกับการบำบัดรักษานั้น ๆ จะช่วยให้การรับการบำบัดรักษามีความสะดวกเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์และข้อจำกัดของการบำบัดรักษา และการเป็นที่ปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้ตระหนักถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียด พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองหาทางเลือก รู้จักเลือกพฤติกรรมที่มีผลดีกับสุขภาพและพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองและดูแลตนเอง (Phooma & Aungsusing, 2016) ช่วยให้ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง และมีความเข้าใจตรงกัน

(Fenton & Morris, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cornman, Carr, and Heitkemper (1998) และ Fenton and Morris (2003) มีส่วนช่วยให้การให้บริการการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและทางเลือกมีความน่าสนใจเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในชั้นเรียนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้นักศึกษากลุ่มดังกล่าวมีความรู้เบื้องต้นในการให้บริการการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและทางเลือกในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hubble (1995), Lewith (1996), Cooper, Henderson and Dietrich (1998), Fowler and Newton (2006), Hatthakit (2014) และ Haruthai (2016) ที่กล่าวไว้ว่า พยาบาลอาจเป็นผู้สอนเพราะเนื่องจากศาสตร์การแพทย์แผนไทยและทางเลือกเป็นการบำบัดรักษาแนวทางใหม่ที่เกิดขึ้นควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน เช่นเดียวกันกับการสอนที่พยาบาลจะต้องประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาด้วยศาสตร์ด้านนี้ และบางครั้งที่ผู้ป่วยอาจมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางด้านนี้ในฐานะที่เป็นพยาบาลและมียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับศาสตร์นี้จากการศึกษาอบรมเพิ่มเติม ทำให้บทบาทในส่วนนี้พยาบาลยังคงเป็นสื่อกลางในการให้ความรู้เบื้องต้นในการรักษาแต่ละรูปแบบ โดยขึ้นอยู่กับความรู้และความเชื่อจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ผ่านมา สอดคล้องกับ Hanuchareunkul (2005) กล่าวว่า บทบาทการเป็นที่ปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้ตระหนักถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียด พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองหาทางเลือก รู้จักเลือกพฤติกรรมที่มีผลดีกับสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองและดูแลตนเอง

3. บทบาทผู้บริหารจัดการความเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า บทบาทผู้บริหารจัดการความเสี่ยงการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการรักษา ได้แก่ อาการแพ้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการติดเชื้อรวมถึงการดำเนินการจัดการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

ส่วนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่า มีผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญในระดับมากจำนวน 1 บทบาทย่อย คือ 1) ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการบำบัดรักษา ส่วนบทบาทย่อยทั้ง 2 ข้อรายการย่อย ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญในระดับมากที่สุด คือ จัดการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะได้รับการบำบัดรักษา และปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดรักษา ซึ่งอธิบายได้ว่า การรักษาพยาบาลในแต่ละรูปแบบล้วนมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้ ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ต้องมีความรู้ในทุกศาสตร์ของการบำบัดรักษา เพื่อให้การบำบัดรักษานั้นมีความปลอดภัย สอดคล้องกับ Nursing Division, Ministry of public health (2009) กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบหลักของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการ/งานเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พยาบาลควรประเมินอาการจำแนกความรุนแรง วินิจฉัยปัญหา/ความผิดปกติ และภาวะเสี่ยงของผู้ใช้บริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ เพื่อวางแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันเวลา ติดตาม สังเกตอาการ ประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วย เพื่อตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินและรีบด่วนได้อย่างปลอดภัย และยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) เน้นยุทธศาสตร์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การมีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทาง ให้มีคุณภาพมาตรฐานที่ดีในทุกกระดับ ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในการมารับบริการ ซึ่งพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และ

การให้บริการ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยตลอดระยะเวลาการรักษา

4. บทบาทผู้ประสานงานการบำบัดรักษา ผลการวิจัย บทบาทผู้ประสานงานการบำบัดรักษา การแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลจะเป็นสื่อกลางในการประสานการทำงานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับผู้ป่วย หรือหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล โดยใช้ทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่วนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) ประสานงานกับแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกกับแพทย์แผนปัจจุบัน และ 2) ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานในหน่วยงานพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญที่เป็นตัวประสานการทำงานให้มีความราบรื่นมากขึ้น สอดคล้องกับ Haruthai (2016) ที่ได้กล่าวไว้ว่า พยาบาลควรประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งประโยชน์และประสานความร่วมมือจากทีมสุขภาพ/บุคคลและองค์การที่เกี่ยวข้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบทั้งในโรงพยาบาลและ/หรือในชุมชน และสอดคล้องกับ Hatthakit (2014) ที่ได้กล่าวว่า การประสานงานเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานของพยาบาลกับหน่วยงานอื่น เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการประสานงาน เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารกับหน่วยงานอื่นได้ และเป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ รวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยการติดต่อสื่อสารจะช่วยให้การสร้างความไว้วางใจ เชื่อใจ และรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และพยาบาลกับเพื่อนร่วมงาน ต้องมีทักษะการติดต่อสื่อสาร การรู้จักรับฟัง พยาบาลจะต้องติดต่อสื่อสารกันตลอดเวลา ทั้งกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วย/ผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติในทุกกิจกรรมการพยาบาล และสอดคล้องกับบทบาท

หน้าที่ตามลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจาก Nursing Division, Ministry of public health (2009) กล่าวว่า ด้านการประสานงาน พยาบาลควรประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งประโยชน์และประสานความร่วมมือจากทีมสุขภาพ/บุคคลและองค์การที่เกี่ยวข้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบทั้งในโรงพยาบาลและ/หรือในชุมชน

5. บทบาทผู้พัฒนาตนเอง ผลการวิจัย บทบาทผู้พัฒนาตนเอง ในส่วนของการแพทย์แผนปัจจุบัน บทบาทนี้พยาบาลมีความสำคัญในการเป็นส่วนหนึ่งในทีมการวิจัย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สำหรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการทำวิจัย และการพัฒนาความรู้ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและทางเลือกจะนำเอาความรู้ที่มีไปจัดทำกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Snyder and Lindquist, 2010) สอดคล้องกับบทบาทตามลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจาก Nursing Division, Ministry of public health (2009) ที่กล่าวว่า พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล โดยให้ความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการทำวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับ Hatthakit (2014) ที่กล่าวว่า การพยาบาลองค์รวมที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก มีความจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาล

พยาบาลจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากผลงานวิจัยในการชี้แนะการปฏิบัติพยาบาล และเนื่องจากการพยาบาลองค์รวมที่ผสมผสานการดูแลแบบทางเลือก เป็นการพยาบาลขั้นสูงที่สมาคม

การพยาบาลองค์รวมแห่งสหรัฐอเมริกา (American holistic nurse association) ถือว่าเป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (holistic nursing as a nursing specialty) และมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Haruthai (2016) ได้กล่าวว่า พยาบาลจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัย ค้นคว้า หาความรู้อย่างเป็นระบบ มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา ด้านสุขภาพ เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกนี้ จำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
2. ควรศึกษาสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- American Holistic Nurses Association, American Nurses Association. (2007). *Holistic nursing: Scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: Nurse book.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research* (4th ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Cornman, B. J., Carr, C. A., & Heitkemper, M. M. (2006). Integrating CAM into nursing curricula: CAM camp as an educational intervention. *Explore*, 2, 226–231.
- Cooper, R., Henderson, T., & Dietrich, C. (1998). Roles of nonphysician clinicians as autonomous providers of patient care. *Journal of the American Medical Association*, 280(9), 795–801.
- Cornman, B. J., Carr, C. A., & Heitkemper, M. M. (2006). Integrating CAM into nursing curricula: CAM camp as an educational intervention. *Explore*, 2(3), 226–231.
- Department of Thai Traditional and Alternative medicine Institute of Thai Medicine. (2014). *Thai traditional medicine & integrative medicine promoting hospital standard (TIPHS)*. The War Veterans Organization Officer of Printing Mill.
- Fenton, M. V., & Morris, D. L. (2003). The integration of holistic nursing practices and complementary and alternative modalities into curricula of schools of nursing. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(4), 62–67.
- Fowler, S., & Newton L. (2006). Complementary and alternative therapies: The nurse's role. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(4), 261–264.
- George, T. L. (1996). An account of nurses' role using complementary therapies. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 2(5), 130–133.
- Haruthai, C. (2016). *Conference in the topic of new generation in nursing going further with integrated medicine: The role of nurses with integrated medicine and alternative medicine*. Between 27–29 July 2016 at Abina House Hotel, Bangkok.
- Hatthakit, U., Parker, M., & Niyomthai, N. (2014). Nurses' experience in integrating complementary therapies into nursing practice. *Thai Journal of Nursing Research*, 8(2), 126–143.
- Hubble, M., & Middleton, M. (1995). A nurse's role in complementary medicine. *Complementary Therapies in Medicine*, 3(3), 171–174.
- Kreitzer, M. J., Mann, D., & Lumpkin, M. (2008). CAM competencies for the health professions. *Complementary Health Practice Review*, 13(1), 63–72.
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (1975). *The delphi method: Technique & application*. MA: Addison-Wesley.
- Ministry of public health, Department of Thai traditional and alternative medicine. (2013). *Thai Traditional and Alternative Health Profile, 2011–2013*. Foundation of Thai traditional and alternative medicine.
- Ministry of public health, Health administration division. (2016). *Health service plan 2018–2022*. The agricultural co-operative federation of Thailand., LTD.
- Nursing Division, Ministry of public health. (2009). *Roles and responsibilities of registered nurse who work in hospital*. Thammasat printing house.
- Phooma, S., & Aungsusing, K. (2016). Situation of Thai Traditional Medicine Service in District Health Promotion Hospital. *Journal of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine*, 14(1), 21–36.
- Poonpattharachewin, J. (1986). *Future research*. Research Methodology.
- Snyder, M., & Lindquist, R. (2010). *Complementary and alternative therapies in nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Williamson, A. T., Fletcher, P. C., & Dawson, K. A., (2003). Complementary and alternative medicine. Use in an older population. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(5), 20–28.
- Wolsko, P. M., Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., & Phillips, R. S. (2002). Insurance coverage, medical conditions, and visits to alternative medicine providers: Results of a national survey. *Internal Medicine*, 162(3), 281–287.
- World Health Organization (WHO). (2013). *WHO traditional medicine strategy 2014–2023*. Hong Kong SAR, China.



การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ¹ THE DEVELOPMENT OF HEAD NURSES' COMPETENCY SCALE, SAMUTPRAKARN HOSPITAL

จงจิตร รัยมธุรพงษ์²

อารีย์วรรณ อ่วมตานี³

Jongjit Raimaturapong

Areewan Oumtanee

¹ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of this thesis, Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), Faculty of Nursing,
Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Associate Professor, Ph.D. (Nursing), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Corresponding Author Email: areeday@yahoo.com

Received: January 6, 2018

Revised: November 7, 2019

Accepted: November 27, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 3) ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ การศึกษาแบ่งเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมด 26 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อกำหนดสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ตอนที่ 2 พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะและกำหนดพฤติกรรมบ่งชี้ในการประเมินสมรรถนะด้วยเกณฑ์รูบริค และตอนที่ 3 ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงของความสอดคล้องจากการประเมินของผู้ประเมิน 4 กลุ่ม คือ รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และพยาบาลปฏิบัติการ จำนวน 232 คน

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำ เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงทักษะต่าง ๆ ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2) ด้านการบริหารจัดการ เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการบริหารทรัพยากรและระบบบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เกิดประโยชน์ต่อบุคลากรและหน่วยงาน 4) ด้านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถส่งเสริมและสนับสนุน การสร้างและใช้นวัตกรรม งานวิจัยทางการพยาบาล และนำมาพัฒนาระบบบริการพยาบาล และ 5) ด้านคุณธรรมและจริยธรรม เป็นพฤติกรรมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงออกในการปฏิบัติงานด้วยความรับผิดชอบ มีความยุติธรรม ซื่อสัตย์สุจริต ให้เกียรติและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี

2. แบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน มีรายการสมรรถนะย่อย 24 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำ 7 ข้อ 2) ด้านการบริหารจัดการ 6 ข้อ 3) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 2 ข้อ 4) ด้านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล 4 ข้อ และ 5) ด้านคุณธรรมและจริยธรรม 5 ข้อ

3. ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน พบว่า แบบประเมินมีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .81 และความเที่ยงของความสอดคล้องจากการประเมินของผู้ประเมิน 4 กลุ่ม ที่ประเมินสมรรถนะหัวหน้า 18 หอผู้ป่วย ได้ค่ามากกว่า .70 เท่ากับร้อยละ 100 และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .87

คำสำคัญ : แบบประเมินสมรรถนะ, หัวหน้าหอผู้ป่วย, โรงพยาบาลสมุทรปราการ

Abstract

The objectives of this study were aimed at 1) exploring the key competencies of head nurses, 2) developing a head nurses' competency assessment scale, and 3) examining psychometric properties of the head nurses' competency assessment scale, Samutprakarn hospital. This study was divided into three parts. Part 1 focused on studying head nurses' key competencies by conducting focus group discussions with 26 head nurses. The data obtained were analyzed to determine the head nurses' key competencies. Part 2 involved developing the competency assessment scale and specifying indicative behaviors in competency assessment using Rubric's criteria. Part 3 consisted of qualified experts' study of the head nurses' competency scale's quality and content validity. Reliability of assessment consistency was calculated among four assessor groups consisting of deputy head nurses, head nurses, colleagues and staff nurses (232 people).

The findings were as follows:

1. The key competencies of head nurses were categorized by the following five dimensions: 1) Leadership indicating skills employed by head nurses in working to achieve goals; 2) Management perspectives showing head nurses' capacity for effectively managing resources and service systems; 3) Information technology or head nurses' behaviors in using information technology to benefit personnel and the organization, 4) Care quality improvement showing head nurses' ability to promote and support the creation and implementation of innovations and nursing research to develop care service systems and 5) Morality and ethics expressed by head nurses working with responsibility, fairness and honesty while respecting and collaborating with others well.

2. The head nurses' competency scale was composed of five dimensions covering the following 24 competency items including 7 leadership competency items, 6 management competency items, 2 information technology competency items, 4 care quality development items, and 5 morality and ethics competency items.

3. According to the psychometric properties, the scale's CVI was .81 and reliability of assessment consistency among four groups of assessors in assessing competency among head nurses of 18 patient wards was more than .70 (100%) with a mean of .87.

Keywords : competency scale, head nurse, Samutprakarn hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุคคลเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการสร้างความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการดำเนินงานและนำองค์กรไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามที่มุ่งหวังไว้ (Phuvitthayapan, 2005) ด้วยเหตุนี้องค์กรต้องมุ่งเน้นพัฒนาบุคลากรให้สามารถแสดงพฤติกรรมในการทำงานได้เต็มสมรรถนะ และได้ผลการทำงานที่ดีสำหรับโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยถือว่าเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจของโรงพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย จึงต้องได้รับการพัฒนาความสามารถให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสมุทรปราการ แต่ที่ผ่านมาระยะเวลาที่ผ่านมาโรงพยาบาลสมุทรปราการ ประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยจากการปฏิบัติงานที่บรรลุตัวชี้วัดผลสำเร็จของงาน (key performance indicators: KPI) ซึ่งเป็นการประเมินที่ไม่เน้นสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างแท้จริง แต่เป็นการประเมินจากการบริหารงานบางส่วนเท่านั้น นอกจากนั้นการประเมินดังกล่าวไม่ระบุพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยและไม่มีเกณฑ์การวัดประเมินผลที่ชัดเจน ส่วนวิธีการประเมินจะดำเนินการโดยหัวหน้าพยาบาลสังเกตพฤติกรรมการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดผลงานในกลุ่มการพยาบาล

การประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามวิธีที่กล่าวมานั้น ยังไม่สอดคล้องกับที่สภาการพยาบาลได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพระดับบริหารประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยสมรรถนะที่จำเป็นในงาน ซึ่ง Bureau of Nursing (2005) และ Thailand Nursing and Midwifery Council (2013) ระบุว่า การประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการปฏิบัติงาน แม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้จำนวนหนึ่งแล้ว หากนำแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย

ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ ผู้ถูกประเมิน หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยก็จะมีส่วนร่วมในการกำหนดรายการสมรรถนะที่ตนเองจะได้รับการประเมิน นอกจากนี้ข้อคำถามในแบบประเมินสมรรถนะของงานวิจัยที่ผ่านมาไม่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล ซึ่งผิดกับหลักการที่ว่า การประเมินสมรรถนะของบุคคลประจำตำแหน่งที่ดีควรเป็นการประเมินสมรรถนะที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กรด้วย (Vejayanont, 2009) ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อใช้ในการประเมินสมรรถนะและนำผลการประเมินมาวางแผนพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อไป โดยเลือกรูปแบบการวัดและการประเมิน และใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบริก (rubric score) สามารถใช้ประเมินการปฏิบัติงานหรือผลงานได้ดี เพราะมีการกำหนดลักษณะเฉพาะ (specification) เป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมในการประเมิน พฤติกรรมการทำงานมีแนวทางการให้คะแนนและสามารถพิจารณาแยกระดับการปฏิบัติงานได้ชัดเจน สมเหตุสมผล (Heidi, 1997) สามารถระบุความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติงานในแต่ละระดับได้ ผู้ประเมินไม่ว่าจะเป็นใครสามารถใช้เกณฑ์ดังกล่าวประเมินสมรรถนะได้ตรงกันมากที่สุด (Sirasukon, 2007) นอกจากนี้ การประเมินแบบ 360 องศา คือ ร้องหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินตนเอง พยาบาลปฏิบัติการที่เป็นผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานจะเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าระดับความสามารถที่แท้จริงในแต่ละหัวข้อนั้นอยู่ในระดับใด และการได้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้ประเมินหลายมุมมองจะช่วยลดอคติจากการประเมินโดยบุคคลคนเดียวได้ (Wuthirong et al, 2012)

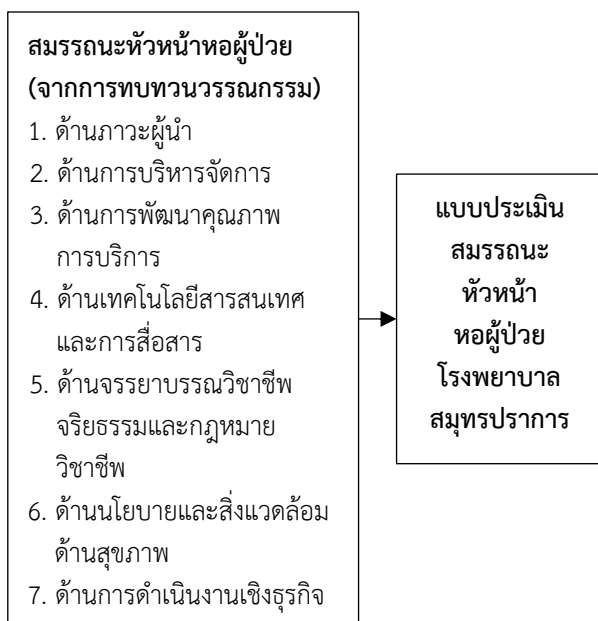
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ

3. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน
สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กำหนดสมรรถนะหัวหน้า
หอผู้ป่วยจากการวิเคราะห์แนวคิดสมรรถนะหัวหน้า
หอผู้ป่วย (Bureau of Nursing, 2005; Leksomboonsuk,
2012; Rattanasam & Wisesrith, 2008; Thailand
Nursing and Midwifery Council, 2013) เพื่อใช้เป็น
สมรรถนะเบื้องต้นในการสนทนากลุ่ม (focus group)
และนำมาบูรณาการร่วมกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของ
โรงพยาบาลสมุทรปราการ ส่วนขั้นตอนการสร้างแบบ
ประเมินใช้แนวคิดของ Grove, Burns, and Gray
(2013) และกำหนดเกณฑ์ตามแนวคิดการให้คะแนน
แบบรูบริค (Heidi, 1997; Mertler, 2001; Ritcharoon,
2019; Sirasukon, 2007) สรุปเป็นกรอบแนวคิด
การวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย
(descriptive research) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 พัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย
โดยศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ
สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ร่วมกับการสนทนากลุ่ม
กับผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำสมรรถนะที่ได้จัดทำเป็นร่าง
สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ตอนที่ 2 พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ
หัวหน้าหอผู้ป่วย หลังจากได้อำนาจประกอบสมรรถนะ
หัวหน้าหอผู้ป่วยแล้วดำเนินการสนทนากลุ่มต่อจาก
ตอนที่ 1 เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกันกำหนด
รายการสมรรถนะและพฤติกรรมที่ใช้ประเมิน
สมรรถนะ กำหนดเกณฑ์การประเมินแบบรูบริค
หลังการสนทนากลุ่มเสร็จสิ้น ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่ม
นำเสนอรายการสมรรถนะย่อยของหัวหน้าหอผู้ป่วย
แต่ละรายด้าน พร้อมทั้งนำเสนอพฤติกรรมที่ใช้
ประเมินรายการสมรรถนะและเกณฑ์การประเมิน
แบบรูบริค ผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาที่ได้จากการสนทนา
กลุ่มมาจัดทำเป็นแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้า
หอผู้ป่วย

ตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของแบบ
ประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความ
เที่ยงของความสอดคล้องจากการประเมินของผู้
ประเมิน 4 กลุ่ม คือ รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และพยาบาล
ปฏิบัติการ และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน
รายด้านและโดยรวมทั้งฉบับ

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 445 คน

ตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 การศึกษาสมรรถนะหัวหน้า
หอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตัวอย่าง คือ
ผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ
จำนวน 26 คน กำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ
ที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย
อย่างน้อย 1 ปี

ตอนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตัวอย่าง คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 26 คน กำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี

ตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 232 คน กำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการอย่างน้อย 1 ปี เนื่องจากการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในการวิจัยนี้ ใช้วิธีการประเมินแบบ 360 องศา จึงคัดเลือกตัวอย่างซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยแบบเจาะจง (purposive selection) โดยคัดเลือกหอผู้ป่วยที่มีหัวหน้าหอผู้ป่วยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานที่อย่างน้อย 1 ปี และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยตรง ไม่นับหอผู้ป่วยที่นำไปทดลองใช้เครื่องมือแล้ว จำนวน 3 หอผู้ป่วย ได้หอผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 18 หอผู้ป่วย รวมตัวอย่างจำนวน 232 คน แล้วแบ่งเป็นกลุ่มดังนี้

กลุ่ม 1 ดำรงตำแหน่งรองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จำนวน 2 คน

กลุ่ม 2 ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 18 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นผู้ร่วมงาน จำนวน 18 คน

กลุ่ม 3 พยาบาลปฏิบัติการมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 194 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โครงการจัดการอบรม เรื่องการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) ร่างสมรรถนะรายด้านตามแนวคิดที่บูรณาการจากสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย (Bureau of Nursing, 2005; Leksomboonsuk, 2012;

Rattanasarn & Wisersith, 2008; Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013)

ตอนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ หัวหน้าหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ร่างสมรรถนะรายด้านและรายการสมรรถนะย่อยของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้จากตอนที่ 1 และเกณฑ์การประเมินแบบรูบริคเพื่อใช้ในการสนทนากลุ่ม

ตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยรายด้านสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย รายการสมรรถนะย่อย พฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะและเกณฑ์การประเมินแบบรูบริค 5 ระดับ และ 2) คู่มือการประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ประเมินสามารถใช้แบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีความเข้าใจ และมีเกณฑ์การให้คะแนนตรงกัน

การตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ตอน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้สนทนากลุ่มเดิม จำนวน 26 คน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .81 และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสมรรถนะทางการพยาบาล การวัดและประเมินผล และการพัฒนาแบบประเมิน จำนวน 3 คน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ในการวัด ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .67-1.00 นำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับตัวอย่างโดยวิธีการประเมินแบบ 360 องศา จำนวน 49 คน ประกอบด้วยผู้ประเมิน 4 กลุ่ม คือ รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินตนเอง พยาบาลปฏิบัติการที่เป็นผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องจากการประเมินของผู้ประเมิน เท่ากับ .83, .95, และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลสมุทรปราการ เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2560 ตามเลขที่หนังสือรับรอง 1/2560 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่สูญเสียสิทธิ์ใด ๆ ที่พึงมีพึงได้จากการปฏิบัติงาน การนำเสนอข้อมูลจะใช้รหัสข้อมูลที่เป็นการใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้และเป็นข้อเท็จจริงที่ได้รับการตรวจสอบแล้วเท่านั้น รวมทั้งมีการป้องกันผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของตัวอย่างด้วยการไม่เปิดเผยชื่อของตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยและคู่มือการประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วนำไปเก็บข้อมูลจากตัวอย่างที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 232 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 เมษายน ถึงวันที่ 9 พฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อกำหนดเป็นรายด้านสมรรถนะและรายการสมรรถนะย่อยของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2. หลังจากได้รายด้านสมรรถนะและรายการสมรรถนะย่อยของหัวหน้าหอผู้ป่วยแล้วดำเนินการสนทนากลุ่มต่อเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มระบุพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์การประเมินสมรรถนะแบบรูปรีด นำมาจัดทำเป็นแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย

3. การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประเมินข้อมูลตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

3.2 ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 3 คน พิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อวัดได้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC)

3.3 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลจริง มาวิเคราะห์ความสอดคล้องจากการประเมินของผู้ประเมิน 4 กลุ่ม หาค่าความเที่ยงรายด้านและโดยรวมทั้งฉบับโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ ประกอบด้วยสมรรถนะที่ได้จากวิสัยทัศน์ พันธกิจ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ร่วมกับการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย 5 ด้าน โดยมีรายการสมรรถนะย่อย 24 ข้อ ดังนี้

1) ด้านภาวะผู้นำ มีรายการสมรรถนะย่อย 7 ข้อ ได้แก่ ความคิดรวบยอดและการมีวิสัยทัศน์ในการทำงาน วิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหาในหอผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ บริหารการเปลี่ยนแปลง จูงใจและเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน จัดการความขัดแย้ง ความคิดสร้างสรรค์ และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์

2) ด้านการบริหารจัดการ มีรายการสมรรถนะย่อย 6 ข้อ ได้แก่ บริหารอัตรากำลัง พัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชา ประเมินผลการปฏิบัติงาน บริหารงบประมาณ บริหารเครื่องมือ และบริหารระบบบริการ

3) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีรายการสมรรถนะย่อย 2 ข้อ ได้แก่ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสารในการพัฒนางาน และใช้เทคโนโลยีเพื่อการบริหารงาน

4) ด้านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล มีรายการสมรรถนะย่อย 4 ข้อ ได้แก่ บริหารความเสี่ยง ประกันคุณภาพการพยาบาล ป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ สร้างและใช้นวัตกรรมหรืองานวิจัยทางการพยาบาล

5) ด้านคุณธรรมและจริยธรรม มีรายการสมรรถนะย่อย 5 ข้อ ได้แก่ รับผิดชอบในงาน ซื่อสัตย์สุจริต ให้เกียรติผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่น และใช้ความยุติธรรมในการบริหารงาน

2. ผลการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า แบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน มีรายการสมรรถนะย่อย 24 ข้อ และพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะจำนวน 124 ข้อ ใช้เกณฑ์การประเมินแบบรูปรีค 5 ระดับ ดังนี้ 1) ด้านภาวะผู้นำ มีรายการสมรรถนะ 7 ข้อ พฤติกรรมที่ใช้ประเมิน 37 ข้อ 2) ด้านการบริหารจัดการ มีรายการสมรรถนะ 6 ข้อ พฤติกรรมที่ใช้ประเมิน 30 ข้อ 3) ด้านเทคโนโลยี มีรายการสมรรถนะ 2 ข้อ พฤติกรรมที่ใช้ประเมิน 10 ข้อ 4) ด้านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล มีรายการสมรรถนะ 4 ข้อ พฤติกรรมที่ใช้ประเมิน 22 ข้อ และ 5) ด้านคุณธรรมและจริยธรรม มีรายการสมรรถนะ 5 ข้อ พฤติกรรมที่ใช้ประเมิน 25 ข้อ

3. ผลการตรวจสอบคุณภาพ พบว่า แบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพเพียงพอในการนำไปประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้วยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .64 - 1.00 ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมินระหว่างผู้ประเมิน โดยเฉลี่ยเท่ากับ .87 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินรายด้าน คือ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการบริหารจัดการ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และด้านคุณธรรมและจริยธรรม เท่ากับ .81, .72, .49, .61, และ .82 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .87

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำ 2) ด้านการบริหารจัดการ 3) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 4) ด้านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และ 5) ด้านคุณธรรมและจริยธรรม ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายเป็นรายด้าน ดังนี้

1.1 ด้านภาวะผู้นำ การศึกษาครั้งนี้พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องแสดงความสามารถในด้านภาวะผู้นำ คือ มีความคิดรอบคอบและมีวิสัยทัศน์ในการทำงาน วิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานได้อย่างเป็นระบบ บริหารการเปลี่ยนแปลง จูงใจและเสริมสร้างพลังอำนาจในงานแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา จัดการความขัดแย้ง มีความคิดสร้างสรรค์ และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อภิปรายได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วย อีกทั้งเป็นผู้นำนโยบายและแผนกลยุทธ์ของกลุ่มการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ ภาวะผู้นำจึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการบริหารงาน Phromsri (2006) กล่าวว่า ในปัจจุบัน การดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทางคลินิกและทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นแต่ไม่เพียงพอที่จะนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ Marquis and Huston (2003) กล่าวว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีภาวะผู้นำสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นนักคิด วิเคราะห์และมีความคิดสร้างสรรค์ นอกจากนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยยังต้องเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีแม้อยู่ในสถานการณ์ที่ซับซ้อน หรือเหตุการณ์วิกฤตรุนแรง มีสติในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล รับรู้และยอมรับอารมณ์ทางลบของผู้อื่น อีกทั้งแสดงออกทางอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสม (Srisathitnarakun, 2008)

1.2 ด้านการบริหารจัดการ การศึกษาครั้งนี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องแสดงความสามารถ

ในด้านการบริหารจัดการ คือ บริหารอัตรากำลัง พัฒนาผู้ได้บังคับบัญชา ประเมินผลการปฏิบัติงาน สามารถบริหารงบประมาณ บริหารเครื่องมือ และ บริหารระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อภิปรายได้ว่าการบริหารทางการพยาบาลเป็นการจัดการทรัพยากรในองค์กร ให้ทำงานจนบรรลุวัตถุประสงค์ เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยต้นทุนต่ำ ซึ่งกลุ่มการพยาบาลเป็นองค์กรที่มีบุคลากรในทีมสุขภาพจำนวนมากและหลายระดับ การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีการมอบหมายงานอย่างเหมาะสมตรงกับความรู้ความสามารถ มีการบริหารอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการจัดระบบงานต่าง ๆ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013) การบริหารทรัพยากรบุคคล ต้องเริ่มตั้งแต่การวางแผน สรรหาบุคลากร คัดเลือก ฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากร ประเมินผลปฏิบัติงาน และบริหารงบประมาณส่วนทรัพยากรบุคคล เพื่อให้แน่ใจว่ามีการใช้กำลังคนในหอผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Jermthianchai, 2012)

1.3 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การศึกษาครั้งนี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องแสดงความสามารถในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารหอผู้ป่วยทั้งในด้านการสื่อสาร การพัฒนาระบบบริการ และการบริหารงาน อภิปรายได้ว่าการบริหารองค์การพยาบาลในทศวรรษที่ 21 เป็นยุคที่บริบทสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างพลวัตและจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะของการเป็นผู้บริหารมืออาชีพ ในการเตรียมหัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นสู่ตำแหน่งในสมัยก่อนจะเน้นคุณสมบัติในเรื่องทักษะภาวะผู้นำและมีทักษะด้านการบริหารระดับสูง (Nuntsuphawatt, 1999) องค์กรอาจยังไม่ตระหนักถึงสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย แต่เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยีในปัจจุบัน ส่งผลให้หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทันสมัยตลอดเวลา

ซึ่ง Chaipibalitsarit (2008) กล่าวไว้ว่า เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารการพยาบาล

1.4 ด้านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล การศึกษานี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องแสดงความสามารถในการบริหารความเสี่ยง ประกันคุณภาพการพยาบาล ป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ สร้างและใช้นวัตกรรมหรืองานวิจัยทางการพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อภิปรายได้ว่า การปฏิรูประบบสุขภาพและระบบบริการพยาบาล ส่งผลให้เกิดการแข่งขันในเรื่องของคุณภาพบริการพยาบาล องค์กรพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ได้รับรองการประกันคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Quality Assurance Institute (Public organization), 2015) ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับผู้ใช้บริการ บุคลากรของกลุ่มการพยาบาลซึ่งเป็นทีมการดูแลรักษาต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ด้วยการนำระบบคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล Saenprasan (2006) กล่าวไว้ว่า การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลมีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยผู้ซึ่งเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติและการปฏิบัติการพยาบาล สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนของคุณภาพการพยาบาล ติดตามผลลัพธ์การพัฒนา ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นแกนนำสำคัญของกลุ่มการพยาบาลที่เปรียบเสมือนเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งคุณภาพทางการพยาบาลเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลในยุคสมัยใหม่

1.5 ด้านคุณธรรมและจริยธรรม การศึกษาครั้งนี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานด้วยความรับผิดชอบในงาน ซื่อสัตย์สุจริต ให้เกียรติและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี และใช้ความยุติธรรมในการบริหารงาน อภิปราย

ได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบทั้งต่อการบริหารหอผู้ป่วยและผลปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา (Bureau of Nursing, 2006) ต้องเผชิญกับภาวะเครียด ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ซึ่งอาจมีผลต่อการไม่คำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการบริหารงานขึ้นได้ รวมทั้งต้องเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลด้วยการยึดหลักคุณธรรมและจริยธรรมเป็นสำคัญ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013) หากหัวหน้าหอผู้ป่วยปราศจากคุณธรรมและจริยธรรม ไม่มีความซื่อสัตย์สุจริต ไม่จริงใจ ไม่ให้เกียรติผู้ใต้บังคับบัญชา ไม่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ ก็จะทำให้หอผู้ป่วยนั้นจะเต็มไปด้วยปัญหาและมีแนวโน้มที่จะต้องประสบกับความล้มเหลวในที่สุด ในทางตรงกันข้ามหากหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานใด หัวหน้ามีคุณธรรมและจริยธรรมย่อมเป็นที่ยอมรับนับถือ จะได้รับความเชื่อถือ ได้รับโอกาสและได้เปรียบในการแข่งขัน (Srisathitnarakun, 2008)

2. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในขั้นตอนนี้ นอกจากจะมีการพิจารณากลั่นกรองสมรรถนะด้านต่าง ๆ จากหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อให้ได้พฤติกรรมในการประเมินสมรรถนะที่ผู้ปฏิบัติสามารถตอบได้ว่าสามารถวัดได้หรือไม่ได้ในทางปฏิบัติแล้วยังเป็นการทำความเข้าใจให้ตรงกันในการนำแบบประเมินสมรรถนะไปใช้ ซึ่งตรงกับจุดประสงค์ในการสร้างเกณฑ์การประเมินแบบรูปรีที่ผู้ถูกประเมินควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์ก่อนที่จะได้รับการประเมิน และการประเมินแบบรูปรียังคงมีคำบรรยายถึงพฤติกรรมที่ใช้ประเมินทำให้ผู้ประเมินสามารถตัดสินใจได้ง่ายและสะดวก (Sirasukon, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Aksornmesh (2011) ที่พบว่า การใช้เกณฑ์รูปรีในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ผู้ประเมินมีความเข้าใจในเนื้อหาสามารถประเมินได้ สอดคล้องกัน อีกทั้งประเมินได้ง่ายและมีความสะดวก

3. การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมิน (internal consistency) ของผู้ประเมินแบบ 360 องศา ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลปฏิบัติการ และเพื่อนร่วมงาน พบว่า ผู้ประเมินทั้ง 18 หอผู้ป่วย ประเมินได้ตรงกันด้วยค่าความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมินที่มีค่ามากกว่า .70 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .87 แสดงว่า รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลปฏิบัติการ และเพื่อนร่วมงาน มีความเข้าใจในเนื้อหาที่ใช้ในการประเมินที่เหมือนกันและผลการประเมินจากหัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินตนเองกับผู้อื่นประเมินส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันมาก อาจเป็นเพราะว่าในการประเมินครั้งนี้ ตัวอย่างทุกคนมีคู่มือการประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ศึกษาเพิ่มเติมหากไม่เข้าใจรายข้อสมรรถนะหรือการให้คะแนนตามเกณฑ์แต่ละรายข้อ นอกจากนี้รายการข้อสมรรถนะที่ใช้ในแบบประเมินครั้งนี้เป็นข้อคำถามที่หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดและแสดงความคิดเห็นซึ่งน่าจะเป็นพฤติกรรมที่หัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงออกอยู่แล้วในการทำงานจริง และในระหว่างการสนทนากลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคนมีส่วนร่วมจึงมีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับรายด้านสมรรถนะ รายการสมรรถนะย่อย พฤติกรรมที่ใช้ประเมินและเกณฑ์การประเมิน จึงทำให้ตัวอย่างมีการประเมินไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่านที่พบว่า การประเมินตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับประเมินโดยผู้อื่นไม่มีความแตกต่างกัน (Arechep, 2006; Rattanasam & Wisesith, 2008; Terdudomtham, 2014) จากการศึกษาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การบริหารการพยาบาลและบริหารหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น และแบบประเมินมีคุณภาพเพียงพอต่อการนำไปใช้ประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการไปใช้จริง ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้แบบประเมินสมรรถนะ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการใช้แบบประเมิน และคู่มือแบบประเมินสมรรถนะ ประโยชน์ที่จะได้รับทั้งในส่วนของผู้ถูกประเมินซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเอง ผู้บริหารโรงพยาบาลและองค์กร และเนื่องจากรายชื่อการประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในปัจจุบันต้องมีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจของโรงพยาบาล ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ จะต้องมีการปรับปรุงรายชื่อสมรรถนะใหม่ นอกจากนี้ หากกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอื่น ๆ จะนำไปใช้ ต้องมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ ก่อน

2. ในการวิจัยนี้ เป็นการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ประเมินโดยรวมไม่ได้ ระบุการแบ่งสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยตามประสบการณ์ทำงาน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการกำหนดเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยให้มีความแตกต่างกันตามบันไดอาชีพ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี และ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

- Aksornmesh, N. (2011). *The development of a professional nurse competency assessment tool, Police General Hospital* (Master's degree of Nursing Science). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- American Organization of Nurse Executives (AONE). (1992). The role and function of hospital nurse manager. *The Journal of Nursing Management*, 23(9), 36-43.
- Arechep, K. (2006). *Development of a competency assessment scale of head nurses for Siriraj hospital* (Master's degree of Nursing Science). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Bureau of Nursing. (2005). *Major responsibility and nurse competency document*. Nonthaburi: Policy and strategy group.
- Bureau of Nursing. (2006). Primary responsibilities and competencies of professional nurses. Nonthaburi: Bureau of Nursing, Department of Medical Services Ministry of Public Health.
- Carroll, T. L. (2005). Leadership skill and attributes of women and nurse executives: Challenges for the 21st century. *Nursing Administration Quarterly*, 29(2), 146-153.
- Chaipibalitsarit, P. (2008). *Quality of nursing administration*. Bangkok: Printing of Chulalongkorn University.
- Domklang, N., & Ratchukul, S. (2008). The desirable attributes of head nurses at regional hospitals in the next decade (B.E. 2551-2560). *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 20(3), 16-28.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed). Elsevier: Saunders.
- Heidi, G. A. (1997). Understanding rubrics. *Educational Leadership*, 54(4), 14-17.
- Hospital Quality Assurance Institute (Public organization). (2015). *Hospital and service standards health commemorative 60th anniversary celebrations of the throne* (Revised version 2nd). Nonthaburi: D-One Books Co., Ltd.
- Jermthianchai, K. (2012). *Leadership with executives*. Teaching Nursing Curriculum College of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University.
- Leksomboonsuk, K. (2012). *The components of the head nurse competency at the tertiary hospital in Suphanburi Province* (Master's degree of Nursing Science). Christian University of Thailand.
- Limtrakul, D., Hinjiran, S., & Suwonakote, K. (2014). The components of head nurse competencies at the tertiary level hospitals in Prachuab Khiri Khan Province. *Thai Journal of Nursing*, 63(2):29-35.
- Mertler, C. A. (2001). Designing scoring rubrics for your classroom. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(25), 1-9.
- Nuntsuphawatt, R. (1999). *Nursing leadership in organization*. Chiang Mai: Nop Buri Printing
- Phahong, C. (1995). Factors of the head nurses' competencies, regional medical centers and general hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Public Health (Master's degree of Nursing Science). Chulalongkorn University.

- Phromsri, C. (2006). *Top executive: Leadership*. Bangkok: ExportsNet.
- Phuvitthayapan, A. (2005). *Competency dictionary*. Bangkok: SR Center.
- Pimpila, C. (2012). *Development of a competency framework of head nurses, Lamphun hospital*. (Master's degree of Nursing Science). Chiangmai University.
- Rattanasarn, S., & Wisarith, W. (2008). The development of a competency assessment scale for head nurses. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 1(2-3), 38-54.
- Ritcharoon, P. (2019). Scoring rubrics: The tool for teachers to accurately and fairly evaluate learning outcomes. *STOU Education Journal*, 2(1), 1-16.
- Saenprasan, P. (2006). *The path to excellent nursing*. Bangkok: Sukhumvit Printing.
- Sirasukon, K. (2007). *Rubric or rubric scoring*. Bangkok: Bureau of Academic and Educational Standards.
- Srisathitnarakun, B. (2008). *Leadership and strategic management of nursing organizations in 21st century* (2nd ed.). Bangkok: Printing of hualongkorn University.
- Sujichantrarat, R. (2003). *Nursing personnel administration*. Bangkok: Boonsiri Printing.
- System Service Development Ministry of Public Health. (2016). *Health service system development strategy health service area 6 year 2015-2017*. Retrieved from <http://region6.cbo.moph.go.th/yuttha.pdf>
- Terdudomtham, Y. (2014). *The development of head nurses' competency assessment for Banphaeo hospital (Public organization)* (Master's degree of Nursing Science). Chulalongkorn University.
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2013). *Competency of nurse administrators*. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council.
- Vejayanont, N. (2009). *Competency model and its application in Thai organizations*. Bangkok: The Grafico Systems.
- Wuthirong, P. (Ed.). (2012). *New tools and strategies for performance and compensation management*. Bangkok: Printing of Chulalongkorn University.



การศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่¹ A STUDY OF NURSE'S ROLES IN A SMOKING CESSATION CLINIC

เนติกาญจน์ เปาโสภา²

Netikan Paosopa

อารีย์วรรณ อ่วมตานี³

Areewan Oumtanee

¹วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Thesis, Master's degree of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science program (Nursing administration),

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

Associate Professor, Ph.D. (Nursing), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand

Corresponding Author: areeday@yahoo.com

Received: February 3, 2018

Revised: September 11, 2019

Accepted: November 28, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เชี่ยวชาญ 17 คน ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา จำนวน 3 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารคลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 5 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติงานคลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 6 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ จำนวน 3 คน ดำเนินการวิจัยทั้งหมด 3 รอบ คือ รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วสร้างเป็นแบบสอบถาม ให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ และรอบที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และจัดทำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นเพื่อสรุปเป็นบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่

ผลการวิจัยพบว่า บทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดบุหรี่ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยติดบุหรี่อย่างครบวงจรตามกระบวนการพยาบาล 3) ผู้ประสานงานการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ 4) ผู้บริหารจัดการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การจัดทำแผนงาน การบริหารข้อมูลและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ 5) ผู้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพ และ 6) ผู้พัฒนางานและนวัตกรรมทางการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การพัฒนาและนำเสนอทางด้านวิชาการเกี่ยวกับคลินิกเลิกบุหรี่

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, พยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่

Abstract

This research aimed at studying nurse's roles in a smoking cessation clinic by using a Ethnographic Delphi Future Research (EDFR). Informants were 17 experts including a group of 3 physicians specializing in the treatment, 5 head nurses in working smoking cessation clinic, 6 nurses working in smoking cessation clinic, and 3 academic experts teaching in a smoking cessation training. Research procedures consisted of 3 rounds. The first round was an interview with the experts about the nurse's roles in the smoking cessation clinic. In the second round, the data from the interview were analyzed in terms of content and used to develop a questionnaire for the experts to estimate the trend of importance of nurse's roles in the smoking cessation clinic. In the third round, the data from the second round were used to calculate the median and the range between quartiles, and a questionnaire was developed for the experts to confirm their opinions in order to determine the nurse's roles in the smoking cessation clinic.

Research results showed that the nurse's roles in the smoking cessation clinic consisted of 6 dimensions as follows: 1) A counsellor and an information provider, consisting of counselling and providing systematic information both groups of patients and health care personnel; 2) A care provider for cigarette addicts, consisting of providing holistic care for cigarette addicts according to nursing procedures; 3) A coordinator for service provided at the smoking cessation clinic, consisting of communicating and coordinating between personnel and related organizations and patients who received services at the smoking cessation clinic; 4) An administrator in the smoking cessation clinic, consisting of planning, data management, and participating with any issue of smoking cessation; 5) An advocator to protect patients' rights, consisting of providing care for patients who received services at the smoking cessation clinic with quality according to nursing standards and professional standards; and 6) A developer for work and innovation in service provided at the smoking cessation clinic, consisting of developing and presenting academic work related to the smoking cessation clinic.

Keywords : nurse's roles, smoking cessation clinic

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพ มีหน้าที่ดูแลผู้รับบริการให้ได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนั้นในสถานพยาบาลทุกระดับจึงมีพยาบาลปฏิบัติงานกระจายอยู่ตามหอผู้ป่วยและแผนกที่มีผู้ป่วยมารับบริการรวมทั้งคลินิกต่าง ๆ ที่ให้บริการผู้ป่วย เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ ในคลินิกดังกล่าว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ และเป็นบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทำงานประจำอยู่ในคลินิกเลิกบุหรี่ ซึ่งในประเทศไทยได้มีการ

ประกาศการเลิกสูบบุหรี่โดยมีมาตรการต่าง ๆ ทั้งด้านกฎหมายและสังคม และในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยได้ร่วมลงนามให้สัตยาบันตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (Who Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) และได้จัดทำแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติเพื่อการไม่สูบบุหรี่ และจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 ขึ้นเป็นฉบับแรก แผนยุทธศาสตร์หนึ่งในการควบคุมยาสูบ คือ การจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ โดยได้รับความร่วมมือกับเครือข่ายวิชาชีพแพทย์

ในการควบคุมการบริโภคยาสูบจัดตั้งโครงการ “เครือข่ายคลินิกฟ้าใส” เพื่อการกระตุ้นให้เกิดความเข้มแข็งในระบบบริการเลิกบุหรี่ จากข้อมูลของเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ปัจจุบันมีการก่อตั้งคลินิกฟ้าใส ทั้งหมด 397 แห่งทั่วประเทศ (National Alliance for Tobacco Free Thailand, 2019) ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

สำหรับบุคลากรในคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพ เภสัชกรและพนักงานจิตอาสา โดยมีพยาบาลอยู่ประจำที่คลินิก ส่วนบุคลากรอื่นจะมาปฏิบัติงานเมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการ (Rungruanghiranya, 2011) พยาบาลประจำคลินิกเลิกบุหรี่จะได้รับการอบรมการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่จากเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และเข้าร่วมการเป็นวิทยากรด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในการอบรม Training The Trainer Course มาก่อน พยาบาลกลุ่มนี้จึงจะทำหน้าที่ให้การให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในคลินิก

แม้ว่าพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มี การกำหนดบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจนว่า พยาบาลประจำคลินิกเลิกบุหรี่มีบทบาทอะไรบ้าง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในคลินิกเลิกบุหรี่ พบว่ามีหนังสือเล่มเดียว คือ “โครงการเครือข่ายคลินิกฟ้าใส” มีการกำหนดหน้าที่ของแพทย์และเภสัชกรไว้ชัดเจน ส่วนพยาบาลนักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ และนักกายภาพบำบัด มีการกำหนดหน้าที่รวมไว้ด้วยกัน 4 ด้าน คือ 1) ปฏิบัติหน้าที่ประจำที่คลินิกเลิกบุหรี่หรือคลินิกที่เกี่ยวข้อง 2) ประเมินระดับความรุนแรงในการติดบุหรี่ 3) ให้คำปรึกษา แนะนำ ติดตาม ผลการรักษา และให้ คำปรึกษาป้องกัน การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และ 4) ส่งต่อผู้ป่วยเมื่อจำเป็น จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่ากลุ่มพยาบาล นักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ และนักกายภาพบำบัด

ไม่ได้มีการแบ่งหน้าที่อย่างชัดเจน ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงานจริง เนื่องจากไม่ทราบว่าหน้าที่หลักของตนคืออะไร ทำให้เวลาปฏิบัติงานจริงจึงเกิดปัญหาความซ้ำซ้อนของการทำหน้าที่ของกลุ่มดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ภาระงานส่วนใหญ่ก็ตกอยู่กับพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ต้องอยู่ประจำในคลินิก จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำคลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 4 คน เมื่อวันที่ 27 ก.พ. 2558 เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ พบว่า ในการปฏิบัติงานจริง พยาบาลประจำคลินิกเลิกบุหรี่ เป็นผู้บริหารจัดการคลินิกเอง รวมถึงประสานงานติดต่อกับบุคลากรอื่น ๆ เมื่อได้เปรียบเทียบกับหนังสือโครงการคลินิกฟ้าใสที่ได้จัดทำขึ้นนั้น หน้าที่ที่กำหนดไว้ไม่สอดคล้องกับงานที่พยาบาลได้ปฏิบัติจริง ซึ่งต่างจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกเลิกสูบบุหรี่ในต่างประเทศ ที่มีการกำหนดบทบาทไว้อย่างชัดเจนและแยกออกจากบุคลากรอื่นในทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในคลินิกช่วยเลิกบุหรี่จึงสนใจศึกษาบทบาทพยาบาลที่แท้จริงของพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ ว่าควรมีบทบาทหน้าที่อะไรบ้าง เพื่อให้เป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลให้มีบทบาทที่สอดคล้องกับบริบทการทำงานในคลินิกเลิกบุหรี่ เนื่องจากในประเทศไทย ยังไม่พบหนังสือหรือตำราเล่มใดกำหนดบทบาทของพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ไว้ จึงต้องศึกษาโดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

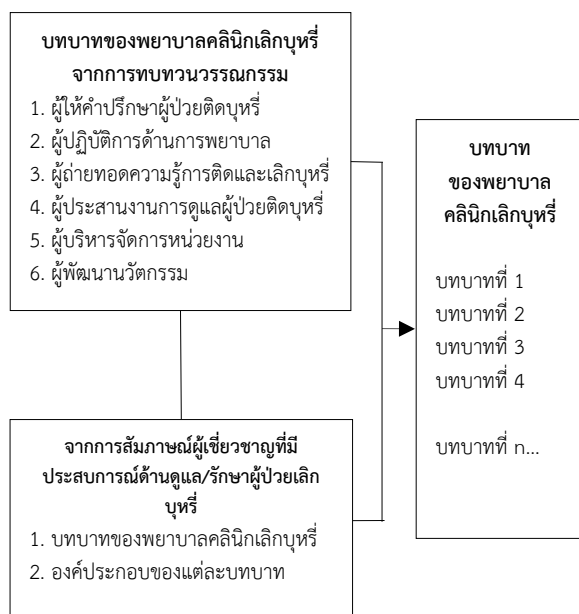
จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลช่วยเลิกบุหรี่ พบว่า ในประเทศอังกฤษ Perterken (2013) เสนอบทบาทพยาบาลช่วยเลิกบุหรี่ไว้ ดังนี้ 1) ผู้พัฒนาระบบในการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดบุหรี่ในโรงพยาบาล 2) ผู้ดูแลให้การช่วยเลิกบุหรี่ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่มาปรึกษาพยาบาล 3) ผู้พัฒนานโยบายและข้อกำหนดต่าง ๆ และ 4) ผู้ถ่ายทอดความรู้ให้กับ

บุคลากรในหน่วยงาน ส่วนในประเทศนิวซีแลนด์ Ward (2014) กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ตามหลัก A B และ C ที่กำหนด ซึ่ง A (ask) คือ สอบถามเพื่อคัดกรองว่าผู้สูบบุหรี่ B (brief advice) คือ การให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ และ C (cessation support) คือ การให้การสนับสนุนในการช่วยเลิกบุหรี่ สำหรับในประเทศอเมริกา Stead et al. (2014) เสนอบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้คำปรึกษาดูแลผู้ที่ติดยา และบทบาทของผู้ปฏิบัติด้านการพยาบาล เมื่อนำแนวคิดทั้งหมดมาบูรณาการจะได้แนวคิดบทบาทของพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่เบื้องต้นทั้งหมด 6 บทบาท ดังนี้ 1) ผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยติดยา 2) ผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาล 3) ผู้ถ่ายทอดความรู้การติดและเลิกบุหรี่ 4) ผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วยติดยา 5) ผู้บริหารจัดการหน่วยงาน และ 6) ผู้พัฒนานวัตกรรม

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบอนาคต Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) (Poonpatharacheewin, 2006) มีรายละเอียดดังนี้

การทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศในประเด็นที่เกี่ยวกับช่อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

ผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อมาแล้วคัดเลือกอย่างเจาะจง โดยต้องผ่านการศึกษารอบแรกเพิ่มเติมในหลักสูตรที่เครือข่ายวิชาชีพในการควบคุมการบริโภคยาสูบรับรอง มีประสบการณ์ในการดูแล/รักษาผู้ป่วยติดยา ไม่น้อยกว่า 3 ปี ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ดังนี้

1) แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยติดยา จำนวน 3 คน

2) พยาบาลหัวหน้าคลินิกเลิกบุหรี่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารคลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 5 คน

3) พยาบาลปฏิบัติงานคลินิกเลิกบุหรี่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติงานคลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 6 คน

4) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ จำนวน 3 คน ที่มีผลงานวิชาการ งานวิจัย หรือนวัตกรรมเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ชุด ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด ตามระเบียบวิธีการวิจัยแบบ EDFR จำนวน 3 รอบ ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์บทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างจะเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ คือ ท่านคิดว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเลิกบุหรี่ ควรมีบทบาทหลักที่สำคัญด้านใดบ้าง และบทบาทย่อยแต่ละด้าน

ควรประกอบด้วยอะไรบ้าง ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามรอบที่ 1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของบทบาทพยาบาลคลินิกเล็กบุหรี แต่ละด้านที่ได้จากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ท่านมีความเห็นว่า บทบาทนั้นพยาบาลควรทำหน้าที่ดังกล่าวมากที่สุด-น้อยที่สุด พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 51 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความเหมาะสม และความสำคัญของบทบาทของพยาบาลคลินิกเล็กบุหรี ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ท่านมีความเห็นว่า บทบาทนั้นพยาบาลควรทำหน้าที่ดังกล่าวมากที่สุด-น้อยที่สุด แสดงค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อคำถามที่วิเคราะห์ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน และผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนก็ได้ให้ความเห็นในแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อยืนยันการคงไว้ซึ่งคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 51 ข้อ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ได้นำมาวิเคราะห์ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยจะพิจารณาบทบาทของพยาบาลคลินิกเล็กบุหรี ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน คือ ค่ามัธยฐานไม่ต่ำกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่มีค่าไม่เกิน 1.5 นำมาสรุปเป็นบทบาทพยาบาลคลินิกเล็กบุหรี ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ ตั้งแต่วันที่ 10 ก.พ. 2559 - วันที่ 20 ม.ค. 2560

การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้วิจัยได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการวิจัย 236.1/58 ได้รับการอนุมัติวันที่ 28 มกราคม 2559 ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากผู้วิจัยชี้แจง

วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลยินยอมผู้วิจัยจึงให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในหนังสือเซ็นยินยอม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่สูญเสียสิทธิ์ใด ๆ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อขอความร่วมมือ และนำเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยแบบ EDRF วิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และแบบสัมภาษณ์ ส่งถึงผู้เชี่ยวชาญ เพื่ออธิบายจุดประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาที่ และประโยชน์ของการวิจัย

2. นัดหมายผู้เชี่ยวชาญภายหลังการติดต่อประสานงาน 1 สัปดาห์ และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแนวทางการสัมภาษณ์ 2 ข้อ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยมีข้อคำถามเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ ดังนี้ ท่านคิดว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเล็กบุหรี ควรมีบทบาทอะไรบ้าง คำถามข้อที่ 2 ว่าบทบาทแต่ละด้านควรมีบทบาทย่อยอะไรบ้าง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 21 คน นัดให้สัมภาษณ์จำนวน 7 คน นัดสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 11 คน ตอบแบบสัมภาษณ์ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์และสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ จำนวน 3 คน หากวิเคราะห์แล้วมีเนื้อหาข้อมูลใดขาดตกบกพร่องไป ก็จะย้อนกลับไปสัมภาษณ์เพิ่มเติม

3. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทป และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ร่วมกับแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม และสรุปเป็นบทบาทของพยาบาลคลินิกเล็กบุหรีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) บทบาทผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล 2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดบุหรี 3) บทบาทผู้ประสานงานการให้บริการคลินิกเล็กบุหรี 4) บทบาทผู้บริหารจัดการคลินิกเล็กบุหรี 5) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย 6) บทบาทผู้พัฒนาและนวัตกรรมทางการให้บริการคลินิกเล็กบุหรี แล้วนำข้อมูลที่ได้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา

เพื่อได้รับการตรวจสอบความเหมาะสม และปรับปรุงแก้ไข ซึ่งมีข้อมูลบทบาทของพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ด้าน และรายการพฤติกรรมย่อย 51 ข้อ

4. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 4 มาสร้างเครื่องมือใช้มาวัดวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และ ระดับน้อยที่สุด เพื่อใช้ในการวิจัยรอบที่ 2 โดยผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามถึงผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง จำนวน 10 ฉบับ ส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 6 ฉบับ และจัดส่งผ่านระบบไปรษณีย์ จำนวน 2 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนทั้งหมด 17 ฉบับ ข้อมูลที่ได้พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงข้อคำถามให้มีความครอบคลุมและชัดเจน 2 ข้อ แต่ข้อคำถามทั้งหมดยังคงจำนวนเท่าเดิมคือ 51 ข้อ

5. นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยรอบที่ 2 มาคำนวณค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และจัดทำเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นยืนยันคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 คน ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบร้อยละ 6.46 ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ ใช้ระยะเวลา 257 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 ผู้วิจัยนำมาถอดเทปวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และนำมาจัดกลุ่ม (categories) เพื่อให้ได้บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบต่อไป

2. ข้อมูลที่รวบรวมด้วยเทคนิค EDRF รอบที่ 2 และรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐาน (median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: IQR) ในแต่ละข้อคำถาม ไม่เกิน 1.5 เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายของการศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี

ผลการวิจัย

บทบาทของพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. บทบาทผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล ประกอบด้วยหน้าที่ ต่อไปนี้

1.1 ให้คำปรึกษาผู้ป่วยติดบุหรีและครอบครัว ได้แก่ 1) ให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี เพื่อประกอบการตัดสินใจเข้ารับการรักษา 2) ให้คำปรึกษาข้อมูลพิษภัยบุหรี และผลกระทบที่ได้รับจากการสูบบุหรี และตอบข้อซักถาม 3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเลิกบุหรีในรายที่เคยเลิกบุหรีไม่สำเร็จ และให้กำลังใจในการเลิกบุหรี 4) ให้คำปรึกษาการปฏิบัติตัวในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการต่าง ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างการเลิกบุหรี และ 5) ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ของการเลิกบุหรี

1.2 ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลบุคลากรภายในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ให้คำปรึกษาและข้อมูลแก่ทีมสหสาขา เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาตามระเบียบของโรงพยาบาล หรือข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยติดบุหรี และ 2) ให้คำปรึกษาและข้อมูลแก่บุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาล เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาตามระเบียบของโรงพยาบาล หรือข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยติดบุหรี

1.3 ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล โดย 1) ให้คำปรึกษาและข้อมูลแก่ประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับคลินิกเลิกบุหรี และ 2) ให้คำปรึกษาและข้อมูลแก่ครู อาจารย์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล ผู้นำชุมชน เป็นต้น

1.4 พัฒนาสื่อการสอน โดยสื่อการสอนที่พัฒนาเพื่อใช้ประกอบการใช้คำปรึกษา เช่น แผ่นพับ คู่มือการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการรักษาโรคติดบุหรี พิษภัยบุหรี และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

2. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดบุหรี ประกอบด้วยหน้าที่ ดังนี้

2.1 ดูแลผู้ป่วยติดหู โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 1) ประเมินผู้ป่วย (ask) และประเมินความพร้อม (assess) คือรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลการติดหู 2) วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย 3) วางแผนการพยาบาล แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (advice) โดยการวางแผนการดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละราย 4) ให้การพยาบาลช่วยให้เลิกบุหรี่ (assist) ดังนี้ (1) แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ (2) ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ของการเลิกบุหรี่ (3) ฝึกทักษะการปฏิเสธที่จะสูบบุหรี่ (4) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และ 5) ติดตามและประเมินผล (arrange follow up) ความก้าวหน้าการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

2.2 บริหารยาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ 1) ตรวจสอบทั้งชื่อ-สกุลผู้ป่วย HN ชนิดของยา ชื่อยา ความเข้มข้น ขนาด และจำนวน 2) ตรวจสอบกลับไปยังห้องจ่ายยาผู้ป่วย หากผู้ป่วยได้รับยาใหม่ หรือข้อมูลยาระบุว่า เป็นยาที่ไม่ตรงตามแผนการรักษา 3) ให้ยาพร้อมอธิบายการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ 4) แนะนำให้ติดต่อกลับ หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา 5) ติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์ และ 6) บันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล

3. บทบาทผู้ประสานงานการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยหน้าที่ดังนี้

3.1 ติดต่อประสานงานแพทย์ เพื่อพิจารณาแนวทางการรักษา และประสานกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยอื่นเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

3.2 ประสานงานภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ประสานงานกับเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณ และประสานงานกับหน่วยอื่น เพื่อการประชาสัมพันธ์ และรณรงค์การไม่สูบบุหรี่

4. บทบาทผู้บริหารจัดการคลินิก ประกอบด้วยหน้าที่ต่อไปนี้

4.1 จัดทำแผนงานในคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ควบคุมให้ทำงานตาม

ระบบที่วางไว้ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ภายในหน่วยงาน และติดตามกิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินการให้สอดคล้องอย่างเหมาะสม

4.2 บริหารจัดการข้อมูล โดยจัดการระบบข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน และปรับปรุงพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความทันสมัย

4.3 มีส่วนร่วมรณรงค์โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ โดยร่วมประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ และเข้าร่วมจัดกิจกรรมการณรงค์ให้โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่

5. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ประกอบด้วยหน้าที่ดังนี้ ให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนลงชื่อยินยอมการรักษา ให้โอกาสผู้ป่วยแสดงความเห็นและเข้าร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา จัดห้องให้คำปรึกษาให้มีความเป็นส่วนตัว ถามความสมัครใจของผู้ป่วยในกรณีที่ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรับคำปรึกษา และให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล โดยไม่เลือกปฏิบัติ

6. บทบาทผู้พัฒนางานและนวัตกรรมทางการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยหน้าที่ดังนี้

6.1 พัฒนาหน่วยงานให้บริการเลิกบุหรี่ โดยมีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงาน พัฒนาเครือข่ายคลินิกเลิกบุหรี่ และพัฒนาระบบการจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่

6.2 พัฒนาบริการในคลินิกเลิกบุหรี่ ได้แก่การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เกี่ยวกับคลินิกเลิกบุหรี่ และผลการวิจัยมาใช้พัฒนาการให้บริการ

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ จากการทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า บทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ประกอบด้วย 6 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลในแต่ละรายด้าน ดังต่อไปนี้

1. บทบาทผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญ

กับการให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ แก่ผู้ป่วยติดยา และ การให้คำปรึกษาและข้อมูล แก่ทีมสหสาขา การพัฒนาสื่อการสอน เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติมีความเข้าใจในการรักษาโรค พิษภัยบุหรี่ และการให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับอาการ ไม่พึงประสงค์ของการเลิกบุหรี่ รวมถึงการให้ คำปรึกษาและข้อมูลแก่บุคลากรอื่น ๆ ใน โรงพยาบาล จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า การให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยติดยาและ ครอบครัว ระยะก่อนตัดสินใจรับการรักษาเป็น เรื่องที่สำคัญ เป็นจุดเริ่มต้นในการเข้าสู่ กระบวนการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงที่ตัดสินใจ ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีควรมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี สามารถตอบข้อ ซักถามของผู้ป่วยและญาติ และให้คำปรึกษาข้อมูล เกี่ยวกับพิษภัย ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยนั้น สื่อการสอนเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะ การมีสื่อการสอนที่ดีสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ รายละเอียดได้มากขึ้น สามารถกลับไปศึกษา เพิ่มเติมเองได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ หากพบอาการไม่พึง ประสงค์ต่าง ๆ ที่ เกิดจากการเลิก บุหรี่ ก็สามารถศึกษาจากคู่มือในการให้คำแนะนำได้ อย่างไรก็ตาม การให้กำลังใจก็เป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วย ติดยาต้องการจากคนรอบข้าง ดังนั้น พยาบาล ควรให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับอาการไม่พึง ประสงค์ของการเลิก บุหรี่ สอดคล้องกับ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทของ พยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ที่สำคัญ คือ การเป็นผู้ให้ คำปรึกษาและให้ข้อมูลกับผู้ที่ติดยา (Perterken, 2013; Rungruanghiranya, 2011; Stead et al., 2014; Ward, 2014)

2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดยา จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญ กับการรวบรวมข้อมูลทั่วไป การแนะนำให้ผู้ป่วย เลิกบุหรี่ การให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับ อาการไม่พึงประสงค์ของการเลิกบุหรี่ และ การติดตามการใช้ยา และการบันทึกในแบบบันทึก ทางโรงพยาบาล จากผลการวิจัยนี้สามารถ

อภิปรายได้ว่า พยาบาลมีการใช้กระบวนการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย มีการให้กำลังใจผู้ป่วยใน การเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ของการเลิกบุหรี่ เป็นการเสริมแรงผลักดันให้กับผู้ที่พยายามเลิก บุหรี่ยังคงตั้งใจทำอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Ward (2014) ที่ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติใน การช่วยเหลือผู้ที่สูบบุหรี่ว่า การให้การสนับสนุน ให้เลิกบุหรี่มีหลายวิธี เช่น การให้กำลังใจ หรือ การกำจัดสิ่งแวดล้อมที่ชักจูงไปสู่อาการอยากบุหรี่ เป็นต้น นอกจากนี้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจาก การซักประวัติ การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละ ราย การให้คำแนะนำผู้ป่วยเลิกบุหรี่ และทำ การบันทึกทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่ช่วยในการให้ คำแนะนำในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลได้ ซึ่งผู้ป่วย อาจพบอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ จากการเลิก บุหรี่ได้ ดังนั้น การติดตามผู้ป่วยโดยการนัดมาที่ โรงพยาบาลหรือการติดตามทางโทรศัพท์จึงเป็น เรื่องที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยติดยา สอดคล้องกับ Vathesatogkit (2009) ที่กล่าวว่า การรักษาผู้ป่วยติดยาต้องมีการติดตามอาการ ซึ่งอาจดำเนินการได้จากการนัดผู้ป่วยมาตรวจตาม นัดและติดตามทางโทรศัพท์

3. ผู้ประสานงานการให้บริการคลินิกเลิก บุหรี่ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ ความสำคัญกับการติดต่อประสานงานกับทีม สุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการรักษา อย่างต่อเนื่อง และการติดต่อประสานงานกับ เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ เพื่อรับการสนับสนุนยา บประมาณ จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า การติดต่อสื่อสารที่ดีนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ การทำงานมีความราบรื่น ลดความขัดแย้ง และ ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ (Nursing Division, 2000) หรือกล่าวได้ว่า พยาบาลควร ประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ การรักษาพยาบาล เพื่อให้ผลลัพธ์ของ การรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ ผู้รับบริการ และประสานความร่วมมือจากทีม สุขภาพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแล

ผู้รับบริการทั้งในโรงพยาบาลหรือในชุมชน โรงพยาบาลคลินิกเลกบูห์จำเป็นต้องมีทักษะการติดต่อสื่อสาร โดยเฉพาะการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งตรวจและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับบทบาทพยาบาลคลินิกเลกบูห์ของ Perterken (2013) กล่าวว่า การประสานงานในการดูแลผู้ป่วยติดบูห์ ได้แก่ ประสานงานกับแพทย์ผู้รักษา ประสานงานกับพยาบาลแผนกอื่น ๆ เพื่อรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การประสานงานกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลก็มีความสำคัญ เพราะการติดต่อประสานงานกับเครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อรับการสนับสนุนทางยา งบประมาณ รวมทั้งบันทึกตอบกลับที่เป็นข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งเครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อการไม่สูบบุห์เป็นหน่วยงานที่ทำการขับเคลื่อนคลินิกเลกบูห์ทั่วประเทศไทย ดังนั้น พยาบาลคลินิกเลกบูห์จึงควรมีทักษะในการประสานงานเป็นอย่างดี

4. ผู้บริหารจัดการคลินิกเลกบูห์ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับการควบคุมการทำงานตามระบบที่วางไว้ การจัดการระบบข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน และการจัดทำแผนงานในคลินิกเลกบูห์ รวมถึงการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ภายในหน่วยงานให้พร้อมใช้งาน จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าการบริหารจัดการเป็นการบริหารกระบวนการต่าง ๆ ให้หน่วยงาน องค์กร ประสบความสำเร็จซึ่งพยาบาลคลินิกเลกบูห์มีหน้าที่ในการบริหารจัดการคลินิกโดยควบคุมให้ทำงานตามระบบที่วางไว้ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ติดตามกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้อง ส่งเสริมซึ่งกันและกันอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด จัดทำแผนงานในคลินิกเลกบูห์ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ภายในหน่วยงาน สอดคล้องกับ Perterken (2013) ที่กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลคลินิกเลกบูห์ไว้ว่า ผู้จัดการหน่วยงานต้องมีหน้าที่ออกแบบโครงสร้างและแนวทางปฏิบัติ

คลินิกที่จะให้บริการเลกบูห์ และมีการจัดทำโครงการพัฒนาหน่วยงานในการให้บริการช่วยเลกบูห์ นอกจากนี้ บทบาทผู้บริหารจัดการคลินิกยังต้องมีการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน เช่น การรับส่งข้อมูลต่าง ๆ กับเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมบริโภคยาสูบ พร้อมทั้งปรับปรุงและพัฒนาาระบบข้อมูลให้มีความทันสมัย

5. ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับการเลกบูห์ และการให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล โดยไม่เลือกปฏิบัติ และการเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความเห็นก่อนให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมการรักษา และตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การจัดห้องให้คำปรึกษาให้มีความเป็นส่วนตัว และการถามความสมัครใจของผู้ป่วยในกรณีที่ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรับคำปรึกษา จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า การได้รับข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับการบริการเลกบูห์รวมถึงค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจรับบริการ ส่วนการให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลโดยไม่เลือกปฏิบัติจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ รวมถึงการจัดห้องให้คำปรึกษาอย่างเป็นส่วนตัว เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ (advocator) ให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Hanuchareankul, 2004)

6. ผู้พัฒนางานทางการให้บริการคลินิกเลกบูห์ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงาน การพัฒนาระบบการจัดบริการช่วยเลกบูห์ การวิจัยที่เกี่ยวกับคลินิกเลกบูห์ และการนำผลการวิจัยมาใช้พัฒนาการให้บริการ ผลการศึกษานี้ อภิปรายได้ว่า การพัฒนาหน่วยงาน และการพัฒนาเครือข่ายคลินิกเลกบูห์ จะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการให้บริการ

แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับกองการพยาบาล (Nursing Division, 2000) ที่กล่าวว่า พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลโดยให้ความร่วมมือในการวิจัยทางการพยาบาลและนำผลการวิจัยมาปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร เช่น จัดอบรมบุคลากรใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในคลินิกเลิกบุหรี่ เป็นต้น และพัฒนาหลักสูตรการอบรมพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ ให้ตรงตามบทบาทที่จำเป็นของพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ และพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ติดบุหรี่ และควรจัดทำคู่มือพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ในการดูแลผู้ติดบุหรี่สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่คลินิกเลิกบุหรี่

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ EDRF ซึ่งผลของการวิจัยได้จากการสรุปของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นผลยืนยันการวิเคราะห์ทางสถิติจึงควรนำผลการวิจัยไปศึกษาโดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ต่อไป

3. ควรนำผลการวิจัยไปศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Hanuchareankul, S. (2004). *Nursing: Science of behaviour*. Bangkok: V.J. Printing.
- National Alliance for Tobacco Free Thailand. (2019). *Numbers of Faa-Sai clinic*. Retrieved from <http://natft.com/cliniclist/>
- Nursing Division. (2000). *Nursing management handbook*. Bangkok: Thammasat Printing House.
- Perterken, C. (2013). *Hospital nurses' role in smoking cessation*. London. Retrieved from <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/specialisms/smoking-cessation/hospital-nurses-role-in-smoking-cessation/5065397>
- Poonpatharacheewin, J. (2006). Delphi: The future research. *Encyclopedia of Education*, 30, 97-100.
- Rungruanghiranya, S. (2011). *Smart quit clinic program*. Bangkok: Health works.
- Stead, L. F., Perera, R., et al. (2014). *Nurses' role in smoking cessation*. New Zealand. Retrieved from <http://www.sfc.org.nz/pdfs/nursesrole.pdf>
- Vathesatogkit, K. (2009). *5A smoking cessation in daily work*. Bangkok: Pimdee.
- Ward, J. (2014). *Help your patients with smoking cessation*. Retrieved from <http://www.nursetogether.com/nursesrole-quit-smoking>



วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

สภาพการณ์ความรุนแรงในครอบครัวและการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของตำรวจ
ในการรับมือปัญหาความรุนแรง: ศึกษาเฉพาะกรณีกองบังคับการตำรวจนครบาล 9
DOMESTIC VIOLENCE SITUATION AND POLICE ROLE DEVELOPMENT
IN DEALING WITH VIOLENCE: A CASE STUDY OF METROPOLITAN
POLICE DIVISION 9

ธีรวัธ นิลเพ็ชร¹

กัญญ์ฐิตา ศรีภา²

Theeravut Nilphet

Kantita Sripa

¹อาจารย์ ดร., คณะสังคมศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ นครปฐม 73110

Instructor, Ph.D., Faculty of Social Science, Police Cadet Academy, Nakhon Pathom, 73110, Thailand

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสังคมศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ นครปฐม 73110

Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Social Science, Police Cadet Academy, Nakhon Pathom, 73110, Thailand

Author Email: kantitas@yahoo.com

Received: August 7, 2019

Revised: October 31, 2019

Accepted: December 5, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ รูปแบบ เส้นทาง และเงื่อนไขของการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ศึกษาบทบาทและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและค้นหาแนวทางในการพัฒนาบทบาทตำรวจในการรับมือปัญหาความรุนแรงในครอบครัวโดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว เจ้าหน้าที่ตำรวจจากสถานีตำรวจในเขตพื้นที่กองบังคับการตำรวจนครบาล 9 และเจ้าหน้าที่ บุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ แนวการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และประเด็นการสังเกตพฤติกรรม

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสภาพการณ์ความรุนแรง พบว่า 1) ผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวมีมากขึ้น 2) มีการกระทำที่รุนแรงขึ้น 3) พบความรุนแรงหลากหลายลักษณะและแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ และ 4) ความรุนแรงในครอบครัวกับการใช้สุราและยาเสพติดมีมาด้วยกัน รูปแบบความรุนแรงมีทั้งความรุนแรงต่อร่างกาย ความรุนแรงต่อสภาพจิตใจ และความรุนแรงทางเพศ เส้นทางความรุนแรงในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนจากเริ่มต้นมีสัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี จนเริ่มมีการใช้คำพูดที่รุนแรงไปจนถึงขั้นใช้กำลังทำร้ายร่างกาย จากถูกกระทำครั้งแรกไปจนถึงถูกกระทำซ้ำแล้วซ้ำอีก และหลุดจากวงจรความรุนแรงได้เมื่อแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ส่วนปัจจัยเงื่อนไขในการถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวนั้น มีทั้งเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความรุนแรง และเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความรุนแรงซ้ำแล้วซ้ำอีก สำหรับแนวทางในการพัฒนาบทบาทตำรวจและการบูรณาการความร่วมมือนั้น ควรพัฒนาบทบาทตำรวจใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริการ สอบสวน และดำเนินคดี 2) ด้านการป้องกัน ปรามปราม

3) การรณรงค์ป้องกันปัญหา 4) การพิจารณาหน่วยเฉพาะคดีความรุนแรงในครอบครัว และ 5) การพัฒนา ด้านการศึกษาและฝึกอบรมให้กับตำรวจ ในส่วนการบูรณาการความร่วมมือนั้น ควรส่งเสริมการบูรณาการ ความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่าย การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน และ ส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือ ด้านการศึกษาและสังคม

คำสำคัญ : ความรุนแรงในครอบครัว, บทบาทหน้าที่ตำรวจ, การรับมือปัญหาความรุนแรง

Abstract

The purpose of this research was to study the conditions, patterns, routes and conditions of domestic violence problems, the roles and problems of police officers, and the guidelines for the development of police roles focusing on integrating cooperation from all relevant sectors. Qualitative research methodology had been used. Data were collected from in-depth interviews of key informants, including domestic violence victims, police officers from Metropolitan Police Division 9 and officers or persons related to the law enforcement process or persons with experience related to domestic violence issues. The tools used in the study were semi-structured interviews and behavior observation.

The results of the research on the severity of the situation showed that (1) There were more victims of domestic violence; (2) More violent actions had been inflicted; (3) A variety of violent characteristics had been found varying according to age and (4) domestic violence and alcohol and drug use often came together. Violence forms included physical, mental and sexual violence. The path of domestic violence started from harmonious family relationship and was constantly intensified by the use of harsh words and physical assaults. The victims might be abused only once or repeatedly, and they could break out of the cycle of violence when seeking help. There were factors that caused single domestic violence and repeated domestic violence. In order to develop the role of the police and integrate cooperation from various sectors, the role of the police should be developed in all 5 areas, namely (1) service, investigation and prosecution (2) prevention and suppression (3) prevention campaigns (4) a specialized unit to handle domestic violence cases and (5) development of education and training for police. Integrating cooperation with network agencies and creating a network of cooperation in the community should be promoted.

Keywords : domestic violence, police role, dealing with violence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น จากสถิติความรุนแรงในครอบครัวในช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2560 พบว่า เหตุการณ์ความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 จาก 724 เหตุการณ์ เป็น 1,200 เหตุการณ์ในปี 2560 (Ministry of Social Development and Human Security, 2018) ปัญหา

ความรุนแรงในครอบครัวอยู่ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในด้านสุขภาพ เสรีภาพ ชื่อเสียง และทรัพย์สินของผู้ถูกกระทำและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวนั้น (Jiamtae, 2012)

ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่ที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว คือ ผู้กระทำมาสุราหรือใช้สารเสพติดพบร้อยละ 38.17 การนอกใจและ

หึงหวงร้อยละ 24.45 ปัญหาสุขภาพกายและจิต ร้อยละ 14.72 และปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 8.31 และการเสพลีลาภร้อยละ .42 (Department of Women's Affairs and Family Development, 2017) ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากผู้ถูกรังแกเป็นทั้งเด็ก และเยาวชน สตรี และผู้สูงอายุหรือคนพิการ จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครอง และต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตต่อไปในสังคมได้อย่างปกติสุข

แม้จะมีประกาศใช้กฎหมายเพื่อแก้ไข ความรุนแรงในครอบครัว แต่ในทางปฏิบัติยังพบ อุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมาย เช่น พนักงานสอบสวนขาดความรู้ความเข้าใจ ต้องใช้เวลานาน ในการประสานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อเข้าร่วม ในกระบวนการสอบสวน (Pongpan-anooorn, 2013) พนักงานสอบสวนมีเจตคติทางลบเกี่ยวกับ ความรุนแรงในครอบครัว เช่น มองว่าเป็นการเพิ่ม ภาระในการทำงาน และสังคมมองว่า ความรุนแรง ในครอบครัวเป็นเรื่องภายในครอบครัว จึงไม่ ช่วยเหลืออย่างจริงจัง (Narongsak, 2009) ปัญหา นี้จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสนใจ และร่วมค้นหาแนวทางป้องกันแก้ไข

ที่ผ่านมาการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความ รุนแรงในครอบครัวจำนวนไม่น้อยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะการศึกษาถึงสาเหตุ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงในครอบครัว ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทตำรวจที่ เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัว ส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาแยกกันระหว่างปัญหาอุปสรรคกับ แนวทางในการพัฒนาบทบาทตำรวจในการบังคับ ใช้กฎหมาย ซึ่งถือเป็นเรื่องซับซ้อนเนื่องจาก เกี่ยวพันกับปัญหาที่มีความอ่อนไหวและข้อ กฎหมายที่ยังคงเป็นปัญหาอุปสรรค การวิจัยครั้งนี้ จึงเน้นการค้นหาแนวทางในการพัฒนาบทบาท ตำรวจเพื่อรับมือกับปัญหาความรุนแรงใน ครอบครัวยุคใหม่ที่ตอบสนองกับสภาพปัญหาที่แท้จริง โดยใช้ การวิจัย เชิงคุณภาพ (qualitative

research) เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลเชิงลึกใน ทุกมิติของปัญหา รวมถึงค้นหาแนวทางใน การพัฒนาบทบาทของตำรวจที่เน้นการบูรณาการ ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อช่วยให้ปัญหา ความรุนแรงในครอบครัวของสังคมไทยลดน้อยลง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และรูปแบบของ ความรุนแรงในครอบครัว รวมถึงเส้นทางและ ปัจจัยเงื่อนไขของการเกิดความรุนแรงในครอบครัว
2. เพื่อศึกษาบทบาทและปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว
3. เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนา บทบาทหน้าที่ของตำรวจในการรับมือปัญหาความ รุนแรงในครอบครัวที่เน้นการบูรณาการความ ร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรุนแรงในครอบครัว หมายถึง การกระทำของบุคคลภายในครอบครัวที่กระทำ ต่อกัน โดยอาจเป็นการทำอันตรายต่อร่างกาย การใช้จาก้าวร้าวรุนแรง หรือการกระทำรุนแรง ทางเพศ การกระทำความผิดกล่าว ก่อให้เกิดความ เจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ถูกรังแก

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีสาเหตุ ของความรุนแรงในครอบครัวได้ชัดเจน ได้แก่

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่เกิด จากสัญชาตญาณ (Id) ได้แก่ สัญชาตญาณทางเพศ และความก้าวร้าว เพื่อแสวงหาความพึงพอใจ (Freud, 1964) พฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว เป็นผลจาก Ego ไม่สามารถรักษาดุลยภาพระหว่าง Id และ Superego ได้ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้ง การกระทำต่อผู้อื่นโดยการแสดงสัญชาตญาณแห่ง ความก้าวร้าว นอกจากนั้นยังเกิดขึ้นได้จากความ ขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลทั้งในส่วนจิตสำนึก (conscious) และจิตไร้สำนึก (unconscious)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ โดยการสังเกตและเลียนแบบ เนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่เสมอ (Bandura, 1986) พฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัวได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกของครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ ยังอธิบายถึงผู้ที่มีการรับรู้ตรงในฐานของผู้ถูกระทำรุนแรงและประสบการณ์ทางอ้อมในฐานผู้สังเกตการณ์ ความรุนแรงตั้งแต่วัยเด็ก จะเรียนรู้ตัวแบบที่ใช้ความรุนแรง และมักใช้ความรุนแรงเป็นวิธีการในการแก้ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว

ทฤษฎีวัฒนธรรมย่อยของความรุนแรง (subculture of violence theory) กล่าวถึงการรวบรวมรูปแบบพฤติกรรมต่าง ๆ ของสมาชิกเข้าด้วยกัน จนกลายเป็นบรรทัดฐานและค่านิยมให้สมาชิกในวัฒนธรรมนั้นปฏิบัติตาม (Gelles & Straus, 1979) ความรุนแรงเกิดจากการเรียนรู้ในฐานที่บุคคลเป็นสมาชิกของวัฒนธรรมย่อยของความรุนแรง โดยครอบครัวที่ถ่ายทอดวัฒนธรรมย่อยของความรุนแรงไปยังสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกเรียนรู้บรรทัดฐานและค่านิยมที่ว่า การใช้ความรุนแรงต่อกันในครอบครัวเป็นสิ่งที่ไม่ผิดและมักจะใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา

ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (family development theory) เชื่อว่าพัฒนาการของครอบครัวมีลักษณะเป็นวงจรชีวิตครอบครัว (family life cycle) โดยปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวงจรชีวิตนี้ เกิดจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกครอบครัว (Hill & Mattessich, 1979) ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวในช่วงระยะต่าง ๆ ซึ่งในระยะที่ความพึงพอใจต่อกันลดน้อยลง ความเหินห่าง อาจทำให้เกิดความขัดแย้งจนนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัวได้

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ของครอบครัว (family symbolic interaction theory) เน้นความสำคัญของปฏิสัมพันธ์ของ

บุคคลผ่านกระบวนการสื่อสารและการขัดเกลาทางสังคมซึ่งมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของบุคคล (Wetwithan, 2014) การตีความของบุคคลในครอบครัวผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันซึ่งมีผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การจะเกิดความรุนแรงในครอบครัวขึ้นหรือไม่ อยู่ที่ว่าผู้ชายรู้สึกหรือตีความเกี่ยวกับตนเองอย่างไรเป็นสำคัญ ทั้งนี้ครอบครัวที่มีปัญหา มักเกิดจากการสร้างสัญลักษณ์โดยให้ผู้ชายแสดงบทบาทที่เป็นใหญ่เสมอ และการให้ความสำคัญกับตัวตนของผู้ชายที่มากเกินไปซึ่งนำไปสู่ปัญหาความรุนแรง

ทฤษฎีครอบครัวสตรีนิยม (feminist family theory) อธิบายความรุนแรงในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างมโนคติทางวัฒนธรรมที่ยึดหลักผู้ชายเป็นใหญ่และการมีข้อจำกัดของเพศหญิงจากเหตุผลนี้ทำให้ผู้หญิงตกอยู่ในบทบาทที่เป็นรอง ความรุนแรงต่อผู้หญิงนั้นเป็นเรื่องธรรมดาในสังคมที่มองว่าผู้ชายเป็นใหญ่ และเป็นวิธีการในการรักษาการควบคุมทางสังคมและการคงอำนาจของชายที่เหนือกว่าหญิง (Bograd, 1988)

จากแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมา จะเห็นว่า การก่อรูปพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวมีมูลเหตุจากทั้งตัวตนและสิ่งแวดล้อม ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละแนวคิดที่มาจากต่างศาสตร์ หรือการผสมผสานศาสตร์เพื่อมองการใช้ความรุนแรงอย่างเป็นองค์รวม เพื่อที่จะเข้าใจรากเหง้าของปัญหาได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุม ซึ่งการรับมือกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวต้องอาศัยการผสมผสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อจัดการและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

บทบาทตำรวจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) การบังคับใช้กฎหมาย 2) การรักษาสงบเรียบร้อย และ 3) การให้บริการ (Reid, 1997) ซึ่งในส่วนการบังคับใช้กฎหมายให้เกิดประสิทธิผลนั้นคำนึงถึง ความแน่นอน ความรวดเร็ว ยึดหลัก

เสมอภาคและมีบทลงโทษที่เหมาะสม (Jitsawang, 1996) บทลงโทษผู้กระทำรุนแรงในครอบครัวยึดแนวทางสมานฉันท์เนื่องจากคำนึงถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว จึงเน้นการประนีประนอมไกล่เกลี่ย ซึ่งยังคงพบปัญหาอุปสรรคในกรณีผู้ถูกระทำรุนแรงในครอบครัว ประสงค์จะยอมถอนคำร้องทุกข์ ปัญหาที่พบเจอคือ ผู้กระทำรุนแรงยังมีการกระทำรุนแรงในครอบครัวซ้ำอีก หรือในกรณีผู้กระทำรุนแรงถูกลงโทษตามกฎหมาย ส่งผลต่อปัญหาอื่น ๆ ของครอบครัวตามมา เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการดูแลบุตร ฯลฯ ทำให้สถาบันครอบครัวขาดความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน ดังนั้นมีเพียงบทบาทตำรวจเพียงฝ่ายเดียวจะช่วยให้ปัญหาลดน้อยลง จำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาคครอบคลุมทุกมิติของปัญหา การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นบทบาทตำรวจในเชิงบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ

งานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว งานวิจัยในประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุและผลกระทบของความรุนแรงในครอบครัว เช่น การศึกษารูปแบบความรุนแรง พบรูปแบบทั้งการทะเลาะวิวาทและการทำร้ายร่างกายและจิตใจ ส่วนสาเหตุมาจากความขัดแย้ง เรื่องการเงินมากที่สุด รวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรง (Bhatanapraphabhan & Kongsakon, 2007) ที่ต่างไปจากนี้คือ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนในการป้องกันปัญหาความรุนแรงในครอบครัวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (Sanprasit, 2011) และยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินการและปัญหาอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งมีอยู่น้อย แต่เน้นที่การสอบสวนตามกระบวนการของกฎหมายเป็นส่วนใหญ่ (Chongwattana, 2009; Hutapead, 2009; Narongsak, 2009; Pongpan-anoosorn, 2013)

งานวิจัยในต่างประเทศมีการศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุในการเผชิญกับความรุนแรงในครอบครัว (Hightower, 2004) และการสำรวจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันปัญหาความรุนแรง (Allen, 2005) รวมถึงการศึกษาวิจัยที่เน้นให้ชุมชนช่วยเหลือให้ผู้หญิงมีพลังอำนาจในการตัดสินใจและใช้ชีวิตเพื่อสร้างความอิสระในสังคม สามารถหลีกเลี่ยงจากความรุนแรงในครอบครัวได้ (Parma & Sampson, 2007)

ดังนั้น งานวิจัยที่ผ่านมาทั้งปัจจัยสาเหตุและผลกระทบของความรุนแรงในครอบครัว และการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา และการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550 ส่วนการศึกษาแนวทางในการพัฒนาบทบาทตำรวจเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพจริงและเน้นการบูรณาการกับทุกภาคส่วนนั้น ยังไม่พบการศึกษาข้อมูลเชิงลึกด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษานี้จึงน่าจะสามารทำให้ข้อมูลสารสนเทศที่นำไปสู่การพัฒนาแนวทางอย่างเป็นรูปธรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เนื่องจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน มีความซับซ้อน การจะได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมในมิติต่าง ๆ ต้องใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเข้าช่วย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant)

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) ดังนี้

1. การทำความเข้าใจสภาพการณ์ รูปแบบเส้นทางความรุนแรงในครอบครัว และเงื่อนไขของการเกิดความรุนแรงในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่เป็นสตรี จำนวน 8 คน ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสังเกตพฤติกรรม เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและสามารถตีแผ่ให้เห็นถึงความเป็นพลวัตของเส้นทางความรุนแรงผ่านประสบการณ์ตรง จึงต้องมีความพร้อมและความยินยอมในการให้ข้อมูล

2. การค้นหาแนวทางในการพัฒนาบทบาทตำรวจในการรับมือกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 20 คน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ตำรวจจากสถานีตำรวจในเขตพื้นที่กองบังคับการตำรวจนครบาล 9 จำนวน 10 คน และ 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 10 คน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guideline) ใช้สัมภาษณ์ผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงเกี่ยวกับเส้นทางความรุนแรง ประสบการณ์ที่เผชิญ และเงื่อนไขสำคัญของการเกิดความรุนแรง และใช้สัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่ตำรวจและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับสภาพปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การจัดการปัญหา และแนวทางในการพัฒนาบทบาทตำรวจ โดยการบูรณาการความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ อีกเครื่องมือหนึ่งคือ ประเด็นการสังเกต (observation guideline) ใช้สังเกตพฤติกรรมผู้ถูกกระทำรุนแรงขณะให้ข้อมูลและขณะร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติม และตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลที่สัมภาษณ์

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามและประเด็นการสังเกต

ที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ .50 ขึ้นไป จากนั้นทำการปรับปรุงข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ ตามหนังสือเลขที่ จว.02/2562 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบข้อมูลเบื้องต้นในการวิจัยตามเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอม ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลโดยการปกปิดข้อมูลลักษณะส่วนตัวและปกปิดชื่อโดยใช้นามสมมติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับสภาพการณ์ รูปแบบ เส้นทางและเงื่อนไขการใช้ความรุนแรงในครอบครัว วิเคราะห์การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจและบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดการปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และรวบรวมเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาบทบาทตำรวจที่บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหา การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัยใช้การตรวจสอบด้วยวิธีสามเส้า (triangulation methods) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมตรวจสอบด้านแหล่งข้อมูล ด้านแนวคิดทฤษฎี และใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมตรวจสอบร่วมกับผลจากการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ รูปแบบ เส้นทางและปัจจัยเงื่อนไขของการเกิดความรุนแรงในครอบครัว

1.1 ผลการศึกษาสภาพการณ์ความรุนแรงในครอบครัว พบว่า 1) ผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวมีมากขึ้น 2) การกระทำความรุนแรงในครอบครัวรุนแรงขึ้น โดยพบการกระทำที่ทำให้ผู้ถูกกระทำบาดเจ็บสาหัสมากขึ้น 3) ความรุนแรงหลากหลายลักษณะ และแตกต่างกันไปตาม

ช่วงอายุ ทั้งความรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ ส่วนใหญ่ผู้ถูกระทำมีความรุนแรงมักเป็นหญิงในวัยกลางคนซึ่งถูกระทำจากสามี ส่วนผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงนั้น จะพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และ 4) ผู้ที่กระทำรุนแรงส่วนใหญ่มักกระทำขณะที่กำลังเมาสุราหรือบางรายมีอาการประสาทหลอนจากการใช้สารเสพติด

1.2 รูปแบบของความรุนแรงในครอบครัว พบ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความรุนแรงต่อร่างกาย โดยพบภรรยาถูกระทำรุนแรงจากสามีในลักษณะต่าง ๆ เช่น ตบตี เตะต้อย บีบคอ ใช้อาวุธทำร้ายจนเกือบเสียชีวิต หรือทำร้ายร่างกายขณะภรรยาตั้งครรภ์ รวมไปถึงทำให้ติดเชื้อ HIV หรือสามีที่ถูกกระทำรุนแรงจากภรรยา ซึ่งมักไม่มีอันตรายมากนัก เพราะฝ่ายชายมักปกป้องตนเองได้ และยังพบพ่อกระทำรุนแรงต่อลูก อาจกระทำโดยตรงต่อลูกเพราะอารมณ์โกรธ หรือ

กระทำต่อแม่และพลาตพลั้งไปโดนลูก 2) ความรุนแรงต่อสภาพจิตใจจากการที่สามีด่าทอ ถูกข่มขู่ คุกคามทำให้หวาดกลัว การไม่รับผิดชอบของฝ่ายชาย แคมข่มขู่รีดไถ ทำให้ผู้หญิงบางรายบอบช้ำคิดฆ่าตัวตาย ส่วนภรรยาที่ทำร้ายจิตใจสามีจะมีรูปแบบการสร้างหนี้สินให้ครอบครัว การใช้ลูกต่อรอง ทำให้ลูกพลอยถูกทำร้ายจิตใจไปด้วย และ 3) ความรุนแรงทางเพศ โดยพบเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศจากพ่อเลี้ยง และพบแม่แต่พ่อแท้ ๆ ข่มขืนลูกตัวเอง

1.3 เส้นทางและปัจจัยหรือเงื่อนไขของการกระทำรุนแรงในครอบครัว ผู้วิจัยสรุปเส้นทางความรุนแรงในครอบครัว เชื่อมโยงกับปัจจัยเงื่อนไขของความรุนแรง ทั้งเงื่อนไขที่เริ่มทำให้เกิดความรุนแรงและเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความรุนแรงซ้ำแล้วซ้ำอีก ดังภาพ 1



ภาพ 1 เส้นทางความรุนแรงและปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว

เส้นทางความรุนแรงในครอบครัว ของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว เริ่มจากสัมพันธ์ภาพระหว่างกันที่ค่อนข้างดี มักไม่เคยพบพฤติกรรมรุนแรงขณะที่คบหากัน แต่หลังจากใช้ชีวิตร่วมกัน เริ่มจากมีการใช้คำพูดรุนแรงต่อกัน จากนั้นจึงเริ่มใช้กำลังทำร้าย ซึ่งการเกิดเหตุรุนแรงมิได้เกิดเพียงครั้งเดียวแล้วหมดไป ภรรยาที่ถูกกระทำรุนแรงมักให้อภัย จึงมักถูกกระทำซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเมื่อทนถึงที่สุด จึงแจ้งความดำเนินคดี และขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือ เช่น บ้านพักฉุกเฉิน ทำให้พ้นจากวงจรความรุนแรงได้

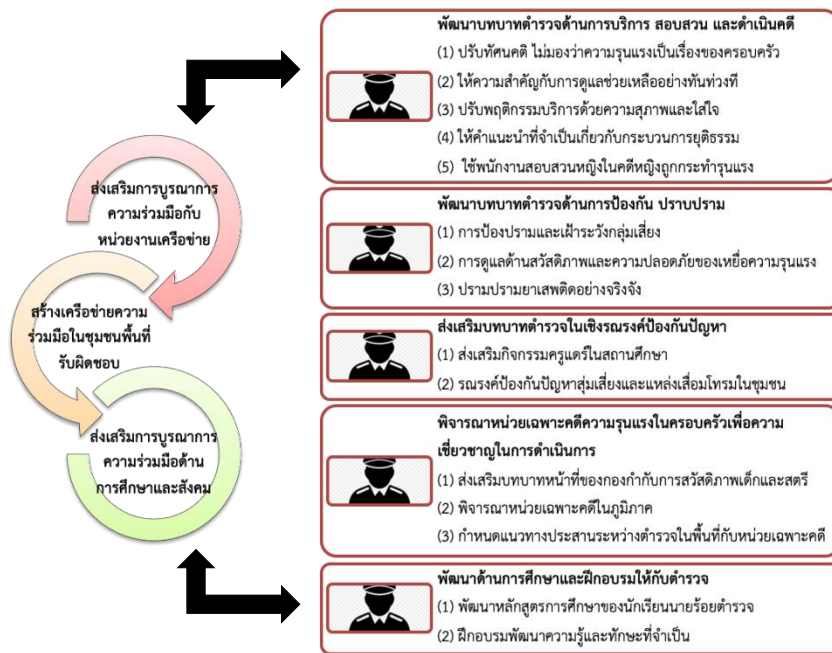
ปัจจัยเงื่อนไขที่เริ่มทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว เกิดจาก 1) สุราหรือสารเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ 2) ความหึงหวงของฝ่ายชายโดยมักไม่มีมูลความจริง 3) ฝ่ายชายนอกใจและหาเรื่องทะเลาะ 4) ค่านิยมเดิมที่ผู้ชายเป็นใหญ่ ได้ใจว่าตนแข็งแรงกว่า 5) คิดว่าผู้หญิงต้องพึ่งพาผู้ชาย ทำให้ผู้ชายสามารถทำอะไรกับผู้หญิงก็ได้ 6) การยึดถืออำนาจทางการเงินเป็นเครื่องต่อรองให้มีอำนาจเหนือกว่า 7) ความกดดันจากภาวะเศรษฐกิจทำให้เกิดความเครียด ไม่เข้าใจกัน 8) ความเป็นครอบครัวเดี่ยว ขาดคนช่วยประคับประคองหรือห้ามปราม และ 9) ซึมซับความรุนแรงตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้มักแก้ปัญหาโดยใช้ความรุนแรง

ปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความรุนแรงซ้ำแล้วซ้ำอีก เกิดจาก 1) ฝ่ายหญิงทนเพราะรัก คิดว่าฝ่ายชายจะปรับปรุงตัวได้ 2) ฝ่ายหญิงต้องการความเป็นครอบครัว อดทนเพราะลูก 3) ฝ่ายหญิงยอมกลับไปคืนดีเพราะยังรัก 4) ฝ่ายหญิงพึ่งพาตนเองไม่ได้ จึงยอมทนให้สามีทำ

รุนแรง 5) แม่สามีปกป้องลูกชาย ทำให้สะใจต้องทน เอาผิดไม่ได้ 6) หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงพึ่งพาให้คนในชุมชนช่วยเหลือไม่ได้ 7) กระบวนการยุติธรรมไม่เอื้ออำนวย ทำให้ผู้กระทำผิดไม่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูและกลับไปใช้ความรุนแรงอีก และ 8) ผู้ถูกกระทำรุนแรงเห็นว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัว จึงไม่ยากแจ้งความดำเนินคดี

2. บทบาทและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว พบว่า ตำรวจมีบทบาท 1) การบังคับใช้กฎหมายกับผู้กระทำและผู้ถูกกระทำรุนแรง 2) การป้องกันและป้องกันปัญหา และ 3) การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ปัญหาอุปสรรคคือ ทิศนะที่ตำรวจมองว่าเป็นแค่เรื่องในครอบครัว ภาระงานหลากหลาย ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ขาดทักษะที่จำเป็น รวมทั้งความล่าช้าในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ถูกกระทำรุนแรงมักกลับไปคืนดีและหวนเข้าสู่วงจรความรุนแรงอีก

3. แนวทางการพัฒนาบทบาทตำรวจและการบูรณาการความร่วมมือ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาบทบาทในการบริการสอบสวน และดำเนินคดี 2) การพัฒนาด้านการป้องกัน ปรามปราม 3) การส่งเสริมบทบาทในเชิงรณรงค์ป้องกัน 4) การพิจารณาหน่วยเฉพาะคดีความรุนแรงในครอบครัว และ 5) การพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรม ซึ่งการพัฒนาบทบาทตำรวจควรเชื่อมโยงกับการบูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาบทบาทตำรวจในแต่ละด้าน ดังภาพ 2



ภาพ 2 แนวทางในการพัฒนาบทบาทตำรวจและการบูรณาการความร่วมมือเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

การบูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) การส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่าย เช่น ศูนย์พึ่งได้ บ้านพักฉุกเฉินกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะช่วยให้บทบาทตำรวจทั้งในด้านการบริการ การดำเนินคดี และการป้องกันปราบปราม ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ เช่น สำนักงานเขต หรือองค์กรปกครองท้องถิ่น จะช่วยให้ตำรวจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการรณรงค์ป้องกัน และปราบปรามกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงในชุมชนได้ง่ายขึ้น และ 3) การบูรณาการความร่วมมือด้านการศึกษาและสังคม โดยการสอดแทรกเรื่องความรุนแรงในหลักสูตรการศึกษา การส่งเสริมให้ความรู้กับประชาชน การสร้างเครือข่ายให้คนในสังคมร่วมมือกันป้องกันและแก้ไขปัญหา การบูรณาการความร่วมมือทั้ง 3 ส่วนนี้ จะช่วยให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัวของตำรวจตามบทบาททั้ง 5 ด้านเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ รูปแบบ เส้นทางและปัจจัยเงื่อนไขของการเกิดความรุนแรงในครอบครัว

สภาพการณ์ความรุนแรงในครอบครัว ประเด็นของผู้ถูกกระทำรุนแรงที่เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับสถิติความรุนแรงในครอบครัวในช่วงปี พ.ศ.2553 - 2560 ที่พบแนวโน้มเหตุการณ์ความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2553 จำนวน 724 เหตุการณ์เป็น 1,200 เหตุการณ์ในปี พ.ศ.2560 (Ministry of Social Development and Human Security, 2018) และพบว่าการกระทำที่รุนแรงขึ้นนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันความอดกลั้นของผู้คนมีค่อนข้างน้อยจากแรงกดดันของปัญหาเศรษฐกิจและสังคมที่มีความหลากหลายและซับซ้อนขึ้น

กลุ่มผู้ถูกกระทำความรุนแรงที่ส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิงวัยกลางคนและมักถูกกระทำจากสามีตนเอง สอดคล้องกับข้อมูลของศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งระบุว่า ในปี พ.ศ.2560 มีผู้ประสบปัญหาความรุนแรงที่เข้ารับบริการของ

ศูนย์พึ่งได้ เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 93.84 และพบว่าการกระทำความรุนแรงส่วนใหญ่ร้อยละ 69.73 เป็นความรุนแรงจากคนในครอบครัว และแฟน (Ministry of Social Development and Human Security, 2018) ส่วนที่พบว่าหญิงวัยกลางคนถูกระทำความรุนแรงมาก อาจเนื่องจากเป็นวัยที่มีครอบครัวมาแล้วระยะหนึ่ง ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงวงจรชีวิตครอบครัว โดยความพึงพอใจต่อกันจะลดลงเรื่อย ๆ จนลงมาถึงที่สุด เมื่อบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้หญิงน่าจะเข้าสู่วัยกลางคนแล้ว (Eshleman, 1994) และพบว่าความรุนแรงในครอบครัวกับการใช้สุราหรือยาเสพติดมักมาด้วยกัน ยืนยันได้จากการสำรวจปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวพบว่า ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่คือการเมาสุราหรือใช้สารเสพติด พบสูงสูดร้อยละ 38.17 (Department of Women's Affairs and Family Institute, 2017) เป็นเพราะแอลกอฮอล์และสารเสพติดบางชนิด ออกฤทธิ์ทำให้บุคคลยับยั้งสติได้น้อยหรือแทบไม่ได้เลยนำไปสู่การใช้ความรุนแรงได้ง่าย

รูปแบบของความรุนแรงในครอบครัว
พบว่า ส่วนใหญ่ฝ่ายภรรยาจะถูกกระทำความรุนแรงทางกายจากสามี อธิบายโดยแนวคิดทฤษฎีครอบครัวสตรีนิยม (feminist family theory) ที่อธิบายการใช้ความรุนแรงว่าเป็นพฤติกรรมหนึ่งของผู้ชายกระทำเพื่อคงความมีอำนาจของชายให้เหนือผู้หญิงไว้ (Bograd, 1988) ส่วนการที่สามีบางรายยอมให้ภรรยากระทำรุนแรงแก่ตนนั้นสาเหตุหนึ่งอาจมาจากความมีอำนาจในการต่อรองของเพศหญิงที่มากกว่าเพศชายอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทรัพยากร (resource theory) ที่กล่าวถึงอำนาจในการต่อรอง ที่ขึ้นอยู่กับว่าใครมีอำนาจในการจัดหาทรัพยากรได้ดีกว่า (Goode, 1971) ในครอบครัวที่ฝ่ายหญิงมีอำนาจทางการเงินสูงกว่าฝ่ายชาย จึงมีอำนาจที่จะต่อรองในครอบครัวมากกว่า ในขณะที่ผู้หญิงบางรายใช้

ลูกในการต่อรองซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีแลกเปลี่ยนทางสังคม (social exchange theory) อธิบายได้ว่า เป็นการแลกเปลี่ยนกับความต้องการบางสิ่งซึ่งเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองจึงใช้พฤติกรรมรุนแรง ในขณะที่ฝ่ายชายต้องยอมตามเพื่อแลกเปลี่ยนกับความสุขของลูกและความมั่นคงของครอบครัว ส่วนประเด็นสุดท้ายที่พอกระทำรุนแรงต่อลูกนั้น มักพบในกรณีที่อยู่ในภาวะมีเมามา ซึ่งเป็นฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อระบบจิตประสาท ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความคิดและพฤติกรรมได้

ส่วนความรุนแรงต่อสภาพจิตใจและความรุนแรงทางเพศ อธิบายได้โดยแนวคิดจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ ที่เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ส่วนใหญ่เกิดจากทั้งสัญชาตญาณทางเพศและความก้าวร้าว (Freud, 1964) ที่มีอยู่ในคนทุกคน หากแต่จะแสดงออกมาในเฉพาะบางคนที่ Ego คือการใช้เหตุผลและผลตามจริง หรือ Superego ซึ่งเป็นการใช้มโนธรรมและค่านิยมอันดี ไม่สามารถควบคุมสัญชาตญาณนั้นได้ ทั้งนี้ พฤติกรรมรุนแรงอาจไม่ได้เกิดจากการใช้สัญชาตญาณเพียงฝ่ายเดียวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า มีปัจจัยอื่นมากระตุ้นให้สัญชาตญาณของมนุษย์แสดงออกมาได้ เช่น การใช้สุราหรือสารเสพติด เป็นต้น

เส้นทางความรุนแรงในครอบครัว
จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับวงจรชีวิตครอบครัว (family life cycle) ตามแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (family development theory) เริ่มจากระยะครอบครัวเริ่มต้น (beginning families) ซึ่งต้องเรียนรู้นิสัยใจคอกันจากความสัมพันธ์ที่แนบแน่นไปสู่ความจืดจาง (Wetwithan, 2014) โดยความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวจะลดลงเรื่อย ๆ และลดลงมากที่สุดเมื่อบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่น (Eshleman, 1994) ประกอบกับมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวงจรชีวิตครอบครัว ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกครอบครัว

ปัจจัยเงื่อนไขที่เริ่มทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว ในส่วนของสุราหรือสารเสพติด และปัจจัยเรื่องความหึงหวงและนอกใจกันนั้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวของกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว ที่พบว่า ปัจจัยเสริมอันดับต้น ๆ คือ ผู้กระทำเมาสุราหรือใช้ยาเสพติดพบร้อยละ 38.17 เกิดจากการนอกใจและหึงหวง ร้อยละ 24.45 (Department of Women's Affairs and Family Institute, 2017) ส่วนค่านิยมเดิมที่ผู้ชายเป็นใหญ่ และคิดว่าผู้หญิงต้องพึ่งพาผู้ชาย สามารถทำอะไรก็ได้ อธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ของครอบครัว (family symbolic interaction theory) ที่เน้น การตีความของบุคคลผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Ritzer & Goodman, 2004) การที่ผู้ชายตีความว่าชายเป็นใหญ่เหนือหญิง และฝ่ายหญิงเป็นฝ่ายอ่อนแอและต้องพึ่งพาตน เป็นการให้ความสำคัญกับตัวตนของชายที่มากเกินไป นำไปสู่ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เนื่องจากต้องการสร้างตัวตนให้มีบทบาทหรืออำนาจที่เหนือกว่า

เงื่อนไขในประเด็นการยึดถืออำนาจทางการเงินและความกดดันจากสถานะทางเศรษฐกิจตามแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทรัพยากร (resource theory) อธิบายว่า ผู้ที่มีอำนาจมากที่สุดในการครอบครัวยังมักเป็นผู้ที่หาเลี้ยงครอบครัว (Goode, 1971) และยังอธิบายถึงความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดจากความตึงเครียดทางเศรษฐกิจ ส่วนเงื่อนไขของความเป็นครอบครัวเดี่ยว ชาติคนช่วย ประคับประคอง การไม่มีสมาชิกอื่นในครอบครัวคอยช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น เงื่อนไขนี้สอดคล้องกับงานวิจัยหนึ่งที่พบว่า หากมีบุคคลในครอบครัวคอยประคับประคอง ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดความรุนแรง จะช่วยลดความเสี่ยงปัญหาความรุนแรงได้ (Intharajit & Krinchai, 2010) ส่วนการซึมซับความรุนแรงในครอบครัวตั้งแต่วัยเด็กที่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ที่เน้น

การเรียนรู้โดยการสังเกตและเลียนแบบ พฤติกรรมจากบุคคลแวดล้อม (Bandura, 1986) และการได้รับประสบการณ์ทางอารมณ์ในฐานะผู้สังเกตการณ์ความรุนแรงในครอบครัวตั้งแต่เด็ก ทำให้เรียนรู้ตัวแบบที่ใช้ความรุนแรง ดังนั้น เมื่อเกิดความขัดแย้งกับคู่ครอง จึงมักใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา

ปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความรุนแรงซ้ำแล้วซ้ำอีก ได้แก่ ทนเพราะรักและคิดว่า จะปรับปรุงตัวได้ ความต้องการความเป็นครอบครัว อดทนเพราะลูก รวมถึงยอมกลับไปคืนดีเพราะยังรักยังเห็นใจ เงื่อนไขทั้ง 3 ประเด็นนี้มีลักษณะเดียวกันตรงที่ ความต้องการรักษาความเป็นครอบครัวไว้ ซึ่งมักจะเป็นทัศนคติของฝ่ายหญิง ซึ่งหากอธิบายด้วยแนวคิดทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (social exchange theory) (Homans, 1961) การยอมรับและอดทนต่อความรุนแรงเป็นเพราะต้องการแลกเปลี่ยนสิ่งที่ตนต้องการ คือความรักและความเป็นครอบครัว ส่วนการพึ่งพาตนเองไม่ได้ เงื่อนไขนี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีครอบครัวสตรีนิยม (feminist family theory) ที่กล่าวถึงระบบชายเป็นใหญ่ เป็นสาเหตุของการควบคุมและลิดรอนอำนาจผู้หญิง (Chafetz, 1997) ในแง่นี้ ผู้ถูกกระทำรุนแรงซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ยังคงรู้สึกพึ่งพาอีกฝ่ายซึ่งเป็นการถูกครอบงำทั้งจากอำนาจความเป็นชายและอำนาจทางเศรษฐกิจ

ประเด็นปัจจัยเงื่อนไขจากแม่สามีปกป้องลูกชายตนเอง การพึ่งพาคนในชุมชนไม่ได้และกระบวนการยุติธรรมไม่เอื้ออำนวย รวมถึงตัวผู้ถูกกระทำเองที่มองว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัว ไม่อยากแจ้งความ แสดงถึงการขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่มีผลให้ความรุนแรงไม่ได้ถูกแก้ไข ในแง่นี้ อธิบายได้ด้วยทฤษฎีระบบทั่วไป (general system theory) ที่อธิบายถึงการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัวว่า จำเป็นต้องดำเนินการร่วมกันในระดับต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ทั้งบุคคล กลุ่มคน และสังคม

2. บทบาทและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของตำรวจที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

ข้อค้นพบเกี่ยวกับบทบาทตำรวจ หากมีการดำเนินการตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคหรืออุดช่องโหว่ต่าง ๆ เช่น พัฒนาศักยภาพผู้เชี่ยวชาญของตำรวจ แก้ไขประเด็นความล่าช้าในการปฏิบัติหน้าที่ จะทำให้การป้องกันและแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับองค์ประกอบสำคัญของประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ 1) มีความแน่นอนในการบังคับใช้กฎหมาย คือ ผู้กระทำรุนแรงที่ถือเป็นการกระทำความผิดได้ถูกจับกุมดำเนินคดี 2) มีความรวดเร็วในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อให้ผู้กระทำเกิดความเกรงกลัว ไม่กล้ากระทำความรุนแรงต่อผู้เสียหายอีก 3) ยึดหลักเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน (Jitsawang, 1996)

3. แนวทางการพัฒนาบทบาทตำรวจและการบูรณาการความร่วมมือ

แนวทางในการพัฒนาบทบาทตำรวจทั้ง 5 ด้าน ครอบคลุมบทบาททั้ง 3 ส่วนของตำรวจ ได้แก่ การบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement) การรักษาสงบเรียบร้อย (order maintenance) และการให้บริการ (service-related duties) (Reid, 1997) โดยการพัฒนาบทบาทตำรวจในด้านการบริการ สอบสวน และดำเนินคดีนั้น เน้นการบังคับใช้กฎหมายให้เกิดประสิทธิภาพในด้านความแน่นอนในการบังคับใช้ ความเสมอภาคจากการไม่เลือกปฏิบัติ และความรวดเร็วในการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการสอบสวน หรือร่วมมือกับกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ถูกกระทำรุนแรง เนื่องจากเป็นอีกหนึ่งองค์กรที่มีหน้าที่ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาและคุ้มครองสถาบันครอบครัว พ.ศ.2562 ส่วนการพัฒนาบทบาทตำรวจด้านการป้องกัน

ปราบปรามนั้น สอดคล้องกับพระราชบัญญัตินี้ในประเด็นที่เน้นการคุ้มครองสวัสดิภาพบุคคลในครอบครัว ซึ่งการที่จะประสบความสำเร็จในประเด็นนี้ จำเป็นต้องส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเช่นกัน

การส่งเสริมบทบาทตำรวจในเชิงรณรงค์ป้องกันปัญหา สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาและคุ้มครองสถาบันครอบครัว พ.ศ.2562 ที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสวัสดิภาพไม่น้อยไปกว่าการส่งเสริมและพัฒนาครอบครัว ทั้งนี้ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนควบคู่ไปกับการบูรณาการความร่วมมือด้านการศึกษาและสังคม เพื่อส่งเสริมความรู้ให้คนในสังคมและสร้างความตระหนักถึงสิทธิของตนเองและแหล่งช่วยเหลือในสังคม

การพิจารณาให้มีหน่วยเฉพาะคดีความรุนแรงในครอบครัวของตำรวจเพื่อผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาและคุ้มครองสถาบันครอบครัว พ.ศ.2562 ที่กำหนดให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีหน้าที่ชัดเจน เช่น ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นศูนย์ส่งเสริมและคุ้มครองครอบครัว หรือกำหนดให้มีศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน ดังนั้น ควรมีการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายตามพระราชบัญญัตินี้เพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัวได้อย่างครบวงจร

การพัฒนาด้านการศึกษาและฝึกอบรมให้กับตำรวจ เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทของตำรวจในทุกด้านให้เข้มแข็ง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทั้งในประเด็นของความแน่นอนในการบังคับใช้กฎหมาย ความรวดเร็วในการบังคับใช้กฎหมาย การยึดหลักเสมอภาค และการมีบทลงโทษที่เหมาะสม (Jitsawang, 1996) ในส่วนของบทลงโทษนั้น เนื่องจากกฎหมายเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวยึดแนวทางสมานฉันท์เป็นสำคัญ จึงเน้นการประนีประนอมเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกันเป็นครอบครัวได้ดังเดิม ซึ่งการส่งเสริมการศึกษา

หรือการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารของตำรวจจะช่วยให้ได้มาก

ข้อเสนอแนะ

สำนักงานตำรวจแห่งชาติควรพิจารณาพัฒนาบทบาทตำรวจทั้ง 5 ด้าน และส่งเสริมการบูรณาการทั้ง 3 ส่วน เพื่อให้เกิดการพัฒนาบทบาทตำรวจในเชิงบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่และบริบทเฉพาะในการดำเนินการของแต่ละกองบังคับการ

เอกสารอ้างอิง

- Allen, N. E. (2005). A multi-level analysis of community coordinating councils. *American Journal of Community Psychology*, 35(1), 49-63.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bograd, M. (1988). *Feminist perspective on wife abuse*. California: SAGE.
- Bhatanapraphabhan, D., & Kongsakon, R. (2007). Community survey of problems and psychological consequences of domestic violence. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 52(4). Retrieved from http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=47322
- Chafetz, J. S. (1997). Feminist theory and sociology: Underutilized contributions for mainstream theory. *Annual Review of Sociology*, 23, 97-120.
- Chongwattana, S. (2009). *Problems in the enforcement of domestic violence victim protection act, 2007* (Master of arts). Thammasart University. Bangkok.
- Department of Women's Affairs and Family Development, Ministry of Social Development and Human Security. (2017). *Domestic violence, domestic violence: The truth and pathway*. Retrieved from <https://www.pptvhd36.com/news/>.
- Eshleman, J. R. (1994). *The family: An Intersection* (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon, Incorporated.
- Freud, S. (1964). *Group psychology and the analysis of the ego Sigmund Freud*. New York, NY: Bantam Books.
- Gelles, R. J., & Straus, M. A. (1979). Determinants of violence in the family: Toward a theoretical integration. in W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, & I. L. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family* (vol. 1), pp. 549-581. New York, NY: The Free Press.
- Goode, W. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family*, 33, 624-636.
- Giles-Sims, J. (1983). *Wife battering: A systems theory approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Hightower, J. (2004). Age, gender and violence: Abuse against older woman. *Geriatrics & Aging*, 7(3), 60-63.
- Hill, R., & Mattessich, P. (1979). Family development theory and life span development. In P. Baltes, & O. Brim, (Eds.), *Life span development and behavior* (Vol. 2), pp. 161-204. New York, NY: Academic Press.
- Homans, G. C. (1961). *Social behavior*. New York, NY: Harcourt Brace.
- Hutapead, B. (2009). *Research report on attitudes and roles of multidisciplinary teams towards solving domestic violence problems*. Office of Women's Affairs and Family Institute. Sukhothai Thammathirat Open University.
- Intharajit, O., & Krinchai, N. (2010). *Women and children: Domestic violence victims*. Bangkok: Hotline Psychology Institute.
- Jiamtae, P. (2012). Definitions and legal measures of domestic violence: A comparative study (Master's thesis). Thammasat University, Faculty of Law, Field of Criminal Law.
- Jitsawang, N. (1996). *Criminology and Penology*. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press Office.
- Ministry of Social Development and Human Security. (2018). *Social and security situation report, 2018, 2nd quarter (April-June) presented to the cabinet*. Retrieved from https://www.m-society.go.th/download/article/article_20180530120954.pdf.
- Narongsak, A. (2009). *Assessment of the enforcement of domestic violence victims protection act, 2007*. Mahidol University. Nakhon Pathom.
- Parmar, A., & Sampson, A. (2007). Evaluating domestic violence initiatives. *The British Journal of Criminology*, 47(4), 671-691.
- Piyakawinyuakul, W., et al. (2003). *The evaluation of justice in the protection of domestic violence victims. Research Report*. Health Systems Research Institute.
- Pongpan-anoosorn, W. (2013). *Critical problem resolution of family violence throughout the protection of the victim of family violence act B.E. 2550* (Master's Thesis). Mahidol University, Faculty of Social sciences and Humanities, Field of Criminology and Criminal Justice.
- Reid, S. T. (1997). *Crime and criminology* (8th ed.). New York, NY: Brown & Benchmark Publishers.
- Ritzer, G., & Goodman, D. J. (2004). *Modern sociological theory*. Boston: McGraw Hill.
- Sanprasit, Y. (2011). *Domestic violence prevention model with participatory action of families and community a case study of a community in Pathumthani province* (Doctoral Dissertation). Srinakharinwirot University, Behavioral Science Research Institute, Field of Applied Behavioral Science Research.
- Straus, M. A. (1973). A General systems theory approach to a theory of violence between family members. *Social Science Information*, 12(3), 105-125.
- The Secretariat of The House of Representatives. (2011). *Domestic violence: The law help*. Bangkok: Bureau of Parliamentary Studies, The Secretariat of The House of Representatives.
- Wetwithan, P. (2014). *An introduction to family theories*. Bangkok: Parbpim.



การพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาล
ด้วยการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค¹
THE DEVELOPMENT COPING STRATEGIES OF THE METROPOLITAN POLICE
THROUGH ASSIMILATIVE INTEGRATIVE INDIVIDUAL COUNSELLING

วิสมล ศรีสุทธินันท์²

Wisamon Srisuttinan

สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์³

Surin Suthithatip

ระพีพันธ์ ฉายวิมล⁴

Rapin Chayavimol

¹ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Part of thesis, Doctor of Philosophy (Counseling Psychology), Faculty of Education, Burapha University

²นิสิตหลักสูตรหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี 20131

Graduate student in Doctor of Philosophy (Counseling Psychology),

Faculty of Education, Burapha University, Chonburi 20131, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี 20131

Assistant Professor, Faculty of Education, Burapha University, Chonburi, 20131, Thailand

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี 20131

Assistant Professor, Faculty of Education, Burapha University, Chonburi, 20131, Thailand

Author Email: nuwisamon@gmail.com

Received: October 8, 2019

Revised: November 24, 2019

Accepted: December 7, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์องค์ประกอบการวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาล 2) พัฒนาโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคในการพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาล และ 3) ศึกษาผลของการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคของตำรวจนครบาลที่ได้รับการศึกษาในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบการวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาเพื่อพัฒนาแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหา ตัวอย่างเป็นตำรวจ จำนวน 720 คน สุ่มจากสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล 9 แห่ง ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค ตัวอย่างเป็นตำรวจจำนวน 30 คน ได้มาโดยการคัดเลือกจากตำรวจที่มีคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาลดกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน การทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์

ผลการวิจัยพบว่า แบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาลมี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิด การสนับสนุนทางสังคม การแสดงอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา ความคิดที่ปรารถนาอยากให้เป็นการหลีกเลี่ยงจากสังคม การตำหนิตนเอง โดยมีค่าดัชนีชี้วัด $\chi^2(649) = 669.54, p = .07, GFI = .99$,

$AGFI = .98$ โดยองค์ประกอบย่อยการแก้ปัญหาที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด และผลการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงกว่าตำรวจในกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลในระดับสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค, กลยุทธ์การเผชิญปัญหา, ตำรวจนครบาล

Abstract

The purposes of this research were 1) to analyze the factors of coping strategies testing of the metropolitan police, 2) to develop individual counseling by assimilative integrating theory, and 3) to compare the effect of individual counseling on coping strategies of the metropolitan police. This research was divided into two phases. Phase 1 was developed the coping strategies testing of the metropolitan police by factor analysis. The samples were 720 policemen which were selected by random sampling from metropolitan police headquarters. Phase 2 was studying the effect of individual counseling by assimilative integrating theory. Police officers were randomly assigned from one commander to one control group and one police officer from one commander to a trial group of 15 persons, totaling 30 persons, participated in an integrated personal counseling program. Data were analyzed by repeated measures ANOVA of one factor between the groups and one factor within the group, paired-different test by Newman-Keuls procedure.

Research findings were as followed: 1) The coping strategies comprised of 8 factors, including problem solving, cognitive restructuring, social support, express emotions, problem avoidance, wishful thinking, social withdrawal and self-criticism - model fit ($\chi^2(649) = 669.54, p = .07, GFI = .99, AGFI = .98$). Problem solving had the highest standard factor loading. 2) The statistical significance at the .05 level was found on the metropolitan police who attended the individual programming counseling. They had higher coping strategies scores at the posttest and the follow-up phase than at the pretest phase. There was an interaction effect between experiment method and the duration of time at the .05 level of significance.

Keywords : assimilative integrative counseling, coping strategies, metropolitan police

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโลกและสังคมปัจจุบันส่งผลกระทบต่อประชาชนและประเทศชาติ ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาด้านการเมือง เศรษฐกิจ อาชญากรรม ยาเสพติด การคอร์รัปชัน ซึ่งในการดูแลความสงบเรียบร้อยของบ้านเมืองเป็นหน้าที่ของสำนักงานตำรวจ

แห่งชาติ ในการดำเนินการจับกุมหรือติดตามตัวผู้กระทำความผิดมาดำเนินคดีตามกฎหมาย เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปด้วยความเรียบร้อยก่อให้เกิดความสงบสุขและความมั่นคงของประเทศชาติ

กองบัญชาการตำรวจนครบาลเป็นหน่วยงานราชการระดับกองบัญชาการในสังกัด

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดยุทธศาสตร์ วางแผน ควบคุม ตรวจสอบ ให้คำแนะนำและเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติตามกรอบอำนาจหน้าที่และภารกิจในกรุงเทพมหานคร ลักษณะการทำงานที่เจ้าหน้าที่ตำรวจในกองบัญชาการตำรวจนครบาลต้องออกไปพบปะประชาชนตลอดจนรักษาความสงบเรียบร้อยให้เกิดความผาสุกแก่ประชาชนและเป็นลักษณะงานที่ต้องทำงานตลอดเวลา 24 ชั่วโมง (Royal Thai Headquarters, 2016) รวมทั้งวันหยุดราชการซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจจะปฏิเสธการให้บริการไม่ได้ จึงเป็นสถานการณ์ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ผู้ต้องหา และตลอดจนยังต้องทำงานในบรรยากาศที่ต้องพบกับความทุกข์ร้อนของประชาชนที่มาใช้บริการทุกวัน ซึ่งเกิดผลกระทบ เกิดความรู้สึกกดดันตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงจนถึงขั้นกระทำอัตวินิบาตกรรม ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจให้มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ เป็นต้น

กลยุทธ์การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคลที่จะรักษาภาวะสมดุลของจิตใจโดยจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่บุคคลเห็นว่าเป็นภัยคุกคามจากทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลโดยจะแสดงออกในรูปแบบของกระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายความเครียด วิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับกลยุทธ์การเผชิญปัญหา คือ การปรึกษาแบบบูรณาการทางทฤษฎีและเทคนิค

การปรึกษาแบบบูรณาการทางทฤษฎีและเทคนิค (assimilative integrative counseling) เป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีที่ใช้ในการเลือกสรรวิเคราะห์ และสังเคราะห์จุดเด่นของทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษาต่าง ๆ เพื่อนำมาบูรณาการเข้าเป็นทฤษฎีและเทคนิควิธีการปรึกษาอีก

ทฤษฎีหนึ่ง การบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (Consoli & Jester, 2005) การปรึกษาแบบบูรณาการโดยบูรณาการทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) ร่วมกับเทคนิคจากทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Liu, Nie, & Wang, 2017) โปรแกรมตามแนวพฤติกรรมบำบัดผ่านการรู้คิดทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรู้เท่าทันความคิดของตนเอง และสามารถจัดการกับสภาวะจิตใจของตนเองเมื่อเกิดอารมณ์แปรปรวน เช่น ความคิดอยากฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งโปรแกรมตามแนวพฤติกรรมบำบัดผ่านการรู้คิดเป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Beck (1985) มีรากฐานมาจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมนิยม (behaviorism) และแนวคิดเรื่องจิตวิทยาการรู้คิด (cognitive psychology) มีแนวความคิดว่า ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลมาจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรง แต่เกิดจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงของบุคคลหรือสถานการณ์นั้น ส่วนทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางโดย Rogers (1942) มีแนวคิดสำคัญด้านการนับถือตนเองในด้านบวก และด้านเงื่อนไขของการมีคุณค่าเป็นตัวกำหนดว่า ต้องแสดงพฤติกรรมอย่างไร จึงได้รับการยอมรับจากผู้อื่นว่ามีคุณค่า มีการยอมรับตนเองตามความจริง ความเป็นตัวของตัวเอง มีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มความสามารถ และเข้าใจตัวตนในอุดมคติ ตัวตนที่ตนเองรับรู้และตัวตนที่แท้จริงอย่างสอดคล้องกลมกลืนกัน (Corey, 2004)

โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจึงเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความสมเหตุสมผลมากขึ้น ยอมรับประสบการณ์ได้ดีขึ้น ลดการป้องกันตนเอง (defensiveness) ให้น้อยลง ทำให้การปรับตัวดีขึ้น ช่วยทำให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นสิ่งต่าง ๆ

อย่างมีจุดหมายและเป็นจริงตามสภาพ อันนำไปสู่การเปิดเผยเรื่องราวและปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนมีการสำรวจปัญหาร่วมกัน นำไปสู่การเข้าใจและพัฒนาตนเองอย่างแท้จริง

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค (assimilative integrative counseling) ต่อกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาล เพื่อใช้ในการพัฒนาหรือให้คำปรึกษาแก่ตำรวจ โดยเฉพาะในระดับสัญญาบัตรเพราะเป็นกลุ่มที่มีภาระรับผิดชอบและต้องตัดสินใจสูงมากกว่าระดับปฏิบัติการ ซึ่งจะช่วยให้ข้าราชการตำรวจในระดับนี้ สามารถนำกลยุทธ์การเผชิญปัญหาไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบการวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหา
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคในการพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาล
3. เพื่อศึกษาผลของการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคในการพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาลที่ได้รับการศึกษาในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สมมุติฐานวิจัย

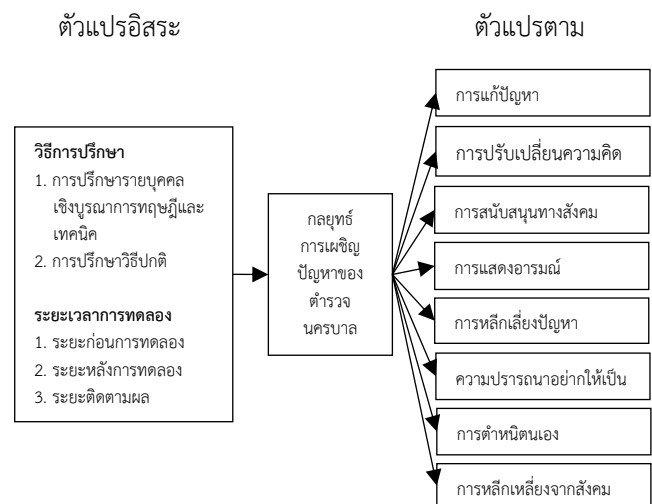
1. พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง
2. ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงกว่าตำรวจกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง
3. ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมี

กลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงกว่าตำรวจกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล

4. ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะหลังการทดลองระดับสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

5. ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1

ประชากร คือ ตำรวจนครบาลในระดับชั้นสัญญาบัตรทั้ง 9 กองบัญชาการตำรวจนครบาล จำนวนทั้งสิ้น 5,254 คน

ตัวอย่าง คือ ตำรวจนครบาล จำนวน 720 คน ผู้วิจัยใช้กฎที่ว่าด้วยอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างกับจำนวนพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์องค์ประกอบควรเป็น 10-20 เท่าต่อ 1 พารามิเตอร์ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2014) ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนพารามิเตอร์อิสระที่ต้องประมาณค่าทั้งหมด 72 พารามิเตอร์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต่ำในการศึกษาเท่ากับ 720 คน (10 เท่าของจำนวนพารามิเตอร์)

ระยะที่ 2

ประชากร คือ ตำรวจนครบาลในระดับชั้นสัญญาบัตรทั้ง 9 กองบัญชาการตำรวจนครบาล จำนวน 5,254 คน

ตัวอย่าง คือ ตำรวจนครบาล จำนวน 30 คน ซึ่งได้มาจาก

1. เจ้าหน้าที่ตำรวจในกองบัญชาการนครบาลที่ทำแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในระยะที่ 1 คัดเลือกตัวอย่างที่มีคะแนนการเผชิญปัญหาเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำกว่า 25 ลงมา จำนวน 40 คน

2. สอบถามความสมัครใจของตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลอง จำนวน 30 คน

3. สุ่มอย่างง่ายจากจำนวนตัวอย่าง 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยกำหนดให้กลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ใช้วิธีปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ได้รับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหา (coping strategies) ของ Tobin (2001) เป็นแบบวัดการเผชิญปัญหา 8 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิด การสนับสนุนทางสังคม การแสดงอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา ความปรารถนาอยากให้เป็น การตำหนิตัวเอง และการหลีกเลี่ยงจากสังคม โดยผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตจากผู้พัฒนาแบบวัด เพื่อแปลแบบวัดเป็นฉบับภาษาไทย จากนั้นผู้วิจัยจึงแปลเป็นภาษาไทยและทำการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (back-translation) เพื่อให้มีความถูกต้องตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2. โปรแกรมการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบการวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหา (coping strategies) จำนวน 72 ข้อ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างแบบองค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) เพื่อ

สกัดองค์ประกอบและลดจำนวนตัวข้อคำถาม และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) เพื่อยืนยันลักษณะขององค์ประกอบของแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค มีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

- ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดพัฒนาโปรแกรม

- กำหนดโครงสร้างของเนื้อหาและจุดมุ่งหมายของโปรแกรม

- สร้างโปรแกรมการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค โดยบูรณาการทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับเทคนิคจากทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมี 8 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นสำรวจทบทวนประสบการณ์ ความคิด ขั้นตระหนักรู้พินิจผลกระทบ ขั้นฝึกควบคุมตามเทคนิคการปรึกษา ขั้นพัฒนาทางความคิด ความรู้สึกแนวโน้มนำพฤติกรรมใหม่ ขั้นใส่ใจฝึกเป็นการบ้านทางความคิด ขั้นยุติการปรึกษา และขั้นประเมินผลการปรึกษา

- นำโปรแกรมการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคที่พัฒนาขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งหมด 7 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อนำไปทดลองใช้กับตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา โดยได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2561 ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ ตัวอย่างมีสิทธิ์จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบ การวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหา ผู้วิจัยนำแบบวัด กลยุทธ์การเผชิญปัญหาไปให้ตัวอย่าง 720 คน ตอบแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพิจารณารายบุคคลเชิง บุรณาการทฤษฎีและเทคนิค แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้ คำปรึกษาตามโปรแกรมการพิจารณารายบุคคลเชิง บุรณาการทฤษฎีและเทคนิคกับกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน จำนวน 15 ครั้ง ทดลองเป็น ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ได้รับวิธีปกติ คือ เข้าร่วมกิจกรรมและวิธี ปรึกษาตามปกติของหน่วยงานโดยไม่เข้าร่วม โปรแกรมการพิจารณารายบุคคลเชิงบุรณาการ ทฤษฎีและเทคนิค

2. ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุด การตามโปรแกรมการพิจารณารายบุคคลเชิง บุรณาการทฤษฎีและเทคนิคแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่ม ทดลองทำแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาฉบับ เดียวกันกับที่ใช้ก่อนการทดลอง แล้วเก็บคะแนน ที่ได้เป็นคะแนนระยะหลังการทดลองของกลุ่ม ทดลอง และผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบวัด กลยุทธ์การเผชิญปัญหาฉบับเดียวกันกับที่ใช้ก่อน การทดลอง แล้วเก็บคะแนนที่ได้เป็นคะแนน ระยะหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

3. ระยะติดตามผล หลังจากสิ้นสุด การปรึกษาเป็นเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทำแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญ ปัญหาฉบับเดียวกันกับที่ใช้ก่อนการทดลอง แล้ว เก็บคะแนนที่ได้เป็นคะแนนระยะติดตามผล (follow up) แล้วนำคะแนนจากการทำแบบวัด กลยุทธ์การเผชิญปัญหาทั้งก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลอง (post-test) และระยะติดตามผล (follow up) มาวิเคราะห์สถิติเพื่อทดสอบ สมมุติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์องค์ประกอบการวัด กลยุทธ์การเผชิญปัญหาด้วยการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) และวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป

ระยะที่ 2 ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใน การวิเคราะห์คะแนนความสามารถในการเผชิญ ปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่ง ตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ กลยุทธ์การเผชิญปัญหา พบว่า แบบวัดกลยุทธ์ การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาลมีความ สอดคล้องกลมกลืนกันระหว่างโครงสร้างข้อคำถาม กับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยกลยุทธ์การเผชิญปัญหา ของตำรวจนครบาลประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิด การสนับสนุนทางสังคม การแสดงอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา ความปรารถนาอยากให้เป็น การหลีกเลี่ยงจากสังคม การตำหนิตนเอง มีข้อ คำถามทั้งหมด 48 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง กลมกลืนของโมเดล ดังนี้ $\chi^2 = 669.54$, $df = 649$, $p = .07$, $GFI = .99$, $AGFI = .98$ และ $RMSEA = .013$ โดยองค์ประกอบการแก้ปัญหาที่มีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบมากที่สุด

ระยะที่ 2 ผลการใช้โปรแกรมการปรึกษา รายบุคคลเชิงบุรณาการทฤษฎีและเทคนิค ปรากฏผลดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาล

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง ($n = 15$)		กลุ่มควบคุม ($n = 15$)	
	M	SD	M	SD
ก่อนการทดลอง	35.87	9.97	23.47	11.67
หลังการทดลอง	81.73	11.82	47.93	12.09
ติดตามผล	87.27	12.63	45.13	12.81

จากตาราง 1 พบว่า ตำรวจในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบรรยายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคและตำรวจในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาโดยรวมเป็น 35.87 และ 23.47 ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาโดยรวมเพิ่มเป็น 81.73 และ 47.93 ส่วนในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาโดยรวมเพิ่มเป็น 87.27 และ 45.13

จากการทดสอบแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาตามรายด้านทั้งระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ระยะ

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการดำเนินตนเองสูงที่สุด ระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการแก้ปัญหาสูงที่สุด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการหลีกเลี่ยงจากสังคมสูงที่สุด ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการแก้ปัญหาสูงที่สุด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการหลีกเลี่ยงจากสังคมสูงที่สุด

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีการทดสอบรายคู่แบบนิวแมน-คูลส์

		ก่อนทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล
	M	35.87	81.73	87.27
ก่อนทดลอง	35.87	-	45.86*	53.40*
หลังการทดลอง	81.73	-	-	5.54
ติดตามผล	87.27	-	-	-
p			2	3
$q (.05, p, 18)$			2.97	3.61
$W 0.5, p$			4.393	5.307

* $p < .05$

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนน

กลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลัง

การทดลอง และสรุปผลการทดสอบสมมุติฐานได้ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและตำรวจในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนของตำรวจทั้งสองกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

สมมุติฐานที่ 2 ตำรวจนครบาลที่ได้รับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงกว่าตำรวจในกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตำรวจนครบาลที่ได้รับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงกว่าตำรวจในกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

สมมุติฐานที่ 3 ตำรวจนครบาลที่ได้รับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงกว่าตำรวจในกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ในระยะติดตามผลค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในระยะติดตามผลตำรวจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงขึ้นกว่าตำรวจในกลุ่มควบคุมมาก เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

สมมุติฐานที่ 4 ตำรวจนครบาลที่ได้รับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะหลังการทดลองในระดับสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตำรวจนครบาลที่ได้รับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

สมมุติฐานที่ 5 ตำรวจนครบาลที่ได้รับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะติดตามผลในระดับสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตำรวจนครบาลที่ได้รับการพิจารณารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะติดตามผลในระดับสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

การอภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาล

ผลการพัฒนาแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาลพบว่า มีความสอดคล้องกลมกลืนกันระหว่างโครงสร้างแบบสอบถามกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Joreskog and Sorbom (1996) ซึ่งแนะนำให้พิจารณาจากค่าดัชนีหลาย ๆ ค่าประกอบกัน เช่น ค่าไค-สแควร์ (χ^2) ไม่ควรมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องจากค่าไค-สแควร์ขึ้นกับขนาดตัวอย่าง ถ้าขนาดตัวอย่างมากก็มีโอกาสจะมีนัยสำคัญทางสถิติมาก ส่วนค่าไค-สแควร์ต่อชั้นแห่งความเป็นอิสระ (χ^2/df)

ควรมีค่าน้อยกว่า 2.0 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (*GFI*) และค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (*AGFI*) ที่ยอมรับได้ ควรมีค่ามากกว่า .90 ถ้ามีค่าเข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มาก และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อน (*RMSEA*) ควรมีค่าน้อยกว่า .05 และถ้าเข้าใกล้ .00 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มาก ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำราวจนครบบาลที่พัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ดี และสามารถวัดระดับกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำราวจนครบบาลได้ดี นอกจากนี้ ยังพบว่าแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำราวจนครบบาล ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิด การสนับสนุนทางสังคม การแสดงอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา ความปรารถนาอยากให้เป็น การหลีกเลี่ยงจากสังคม การตำหนิตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องรูปแบบการเผชิญปัญหาของ Tobin (2001) ที่กล่าวว่า รูปแบบการเผชิญปัญหาประกอบด้วย 1) การแก้ไขปัญหาดังตรง โดยกำจัดแหล่งของความเครียดด้วยการแก้ปัญหา (problem solving) 2) การปรับเปลี่ยนวิธี (cognitive-restructuring) เป็นวิธีการปรับความคิดและหาความหมายในสิ่งที่ทำ 3) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นการหาการสนับสนุนจากผู้อื่น 4) การแสดงอารมณ์ (express-emotions) 5) การหลีกเลี่ยงปัญหา (problem-avoidance) 6) ความคิดที่ปรารถนาอยากให้เป็น (wishful-thinking) 7) การหลีกเลี่ยงจากสังคม (social withdrawal) และ 8) การตำหนิตนเอง (self-criticism) โดยองค์ประกอบย่อยการแก้ปัญหามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าตำราวจนครบบาลควรใช้กลยุทธ์นี้ในการเผชิญปัญหามากที่สุด

ระยะที่ 2 การใช้โปรแกรมการปรึกษา
รายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค

ผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรมการปรึกษา
รายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคระหว่าง
ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ร่วมกับเทคนิคจากทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
สามารถเสริมสร้างกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของ
ตำราวจนครบบาล โดยตำราวจนครบบาลในกลุ่มทดลอง
มีค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบ
การแก้ปัญหาในระยะหลังการทดลองและระยะ
ติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลอง และยังคง
ต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะทิ้งระยะห่างเป็นเวลา 1 เดือน
ในระยะติดตามผล แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ
ของการปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและ
เทคนิคระหว่างทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและ
พฤติกรรมร่วมกับเทคนิคจากทฤษฎียึดบุคคลเป็น
ศูนย์กลางนั้น สามารถเสริมสร้างกลยุทธ์การเผชิญ
ปัญหาของตำราวจนครบบาลได้ สามารถอภิปราย
ได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็น
การปรับเปลี่ยนความคิด โดยเปลี่ยนแปลงความเชื่อ
เฉพาะตัวและกรอบความคิดในการรับรู้โลก
ประสบการณ์ชีวิต การคาดการณ์ในอนาคต และ
ปรับพฤติกรรมตอบสนองที่มีกระบวนการคิดที่
ผิดปกติ บิดเบือนหรือคิดในแง่ลบ ให้มีความตรง
ตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวกมากขึ้น
ประกอบกับเทคนิคการให้การศึกษาตามทฤษฎี
ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย การยอมรับ
ผู้รับคำปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข ทั้งทางด้านบวก
และด้านลบ โดยไม่ประเมินหรือตัดสินทำให้ตำรา
วจนครบบาลในกลุ่มทดลองสามารถพัฒนากลยุทธ์
การเผชิญปัญหาแบบการแก้ปัญหาได้สูงขึ้นก่อน
การทดลอง สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์
องค์ประกอบเชิงยืนยันที่พบว่า องค์ประกอบย่อย
การแก้ปัญหามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน
มากที่สุด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ
Patterson (2016) ที่พบว่า นักเรียนตำราวจใช้วิธี
แก้ปัญหาแบบแก้ปัญหามากที่สุด และสอดคล้อง
กับงานวิจัยของ Kochakul (2007) ที่พบว่า

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียด ความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกใด ๆ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมุติฐาน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) ผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 1 พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการศึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงกว่าตำรวจในกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการศึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลในระดับสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ตำรวจนครบาลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเครียดสูงจากการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วยปัญหารายด้าน ดังนั้น เมื่อตำรวจเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎี ทำให้มีการปรับตัวและทำให้มีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของ Tobin (2001) ประกอบด้วยการจัดการปัญหา การจัดการอารมณ์ การเพิกเฉยปัญหา และการหนีปัญหา กลยุทธ์การเผชิญปัญหาดังกล่าวเหมาะสมกับการปฏิบัติงานของตำรวจ เนื่องจากเมื่อตำรวจพบปัญหาที่เกิดจากการทำงาน ตำรวจจัดการปัญหาและจัดการอารมณ์เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้ในเบื้องต้นก่อน หากไม่สามารถแก้ปัญหาได้จึงใช้กลยุทธ์ต่อไป ได้แก่ การเพิกเฉยปัญหา ไม่สนใจปัญหา และสุดท้าย ตำรวจเหล่านั้นจึงหนีปัญหาไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shimazu and Schaufeli (2007) ที่พบว่า การเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับ

การใช้วิธีการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) จากผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 2 ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการศึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงกว่าตำรวจในกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากบูรณาการการปรึกษาด้วยวิธีการผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก คือ การบำบัดทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใดเป็นหลัก จากนั้นนำเทคนิคจากทฤษฎีการบำบัดอื่นมาใช้ร่วมด้วยโดยเทคนิคที่ถูกนำมาใช้นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองเป้าหมายการบำบัดตามทฤษฎีหลัก โดยมีพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์และเป้าหมายการแก้ปัญหาทางความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันเป็นการรวบรวมผสมผสานประโยชน์จากการใช้เทคนิคที่หลากหลายต่าง ๆ มาใช้ร่วมกันในการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Britton et al. (2011) ที่พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าของกรณีศึกษาหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจกำหนดการกระทำด้วยตนเองน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Outaitaveep (2017) ที่พบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลมีการพัฒนาการเข้าถึงใจของตนเองเพิ่มมากขึ้น

3) ผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 3 ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการศึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาสูงกว่าตำรวจในกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล พบว่า ในระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากการใช้โปรแกรมการศึกษารายบุคคลเชิง

บูรณาการทฤษฎีและเทคนิค โดยยึดทฤษฎีการบำบัดความคิดพฤติกรรมเป็นวิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้ของบุคคลที่มีกระบวนการคิดที่ผิดปกติ บิดเบือนหรือคิดในแง่ลบ ให้มีความตรงตามความเป็นจริงและเป็นเชิงบวกมากขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ จัดการกับความคิดและพฤติกรรมที่มีปัญหาเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาลได้ซึ่งเป็นทฤษฎีหลักในโปรแกรมการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Areekit (2011) ที่พบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Craigie and Nathan (2009) ที่พบว่า การทำ CBT แบบกลุ่มและแบบรายบุคคลมีประสิทธิภาพในการทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและไม่มีผลแตกต่างทั้งหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน

4) จากผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 4 ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการศึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะหลังการทดลองในระดับสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากว่าใช้โปรแกรมการศึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค ซึ่งเป็นการบูรณาการตามแนวการศึกษาแบบบูรณาการผสมผสานทฤษฎีทำให้กลุ่มตำรวจที่เข้าร่วมทดลองคลายความเครียดจากการทำงานด้วย โปรแกรมการศึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้มากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Junpinit (2008)

ที่พบว่า ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความแตกต่างของระดับความโกรธน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนความแตกต่างของพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5) จากผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 5 ตำรวจนครบาลที่เข้ารับการศึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีมีกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะติดตามผลในระดับสูงกว่าระยะก่อนการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยนำเทคนิคการศึกษาตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมาใช้ร่วมด้วย ซึ่งเป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เน้นการจัดหรือลดความทุกข์ทางอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา โดยที่ผู้ให้คำปรึกษาได้สร้างสัมพันธภาพอันดีให้เกิดกับผู้รับคำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกความคับข้องใจ หรือความขัดแย้งในใจตนเองออกมา อันจะนำไปสู่การพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดีขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นตัวของตัวเองสามารถจัดการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม แนวทางการให้คำปรึกษาดังกล่าวเหมาะสมกับตัวอย่างที่เป็นตำรวจนครบาลที่ปฏิบัติงานด้วยความเครียด จึงต้องใช้วิธีการปรึกษาที่เหมาะสมดังกล่าวเพื่อให้เกิดการระบายความเครียดได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kulasri (2011) ที่พบว่า หลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโรเจอร์ส กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อมั่นสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสังกัดกระทรวงกลาโหมที่มีบริบทการทำงานใกล้เคียงกันสามารถนำแบบวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของตำรวจนครบาลที่ใช้ในโปรแกรมการบริการรายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคไปประยุกต์ใช้ในการวัดกลยุทธ์การเผชิญปัญหากับผู้ที่ปฏิบัติงานในสังกัดของหน่วยงานได้

2. หน่วยงานทางด้านการสาธารณสุขและฝ่ายทรัพยากรบุคคลต่าง ๆ สามารถนำโปรแกรมการบริการรายบุคคลเชิงบูรณาการทฤษฎีที่บูรณาการระหว่างทฤษฎีการบำบัดความคิดพฤติกรรมและการปรึกษาตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ไปปรับใช้ในการแก้ปัญหาให้กับผู้ที่มีความเครียดต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานที่ต้องการการบำบัดเป็นรายบุคคลได้

เอกสารอ้างอิง

- Areekit, P. (2011). *The Effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression, in depressive disorder patients* (Master of mental health and psychiatric nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Beck, A. T. (1985). Cognitive therapy. In H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry/IV: Vol. 2* (pp. 1432-1438). New York, NY: Williams and Wilkins.
- Britton, W. B., Lepp, N. E., Niles, H. F., Rocha, T., Fisher, N., & Gold, J. (2011). A randomized controlled pilot trial of classroom-based mindfulness meditation compared to an active control condition in 6th grade children. *Journal of School Psychology, 52*(3), 263-278.
- Consoli, A. J., & Jester, C. M. (2005). A model for teaching psychotherapy theory through an integrative structure. *Journal of Psychotherapy Integration, 15*(4), 358-373.
- Corey, G. (2004). *Theory and practice of counseling & psychotherapy*. USA: Thomson Brooks.
- Craigie, M. A., & Nathan, P. (2009). A nonrandomized effectiveness comparison of broad-spectrum group CBT to individual CBT for depressed outpatients in a community mental health setting. *Behavior therapy, 40*(3), 302-314.
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. 2014. *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1996). *LISREL8: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Junpinit, V. (2008). *Effect of a Mood Management Program incorporating guardians' participation on the reduction of anger and aggression among early teenager students* (Master of family health). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Kochakul, A. (2007). *Developing coping skills training program for reducing stress of police cadets* (Doctor of Counseling Psychology). Faculty of Graduate Studies, Ramkhamhaeng University.
- Kulasri, N. (2011). *Individual counseling for developing students' self-confidence based on Roger's theory* (Master of educational psychology and counseling). Faculty of Graduate Studies, Khon Khan University.
- Liu, J., Nie, J., & Wang, Y. W. (2017). Effects of group counseling programs, cognitive behavioral therapy, and sports intervention on internet addiction in east Asia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(1470), 1-17.
- Outitaveep, N. (2017). *Effects of rogerian individual counseling approach on university students' empathy* (Master of Counseling Psychology). Faculty of Graduate Studies. Chiangmai University.
- Patterson, G. T. (2016). A brief exploratory report of coping strategies among police recruits during academy training. *Psychology Report, 119*(2), 557-567.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Royal Thai Headquarters. (2016). *Annual report 2017*. Bangkok: Royal Thai Headquarters.
- Shimazu, A., & Schaufeli, W. B. (2007). Does distraction facilitate problem-focused coping with job stress? A 1 year longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine, 30*(5), 423-434.
- Tobin, D. (2001). *User manual for the coping strategies inventory*. USA: Philadelphia.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน
ต่อความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว¹
THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM
COMBINED WITH REFLEXOLOGY ON PAIN IN PATIENTS WITH LAMINECTOMY

ธัญนันท์ เหล่าฤทธิ์²

Thanyanant Laorith

ประนอม รอดคำดี³

Branom Rodcumdee

ปชาณัฐ ตันติโกสม⁴

Pachanut Tantikosoom

¹ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of this thesis, Master Degree of Nursing, Chulalongkorn University

² นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330

Correspondence Email: Pachanut.T@chula.ac.th

Received: June 13, 2017

Revised: November 30, 2019

Accepted: December 8, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อความปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมอายุ 18 - 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่ด้าน เพศ อายุ จำนวนระดับปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด ชนิดและขนาดยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ที่ประกอบด้วย 4 วิธี คือ การใช้คำพูดชักจูงการเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน แบบประเมินความปวดแบบ Visual Analog Scale และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบ One-way Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ความปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม ภายหลังผ่าตัดวันที่ 3, 4 และ 5 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ความปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วย

โรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวภายหลังการผ่าตัด วันที่ 1 และ 2 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน, การผ่าตัดกระดูกสันหลัง, ความปวด, นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of self-efficacy promoting program combined with reflexology on postoperative pain in patients with Laminectomy. Adult patients aged 18 - 59 years with degenerative disc disease at surgical ward, Police General Hospital were recruited. Both control ($n = 22$) and the experimental ($n = 22$) groups were matched by age, gender, level of lumbar disc, and dose of pain killer medication. The control group received the conventional care. The experimental group received the self-efficacy promoting program combined with foot reflexology developed based on the concept of Bandura. The self-efficacy program consisted of 4 principle sources of verbal persuasion, vicarious experience, enactive mastery experience and physiological and affective states. The instruments for collecting data were the Visual Analog Scale and post-operative self-efficacy questionnaire used to monitor the manipulation. The reliability coefficient was .93. Data were analyzed using descriptive statistics and one-way repeated measure ANOVA.

The results revealed that the mean score of post-operative pain after laminectomy at days 3, 4, and 5 in the experimental group was significantly lower than those in the control group ($p < .05$). However, post-operative pain days 1 and day 2 of the experimental groups and the control groups were difference but were not statistically significant.

Keywords : self-efficacy promoting program, laminectomy, pain, foot reflexology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมเป็นสภาวะที่รบกวนชีวิตของผู้ป่วยโดยทำให้เกิดอาการปวดหลัง ปวดร้าวลงขา มีอาการชา และขาอ่อนแรง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง จากสถิติทั่วโลกพบว่า ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะทุพพลภาพมากถึง 83.1 ล้านคน (Murray et al., 2012) การรักษาด้วยการผ่าตัดจะช่วยลดอาการปวดโดยเฉพาะในรายที่มีพยาธิสภาพรุนแรง เช่น ภาวะโพรงไขสัน

หลังตีบแคบ หรือปล้องกระดูกสันหลังเคลื่อนออกจากตำแหน่ง เป็นต้น

ข้อมูลสถิติของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวจำนวนร้อยละ 35.7, 34.98 และ 35.97 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของอัตราการผ่าตัดที่เพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และความปวดหลังการผ่าตัด เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยจะมีความปวดอยู่ในช่วง 4.3 - 8.5

คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (Siribumrungwong, Cheewakidakam, Tangtrakulwanich, & Nimmaanrat, 2015) ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีคะแนนความปวดที่ 5 และ 4.7 คะแนนตามลำดับ (Gauger, 2009) แสดงให้เห็นถึงความปวดที่ยังคงอยู่หลังการผ่าตัด แต่มีแนวโน้มที่จะลดลง โดยระยะที่ไม่มียาบรรเทาปวดชนิดฉีดหลังผ่าตัดแล้วในวันที่ 6 ผู้ป่วยจะมีความปวดอยู่ในช่วง 3 - 5 คะแนน (ขณะพัก) และ 5 - 7 คะแนน (เมื่อเคลื่อนไหว) (Mathiesen et al., 2013)

นอกจากนี้ ความปวดที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทางด้านร่างกาย เช่น ทำให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อ ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว ทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดไม่ดี และระบบย่อยอาหารผิดปกติ เป็นต้น ส่วนผลกระทบด้านจิตใจและสังคม พบว่า ความปวดมีผลกระทบต่อการหลั่ง Corticosteroids และ Adrenaline ที่กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้นอนไม่หลับ เกิดความเครียด และความวิตกกังวลมากขึ้น และความปวดหลังการผ่าตัดยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำภายในระยะเวลา 30 วัน โดยพบมากถึงร้อยละ 22.4 (Devin & McGirt, 2015)

ดังนั้น การจัดการกับอาการปวดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพราะมีผลต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายที่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความปวดมีหลายประการ อาทิ อายุ เพศ พันธุกรรม การผ่าตัด ชนิดและปริมาณยาบรรเทาปวดที่ได้รับ เป็นต้น (Chidambaran et al., 2017; Mannion et al., 2007; Mathiesen et al., 2013) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพความปวดในอดีต ความอดทนต่อความปวด อารมณ์ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันอธิบายหรือมีอิทธิพลต่อความปวดหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวได้

ร้อยละ 15 (Archer, Seebach, Mathis, Riley, & Wegener, 2014; Den-Boer et al., 2006)

อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความปวดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวไม่น้อยไปกว่าปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Rayahin et al., 2014) โดยปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความอดทนต่อความปวด เป็นสิ่งที่สามารถจัดการกระทำได้ และถ้ามีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีความอดทนต่อความปวดเพิ่มขึ้น ความเครียดและวิตกกังวลก็จะลดลง (Rokke et al., 2004)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดทฤษฎีของ Bandura (1997) เชื่อว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ประกอบกับพฤติกรรมนั้นสามารถปฏิบัติได้ไม่ยากเกินไป สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมไปสู่พฤติกรรมได้ ซึ่งพฤติกรรมที่คาดหวังให้เกิดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง คือ การให้ผู้ป่วยใช้ความรู้ที่ได้รับจากพยาบาลในเรื่องการจัดการความปวด ไปใช้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เช่น การขยับตัวพลิกตะแคงตัวในท่าหลังตรง การบริหารแขน ขา กล้ามเนื้อหลัง การลุกนั่ง ยืน เดิน และกระทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมั่นใจ พฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้ แนวทางที่จะส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมี 4 วิธี คือ 1) การใช้คำพูดชักจูงโดยให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การจัดการความปวด เป็นต้น เพื่อให้เล็งเห็นประโยชน์ และเกิดความตั้งใจที่จะนำไปปฏิบัติ 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด 3) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง การที่พยาบาลสาธิต และให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเอง และเทคนิคการจัดการความปวดต่าง ๆ เมื่อเคยกระทำได้ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและ

สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากเคยทำสำเร็จมาแล้ว และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย ใช้น้ำเสียงสุภาพ ชัดเจน ให้เกียรติ และให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยนึกถึงผลลัพธ์ที่ดี และไม่กล่าวตำหนิผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น สนใจที่จะร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่เป็นบทบาทของพยาบาล โดยอิสระ พบว่า วิธีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า สามารถลดความปวดหลังผ่าตัดได้ เพราะการนวดและการกดในระดับลึกตามจุดสะท้อนที่ตำแหน่งต่าง ๆ บริเวณเท้า จะช่วยให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น เนื่องจากบริเวณเท้ามีจุดเชื่อมต่อของปลายประสาทที่สามารถส่งสัญญาณไปกระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ได้ เช่น ถ้ากดบริเวณนิ้วโป้งของเท้า จะส่งสัญญาณสะท้อนไปยังต่อม Pituitary และต่อม Hypothalamus และเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-beta) ส่งผลให้สมองปล่อยสารไปกระตุ้น SG cell ทำให้ระดับของ Endorphins และ Enkephalins ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินเพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้ความปวดลดลง (Lakasing & Lawrence, 2010; Stephenson, & Dalton, 2003)

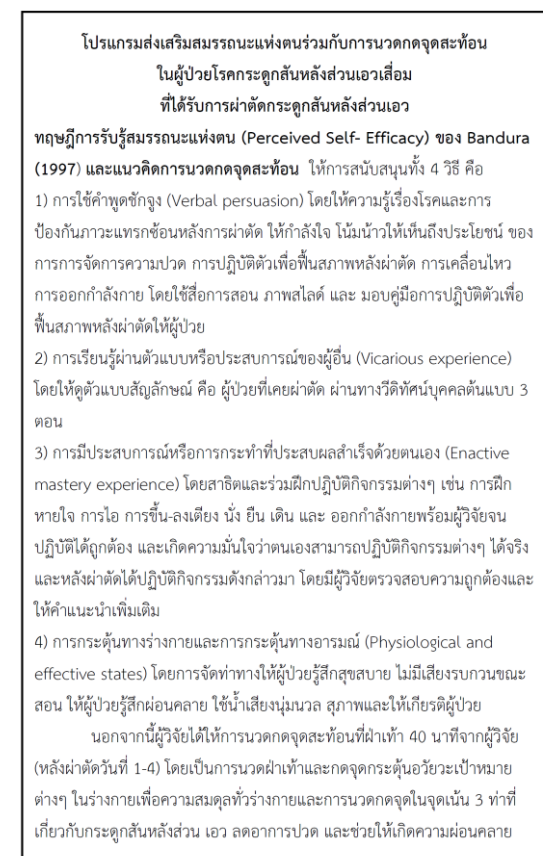
จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมด ถึงแม้ว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จะทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการตนเอง เพื่อบรรเทาอาการปวดได้ แต่ยังไม่มีความวิจัยใดที่ผสมผสานศาสตร์แพทย์ทางเลือก โดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมด้วย ซึ่งจะเป็นการช่วยบรรเทาอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมาให้กับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพราะเชื่อว่าการที่พยาบาลส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนให้ผู้ป่วย จะช่วยบรรเทาหรือลดอาการปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยลงได้ อีกทั้ง

ลดการพึ่งพายา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน จากยาบรรเทาปวดก็จะลดลง รวมทั้งน่าจะทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวสามารถจัดการกับความปวดได้ด้วยตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้นหลังการผ่าตัด

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความปวดหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในช่วงหลังการผ่าตัดวันที่ 1 2 3 4 และ 5

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานวิจัย

ความปวดหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนในวันที่ 1 2 3 4 และ 5 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ตัวอย่างสองกลุ่มมีการวัดซ้ำแบบอนุกรมเวลา (time series design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมและมารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวที่แผนกผู้ป่วยในโรคศัลยกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมและเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวทั้งหญิงและชาย อายุ 18 - 59 ปี ที่มารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวครั้งแรก โดยใส่อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูกที่แผนกผู้ป่วยในโรคศัลยกรรมโรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2560

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบที่ .80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดตัวอย่างรวม 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนแล้วจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยมีการจับคู่ เพศ อายุ จำนวนระดับปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด ชนิดและขนาดยาบรรเทา

อาการปวดที่ได้รับ

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวครั้งแรก ไม่มีข้อห้ามในการนวดกดจุดสะท้อน เช่น เป็นโรคผิวหนังบริเวณเท้า มีการอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนปลาย มีการอักเสบหรือติดเชื้อ มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ฝ่าเท้า บวม แดง และยิบเข้าร่วมในโครงการวิจัย และถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรคระบบทางเดินหายใจ หัวใจ หลอดเลือด ไต และระบบประสาทไขสันหลังที่รุนแรงขึ้นจะได้รับการคัดเลือกรอกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความปวดที่เป็นมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) คะแนนมี ตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) และแนวคิดการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้า ประกอบด้วย แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 5 เรื่อง เอกสารภาพสไลด์ประกอบการสอนเรื่องโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว และวิดีโอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จจากการผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะความปวด และประสบการณ์การได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้า มีทั้งหมด 3 ตอน ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Oetker-Black ที่ผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงมา

จากต้นฉบับภาษาไทยของ ชญานิศ ขอบอรุณสิทธิ (Chobarunsitti, 2008) และ สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล (Gosegrineramon, 2010) มีจำนวน 16 ข้อ มีตัวเลขให้เลือก 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลยว่าจะสามารถปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดในเรื่องนั้น ๆ ได้ จนถึง 10 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดในเรื่องนั้น ๆ ได้ คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 160 คะแนน ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมที่มีคุณสมบัติคล้ายกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิ ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ จว. 50/2559 เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2559 ภายหลังจากอนุมัติผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยโดยสังเขป กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดและเริ่มเก็บข้อมูลกับกลุ่มควบคุมจนครบ 22 คน และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองโดยการจับคู่คุณสมบัติจนครบ จำนวน 22 คน

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมเพื่ออธิบายรายละเอียดของการวิจัย แล้วให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม ให้การพยาบาลปกติ และงดเข้าพบในวันทำผ่าตัด แล้วนัดผู้ป่วยเพื่อทำการประเมินความปวดหลังผ่าตัดทุกวันตั้งแต่วันที่ 1-5 จนครบระยะเวลาที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัยและสอนให้ความรู้และคำแนะนำตามโปรแกรมและฝึกปฏิบัติเทคนิคต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความปวดหลังการผ่าตัด แก่กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อแนะนำตัวเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามและประเมินระดับสมรรถนะแห่งตน ให้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และคำแนะนำตามโปรแกรมและฝึกปฏิบัติเทคนิคต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความปวดหลังการผ่าตัด ใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจจากการสนับสนุน โดยในครั้งที่ 1 ไม่นวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าหลังจากนั้นในครั้งที่ 2 - 6 จะเริ่มต้นจากหลังผ่าตัด 1 วัน เข้าไปประเมินความปวดก่อนให้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และนัดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้า และเข้าพบผู้ป่วยทุกวันจนถึงหลังผ่าตัดวันที่ 3 เพื่อให้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าเพื่อเตรียมความพร้อมทางร่างกายและปรับสภาพอารมณ์ทางบวกและประเมินความปวด หลังผ่าตัดวันที่ 4 ให้โปรแกรมพร้อมนวดกดจุดสะท้อน ประเมินความปวด และระดับสมรรถนะแห่งตน วันที่ 5 หลังการผ่าตัดประเมินความปวด สรุปแนวโน้มอาการปวดของผู้ป่วยให้ทราบและแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความปวดหลังการผ่าตัดระหว่างตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการวัดซ้ำด้วย One-way Repeated Measure ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 59.1 เพศหญิงร้อยละ 40.9 อายุเฉลี่ย 55.09 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.88 กก./ตรม. อยู่ในเกณฑ์เริ่มน้ำหนักเกิน มีประสบการณ์การผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 40.9 และจำนวนระดับปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด 2 ระดับ คิดเป็นร้อยละ 36.3 ส่วนกลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 59.1 เพศหญิงร้อยละ 40.9 อายุเฉลี่ย 55.14 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.90 กก./ตรม. อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ มีประสบการณ์การผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 50 และมีจำนวนระดับปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด 2 ระดับ คิดเป็นร้อยละ 36.3

ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลง โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด

หลังการผ่าตัดวันที่ 4 และ 5 อยู่ในระดับน้อย ($M=3.57$, $SD=.56$ และ $M=3.01$, $SD=.55$) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลางตลอดระยะเวลา 5 วันหลังผ่าตัด (ตาราง 1)

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1, 42) = 10.34$, $p = .003$) และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับช่วงเวลาที่เหมาะสมหลังการผ่าตัด โดยมีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(1, 42) = 24.36$, $p = .000$) (ตาราง 2)

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มควบคุมตามวันที่ประเมินพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวันที่ 3, 4 และ 5 กลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($MD = .43$, $.94$, และ 1.16) ส่วนในวันที่ 1 และ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

หลังผ่าตัด	คะแนนความปวด					
	กลุ่มควบคุม ($n = 22$)			กลุ่มทดลอง ($n=22$)		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
วันที่ 1	5.65	.78	ปานกลาง	5.58	.77	ปานกลาง
วันที่ 2	5.37	.66	ปานกลาง	5.11	.68	ปานกลาง
วันที่ 3	4.95	.61	ปานกลาง	4.52	.64	ปานกลาง
วันที่ 4	4.51	.60	ปานกลาง	3.57	.56	น้อย
วันที่ 5	4.17	.67	ปานกลาง	3.01	.55	น้อย

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในวันที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 หลังการผ่าตัด

แหล่งความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	17.87	1	17.87	10.34	.003
ความคลาดเคลื่อน	72.59	42	1.73		
ภายในกลุ่ม					
เวลาที่ประเมิน	122.04	1	75.89	315.99	.000
กลุ่ม × เวลาที่ประเมิน	9.41	1	5.85	24.36	.000
ความคลาดเคลื่อน	16.22	42	.24		

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเป็นรายคู่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลาด้วยวิธี Bonferroni

หลังผ่าตัด	กลุ่ม	<i>M</i>	<i>MD</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>
วันที่ 1	กลุ่มควบคุม	5.65	.07	.23	.772
	กลุ่มทดลอง	5.58			
วันที่ 2	กลุ่มควบคุม	5.37	.26	.20	.215
	กลุ่มทดลอง	5.11			
วันที่ 3	กลุ่มควบคุม	4.95	.43	.19	.029
	กลุ่มทดลอง	4.52			
วันที่ 4	กลุ่มควบคุม	4.51	.94	.18	.000
	กลุ่มทดลอง	3.57			
วันที่ 5	กลุ่มควบคุม	4.17	1.16	.18	.000
	กลุ่มทดลอง	3.01			

การอภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มของคะแนนความปวดที่ลดลง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดวันที่ 1 – 3 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนวันที่ 4 และ 5 อยู่ในระดับน้อย ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย

คะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลางตลอดระยะเวลา 5 วันหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดตั้งแต่หลังผ่าตัดวันที่ 1 จนถึงหลังผ่าตัดวันที่ 5 อย่างต่อเนื่อง แต่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมหดกดจุด และในช่วงแรกหลังผ่าตัดกล้ามเนื้อบริเวณที่ผ่าตัดยังได้รับบาดเจ็บในทั้ง 2 กลุ่ม แต่หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าของ สุพร เหลืองอร่ามกุล (Lueangaramkul,

2008) พบว่า ความถี่ในการนวดที่ได้ผลคือ ประมาณ 3 ครั้ง จากการนวด 1 - 7 ครั้ง นอกจากนี้ วิธีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า สามารถลดความปวดหลังผ่าตัดได้ เพราะการนวด และการกดในระดับลึกตามจุดสะท้อนที่ตำแหน่งต่าง ๆ บริเวณเท้า จะช่วยให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น และช่วยลดความปวดตามทฤษฎีการปิดประตูความเจ็บปวด (Lakasings & Lawrence, 2010; Stephenson, & Dalton, 2003)

อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยทั่วไปเป็นหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดค่อนข้างมาก และก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การขยับตัวลุกนั่งก็ยังไม่สามารถทำได้หลังผ่าตัดในทันที ความปวดส่วนหนึ่งของผู้ป่วยบางรายมาจากอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการนอนท่าคว่ำในการผ่าตัดเป็นเวลานาน รวมถึงความทุกข์ทรมานจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นหลังการผ่าตัด รวมทั้งแผลผ่าตัดและสายระบายที่อยู่บริเวณกลางหลังทำให้มีความยากลำบากในการนอน เนื่องจากสายอยู่ด้านหลัง แม้ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีดในกลุ่มยาเสพติด (morphine และ/หรือ pethidine) หลังการผ่าตัด แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มยังมีอาการปวดในระดับปานกลาง เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนก็ทำให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์การฝึกปฏิบัติในโปรแกรม จึงมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองก่อนการผ่าตัด เช่น ลุก นั่ง ยืน เดิน การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย รวมถึงการจัดการความปวด และได้รับการกระตุ้นเตือนให้กำลังใจจากพยาบาล และเรียนรู้จากต้นแบบในวิถีทัศน์ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนสามารถลุกเดินออกกําลังหลังการผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังเกิด

ความเชื่อมั่นว่า หากเคยกระทำสิ่งใดที่สำเร็จแล้ว ก็จะสามารถทำได้อีกครั้งและทำได้อย่างต่อเนื่อง ในครั้งต่อ ๆ ไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rokke et al. (2004) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการลดความปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ และเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) เชื่อว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ประกอบกับพฤติกรรมนั้นสามารถปฏิบัติได้ไม่ยากเกินไป สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมไปสู่พฤติกรรมได้

ดังนั้น การนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว อาจต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการพยาบาลให้สอดคล้องและเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค การใช้ชีวิตและกิจกรรมประจำวันหลังของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เพราะยังพบความปวดหลังการผ่าตัดคงเหลืออยู่ และควรมีวิธีการลดความปวดที่มีประสิทธิภาพเข้ามาผนวกร่วมด้วย หรือมีการบำบัดและติดตามในระยะยาวเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองตามสมรรถนะของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และเสริมสมรรถนะทางร่างกาย ก่อให้เกิดการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดี ส่งผลให้ความปวดหลังการผ่าตัดลดลงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้า ยังช่วยให้ระดับสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และไม่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย อีกทั้งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้เพื่อลดและบรรเทาอาการปวดให้กับผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวดีขึ้นในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

2. ควรมีการส่งเสริมหรือจัดอบรมการบำบัดทางการพยาบาลด้วยแพทย์ทางเลือกเพื่อลดความปวดสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถที่จะให้การบำบัดทางการพยาบาลด้วยการแพทย์ทางเลือก

เอกสารอ้างอิง

- Archer, K. R, Seebach, C. L., Mathis, S. L., Riley, L. H., & Wegener, S. T. (2014). Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. *The Spine Journal*, 14(5), 759-767.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman and company.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nurse research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6 ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunder.
- Chidambaran, V., Zhang, X., Martin, L. J., Ding, L., Weirauch, M. T., Geisler, K., . . . Ji, H. (2017). DNA methylation at the mu-1 opioid receptor gene (OPRM1) promoter predicts preoperative, acute, and chronic postsurgical pain after spine fusion. *Pharmacogenomics and Personalized Medicine*, 9(10), 157-168.
- Chobarunsitti, S. (2008). *Effect of self-efficacy enhancement on patients' post abdominal surgery recovery at Phaphuttabath hospital, Saraburi* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon Pathom.
- Den-Boer, J. J., Oostendorp, R., Beems, T., Munneke, M., & Evers, A. (2006). Continued disability and pain after lumbar disc surgery: The role of cognitive-behavioral factors. *Pain*, 123(1-2), 45-52.
- Devin, C. J., & McGirt, M. J. (2015). Best evident in multimodal pain management in spine surgery and means of assessing postoperative pain and functional outcomes. *Journal of Clinical Neuroscience*, 22(6), 930-938.
- Gauger, V. T., Voepel-Lewis, T. D., Burke, C. N., Kostrzewa, A. J., Caird, M. S., Wagner, D. S., & Farley, F. A. (2009). Epidural analgesia compared with intravenous analgesia after pediatric posterior spinal fusion. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 29(6), 588-593.
- Gosegrineramon, S. (2010). *Effect of self-efficacy enhancement program on perceived self-efficacy, activities of daily living and bowel movement among patients with lumbar spine surgery* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon Pathom.
- Lakasing, E., & Lawrence, D. (2010). When to use reflexology. *Alternative medicine*, 20(1), 16-19.
- Mannion, A. F., Elfering, A., Staerkle, R., Junge, A., Grob, D., Dvorak, J., . . . Boos, N. (2007). Predictors of multidimensional outcome after spinal surgery. *European Spine Journal*, 16, 777-786.
- Mathiesen, O., Dahl, B., Thomsen, B. A., Kitter, B., Sonne, N., Dahl, J. B., & Kehlet, H. (2013). A comprehensive multimodal pain treatment reduces opioid consumption after multilevel spine surgery. *European Spine Journal*, 22(9), 2089-2096.
- Murray, J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., . . . Lopez, A. D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet*, 380, 2197-2223.
- Rayahin, J. E., Chmiel, J. S., Hayes, K. W., Almagor, O., Belisle, L., Chang, A. H., . . . Sharma, L. (2014). Factors associated with pain experience outcome in knee osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, 66(12), 1828-1835.
- Lueangaramkul, S. (2008). Literature review: Effect of foot reflexology on pain management. *Journal of Bureau of Alternative Medicine*, 2(2), 9-18.
- Rokke, P. D., Ficek, S. F., Siemens, N. M., & Hegstad, H. J. (2004). Self-efficacy and choice of coping strategies for tolerating acute pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 343-360.
- Siribumrungwong, K., Cheewakidakarn, J., Tangtrakulwanich, B., & Nimmaanrat, S. (2015). Comparing parecoxib and ketorolac as preemptive analgesia in patients undergoing posterior lumbar spinal fusion: A prospective randomized double-blinded placebo-controlled trial. *Bio Med Central Journals*, 16, 59. doi:10.1186/s12891-015-0522-5.
- Stephenson, N. L. N., & Dalton, J. A. (2003). Using reflexology for pain management. *Journal of Holistic Nursing*, 21(2), 179-191.



ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง¹

PATIENTS' EXPECTATIONS TO POSTOPERATIVE OUTCOMES AMONG OLDER ADULTS UNDERGOING TOTAL KNEE ARTHROPLASTY AND ITS RELATED FACTORS

สุทธิวรรณ เชวงเกียรติกุล² สุภาพ อารีเอื้อ³ พิชญ์ประอร ยังเจริญ⁴ วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท⁵
Suttiwan Chawengkiattikul Suparb Aree-Ue Pichpraorn Youngcharoen Viroj Kawinwonggowit

¹ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

This study is partly of the thesis, Master of Nursing Science program, Ramathibodi School of Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

²นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

Graduated student in Master of Nursing Science program (Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of
Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand.

³รองศาสตราจารย์ ดร., โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400
Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University Bangkok, 10400, Thailand.

⁴อาจารย์ ดร., โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400
Lecture, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University Bangkok, 10400, Thailand.

⁵ศาสตราจารย์ คลินิก นพ., ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400
Clinical Professor, Department of Orthopedics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University Bangkok, 10400, Thailand.

Author Email: suttivan.cha@mahidol.ac.th

Received: April 30, 2019

Revised: November 20, 2019

Accepted: December 14, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 84 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและกำลังเข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินข้อเข่าด้านการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน และแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์จากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติอ้างอิงโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=69.41$, $SD=13.87$) เมื่อพิจารณารายการข้อพบว่าตัวอย่างที่มีความคาดหวังว่า “การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจะเพิ่มความสามารถในการเดินในระยะสั้น” สูงที่สุด ($M=3.69$, $SD=.51$) รองลงมาคือ “มีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น” ($M=3.63$, $SD=.62$) ส่วนความคาดหวังที่น้อยที่สุดคือ “การมีความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศที่เพิ่มขึ้น” ($M=.55$, $SD=1.17$) และ “การยังคงถูกจ้างงานและได้รับเงินชดเชย” ($M=.68$, $SD=1.38$) ผู้สูงอายุที่มีเพศและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างกัน มีความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.363$, $p=.001$ และ $t=3.911$, $p=.000$ ตามลำดับ) และยังพบว่า เพศและความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.348$, $p=.001$ และ $r=.382$, $p=.000$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปวางแผนในการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความคาดหวังตามความเป็นจริงและพัฒนาการดูแลที่เหมาะสมตามความคาดหวังของผู้ป่วยสูงอายุ อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและรักษาแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์จากการผ่าตัดเป็นไปตามเป้าหมาย

คำสำคัญ : ความคาดหวังในการทำกิจกรรม, ผู้สูงอายุ, ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstract

The aim of this correlational study was to examine patients' expectations to postoperative outcomes among older adults undergoing total knee arthroplasty and its related factors. The eighty-four older adults whose ages were sixty and over with severe knee osteoarthritis scheduled for total knee replacement surgery were enrolled. Before getting surgery, participants were asked to complete the Demographic and Health Information Questionnaire, the Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS ADL), and the Hospital for Special Surgery Knee Replacement Expectations Survey (HSS-Knee Survey). Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and Pearson product moment correlation coefficient.

The results showed that the participants had a high level of postoperative outcome expectation score ($M=69.41$, $SD=13.87$). When considering each item of their expectations, “regaining walking ability in a short distance” ($M=3.69$, $SD=.51$) and “improving psychological well-being” were highly expected ($M=3.63$, $SD=.62$). However, “improving sexual activity” ($M=.55$, $SD=1.17$) and “being employed for monetary reimbursement” ($M=.68$, $SD=1.38$) were the least of expectations. The participants with the difference in gender and preoperative functional ability had significant differences in postoperative outcome expectation score ($t=3.363$, $p=.001$, and $t=3.911$, $p=.000$, respectively). Moreover, gender and preoperative functional ability were only two factors significantly related to patients' expectations ($r_{bi}=-.348$, $p=.001$ and $r_p=.382$, $p=.000$, respectively). The study highlights basic information for the healthcare team to understand patients' expectation after receiving total knee arthroplasty and to design any interventions that could be resulting in patients' expectation satisfaction and the desired surgical outcomes.

Keywords : patients' expectations to postoperative outcomes, older adults, total knee arthroplasty

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่พบมากขึ้นในสังคมปัจจุบันและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของข้อเข่า (degenerative joint disease) โดยมีการเกิดพยาธิสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ทั้งทางด้านรูปร่าง โครงสร้าง การทำงานของกระดูกข้อต่อ และกระดูกบริเวณใกล้เคียง ทำให้กระดูกหนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อ ส่งผลให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม และมีความเสื่อมรุนแรงขึ้นตามลำดับ (Kawinwonggowit, 2015) จากอายุเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มขึ้นทำให้พบผู้ทุพพลภาพจากโรคข้อเข่าเสื่อมโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ มีอัตราความชุกทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.7 เป็นร้อยละ 26.7 ในช่วงที่มีการศึกษาติดตาม 10 ปี (Cross et al., 2014; Prieto-Alhambra et al., 2014) สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจประชากรสูงอายุในปี พ.ศ.2556 13,642 คน พบโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอันดับที่ 3 (ร้อยละ 9) รองจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) (Dounghipsirikul, Sirisamutr, Tantipisitkul, Ingsrisawang, & Teerawattananon, 2013)

อาการปวดข้อเข่าระยะแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ทำและบรรเทาเมื่อพัก แต่เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรคอาการปวดจะมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นจนถึงลงน้ำหนักไม่ได้ นอกจากนี้อาการปวดข้อยังดำเนินตลอดเวลาแม้ในขณะที่พักหรือขณะนอนหลับร่วมด้วย (Tanavalee, 2014) อาการปวดเรื้อรังเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความเครียด และส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Kulsutthi, Wongsas, & Fukfon, 2017) ดังนั้นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีความจำเป็นต้องได้รับ

การรักษาอย่างถูกต้อง ในระยะแรกเป็นการรักษาตามอาการควบคู่กับชะลอความเสื่อมของข้อเข่าเพื่อยืดระยะเวลาการใช้งานให้นานที่สุด โดยใช้วิธีการรักษาแบบอนุรักษ์ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อข้อเข่า การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า (American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013) อย่างไรก็ตามเมื่อการรักษาแบบอนุรักษ์ดังกล่าวไม่ได้ผล อาการของข้อเข่าเสื่อมมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจากข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของข้อเข่า การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงเป็นการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูการทำงานของข้อเข่า และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติในสังคม (Kulsutthi et al., 2017)

จากสถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลรามาธิบดี 3 ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ถึงปี พ.ศ.2561 มีผู้ป่วยมารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 769 ราย 761 ราย และ 779 ราย ตามลำดับ (Ramathibodi Hospital Information System, 2019) ซึ่งมีแนวโน้มและความต้องการการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสูงขึ้นทุกปี เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ในต่างประเทศ เช่น จากการศึกษาคาดการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.2020 จะมีความต้องการการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากถึง 1.8 ล้านครั้ง ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าจาก ปี ค.ศ.2010 (Kurtz, Ong, Lau, & Bozic, 2014) และ การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์คาดการณ์ว่าปี ค.ศ.2026 จะมีความต้องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 183 (Hooper, Lee, Rothwell, & Frampton, 2014) อย่างไรก็ตามหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง (Kuptniratsaikul, 2016) ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและ

ความร่วมมือในการรักษาทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (Kulsutthi et al., 2017)

ปัจจุบันมีการปรับปรุงคุณภาพการบริการ ด้านสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุด โดยทีมสุขภาพ ตระหนักถึงการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมากขึ้น มีการประเมินผลลัพธ์ของการผ่าตัดจากมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Pongsupap & van Lerberghe, 2011) การประเมินผลลัพธ์จะทำให้ทีมสุขภาพได้รับรู้ถึงความคาดหวัง ต่อผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถนำมา ปรับแผนการดูแลรักษาการให้คำแนะนำในการรักษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Chareancholvanich, 2016) การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ต่อสิ่งที่คาดหวังทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (Neuprez et al., 2016) และความร่วมมือในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ดีขึ้นตามลำดับ (Umehara & Tanaka, 2018) การที่ทีมสุขภาพได้ทำความเข้าใจในความคิดของผู้ป่วย ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ผู้ป่วยคาดหวังให้ สอดคล้องกับความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เพิ่มความร่วมมือในการรักษาและ ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ อีกทั้งยังส่งผลต่อความ พึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดข้อเท้า เทียมในผู้สูงอายุ เพื่อเข้าใจมุมมองและความ คาดหวังของผู้สูงอายุที่มารับบริการ เพื่อนำไปสู่ การพัฒนาระบบการให้ข้อมูลและการดูแลที่ สอดคล้องกับความเป็นจริงของผู้ป่วยต่อไป

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเท้าเทียมพบการศึกษาแพร่หลายมากขึ้น ในหลายประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย (Zywiel, Mahomed,

Gandhi, Perruccio, & Mahomed, 2013) โดยพบว่าความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและข้อเข่าเทียม (Neuprez et al., 2016) และความคาดหวังของผู้ป่วยในผลลัพธ์จากการผ่าตัด ยังส่งผลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ เช่น มีความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดที่ดี (Aree-Ue, Roopsawang, & Kawinvongkowitz, 2019) แต่มีบางการศึกษาพบว่า ความไม่สอดคล้องกันทั้งความคาดหวังที่มากเกินไปเกินความเป็นจริงและการไม่มีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยต่อผลการรักษา (Gunaratne et al., 2017) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดข้อเท้าและข้อสะโพก เทียม เช่น อายุ (age) กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับการกลับไปรับจ้างทำงาน มีส่วนร่วมในกีฬาหรือกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมทางเพศ ในขณะที่กลุ่มอายุที่มากขึ้นมีความคาดหวังที่จะไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น โครงเหล็กหัดเดิน (walker) ไม้เท้า (cane) หรือ ไม้ค้ำยัน (crutches) (Clement, MacDonald, Patton, & Burnett, 2015) เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่กำลังจะเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เมื่อควบคุมตัวแปรเพศและอายุพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความคาดหวังก่อนผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Goodman et al., 2014) จากรายงานการศึกษาความคาดหวังก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าและข้อสะโพกเทียมพบว่า ระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (Scott et al., 2012) ดังนั้น เพศจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง ส่วนความรู้ (Knowledge) อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ความคาดหวังทั้งนี้ จากการศึกษาคความคาดหวังของ แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดและผู้ป่วยที่กำลังจะเข้ารับ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่าทั้งสองกลุ่มที่มีความรู้ต่างกันมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกัน (Ghomrawi et al., 2013) และจากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ (experience of surgery) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้วพบว่า มีระดับความคาดหวังมากกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Koenen et al., 2014) นอกจากนี้ จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (severity of knee symptoms) มาก พบว่ามีความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับที่ต่ำ แต่เมื่อได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแล้วมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดพึงพอใจมากต่อผลลัพธ์สูง (Scott et al., 2012) ในประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างกับต่างประเทศในหลายบริบท อาทิเช่น ความเชื่อ ค่านิยม ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ โครงสร้างครอบครัว ชุมชน และสังคม อีกทั้งยังไม่พบงานวิจัยที่สำรวจความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและปัจจัยที่ส่งผลต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ที่แตกต่างกันของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคาดว่าจะ成为ข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพในการส่งเสริมความคาดหวังของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริง เกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด อันจะทำให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและลดปัญหาแทรกซ้อนหลังผ่าตัด นำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทการผ่าตัด ประสบการณ์

การผ่าตัด และความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัดที่แตกต่างกัน กับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอายุ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทการผ่าตัด ประสบการณ์ การผ่าตัด และความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด กับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของไคลแมนซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่ศึกษาทางด้านมานุษยวิทยา มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยไคลแมนพัฒนาแนวคิด Explanatory model ซึ่งอธิบายความเจ็บป่วยของตนเองหรือคนในกลุ่มไว้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเฉพาะโรคจะมีความพึงพอใจและได้รับผลลัพธ์ที่ดีน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งโรคและความเจ็บป่วย (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978) โรค (disease) เป็นทัศนะทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเจ็บป่วย (illness) เป็นอาการหรือความไม่สุขสบายที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของบุคคลและปฏิสัมพันธ์ของบุคคลครอบครัวชุมชน ซึ่งแนวคิดนี้ปัจจุบันได้พัฒนามาใช้เป็นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care or patient-centred medicine) โดยทีมสุขภาพมีความสนใจให้การดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมากขึ้น มีการประเมินผลลัพธ์ของการผ่าตัดจากมุมมองของผู้ป่วย (Koenen et al., 2014; Pongsupap & van Lerberghe, 2011) ผลลัพธ์ที่ได้จากการรายงานผู้ป่วยเหล่านี้เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงความสำเร็จในการดูแลและรักษาผู้ป่วย การวัดผลรูปแบบนี้จะทำให้ทีมสุขภาพได้รับรู้ถึงความคาดหวังต่อผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายสามารถนำมาปรับแผนการดูแลรักษาการให้คำแนะนำในการรักษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลรามธิบดีระหว่าง มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ.2562 โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด 1) เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อเป็นครั้งแรก 2) มีสติสัมปชัญญะดี ผ่านการทดสอบว่ามีการรู้คิดปกติ โดยใช้แบบทดสอบ Mini-Cog ฉบับภาษาไทย (Trongsakul, Lambert, Clark, Wongpakaran, & Cross, 2015) ได้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตัวอย่าง แบบทดสอบ Mini-Cog ฉบับภาษาไทย เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย โดย Trongsakul et al. (2015) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การทดสอบความจำสิ่งของ 3 สิ่งและวาดรูปนาฬิกา คะแนนรวมของแบบทดสอบอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน คะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน แปลผลว่า อาจมีการรู้คิดผิดปกติ คะแนนระหว่าง 3-5 คะแนน แปลผลว่า มีการรู้คิดปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินข้อเข่าด้านการเคลื่อนไหว ในกิจวัตรประจำวัน (KOOS ADL) ฉบับภาษาไทย โดย Chaipinyo (2009) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ การเคลื่อนไหวของข้อ อาการปวด การเคลื่อนไหวในกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว

ในการออกกำลังกาย และคุณภาพชีวิต แยกส่วนในการคิดคะแนนและแปลผล ในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาเลือกใช้ส่วนการเคลื่อนไหวในกิจวัตรประจำวัน (KOOS ADL) มาประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดของลิเคิร์ทมีเกณฑ์ 5 ระดับ คะแนน 0 หมายถึง ลำบากมากที่สุดในการทำกิจกรรมนั้น ๆ คะแนน 4 หมายถึง ไม่ลำบากในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย คะแนนรวมปรับให้เป็นคะแนนฐาน 100 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจกรรมมาก ในการศึกษาครั้งนี้ตัวอย่างจำนวน 84 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

3. แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์จากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (The Hospital for Special Surgery knee replacement expectations survey/ HSS-Knee Survey) พัฒนาโดย Mancuso et al. (2001) มีคำถาม 19 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดของลิเคิร์ทมี 5 ระดับ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความคาดหวังในการทำกิจกรรมนั้นจากการผ่าตัด คะแนน 4 หมายถึง คาดหวังว่าจะสามารถกลับไปทำกิจกรรมนั้นได้เป็นปกติ คะแนนรวมปรับให้เป็นคะแนนฐาน 100 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์มาก ผู้วิจัยขออนุญาตการนำมาใช้จาก The Hospital for Special Surgery และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back translation) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแบบสอบถามจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ต่อมานำไปให้อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษผู้ซึ่งไม่เคยเห็นแบบสอบถามแปลจากภาษาไทยกลับไปเป็นภาษาอังกฤษ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา คำนวณค่าความตรงของเนื้อหาด้วย Content Validity Index (CVI) ได้เท่ากับ .96 หลังจากนั้น

นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .92 และในการศึกษาครั้งนี้มีตัวอย่างจำนวน 84 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการขอความเห็นชอบและผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ 12-61-39 การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่อาจทำให้เสียเวลาที่ต้องตอบแบบสอบถามนานครั้งละประมาณ 20 นาที และจะไม่ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้ามารับบริการจากทางโรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

วันแรกของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการตอบแบบสอบถาม เมื่อตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ผ่านการประเมินผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณและเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลสุขภาพหากมีข้อสงสัย ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผ่านการประเมินจะได้รับ การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินข้อเข่า ด้านการเคลื่อนไหวในกิจวัตรประจำวัน และ

แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์จากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลสุขภาพหากมีข้อสงสัย และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบถูกต้องครบถ้วนก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยาย โดยการคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติอ้างอิงแบบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน และใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในการศึกษาหาความสัมพันธ์หลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติดังกล่าว

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างทั้งหมด 84 คน ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียว 75 คน (ร้อยละ 89.3) และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง 9 คน (ร้อยละ 10.7) อายุระหว่าง 60-91 ปี ($M=69.85$, $SD=7.15$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.9) ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 42.9) และเกษียณอายุ/ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 76.2) ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ($BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$) (ร้อยละ 83.3) มีประสบการณ์การผ่าตัด (ร้อยละ 77.4) และมีโรคประจำตัว พบโรคทางด้านการกระดูกและข้อสูงที่สุด (ร้อยละ 81) รองลงมาคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 67) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 64) ตามลำดับ ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดจากเพื่อนที่เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาก่อนสูงที่สุด (ร้อยละ 65) รองลงมาจากทีมสุขภาพ (ร้อยละ 54) และญาติ/พี่น้อง (ร้อยละ 31) ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 60.78$, $SD=17.02$) มีความยากลำบากใน

การทำงานบ้านหนัก ๆ เดินขึ้นบันได และก้าวขึ้นหรือลงจากระดับสูงที่สุด

ผลการวิเคราะห์ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=69.41$, $SD=13.87$) เมื่อศึกษาในแต่ละกิจกรรมพบว่า “การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจะเพิ่มความสามารถในการเดินในระยะสั้น” สูงที่สุด รองลงมาคือ “มีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น” ส่วน “ความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศที่เพิ่มขึ้น” และ “การยังคงถูกจ้างงานและได้รับเงินชดเชย” เป็นความคาดหวังที่น้อยที่สุด ตามลำดับ ดังตาราง 1

ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างวัยสูงอายุตอนต้น (อายุตั้งแต่ 60-74 ปี) กับวัยสูงอายุตอนปลาย (อายุ 75 ปีขึ้นไป) ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา กับกลุ่มที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ระหว่างกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดกับกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียวกับกลุ่มที่ผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อเข่าเทียมพร้อมกัน 2 ข้าง และระหว่างกลุ่มที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัดสูง และกลุ่มที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัดต่ำ ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงเพศและความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต่างกันเท่านั้นที่ผู้สูงอายุมีความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.363$, $p=.001$ และ $t=3.911$, $p=.000$ ตามลำดับ) ดังตาราง 2

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัด และความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{bi}=-.348$; $p=.001$ และ $r_p=.382$, $p=.000$ ตามลำดับ) อายุ ระดับการศึกษา ประเภทการผ่าตัด และประสบการณ์การผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 1 คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุ ($n=84$)

ความคาดหวังในผลลัพธ์ ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
<u>5 ข้อที่คะแนนสูงสุด</u>				
เพิ่มความสามารถในการเดินในระยะสั้น	0 - 4	2 - 4	3.69	.51
มีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น	0 - 4	1 - 4	3.63	.62
ทำให้เข่าหรือขาตรง	0 - 4	1 - 4	3.56	.72
ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น	0 - 4	2 - 4	3.52	.61
ลดอาการปวด	0 - 4	2 - 4	3.49	.59
<u>5 ข้อที่คะแนนต่ำสุด</u>				
ความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น	0 - 4	0 - 4	.55	1.17
ยังคงถูกจ้างงานและได้รับเงินชดเชย	0 - 4	0 - 4	.68	1.38

ความคาดหวังในผลลัพธ์ ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
ความสามารถในการนั่งยอง ๆ เพิ่มขึ้น	0 - 4	0 - 4	1.61	1.25
ความสามารถในการคุกเข่าเพิ่มขึ้น	0 - 4	0 - 4	1.70	1.23
ความสามารถในการใช้รถโดยสารสาธารณะ หรือขับรถเพิ่มขึ้น	0 - 4	0 - 4	2.11	1.67

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ
ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ($n=84$)

ตัวแปร	<i>n</i>	คะแนน		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>		
อายุ					
ตั้งแต่ 60-74 ปี	61	70.17	14.19	.398	.691
อายุ 75 ปีขึ้นไป	23	68.82	12.74		
เพศ					
ชาย	15	80.00	14.19	3.363	.001
หญิง	69	67.58	12.96		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	40	69.64	13.20	-.102	.919
มัธยมศึกษาขึ้นไป	44	69.95	14.37		
ประเภทการผ่าตัด					
เปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียว	74	68.96	13.95	-1.622	.109
เปลี่ยนข้อเข่าเทียมพร้อมกัน 2 ข้าง	10	76.75	9.89		
ประสบการณ์การผ่าตัด					
ไม่มี	19	72.30	13.09	.900	.371
มี	65	69.07	13.94		
การทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด					
ความสามารถต่ำ	62	60.71	12.43	3.911	.000
ความสามารถสูง	22	73.03	12.78		

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ($n=84$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุ	1.000						
2. เพศ ^a	.202	1.000					
3. ระดับการศึกษา	-.215	-.157	1.000				
4. ประเภทการผ่าตัด ^a	.298**	.162	-.274	1.000			
5. ประสบการณ์การผ่าตัด ^a	-.002	-.103	.046	-.181	1.000		
6. การทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด	-.048	-.227*	.211	-.043	.167	1.000	
7. ความคาดหวังในผลลัพธ์	-.109	-.348**	.106	.176	-.099	.382**	1.000

* $p < .05$, ** $p < .001$, a = Biserial correlation coefficient (r_{bi})

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้พบว่า ตัวอย่างมีความคาดหวังในผลลัพธ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับศึกษาของ Neuprez et al. (2016) พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมีความคาดหวังที่จะกลับมาใช้งานข้อได้เป็นปกติ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังก่อนผ่าตัดกับความสามารถในการเดินที่ดีในอันดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ (Clement et al., 2015; Neuprez et al., 2016) ทั้งนี้เนื่องจากการมีข้อเข่าเสื่อม อาการสำคัญคืออาการปวด การมีข้อติด มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเดิน เมื่อได้ตัดสินใจรับการรักษาด้วยการผ่าตัดผู้ป่วยจึงคาดหวังว่าอาการเหล่านี้จะดีขึ้น ส่วนกิจกรรมที่ผู้ป่วยคาดหวังน้อยที่สุดคือ การมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางเพศที่เพิ่มขึ้นและการยังคงได้รับการจ้างงานและได้รับเงินชดเชย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความคาดหวังในการคุกเข่าหรือนั่งขัดสมาธิและการขึ้นบันไดน้อยที่สุด (Clement et al., 2015; Neuprez et al., 2016) ความแตกต่างของความคาดหวังของผู้ป่วยอาจมีผลมาจากหลายปัจจัย เช่น ด้วยวิถีชีวิตของคนไทยการคุกเข่าหรือนั่ง

พับเพียบเป็นอิริยาบถที่เกิดขึ้นบ่อยในการใช้ชีวิตประจำวัน (Woratanarat, 2014) ซึ่งการศึกษาของ (Clement et al., 2015) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจึงมีความคาดหวังที่จะกลับไปรับจ้างทำงาน มีส่วนร่วมในกีฬาหรือกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมทางเพศ ส่วนในกลุ่มอายุที่สูงขึ้นนั้นผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ซึ่งสอดคล้องกับกับการศึกษาครั้งนี้ในตัวอย่างสูงอายุ

จากการศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในครั้งนี้จะเห็นได้ว่า เพศและความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัดที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยเพศชายมีความคาดหวังในผลลัพธ์มากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Clement et al., 2015; Scott et al., 2012) เพศชายให้ความสำคัญกับความแข็งแรงและความเป็นผู้นำมากกว่าเพศหญิงที่ให้ความสำคัญกับรูปลักษณ์ อีกทั้งยังพบว่าเพศชายต้องเผชิญกับแรงกดดันอย่างมากเพื่อรับผิดชอบรายได้และดูแลครอบครัว (Parker, Horowitz, & Stepler, 2017) จากลักษณะที่แตกต่างกันทำให้เพศชายมีความคาดหวังในการทำ

กิจกรรมที่มากกว่าเพศหญิง สำหรับความสามารถในการทำกิจกรรมพบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกกับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ หมายความว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีก่อนผ่าตัดจะมีความคาดหวังในการทำกิจกรรมที่สูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Kuroda, Matsumoto, Takayama, Ishida, Kuroda, and Kurosaka (2016) จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความสามารถในการมีกิจกรรมที่ดีส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าจะสามารถกลับไปมีกิจกรรมที่ดีดังเดิมหรือมากกว่าเดิม แต่ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมีความคาดหวังน้อยหรือไม่มีความคาดหวังเลยในกิจกรรมที่ตนเองมีข้อจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Clement et al., 2015; Scott et al., 2012) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมากจะมีความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับที่ต่ำกว่า แต่เมื่อได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแล้วมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมาก จะทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดพึงพอใจมากขึ้น แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยของ Zywił et al. (2013) พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในผลลัพธ์หลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมาก จากระดับความรุนแรงของโรคที่ดีขึ้นไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม นั่นหมายถึงกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคน้อยมีความคาดหวังเกินความเป็นจริง ในขณะที่กลุ่มที่มีอาการรุนแรงเผชิญกับอาการต่าง ๆ มากมาย เพียงหวังให้อาการดีขึ้นก็เพียงพอแล้วจึงคาดหวังน้อยกว่า และอาจมีความเข้าใจในการดำเนินของโรค

ส่วนอายุ ระดับการศึกษา ประเภทการผ่าตัด และประสบการณ์การผ่าตัดที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังไม่แตกต่างกัน และตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Koenen et al. (2014) ที่ศึกษาในตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 76.7) พบว่า ระดับการศึกษาซึ่งรวมถึงความรู้และประสบการณ์การผ่าตัดที่ต่างกัน มีความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้วพบว่ามีความคาดหวังมากกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพียงเล็กน้อย (Koenen et al., 2014) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ล่าช้าในระยะเวลาห่างกันประมาณ 3-15 เดือน มีความคาดหวังไม่แตกต่างกัน (Poultides et al., 2012) อาจกล่าวได้ว่าก่อนผ่าตัดผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจที่ยังไม่มากเพียงพอกับผลลัพธ์ที่เป็นจริงหลังผ่าตัด สนับสนุนด้วยข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีความต้องการการสนับสนุนใน 3 ด้านคือ ข้อมูลจากทีมสุขภาพ วิธีการจัดการความปวดรวมถึงระยะเวลาในการฟื้นฟู และการสนับสนุนจากญาติพี่น้องและผู้ที่มีประสบการณ์ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Goldsmith et al., 2017) ดังนั้นการให้ความรู้เพิ่มหรือการจัดสอนเพิ่มเติมก่อนผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่เหมาะสมและลดการเกิดความไม่พึงพอใจ

ปัจจัยต่าง ๆ ที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเหล่านี้จะเห็นได้ว่า บางปัจจัยสามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย ก่อนตัดสินใจรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และบางปัจจัยไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น อายุ เพศ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้นั้น จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและรักษาแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์จากการผ่าตัดที่ดี ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนทีมสุขภาพสามารถให้การเฝ้าระวัง และวางแผนการดูแลได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น การศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยอย่างรอบคอบจึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการออกแบบ

โปรแกรมการส่งเสริมการพยาบาลก่อนการผ่าตัด และคาดว่าจะ成为ข้อมูลพื้นฐานให้ทีมสุขภาพ ได้เข้าใจความคาดหวังในการทำกิจกรรมของ ผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เน้นศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ควรมีการศึกษา ต่อเนื่องไปถึงระยะหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และในแต่ละระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะทำให้ ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำ กิจกรรมและความพึงพอใจในผลลัพธ์หลังผ่าตัด ข้อเข่าเทียม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียมทั้งก่อนและหลังผ่าตัดให้ได้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2013). *Treatment of osteoarthritis of the knee: Evidence-based guideline (2nd ed.)*. Retrieved from https://www.aaos.org/cc_files/aaosorg/research/guidelines/treatmentofosteoarthritisofthekneeguideline.pdf
- Aree-Ue, S., Roopsawang, I., & Kawinwonggowit, V. (2019). Factors predicting functional ability among older adults undergoing hip and knee arthroplasty. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(2), 156-169.
- Chaipinyo, K. (2009). Test-retest reliability and construct validity of Thai version of knee osteoarthritis outcome score (KOOS). *Thai Journal of Physical Therapy*, 31, 67-76.
- Chareancholvanich, K. (2016). Scoring systems for total knee arthroplasty. in K. Chareancholvanich (Ed.), *Reconstructive surgery of the osteoarthritic knee* (pp. 334-343). Bangkok: N. P. Press limited.
- Clement, N. D., Macdonald, D., Patton, J. T., & Burnett, R. (2015). Post-operative Oxford knee score can be used to indicate whether patient expectations have been achieved after primary total knee arthroplasty. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 23(6), 1578-1590.
- Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Nolte, S., Ackerman, I., Fransen, M., . . . Laslett, L. L. (2014). The global burden of hip and knee osteoarthritis: Estimates from the global burden of disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(7), 1323-1330.
- Doungthipsirikul, S., Sirisamutr, T., Tantipisitkul, K., Ingsrisawang, L., & Teerawattananon, Y. (2013). *Thai elderly health survey report 2013*. Retrieved from http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/09/prelim_elderly_survey.pdf
- Ghomrawi, H. M., Mancuso, C. A., Westrich, G. H., Marx, R. G., Mushlin, A. I., & Expectations Discordance Study Group. (2013). Discordance in TKA expectations between patients and surgeons. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 471(1), 175-180.
- Goldsmith, L. J., Suryaprakash, N., Randall, E., Shum, J., MacDonald, V., Sawatzky, R., . . . Bryan, S. (2017). The importance of informational, clinical and personal support in patient experience with total knee replacement: A qualitative investigation. *BMC musculoskeletal disorders*, 18(1), 127. doi: 10.1186/s12891-017-1474-1478
- Gunaratne, R., Pratt, D. N., Banda, J., Fick, D. P., Khan, R. J., & Robertson, B. W. (2017). Patient dissatisfaction following total knee arthroplasty: A systematic review of the literature. *The Journal of arthroplasty*, 32(12), 3854-3860.
- Hooper, G., Lee, A., Rothwell, A., & Frampton, C. (2014). Current trends and projections in the utilisation rates of hip and knee replacement in New Zealand from 2001 to 2026. *The New Zealand Medical Journal*, 127(1401), 82-93.
- Kawinwonggowit, V. (2015). *Osteoarthritic knee (chapter 1) by Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital*. Retrieved from <https://www.thairath.co.th/content/533855>
- Koenen, P., Balthis, H., Schneider, M. M., Fröhlich, M., Bouillon, B., & Shafizadeh, S. (2014). How do we face patients' expectations in joint arthroplasty? *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 134(7), 925-931.
- Kulsutthi, S., Wongsap, P., & Fukfon, K. (2017). Effects of discharge planning on quality of life and physical function among patients receiving total knee arthroplasty surge. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 18(3), 63-72.

- Kuptniratsaikul, V. (2016). Postoperative rehabilitation after total knee arthroplasty. in K. Chareancholvanich (Ed.), *Reconstructive surgery of the osteoarthritic knee* (pp. 321-333). Bangkok: N. P. Press limited.
- Kuroda, Y., Matsumoto, T., Takayama, K., Ishida, K., Kuroda, R., & Kurosaka, M. (2016). Subjective evaluation before and after total knee arthroplasty using the 2011 Knee Society Score. *The Knee*, 23(6), 964-967.
- Kurtz, S. M., Ong, K. L., Lau, E., & Bozic, K. J. (2014). Impact of the economic downturn on total joint replacement demand in the United States: Updated projections to 2021. *The Journal of Bone Joint Surgery*, 96(8). 624-630.
- Mancuso, C. A., Sculco, T. P., Wickiewicz, T. L., Jones, E. C., Robbins, L., Warren, R. F., & Williams-Russo, P. (2001). Patients' expectations of knee surgery. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 83(7), 1005-1012.
- Neuprez, A., Delcour, J. P., Fatemi, F., Gillet, P., Crielgaard, J. M., Bruyère, O., & Reginster, J. Y. (2016). Patients' expectations impact their satisfaction following total hip or knee arthroplasty. *PLoS One*, 11(12), e0167911.
- Parker, K., Horowitz, J., & Stepler, R. (2017). *Americans see different expectations for men and women*. Retrieved from <https://www.pewsocialtrends.org/2017/12/05/americans-see-different-expectations-for-men-and-women/>
- Pongsupap, Y., & Van Lerberghe, W. (2011). People-centred medicine and WHO's renewal of primary health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 339-340.
- Poultides, L. A., Ghomrawi, H. M., Lyman, S., Aharonoff, G. B., Mancuso, C. A., & Sculco, T. P. (2012). Change in preoperative expectations in patients undergoing staged bilateral primary total knee or total hip arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*, 27(9), 1609-1615.
- Prieto-Alhambra, D., Judge, A., Javaid, M. K., Cooper, C., Diez-Perez, A., & Arden, N. K. (2014). Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: Influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(9), 1659-1664.
- Ramathibodi Hospital Information System. (2019). *Patients with total knee replacement in 2016-2018*. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Scott, C. E. H., Bugler, K. E., Clement, N. D., MacDonald, D., Howie, C. R., & Biant, L. C. (2012). Patient expectations of arthroplasty of the hip and knee. *The Journal of bone and joint surgery*, 94(7), 974-981.
- Tanavalee, A. (2014). Knee osteoarthritis. in A. Tanavalee, S. Ngarmukos, Y. Wangroongsub (Ed.), *Textbook of core orthopedic knowledge for medical doctor* (pp. 56-65). Bangkok: Department of Orthopaedics Faculty of Medicine Chulalongkorn University limited.
- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(5), 594-600.
- Umehara, T., & Tanaka, R. (2018). Effective exercise intervention period for improving body function or activity in patients with knee osteoarthritis undergoing total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(4), 265-275.
- Woratanarat, P. (2014). *Lifestyles and Knee Osteoarthritis*. Retrieved from <https://books.google.co.th/books/withชีวิตกับโรคข้อเข่าเสื่อม>
- Zywiell, M. G., Mahomed, A., Gandhi, R., Perruccio, A. V., & Mahomed, N. N. (2013). Measuring expectations in orthopaedic surgery: A systematic review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 471(11), 3446-3456.



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ¹ PREDICTING QUALITY OF LIFE AMONG PERSONS WITH AUTOMATIC IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR

อภิญญา โสสิต²

Apinya Kosit

สุนิดา ปรีชาวงษ์³

Sunida Preechawong

ระพีณ ผลสุก⁴

Rapin Polsook

¹วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of this thesis, Master Degree of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

⁴อาจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Corresponding Author E-mail: Rapin.P@chula.ac.th

Received: February 19, 2019

Revised: November 7, 2019

Accepted: December 19, 2019

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความสัมพันธ์ในการกระตุกของเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเครื่องกระตุ้นหัวใจ โรงพยาบาลรามารักษ์และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความสัมพันธ์ในการกระตุกของเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ 4) แบบวัดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ฉบับภาษาไทย 5) แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ และ 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 , .90, .78 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 51.50 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($M=.86, SD=.17$) มีเพียงปัจจัยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความรู้ในการกระตุกของเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตภายหลังใส่เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติได้ โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิต ($Beta=-.327, p=.001$) และความรู้ในการกระตุกของเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติมีอิทธิพลทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิต ($Beta=-.248, p=.005$) ทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตภายหลังใส่เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติได้ร้อยละ 24.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(4,119)=9.455, p=.000, R=.497, R^2=.247, R^2_{Adjusted}=.221$)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต , เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติด้วยไฟฟ้า (AICD), ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Abstract

A study was conducted to examine whether the potential factors could predict quality of life among persons with automatic implantable cardioverter defibrillator. One hundred and twenty samples with automatic implantable cardioverter defibrillators were recruited from super-tertiary hospital in Bangkok. The research instruments included 1) demographic data 2) frequency of automatic implantable cardioverter defibrillator shock questionnaire 3) multidimensional scale of perceived social support Thai version 4) Mishel uncertainty in illness scale- community version Thai version 5) knowledge of automatic implantable cardioverter defibrillator test 6) EQ-5D-5L. All research instruments were tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients were .91, .90, .78 and .81, respectively. Data were analyzed using multiple linear regression.

The results were as follows: The majority of subjects (75%) were male; average age was 51.50 years. The mean score of Quality of life was high ($M=.86$, $SD=.17$). Only two variables were significant predictors. Uncertainty of illness had significant negatively related with quality of life ($Beta=-.327$, $p=.001$). Frequency of AICD shock was negatively correlated with quality of life ($Beta=-.248$, $p=.005$). These two variables accounted for 24.7% of the explained variation in quality of life at statistical significance of $p<.05$ ($F(4,119)=9.455$, $p=.000$, $R=.497$, $R^2=.247$, $R^2_{Adjusted}=.221$).

Keywords : quality of life, automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD), uncertainty in illness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกกว่า 17 ล้านคน โดยสามารถพบการเสียชีวิตอย่างกะทันหันของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ประมาณร้อยละ 25 สาเหตุมาจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ (European society of Cardiology, 2015) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นภาวะที่พบบ่อยและส่งผลให้มีอัตราการตาย และการเกิดภาวะทุพพลภาพสูงในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Hersi et al., 2012; Peki, Lim, Hopper, & Krum, 2014) โดยเฉพาะภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (ventricular tachycardia: VT) และหัวใจเต้นห้องล่างเต้นพลิ้ว (ventricular fibrillation: VF) เป็นภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบมากที่สุด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทั้งสองแบบนี้หากไม่ได้รับ

การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นหัวใจ (defibrillation) จะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหันภายในระยะเวลา 2-3 นาที และเป็นสาเหตุให้ประชาชนในสหรัฐอเมริกาเสียชีวิตทั้งในและนอกโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2559 มากกว่า 438,840 คนต่อปี (American Heart Association, 2017) ในเอเชียพบว่า มีผู้เสียชีวิตอย่างกะทันหันประมาณ 27-42 คนต่อประชากร 1,000 คน (Wong, Sit, & Choi, 2014)

จากการศึกษาพบว่าเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ (Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator: AICD) เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยยาเพราะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (Alba et al., 2013;

Steinberg et al., 2014) สำหรับประเทศไทย พบว่ายังไม่มีรายงานจำนวนผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติที่ชัดเจน จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและต้องฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติของโรงพยาบาลรามธิบดี ในปี พ.ศ. 2555-2559 จำนวน 94, 86, 102, 120, และ 130 รายต่อปี ตามลำดับ (Cardiovascular and Metabolism Center: CVMC) (Ramathibodi Hospital, 2016) ดังนั้น จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี

แม้เครื่อง AICD จะสามารถการลดอัตราการเสียชีวิตอย่างกะทันหันในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่รุนแรง แต่พบว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งมิติทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ในระยะเวลา 1 ปีแรก ผู้ป่วยต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบ เช่น การจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติทำให้มีกิจกรรมทางกายลดลง ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น รวมทั้งมีปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์ (Pedersen et al., 2009; Suwanpasak & Boonyapisit, 2014; Suyama-Chishaki et al., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่อง AICD ได้แก่ 1) ความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD โดยพบว่าการกระตุ้นของเครื่อง AICD มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD มากกว่า 5 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี (Kamphuis, Leeuw, Derksen, Hauer, & Winnubst, 2003; Wong et al., 2014) 2) การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแล การช่วยเหลือจากญาติและบุคลากรทางการแพทย์ (Morken et al., 2012; Wong et al., 2014) 3) ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น

ไม่เพียงแต่เกิดจากเครื่อง AICD เท่านั้น แต่เกิดจากสุขภาพโดยรวมทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน บทบาทครอบครัว สังคม ความรู้สึกของการได้รับการกระตุ้นจากเครื่องเมื่อมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยผู้ป่วยบางรายบอกว่า เป็นช่วงเวลาที่น่าเศร้า และอาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ จึงกังวลว่าคลื่นสัญญาณต่าง ๆ จะรบกวนการทำงานของเครื่อง AICD ได้ในทุกขณะ (Flemme, Hallberg, Johansson, & Stromberg, 2011) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ความรู้สึกที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับคุณภาพชีวิต (Eastwood, Doering, Robper, & Hays, 2008; Valeria, Daniela, & Lara, 2014) 4) ความรู้เกี่ยวกับเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ ผู้ป่วยที่ใส่ AICD จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใส่ AICD และแนวทางปฏิบัติตัวเพื่อการดำเนินชีวิต เพราะผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีความรู้ และขาดการฝึกฝน จะมีการปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรู้และความเข้าใจในการใช้ชีวิตเมื่อต้องใส่ AICD (Pedersen, Theuns, Muskens-Heemskerk, Erdman, & Jordaens, 2007)

การศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง AICD ในประเทศไทย มีเพียง 1 การศึกษา คือ การศึกษาของ Suwanpasak and Boonyapisit (2014) โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD เพียง 1 ปัจจัย คือ การกระตุ้นของเครื่อง AICD ส่วนในต่างประเทศมักศึกษาปัจจัยที่ไม่สามารถปรับแก้ได้ และด้วยบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทยกับต่างประเทศมีความแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ อาทิ ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง AICD การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง AICD เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมี

ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง AICD และนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่ใส่เครื่อง AICD

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ

สมมติฐานวิจัย

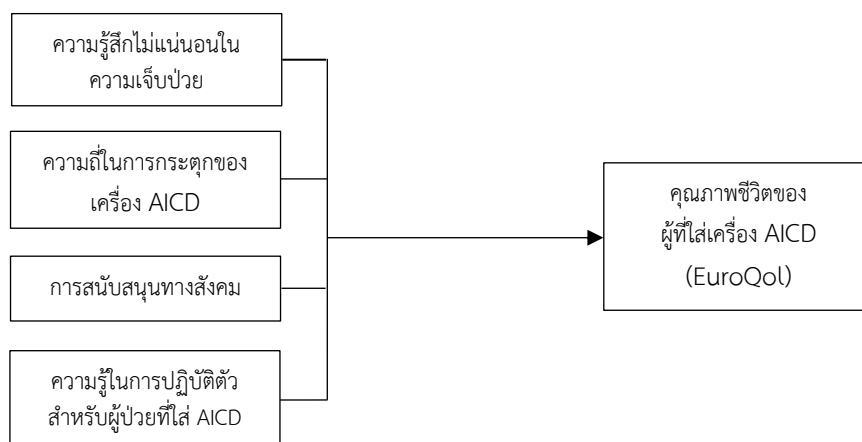
ความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ AICD สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง AICD ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง AICD ซึ่งตามทฤษฎีมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ เหตุทำให้เกิดความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (antecedent of uncertainty) การประเมินความรู้สึกลังเลไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วย (appraisal of uncertainty) การเผชิญความเครียด (coping) และการปรับตัวเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแสดงออกได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ (Mishel & Clayton, 2003)

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดหมวดหมู่เหตุการณ์และ/หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้น ๆ เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้นจึงมักประเมินความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ส่งผลให้เมื่อเผชิญความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปรับตัวไม่เหมาะสมทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและระดับคุณภาพชีวิตลดลง (Flemme et al., 2005; Friedmann et al., 2006) ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำกรอบแนวคิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาประยุกต์ใช้ โดยศึกษาสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ ความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD ความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง AICD การสนับสนุนทางสังคม และการประเมินความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้ใส่เครื่อง AICD ที่มารับการติดตามการรักษาในหน่วยผู้ป่วยนอก อายุรกรรมและหน่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาล ตติยภูมิให้บริการใส่เครื่อง AICD

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่อง AICD อายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหน่วย ตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลรามารามิบัติและโรงพยาบาลราชวิถี การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป G*power version 3.1 กำหนดนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลขนาดปานกลาง (Suwanpasak & Boonyapisit, 2014) ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้ใช้ตัวอย่างทั้งหมด 120 คน ผู้วิจัย คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) มีอายุ ระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชาย และหญิง 2) ใส่เครื่อง AICD ระยะเวลาตั้งแต่ 1 - 24 เดือน 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหา ทางด้านการรับรู้ สามารถอ่าน เขียน ฟังภาษาไทย ได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อ คำถาม 13 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา พยาบาล ระยะเวลาการใส่เครื่อง AICD และ ประสบการณ์การกระตุ้นของเครื่อง AICD ที่เป็น ความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD ภายใน ระยะเวลา 1 ปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทาง สังคมแบบพหุมิติ (multidimensional scale of perceive social support: MSPSS) เป็นแบบสอบถาม ที่ใช้วัดการรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือและ สามารถได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน บุคคลพิเศษได้ แบบสอบถามนี้พัฒนาโดย Zimet

et al. (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย พิทักษ์พล บุญยะมาลิก (Boonyamalik, 2000) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ด้านละ 4 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด คือ 12 คะแนนสูงสุด คือ 84 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงการสนับสนุนทาง สังคมอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยนำแบบประเมินฉบับนี้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่อง AICD ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของ โรงพยาบาลรามารามิบัติ และนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคเท่ากับ .91

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกไม่ แน่นนอนจากความเจ็บป่วยพัฒนาโดย Mishel ในปี ค.ศ. 1980 (Mishel uncertainty in illness scale- community) ฉบับภาษาไทยแปลโดย บุชบา สมใจวงษ์ (Somjaiwong, 2012) เพื่อวัดความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 จนถึง 5 โดยคะแนนรวมต่ำสุด เท่ากับ 23 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 125 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้สึกไม่ แน่นนอนอยู่ในระดับสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไป ทดลองใช้และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ .90

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า อัตโนมัติ เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก ทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับเครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติด้วย ไฟฟ้า ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับจัดการกับความเครียด ความรู้ เกี่ยวกับการกระตุ้นของเครื่องและการจัดการ และ ความรู้ด้านครอบครัวและความสัมพันธ์ของผู้ป่วย ภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะ

เป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือ ถูก ผิด ไม่ทราบ คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 21 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติอยู่ในระดับสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากการนำแบบวัดไปทดลองใช้เท่ากับ .78

ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ ผู้วิจัยใช้ EuroQOL (EQ-5D-5L) (2005) ฉบับภาษาไทย แปลโดย จันทนา พัฒนาเกสัช (Pattanaphesaj, 2014) แบบประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 EQ-5D-5L เป็นข้อคำถาม 5 ข้อ และส่วนที่ 2 เป็น VAS หรือบางครั้งเรียกว่า EQ-VAS มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน คะแนน 100 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้ และคะแนน 0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้ คะแนนอรรถประโยชน์หาได้จากคะแนนที่ตอบหารด้วย 100 ค่าที่ได้อยู่ระหว่าง 0 - 1 เหมือน VAS EQ-5D-5L ที่มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่มีปัญหา (1 คะแนน) จนถึงมีปัญหาหนักที่สุด (5 คะแนน) จากนั้นนำตัวเลขที่ได้แปลงให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (utility index) เพื่อแสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ 0 - 1 โดย 0 หมายถึง เสียชีวิต 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากการนำแบบวัดไปทดลองใช้เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรามคำแหง เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2559 (ID06-59-31ย) และโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2559 (รหัสโครงการ 59126) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยกับผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัย ตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อตัวอย่างและการได้รับการรักษาพยาบาลที่ตัวอย่างได้รับตามปกติ เมื่อตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ที่ใส่เครื่อง AICD เพื่อคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และเข้าพบตัวอย่างเป็นรายบุคคล เมื่อตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการ ให้ตัวอย่างทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD การสนับสนุนทางสังคม ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง AICD ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression analysis)

ผลการวิจัย

ตัวอย่างร้อยละ 75 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ($M=51.05$, $SD=8.82$) มากกว่าสองในสามมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 68.4) ตัวอย่างมากกว่าสามในสี่มีสถานภาพสมรส

(ร้อยละ 78.3) ประมาณครึ่งหนึ่งของตัวอย่างเคยมีประสบการณ์เครื่องกระตุ้นมาก่อน โดยความถี่ของการกระตุ้นของเครื่อง AICD น้อยที่สุดอยู่ที่ 1 ครั้ง และมากที่สุด คือ 14 ครั้ง แต่พบว่าจำนวนการกระตุ้นที่พบบ่อยที่สุด คือ 2 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยการกระตุ้นของเครื่อง AICD โดยเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 1.96 ครั้ง ($SD=2.9$) ตัวอย่างมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมตั้งแต่ 24 - 48 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ใน

ระดับปานกลาง ($M= 60.6, SD=13.44$) คะแนนเฉลี่ยของความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 35 - 100 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ($M=62.3, SD=13.91$) และคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ อยู่ระหว่าง 12 - 21 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ($M=16.15, SD=2.34$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การสนับสนุนทางสังคม ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่ AICD ($n=120$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
การสนับสนุนทางสังคม	12 - 84	24 - 81	60.60	13.44
ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	23 - 115	35 - 100	62.35	13.91
ความรู้เกี่ยวกับเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ	0 - 21	12 - 21	16.15	2.34
คุณภาพชีวิต				
- คุณภาพชีวิต 5 มิติ (EQ-5D-5L)		-.283 - 1	.85	.16
- ภาวะสุขภาพ (EQ-VAS)		0 - 100	72.25	14.0

ผลการประเมินค่าคะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L หรือค่าอรรถประโยชน์ (utility index) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 63.3 ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเองร้อยละ 88.6 มีความเจ็บปวดไม่สบายตัวร้อยละ 51.66 มีความวิตกกังวล/ซึมเศร้าร้อยละ 48.34 และมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตคะแนนอรรถประโยชน์เท่ากับ .85 ซึ่งเข้าใกล้ 1.00 แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ใส่เครื่อง AICD มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี จากการประเมินภาวะสุขภาพด้วย EQ-VAS พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพเท่ากับ 72.25 หมายถึง ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L พบว่า ความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD และความรู้สึ

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ในระดับต่ำถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.364$ และ $-.408, p=.000$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ในระดับต่ำ ($r = .302, p=.00$) อย่างไรก็ตาม พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ AICD กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.114, p=.107$) ดังตาราง 2

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่าความรู้สึไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่

เครื่อง AICD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.327$ และ $-.248$ ตามลำดับ) ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง AICD ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ได้น้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความถี่

ในการกระตุกของเครื่อง AICD สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ของผู้ป่วยได้ร้อยละ 24.70 ($R^2 = .247$, $F(4,119) = 9.455$, $p = .000$) เมื่อพิจารณาค่า β พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลสูงสุด ($\beta = -.327$, $p = .001$) ดังตาราง 3

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติของตัวอย่าง ($n=120$)

ปัจจัย	1	2	3	4	5
1. คุณภาพชีวิต EQ-5D-5L	1.00				
2. ความถี่ในการกระตุกของเครื่อง AICD	-.364*	1.000			
3. การสนับสนุนทางสังคม	.302*	-.304	1.000		
4. ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.408*	.291*	-.435*	1.000	
5. ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD	.114*	-.145*	.319*	-.428	1.000

* $p < .05$

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณระหว่างความถี่ในการกระตุกของเครื่อง AICD การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ AICD กับคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) ($n = 120$)

ปัจจัยทำนาย	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerance</i>	<i>VIF</i>
(Constant)	1.158		6.980	.000		
ความถี่ในการกระตุกของเครื่อง AICD	-.014	-.248	-2.869	.005	.876	1.141
การสนับสนุนทางสังคม	.001	.116	1.247	.215	.756	1.322
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.004	-.327	-3.372	.001	.695	1.439
ความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ AICD	-.007	-.099	-1.089	.279	.795	1.258

Constant (a), $F(4,119) = 9.455$, $p = .000$, $R = .497$, $R^2 = .247$, $R^2_{Adjusted} = .221$

หมายเหตุ : ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติในตัวอย่าง

จำนวน 120 คน การศึกษาพบว่าความถี่ในการกระตุกของเครื่อง AICD และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24.7

($R^2=.247$, $p=.000$) ตัวอย่างมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Gopinathannair et al. (2017) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 53.5-73.4 และจากการศึกษาของ Dickerson, Kennedy, Wu, Underhill, and Othman (2010) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ไม่เปลี่ยนแปลงร้อยละ 44.7 โดยมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลงร้อยละ 20.7 และคุณภาพชีวิตดีขึ้นร้อยละ 34.2 อีกทั้งพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติจะมีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตเกิดขึ้น แต่ผู้ป่วยก็มีการปรับตัวภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติโดยเพิ่มความตระหนักมากขึ้นกว่าเดิม มีการเปลี่ยนแปลงมุมมองความคิดให้มีความพึงพอใจกับชีวิตและงาน หากไม่มีเครื่อง AICD อาจไม่สามารถมีชีวิตรอดได้ บางรายจึงเสี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงในการเกิดการกระตุ้นให้มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น การลดกิจกรรมทางกายลง (Humphreys et al., 2016)

จากการศึกษาพบว่าความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทิศทางลบ ($r = -.346$, $p=.000$) อีกทั้งความถี่ในการกระตุ้นของเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติยังมีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิต ($Beta=-.248$, $p=.005$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตร่วมกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 24.7 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากหากผู้ป่วยมีการกระตุ้นของเครื่อง AICD บ่อยครั้ง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD เป็นตัวกระตุ้นตามแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1988) และการกระตุ้นของเครื่อง AICD ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หน้ามืด หรือมีอาการคล้ายหมดสติ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่พึงปรารถนา บางรายมีอาการหมดสติ เมื่อเครื่อง AICD ทำการปล่อย

กระแสไฟฟ้ามากระตุ้นหัวใจจะก่อให้เกิดความเจ็บปวด (Sear et al., 2009) และความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD ยังสะท้อนถึงระดับความระดับรุนแรงของโรคที่อาจเพิ่มขึ้น (Passman et al., 2007) ดังนั้น ความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD จึงมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาของ Passman et al. (2007) ที่พบว่าจำนวนความถี่ที่เพิ่มขึ้นของการกระตุ้นของเครื่องมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง ($1.00 \pm .50$ คะแนน) คือยังมีความถี่ในการกระตุ้นของเครื่องบ่อย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังลดลง

นอกจากนี้ Irvine et al. (2002) ยังพบว่าการกระตุ้นของเครื่อง AICD มากกว่า 5 ครั้งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง โดยในการศึกษาครั้งนี้ค่าเฉลี่ยของความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง 1.96 ครั้ง จำนวนความถี่ที่มากที่สุดคือ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.50 ในจำนวนผู้ที่มีประสบการณ์การกระตุ้นของเครื่อง AICD ในขณะที่ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อประเมินด้วย EQ-VAS พบว่าตัวอย่างมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับการปรับการปรับตัวของผู้ป่วย เช่น ถึงแม้จะมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวและความเจ็บปวด แต่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและได้รับคำแนะนำที่ดีจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และด้วยเทคโนโลยีที่พัฒนามากขึ้น ทำให้เครื่องมีขนาดเล็กลงรวมทั้งมีการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยในการลดการกระตุ้นของเครื่องโดยการใช้โหมด Antitachycardia pacing (ATP) จึงทำให้มีการกระตุ้นของเครื่องน้อยลง และตัวอย่างร้อยละ 49.2 ไม่เคยรับรู้ถึงการกระตุ้นของเครื่อง AICD ในรายที่เคยรู้สึกถึงการกระตุ้นของเครื่อง AICD ค่อนข้างน้อย ความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD จะอยู่ที่ประมาณ 1 - 3 ครั้ง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความถี่ในการกระตุ้นของเครื่อง AICD มากที่สุดคือ 2 ครั้ง ($M=1.96$, $SD=2.99$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ระดับปานกลาง ($r = -.520$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ได้ ($Beta = -.324, p = .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากการไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงเกิดขึ้นเมื่อใด เครื่องจะทำงานหรือไม่เมื่อเกิดความผิดปกติขึ้น ทำให้ไม่สามารถวางแผนอนาคตได้ โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการฝังเครื่องในระยะเวลาน้อยกว่า 24 เดือน และมีการกระตุ้นของเครื่องเป็นครั้งแรก จะรู้สึกถึงความไม่คุ้นชินและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น (Flemme et al., 2011)

ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นไม่เพียงเกิดจากเครื่อง AICD เท่านั้น แต่เกิดจากสุขภาพโดยรวมทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอีกด้วย บางรายเมื่อมีหัวใจเต้นผิดจังหวะจะให้นิยามว่าเป็นช่วงเวลาที่เลวร้าย อาจตรงกับขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ขณะขับรถ ความเสี่ยงของการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะซ้ำอีกครั้งและอาจเกิดขึ้นอีกเมื่อใดก็ได้ ทำให้กังวลถึงคลื่นสัญญาณต่าง ๆ ที่จะรบกวนการทำงานของเครื่อง (Flemme et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Flemme et al. (2005) พบว่าความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sossong (2007) ที่ศึกษาในระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD พบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 71.88, SD = 13.09, \text{min} - \text{max} = 38 - 119$) แต่ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 24.89, SD = 3.90, \text{min} - \text{max} = 14.1 - 29.8$)

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ($r = .480$) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่อง AICD ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย Mishel (1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider) ซึ่งสะท้อนถึงเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการใส่เครื่อง AICD จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน (Zayac & Finch, 2009) ผู้ป่วยจะต้องรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะซ้ำ การมาตรวจติดตามการรักษาภายหลังการใส่เครื่อง AICD และผู้ป่วยต้องระลึกอยู่เสมอว่าอันตรายหรือเหตุการณ์อันไม่พึงปรารถนาอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจถึงแม้ว่าจะมีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นจะมีคนช่วยเหลือ ส่งผลให้ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี และจากการศึกษานี้ตัวอย่างมีสถานภาพสมรร้อยละ 78.3 ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และส่วนใหญ่มีอาชีพข้าราชการร้อยละ 28.3 ทำให้การสนับสนุนทางด้านรายจ่ายในการรักษาพยาบาลมีความเพียงพอ เพราะค่าใช้จ่ายในการใส่เครื่อง AICD สูง และค่าใช้จ่ายยังสูงประมาณครั้งละ 600-1,000 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของ Sear et al. (2005) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติในระยะเวลา 8 - 14 เดือน ได้ร้อยละ 41.8

การวิจัยครั้งนี้ความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ AICD ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = -.099, p = .279$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่อง AICD สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้

ความรู้เกี่ยวกับเครื่อง AICD จึงอาจเป็นสิ่งที่เขารู้สึกว่าสำคัญรองลงมา เช่น หากผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การกระตุ้นของเครื่อง AICD จะมีระดับความไม่แน่นอนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การกระตุ้นของเครื่อง ถึงแม้ทั้งสองกลุ่มจะได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังใส่เครื่อง AICD เหมือนกัน (Sossong, 2007) อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถจะกำจัดสิ่งไม่แน่นอนเหล่านั้นให้หายไปได้ แต่ผู้ป่วยเหล่านี้จะหากกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการปรับกลไกการคิด การแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sossong (2007) ที่กล่าวว่า แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังใส่เครื่อง AICD ในระดับสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยการใช้องค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดมองโลกในแง่บวก การหาแหล่งสนับสนุนทั้งจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ การจัดการเมื่อเกิดการกระตุ้นของเครื่อง AICD โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมที่จะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล ควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ทั้งในความช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน การจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลการลดความเสี่ยงในการกระตุ้นของเครื่อง AICD และการปฏิบัติตัวเมื่อมีการกระตุ้นของเครื่อง AICD ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาก่อน เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. ด้านการวิจัย ควรใช้ผลการวิจัยด้วยความระมัดระวังเพราะการศึกษาครั้งนี้ตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศชายตามลักษณะของผู้เข้ารับบริการในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกกระตุ้นหัวใจของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล จึงทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่สะท้อนความแตกต่างระหว่างเพศ และหากจะทำการศึกษาต่อ ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติเพื่อประเมินอรรถประโยชน์ และเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากเครื่อง AICD ระหว่างก่อนใส่และหลังใส่เครื่อง AICD เพื่อประโยชน์ในการดูแลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Alba, A. C., Braga, J., Gewarges, M., Walter, S. D., Guyatt, G. H., & Ross, H. J. (2013). Predictors of mortality in patients with an implantable cardiac defibrillator: A systematic review and meta-analysis. *The Canadian Journal of Cardiology*, 29, 1729-1740. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2013.09.024>.
- American Heart Association. (2017). *CPR & first aid emergency cardiovascular care*. Retrieved from http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRAandECC/General/UCM_477263_Cardiac-Arrest-Statistics.jsp
- Cardiovascular & Metabolic Center Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (2016). *AICD insertion statistics*. Unpublished raw data.
- Dickerson, S. S., Kennedy, M., Wu, Y. W., Underhill, M., & Othman, A. (2010). Factors related to quality of life pattern changes in recipients of implantable defibrillators. *Heart and Lung*, 39, 466 – 476.
- Dillman, A.D. (2000). *Mail and internet survey: The tailored design method*. New York, NY: Wiley-Interscience.
- Eastwood, J., Doering, L., Robper, J., & Hays, R. D. (2008). Uncertainty and health-related quality of life 1 year after Coronary angiogram. *American journal of Critical care*, 17(3), 232-242.
- Flemme, I., Edvardsson, N., Hinic, H., Jinhage, B. M., Dalman, M., & Fridlund, B. (2005). Long-term quality of life and uncertainty in patients living with an implantable cardioverter defibrillator. *Heart & Lung*, 34, 386-92.

- Flemme, I., Hallberg, U., Johansson, I., & Stromberg, A. (2011). Uncertainty is a major concern for patients with implantable cardioverter defibrillators. *Heart & Lung, 40*(5), 420-428.
- Friedmann, E., Thomas, S. A., Inguito, P., Kao, C. W., Metcalf, M., Kelley, F. J., . . . Gottlieb, S. S. (2006). Quality of life and psycho-logical status of patients with implant-able cardioverter defibrillators. *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology, 17*, 65-72.
- Gopinathannair, R., Lerew, D. R., Cross, N. J., Sears, S. F., Brown, S., & Olshansky, B. (2017). Longitudinal changes in quality of life following ICD implant and the impact of age, gender, and ICD shocks: Observations from the INTRINSIC RV trial. *Journal of interventional cardiac electrophysiology, 48* (3), 291-298. doi: 10.1007/s10840-017-0233-y.
- Hersi, A. S., Alhabib, K. F., AlFaleh, H. F., AlNemer, K., AlSaif, S., Taraben, A., . . . Al-Muraye, M. A. (2012). Incidence of ventricular arrhythmia and associated patient outcomes in hospitalized acute coronary syndrome patients in Saudi Arabia: Findings from the registry of the Saudi project for assessment of acute coronary syndrome (SPACE). *Annals of Saudi Medicine, 37*2-377. doi:10.5144/0256-4947.2012.372.
- Humphreys, N. K., Lowe, R., Rance, J., & Bennett, P. D. (2016). Living with an implantable cardioverter defibrillator: The patients experience. *Heart & Lung, 45*, 34-40.
- Irvine, J., Dorian, P., Baker, B., O'Brien, B. J., Roberts, R., Gent, M., . . . Conolly, S. J. (2002). Quality of life in the Canadian implantable defibrillator study (CIDS). *American Heart Journal, 144*, 82-289.
- Kamphuis, H. C., de Leeuw, J. R., Derksen, R., Hauer, R. N., & Winnubst, J. A. (2003). Implantable cardioverter defibrillator recipients: Quality of life in recipients with and without ICD shock delivery: A prospective study. *Europace, 5*(4), 381-389.
- Morken, I. M., Isaksen, K., Karlsen, B., Norekval, T. M., Bru, E., & Larsen, A. I. (2012). Shock anxiety among implantable cardioverter defibrillator recipients with recent tachycardia. *Pace, 35*, 1369-1376.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship, 22*(4), 256-260.
- Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2003). Theory of uncertainty in illness. New York, NY: Springer Publishing.
- Passman, R., Subacius, H., Ruo, B., Schaechter, A., Howard, A., Sears, S. F., . . . Kadish, A. (2007). Implantable cardioverter defibrillators and quality of life results from the defibrillators in nonischemic cardiomyopathy treatment evaluation study. *Archives of Internal Medicine, 167*(20), 2226-2232.
- Pattanaphesaj, J. (2014). *Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): Measurement property testing and its preference-based score in Thai population* (Doctor of philosophy, Pharmacy administration). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Nakornpathom.
- Pedersen, S. S., Theuns, D. A. M. J., Muskens-Heemskerk, A., Erdman, R. A. M., & Jordaens, L. (2007). Type-D personality but not implantable cardioverter-defibrillator indication is associated with impaired health-related quality of life 3 months post implantation. *Europace, 9*, 675-680.
- Pedersen, S. S., Spek, V., Theuns, D. A., Alings, M., van der Voort, P., Jordaens, L., . . . Cuijpers, P. (2009). Rationale and design of WEBCARE: A randomized, controlled, web-based behavioral intervention trial in cardioverter-defibrillator patients to reduce anxiety and device concerns and enhance quality of life. *Journal of Cardiovascular Nursing, 24*(3), 225-231
- Peky, K. Y., Lim, Y. Z., Hopper, I., & Krum, H. (2014). Medical therapy versus implantable cardioverter-defibrillator in preventing sudden cardiac death in patients with left ventricular systolic dysfunction and heart failure: meta-analysis of > 35,000 patients. *International Journal of Cardiology, 73*(2), 197-203.
- Sears, S. F., Matchett, M., & Conti, J. B. (2009). Effective management of ICD patient psychosocial issues and patient critical events. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology, 20*(11), 1297-1304.
- Steinberg, B. A., Al-kathib, S. M., Edward, R., Han, J., Bardy, G. H., Bigger, T., Buxton, A. E., . . . Sander, G. D. (2014). Outcome of implantable cardioverter defibrillator use in patients with comorbidities. *JACC: Heart Failure, 2*(6), 623-629.

- Somjaiwong, B. (2010). *The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients* (Doctor of philosophy, nursing science). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.
- Suwanpasak, A., & Boonyapisit, W. (2014). The quality of life in implantable cardioverter defibrillator patients. *Journal of The Medical Association of Thailand. March*, 97(3), S108-S114.
- Suyama-Chishaki, A., Miyazono, M., Tsuchihashi-Makaya, M., Chishaki, H., Inoue, S., Mukai, Y., . . . Kubo, C. (2007). Quality of life and psychological factors in patients with implantable cardioverter defibrillator. *Journal Arrhythmia*, 23(4), 269-276.
- Velara, C., Daniela, G. M., & Lara, G. (2014). Quality of life and uncertainty in illness for chronic patients. *Mediterranean Journal of clinical Psychology*, 2(2). doi: <http://dx.doi.org/10.6092/2282-1619/2014.2.990>.
- Wong, F. M., Sit, J. W. H., & Choi, K. C. (2014). Factors associated with health-related quality of life among patients with implantable cardioverter defibrillator: Identification of foci for nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*. 22(3), 821 - 834.
- Zayac, S., & Finch, N. (2009). Recipients of implanted cardioverter-defibrillators actual and perceived: A review of the literature. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 549-556.



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน¹
RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND MATERNAL-INFANT
ATTACHMENT OF UNPLANNED CESAREAN SECTION MOTHERS

นริสา จันทบุรี²

Narisa Jantaburee

ศรีสมร ภูมณสกุล³

Srisamorn Phumonsakul

จรัสศรี ธีระกุลชัย⁴

Jaratsri Theerakulchai

¹วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Part of this thesis, Master Degree of Nursing Science, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

²นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการผดุงครรภ์) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

Graduated student in Master of Nursing Science (Midwifery), Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Rama 6 Road, Phayathai, Bangkok 10400, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร., โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

Associate Professor, D.N.S., Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Rama 6 Road, Phayathai, Bangkok 10400, Thailand

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

Assistant Professor, Ph.D. (Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Rama 6 Road, Phayathai, Bangkok 10400, Thailand

Author E-mail: narign.35@gmail.com

Received: February 19, 2019

Revised: November 7, 2019

Accepted: December 19, 2019

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน โดยใช้ทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 1982) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนและพักฟื้นหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2560 จำนวน 100 ราย คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด แบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล และแบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน คือ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด ($r=.36, p=.000$ และ $r=.21, p=.034$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรประเมินปัจจัยการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และให้การสนับสนุนทางการพยาบาลแก่ผู้คลอดตามมาตรฐานของวิชาชีพเพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

คำสำคัญ : ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก, การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

Abstract

This study was a descriptive research designed to explore the correlations between selected factors and maternal-infant attachment of mothers who received unplanned cesarean sections using the maternal-infant attachment theory of Klaus & Kennel (Klaus & Kennell, 1982) as the conceptual framework. The subjects were composed of 100 mothers who had undergone unplanned cesarean sections and had postpartum recovery care at the Obstetrics-Gynecology patient ward in Police General Hospital from September 2016 – January 2017. The subjects were purposively recruited based on inclusion criteria. Data collection instruments consisted of the demographic data questionnaire, the perceived childbirth experience questionnaire, the nurses' labor support scale and maternal attachment inventory (MAI). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

According to the findings, the factors that correlated to maternal-infant attachment in the mothers who had undergone unplanned cesarean section were perceived childbirth experience and nursing support during labor with statistical significance ($r=.36, p=.000$ and $r=.21, p=.034$, respectively). Based on the findings of this study, nurses should assess perceived childbirth experience and provide nursing support for women in labor meeting professional standards to promote maternal-infant attachment.

Keywords : maternal-infant attachment, unplanned cesarean section

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสังคมที่มีคุณภาพ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Phanthufak, Phumonsakul, & Chareonpol, 2010) และส่งผลต่อพัฒนาการตามวัย รวมทั้งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยการสร้างความรักใคร่ผูกพันมีกระบวนการเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ แล้วพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ (Klaus & Kenell, 1982) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อมารดา

ได้พบกับทารก (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010) ระยะเวลาที่สำคัญที่สุดในส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก คือ 30 - 45 นาทีแรกหลังคลอด ในกรณีที่มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ช่วงเวลาสำคัญนี้อาจขาดหายไปเนื่องจากขั้นตอนการดูแลรักษา ส่งผลให้กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกทำได้ยากและไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่เกิดขึ้นเลย (van Reenen & van Rensburg, 2013)

ในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราสูงขึ้น เนื่องจากไม่มีความก้าวหน้าของกระบวนการคลอด หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีความ

รุนแรงถึงแก่ชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ ดังรายงานสถิติของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2551 ที่พบอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 17.4 (Gibbons et al., 2010) เป็นร้อยละ 32 ในปี พ.ศ. 2557 (WHO, 2015) สำหรับโรงพยาบาลตำรวจ ในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2558 มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นจากร้อยละ 41.47 เป็นร้อยละ 43.03 และร้อยละ 48.09 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 15 (WHO, 2015) และถึงแม้ว่าการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนจะมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ แต่ก็ส่งผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกด้วยเช่นกัน (Klaus & Kenell, 1982; van Reenen & van Rensburg, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพัน คือ ปัจจัยด้านมารดา-บิดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยด้านการดูแล (Klaus & Kenell, 1982) ซึ่งมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนนั้นจะมีระยะที่ยังไม่ได้เลี้ยงดูทารก จุดเน้นที่สำคัญจึงอยู่ที่ปัจจัยด้านภูมิหลังของมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด เพราะมารดาที่มีระดับการศึกษาที่ดีจะมีความต้องการแสวงหาความรู้เพื่อดูแลตนเองและบำรุงทารกในครรภ์เป็นอย่างดี รวมทั้งมีความสามารถในการใช้จ่าย ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Keawboonruang, 2001; Kwon & Bang, 2011; Yarcheski et al., 2009) การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องนั้น ถ้าได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดจากพยาบาลก็จะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและมีพฤติกรรมตอบสนองที่เหมาะสม ร่วมกับการวางแผนการตั้งครรภ์จะทำให้มีความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เป็นไปในทางบวก จึงส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันได้มากกว่ามารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (Diniz, Volling, &

Koller, 2014; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009) นอกจากนี้ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี จะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความรักใคร่ผูกพันเพิ่มมากขึ้น (Bennington, 2010; Kitamura et al., 2015) ส่วนปัจจัยด้านการดูแล จากการศึกษาพบว่าประกอบด้วย พฤติกรรมของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล การดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างการคลอด การแยกจากบุตรในวันแรกหลังคลอด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล (Klaus & Kenell, 1982)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน มีผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยด้านภูมิหลังของมารดา และปัจจัยด้านการดูแลของพยาบาลที่เป็นแรงสนับสนุนทางการพยาบาล ในระยะคลอดมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาล กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดากลุ่มนี้ต่อไป

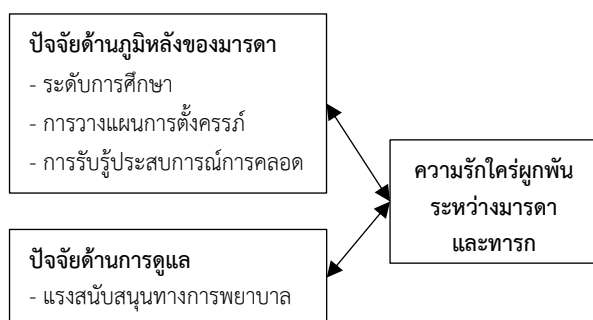
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์ การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

ตัวอย่าง คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน ที่มาคลอดและพักฟื้นภายหลังคลอด ที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 4 และชั้น 5 โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2560

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์ดังนี้คือ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดคลอดหรือหลังผ่าตัด และอยู่ในระยะหลังผ่าตัดคลอด 48 ชั่วโมงเป็นต้นไป ทารกมีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการตั้งแต่กำเนิดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด มารดาสามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size: ES) ตามการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน เท่ากับ .35 (Keawboonruang, 2001; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009; Pookboonmee, 1988) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และการวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อย 85 ราย (Cohen, 1988) และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ในการศึกษานี้จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลอายุ การวางแผนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ใช้ของมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร (Serisathien, 1987) เป็นมาตรประมาณแบบค่าลิเกิตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 26 - 130 คะแนน ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของตัวอย่างและได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาใช้ประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน จำนวน 100 ราย ผลการทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางการพยาบาลของ ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (Phumonsakul, Suksanguan, & Khanobdee, 2016) เป็นมาตรประมาณค่าลิเกิตสเกล 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 80 คะแนน ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาใช้

กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน จำนวน 100 ราย ผลการทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (The Maternal Attachment Inventory: MAI) ของ มุลเลอร์ (Muller, 1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย พรพรรณ จงปราณี (Jongpranee, 1997) เป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเกิตสเกล 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 26 - 104 คะแนน ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาใช้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน จำนวน 100 ราย ผลการทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิ งานวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ใบรับรอง 2559/409 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ใบรับรอง 67/2559 ผู้วิจัยแนะนำตนเองแก่ตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์จากการทำการวิจัย เมื่อตัวอย่างมีความยินดียินยอมร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และ

เข้าพบมารดาตัวอย่างหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 48 ชั่วโมง เพื่อให้มารดาตัวอย่างทำแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แล้วหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด - สูงสุด ค่าพิสัย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน จำนวน 100 ราย มีอายุระหว่าง 19-41 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.80 ปี ($SD = 5.94$) ส่วนใหญ่ร้อยละ 31 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมา คือ ระดับอุดมศึกษาร้อยละ 29 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 19 ตัวอย่างมีการวางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 69 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 31 มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในระยะคลอดเฉลี่ย 83.28 คะแนน ($SD = 13.06$) คะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดเฉลี่ย 51.53 คะแนน ($SD = 11.21$) และคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเฉลี่ย 88.63 คะแนน ($SD = 7.36$) ดังตาราง 1 นอกจากนี้ตัวอย่างยังมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ในระดับมาก (79 - 104 คะแนน) ร้อยละ 90 และอยู่ในระดับปานกลาง (53 - 78 คะแนน) ร้อยละ 10

ตาราง 1 การรับรู้ประสบการณ์การคลอด แรงสนับสนุนทางการพยาบาล และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของตัวอย่าง ($n = 100$)

คะแนน	ค่าพิสัย		M	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	26 - 130	54 - 121	83.28	13.06
แรงสนับสนุนทางการพยาบาล	0 - 80	31 - 76	51.53	11.21
ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	26 - 104	68 - 104	88.63	7.36

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความถี่ใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของตัวอย่างพบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .36, p = .000$ และ $r = .21, p = .034$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความถี่

ใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .14, p = .153$ และ $r = .16, p = .116$ ตามลำดับ) การวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($r = .27, p = .007$) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด ($r = .29, p = .004$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดัง ตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความถี่ใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ($n = 100$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ระดับการศึกษา	1.00				
2. การวางแผนการตั้งครรภ์	.18	1.00			
3. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	.23*	.27*	1.00		
4. แรงสนับสนุนทางการพยาบาล	.16	.03	.29*	1.00	
5. ความถี่ใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	.13	.16	.36*	.21*	1.00

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .36, p = .000$) อธิบายได้ว่า ในระยะคลอดการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ซึ่งนับเป็นสถานการณ์วิกฤติ (Cunningham et al., 2014) แต่มารดาได้รับการดูแลและทราบเหตุผลของการที่ต้องได้รับการผ่าตัดทารกทางหน้าท้อง ทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล สามารถควบคุมความรู้สึก ความวิตกกังวลต่าง ๆ ความกลัว ความคาดหวัง และความรู้สึกเจ็บปวดได้ มารดาจึงรู้สึกพึงพอใจและมีคุณค่า เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองสามารถให้กำเนิดทารกได้ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Guittier, Cedraschi, Jamei,

Boulvain, & Guillemin, 2014) นอกจากนี้ มารดาทุกรายได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ (spinal block) ร่วมกับการกระตุ้นให้มารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนต่อกันอย่างเฉพาะเจาะจงทันทีภายหลังคลอด ในระยะที่มีความสำคัญต่อการสร้างความถี่ใคร่ผูกพัน ส่งผลให้มารดาต้องการเลี้ยงดูทารก ซึ่งก่อให้เกิดความถี่ใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอย่างมั่นคงถาวรตลอดไปได้ (Klaus & Kennell, 1982)

แรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .21, p = .034$) อธิบายได้ว่า ตามบริบทของห้องคลอด โรงพยาบาลตำรวจ ไม่อนุญาตให้คู่สมรสและญาติของมารดาเข้ามาในห้องคลอดได้ จึงมีเพียง

พยาบาลเท่านั้นที่เป็นผู้สนับสนุนหลักในระยะคลอด และเมื่อมารดาต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน พยาบาลจะเป็นผู้อธิบายให้มารดาได้รับทราบถึงสาเหตุที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอด ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ แนวทางการรักษาที่ปลอดภัย และกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วมการผ่าตัดคลอด (Fenwick et al., 2003; Nilsson et al., 2013; Soet et al., 2003) รวมทั้งมารดาได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการคลอด และพยาบาลมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มารดาและทารกอยู่ใกล้ชิดกัน มีการสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกทันทีภายหลังคลอด ประกอบกับทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด ทำให้มารดาและทารกในระยะหลังคลอดมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งพฤติกรรมการสนับสนุนทางการพยาบาลเหล่านี้ ส่งเสริมให้มารดามีความพร้อมในการดูแลตนเองและต้องการเลี้ยงดูทารกภายหลังคลอด เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Ghadery-Sefat, Abdeyazdan, Badiee, & Zargham-Boroujeni, 2016; Klaus & Kennell, 1982; Roux & van Rensburg, 2011)

ส่วนระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .14, p = .153$ และ $r = .16, p = .116$) อาจเกิดจากระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนในการศึกษานี้มีความใกล้เคียงกัน จึงทำให้ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ

นอกจากนี้ การวางแผนการตั้งครรภ์ยังมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .16, p = .116$) อาจเนื่องจากการได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทาง

หน้าท้องแบบไม่มีแผนส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ แต่มารดาทุกรายได้รับการเตรียมและเข้าฝักอบรมในโรงเรียนพ่อแม่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และมารดาส่วนใหญ่มีอายุน้อยอยู่ระหว่าง 20 - 34 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมและมีความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ (Al-Turki, Abu-Heija, Al-Sibai, 2003; Cunningham et al., 2014) ส่งผลให้กลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่แตกต่างกันในทางสถิติ และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนการตั้งครรภ์และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .27, p = .007$)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการเป็นตัวตนของผู้คลอด และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ แก่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน เพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
2. พยาบาลควรประเมินปัจจัยการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และส่งเสริมด้วยการสนับสนุนทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

1. ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน หรือการบรรยายทางวิชาการให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญและมีการเรียนรู้เกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่าง

มารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาแนวทางเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน

2. อาจทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงวิธีการหรือรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับมาก

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องกับมารดาในกลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

- Al-Turki, H. A., Abu-Heija, A. T., & Al-Sibai, M. H. (2003). The outcome of pregnancy in elderly primigravidas. *Saudi medical journal*, 24(11), 1230-1233.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., & Casey, B. M. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- Diniz, E., Volling, B. L., & Koller, S. H. (2014). Social support moderates association between depression and maternal-fetal attachment among pregnant Brazilian adolescents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 400-411.
- Fenwick, J., Gamble, J., & Mawson, J. (2003). Women's experiences of caesarean section and vaginal birth after caesarian: A birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 10-17.
- Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Meriáldi, M., & Althabe, F. (2010). The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. *World health report*, 30, 1-31.
- Ghadery-Sefat, A., Abdeyazdan, Z., Badiie, Z., & Zargham-Boroujeni, A. (2016). Relationship between parent-infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(1), 71-76.
- Guittier, M. J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M., & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: A qualitative study. *BioMed Central of Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 254.
- Jongpranee, P. (1997). *Selected factors, social support and maternal newborn attachment in adolescent mothers* (Unpublished master's thesis, Master of Nursing Science). Graduate School, Mahidol University, Nakhon Pathom.
- Kaewboonruang, N. (2001). *The relationship between selected factors, self-esteem and maternal-fetal attachment of pregnant women* (Unpublished master's thesis, Master of Nursing Science). Graduate School, Mahidol University, Nakhon Pathom.
- Kitamura, T., Takegata, M., Haruna, M., Yoshida, K., Yamashita, H., Murakami, M., & Goto, Y. (2015). The mother-infant bonding scale: Factor structure and psychosocial correlates of parental bonding disorders in Japan. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 393-401.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding* (2nd ed.). St. Louis: The C.V. Mosby.
- Kwon, M. K., & Bang, K. S. (2011). Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(2), 276-283.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28(5), 260-265.
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(2), 161-166.
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekstrom, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013, 1-6.
- Phanthufak, M., Phumonsakul, S., & Chareonpol, O. (2010). The effect of a maternal role promoting program on maternal-infant attachment, maternal role satisfaction, competency in infant behavioral learning and infant growth. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15(2), 149-161.
- Phumonsakul, S., Suksanguan, P., & Khanobdee, C. (2016). Development of the labor support scale for intrapartum nurse. *Ramathibodi Nursing Journal*, 22(3), 247-262.

- Pookboonmee, R. (1988). *Relationships between birth experience and maternal newborn bonding as perceived by planned and unplanned caesarean section mothers* (Unpublished master's thesis, Master of Education). Graduate School, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Roux, S. L., & Van Rensburg, E. (2011). South African mothers' perceptions and experiences of an unplanned caesarean section. *Journal of Psychology in Africa*, 21(3), 429-438.
- Serisathien, Y. (1987). *The relationships between perception of childbirth experience, self-concept and maternal newborn attachment in high risk mothers* (Unpublished master's thesis, Master of Nursing Science). Graduate School, Mahidol University, Nakhon Pathom.
- Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- van Reenen, S. L., & van Rensburg, E. (2013). The influence of an unplanned caesarean section on initial mother-infant bonding: Mothers' subjective experiences. *Journal of Psychology in Africa*, 23(2), 269-274.
- World Health Organization (WHO). (2015). *World health statistics 2015*. World Health Organization.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708-715.



ความสามารถในการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอด
จากพยาบาล การควบคุมตนเองต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด¹

THE PREDICTABILITY OF AGE, BODY MASS INDEX, ANXIETY, NURSE'S LABOUR
SUPPORT, SELF CONTROL ON DURATION OF LABOUR OF WOMEN IN LABOUR

วาธินี วงศาโรจน์²

Watinee Wonsaros

ศรีสมร ภูมณสกุล³

Srisamorn Phumonsakul

จรัสศรี ธีระกุลชัย⁴

Jaratsri Theerakulchai

¹วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Part of this thesis, Master Degree of Nursing Science, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

²นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการผดุงครรภ์) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

Graduated student in Master of Nursing Science (Midwifery), Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Rama 6 Road, Phayathai, Bangkok 10400, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร., โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

Associate Professor, D.N.S., Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Rama 6 Road, Phayathai, Bangkok 10400, Thailand

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

Assistant Professor, Ph.D. (Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Rama 6 Road, Phayathai, Bangkok 10400, Thailand

Author E-mail: watinee.won@mahidol.ac.th

Received: May 29, 2017

Revised: November 25, 2019

Accepted: December 22, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล และการควบคุมตนเองต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด ตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่คลอดปกติทางช่องคลอดที่มาคลอดและพักฟื้นในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด และหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการคลอด แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล และแบบสอบถามการควบคุมตนเองของผู้คลอดในระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่ามีเพียงอายุที่สามารถทำนายระยะที่ 1 ของการคลอดได้ร้อยละ 4 ($R^2 = .04$, $F(1, 98) = 3.98$, $p = .04$) และมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรประเมินปัจจัยทางด้านอายุของผู้คลอดเพื่อช่วยในการวางแผน

การพยาบาลในการลดระยะเวลาการคลอดให้เหมาะสม และจากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการคลอดพบว่ายังมีผลการศึกษาที่ทั้งสนับสนุนและขัดแย้งกัน จึงอาจมีการศึกษาซ้ำเพื่อช่วยให้สตรีในระยะรอคลอดมีระยะเวลาการคลอดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ระยะเวลาการคลอด, อายุ, ดัชนีมวลกาย, ความวิตกกังวล, การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล, การควบคุมตนเอง

Abstract

This predictive research aimed at exploring the predictability of age, body mass index, anxiety, nurse's labour support and self-control on duration of labour of women in labour. The sample group was composed of laboring women who had normal labour and stayed at the postpartum ward and the private ward for OB-GYN patients at Ramathibodi Hospital, Bangkok metropolitan from September 2016 to December 2016. The sample group was selected by purposive selection which yielded a total of 100 subjects. Data were collected using questionnaires on personal information and birth, anxiety during labour, nurses' labour support behaviors, and self-control during labour. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

According to the findings, only age was able to predict the duration of stage 1 of labour and accounted for 4 percent of variance explained ($R^2 = .04$, $F(1, 98) = 3.98$, $p = .04$). The suggestion is that nurses should assess the age factor of women in labour to help plan proper care to reduce duration of labour. Studies of factors influencing duration of labour also yielded supporting and conflicting findings. Therefore, additional studies should be conducted to help women in labour have an appropriate duration of labour.

Keywords : duration of labour, age, body mass index, anxiety, nurse's labour support, self-control

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในช่วงชีวิตของผู้คลอด โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ในขณะที่รอคลอด โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอดที่เริ่มตั้งแต่มีการเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมดพร้อมที่จะคลอด ซึ่งปกติใช้เวลาประมาณมากกว่า 6 - 8 ชั่วโมง ผู้คลอดต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงของมดลูก อังเชิงกราน รวมทั้งอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับารคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ยาวนานเกินไป นอกจากจะทำให้ผู้คลอดเกิดความทุกข์ทรมาน แล้ว

วิตกกังวล แล้วยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ และอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Costa, Drista, Larouche & Brender, 2000; Cunningham et al., 2014; Montgomery, 2003) ในขณะเดียวกัน ความกลัววิตกกังวลที่มีมากขึ้นก็ยิ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการหดตัวของมดลูก นำไปสู่ระยะที่ 1 ของการคลอดที่ยาวนานขึ้น และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการคลอดเป็นวงจร (Leaderman, 1978) ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยที่ช่วยให้มีระยะที่ 1 ของการคลอดที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก

การศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า

สามารถจำแนกได้ 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การหดตัวของมดลูกที่ดี หนทางคลอดที่เหมาะสม ขนาดทารกที่อยู่ในครรภ์ และสภาพร่างกายของผู้คลอดที่อายุน้อยหรือมากเกินไป ดัชนีมวลกายที่มากจะมีผลต่อระยะที่ 1 ของการคลอด รวมทั้งผู้ที่ผ่านการคลอดหลายครั้งจะมีระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่าผู้ที่คลอดครั้งแรก แต่ปัจจัยทางสรีระส่วนใหญ่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดเป็นสิ่งที่บริหารจัดการด้วยการพยาบาลเพียงอย่างเดียวค่อนข้างยาก แต่อายุและดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่สามารถเฝ้าระวังและควบคุมได้ก่อนการตั้งครรภ์ด้วยบทบาทพยาบาล (Cunningham et al., 2014) 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความกลัวการคลอด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ทำให้ร่างกายหลั่งสารแคทีโคลามีนและคอร์ติซอลเพิ่มมากขึ้น ทำให้มดลูกหดตัวลดลง การเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้า แต่มีความเจ็บปวดมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง และทำให้ระยะเวลาของการคลอดยาวนานมากขึ้น (Cunningham et al., 2014; Lederman, 1978; Lowe, 2002) 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล พบว่า จะช่วยตอบสนองให้ผู้คลอดสามารถเผชิญสถานการณ์การคลอดได้ ลดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลให้มีการหดตัวของมดลูกที่ดี ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง (Hodnett et al., 2013) แม้ว่าในทางทฤษฎีจะพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมา มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการคลอด แต่การศึกษาถึงอิทธิพลต่อระยะที่ 1 ของการคลอดยังมีค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ ยังมีความพยายามที่จะคิดค้นรูปแบบการพยาบาลที่สามารถจัดการได้ด้วยบทบาทพยาบาลโดยตรงเพราะในบริบทของประเทศไทยพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกะยะของการคลอด ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม โดยการจัดการกับปัจจัยดังกล่าวเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและ

ลดระยะที่ 1 ของการคลอดให้สั้นลง แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมามีที่ทั้งสนับสนุน (Promrak, 2004) และขัดแย้ง (Tuntanokij, 2005) รวมทั้งการศึกษาในลักษณะดังกล่าวยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้น การศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อระยะที่ 1 ของการคลอดที่เป็นจุดเริ่มต้นของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการมีระยะเวลาในการคลอดที่ไม่เหมาะสมจึงน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพในการพยาบาล โดยเป็นการสร้างองค์ความรู้เบื้องต้นและช่วยในการค้นหาแนวทางบริหารจัดการปัจจัยต่าง ๆ ในการดูแลผู้คลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นระยะที่ใช้เวลายาวนานที่สุดในกระบวนการคลอด โดยในครรภ์แรกจะใช้เวลาประมาณ 12 ชั่วโมง และในครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 8 ชั่วโมง (Cunningham et al., 2014)

ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้คลอดที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี การเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่เจริญเต็มที่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะส่วนนำและเชิงกรานไม่ได้สัดส่วน และหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุมากกว่า 35 ปี พื้นเชิงกรานจะยืดขยายได้น้อย ทำให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงได้ช้า ส่งผลให้ระยะของการคลอดยาวนานกว่าปกติ (London, Ladewig, Ball, & Bindler, 2003) และผู้คลอดที่มีน้ำหนักมากกว่า 70 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายมากกว่า 26.1 กก./ม.² เนื้อเยื่อบริเวณพื้นเชิงกรานจะหนาเกินไปทำให้การยืดขยายของกล้ามเนื้อไม่ดี ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดล่าช้า

ในด้านจิตสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้คลอดมีความสัมพันธ์กับการทำงานของมดลูกและการเปิดของปากมดลูก (Lowe, 2002) หากมีการช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวล จะช่วยลดความกลัวและ

บรรเทาอาการเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด รวมทั้งสามารถช่วยลดระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดให้สั้นลงได้ ส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองในขณะรอคลอดได้ดี (Gorrie, McKinney, & Murray, 1994; Hodnett & Osborn, 1989)

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการช่วยเหลือในขณะเจ็บครรภ์คลอด เช่น การได้รับการจัดท่าให้อยู่ในท่าที่ศีรษะและลำตัวสูง รวมถึงการพยาบาลแบบสนับสนุน ประคับประคอง ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นลง และช่วยลดความต้องการการใช้ยาระงับปวดในผู้คลอด ส่งผลให้ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นลง (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013; Klaus, Kennell, Berkowitz, & Klaus, 1992; Sauls, 2002)

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกัน ทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล และการควบคุมตนเองต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด

สมมติฐานวิจัย

อายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล และการควบคุมตนเองสามารถร่วมกันทำนาย ระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอดได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

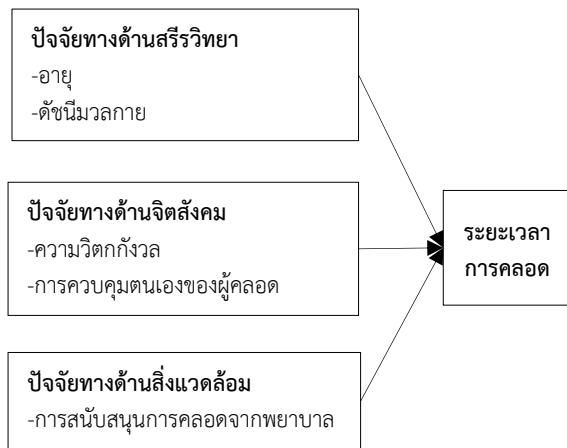
จากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา และเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์เกี่ยวกับระยะเวลาการคลอด พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดสามารถจำแนกได้ 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา 2) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และ 3) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Cunningham et al., 2014)

ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการคลอด พบว่า ผู้คลอดที่มีอายุมากกว่า 35 ปี หรือผู้คลอดอายุน้อยกว่า 18 ปีและ ผู้คลอดที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 26.1 กก./ม.² จะมีผลต่อการยืดขยายของปากช่องคลอด เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณปากช่องคลอดหนาเกินไป ทำให้การยืดขยายของกล้ามเนื้อไม่ดี และทำให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงได้ช้า มีผลทำให้ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานกว่าปกติ

ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการคลอด ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งสภาพจิตใจของผู้คลอดมีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด เนื่องจากความวิตกกังวลของผู้คลอด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในร่างกาย เช่น มีการเพิ่มขึ้นของคอร์ติซอลและแคทีโคลามีนทำให้มดลูกหดตัวลดลง การเปิดขยายของปากมดลูกช้า เกิดความวิตกกังวล ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ การควบคุมตนเองลดลง และมีความต้องการยาบรรเทาปวดหรือยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัวลดลง ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดโดยเฉพาะระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานขึ้น

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการคลอด พบว่า การได้รับการสนับสนุนดูแลจากบุคคลทางการพยาบาลที่ดี จะทำให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย มีความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดได้เพิ่มขึ้น พยาบาลจึงเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้คลอดที่คอยให้การดูแล และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดในระยะคลอด ที่ช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และมีผลทำให้ลดระยะเวลาของการคลอดให้สั้นลง (Hodnett & Osborn, 1989)

ดังนั้น ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้คลอดปกติทางช่องคลอด ที่มารับบริการการคลอด และพักฟื้นในหอผู้ป่วย สูติกรรมหลังคลอดและหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารามิบัติ กรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารามิบัติ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง คือ คลอดครบกำหนด ตั้งครรภ์เดี่ยว ทารกอยู่ในท่าปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์หรือขณะเจ็บครรภ์คลอด และอยู่ในระยะหลังคลอด 12 - 24 ชั่วโมง

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 (Cohen, 1988) ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .14 (Promrak, 2004) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 95 ราย และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือข้อมูลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อนในการตอบ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 5 ราย การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการคลอด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ

น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักขณะคลอด ส่วนสูง และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ ลำดับการคลอด อายุครรภ์ และระยะเวลาการคลอด เป็นต้น

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด ใช้ของ ณวี เบาทรวง (Baosoung, 1983) ที่แปลและดัดแปลงแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของ สปิธเบอ์เกอร์ และคณะ (Spielberger, Lushene, & McAdoo, 1977) มีจำนวน 22 ข้อ แบบลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวกให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 ในการศึกษาได้ทดสอบความสอดคล้องภายในข้อคำถามกับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89 และเมื่อใช้กับตัวอย่างจริงจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้คลอดต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้คลอดได้รับจริงจากบุคลากรการพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลของ ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (Phumonsakul, Suksanguan, & Khanobdee, 2016) มีจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่ได้รับเลย จนถึง 4 คือ ได้รับมากที่สุด ในการศึกษาได้นำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบความสอดคล้องภายในของข้อคำถามกับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .92 และเมื่อใช้กับตัวอย่างจริงจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95

4. แบบสอบถามการควบคุมตนเองของผู้คลอดในระยะคลอดเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดงานวิจัยของนามะและไลย์ลี (Namey & Lysterly, 2010) และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินความรู้สึกหรือ

การรับรู้ของผู้คลอดถึงศักยภาพของตนในการจัดการเกี่ยวกับความต้องการของตนเอง สถานการณ์ของการคลอดและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในระยะคลอด มีจำนวน 40 ข้อ เป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คำถามทางบวกให้คะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 4 แบบสอบถามการควบคุมตนเองของผู้คลอดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงโดยวิธีตรวจสอบความสอดคล้องภายในข้อคำถามกับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 10 ราย ค่าความสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .88 และเมื่อใช้กับตัวอย่างจริงจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2559/482 ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งสิทธิ์ในการปฏิเสธการไม่เข้าร่วมวิจัย หรือการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือนามสกุลใช้เป็นรหัสในการเก็บบันทึกข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับนำมาใช้เพื่อการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม ซึ่งตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยและมีการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและหอผู้ป่วยพิเศษ สูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จาก

แฟ้มประวัติ หลังจากเข้าพบตัวอย่างและได้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยให้ตัวอย่างคิดย้อนหลังไปในระยะคลอด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (multiple linear regression) โดยใช้การคัดเลือกตัวแปรอิสระที่เหมาะสมเข้าสู่สมการตามแบบขั้นตอน (stepwise)

ผลการวิจัย

ตัวอย่างเป็นผู้คลอดปกติทางช่องคลอดจำนวน 100 ราย มีอายุระหว่าง 19 – 48 ปี อายุเฉลี่ย 28.37 ปี ($SD = 6.02$) โดยตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) มีอายุระหว่าง 20-34 ปี รองลงมา (ร้อยละ 16) มีอายุมากกว่า 35 ปี และร้อยละ 2 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 54.61 กิโลกรัม ($SD = 8.15$) มีน้ำหนักขณะคลอดเฉลี่ย 68.65 กิโลกรัม ($SD = 9.11$) และมีส่วนสูงเฉลี่ย 160.75 เซนติเมตร ($SD = 5.19$) และตัวอย่างมีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 21.11 กก./ม.² ($SD = 2.85$) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.58 สัปดาห์ ($SD = 1.06$) ผู้คลอดใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 456.28 นาที ($SD = 219.36$ นาที หรือประมาณ 8 ชั่วโมง) และใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ย 25.06 นาที ($SD = 20.48$) และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย 3,147 กรัม ($SD = 393.15$)

ตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกร้อยละ 63 และเป็นผู้คลอดครรภ์หลังร้อยละ 37 โดยได้รับยาเร่งคลอดร้อยละ 49 ไม่ได้รับยาเร่งคลอดร้อยละ 51 ได้รับยาบรรเทาปวดร้อยละ 51 และไม่ได้รับยาบรรเทาปวดร้อยละ 49

ค่าคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอของตัวอย่างอยู่ระหว่าง 25 - 78 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 22 - 88 คะแนน โดยมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 45.20 คะแนน ($SD = 11.08$) ค่าคะแนนการสนับสนุนการคลอจากพยาบาลในระยะคลอของตัวอย่างอยู่ระหว่าง 7 - 80 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 0 - 80 คะแนน โดยตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนการคลอจากพยาบาลในระยะคลอเฉลี่ย 57.29 คะแนน ($SD = 15.27$) และค่าคะแนนการควบคุมตนเองในระยะคลอของตัวอย่างอยู่ระหว่าง 47 - 155 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 0 - 160 คะแนน โดยมีค่าคะแนนการควบคุมตนเองในระยะคลอเฉลี่ย 115.09 คะแนน ($SD = 18.25$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่าอายุและลำดับการคลอมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับระยะที่ 1 ของการคลออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.20$, $p = .03$ และ $r = -.46$, $p = .00$ ตามลำดับ) และอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับลำดับที่ของการคลออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .43$, $p = .00$) ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอจากพยาบาล และการควบคุมตนเองแทบจะไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระยะที่ 1 ของการคลอ ($r = -.05$, $p = .66$; $r = .02$, $p = .83$; $r = .03$, $p = .77$; $r = .06$, $p = .58$ ตามลำดับ)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่า มีเพียงอายุที่สามารถทำนายระยะที่ 1 ของการคลอได้ร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .04$, $F(1, 98) = 3.98$, $p = .04$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ในการทำนายระยะที่ 1 ของการคลอ ($n=100$)

ตัวแปร	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
อายุ	-7.20	3.61	-.20	-1.99	.04
Constant (<i>a</i>) = 660.43, $F(1, 98) = 3.98$, $p = .04$, $R_{Multiple} = .20$, $R^2 = .04$, $R^2_{Adjusted} = .03$					

การอภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยต้องการตรวจสอบว่าตัวแปรอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอจากพยาบาล และการควบคุมตนเองสามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการคลอของสตรีในระยะคลอได้เป็นอย่างไร ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มีเพียงอายุที่สามารถทำนายระยะที่ 1 ของการคลอได้ร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .04$, $F(1, 98) = 3.98$, $p = .04$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการศึกษานี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะที่ 1 ของการคลออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ($r = -.20$, $p = .04$) หมายความว่า ผู้คลอที่ยังมีอายุน้อยมากขึ้น ระยะที่ 1 ของการคลอจะยิ่งสั้นลง แม้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าสตรีตั้งครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี พื้นที่เกรนจะยืดขยายได้น้อย ทำให้ส่วนหน้าของทารกเคลื่อนต่ำลงได้ช้า ส่งผลให้ระยะของการคลอดยาวนานกว่าปกติ (London et al., 2003) แต่ในตัวอย่างที่การศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 28.37 ปี ($SD = 6.02$) ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์และการคลอ มีวุฒิภาวะที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมที่สมบูรณ์เต็มที่ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม จึงสามารถ

ควบคุมจิตใจเพื่อเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งช่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม จนทำให้มีระยะเวลาการคลอດที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ ตัวอย่างครั้งนี้เป็น ผู้คลอດครรภ์หลังที่เคยผ่านการคลอດมาแล้ว การยืดขยายของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำลงของส่วนนำทารกเป็นไปได้เร็วกว่าผู้คลอດที่ไม่เคยผ่านการคลอດมาก่อน ทำให้ระยะเวลาการคลอດสั้นลง (Cunningham et al., 2014) สอดคล้องกับ ผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับลำดับที่ของการคลอດอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .43, p = .00$) และจากการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าผู้คลอດครรภ์หลังจะมีระยะที่ 1 ของการคลอດที่สั้นกว่าผู้คลอດครรภ์แรก ($t = 5.19, p = .00$) อายุจึงเป็นปัจจัยที่ถูกเลือกเข้ามาในสมการทำนายระยะที่ 1 ของการคลอດ

ส่วนดัชนีมวลกายไม่สามารถทำนายระยะเวลาการคลอດได้ เพราะจากการศึกษาครั้งนี้แทบจะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับระยะที่ 1 ของการคลอດของสตรีในระยะคลอດ ($r = -.05, p = .66$) เนื่องจากตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.11 กก./ม.² ($SD = 2.85$) เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ คือ 18.5 - 22.9 กก./ม.² ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ใช้สำหรับชาวเอเชีย (World Health Organization, 2004) จึงถือว่าค่าดัชนีมวลกายของผู้คลอດอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการคลอດ ทำให้ระยะที่ 1 ของการคลอດอยู่ในเกณฑ์ปกติที่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอດประมาณ 8 ชั่วโมง ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าเกณฑ์หรือเกินเกณฑ์ปกติจะส่งผลให้ช่องเชิงกรานมีขนาดเล็ก ทำให้ส่วนนำทารกไม่สามารถผ่านทางช่องคลอດได้ ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอດยาวนานขึ้น โดยผู้คลอດที่มีน้ำหนักมากกว่า 70 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายมากกว่า 26.1 กก./ม.² มักจะมีความเสี่ยงต่อการคลอດยากสาเหตุจากมีเนื้อเยื่อบริเวณพื้นเชิงกรานหนาเกินไป ทำให้การยืดขยายของกล้ามเนื้อไม่

เท่าที่ควร ปากมดลูกจึงเปิดช้า ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอດล่าช้า

ความวิตกกังวลไม่สามารถทำนายระยะเวลาการคลอດได้ เนื่องจากตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสม จึงเป็นความวิตกกังวลที่ทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดการเรียนรู้ที่ดี มีการปรับตัวไปในทางที่ดี และถือเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในระยะคลอດ ทำให้ความวิตกกังวลนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายขณะเจ็บครรภ์คลอດและไม่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດ อธิบายได้ว่า ผลกระทบของความวิตกกังวลที่มีต่อระยะเวลาการคลอດนั้นทั้งผู้คลอດครรภ์แรกและผู้คลอດครรภ์หลังที่มีความวิตกกังวลสูง จะมีระยะเวลาการคลอດที่ยาวนาน เพราะความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการทำงานของมดลูก ถ้าผู้คลอດเกิดความวิตกกังวลมากเกินไป จะทำให้ร่างกายมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้น ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานลดลง ประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูกก็จะลดลงตามไปด้วย ส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอດล่าช้า (Lowe, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอດที่ผ่านมาพบว่าความวิตกกังวลของผู้คลอດมีความสัมพันธ์กับการทำงานของมดลูกในขณะที่ปากมดลูกเปิดและถ้าผู้คลอດมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการกำหนดพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตนเองกำหนด ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนการคลอດจากพยาบาลในการปฏิบัติตนในระยะคลอດ จะส่งผลให้ผู้คลอດเกิดความมั่นใจ และมีความวิตกกังวลลดลงในระยะคลอດ และส่งผลให้มีระยะเวลาการคลอດที่เหมาะสม (O'Hare & Fallon, 2011) อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้แทบจะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດ ($r = .02$,

$p = .83$) จึงทำให้ความวิตกกังวลไม่ถูกเลือกเข้าในสมการทำนาย

การสนับสนุนการคลอດจากพยาบาลไม่สามารถทำนายระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนการคลอດจากพยาบาลซึ่งเป็นการดูแลช่วยเหลือระหว่างพยาบาลกับผู้คลอດ เพื่อดื่งศักยภาพของผู้คลอດออกมาใช้และตอบสนองความต้องการของผู้คลอດ เพื่อให้ผู้คลอດสามารถเผชิญสถานการณ์และมีการแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่ดีในช่วงระยะเวลาการคลอດ (Sauls, 2002) และการสนับสนุนในระยะคลอດอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลจะสามารถลดระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດได้แล้ว ยังช่วยลดความต้องการการไ้ยาระงับปวดของผู้คลอດ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและมีระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດสั้นกว่าผู้คลอດที่ไม่ได้รับการสนับสนุน (Hodnett et al., 2013; Klauset al., 1992; Sauls, 2002) แต่เนื่องจากตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับการดูแลจากพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีมาตรฐานการดูแลในการเตรียมความพร้อมการคลอດมาตั้งแต่ในระยะตั้งครร์กและระยะคลอດ และจากอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้คลอດที่น้อย ทำให้พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้คลอດได้ดี ผู้คลอດจึงสามารถปรับตัวในการเผชิญสถานการณ์การคลอດได้ในระดับที่เหมาะสมกับการมีระยะที่ 1 ของการคลอດที่เป็นปกติ (8 ชั่วโมง) การสนับสนุนการคลอດจากพยาบาลจึงไม่มีผลต่อระยะเวลาการคลอດที่ยาวนานขึ้นหรือสั้นลง ดังผลการศึกษาคั้งนี้ที่แทบจะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนการคลอດจากพยาบาลกับระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດ ($r = .03$, $p = .77$) จึงทำให้การสนับสนุนการคลอດจากพยาบาลไม่ถูกเลือกเข้าในสมการทำนาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuntanokij (2005) และ การ ค ี ก ข ของ Boonpongmanee, Chunuan, and Somsap (2005) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับ

แรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรระยะคลอດไม่มีผลต่อระยะเวลาของการคลอດ ซึ่งผลของการศึกษาที่มีความขัดแย้งกันนี้ ทำให้ความสามารถในการทำนายของการสนับสนุนการคลอດจากพยาบาลที่มีต่อระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດจึงยังไม่เป็นข้อสรุปที่ชัดเจน

การควบคุมตนเองไม่สามารถทำนายระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດได้ โดยจากผลการศึกษาคั้งนี้ มีค่าคะแนนการควบคุมตนเองในระยะคลอດเฉลี่ย 115.09 คะแนน ($SD = 18.25$) ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างสูง จากการศึกษาพบว่า ถ้าผู้คลอດได้รับการสนับสนุนการพยาบาลขณะคลอດจะมีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม และมีระยะเวลาการคลอດสั้นลง นอกจากนี้ ผู้คลอດที่มีความสามารถในการจัดการตนเอง มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และมีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดในระยะคลอດได้ดี จะส่งผลถึงการหดตัวของมดลูกที่ดีไปด้วย แม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการคลอດจะพบว่า บุคคลที่มีการสร้างความรู้ มีการเตรียมตัว จนทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ จะส่งผลให้สามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ดี และสามารถควบคุมสถานการณ์ในระยะคลอດได้ รวมทั้งส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอດผ่านไปได้อย่างเหมาะสม แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้คลอດไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่สูง หรือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองต่อสถานการณ์ในระยะคลอດได้ จะส่งผลให้การหดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ และทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า (Lowdermilk & Perry, 2004) และจากการศึกษาคั้งนี้ การควบคุมตนเองไม่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกระบวนการคลอດเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านสรีรวิทยา ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เร็วหรือช้าขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ แรงผลักดันในการคลอດ หนทาง

คลอด สิ่งที่ขับออกมา และสภาวะร่างกายของผู้คลอด ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการคลอด (Wong, Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2002) นอกจากนี้ ความก้าวหน้าของการคลอดยังมีความเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนในร่างกาย ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ยากต่อการแก้ไข ดังเห็นได้จากการควบคุมตนเองที่แทบจะไม่มีความสัมพันธ์กับระยะที่ 1 ของการคลอด ($r = .06, p = .58$) และแม้ว่าผลในการศึกษาครั้งนี้จะพบความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลกับการควบคุมตนเองก็ตาม ($r = .49, p = .00$) แต่ทั้งตัวแปรการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลและการควบคุมตนเอง ก็ไม่สามารถทำนายระยะเวลาการคลอดได้เช่นกัน การศึกษาครั้งนี้จึงไม่สามารถอธิบายได้ว่าการควบคุมตนเองสามารถทำนายระยะเวลาการคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเพียงอายุที่สามารถทำนายระยะที่ 1 ของการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้

1. พยาบาลควรประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการคลอด โดยเฉพาะอายุของผู้คลอด เพื่อช่วยให้สตรีในระยะรอคลอดมีความสามารถในการปรับตัวในสิ่งที่ต้องเผชิญและมีระยะเวลาการคลอดที่เหมาะสม

2. อาจารย์และพยาบาลควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยทางด้านอายุที่ส่งผลต่อระยะเวลาการคลอด เพื่อให้ นักศึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดได้อย่างครอบคลุม และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3. อาจทำการศึกษาต่อในรูปแบบของการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่จะช่วยลดระยะเวลาการคลอดของสตรีที่รอคลอดในระยะคลอด

เอกสารอ้างอิง

- Baosoung, C. (1983). *The effects of planned instruction and touching on anxiety level and coping behavior during labor* (Master of science, nursing). Graduate School, Mahidol University, Nakhon Pathom.
- Boonpongmanee, C., Chunuan, S., & Somsap, Y. (2005). Effects of empowerment and continuous support on psychological factors, pain coping behaviors, and birth outcomes. *Songklanagarind Medical Journal*, 23(1), 37-47. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub4
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Costa, D., Dritsa, M., Larouch, J., & Brender, W. (2000). Psychosocial predictors of labor delivery complications and infant birth weight: A prospective multivariate study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 21(3), 137-148. doi:10.3109/01674820009075621
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., . . . Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Gorrie, T. M., McKinney, E. S., & Murray, S. S. (1994). *Foundations of maternal-newborn nursing*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Hodnett, E. D., & Osborn, W. (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing & Health*, 12, 289-297. <https://doi.org/10.1002/nur.4770120504>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-85. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Klaus, M., Kennell, J., Berkowitz, G., & Klaus, P. (1992). Maternal assistance and support in labor: Father, nurse, midwife, or doula. *Clinical Consultations in Obstetrics and Gynecology*, 4(4), 211-217.
- Lederman, R. P. (1978). The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamine and plasma cortisol to progress in labour. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 25, 495 - 500. doi:10.1016/0002-9378(78)90742-1
- London, N. K., Ladewig, P. W., Ball, J. W., & McGillis Bindler, R. C. (2003). *Maternal newborn & child nursing family - centered care*. Upper Saddle River, NJ: Prentice hall.

- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. H. (2004). *Maternity and women's health care* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labour pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, S16-S24. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70179-8](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70179-8)
- Montgomery, K. S. (2003). Nursing care of pregnant adolescents. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(2), 249-257. <https://doi.org/10.1177/0884217503252191>
- Namey, E. E., & Lyster, A. D. (2010). The meaning of "control" for childbearing women in the US. *Social Science and Medicine*, 71(4), 769-776. doi:10.1016/j.socscimed.2010.05.024
- O'Hare, J., & Fallon, A. (2011). Women's experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery*, 19(3), 164-169. <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.3.164>
- Phumonsakul, S., Suksanguan, P., & Khanobdee, C. (2016). Development of the labor support scale for intrapartum nurse. *Ramathibodi Nursing Journal*, 22(3), 247-262.
- Promrak, P. (2004). *The effect of integrated pain management program on labor pain, duration of first stage of labor, and childbirth experience in primiparous mother* (Master of nursing science program, maternal and newborn nursing). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Phayathai.
- Sauls, D. J. (2002). Effect of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(6), 733-741. doi:10.1177/0884217502239209
- Spielberger, C. D., Lushene, R. E., & McAdoo, W. G. (1977). *Theory and measurement of anxiety states*. Handbook of modern personality theory, pp. 239-253.
- Tuntanokij, J. (2005). *The effects of childbirth training program for pregnant women and supporters on pain level, pain coping behaviors, laboring period and childbirth experience* (Master of nursing science program, maternal and newborn nursing). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Phayathai.
- Wong, L. D., Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. D., & Wilson, D. (2002). *Maternal child nursing care* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Mosby Elsevier.
- World Health Organization. (2004). Appropriate body-mass index for Asian population and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403), 157-163. doi:10.1016/S0140-6736(03)15268-3



ปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจ ในเขตกรุงเทพมหานคร¹ FACTORS PREDICTING CERVICAL CANCER SCREENING AMONG POLICE OFFICER WIVES IN BANGKOK

พรพิมล โสพสกุลางกูร²

รัตน์ศิริ ทาโต³

Pornpimol Sorotkulangkoon

Ratsiri Thato

¹วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดบุรีรัมย์

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

และทุนสนับสนุนการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of this thesis, Master Degree of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

This research was funded by Chulalongkorn University and Faculty of nursing, Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: mmy_sugar_75@hotmail.com

Received: May 18, 2018

Revised: November 28, 2019

Accepted: December 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนายเพื่อศึกษาอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจจากปัจจัยด้านอายุ การคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เจตคติต่อการตรวจคัดกรอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อเกิดโรค และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี ตัวอย่าง คือ แม่บ้านตำรวจ จำนวน 366 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากแม่บ้านตำรวจที่สามีทำงานในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เขตกรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 6 หน่วยงาน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจคัดกรอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87, 1.00, .85, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85, .89, .73 และ .78 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีค่า KR-20 เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า 1) แม่บ้านตำรวจมีอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.6 2) ปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ เจตคติต่อการตรวจคัดกรอง ($OR=3.92, p=.003$) การสนับสนุนทางสังคม ($OR=3.49, p=.000$) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ($OR=2.33, p=.009$) และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี ($OR=.524, p=.019$) โดยสามารถ

ทำนายนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัยด้านอายุ การคุมกำเนิด และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่สามารถทำนายนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจได้

คำสำคัญ : มะเร็งปากมดลูก, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, แม่บ้านตำรวจ

Abstract

The objectives of this descriptive predictive research were to examine cervical cancer screening rate among police officer wives and to identify significant predictive factors. A multistage random sampling was used to recruit 366 police officer wives at the Criminal Records Division, the Central Scientific Crime Detection Division, the Metropolitan Police Division 5 and 6, the Institute of Forensic Medicine and the General Staff Division of Police General Hospital. Data were collected using 7 sets of questionnaires from participants regarding their: 1) demographic details, 2) knowledge about cervical cancer disease, 3) attitude toward cervical cancer screening, 4) social support, 5) perceived risk of cervical cancer, 6) perception of husband's risk behavior for cervical cancer, and 7) cervical cancer screening. The questionnaires were tested for content validity by 5 experts. The content validity index (CVI) were .87, 1.00, .85, 1.00, and 1.00, respectively. The Cronbach's alpha coefficients were .85, .89, .73, and .78, respectively. Knowledge about cervical cancer disease had KR-20 at .85. Data were analyzed using binary logistic regression statistics.

The finding revealed that 1) The cervical cancer screening rate of Police officer wives was at 45.6% 2) Attitude toward cervical cancer screening ($OR = 3.92, p = .003$), Social support ($OR = 3.49, p = .000$) and Knowledge about cervical cancer disease ($OR=2.33, p=.009$) and perception of husband's risk behavior ($OR = .524, p = .019$) were significant predictors of cervical cancer screening with 22% of explained variance ($p < .05$). However, the police officer wives' age, use of contraceptives and perceived risk of cervical cancer could not predict their cervical cancer screening.

Keywords : cervical cancer, cervical cancer screening, police officer wives

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IRAC) ได้รวบรวมอุบัติการณ์และอัตราการตายจากมะเร็งทั่วโลก พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีทั่วโลกเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด (Ferlay et al., 2014) อุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของมะเร็งปากมดลูกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สูงถึงร้อยละ 48 - 54.9 (Ferlay et al., 2014; World Health Organization, 2016) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 8,184 คน คิดเป็นร้อยละ 23 และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 4,513 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 มีอุบัติการณ์ปรับมา ต ร ร ฐ า น ต า ม อ า ยุ (age standardized incidence rates) เท่ากับ 17.8 คนต่อประชากรสตรี 1 แสนคน และอัตราการปรับมาตรฐานตามอายุเท่ากับ 9.7 คนต่อประชากรสตรี 1 แสนคน โรคมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์ในสตรีที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญโดยเฉพาะสตรีกลุ่มอายุ 40 - 45 ปี (National Cancer Institute, 2010)

โรคมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human papilloma viruses (HPV) ซึ่งเป็นการติดเชื้อโดยการสัมผัสบริเวณผิวหนังหรือเยื่อเมือกเพศหรือที่ปากมดลูก โดยทั่วไปร้อยละ 90 ร่างกายสามารถกำจัดไวรัสเหล่านี้ได้เอง (Thananowan & Tualathorn, 2010; Thongsong, Srisomboon, Wittayawanich, Suprasert, & Ongtha, 2008) การติดเชื้อแบบฝังแน่น (persistent) ที่ปากมดลูกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อเมือกปากมดลูก (cervical dysplasia) การติดเชื้อ HPV ที่ปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 80-85 (Hankumpa, 2015; Srisomboon, 2011) โดยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อ HPV ร้อยละ 99.7 เชื้อจะฝังตัวอยู่เฉยๆ ไม่แสดงอาการใด ๆ ทั้งในผู้หญิงและผู้ชายที่ติดเชื้อ (zur Hausen, 2008; Wright, Kurman, & Ferency, 2002) ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่มีความสนใจหรือตระหนักในการป้องกัน ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกในวัยผู้ใหญ่ (Burak & Meyer, 1997) ทั้งนี้ จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ต้องอาศัยปัจจัยเสริมอื่น ๆ เข้ามากระตุ้น ได้แก่ ประวัติโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ของผู้หญิงและผู้ชาย จำนวนคู่นอนของผู้หญิงและผู้ชาย พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ประวัติการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด การสูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่ คู่นอนหรือภรรยาเก่ามีประวัติเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (Boonpitak, 2012; Natphopsuk, Settheetham-Ishida, Sinawat, Pientong, & Yuenyao, 2012)

อย่างไรก็ตาม มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้แม้จะไม่แสดงอาการ สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็ง ยับยั้งไม่ให้พัฒนาไปเป็นโรคมะเร็ง (WHO, 2016) การตรวจคัดกรองมะเร็งเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการลดอุบัติการณ์และอัตราเสียชีวิตของโรคมะเร็งปากมดลูก (Youngwattana, 2008) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมี 3 วิธี วิธีที่นิยมที่สุดและประหยัด คือ การตรวจเซลล์วิทยาด้วยวิธีแปป-สเมียร์ (Pap smear) (Wantanasiri, 2010)

จากการศึกษาพบว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear สามารถป้องกันโรคและลดอัตราการตายได้มากกว่าร้อยละ 80 (Anttila, Nieminen, & Hakama, 2005)

แม่บ้านตำรวจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อ HPV จากพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจากสามี เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย โดยพบว่าข้าราชการตำรวจมีอัตราการสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 30.89 (Vitavasiri & Pausawasdi, 2009) โดยมีการสูบบุหรี่มากกว่า 1 มวนต่อวัน ร้อยละ 10.5 สูบบุหรี่เมื่อเข้าสังคม ร้อยละ 59 และเมื่อรู้สึกเครียดร้อยละ 10.8 (Yamyuen, 2009) ซึ่งการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อมมีความเสี่ยงตามปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ เพราะสารก่อมะเร็งจะเกิดการสะสมในเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก (Almonte et al., 2008; Vaccarella et al., 2008; Xi et al., 2009) สำหรับพฤติกรรมทางเพศของข้าราชการตำรวจที่อาจเป็นปัจจัยนำของการติดเชื้อ HPV คือ การมีความสัมพันธ์กับผู้หญิงหลายคน และโดยส่วนใหญ่ไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยกับภรรยา แฟน หรือคูหาประจำ (Kongpetch et al., 2007) ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากจำนวนคู่นอนเป็นการบ่งชี้ถึงโอกาสที่จะได้รับเชื้อไวรัสมากขึ้น (Shikary et al., 2009) นอกจากนี้ การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดเป็นเวลานานสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นตามระยะเวลาของการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด (Boonpitak, 2012)

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิต แต่กลับพบว่าอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจที่พบในโรงพยาบาลตำรวจอยู่ในระดับต่ำ คือ พบเพียงร้อยละ 7.27 ต่อปี และแม่บ้านตำรวจมีโอกาสร้อยละเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส HPV จากพฤติกรรมของเสี่ยงของสามี การศึกษาปัจจัยทำนายการมาตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร จึงน่าจะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มสตรีกลุ่มนี้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกและนำไปสู่การวางแผนป้องกันการเป็นมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านอายุ การคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เจตคติต่อการมาตรวจคัดกรอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยด้านอายุ การคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เจตคติต่อการตรวจคัดกรอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี สามารถร่วมกันทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานครได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ แม่บ้านตำรวจ อายุระหว่าง 35 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ แม่บ้านตำรวจ อายุระหว่าง 35 - 60 ปี ที่สามีทำงานในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ภรรยาข้าราชการตำรวจจากกองทะเบียนประวัติอาชญากร กองพิสูจน์หลักฐานกลาง กองบังคับการตำรวจนครบาล 5 กองบังคับการตำรวจนครบาล 6 สถาบันนิติเวชวิทยา และกองบังคับการอำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ จำนวนทั้งสิ้น 366 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
2. เป็นผู้ที่มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ประวัติการคลอดบุตร ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติความเจ็บป่วยภายในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามมีทั้งแบบเลือกตอบ (checklist) และคำถามปลายเปิด-ปิด (open-ended question) จำนวน 16 ข้อ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรค ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของละอียด วงศ์วิชานุกุล (Wongwatcharanukul, 2012) เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ให้ตอบข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 16 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงและความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .86 ตามลำดับ

3. เจตคติต่อการตรวจคัดกรอง ดัดแปลงจากแบบสอบถามทัศนคติต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกของ สุนิตย์ตา เทพศิริพันธ์ (Tapsiripan, 2012) เป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 15 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงและความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 และ .85 ตามลำดับ

4. การสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ ประภัสสร ใจศิริ (Jaisiri, 2010) เป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของและเวลา ด้านข้อมูล

ข่าวสาร และด้านการประเมินผล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริง ไม่น่าเชื่อ เป็นจริงน้อย ไม่เป็นจริง จำนวน 20 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงและความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และ .89 ตามลำดับ

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของ สาวิตรี พรสินศิริรักษ์ (Pomsinsiriruck, 2002) ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่น่าเชื่อ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 12 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงและความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 และ .73 ตามลำดับ

6. การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูก และบริบทของแม่บ้าน ตำรวจ เป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือ ไม่ใช่ ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 14 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงและความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 และ .78 ตามลำดับ

7. การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของ สาวิตรี พรสินศิริรักษ์ (Pornsinsiriruck, 2002) ประกอบด้วยคำถามที่ถามเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คำตอบแบ่งเป็น เคย (ให้รหัส = 1) ไม่เคย (ให้รหัส = 0) ทำให้สามารถแบ่งตัวอย่างได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยมาตรวจ และกลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2560 เลขที่หนังสืออนุมัติ COA No.164/2560 เลขที่โครงการวิจัย 126.1/60 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมวิจัย

เป็นไปโดยความสมัครใจ ตัวอย่างสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยแบบสอบถามกับตัวอย่างที่เป็นแม่บ้านตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่ได้รับการคัดเลือกทั้ง 6 แห่ง และติดต่อแม่บ้านตำรวจผ่านทางช่องทางที่สะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 26 กันยายน ถึง 19 ธันวาคม 2560 รวมระยะเวลาเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 3 เดือน ได้อัตราการตอบกลับเท่ากับ 366 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล อัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ การคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เจตคติต่อการตรวจคัดกรอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจ ด้วยสถิติทดสอบ Chi-Square, Phi และ Point Biserial

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยด้านอายุ การคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เจตคติต่อการมาตรวจคัดกรอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ (Binary Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ตัวอย่าง เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 167 คน (ร้อยละ 45.6) มีอายุ 40 - 44 ปี (ร้อยละ 31.1) และอายุ 35 - 39 ปี (ร้อยละ 25.1)

($M = 44.9$, $SD = 6.98$, $Min = 35$, $Max = 60$) ($\chi^2 = 5.142$, $p = .273$) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 52.1) ประกอบอาชีพ รับราชการ (ร้อยละ 55) และไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 96.4) ไม่มีประวัติครอบครัว ญาติ หรือคนรู้จักเป็น โรคเมเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 95.2) มีประวัติ ตั้งครรภ์เฉลี่ย 1.82 ครั้ง ($M = 1.82$, $SD = .842$, $Min = 1$, $Max = 7$) คลอดบุตรโดยการผ่าตัด ร้อยละ 42.2 ($M = .63$, $SD = .841$, $Min = 1$, $Max = 3$) คลอดบุตรปกติร้อยละ 39.4 ($M = .94$, $SD = .938$, $Min = 1$, $Max = 3$) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 20 - 24 ปี (ร้อยละ 37.1) ($M = 24.3$, $SD = 4.65$, $Min = 13$, $Max = 43$) อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 83.8 มีเพศสัมพันธ์เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 41.9) เคยกำเนิดแบบทำหมัน/สามี ทำหมันร้อยละ 33.3 ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 27.3 และใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 26.4 ($\chi^2 = 6.508$, $p = .482$) มีประวัติเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 8.4 โรคทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นคือ เชื้อราในช่องคลอด ช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย เริ่มที่ อวัยวะเพศ และหนองใน และเคยได้รับข้อมูล ข่าวสารของโรคเมเร็งปากมดลูกร้อยละ 98.2 จาก อินเทอร์เน็ต แพทย์/พยาบาล โทรทัศน์ ตามลำดับ

2. แม่บ้านตำรวจที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกเมื่อมีอายุเฉลี่ย 33.5 ปี ($SD = 6.5$, $Min = 18$, $Max = 56$) เคยตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกเฉลี่ย 4.9 ครั้ง ($SD = 5.19$, $Min = 1$, $Max = 30$) ระยะห่างการตรวจคัดกรอง เฉลี่ย 4.8 ปี ($SD = 5.29$, $Min = 1$, $Max = 30$) มาตรวจคัดกรองเนื่องจากตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล ตรวจหลัง คลอด ปวดท้องน้อยและมีตกขาวผิดปกติ (ร้อยละ 67.1, 28.7, 22, 21.6 และ 21 ตามลำดับ) ผลการตรวจความผิดปกติของตัวอย่างร้อยละ 70 ไม่ได้รับการนัดหมายในการตรวจครั้งต่อไป และพบว่ามึนตรวจครั้งต่อไปทุก 1 ปี ร้อยละ 16.2

3. แม่บ้านตำรวจที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ให้เหตุผลที่ไม่มาตรวจว่า ไม่มี

ความผิดปกติใด ๆ ไม่มีเวลา ไม่สะดวก อายุ และ ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 46.2, 39.7, 36.2, 34.2 และ 29.6 ตามลำดับ)

4. แม่บ้านตำรวจที่เคยมาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก มีความรู้เกี่ยวกับโรคเมเร็งปากมดลูกในระดับมากร้อยละ 57.3 ($\chi^2 = 41.935$, $p = .000$) มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 51.1 ($\chi^2 = 26.258$, $p = .000$) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากร้อยละ 54.4 ($\chi^2 = 37.940$, $p = .000$) รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในระดับมากร้อยละ 53.3 ($\chi^2 = 32.650$, $p = .000$) และรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามีร้อยละ 53 ($\chi^2 = 17.441$, $p = .000$) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร ที่ศึกษา พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การคุมกำเนิด ($r = -.010$, $p = .848$) วิธีคุมกำเนิด ($C = .173$, $p = .482$) และอายุ ($r_{pb} = .07$, $p = .138$) ไม่มีความสัมพันธ์กับการมา ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปี ที่ผ่าน มาของแม่บ้านตำรวจ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเมเร็งปากมดลูก ($r_{pb} = .412$, $p = .000$) เจตคติต่อการตรวจ คัดกรอง ($r_{pb} = .414$, $p = .000$) การสนับสนุน ทางสังคม ($r_{pb} = .364$, $p = .000$) มีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับปานกลางกับการมาตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจ ในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคมะเร็ง ($r_{pb} = .299$, $p = .000$) มีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับต่ำกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจ ในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยงของสามี ($r_{pb} = -.218$, $p = .000$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการมาตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจ ในเขต กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

6.1 ผลการทดสอบปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ในโมเดล (Omnibus test of model coefficients) พบว่า ค่าสถิติไคสแควร์ (chi-square) มีค่าเท่ากับ 90.914 ($p = .000$) แสดงว่าปัจจัยที่นำมาใช้ในการทำนายมีความเหมาะสม มีปัจจัยบางตัวที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจ

6.2 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) ด้วยวิธี Cox & Snell = 22.0 % และ Nagelkerke = 29.4 % แสดงว่าปัจจัยที่นำมาทำนายมีความสอดคล้องกับโมเดลสมการทำนาย

6.3 ผลการตรวจสอบความถูกต้องของสมการทำนาย พบว่า เมื่อใช้สมการถดถอยโลจิสติกในการทำนายพบว่ากลุ่มแม่บ้านตำรวจที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จำนวน 199 คน และไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 132 คน โดยสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 66.3 และกลุ่มที่

เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จำนวน 167 คน ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 129 คน สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 77.2 และโดยเฉลี่ยสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 71.3 สรุปได้ว่าการวิเคราะห์ทั้งหมดนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

7. เจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($OR = 3.93, p = .000$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($OR = 3.49, p = .000$) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ($OR = 2.33, p = .000$) และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี ($OR = .524, p = .000$) สามารถร่วมกันทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานครได้ มี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้ายอายุ ($OR = 1.14, p = .160$) การคุมกำเนิด ($OR = 1.65, p = .244$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($OR = 1.77, p = .134$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร ($n = 366$)

ปัจจัยทำนาย	Beta	SE	Wald	df	OR	p
Constant	-6.956	1.254	30.757	1	.001	.000
อายุ	.133	.095	1.977	1	1.143	.160
การคุมกำเนิด	.503	.432	1.358	1	1.654	.244
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	.845	.322	6.883	1	2.329	.009
เจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1.367	.459	8.864	1	3.922	.003
การสนับสนุนทางสังคม	1.246	.348	12.851	1	3.487	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.573	.383	2.240	1	1.774	.134
การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามี	-.647	.275	5.519	1	.524	.019
Cox & Snell $R^2 = .220$ ($p < .05$)						

การอภิปรายผลการวิจัย

ตัวอย่างที่ศึกษามีอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 45.6 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า สตรีในเขตกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 28.9 (Institute for population and Social Research, 2006) อาจเนื่องมาจากตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับสูง (ร้อยละ 63) มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาร้อยละ 57.3 ($M = 9.97$, $SD = 4.71$) มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับมาร้อยละ 51.1 ($M = 56.9$, $SD = 9.01$) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาร้อยละ 54.4 ($M = 71.6$, $SD = 1.41$) รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับมาร้อยละ 53.5 ($M = 42.6$, $SD = 6.60$) และรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามีที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ HPV ในระดับน้อยร้อยละ 53 ($M = 5.74$, $SD = 3.87$) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงส่งผลให้แม่บ้านตำรวจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 67.1) โดยพบว่าแม่บ้านตำรวจที่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 57.5 พนักงานบริษัทเอกชน/รับจ้าง ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 17.4 ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 33.5 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่แนะนำให้สตรีเริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่ออายุ 30 ปี และสอดคล้องกับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่า 38 ปี (Srisomboon, 2011) จึงควรส่งเสริมให้แม่บ้านตำรวจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อายุ

30 ปี อย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r_{pb} = .412$, $p = .000$) และสามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ($OR = 2.329$, $95\%CI = 1.240 - 4.201$, $p = .009$) ตัวอย่างถือเป็นแม่บ้านตำรวจที่สำเร็จการศึกษาในระดับสูง จึงมีความสามารถคิดวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรค อาการของโรค การป้องกันการเกิดโรคโดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้แม่บ้านตำรวจมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมาก ($M = 9.97$, $SD = 4.71$) อธิบายได้ว่า ยิ่งแม่บ้านตำรวจมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมาก ทั้งในด้านสาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง จะมีโอกาสมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น 2.329 เท่าของแม่บ้านตำรวจที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kolahdooz et al. (2014) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตรวจคัดกรอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง Winkler, Bingham, and Handwerker (2007) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศราวุธ อินทรักษ์ (Intaruk, 2006) ที่ได้ทำการศึกษาโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยหลังทดลองพบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มมีความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา ($p < .05$) ดังนั้น เมื่อสตรีมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมาก จะทำให้สตรีเรียนรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและไปตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกมากขึ้น ซึ่งการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอสามารถค้นหาหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกได้อย่างทันท่วงที และช่วยลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในอนาคตได้

เจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r_{pb} = .414, p = .000$) และสามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ($OR = 3.922, 95\%CI = 1.525 - 9.119, p = .003$) โดยพบว่า แม่บ้านตำรวจมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($M = 56.91, SD = 9.01$) อธิบายได้ว่า ยิ่งแม่บ้านตำรวจมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรอง จะมีโอกาสการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 3.922 เท่าของแม่บ้านตำรวจที่มีเจตคติไม่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นสตรีที่มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งมีแนวโน้มมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิตยัตา เทพศิริพันธ์ (Tapsiripan, 2012) และ อทิตยา วรรณธาดา (Wannatada, 2010) โดยพบว่า เจตคติต่อการตรวจมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมใจ พรภิกานนท์ (Pornpikanom, 2008) และ มณฑา เก่งการพานิช (Keangkarnit, 2011) ที่พบว่าเจตคติสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r_{pb} = .364, p = .000$) และสามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ($OR = 3.487, 95\%CI = 1.864 - 7.204, p = .000$) และแม่บ้านตำรวจได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมาก ($M = 71.57, SD = 1.41$) อธิบายได้ว่า แม่บ้านตำรวจที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ในด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก คำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง ได้รับ

คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจคัดกรอง สถานที่สำหรับตรวจคัดกรองที่มีมติชิต ได้รับความหวังใย การเอาใจใส่เมื่อมีความกังวลใจในการมารับการตรวจคัดกรอง และได้รับคำแนะนำในปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจากบุคลากรทางการแพทย์ การนัดหมายเพื่อตรวจครั้งต่อไป หรือการรับแจ้งผลการตรวจที่เหมาะสม จะมีโอกาสมาตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น 3.487 เท่าของแม่บ้านตำรวจที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น สตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ความหวังใย การเอาใจใส่ จากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการบริการที่ดีในเรื่องการแจ้งผลตรวจ และการนัดหมายการตรวจครั้งถัดไปที่มากขึ้น ย่อมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จำปี ยังวัฒนา (Youngwattana, 2008) ศรีสกุล ศรีสกุล (Srisakul, 2011) และ นกแก้ว สุตติ (Suti, 2014) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมใจ พรภิกานนท์ (Pornpikanon, 2008) มันทนา เฮาตระกูล (Haotragool, 2011) สาวิตรี พรสินศิริรักษ์ (Pornsinsiriluck, 2002) และ กัญญารัตน์ อยู่เย็น (Yoo-yuen, 2012) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามีมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร ($r_{pb} = -.218, p = .000$) และสามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Beta = -.647, OR = .524, 95\%CI = .356 - 1.019, p = .019$) หมายความว่า แม่บ้านตำรวจที่มีการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามีในระดับน้อย จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.908 เท่าของแม่บ้านตำรวจที่มีการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามีในระดับมาก ($1/.524$)

อธิบายได้ว่า แม้ว่าแม่บ้านตำรวจเห็นว่าพฤติกรรมของสามีไม่ใช่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV (รับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามีในระดับน้อย) แต่ยังคงมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจเนื่องมาจากตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ($M = 9.97$, $SD = 4.71$) จึงตัดสินใจไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามการนัดหมาย และเป็นการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 67.1) ดังนั้นปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามีจึงสามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจได้ แต่ทิศทางของการทำนายจะตรงกันข้ามกับสมมติฐานการวิจัย

ในส่วนของแม่บ้านตำรวจที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้นมีมากถึงร้อยละ 54.4 โดยตัวอย่างไม่ทราบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือประวัติการเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์มีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HPV ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการก่อโรคมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งไม่ทราบว่า สามีของตนมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นหรือไม่ (ร้อยละ 27.1) และสามีใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือไม่ (ร้อยละ 48.1) จึงส่งผลให้แม่บ้านตำรวจที่มีการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของสามีอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70.4) ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการไม่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ถูกต้อง ทั้งในด้านสาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค การป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรอง และไม่ทราบว่าพฤติกรรมของสามีนั้นเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากฝ่ายชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tu, Wang, Lin, and Chan (2015) ที่ศึกษาการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ HPV และมะเร็งปากมดลูกของวัยรุ่นผู้หญิง ประเทศไต้หวันตอนใต้ พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV และมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV และมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำด้วย

อายุแทบไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($r_{pb} = .07$, $p = .138$) และไม่สามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานครได้ ($Beta = .133$, $OR = 1.143$, $95\%CI = .927 - 1.332$, $p = .160$) แม้ว่าแม่บ้านตำรวจที่มีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเป็น 1.143 เท่าของแม่บ้านตำรวจที่มีอายุน้อยก็ตาม แต่ไม่สามารถเข้าร่วมสมการทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ อาจเนื่องจากตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 44.9 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีวุฒิภาวะมากย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่า และแม่บ้านตำรวจกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จึงสามารถวิเคราะห์ความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้อายุไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานครได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริยานุช รุ่งเรือง และคณะ (Rungrueang, Vatabasomboon, Tansakoon, & Termsirikulchai, 2015) กัญญารัตน์ อยู่เย็น (Yoo-yuen, 2012) วารุณี สุดแสง (Sudsawang, 2008) และ โกสุม สารทอง (Saronthong, 2012) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี พรสินศิริรักษ์ (Pornsinsiriluck, 2002) จิตรบรรจง เชียงทอง (Chiangthong, 2014) และการศึกษาของ Han (2001) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปีได้

การคุมกำเนิด ($\emptyset = -.010$, $p = .848$) และวิธีคุมกำเนิด ($C = .173$, $p = .482$) ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ($Beta = .503$, $OR = 1.654$, $95\%CI = .604 - 1.544$, $p = .244$)

แม่บ้านตำรวจที่ไม่คุมกำเนิดมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าแม่บ้านที่คุมกำเนิด โดยที่แม่บ้านตำรวจที่คุมกำเนิดจะมีโอกาสมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 1.654 เท่าของแม่บ้านตำรวจที่ไม่ได้คุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชума พิษณุวรกุล (Phitworakun, 2013) ที่พบว่าการคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ละเอียต วงศ์วิชานุกุล (Wongwatcharanukul, 2012) ที่พบว่า ผู้ที่มีประวัติการคุมกำเนิดจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติคุมกำเนิด เช่นเดียวกับการศึกษาของ โกสุม สารทอง (Sarntong, 2012) อาทิตยา วรรณธาดา (Wannatada, 2010) และ มณฑา เก่งการพานิช (Keangkarnpanit, 2011) ที่พบว่า การคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($r_{pb} = .299, p = .000$) มีความสัมพันธ์ทางบวกแต่ไม่สามารถร่วมทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ($Beta = .573, OR = 1.774, 95\%CI = .867 - 3.838, p = .134$) แม้ว่าแม่บ้านตำรวจที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามาก จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.774 เท่าของแม่บ้านตำรวจที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจาก แม่บ้านตำรวจที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับน้อยและไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความเชื่อว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก จะเห็นได้จากข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า แม่บ้านตำรวจกลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 31.6 เชื่อว่าการที่ตนเองมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับสามีของตนเองจะมีโอกาสเสี่ยงน้อยในการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก แม่บ้านตำรวจร้อยละ 71.3

ไม่ทราบว่าการกินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี สามารถเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ แม่บ้านตำรวจร้อยละ 57.7 ไม่เชื่อว่าการได้รับควั่นบุหรีและการสูบบุหรีสามารถส่งผลให้ติดเชื้อ HPV ได้ง่ายขึ้น และแม่บ้านตำรวจที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับมาก แต่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ทราบว่าการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งในอนาคตได้ จึงไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จำปี ยังวัฒนา (Youngwattana, 2008) มันทนา เฮาตระกูล (Haotragool, 2001) และ สาวิตรี พรสินธนาธิกร (Pomsinsiriluck, 2002) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจให้อยู่ในระดับที่มากขึ้น โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำความรู้เกี่ยวกับการมาตรวจคัดกรองที่ถูกต้องและเหมาะสมให้แก่แม่บ้านตำรวจที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี และให้บริการเชิงรุกโดยการออกเยี่ยมบ้านเพื่อรณรงค์การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้น

2. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง โดยการจัดนิทรรศการที่แสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัส ซึ่งการติดเชื้อไวรัสมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ จึงควรมุ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และควรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เน้นการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกได้

3. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมเสี่ยงของสามี ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตกรุงเทพมหานคร และการพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ การปรับเจตคติต่อการตรวจคัดกรอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสม ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการตัดสินใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร

เอกสารอ้างอิง

- Almonte, M., Albero, G., Molano, M., Carcamo, C., Garcia, P. J., & Pérez, G. (2008). Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*, 26, L16-L36.
- Anttila, A., Nieminen, P., & Hakama, M. (2005). Cervical cytology as a screening test. In W. Prndiville & P. Davies (Eds.), *The health professional's HPV handbook*. Oxon: Taylor & Francis Group.
- Boonpitak, W. (2012). *Factors associated with abnormality of pap smear* (Major community health nurse practitioner). School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Tha Sala Subdistrict.
- Burak, L. J., & Meyer, M. (1997). Using the health belief model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behavior. *Health Care for Women International*, 18(3), 251-262.
- Chienthong, J. (2014). *Factors related to using a service of cervical cancer test of 30-60 years old women in tumbon Takrum-en, Thamaka, Kanchanaburi* (Master of art). Faculty of Art, Kanchanaburi Rajabhat University. Kanchanaburi.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., . . . Bray, F. (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5).
- Han, C. P. P. (2001). *Factors affecting intention to take pap smear screening among married women in Mandalay, Myanmar* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Patumwan.
- Hankumpa, T. (2015). *Factors predicting human papilloma virus vaccine uptake of high school female students, Bangkok Metropolis* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Patumwan.
- Haotragool, M. (2011). *Influencing factors of cervical cancer screening in female between 30-60 years in Nakhon Si Thammarat province* (Major of public health, health education). School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Tha Sala Subdistrict.
- zur Hausen, H. (2008). *The discoveries of human Papiloma Viruses that cause cervical cancer and of human immuno deficiency virus*. Retrieved from https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2008/advancedmedicineprize2008.pdf
- Intaruk, S. (2006). *Effect of group education program on knowledge, attitude and intention of women at risk for pap smear screening request San-Pheeseua subdistrict, Muang district, Chaing Mai* (Master of nursing science). Faculty of Nursing, Chaeng Mai University. Chaeng Mai.
- Jaisiri, P. (2010). *Socail support affecting cervical cancer screening service on women in Ummao Sub district, Yangtalad District, Kalasin province* (Master of nursing science). Faculty of Nursing, Burapa University, Chonburi, Bangsan.
- Kolahdooz, F., Jang, S. L., Coriveau, A., Gotay, C., Johnston, N., & Sharma, S. (2014). Knowledge, attitudes, and behaviours towards cancer screening in indigenous populations: A systematic review. *The Lancet Oncology*, 15(11), e504-e516.
- Keangkarnpanit, M. (2011). Factors predicting cervical cancer screening behavior among women in Ratchaburi province. *Journal of Public Health*, 43(2), 175-187.
- Kongpetch, C., Kaluntapura, R., Sompitayanuruk, N., Tiengkamlo, C., Khemapetch, S., Phattayanant, L., . . . Wutikul, Y. (2007). Behavior study for HIV Infection among the police officers in Khanchanaburi province. *Journal of Nursing Science*, 56(1-2), 13-24.
- National Cancer Institute. (2010). *Hospital-based cancer registry 2009*.

- Natphopsuk, S. et al. (2012). Risk factors for cervical cancer in Northeastern Thailand: Detailed analyses of sexual and smoking behavior. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(11), 5489-5495.
- Phitworakun, W. (2013). *Factors affecting decision-making in cervical cancer screening in Thung Wa district, Satun province* (The degree of master of public health program in community health). Graduate School, Songkhla Rajabhat University, Songkhla.
- Pornpikanon, S. (2008). *Factors affecting the pap smear screening among women aged 35-60 years old in Si Racha district, Chonburi province* (Major community nurse practitioner). Faculty of Nursing, Burapa University, Chonburi, Bangsan.
- Pornsinsiruck, S. (2002). *Factors related to cervical cancer screening behavior among Thai-Muslim Women in Krabi province* (Major in health education and behavioral science). Faculty of Nursing, Mahidol University.
- Rungrueang, P., Vatabasomboon, P., Tansakoon, S., & Termsirikulchai, L. (2015). Factors related to cervical cancer behavior among at risk group of women never been screened with the past 3 years. *Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 2(2), 36-49.
- Sarntong, K. (2012). *Factors related to the behavior of cervical cancer in Thai women aged 30-60 years in Jomsawan sub-district, Maejan district, Chiangrai province* (Master of public health). Faculty of Nursing, University of Phayao, Phayao.
- Shikary, T., Bernstein, D. I., Jin, Y., Zimet, G. D., Rosenthal, S. L., & Kahn, J. A. (2009). Epidemiology and risk factors for human papillomavirus infection in a diverse sample of low-income young women. *Journal of Clinical Virology*, 46(2), 107-111.
- Srisakul, S. (2011). *Factors predicting intention for cervical cancer screening among women aged 30-60 years in Ratchaburi province* (Master of nursing science in community nurse practitioner). Faculty of Nursing, Thammasat University, Patunthani, Khlong Luang.
- Srisomboon, J. (2011). Gynecologic oncology. *The Royal Thai College of Obstetrician and Gynecologists*, 1, 169-184.
- Sudsawang, W. (2008). *Factors related to pap smear screening in targeted women factors related to pap smear screening in targeted women at amphoe Ban Kha, Ratchaburi province* (Master of sciences, program of social and health system management). Graduate school, Silpakorn University, Nakorn Pathom, Sanam Chan.
- Suti, N. (2014). *Factors associated with not receiving on cervixl cancer screening among women aged 30-60 years in a sub-district of Muang district, Khon Kaen province* (Master of public health). Graduate School, Khon Kaen University, Khon Kaen.
- Tapsiripan, S. (2012). *Factors affecting the behaviors of female personnel for pap smear services in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital* (Master of science, health education). Department of physical Education, Kasertsart University, Bangkok, Bang Khen.
- Thananowan, N., & Tualathorn, P. (2010). *Nursing of gynecological*.
- Thongsong, T., Srisomboon, J., Wittayawanich, T., Supasert, P., & Ongtha, S. (2008). *Gynecology*. P. B. Foreign book centre Ltd.
- Tu, Y.-C., Wang, H.-H., Lin, Y.-J., & Chan, T.-F. (2015). HPV knowledge and factors associated with intention to use condoms for reducing HPV infection risk among adolescent women in Taiwan. *Women & health*, 55, 1-16. doi: 10.1080/03630242.2014.979970
- Vaccarella, S., Herrero, R., Snijders, P. J., Dai, M., Thomas, J. O., Hieu, N. T., . . . de Sanjosé, S. (2008). Smoking and human papillomavirus infection: Pooled analysis of the international agency for research on cancer HPV prevalence surveys. *International journal of epidemiology*, 37(3), 536-546.
- Vitavasiri, C., Pausawasdi, S. (2009). National survey on smoking situation in Royal Thai Police. *The Journal of Medical Association of Thailand*, 92(10), 1361-6.
- Wannatada, A. (2010). *Factor relating diagnosis of fecundity women who had cervical carcinoma screening at Prasattong Health Center, Kvaosinnsrin district, Surin province* (Master degree program of public health). Surindra Rajabhat University, Surin.
- Wantanasiri, C. (2010). *Incidence of cervical cancer. Obstetric Gynecological*, 34-49.
- Winkler, J., Bingham, A., Coffey, P., & Penn Handwerker, W. (2007). Women's participation in a cervical cancer screening program in Northern Peru. *Health Education Research*, 23(1), 10-24.

- Wongwatcharanukul, L. (2012). *Factors affecting cervical cancer screening uptake by Hmong Hilltribe Women in Lomkao district, Phetchabun province* (Master of public health). Graduate School, Khon Kaen University, Khon Kaen.
- World Health Organization. (2016). *human papillomavirus and related cancers Thailand*. Retrieved from <http://www.hpvcentre.net/summaryreport.php>
- Wright, T. C., Kurman, R. J., & Ferency, A. (2002). Precancerous lesion of the cervix. In R. J. Kurman (Ed.), *Blaustein's pathology of the female genital tract* (5 ed., pp. 253-324). New York, NY: Springer-Verlag.
- Xi, L. F., Koutsky, L. A., Castle, P. E., Edelstein, Z. R., Meyers, C., Ho, J., & Schiffman, M. (2009). Relationship between cigarette smoking and human papilloma virus types 16 and 18 DNA load. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 18(12), 3490-3496.
- Yamyuen, W. (2009). *Health behaviors of the traffic policemen in Bangkok Metropolis* (Master of science program in sports science). Faculty of Sport Science, Chulalongkorn University. Bangkok, Patumwan.
- Yoo-yuen, K. (2012). Factors effected to cervical cancer screening amoneg women in Khlongnamlai sub-district, Khlonglan district, Kamphaengphet province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(2), 35-47.
- Youngwattana, J. (2008). *Factors affecting the behaviors of cervical carcinoma among women in Mueang district, Samut Songkhram province* (Master of science health education, major field, health education). Department of physical Education. Kasertsart University. Bangkok, Bang Kean.



ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว¹

THE EFFECT OF MINDFULNESS - BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM
ON DEPRESSION OF BIPOLAR DISORDER PATIENTS

นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ²

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์³

Natcharin Chuebankoh

Pennapa Dangdomyouth

¹วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of thesis, Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: natcharin16@gmail.com

Received: August 2, 2017

Revised: November 11, 2019

Accepted: December 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 36 ราย จากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช มีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 ราย ด้วยการจับคู่เพศ ยาต้านเศร้า และระดับภาวะซึมเศร้า แล้วสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory-IA) แพลและเรียบเรียงโดยมุกดา ศรียงค์ (Sriyong, 1979 as cited in Areekit, 2012) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.39, p = .00$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 11.68, p = .00$) ดังนั้น โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติจึงมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

คำสำคัญ : โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare 1) depression of bipolar disorder patients before and after received mindfulness-based cognitive therapy program and depression between bipolar disorder patients who received mindfulness-based cognitive therapy program to those who received regular nursing care. The samples were 36 bipolar disorder patients at the outpatient of Psychiatric Hospital. They were randomly assigned into experimental group and control group with 18 subjects in each group by matching the gender, antidepressant drug and level of depression. The research instruments were mindfulness-based cognitive therapy program and Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA) which was translated to Thai version by Mukda Sriyoung (Sriyoung, 1979 as cited in Areekit, 2012). These instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability was .83. Data were analyzed using mean, standard deviation and *t*-test.

Major findings were as follows: Depression of bipolar disorder patients after receiving mindfulness-based cognitive therapy program was significantly lower than that before receiving program, at .05 level ($t = 17.39, p = .00$). Depression of bipolar disorder patients after receiving mindfulness-based cognitive therapy program was significantly lower than those who could not receive the program, at .05 level ($t = 11.68, p = .00$). Mindfulness-based cognitive therapy program was effective in reducing depression among bipolar disorder patients.

Keywords : mindfulness-based cognitive therapy program, depression, bipolar disorder patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญ โดยเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ในสองลักษณะที่เด่นชัด คือ ภาวะซึมเศร้า และ ภาวะmania องค์การอนามัยโลกระบุว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพเป็นอันดับ 6 ของโลก (Michalak, Yatham, Wan, & Lam, 2005) มีรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ .3 - 1.5 ของประชากรทั่วโลก มีแนวโน้มสูงขึ้นถึงประมาณร้อยละ 1 ของประชากร (Stuart & Laraia, 2005) และจากการสำรวจประชากรทั่วไปในทวีปยุโรปพบว่า มีอัตราการความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วสูงถึงร้อยละ 1.5 - 2 (Pini et al., 2005)

สำหรับประเทศไทยพบอัตราการความชุกของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วประมาณร้อยละ 1 ใน

ผู้ใหญ่เพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน กล่าวคือ คาดการณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีจำนวนไม่น้อยกว่า 7 แสนคน พบในผู้ใหญ่เพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน (Bipolar friend club, 2012; Ittasakul, 2015) โดยอาการในช่วงmania ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมา ในลักษณะครึกครื้น จนกระทั่งหงุดหงิดฉุนเฉียว และก้าวร้าว หากถูกขัดขวางความต้องการ และอาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคม สร้างความทุกข์ทรมานใจกับตนเอง และบุคคลอื่นรอบข้าง (American Psychiatric Association (APA), 2000; Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2003) ส่วนอาการในช่วงภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ ร้องไห้ง่าย ลังเล การตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ ความคิดช้าลง ไม่มีสมาธิ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า (APA, 2013) และมีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 25.1 ซึ่ง

ความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า และมีปัจจัยทางจิตสังคมเป็นตัวกระตุ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ออันตรายเพิ่มขึ้นได้ (Leverich et al., 2003) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีลักษณะคล้ายคลึงกับโรคซึมเศร้า ในการศึกษาด้านความคิดของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่นำมาสู่วงจรของภาวะเศร้าจากการครุ่นคิดอยู่กับความล้มเหลวที่ไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการ (Alloy et al., 2005; Lozano & Johnson, 2001) ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะขาดแรงจูงใจในการริเริ่มงานหรือการเริ่มต้นทำสิ่งใหม่หรือเว้นการทำกิจกรรมต่าง ๆ รอบตัวและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ซึ่งมักจะเน้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นไปในทางลบ สัมพันธภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมพร่องไป (Pope, Dudley, & Scott, 2007) หากปล่อยให้มีอาการแสดงรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดขึ้นในแต่ละครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในอนาคตมากขึ้น และการพยากรณ์โรคแย่ลง (Cusin, Serretti, Lattuada, Mandelli, & Smeraldi, 2000)

จากปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นทางด้านจิตสังคม (Alloy et al., 2005) สามารถอธิบายผ่านทฤษฎีการรู้คิดหรือการเรียนรู้ทางปัญญา (cognitive learning theory) เป็นทฤษฎีที่ช่วยตรวจสอบการรับรู้ที่บิดเบือน ความเชื่อที่ผิดพลาดและจุดบอดของบุคคลนั้น นำไปสู่ปฏิริยาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ในชีวิต การแก้ไขปัญหาลึ้มึงที่ การตรวจสอบความเป็นจริงโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา เพื่อตรวจสอบความคิดที่ผิดพลาด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดมุมมองต่อตนเอง มุมมองต่อสิ่งแวดล้อม และมุมมองอนาคตในทางลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ทำให้มีการรับรู้ตามความเป็นจริงที่มากขึ้น (Beck, 1967) การมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อหาของความคิด (content of thoughts) และสติ (mindfulness) เป็นการทำให้เกิดความตระหนักรู้และใส่ใจกับความคิด อารมณ์ นำไปสู่การยอมรับโดยไม่ยึดติด หรือไม่แสดง

ปฏิริยาตอบโต้กับความคิด และอารมณ์ทั้งหลายที่เข้ามากกระทบ (Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010) รวมทั้งเป็นการเปลี่ยนแปลงท่าทีและความสัมพันธ์ต่อความคิดที่เข้ามา (process of thinking) (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006) จึงช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการติดตามความคิดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างเหมาะสม (Krisanaprakomkit, Rongbudsri, & Krisanaprakomkit, 2009)

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าที่เป็นช่วงอาการสำคัญ จึงควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และด้วยแนวคิด Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) ที่ได้กล่าวถึงกลไกการตอบสนองผ่านการทำงานของจิตในส่วน Being Mode เป็นการยอมรับเหตุการณ์อย่างเป็นตามจริง คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือ ปฏิริยาตอบสนองตามความเคยชินหรือเป็นนิสัย และถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดเชิงลบและมีการปรับตัวที่ผิดปกติดจนเกิดปัญหาทางจิตตามมา ซึ่งถ้าใช้แนวคิดนี้ร่วมกับโปรแกรมสติบำบัด (mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) ของ ยงย uth วงศ์ภิรมย์ ศานต์ (Wongpiromsarn, 2016) ผสมผสานกับแนวคิดทางการแพทย์และจิตวิทยา จากกระบวนการพัฒนาทางสติและสมาธิ น่าจะช่วยแยกให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง รวมถึงการเรียนรู้ถึงสัมพันธภาพ การสื่อสาร และการแผ่เมตตาสามารถนำมาประยุกต์ไปสู่การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้าได้สอดคล้องในบริบทของความเป็นไทยจากรากฐานทางวัฒนธรรม เอกลักษณ์ และจิตวิญญาณ ความเชื่อและความศรัทธาเข้ามาสู่วิถีการดำเนินชีวิตในแบบวิถีไทย นอกจากนี้ การเรียนรู้เรื่องสดียังช่วยพัฒนาฟื้นฟูปรับสมดุลทางจิตใจ ให้เข้าถึงมุมมอง

ทางจิตวิญญาณที่แตกต่าง และคงความเป็นสากล สามารถนำมาใช้ในดำเนินชีวิตประจำวันได้ การเจริญสติจึงเป็นแนวทางเลือกหนึ่งในการฟื้นฟูผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Ball, Corry, & Mitchell, 2007) เพราะให้มีมุมมองความคิดที่เป็นกลางมองเห็นความจริงรอบด้านอย่างไตร่ตรองและแตกต่างจากเดิม (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจสร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในรูปแบบผสมผสานแนวคิดทางตะวันตกของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) และแนวคิดทางตะวันออกของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (Wongpiromsarn, 2016) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าได้รับความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองควบคู่กับสติในการรู้ทันอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญ และก้าวผ่านภาวะความเจ็บป่วยของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วจากสภาวะความใส่ใจและตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน อันนำไปสู่การปล่อยวางจากความคิดและความรู้สึกที่เป็นทุกข์ทรมานใจจากโรค ส่งผลให้

ภาวะซึมเศร้าคลายลง รวมทั้งสามารถช่วยป้องกัน/ลดภาวะซึมเศร้าและอาการกำเริบซ้ำของโรคได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

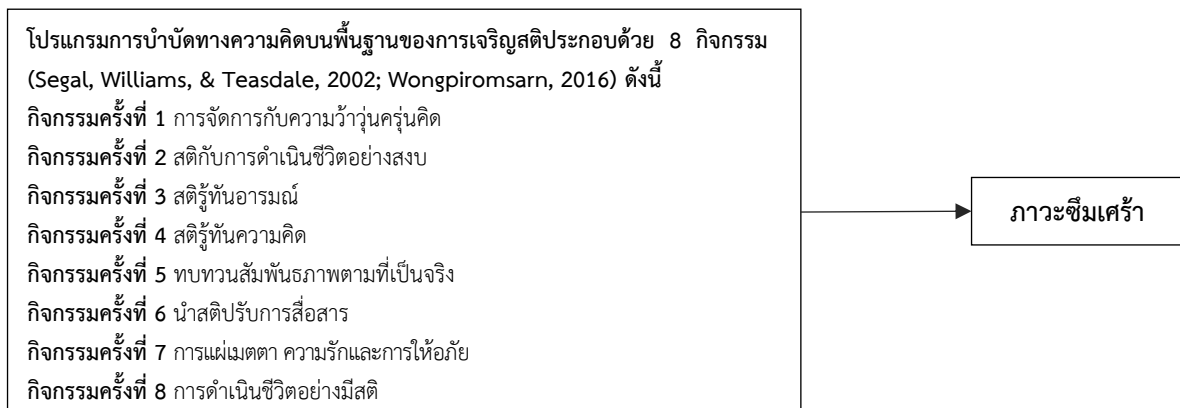
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและมีภาวะซึมเศร้าทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุ 20 - 59 ปี ที่มารับการบริการในแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (16 คะแนนขึ้นไป) ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) และมีดำเนินการให้ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 แล้วกำหนดนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 % อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน (Deckersbach et al., 2010; Kenny & Williams, 2007) และเพื่อป้องกันการสูญหาย หรือ อาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย (drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 36 ราย และเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน จึงจัดให้ตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกันด้วยวิธีการจับคู่ (matched pair) ในตัวแปรเพศ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไม่เกิน 5 หน่วย ได้รับยาทางจิตเวชในกลุ่มเดียวกันและไม่มี ความแตกต่างในการใช้ยาต้านเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory-IA (BDI-IA) แปลและเรียบเรียงเป็น

ภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (Sriyoung, 1979 as cited in Areekit, 2012) ประกอบด้วย 21 ข้อ แบ่งระดับซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์คะแนน ดังนี้ ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (0 - 9 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (10 - 15 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (16 - 19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (20 - 29 คะแนน) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (30 - 63 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ตามแนวคิดของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) ร่วมกับโปรแกรมสติบำบัดของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (Wongpiromsarn, 2016) ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที **กิจกรรมครั้งที่ 1** การจัดการกับความวุ่นครุ่นคิดเป็นขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ การสำรวจและค้นหาปัญหา การให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระบายความรู้สึก การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และการฝึกสมาธิและสติให้เกิดความสงบ **กิจกรรมครั้งที่ 2** สติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบเป็นขั้นตอนในการฝึกสติในชีวิตประจำวัน และสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง **กิจกรรมครั้งที่ 3** สติรู้ทันอารมณ์เป็นขั้นตอนในการฝึกสติในการติดตามเฝ้าดูความรู้สึกของตนเอง และความรู้สึกของร่างกาย (body scan) และเรียนรู้การปล่อยวางอารมณ์ทางลบ **กิจกรรมครั้งที่ 4** สติรู้ทันความคิดเป็นขั้นตอนในการฝึกสติกำกับความคิด ยอมรับและไม่ตัดสินความคิดทางลบที่เกิดขึ้นและปล่อยวาง **กิจกรรมครั้งที่ 5** ทบทวนสัมพันธภาพตามที่เป็นจริงเป็นขั้นตอนในการฝึกสติเพื่อไตร่ตรองปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อน บุคคลอื่นในสังคมที่เกี่ยวข้อง บทบาทหน้าที่ของตนเอง **กิจกรรมครั้งที่ 6** นำสติปรับการสื่อสารเป็นขั้นตอนในการฝึกสติร่วมกับการสื่อสารด้วยภาษากายกับภาษาพูดอย่างใส่ใจ **กิจกรรมครั้งที่ 7** การแผ่เมตตา ความรัก และการให้อภัยเป็นขั้นตอนส่งเสริมความรู้สึกที่ดี บรรเทาให้ผู้อื่นมี

ความสุขและให้อภัยเพื่อพ้นจากความทุกข์ และ **กิจกรรมครั้งที่ 8** การดำเนินชีวิตอย่างมีสติเป็นขั้นตอนในการนำวิธีการทั้งหมดมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย และเตรียมความพร้อม หากมีอาการกำเริบซ้ำของโรคเกิดขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ทดลองใช้และนำไปแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้ศึกษาจริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดระดับการมีสติของ Brown and Ryan (2003) ซึ่งมีการปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย พรเพ็ญ อารีกิจ (Areekit, 2012) มุ่งวัดระดับความใส่ใจและการตระหนักรู้ของบุคคล มีทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คือ มีความใส่ใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา (1 คะแนน) เกิดขึ้นบ่อยมาก (2 คะแนน) เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3 คะแนน) เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (4 คะแนน) เกิดขึ้นน้อยมาก (5 คะแนน) และเกือบไม่เคยเกิดขึ้น (6 คะแนน) ถ้าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 45 - 90 คะแนน หมายถึง ระดับการมีสติอยู่ในเกณฑ์ดี

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IA) และแบบวัดระดับการมีสติของ Brown and Ryan (2003) มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IA) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 และแบบวัดระดับการมีสติของ Brown and Ryan (2003) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96

ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI - IA) และแบบวัดระดับการมีสติของ Brown and Ryan (2003) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 01/2560 รับรองเมื่อวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560 ตัวอย่างได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ชี้แจงถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และได้เซ็นใบยินยอมไว้หากสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย มีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือในการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย เตรียมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมตัวอย่างตามขั้นตอนคัดเลือกตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางเป็นต้นไป โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IA)

2. ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ กำหนดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อกิจกรรม รวมระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที และมีการบันทึกเพื่อติดตามต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนประเมินผลการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การกำกับการทดลองจากการประเมินระดับการมีสติอยู่ในระดับดี (คะแนน 45 - 90 คะแนน) ซึ่งภายหลังดำเนินโปรแกรมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับตัวอย่างในการตอบแบบวัดระดับการมีสติของกลุ่มทดลองทุกคน พบว่าผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมีการติดต่อไปอีก 1 สัปดาห์ตามนัดหมายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เพื่อตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IIA) (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติภายในกลุ่มด้วย dependent *t*-test และระหว่างกลุ่มด้วย independent *t*-test และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.2) มีอายุระหว่าง 50 -

59 ปี (ร้อยละ 44.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพทำงานบ้านหรือทำงานอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 41.7) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 75) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.6) ระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ที่ 1 - 10 ปี (ร้อยละ 80.6) และได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาควบคุมอารมณ์และยาจิตเวช (ร้อยละ 88.9) และยาด้านเศร้า (ร้อยละ 11.1)

2. ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 18.11 และหลังการทดลองเท่ากับ 12.00 ดังตาราง 1

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n = 36$)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง ($n = 18$)						
ก่อนการทดลอง	18.11	1.23	ปานกลาง	17	17.39	.00
หลังการทดลอง	12.00	1.65	เล็กน้อย			
กลุ่มควบคุม ($n = 18$)						
ก่อนการทดลอง	18.06	1.11	ปานกลาง	17	2.01	.06
หลังการทดลอง	17.44	1.10	ปานกลาง			

3. ก่อนการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.00 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.44 ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนภาวะซึมเศร้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 18)	18.11	1.23	ปานกลาง	34	.14	.89
กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 18)	18.06	1.11	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 18)	12.00	1.65	เล็กน้อย	34	-11.68	.00
กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 18)	17.44	1.10	ปานกลาง			

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = 17.39, p = .00$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้จากแบบวัดระดับการมีสติ (Brown & Ryan, 2003) ที่ว่าระดับการรู้สติอยู่ในเกณฑ์ระดับดีบ่งบอกถึงความใส่ใจกับประสบการณ์ชีวิตในแต่ละวัน และรูปแบบกิจกรรมที่มีทั้งหมด 8 ครั้ง ได้เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจการเรียนรู้ อย่างมีแบบแผนและเกิดรูปแบบที่ชัดเจนที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความเคยชินหรือนิสัยเดิมเดิม (automatic pilot) กับการกระทำอย่างมีสติ การตอบสนองผ่านการทำงานของจิตในส่วน ของ Being Mode เป็นการยอมรับเหตุการณ์อย่างที่เป็นตามจริง คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือ ปฏิบัติตอบสนองตามความเคยชิน/เป็นนิสัย และถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดเชิงลบมีการปรับตัวที่ผิดปกติจนเกิดปัญหาทางจิตตามมา (Segal et al., 2002)

กิจกรรมครั้งที่ 1 การจัดการกับความวุ่นครุ่นคิด อธิบายถึงกลไกการทำงานของจิตในแบบ Doing mode ตามความเคยชินหรือเป็นนิสัย มาจากความคิดลบ ส่งเสริมมุมมองการเห็นคุณค่าของชีวิต และการนั่งสมาธิแบบสั้น (mini-

meditation) ทั้งในแบบหลับตา และลืมตา โดยการฝึกปฏิบัติจริง และมีการให้ความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว สมาชิกจะต้องถูกกระตุ้นให้ใคร่ครวญไตร่ตรองในทุกขณะ เป็นสภาวะจิตที่สามารถดึงกลับมาใส่ใจและตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบันให้มากขึ้นในวิถีที่แตกต่างจากเดิม (Segal et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Deckersbach et al. (2012) ที่ติดตามกรณีศึกษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 12 ราย ใช้ mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) โดยการให้ความรู้เรื่องโรค ให้เข้าใจวงจรการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีการแสดงออกของอารมณ์เชิงบวก แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของระดับการมีสติ มีผลให้อาการหลงเหลือจากอารมณ์ซึมเศร้าลดลง

กิจกรรมครั้งที่ 2 สติกับการดำเนินชีวิตอย่างสงบเป็นการฝึกสติขั้นพื้นฐาน เช่น สติรับรู้ประสาทสัมผัสทั้งห้า สติใส่ใจกับอริยาบถ และการกำกับสติตามการใช้งาน รู้ในกิจที่ต้องกระทำ นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน เน้นให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน และตระหนักรู้ในกิจต่าง ๆ ที่ต้องกระทำ โดยอธิบายให้เห็นถึงความแตกต่างของกลไกการพัฒนาของจิตระหว่างสติและสมาธิ โดยแยกความแตกต่างระหว่างสมาธิและสติที่ชัดเจน (Wongpiromsarn, 2016) และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

โดยไม่มุ่งความสนใจไปกับความรู้สึกทางลบจนมากเกินไป จึงช่วยบรรเทาความซึมเศร้าให้คลายลงหรือลดลงได้เป็นการดีstimarับรู้กับปัจจุบันในทุกขณะ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams, Duggan, Crane, and Fennell (2006) โดยการฝึกฝนสติจนเกิดความตระหนักรู้ ใส่ใจกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยไม่ตัดสินหรือขยายความคิดลบบนั้น ทำให้มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนความคิดและอารมณ์ทางลบรวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายต่อตนเองลดลง

กิจกรรมครั้งที่ 3 สติรู้ทันอารมณ์เป็น การฝึกสติเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึกและไม่ยึดติดกับอารมณ์นั้น กิจกรรมนี้มีการฝึกสติมารับรู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย(body scan) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบนร่างกาย และให้ผู้ป่วยบอกเล่าเรื่องราวความยุ่งยากใจหรือความทุกข์ภายในจิตใจ เสมือนผู้รู้ความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้น และจัดการกับสภาวะอารมณ์อย่างมีสติ ยอมรับตามที่เป็นจริง เป็นการรับรู้ถึงอุปสรรคที่มาจากความต้องการทางอารมณ์โดยไม่ตัดสิน ไม่ตอบโต้ หรือขยายความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

กิจกรรมครั้งที่ 4 สติรู้ทันความคิด ใช้สติเฝ้าสังเกตและรู้ทันความคิดทางลบ ที่เกิดขึ้นโดยไม่ยึดติด เรียนรู้ว่าเป็นเพียงความคิดที่ไม่ใช่ความจริง และเป็นเพียงเหตุการณ์ทางจิตใจหนึ่งนำไปสู่การจัดการกับอุปสรรค (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) สอดคล้องกับการอธิบายรูปแบบของสติช่วยให้กระบวนการทางความคิดของสมองส่วนหน้าทำงานเชื่อมต่อข้อมูลจากประสบการณ์ในอดีตเข้ากับปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความยิ่งยงใจ ชะลอความต้องการทางพฤติกรรม และกำกับควบคุมอารมณ์และความคิดของตนเอง โดยการตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน จากการยอมรับโดยไม่ตัดสิน และให้เกิดช่องว่างการส่งสัญญาณรับรู้ต่อการควบคุมอารมณ์ของตนเอง การยืดหยุ่น

ทางความคิด การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ การวางแผนอย่างมีระบบเพื่อให้สามารถทำงานได้สำเร็จลุล่วง (Moore & Malinowski, 2009; Teper, Segal, & Inzlicht, 2013) ซึ่งความคิดทางลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จึงควรจัดการและรู้เท่าทันความคิดลบบก่อนแสดงออกของอารมณ์ทางลบ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้สอดคล้องอยู่บนพื้นฐานตามที่เป็นจริงอย่างเหมาะสมมากขึ้น (Beck, 2011)

กิจกรรมครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพตามที่เป็นจริง เป็นการฝึกใคร่ครวญสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิดสติพิจารณาอย่างรอบด้าน มีมุมมองทางบวกในการใช้ชีวิตร่วมกันในสังคม มีการไตร่ตรองรายละเอียดในมุมมองใหม่ที่แตกต่างกันเดิมอย่างสร้างสรรค์ ไม่ตัดสินและขยายความคิดทางลบที่รุนแรงขึ้นรู้จักดีstimarับรู้อยู่กับลมหายใจซึ่งเป็นปัจจุบัน (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

กิจกรรมครั้งที่ 6 นำสติปรับการสื่อสาร เป็นการฝึกสติร่วมกับการสื่อสารทางบวก การแสดงออกทางภาษาท่าทางและภาษาพูดอย่างเหมาะสม มีสติไตร่ตรองพิจารณาการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของ Solomon, Keitner, Miller, Shea, and Keller (1995) พบว่าความแปรปรวนของอารมณ์ไม่คงที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสัมพันธภาพ ไม่ไว้วางใจใคร และไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้อื่น ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน และมักแยกตัวจากการศึกษาของ Michalak et al. (2005) พบว่าปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คือ ความยุ่งยากด้านการสื่อสาร มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปรับตัวร่วมกับผู้อื่น และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมครั้งที่ 7 การแผ่เมตตา ความรัก และการให้อภัย ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการให้อภัยและเมตตาตนเอง เป็นสภาวะจิตที่ต่อยอดจากสติที่ช่วยขจัดความขุ่นเคืองในใจและมีจิตใจที่เปิดกว้าง และ

ยอมรับพร้อมการปรับเปลี่ยนตนเองในทางดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ Saricaoglu and Arslan (2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตาตนเอง (self-compassion) กับสุขภาวะทางจิต โดยอธิบายว่าเมื่อมีความทุกข์และล้มเหลวเกิดขึ้น ถ้าเข้าใจและยอมรับในตนเอง แทนที่จะตำหนิหรือโทษตนเอง แต่กลับมองประสบการณ์ที่ผ่านมาอย่างมีเหตุผล และการปรับมุมมองความคิดไปในทางบวกกับตนเอง จะมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Menahem and Love (2013) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่นับถือศาสนาพุทธ โดยใช้หลักการให้อภัยซึ่งจะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมความสงบของจิตใจ และช่วยยับยั้งการขยายอารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความขุ่นเคืองใจ ไปสู่ความเข้าใจธรรมชาติของความคิดลดอาการทางจิตและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต

กิจกรรมครั้งที่ 8 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ เป็นกิจกรรมที่รวมเอากิจกรรม 1 - 7 มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตของตนเอง สามารถนำสติมาจัดการกับปัญหาและเตรียมรับมือกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่อาจมีอาการกำเริบซ้ำในอนาคต สอดคล้องกับการมองเห็นทางโดยนำวิธีทั้งหมดไปปรับใช้ในชีวิตได้อย่างสมดุลและการตระหนักรู้ถึงความตั้งใจเป็นพลังนำไปสู่ความคิดด้านบวกที่ใช้ดูแลตนเอง (Segal, Williams, & Teasdale, 2002 ; White & Freeman, 2000) ตามหลักการนำประสบการณ์ที่เรียนรู้มาจัดการกับอารมณ์ในอนาคต (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ประกอบกับนำเทคนิคของการบำบัดทางความคิดหรือทางปัญญา ได้แก่ มีการสนทนากับตนเอง (self-dialogue) การจินตนาการ (imagery) การคิดกรอบใหม่ (reframing) และการปรับเปลี่ยนแผนวิธีการคิดใหม่ การรู้จักความรัก ความเมตตา และการให้อภัย จัดการกับปัญหาความยุ่งยากใจ สะท้อนความรู้สึกที่มาจากความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในทุกขณะ มีสติรู้เท่าทันสภาวะซึมเศร้าและจุดเปลี่ยนของอารมณ์ตนเอง แสดงความคิด อารมณ์และพฤติกรรมอย่างสร้างสรรค์ในเชิงบวก และมีผลลัพธ์ในการดูแลตนเองตามบริบทวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน โดยมีการมอบหมายการฝึกสติและสมาธิเป็นการบ้านทุกครั้ง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคภายในกลุ่มทดลอง ประกอบกับสนับสนุนให้ญาติหรือคนดูแลผู้ป่วยมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย โดยฝึกสติและสมาธิควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์

2. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = 11.68$ $p = .00$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Miklowitz et al. (2009) ที่พบว่า การใช้ Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วยกลยุทธ์การฝึกสติ สมาธิ และเทคนิคผสมผสานการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้ยาควบคุมอารมณ์และยาทางจิตเวชอื่น ทำให้อาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลง จึงเสนอให้ MBCT เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับใช้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเช่นเดียวกับการศึกษาของ พรเพ็ญ อารีกิจ (Areekit, 2012) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .5$)

ดังนั้น โปรแกรมที่ใช้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ควรเน้นส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง เพราะการมีสติรู้ทันความคิด และอารมณ์ ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และความคิดอย่างเหมาะสม ทำให้

เห็นคุณค่าของชีวิต การให้อภัย การแผ่เมตตา การให้ความรักทั้งกับตนเองและบุคคลรอบข้าง ตลอดจนการเผชิญปัญหาอย่างมีสติและไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีภาวะซึมเศร้าลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติไปใช้ พยาบาลจะต้องมีความรู้พื้นฐานและทักษะในเรื่องการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ มีทักษะประสานงานเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มและทักษะการเจริญสติอย่างมีประสิทธิภาพ

2. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในงานวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมกระบวนการที่เพิ่มพูนทางด้านความรู้และการดูแลตนเอง จึงควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องในระยะยาว ได้แก่ การติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้เพื่อการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

3. ควรถ่ายทอดโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด และเพื่อเสริมศักยภาพให้กับญาติหรือผู้ดูแลในการลดภาวะซึมเศร้าและการกำเริบซ้ำ

4. ควรศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ ก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับสู่การดำเนินชีวิตในสังคม ชุมชน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R., & Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical psychology review*, 25(8), 1043-1075.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publication.
- Areekit, P. (2012). The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression inpatients with depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 71-80.
- Ball, J., Corry, J., & Mitchell, P. (2007). Mindfulness meditation and bipolar disorder. *Innovations and Advances*, 37.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Bipolar friend club. (2012). *Bipolar disorder*. Bangkok: Bipolar friend club, Srihanya Hospital.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Cusin, C., Serretti, A., Lattuada, E., Mandelli, L., & Smeraldi, E. (2000). Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatry research*, 97(2), 217-227.
- Deckersbach, T., Nierenberg, A. A., Kessler, R., Lund, H. G., Ametrano, R. M., Sachs, G., . . . Dougherty, D. (2010). Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: an open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS neuroscience & therapeutics*, 16(5), 298-307.
- Deckersbach, T., Hölzel, B. K., Eisner, L. R., Stange, J. P., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., . . . Nierenberg, A. A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar

- disorder. *CNS neuroscience & therapeutics*, 18(2), 133-141.
- Hirschfeld, R., Lewis, L., & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the "new wave" of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701-710.
- Ittasakul, P. (2015). Bipolar disorder. In M. Lotrakul & P. Sukhanit (Eds.), *Psychiatry Ramathibodi* (pp. 155 - 166). Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 617-625.
- Krisanaprakornkit, T., Rongbudsri, S., & Krisanaprakornkit, P. (2009). *Meditation therapy in psychiatry and mental health*. Khonkaen: Printing house of Khonkaen University.
- Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T., Keck Jr, P. E., McElroy, S. L., . . . Kupka, R. (2003). Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(5), 506-515.
- Lozano, B. E., & Johnson, S. L. (2001). Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? *Journal of affective disorders*, 63(1), 103-111.
- Menahem, S., & Love, M. (2013). Forgiveness in psychotherapy: The key to healing. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 829-835.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Wan, D. D., & Lam, R. W. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2), 95-100.
- Miklowitz, D. J., Alatiq, Y., Goodwin, G. M., Geddes, J. R., Fennell, M. J., Dimidjian, S., . . . Williams, J. M. G. (2009). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(4), 373-382.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and cognition*, 18(1), 176-186.
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., & Wittchen, H.-U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 425-434.
- Pope, M., Dudley, R., & Scott, J. (2007). Determinants of social functioning in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 9(1-2), 38-44.
- Saricaoglu, H., & Arslan, C. (2013). An investigation into psychological well-being levels of higher education students with respect to personality traits and self-compassion. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 13(4), 2097-2104.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.
- Solomon, D. A., Keitner, G. I., Miller, I. W., Shea, M. T., & Keller, M. B. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Stuart, G., & Laraia, M. (Eds.). (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Teper, R., Segal, Z. V., & Inzlicht, M. (2013). Inside the mindful mind: How mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 449-454.
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations*. American Psychological Association.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 201-210.
- Wongpiromsarn, Y. (2016). *Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health: Beyond Publishing Co., Ltd.



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน¹
THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT EMPHASIZING COMMUNITY
PARTICIPATION PROGRAM ON BURDEN OF COMMUNITY SCHIZOPHRENIC
PATIENTS' CAREGIVERS

จรัสพร หอมจันทร์²

Jarasporn Homjandee

¹วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of thesis, Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: jaras00@hotmail.com

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์³

Pennapa Dangdomyouth

Received: August 1, 2017

Revised: November 27, 2019

Accepted: December 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน 2) ทีมชุมชนซึ่งเข้าร่วมในกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โปรแกรมมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.80, p = .00$) และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.74, p = .00$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน, ภาระการดูแล, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Abstract

The purposes of this quasi experimental research were to compare the burden of schizophrenic patients' caregivers before and after receiving the social support emphasizing community participation program and the burden of schizophrenic patients' caregivers who received the program and those who received regular nursing care. Research samples consisted of 1) Forty caregivers of schizophrenic patients living in the community, who met the inclusion criteria. The caregivers were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group, twenty subjects in each group. 2) The community team were involved in the experimental group. Research instruments were the social support emphasizing community participation program and the caregiver burden scale. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. Content validity index equal to one and the reliability of the caregiver burden scale was reported by Cronbach's alpha coefficient as .89. Data were analyzed using mean, standard deviation and t-test.

Major findings were as follows: The burden of schizophrenic patients' caregivers after received the program was significantly lower than that before, at .05 level ($t = 8.80, p = .00$) and the burden of schizophrenic patients' caregivers who received the program was significantly lower than those who received regular nursing care, at .05 level ($t = -5.74, p = .00$).

The research results indicate that the social support emphasizing community participation program can decrease burden of schizophrenic patients' caregivers. Both subjective burden and objective burden decreased.

Keywords : social support emphasizing community participation program, burden, caregivers of schizophrenic patients in community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญและพบมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคทางจิตทั้งหมด (Buchanan & Carpenter, 2005) อุบัติการณ์ประมาณ 3 ใน 10,000 คน (World Health Organization, 2013) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทเป็นลำดับที่หนึ่ง ในจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555 - 2557 ร้อยละ 36.12, 35.01 และ 38.67 (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2015) จัดว่าเป็นโรคจิตเวชที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชทั้งหมด ผู้ป่วยจะเกิดความผิดปกติของความคิด การรับรู้ รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (Ruangtrakool, 2014)

ปัจจุบันนโยบายกรมสุขภาพจิตสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชนมากขึ้น (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2017) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญ แต่ด้วยลักษณะการดูแลที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับหน้าที่การงานและ

บทบาทอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมของผู้ดูแล มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความรู้สึกโกรธ เกิดภาวะซึมเศร้า และรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสร้างความเบื่อหน่ายให้กับผู้ดูแลไม่มีใครต้องการจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery, 1985; Thanikkul & Dangdomyouth, 2012)

ภาระการดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ และภาระเชิงปรนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การงาน การเกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery et al., 1985)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง เช่น ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต รองลงมาคือ มีความรู้สึกสูญเสีย มีความยากลำบากในการพักผ่อน ต้องละทิ้งการทำงานอดิเรก และมีความยากลำบากในการหาความบันเทิงความเพลิดเพลินที่บ้าน (Magliano et al., 2005) และผู้ดูแลจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก (Sukthong et al., 2012)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยให้สามารถปรับตัวต่อความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยมีการศึกษาพบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในระดับสูง (Dyck et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันทำให้บุคคลเกิด

ความรู้สึกมั่นคง รับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการมีโอกาสดำเนินช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Meesri & Dangdomyouth, 2012)

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1985) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมในทางที่ผู้ให้ต้องการ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมินค่าเป็นการประเมินศักยภาพตนเอง รู้จักนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหาการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการยกย่องเห็นคุณค่า ให้กำลังใจ สอบถาม รับฟังความรู้สึกการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการบริการ จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Seangdao et al., 2012) เนื่องจากกระบวนการของกลุ่มช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอจนส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยลดลงได้ (Chien & Norman, 2009; Yeh et al., 2008)

นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รูปแบบกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพ ช่วยลดภาระในการดูแลลงได้ (Chantha, Klangkarn, & Howharn, 2011)

การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างจริงจังและจริงจังร่วมกัน แก้ไขปัญหาหรือการร่วมรับผิดชอบในสังคม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยลดปัญหาการกลับป่วยซ้ำ ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเป็นการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน (Damrak, Wangthong, & Wangthong, 2014)

อีกทั้ง การมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) ที่หมายถึงสมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลและการมีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน จะช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลและช่วยให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Damrak et al., 2014)

อย่างไรก็ตาม แม้จะการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้านแล้ว (Seangdao et al., 2012) แต่ยังไม่พบว่า มีการศึกษาที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนมาใช้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและทีมชุมชนได้ร่วมกันหาแนวทางเพิ่มการบริการที่มีประสิทธิภาพ เป็นการร่วมกันแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เหมาะสม โดยไม่ได้เพิ่มภาระให้ทีมชุมชนอันจะส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์วิจัย

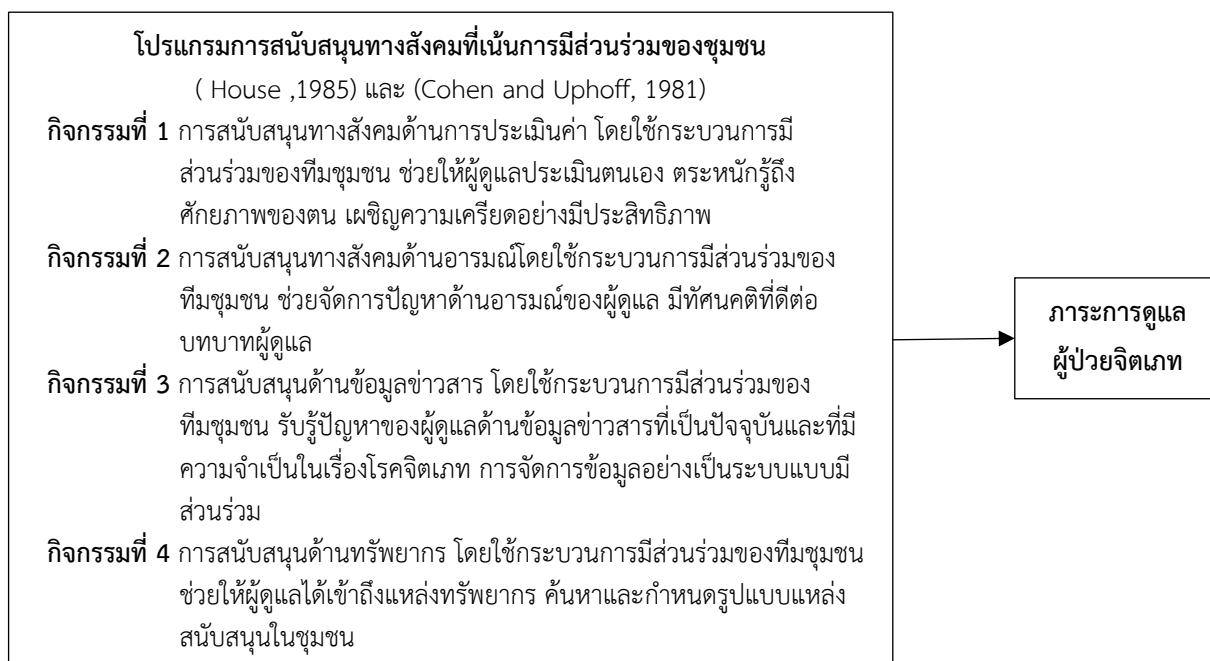
1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการบูรณาการกระบวนการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของ House (1985) โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) มาร่วมในทุกกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การแบ่งปันผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ตามบริบทของชุมชน ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและลดภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนดีกว่าได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและทีมงานชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี

ตัวอย่าง คือ 1) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตาม ICD10 ในชุมชนเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน และ 2) ทีมชุมชนเข้าร่วมในกลุ่มทดลอง จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทคนเดียวคนเดียวที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตาม ICD10 และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มีอายุตั้งแต่ 20 - 65 ปี ทั้งหญิงและชาย สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ มีคะแนนการดูแลอยู่ในระดับ

ปานกลางขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2) ทีมชุมชน จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน

คัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 40 คน และควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อการทดลอง คือ ระยะเวลาในการดูแลและความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว (Montgomery, 1985) ด้วยวิธีการจับคู่ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ House (1985) ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff

(1981) ใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยผสมผสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้กิจกรรมในโปรแกรมสามารถนำไปการแก้ปัญหาและลดภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทีมชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดภาระในการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่ประกอบด้วยการวัด 2 ประเภท ได้แก่ เชิงปรนัย ที่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต และเชิงอัตนัย ที่เป็นการสัมผัสความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ House (1981) เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เลขที่ 017-2560 โดย

ตัวอย่างได้อ่านเอกสารการเข้าร่วมวิจัย การชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และขั้นตอนของการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยได้ให้ตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ดำเนินการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย ประสานขอความร่วมมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมสถานที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง เตรียมตัวอย่างวิจัยตามขั้นตอนและเกณฑ์ที่กำหนด

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมในโปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น สามารถนำทรัพยากรที่มีในชุมชนมาช่วยในการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมมีทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำติดต่อกัน 4 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมในแต่ละครั้งผู้วิจัยให้การสนับสนุนเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนช่วยให้ผู้ดูแลประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตน วางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลให้เผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนช่วยเหลือจัดการปัญหาด้านอารมณ์ของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแล กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ใช้กระบวนการ

มีส่วนร่วมของทีมชุมชน จัดการปัญหาของผู้ดูแลด้านข้อมูลข่าวสารโรคจิตเภท วางแผนจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบแบบมีส่วนร่วม และกิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชน ช่วยเหลือผู้ดูแลให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร และร่วมกำหนดรูปแบบแหล่งสนับสนุนในชุมชน สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้บริการจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านโป่ง

3. ขึ้นประเมินผล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันทั้งสองครั้ง คือ ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (pre-test) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (post-test) (Seangdao et al., 2012) และผู้วิจัยทำการกำกับกับการทดลองด้วยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ และ

2) เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบที (t-test) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 62.5) อายุระหว่าง 41 - 45 ปี (ร้อยละ 37.5) ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 45) ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 40) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะน้อง (ร้อยละ 22.5)

2. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.80$, $p = .00$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ($n = 20$)

ภาวะการดูแลผู้ป่วย	คะแนน		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>			
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.45	.23	8.80	19	.00
หลังการทดลอง	2.70	.33			
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.40	.24	5.90	19	.00
หลังการทดลอง	2.63	.36			
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	3.50	.31	7.74	19	.00
หลังการทดลอง	2.76	.40			

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ การการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้น การมีส่วนร่วมของชุมชนและกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ พบว่าหลังการทดลอง คะแนนการการดูแลทั้งในเชิงอัตนัยและปรนัย

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.75, p = .00$ และ $t = -4.46, p = .00$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยของการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ ($n = 40$)

ภาระในการดูแลผู้ป่วย	คะแนน							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ภาระโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.45	.23	2.19	.00	2.70	.33	-5.74	.00
กลุ่มควบคุม	3.26	.30			3.23	.26		
ภาระเชิงอัตนัย								
กลุ่มทดลอง	3.40	.24	2.04	.00	2.63	.36	-5.75	.00
กลุ่มควบคุม	3.22	.32			3.21	.27		
ภาระเชิงปรนัย								
กลุ่มทดลอง	3.50	.31	1.81	.00	2.76	.40	-4.46	.00
กลุ่มควบคุม	3.31	.36			3.26	.30		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($t = 8.80, p = .00$) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรม ต่าง ๆ ในโปรแกรมมีเนื้อหาที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน นอกจากนี้ การใช้กระบวนการที่นำทีมชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม ทีมชุมชนและ ผู้วิจัยมีการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จึง ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผย ความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ ของตนที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วย เป็นการสนับสนุนทางสังคม

ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ส่งเสริมให้มี ทักษะที่ดีความคิดเชิงบวกต่อบทบาทผู้ดูแล ซึ่งการที่บุคคลรู้จักปรับความคิด มีทัศนคติและ มุมมองในแง่บวก จะทำให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพ กายและสุขภาพจิตที่ดี มีอารมณ์ผ่อนคลาย สามารถ เผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Pinchaleaw, 2016) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การที่ ญาติมีความรู้ มีทักษะในการดูแลอย่างเหมาะสม ต้องเกิดจากการที่ญาติและชุมชนยอมรับใน ตัวผู้ป่วย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Chantha et al., 2011) การส่งเสริมการมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและได้เป็นส่วนหนึ่งของ ทีมสุขภาพ ทำให้ได้แนวทางการดูแลแบบเป็น ระบบเครือข่าย เป็นการพัฒนาระบบสนับสนุนทาง

สังคม ลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Sukkhea, 2000; Thompson et al., 1993) การให้ครอบครัวและทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับการรักษาผู้ป่วย เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยในครอบครัวได้กลายเป็นหุ้นส่วนในการบริการร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพจิต (Uthis, 2012) จนส่งผลให้การรับรู้ภาระทั้งในเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยลดน้อยลง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาระทั้งเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

2. คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.74$, $p = .00$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการกลุ่มของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ เพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมและจำเป็นต้องมีทีมชุมชนเข้ามาร่วมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง เผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์ สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะส่งผลให้การรับรู้ภาระทั้งเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยลดลงได้ (Chien & Norman, 2009) และด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ย่อมเป็นการช่วยเพิ่มสมรรถนะผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย เพราะการให้ชุมชนระดับท้องถิ่น

เข้ามามีส่วนร่วมเป็นการตอบสนองของสังคมที่มีผลต่อการบริการการดูแลทางด้านสุขภาพจิต (Uthis, 2012) เมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะเกิดพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนจึงมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Damrak et al., 2014) และแม้ว่ากลุ่มควบคุมจะมีค่าคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง แต่ไม่มากพอที่จะทำให้ภาพรวมของภาระการดูแลมีการเปลี่ยนแปลง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่การให้บริการจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วย และครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวิธีการใช้ยาจิตเวช การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม วิธีการคลายเครียด รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ซึ่งการให้คำแนะนำเป็นไปตามปัญหาที่ผู้ป่วยเล่าข้อมูลและอาจมีรูปแบบไม่ชัดเจน ไม่มีการทำกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลรวมทั้งกิจกรรมอื่น ๆ เหมือนกับในกลุ่มทดลอง ภาระการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมจึงไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ เพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากทีมชุมชนให้สามารถประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพตน จัดการปัญหาด้านอารมณ์ ได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความจำเป็นในเรื่องโรคจิตเภท และเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน จึงจะสามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีทักษะในการให้คำปรึกษา ทักษะการแก้ปัญหา และความสามารถประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้

2. ควรนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยปรับรูปแบบและระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน หรือนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น รวมทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

3. ควรสอดแทรกความรู้ดังกล่าวในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้และพัฒนาศักยภาพในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้รูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชดียิ่งขึ้น

4. ควรติดตามศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเดิม และพัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามผลระยะยาวทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีกำลังใจ ชุมชนยอมรับและเข้าใจทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย หรือเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดจนเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชรายใหม่ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

Buchanan, R. W., & Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock, & V. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (8th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.

- Chantha. M., Klangkarn, S., & Howharn, CH. (2011). A Participatory model of behavioral health promotion for people with physical disabilities in Nuangbuor subdistrict, Sriphoraphum district, Surin province. *Primary Health care Division Journal*, 7(1).
- Chien, W. T., & Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review. *International journal of Nursing Studies*, 44(12), 1604-1623.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measure for project design implementation and evaluation*. New York, NY: Cornell University Press.
- Damrak, P., Wangthong, A., & Wangthong, A. (2014). The community participation in caring of complex chronic schizophrenic patients in Nongjok prefecture, Pattani province. *Journal of the Association of Researchers*, 19(2), 92-103.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2015). *Annual report in 2015*. Nonthaburi: Division of Mental Health Department Plan.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2017). *Strategic plan*. Nonthaburi: Bureau of Mental Health Strategy, Department of Mental Health.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 61(4), 411-419.
- House, S., & Robert, L. K. (1985) Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). New York, NY: Academic Press.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Rosa, C. De., & Malangone, C. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia Vs physical disorders. *Social Science and Medicine*, 61(2), 313-322.
- Meesri, G., & Dangdomyouth, P. (2012). Selected factors related to capabilities among caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(1), 35-49.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). *Caregiving and experience of subjective and objective burden*. *Family Relations*, 34(4), 19-26.

- Pinchaleaw, D. (2016). Mental health promotion with positive thinking. *Journal of The Police Nurses*, 8(2), 223-230.
- Ruangtrakool, S. (2014). *Textbook of psychiatry*. Ruenkaew Printing, Bangkok.
- Seangdao, S., Uthis, P., & Kertchok, R. (2012). The effect of social support group program on burden of caregivers of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 97-111.
- Sukkhea, T. (2000). *Social support on the burden of schizophrenic caregivers*. Chiang Mai: Chiang Mai University, Graduate School.
- Sukthong, K., Uthis, P., & Kertchok, R. (2012). Effects of family group psychoeducation on burden and high expressed emotion in caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 15-27.
- Thanikkul, B., & Dangdomyouth, P. (2012). The effect of self-help-group and empowerment on burden of caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(2), 74-86.
- Thompson, E. H., Futterman, A. M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J. M., & Lovett, S. B. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journal of Gerontology*, 48(5), 245-254.
- Uthis, P. (2012). *Mental health and mental health direction advanced medical education in the community*. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/mentalhealth/management/schizophrenia/en/>



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาป
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน¹
THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM
ON SELF-STIGMA OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

ณัฐสุภา พรสมบุญ²

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์³

Natsupha Pornsomboon

Pennapa Dangdomyouth

¹วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of thesis, Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: nats103@hotmail.com

Received: May 5, 2018

Revised: November 18, 2019

Accepted: December 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีการจับคู่ด้วยอายุและระดับคะแนนอาการทางจิต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบวัดความรู้สึกตราบาป ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.39, p = .00$) 2) ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = -5.82, p = .00$)

คำสำคัญ : สมรรถนะแห่งตน, ความรู้สึกตราบาป, ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the self-stigma of persons with schizophrenia before and after participating in promoting perceived self-efficacy program, and to compare the self-stigma of persons with schizophrenia who participated in promoting perceived self-efficacy program and those who received regular nursing care. The subjects were forty persons with schizophrenia who received services in the outpatient department of community hospital who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into one experimental group and one control group with 20 subjects in each by matching the age and brief psychiatric rating scale (BPRS). The research instruments were the promoting perceived self-efficacy program and the self-stigma of mental illness scale. These instruments were tested for content validity by a panel of five experts. The reliability of the self-stigma of mental illness scale was .87. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The research findings were as follows: 1) The self-stigma of persons with schizophrenia in the community after participating in promoting perceived self-efficacy program were significantly lower than those before at a .05 level ($t = 10.39, p = .00$). 2) The self-stigma of persons with schizophrenia in the community who participated in promoting perceived self-efficacy program was significantly lower than those who participated in the regular nursing care, at the .05 level ($t = -5.82, p = .00$).

Keywords : self-efficacy, self-stigma, persons with schizophrenia in community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุดและมีอาการของโรคจิตเภท ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูดและพฤติกรรม พูดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม รวมถึงขาดการดูแลตนเอง (Lortrakool & Sukanich, 2015) มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ รับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีการแสดงออกผิดปกติจากคนทั่วไป (Ruangtrakool, 2014) มีผลให้บุคคลทั่วไปไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้มองผู้ป่วยในทางลบ มีอคติเป็นตราบาบติดตัวผู้ป่วยตลอดชีวิต (Deepet & Dangdomyouth, 2015) การตีตราบาบทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ (Crabb, et al., 2012) รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า อับอาย ไม่น่าเชื่อถือและขาดโอกาส มีผลต่อการรักษาและฟื้นฟู (Agrasuta & Pitanupong, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกตราบาบในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศแถบ

ยุโรปพบว่า ร้อยละ 41.7 ของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกตราบาบในระดับปานกลางถึงสูง (Brohan et al., 2010) ในประเทศไทยพบว่าการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Singhasene, 2009) ความรู้สึกตราบาบมีความสำคัญกับการรักษาโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะพยายามปกปิดอาการตนเอง ไม่ยอมรับการรักษาก็ทำให้มีอาการรุนแรง ส่งผลให้สังคมหวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยมากขึ้น (Deepet & Dangdomyouth, 2015; Lee et al., 2006) มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับผู้อื่น มีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้าสังคม ปกปิดเป็นความลับ เผลอใจความเครียดได้น้อยลง มีคุณภาพชีวิต มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการทำหน้าที่ทางสังคมต่ำลง (Gerlingger et al., 2013) รวมทั้งส่งผลต่อการขาดความร่วมมือในการรักษา มีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ความสัมพันธ์ใน

ครอบครัวแย่ง (Yilmaz & Okanli, 2015) และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท (Kleim et al., 2008)

ความรู้สึกตราบาป (self-stigma) หมายถึง ความรู้สึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบ ระบุว่าตนเองป่วยทางจิต มีทัศนคติทางลบต่อการเจ็บป่วย รู้สึกถูกแบ่งแยกกีดกัน ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ อับอาย เพิ่มระดับความกังวลใจในการดำเนินชีวิต และแสดงพฤติกรรมออกมา แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ตราบาปทางสังคม (public stigma) เป็นผลจากความเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ของคนในสังคมทำให้เกิดอคติและการมองแบบเหมารวมทางลบเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต แสดงการไม่ยอมรับ รังเกียจ กีดกัน หวาดกลัวไม่กล้าพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเวช และตราบาปในตนเอง (internalize stigma) หรือที่เรียกว่า ความรู้สึกตราบาป (self-stigma) เป็น ความรู้สึกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแปลความหมายจากการแสดงออกของสังคมในทางลบแล้วหันเหความรู้สึกเหล่านั้นเข้าสู่ตนเอง (Deepet & Dangdomyouth, 2015; Fung et al., 2007; Kerdpong bunchote et al., 2015) ส่งผลให้เกิดอารมณ์ในทางลบ วิตกกังวล ซึมเศร้า (Agrasuta & Pitanupong, 2017; Dangdomyouth et al., 2004; Yanos et al., 2008)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกตราบาป ประกอบด้วยปัจจัยภายนอก ได้แก่ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และบุคคลทั่วไป การรักษา การเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจิตเภทจากสื่อต่าง ๆ การได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Kerdpong bunchote et al., 2015; Thongsai, 2014) และปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง (Deepet & Dangdomyouth, 2015; Fung et al., 2007; Livingston & Boyd, 2010) การสนับสนุนทางสังคม (Boontoch et al., 2013; Livingston

& Boyd, 2010) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Kleim et al., 2008; Livingston & Boyd, 2010; Singhasene, 2009; Watson et al., 2007) และปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สำคัญคือ การขาดความหวัง ไร้พลัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ โดยจะมีการรับรู้ตราบาปและความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับสูง (Hill & Startup, 2013; Kerdpong bunchote et al., 2015; Livingston & Boyd, 2010; Singhasene, 2009; Yanos et al., 2008)

การจัดกระทำเพื่อลดความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดการรับรู้และความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วย พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ช่วยลดความรู้สึกตราบาป (Uchino et al., 2012) นอกจากนี้ การใช้โปรแกรมฝึกทักษะทางการสื่อสารระหว่างบุคคล (Khamphueung, 2009) การศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Jumpasri & Dangdomyouth, 2012) และการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Deepet & Dangdomyouth, 2015) ซึ่งการศึกษาดังที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการจัดกระทำเพื่อเพิ่มความรู้ทักษะสื่อสาร และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยได้มีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เน้นการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ การให้ข้อมูลความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ของต้นแบบผู้ป่วยจิตเภทและการประเมินสภาวะด้วยการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับความรู้สึกตราบาปได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อต้องการเผชิญกับความรู้สึกตราบาป และส่งผลลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำไปสู่การดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงได้นำการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่เน้น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และลดความรู้สึกตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานวิจัย

1. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลจะตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามต้องการ เมื่อเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งเหล่านั้นให้สำเร็จได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาได้จาก 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การพูดชักจูง ใช้คำพูดอธิบาย แนะนำชักชวน กระตุ้นเพื่อให้เชื่อว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ และมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับตราบาป เน้นการเปิดเผยเพื่อเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองก็สามารถประสบความสำเร็จได้ตามตัวแบบ เกิดการเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับความรู้สึกตราบาป 3) ประสบการณ์

ที่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองจะเป็นประสบการณ์ตรงส่งผลต่อการรับรู้ เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญกับความรู้สึกตราบาป 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ การกระตุ้นทางด้านลบทำให้เกิดอารมณ์เครียด ทำให้การรับรู้ความสามารถต่ำลง แต่หากเรียนรู้วิธีการผ่อนคลาย เผชิญความเครียด จะช่วยให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 อาศัยและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ที่มารับการบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ (normality) ตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน (Burn & Grove, 2005) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง จึงได้กำหนดตัวอย่างจำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ อายุและระดับคะแนนอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) โดยการจับคู่ให้อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ห่างกันไม่เกิน 7 คะแนน เมื่อจับคู่ตัวอย่างครบ 20 คู่ จากนั้นจึงจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งหญิงและชาย 2) มีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่

ในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนมากกว่า 216)
3) มีอาการทางจิตทุเลา (มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน) 4) สามารถสื่อสารฟังพูดด้วยภาษาไทย และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางกาย/จิต และ 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและชักจูงใจ สร้างความคุ้นเคยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย ชี้แจงกิจกรรมและระยะเวลาในการทำกิจกรรม ประเมินความคิดที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท แลกเปลี่ยนการรับรู้และการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และระบายความรู้สึกตราบาป โดยเน้นการเปิดเผยตนเอง ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเอาชนะการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต การให้ความหมายใหม่ และคุณค่าทางสังคม

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบ ผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท นำเสนอตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับความทุกข์ตราบาป ซึ่งเตรียมการไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยให้ตัวแบบจริงเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดความรู้สึกตราบาป ผลกระทบ และวิธีการจัดการกับความทุกข์ตราบาป สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มปรับมุมมองของความคิด และใช้คำพูดทางบวก

เสริมแรง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิตของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยที่ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ 1 และ 2 เรื่องความรู้โรคจิตเภท และเรื่องการเผชิญกับความทุกข์ตราบาปในกิจกรรมที่ 2 ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้มีการเผชิญกับความทุกข์ตราบาปอย่างไร หรือจากการทำใบงาน ได้มีความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร โดยให้ผู้ป่วยได้นำเสนอด้วยตนเอง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันในการเผชิญปัญหา และวิธีการคิดและการแก้ไขร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง โดยชมเชย ให้กำลังใจ ภายในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ 1, 2 และ 3 รวมทั้งประเมินการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อตนเอง โดยผู้วิจัยจำลองสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตราบาป (สำรวจในกิจกรรมที่ 2 และ 3) จำนวน 2 - 3 เหตุการณ์ (ตามระยะเวลาเหมาะสม) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับการกระตุ้นทางอารมณ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ปัญหา ผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการอภิปราย แลกเปลี่ยนวิธีการคิด ความรู้สึก และการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สรุปกิจกรรมสรุปประเด็น เปิดโอกาสให้ซักถาม/สิ่งที่ได้รับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และ 2) แบบประเมินการรับรู้ตราบาป ตามแนวคิดของ Fung et al. (2007) นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย Deepet and Dangdomyouth (2015) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ป่วยทางจิต (stereotype awareness) ส่วนที่ 2 ความคิดที่เห็นเหมือนกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) ส่วนที่ 3 ความรู้สึกว่ามันเป็นตัวตนของตัวเอง (self-concurrence) และส่วนที่ 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem

decrement) แต่ละส่วนมีข้อคำถาม 15 ข้อ รวมทั้งหมด 60 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบ มาตรฐานค่าแบบลิเคิร์ต 9 ช่วง ตั้งแต่ 1 - 9 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด การแปลผลใช้คะแนนรวม มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 60 - 540 คะแนนสูง หมายถึง ความรู้สึกตราบาป ระดับสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง ความรู้สึกตราบาประดับต่ำ

3. เครื่องมือกำกับทดลอง ได้แก่ แบบวัด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า จำนวน 15 ข้อ ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนอยู่ในระดับ 3.5 ขึ้นไป จึงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์ การทดลอง

เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ตราบาป และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิง เนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 และ .83 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ณ แผนกผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลชุมชนอื่น แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง ตามเอกสารรับรองเลขที่ ATGEC02/2561 โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ์ในการตอบรับหรือ ปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการให้บริการตามปกติ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอเป็นเพียงภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย เมื่อทราบรายละเอียดเรียบร้อยแล้ว จึงให้ผู้ป่วยลงนามใน ใบบินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย หรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน และให้คำปรึกษาในรายที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตราบาป

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมการวิจัย เตรียมความพร้อมด้านความรู้ของผู้วิจัย สถานที่ ตัวอย่าง โดยเข้าพบตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพและการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เตรียมการพิทักษ์สิทธิ์ ตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้สึกตราบาป ประเมินระดับคะแนนอาการทางจิต และระดับสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมวิจัย

2) ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3) ระยะสรุปผลการวิจัย หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทันทีในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง ในกลุ่มทดลองและหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมแล้ว 1 สัปดาห์ แล้วในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ตราบาป (post-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ

2) การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้การทดสอบที่แบบ Paired sample t-test

3. การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติใช้การทดสอบที่แบบ Independent sample *t*-test)

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.0 สถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 62.5 จบการศึกษาระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 ว่างานคิดเป็นร้อยละ 67.5 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5

2. ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.39, p = .00$) (ตาราง 1)

3) ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.82, p = .00$) (ตาราง 2)

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้สึกตราบาป	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง ($n = 20$)						
ก่อนการทดลอง	4.43	.74	ปานกลาง	19	10.39	.000
หลังการทดลอง	3.53	.67	ต่ำ	19		
กลุ่มควบคุม ($n = 20$)						
ก่อนการทดลอง	4.59	.55	ปานกลาง	19	-1.68	.110
หลังการทดลอง	4.70	.59	ปานกลาง	19		

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความรู้สึกตราบาป	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง ($n = 20$)	4.43	.74	ปานกลาง	38	-.75	.461
กลุ่มควบคุม ($n = 20$)	4.59	.55	ปานกลาง	38		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง ($n = 20$)	3.53	.67	ต่ำ	38	-5.82	.000
กลุ่มควบคุม ($n = 20$)	4.70	.59	ปานกลาง	38		

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.39, p = .00$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.82, p = .00$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้สึกตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบมากที่สุดกับความรู้สึกตราบาป ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีความรู้สึกตราบาปอยู่ในระดับต่ำ (Singhasene, 2009) ผู้ป่วยที่รับรู้วาทันไม่มีความสามารถขาดความหวัง ไร้พลัง จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ แต่การรับรู้ตราบาปและความรู้สึกตราบาปจะอยู่ในระดับสูง (Hill & Startup, 2013; Kerdpong bunchote et al., 2015; Livingston and Boyd, 2010; Singhasene, 2009; Yanos et al., 2008)

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า คะแนนความรู้สึกตราบาปในกลุ่มควบคุมลดลง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 และมีคะแนนความรู้สึกตราบาปเท่าเดิม 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 จากการประเมิน ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติระหว่างที่ทำการทดลองบางรายมาโรงพยาบาลก่อนนัดเพื่อปรึกษาเป็นรายบุคคลถึงความไม่สบายใจในเรื่องต่าง ๆ ประกอบกับบางรายมีญาติไปทำธุระต่างจังหวัดนาน ๆ กลับมาอยู่ด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและส่งผลให้มีความคิดต่อตนเองในทางบวก ทำให้คะแนนความรู้สึกตราบาปลดลง

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนความรู้สึกตราบาปเพิ่มขึ้น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 หลังให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการมีเหตุการณ์ที่กระทบจิตใจทำให้เกิดความท้อแท้ ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Corrigan and Wassel (2008) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีมุมมองต่อตนเองในทางลบหรือที่เรียกว่าความรู้สึกตราบาปจากการประเมินตัดสินตนเอง ทำให้รู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดการแยกตัวเองจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kleim et al. (2008) พบว่า มักมีการปกปิดการเจ็บป่วย แยกตัวเองออกจากสังคม ผู้วิจัยได้ให้ความช่วยเหลือด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคล และส่งต่ออาการให้กับพยาบาลที่ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น สรุปผลจากการวิจัยนี้ในเบื้องต้นได้ว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะช่วยลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะความมั่นใจในการดูแลตนเอง และการดำเนินชีวิต

ในครอบครัว สังคม และชุมชน ช่วยลดความรู้สึก
ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. หากจะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต่อเนื่อง
ควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและ
ปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้มีความ
ต่อเนื่อง

3. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปไป
ประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกของ
ผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกตราบาปของ
ผู้ป่วยจิตเภท

4. บุคลากรทางสุขภาพที่จะนำโปรแกรม
ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยควรเรียนรู้และฝึกทักษะ
เกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและควรมี
ทักษะในการทำกลุ่ม เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติ
กับผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122, 232-238.
- Khamphueng, A. (2009). *Effect of the interpersonal communication skills training program on perceived stigma among persons with schizophrenia receiving services at Pichai Hospital, Uttaradit province* (Thesis of master's degree for psychiatric nursing). Faculty of nursing, Chaing Mai University, Chaing Mai.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy theory*. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 13-38). New York, NY: Academic Press.
- Boontoch, K., Saito, A. S., & Arunpongpaissal, S. (2013). Social support in patients with schizophrenia. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 58(1), 89-100.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Crabb, J., Stewart, R. C., Kokota, D., Masson, N., Chabunya, S., & Krishnadas, R. (2012). Attitude towards mental illness in Malawi: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 12, 1471-2458.
- Dangdomyouth, P., Lue Boontawatchai, O., & Chanokporn, J. (2004). Stigma: Perceived and impact of schizophrenic patients and caregivers. *Journal of Psychiatric Nursing*, 18(1), 1-9.
- Deepet, S., & Dangdomyouth, P. (2015). The effect of using empowerment program on self-stigma of persons with schizophrenia in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 29(1), 123-138.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng W. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implication for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 408-418.
- Hill, K., & Startup, M. (2013). The relation between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Research*, 206, 151-157.
- Jumpasri, W., & Dangdomyouth, P. (2012). The effect of using group supportive psychotherapy on perceived stigma of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(2), 51-62.
- Kerdpongchote, C., Punyayong, B., & Wong-Anuchit, C. (2015). Internalized stigma of psychiatric patients. *Journal of Mental Health of Thailand*, 23(1), 25-37.
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P., & Corrigan, P. W. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 15(5), 482-491.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161.
- Lortrakool, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi psychiatry*. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.
- Ruangtrakool, S. (2014). *Psychiatric textbook*. Bangkok: Ruankaeew Printing House.
- Singhasene, U. (2009). *Selected factors related to perceived stigma of schizophrenic patients* (Thesis of master's degree for psychiatric nursing). Faculty of nursing, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Thongsai, S. (2014). Care of schizophrenic patients in the context of Thai society sustainably. *The Journal of Nursing Division*, 42(3), 159-167.
- Uchino, T., Maeda, M., & Uchimura, N. (2012). Psychoeducation may reduce self stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Kurume Medical Journal*, 50, 25-31.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathway between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services*, 59(12), 1437-1442.



ความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรสุขภาพ
ใน 13 เขตบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย¹
KNOWLEDGE, ATTITUDE AND ESSENTIAL SKILLS IN ENGLISH
OF HEALTHCARE PERSONNEL IN 13 HEALTH SERVICE REGIONS
UNDER THE SUPERVISION OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, THAILAND

สุรศักดิ์ สุนทร ²	กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ ³	ศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์ ⁴
Surasak Soonthorn	Kamolrat Turner	Suparpit von Bormann
สุชีวา วิชัยกุล ⁵	วิไลพร ขำวงษ์ ⁶	สุดคณิง ฤทธิฤชัย ⁶
Susheewa Wichaikull	Wilaiporn Khamwong	Sudkanung Rittruechai

¹ส่วนหนึ่งของงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Part of a research project that received funding from Phraboromarajchanok Institute for Health Workforce Development,
The Ministry of Public Health

²อาจารย์เภสัชกร สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
Pharmacist Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, 72000, Thailand

³ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี 11000

Director, Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, 11000, Thailand

⁴อาจารย์พยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา 30000
Nurse Lecturer, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima, 30000, Thailand

⁵อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพฯ 10230
Nurse Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Varija, Bangkok, 10230, Thailand

⁶อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี 11000
Nurse lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, 11000, Thailand

²Corresponding author Email: surasak@phcsuphan.ac.th

Received: June 18, 2019

Revised: November 20, 2019

Accepted: December 25, 2019

บทคัดย่อ

ภาษาอังกฤษสำหรับบุคลากรสายสุขภาพมีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะเมื่อก้าวเข้าสู่โลกในศตวรรษที่ 21 การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลสุขภาพทั้งในผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็น (KAS) ด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรด้านสุขภาพใน 13 เขตบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประชากรเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 247 คน แต่ละเขตบริการสุขภาพทั้ง 13 เขตเป็นผู้คัดเลือกและเสนอชื่อเพื่อเข้ารับการอบรมภาษาอังกฤษใน Module 1 และ Module 2 ผ่านทางสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์โดยใช้แบบสอบถามใน Google Form และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.2 อายุเฉลี่ย 43 ปี (ร้อยละ 89.4) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 116 คน (ร้อยละ 58.6) เป็นพยาบาลวิชาชีพ 138 คน (ร้อยละ 69.7) ระดับความรู้ส่วนใหญ่ร้อยละ 32.4 มีความรู้ Module 1 ในระดับดี (good) และ Module 2 ร้อยละ 55.5 มีความรู้ในระดับพอใช้ (fair) โดยร้อยละ 95.0 ของประชากรที่ให้ข้อมูล จำนวน 222 คน มีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อภาษาอังกฤษอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาทักษะด้านภาษาอังกฤษรายด้านพบว่าประชากรที่ให้ข้อมูลจำนวน 217 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.2 มีทักษะด้านการฟังอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 51.2 51.4 และ 51.2 มีทักษะด้านการอ่าน การพูด และการเขียนอยู่ในระดับต่ำ ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะภาษาอังกฤษในภาพรวมอยู่ที่ระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ เขตสุขภาพทั้ง 13 เขต และกระทรวงสาธารณสุข ควรวางนโยบายการพัฒนาทักษะด้านภาษาอังกฤษไว้เป็นนโยบายหลักด้านการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยเน้นทักษะภาษาอังกฤษที่จำเป็น ได้แก่ การฟัง (listening) การพูด (speaking) การอ่าน (reading) และการเขียน (writing) ให้แก่บุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์ด้านการสื่อสารและประสานงานเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพในโลกยุคใหม่ซึ่งเป็นโลกที่ไร้พรมแดน

คำสำคัญ : ความรู้, เจตคติ, ทักษะ, ภาษาอังกฤษ, บุคลากรสุขภาพ, เขตบริการสุขภาพ

Abstract

English language for healthcare personnel increases its importance nowadays. It is also significant as one indispensable essence in moving forward into the 21st century when effective communication enhances correct comprehensibility and completeness of healthcare information for both healthcare providers and utilizers. This cross-sectional descriptive study aimed at exploring the levels of knowledge, attitude and essential skills (KAS Model) in English required for healthcare personnel in 13 health service regions under the supervision of the Ministry of Public Health (MOPH). All 247 targeted populations were candidates whose names were proposed by each health service region to attend both Module 1 and Module 2 English courses organized by the Praboromarajanok Institute for Health Workforce Development (PIHWD), the MOPH, during the fiscal year 2018. Data were collected online through Google Form and were then analyzed using descriptive statistics reporting as frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results from the demographic part showed that the majority or 177 participants were female (80.2%) and the population mean for age was 43 years. One hundred and sixteen persons had a bachelor's degree (58.6%) and 138 trainees were resident nurses (69.7%). From the knowledge, attitude and skills section, 32.4% of participants possessed the knowledge in Module 1 at the good level and 55.5% was at the fair level in Module 2. The population mean for attitude included all 227 populations of which 95.0% attendees indicated the positive level. For the English skills, 45.2% from 217 populations had the medium level of the listening skill, while exhibiting the low level for the reading, speaking and listening skills at 51.2%, 51.4% and 51.2%, respectively. However, the overall English skill was at the low level.

Recommendations from this study are that all 13 health service regions and the MOPH should embrace an English skill improvement as one of their principal strategies in the health workforce development policy and planning. This could be emphasized for all essential and weak skills amongst healthcare personnel including listening, speaking, reading and writing skills since

prodigious benefits in communications and collaborations will belong to one with better preparation in the modern era and the world of globalization.

Keywords : knowledge, attitude, skills, English, healthcare personnel, health service regions

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นในแวดวงการศึกษากิจการหรือการประกอบอาชีพ ปัจจุบันการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารเริ่มมีความสำคัญต่อการให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องมาจากนโยบายประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN economic zone) (Deerajiset, 2014; Hashim et al., 2016) และแนวโน้มการท่องเที่ยวเพื่อการรักษาพยาบาล (medical tourism) (Moghavvemi et al., 2017; Pattanapichet & Chinokul, 2011) การพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นในด้านต่าง ๆ ของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านภาษา จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านสุขภาพ (Te, Griffiths, Law, Hill, & Annear, 2018)

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN economic community) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 (Bamroonsook, Korsakul, & Areemit, 2016) ตามกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) ได้กำหนดให้มีการใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษากลางในการสื่อสารของประชาชนทั้ง 10 ประเทศ (Deerajiset, 2014) ในขณะเดียวกัน เพื่อให้สามารถแข่งขันได้ในเวทีระดับสากล อ้างอิงตามกฎบัตรอาเซียนมาตราที่ 34 ระบุว่า “ภาษาที่ใช้ติดต่อสื่อสารของอาเซียน คือ ภาษาอังกฤษ” (Hong & Ling, 2018; Zein & Stroupe, 2017) หมายความว่า ประชาชนใน 10 ประเทศอาเซียนจะต้องใช้ภาษาอังกฤษมากขึ้น นอกเหนือจากการใช้ภาษาประจำชาติ หรือภาษาประจำท้องถิ่นของตนเอง ด้วยเหตุนี้ภาษาอังกฤษจึงมีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในด้านการติดต่อสื่อสารและการทำงาน (Hashim, Kaur, & Kuang, 2016; Suttipun, 2014)

ประเทศไทยให้ความสำคัญในนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 (Chomvilailuk & Srisomyong, 2015; Wongkit & McKercher, 2016) ผลที่ตามมาทำให้ต้องมีการพัฒนาทักษะด้านภาษาอังกฤษและภาษาที่สาม เช่น ภาษาจีน ภาษาญี่ปุ่น ภาษาอาหรับ และภาษามลายู เพื่อรองรับชาวต่างชาติโดยเฉพาะในทวีปเอเชีย และกลุ่มประเทศในอาเซียนซึ่งนิยมเดินทางเข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น (Nooseisai, Wang, Hongsraragong, & Munisamy, 2016) สร้างรายได้ให้แก่ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยได้รับการยอมรับในเวทีโลกว่าเป็นผู้นำในด้านศูนย์กลางการแพทย์ในภูมิภาค (regional medical hub) (Noree, Hanefeld, & Smith, 2016)

ด้วยสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษมีความสำคัญมากในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และเป็นหนึ่งในทักษะที่สำคัญแห่งศตวรรษที่ 21 การก้าวขึ้นเป็นผู้นำและศูนย์กลางการแพทย์ในภูมิภาคอาเซียน (regional medical hub) จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาภาษาอังกฤษในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งถือเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของระบบสาธารณสุขไทย ประกอบกับบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสได้ใช้ทักษะด้านภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน และตามภาระหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสารกับชาวต่างชาติในการให้บริการรักษาพยาบาล การมาเยี่ยมชมศึกษาดูงาน การนำเสนอผลงานทางวิชาการและวิจัย นอกจากนี้ยังมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้มารับบริการ

การเรียนรู้ฝึกฝนทักษะภาษาอังกฤษจึงมีประโยชน์ต่อการพัฒนางานและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับต่างชาติอีกด้วย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ และทักษะภาษาอังกฤษในด้านต่าง ๆ ของบุคลากรทางสายสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 13 เขตบริการสุขภาพ ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ ทักษะ และทักษะภาษาอังกฤษของบุคลากรเป็นภาพรวมในระดับประเทศ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญและน่าจะเป็นประโยชน์อย่างมาก เนื่องจากผลการวิจัยจะนำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพัฒนาภาษาอังกฤษให้กับบุคลากรในสังกัดต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อการพัฒนาศักยภาพด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีของงานวิจัยนี้ได้มาจากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานในปัจจุบัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ เจตคติ และทักษะ (KAS Model) โดยความรู้ (knowledge: K) หมายถึง การรู้ในข้อเท็จจริงที่อาจอยู่ในรูปของข้อมูลต่าง ๆ หรือรู้แจ้งในเหตุการณ์อันเป็นผลจากการสังเกต การศึกษาและประสบการณ์ ส่วนเจตคติ (attitude: A) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่แสดงออกผ่านทางพฤติกรรมต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ และทักษะ (skills: S) หมายถึง การกระทำที่เกิดจากการสะสมประสบการณ์ มีความชำนาญในการดำเนินกิจกรรมจากการทำซ้ำ ๆ จนบรรลุผลสำเร็จ (Kim & Shin, 2016)

การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในด้านภาษาอังกฤษของกระทรวงสาธารณสุขในการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบของ KAS Model ที่กล่าวถึงความสำคัญของความรู้ เจตคติ และทักษะไว้ในหนังสือ English as an International Language ว่าความรู้ที่ถูกต้องและการปรับเปลี่ยน

เจตคติจากความกลัวภาษาอังกฤษจะสามารถก่อให้เกิดทักษะด้านภาษาอังกฤษที่ดีได้ แต่ต้องอาศัยการกระทำซ้ำ ๆ จนบุคคลนั้นยอมรับและเปิดใจในการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ (Sharifian, 2017) และเมื่อบุคคลนั้นพร้อมก็จะเกิดการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง (listening skill) ทักษะด้านการพูด (speaking skill) ทักษะด้านการอ่าน (reading skill) และทักษะด้านการเขียน (writing skill) ตามมา ทั้งนี้ ขึ้นกับความถนัดของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยต่าง ๆ กล่าวถึงความสำคัญของทักษะภาษาอังกฤษทั้ง 4 ด้านนี้ต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ในปัจจุบัน (Mestan, 2016) และทักษะทั้ง 4 ด้านยังส่งผลต่อความสำเร็จด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานดูแลสุขภาพกับกลุ่มคนที่ไม่สามารถใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารในประเทศอังกฤษได้อีกด้วย (Williams, Oulton, Sell, & Wray, 2018)

ประเทศที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาทางการ (non-native english speaking countries) เช่น ประเทศญี่ปุ่น ผลจากการวิจัยพบว่าการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะภาษาอังกฤษ เพื่อเตรียมความพร้อมของนักศึกษาทันตแพทย์สำหรับการปฏิบัติงานและการเรียนต่อในต่างประเทศ ส่งผลต่อความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการใช้ภาษาอังกฤษและการตัดสินใจเรียนต่อในต่างประเทศ (Takehara et al., 2016) นอกจากนี้ การศึกษาของ Murray-García, Harrell, García, Gizzi, & Simms-Mackey (2014) ยังเสนอว่า การฝึกอบรมให้บุคลากรสุขภาพมีความรู้ เจตคติที่ดี และทักษะด้านภาษาอังกฤษด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน นอกเหนือไปจากความรู้ความเข้าใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพ

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรสุขภาพใน 13 เขตบริการสุขภาพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ที่ศึกษาในช่วงระหว่าง เดือน มิถุนายน ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลใน 13 ศูนย์จัดอบรมภาษาอังกฤษตามเขตบริการสุขภาพทั้ง 13 เขต ของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ศูนย์การจัดอบรม ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 12 แห่ง และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 1 แห่ง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพ 13 เขต ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานต้นสังกัดเป็นผู้คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) ตามกระบวนการคัดสรรผู้เข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเขตสุขภาพในการปฏิบัติงานร่วมกับประชาคมอาเซียน จำนวน 247 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบ (check list) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และอายุ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านภาษาอังกฤษ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก และตัวเลือกแบบผิด/ถูก จำนวน 80 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาใน 2 Modules โดย Module 1 เป็นการวัดระดับความรู้ภาษาอังกฤษในระดับพื้นฐาน (basic english knowledge) และ Module 2 เป็นการวัดระดับความรู้ภาษาอังกฤษขั้นสูง (advanced English knowledge) มีการแปลผลโดยใช้คะแนน แต่ละ Module คะแนนเต็ม 40

คะแนน และแบ่งระดับคะแนนความรู้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า 10 หมายถึง เพิ่งเริ่มต้น และมีคะแนนความรู้ภาษาอังกฤษระดับต่ำ (beginner level)

คะแนน 11 - 20 หมายถึง คะแนนอยู่ในระดับพอใช้ (fair level)

คะแนน 21 - 30 หมายถึง คะแนนอยู่ในระดับดี (good level)

คะแนนตั้งแต่ 31 ขึ้นไป หมายถึง คะแนนอยู่ในระดับดีมาก (very good level)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติ ด้านภาษาอังกฤษ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ มีเจตคติในด้านลบ (negative) มีเจตคติเป็นกลาง (neutral) และมีเจตคติในด้านบวก (positive) จำนวน 10 ข้อ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Best (Cetin, 2017) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีเจตคติในด้านลบต่อภาษาอังกฤษ (negative)

คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66 หมายถึง มีเจตคติที่เป็นกลางหรือไม่ลบและบวกต่อภาษาอังกฤษ (neutral) มี

คะแนนระหว่าง 3.67 - 5.00 หมายถึง มีเจตคติด้านบวกต่อภาษาอังกฤษ (positive)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะด้านภาษาอังกฤษ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการฟัง ด้านการพูด ด้านการอ่าน และด้านการเขียน ด้านละ 5 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ที่สะท้อนการมีทักษะด้านภาษาอังกฤษในระดับต่ำที่สุด จนถึง มากที่สุด และแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยซึ่งแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (Cetin, 2017) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง ไม่มีทักษะภาษาอังกฤษด้านนั้นหรือมีทักษะระดับต่ำ (low level)

คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66 หมายถึง มีทักษะระดับปานกลาง (moderate level)

คะแนนระหว่าง 3.67 - 5.00 หมายถึง มีทักษะระดับสูง (high level)

แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ที่สร้างขึ้นจาก Google Form เพื่อให้ผู้เข้าอบรมประเมินระดับเจตคติและระดับทักษะภาษาอังกฤษด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ด้านความตรงมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสอนภาษาอังกฤษที่เป็นเจ้าของภาษา 1 ท่าน และคนไทย 1 ท่าน ส่วนผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ มีประสบการณ์การทำงานในองค์กรระหว่างประเทศ 1 ท่าน แล้วจึงนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruent: IOC) ทั้งรายข้อ และรายด้าน ผลการตรวจสอบพบว่าต้องมีการตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก 1 ข้อ เหลือ 13 ข้อ จากทั้งหมด 14 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ .93 สำหรับแบบสอบถามเจตคติด้านภาษาอังกฤษจากเดิมมี 20 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ .70 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนและมีค่า IOC ต่ำกว่า .5 เอาออก คงเหลือข้อคำถามเจตคติ 10 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ .90 และแบบสอบถามด้านทักษะภาษาอังกฤษมีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ .70

2. ด้านความเชื่อมั่น (reliability) ภายหลังการตรวจสอบความตรงผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับบุคลากรสุขภาพในสาขาต่าง ๆ ของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบสอบถามเจตคติด้านภาษาอังกฤษมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .914 และแบบสอบถามทักษะด้านภาษาอังกฤษมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .967

2. ด้านความยากง่ายและอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ (difficulty and discrimination)

ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรสุขภาพในสาขาต่าง ๆ ของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบ การคัดเลือกข้อสอบใช้ข้อสอบข้อที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง .20 - .80 และค่าอำนาจจำแนก .20 ขึ้นไป โดยครอบคลุมวัตถุประสงค์และเนื้อหาด้านความรู้ภาษาอังกฤษ ทำให้ได้ข้อสอบจำนวนทั้งสิ้น 80 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิ์ งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ เลขที่ใบรับรอง ERB No.08/2560 ลงวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและคำตอบจากผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกแปลงเป็นรหัสและถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลทั้งหมดในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวผู้เข้าอบรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ 2561 โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ ซึ่งไม่มีการบังคับตอบ ขึ้นอยู่กับความสะดวกและความสมัครใจในการตอบแต่ละข้อคำถามผ่านทางโทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดให้ประชากรตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการอบรมในแต่ละ Module

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้ เจตคติ และทักษะภาษาอังกฤษที่จำเป็นในการพัฒนาความสามารถด้านภาษาอังกฤษ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ประชากรที่สมัครเข้ารับการอบรมมีทั้งหมด 247 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามผ่าน Google Form ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 198 คน (ร้อยละ 80.2) ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 177 คน (ร้อยละ 89.4) เพศชาย 21 คน (ร้อยละ 10.6) อายุเฉลี่ย 43 ปี ($Min = 23$ ปี, $Max = 59$ ปี) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 116 คน (ร้อยละ 58.6) ปริญญาโท 76 คน (ร้อยละ 38.4) ปริญญาตรี 5 คน (ร้อยละ 2.5) ปริญญาเอก 5 คน (ร้อยละ 2.5) และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) 1 คน (ร้อยละ .50) อาชีพของผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่คือพยาบาลวิชาชีพ 138 คน (ร้อยละ 69.7) รองลงไปคือ นักวิชาการสาธารณสุข 20 คน (ร้อยละ 10.1) และเภสัชกร 12 คน (ร้อยละ 6.1)

2. ความรู้ด้านภาษาอังกฤษของผู้เข้าอบรม (knowledge: K) ประชากรผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด 247 คน มีผู้ทำแบบทดสอบความรู้ภาษาอังกฤษทั้งสิ้น 247 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้เข้ารับการอบรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยใน Module 1 เท่ากับ 21.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 53.8 ($\mu = 21.5$, $\sigma = 9.0$) และคะแนนเฉลี่ยใน Module 2 เท่ากับ 19.6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 49.0 ($\mu = 19.6$, $\sigma = 5.3$) เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่ใช้แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.4 มีระดับความรู้จาก Module 1 ในระดับดี (good level) และสำหรับ Module 2 ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ (fair level) ร้อยละ 55.5 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความรู้ของผู้เข้ารับการอบรมใน Module 1 และ Module 2 (N = 247 คน)

ระดับความรู้	$\mu(\sigma)$	Beginner	Fair	Good	Very Good
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Module 1	21.5 (9.0)	42 (17.0)	70 (28.3)	80 (32.4)	55 (22.3)
Module 2	19.6 (5.3)	6 (2.4)	137 (55.5)	94 (38.1)	10(4.0)

3. เจตคติด้านภาษาอังกฤษ (attitude: A) ประชากรที่เข้ารับการอบรมทั้งหมด 247 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลเจตคติด้านภาษาอังกฤษผ่าน Google Form จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 89.9 โดยผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าอบรมมี

ค่าเฉลี่ยเจตคติด้านภาษาอังกฤษ เท่ากับ 4.6 จากคะแนนเต็ม 5.0 ($\sigma = .5$) ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 95.0 มีเจตคติเชิงบวกต่อภาษาอังกฤษดังตาราง 2

ตาราง 2 เจตคติด้านภาษาอังกฤษของผู้เข้ารับการอบรม (N = 222 คน)

	$\mu(\sigma)$	Negative	Neutral	Positive
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เจตคติต่อภาษาอังกฤษ	4.6 (0.5)	1 (0.5)	10 (4.5)	211 (95.0)

4. ทักษะด้านภาษาอังกฤษ (skills: S) ประชากรที่เข้ารับการอบรมทั้งหมด 247 คน มีผู้ตอบ

แบบสอบถามข้อมูลทักษะด้านภาษาอังกฤษผ่าน Google Form จำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 87.9

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าอบรมมีค่าเฉลี่ยทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษด้านการฟังเท่ากับ 2.6 ($\sigma = 1.0$) การอ่านเท่ากับ 2.4 ($\sigma = 1.0$) การพูดเท่ากับ 2.4 ($\sigma = 1.0$) และการเขียนเท่ากับ 2.5 ($\sigma = 1.0$) จากคะแนนเต็ม 5.0

เมื่อพิจารณาทักษะที่จำเป็นรายด้านพบว่า ทักษะด้านการฟังของผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 98 คน (ร้อยละ 45.2) ส่วนทักษะภาษาอังกฤษด้านการอ่าน การพูด และการเขียน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะที่จำเป็นในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.5$, $\sigma = 1.0$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษทั้ง 4 ด้านของผู้เข้าอบรม ($N = 217$ คน)

ทักษะ	μ (σ)	Low	Moderate	High
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการฟัง	2.6 (1.0)	84 (38.7)	98 (45.2)	35 (16.1)
ด้านการอ่าน	2.4 (1.0)	111 (51.2)	85 (39.2)	21 (9.7)
ด้านการพูด	2.4 (1.0)	112 (51.6)	79 (36.4)	26 (12.0)
ด้านการเขียน	2.5 (1.0)	111 (51.2)	80 (36.9)	26 (12.0)
ภาพรวม	2.5 (1.0)			

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีประเด็นที่น่าสนใจและสามารถนำมาอภิปรายผลตาม KAS Model ได้ดังนี้

1. ระดับความรู้ (K) เนื่องจากการอบรมมี 2 Modules เมื่อพิจารณาจากคะแนนสอบที่วัดระดับความรู้ด้านภาษาอังกฤษแล้ว ผู้เข้ารับการอบรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยใน Module 1 เท่ากับ 21.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40.0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 53.8 ($\mu = 21.5$, $\sigma = 9.0$) และคะแนนเฉลี่ยใน Module 2 เท่ากับ 19.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40.0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 49.0 ($\mu = 19.6$, $\sigma = 5.3$) จะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 2 Modules มีค่าไม่สูงมาก โดยเฉพาะใน Module 2 คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50.0 โดยผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ใน Module 1 ในระดับดี ซึ่งต่างจาก Module 2 ที่อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรด้านการแพทย์จะมีความรู้ด้านภาษาอังกฤษพื้นฐานแต่จะขาดความรู้

ภาษาอังกฤษในระดับขั้นสูง (Yomyao, 2017) และมากกว่าครึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย ต้องการพัฒนาความรู้ด้านภาษาอังกฤษระดับที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้บริหาร (Kongkerd, 2013) นอกจากนี้ การมีความรู้ที่ภาษาอังกฤษที่ดีสามารถทำให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติต่อภาษาอังกฤษและสามารถพัฒนาทักษะได้

การคัดเลือกผู้เข้าอบรมภาษาอังกฤษจึงควรมีแบบทดสอบเพื่อวัดพื้นฐานความรู้ภาษาอังกฤษก่อนที่จะลงทะเบียนขอเข้ารับอบรม เพื่อให้การบริหารและการจัดการเรียนการสอนเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้เรียน เนื่องจากถ้ามีความแตกต่างด้านความรู้ระหว่างผู้เข้าอบรมแต่ละคนมากเกินไป จะส่งผลกระทบต่อบรรยากาศการเรียนการสอนและการบริหารจัดการชั้นเรียน นอกจากนี้ ยังอาจมีการเตรียมความพร้อมในส่วนของเนื้อหาของผู้จัดอบรมให้เหมาะสมกับภูมิหลังและความสามารถของผู้เข้าอบรมแต่ละคน

2. ระดับเจตคติ (A) ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าอบรมมีค่าเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 4.6 จากคะแนนเต็ม 5.0 ($\mu = 4.6$, $\sigma = 0.5$) ซึ่งส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อภาษาอังกฤษ จำนวน 211 คน (ร้อยละ 95.0) ซึ่งการมีเจตคติที่ดีจะทำให้ผู้เข้าอบรมให้ความสนใจต่อเนื้อหาและกิจกรรมต่าง ๆ ในชั้นเรียน สอดคล้องกับผลการศึกษาในนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งที่พบว่า เจตคติด้านบวกมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจ (motivation) และสนใจใฝ่เรียนรู้เพิ่มในชั้นเรียนมากขึ้น (Nirattisai, 2018) นอกจากนี้ การมีเจตคติด้านภาษาอังกฤษที่ในด้านบวกสามารถใช้พัฒนาหลักสูตรอบรมภาษาอังกฤษให้เป็นไปตามความต้องการของผู้เข้ารับการอบรมและส่งเสริมให้เกิดทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาอังกฤษที่ดีตามไปด้วย (Sukserm, Suwannabubpha & Kulto, 2018)

3. ทักษะภาษาอังกฤษที่จำเป็น (K) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าอบรมมีค่าเฉลี่ยทักษะภาษาอังกฤษด้านการฟังเท่ากับ 2.6 ($\sigma = 1.0$) การอ่านเท่ากับ 2.4 ($\sigma = 1.0$) การพูดเท่ากับ 2.4 ($\sigma = 1.0$) และการเขียนเท่ากับ 2.5 ($\sigma = 1.0$) จากคะแนนเต็ม 5.0 ซึ่งค่าเฉลี่ยของทักษะทั้ง 4 ด้านใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาทักษะด้านภาษาอังกฤษเป็นรายด้านพบว่า ทักษะด้านการฟังของผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 98 คน (ร้อยละ 45.2) ส่วนทักษะภาษาอังกฤษด้านการอ่าน การพูด และการเขียน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ

ข้อมูลส่วนนี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพยังต้องการการพัฒนาทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษ ทั้ง 4 ทักษะ โดยเฉพาะด้านการพูด การอ่าน และการเขียน ทั้งนี้ อาจเกิดจากการไม่ได้ใช้ทักษะเหล่านี้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งต่างจากทักษะการฟังที่สามารถเรียนรู้ได้จากหลายช่องทาง เช่น การชมภาพยนตร์ การดูข่าวสารหรือการฟังเพลงจากโทรศัพท์มือถือ การสร้างสิ่งแวดล้อม เช่น การฝึกพูดหรือเข้าร่วมกิจกรรม

สื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ (Tantrakul, 2014) และแรงจูงใจที่เอื้อต่อการใช้ทักษะภาษาอังกฤษด้านการฟังและพูด เช่น การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์มัลติมีเดีย (Riyai & Khamsri, 2012) ปัจจัยเหล่านี้ควรมีการจัดให้เกิดขึ้นในการอบรมภาษาอังกฤษในอนาคต เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความอยากเรียนรู้และเสริมสร้างทักษะทั้ง 4 ด้านให้สูงขึ้น นอกจากนี้ การมีความรู้ในระดับดีและเจตคติในด้านบวกต่อภาษาอังกฤษยังเป็นอีกสองปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดทักษะด้านภาษาอังกฤษที่ดี

สำหรับทักษะด้านการเขียนและการอ่านพบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับไวยากรณ์ คำศัพท์ และโครงสร้างของประโยค จึงต้องมีการปูพื้นฐานในส่วนที่ขาดและมีการฝึกทักษะทั้งสองด้านควบคู่กันไปอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangloy (2015) และ Rongworapong (2014) ที่พบว่า การสร้างพื้นฐานที่ดีด้านความรู้และเจตคติด้านภาษาอังกฤษจะทำให้บุคลากรด้านการแพทย์มีทักษะด้านการอ่านและการฟังเพิ่มสูงขึ้นได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. เขตสุขภาพทั้ง 13 เขต และกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายการพัฒนาทักษะด้านภาษาอังกฤษไว้เป็นนโยบายหลักด้านการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยเน้นทักษะที่จำเป็นได้แก่ การฟัง (listening) การพูด (speaking) การอ่าน (reading) และการเขียน (writing) ภาษาอังกฤษ ให้แก่บุคลากรสุขภาพ เพื่อประโยชน์ด้านการสื่อสารและประสานงานเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในยุคดิจิทัล

2. ควรมีการประยุกต์ใช้สื่อเทคโนโลยีออนไลน์ในการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษด้วยตัวเองจากสถานที่ทำงานหรือบ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการเรียนรู้ และเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life long learning) ของบุคลากรสุขภาพ

3. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ภาษาอังกฤษ เช่น การกำหนด English Day เพื่อให้บุคลากรสุขภาพในหน่วยงานหรือฝ่ายต่าง ๆ ได้ใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารระหว่างบุคลากรด้วยกันอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- Cetin, S. (2017). The attitude determination scale for value acquisition: A validity and reliability study. *Journal of Education and Practice*, 8(12), 15–21.
- Chomvilailuk, R., & Srisomyong, N. (2015). Three dimensional perceptions of medical/ health travelers and destination brand choices: Cases of Thailand. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 175, 376–383.
- Deerajiset, P. (2014). The ASEAN community 2015 and English language teaching in Thailand. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 10(2), 39–75.
- Duangloy, M. (2015). Factors affecting English reading problems of students in Rajamangala University of Technology Krungthep. *Journal of Technical Education Rajamangala University of Technology Thanyaburi*, 3(1), 153–167.
- Hashim, A., Kaur, J., & Kuang, T. S. (2016). Identity regionalism and English as an ASEAN Lingua Franca. *Journal of English as a Lingua Franca*, 5(2), 229–247.
- Hong, N. C., & Ling, C. Y. (2018). 2 Current trends and future directions in pre-service teacher training programmes for English language in ASEAN Plus Three. *English Language Teacher Preparation in Asia: Policy, Research and Practice*, 2.
- Kim, S., & Shin, G. (2016). Effects of nursing process-based simulation for maternal child emergency nursing care on knowledge, attitude, and skills in clinical nurses. *Nurse education today*, 37, 59–65.
- Kongkerd, W. (2013). Teaching English in the era of English used as a lingua franca in Thailand. *Executive Journal*, 33(4), 3–12.
- Mestan, K. (2016). Access, achievement and outcomes among students from non-English speaking backgrounds. In A. Harvey, C. Burnheim, & M. Brett (Eds.), *Student equity in Australian higher education: Twenty-five years of a fair chance for all* (pp. 125–141). https://doi.org/10.1007/978-981-10-0315-8_8
- Moghavvemi, S., Ormond, M., Musa, G., Mohamed Isa, C. R., Thirumoorthi, T., Bin Mustapha, M. Z., . . . Chiremel Chandy, J. J. (2017). Connecting with prospective medical tourists online: A cross-sectional analysis of private hospital websites promoting medical tourism in India, Malaysia and Thailand. *Tourism Management*, 58, 154–163.
- Murray-García, J. L., Harrell, S., García, J. A., Gizzi, E., & Simms-Mackey, P. (2014). Dialogue as skill: Training a health professions workforce that can talk about race and racism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 590–596.
- Nirattisai, S. (2018). Attitudes, motivation, and English learning behavior of Phuket Rajabhat University Students. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 9(2), 138–170.
- Nooseisai, M., Wang, Y.-F., Hongsraragon, P., & Munisamy, M. (2016). Medical tourism within the medical hub policy: Reviewing the need of a balanced strategy for health inequality reduction in a Thai context. *The Journal of Health Research*, 30(6).
- Noree, T., Hanefeld, J., & Smith, R. (2016). Medical tourism in Thailand: A cross-sectional study. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(1), 30.
- Pattanapichet, F., & Chinokul, S. (2011). Competencies needed in oral communication in English among Thai undergraduate public relations students: A substantial gap between expectations and reality. *RELJ Journal*, 42(2), 187–202.
- Riyai, P., & Khamstri, T. (2012). *Developing English listening-speaking skills of the first-year students through self-access multimedia computer program*. Retrieved from <http://research.northcm.ac.th/attachments/file/130424095901.pdf>
- Rongworapong, P. (2014). Problems in writing English of the New-entry University Students: A case study of Prince of Songkla University, Trang Campus. *Rajabhat Maha Sarakham University Journal*, 8(3), 119–126.
- Sharifian, F. (2017). English as an international language. In *The international encyclopedia of intercultural communication* (pp. 1–5).
- Sukserm, T., Suwannabubpha, S. & Kulto, S. (2018). *English language needs of medical personnel in hospitals of Kalasin Province*. Faculty of Public Health, Department of Community and local Health Management, Kalasin Province.
- Bamroonsook, S., Korsakul, A., & Areemit, P. (2016). *Stability of the ASEAN*.

- Suttipun, M. (2014). The readiness of Thai accounting students for the ASEAN economic community: An exploratory study. *Asian Journal of Business and Accounting*, 7(2).
- Takehara, S., Wright, F. A. C., Kawaguchi, Y., Ishida, Y., Morio, I., & Tagami, J. (2016). Characteristics of undergraduate dental students in Japan: English competency and willingness to study abroad. *International Dental Journal*, 66(5), 311–317.
- Tantrakul, Y. (2014). *Development of speaking skills for everyday life using conversation exercises*. Retrieved from https://www.spu.ac.th/tlc/files/2014/05/Tuwaporn-Tantrakul_55.pdf
- Te, V., Griffiths, R., Law, K., Hill, P. S., & Annear, P. L. (2018). The impact of ASEAN economic integration on health worker mobility: A scoping review of the literature. *Health Policy and Planning*, 33(8), 957–965.
- Williams, A., Oulton, K., Sell, D., & Wray, J. (2018). Healthcare professional and interpreter perspectives on working with and caring for non-English speaking families in a tertiary paediatric healthcare setting. *Ethnicity & Health*, 23(7), 767–780. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1294662>
- Wongkit, M., & McKercher, B. (2016). Desired attributes of medical treatment and medical service providers: A case study of medical tourism in Thailand. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 33(1), 14–27.
- Yomyao, A. (2017). The essential English skills using problem for professional nurses working in the medium and the large hospitals in Chiang Rai province. *Private Higher Education Institutions Association*, 23(2), 56–66.
- Zein, S., & Stroupe, R. (2017). *English and language-in-education policy in the ASEAN Plus Three Forum*. Taylor & Francis.



การพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล¹ DEVELOPMENT OF THE CLINICAL JUDGEMENT TEST IN OBSTETRIC NURSING FOR NURSING STUDENTS

ปาริชาติ สุขสวัสดิ์พร²
Parichart Suksawatdiporn

โชติกา ภาชีผล³
Shotiga Pasiphol

ใจทิพย์ ณ สงขลา⁴
Jaitip Na-songkhla

¹ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา
ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of this thesis, Doctor of Philosophy Program in Educational Measurement and Evaluation,
Department of Educational Research and Psychology, Faculty of Education, Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Graduated student in Doctor of Philosophy Program in Educational Measurement and Evaluation,
Department of Educational Research and Psychology, Faculty of Education,

Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร., ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Associate Professor, Ph.D., Department of Educational Research and Psychology, Faculty of Education,
Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand

⁴รองศาสตราจารย์ ดร., ภาควิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Associate Professor, Ph.D., Department of Educational and Communication Technology, Faculty of Education,
Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand

Author Email: parimont5@yahoo.com

Received: July 20, 2018

Revised: November 18, 2019

Accepted: December 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 260 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามสถานการณ์ปัญหาในคลินิก และแบบสอบถามทักษะการพยาบาลทางสูติศาสตร์ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด

ผลการวิจัยพบว่าแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมี 3 สถานการณ์ คลอบคลุมระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 33 ข้อ แต่ละสถานการณ์มีคำถาม 11 ข้อ ที่เป็นแบบทดสอบหลายตัวเลือกและมาตราประมาณค่าเพื่อวัดตัวบ่งชี้ 11 ตัว โดยแบบทดสอบแบบเลือกตอบหลายตัวเลือกใช้วัดตัวบ่งชี้ที่ 1 - 9 ได้แก่ การสังเกตจุดเน้น การจำแนกสิ่งผิดปกติ การแสวงหาข้อมูล การจัดลำดับความสำคัญของข้อมูล การสรุปประเด็นปัญหา การวางแผนการปฏิบัติ ทักษะการปฏิบัติ การสื่อสาร และพฤติกรรมกรรมการแสดงออกอย่างมีความมั่นใจ จำนวน 27 ข้อ และการประเมินตนเองด้วยมาตราประมาณค่าเพื่อวัดตัวบ่งชี้ที่ 10 - 11 ได้แก่

การวิเคราะห์และประเมินตนเอง และความมุ่งมั่นปรับปรุงตนเอง จำนวน 6 ข้อ ผลการวิเคราะห์คุณภาพของแบบวัดพบว่า ค่าถาม 31 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกดี และค่า Threshold ของแต่ละรายการคำตอบเป็นค่าที่เรียงลำดับ $\beta_3 > \beta_2 > \beta_1$ แต่มีคำถาม 2 ข้อ ที่ต้องมีการปรับแก้ คือ คำถามวัดการสื่อสารในสถานการณ์การคลอดยาก และคำถามวัดการสรุปประเด็นปัญหาในสถานการณ์ตกเลือดหลังคลอด แบบวัดมีความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .70 และมีความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง โดยมีค่า $Chi-square (df = 41) = 39.35, p = .544, GFI = .97, AGFI = .96, RMR = .04, RMSEA = .000$

คำสำคัญ : การตัดสินใจทางคลินิก, การพยาบาลสูติศาสตร์, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The purposes of this research were to develop and verify the quality of the test of clinical judgement in obstetric nursing for nursing students. The samples were 260 fourth year nursing students. The research instruments were clinical simulation problem and clinical skill in obstetric nursing opened-end questionnaires.

The research findings were the clinical judgement test was developed having 3 situations included antepartum, peripartum and postpartum period. It consisted of 33 items. Each situation consisted of 11 items included multiple choices and rating scale items were used to assess 11 indicators of clinical judgement. The 27 multiple choice items assessed indicators number 1 to 9 including focused observation, recognizing deviations from expected patterns, information seeking, prioritizing data, summarizing the problem issue, well-planned intervention, being skillful, clear communication, and calm & confident manner. The 6 items of self-assessment rating scale were used to assess the indicators number 10 to 11 including self-analysis and self-evaluation and commitment to improvement. The result of the quality analysis of the test showed that 31 items had a good discrimination and a threshold parameter of each the list to be the arrange $\beta_3 > \beta_2 > \beta_1$. The 2 items which need to be adjusted were the item used to assess communication skill in dystocia situation and problem analysis in postpartum hemorrhage situation. The internal consistency of the test was .70 and there was a construct validity proved by second order confirmatory factor analysis, which had $Chi-square (df = 41) = 39.35, p = .544, GFI = .97, AGFI = .96, RMR = .04, RMSEA = .000$.

Keywords : clinical judgement, obstetric nursing, nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตัดสินใจทางคลินิกเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแต่ละรายในสถานการณ์เฉพาะ พยาบาลต้องใช้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการปฏิบัติการพยาบาล เกิดขึ้นได้จากการคิดอย่างมีวิจารณญาณร่วมกับการให้เหตุผลทางคลินิกในการปฏิบัติการพยาบาล (Alfaro-LeFevre, 2013; American of College of Nursing, 2008) ดังนั้น

การพัฒนาให้เกิดทักษะการตัดสินใจทางคลินิกจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต้องคิดตัดสินใจในสถานการณ์ทางคลินิกที่มีภาวะเสี่ยง (Alfaro-LeFevre, 2013) หากขาดทักษะด้านนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาไปแล้วยังขาดทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (del Bueno, 2005 as cited in Mann, 2010)

จึงควรมีการพัฒนาให้พยาบาลมีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกด้วยการเริ่มต้นพัฒนาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล โดยใช้วิธีการประเมินเพื่อพัฒนาทักษะนี้ให้ได้อย่างแท้จริง

การประเมินเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นำแนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของแทนเนอร์ (Tanner, 2006) และเครื่องมือประเมินการตัดสินใจทางคลินิกของลาซาเตอร์ คือ Lasater Clinical Judgment Rubric (Lasater, 2007) ในการประเมินทักษะนี้ มีจุดมุ่งหมายของการประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับเป็นข้อมูลย้อนกลับให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับเตรียมความพร้อมเข้าสู่วิชาชีพ ในระหว่างการศึกษาก็เป็นหน้าที่ของครูผู้สอนที่ต้องพัฒนาให้เกิดทักษะนี้ขึ้น ดังนั้น สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลจึงควรพัฒนาวิธีการวัดประเมินเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในระหว่างที่มีการเรียนการสอนในรายวิชาชีพที่ต้องมีการตัดสินใจในคลินิก

การจัดการเรียนรู้ในคลินิกที่ต้องทำการวัดประเมินทักษะการปฏิบัติเป็นสถานการณ์ที่เหมาะสมสำหรับการวัดประเมินการตัดสินใจทางคลินิก เนื่องจากผลการประเมินที่ได้แท้จริงแล้วควรเป็นการประเมินตามสภาพจริง แต่ในการวัดประเมินการตัดสินใจทางคลินิกตามสภาพจริงกระทำได้น่าลำบาก และหากมีวิธีการวัดประเมินที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวัดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการวัดประเมินในคลินิกที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่อาจส่งผลให้มีความคลาดเคลื่อนในการวัด ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ประเมิน ปัจจัยด้านผู้ถูกประเมินหรือนักศึกษา ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมหรือแหล่งฝึกปฏิบัติ และปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะการวัดประเมินในสถานการณ์วิกฤตและฉุกเฉินที่ต้องการตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว จึงอาจไม่เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลที่ยังมีประสบการณ์น้อย และขาดการควบคุมอารมณ์ที่ดีพอในการแสดงออก ดังนั้น การประเมินทักษะ

การตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลจึงควรใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิกที่ผู้ป่วยมีสภาพใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากที่สุดเป็นตัวกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการคิดวิจารณ์ญาณ การคิดอย่างมีเหตุผล และตัดสินใจที่จะแสดงออกถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีเวลาเพียงพอในการคิดและตอบสนองออกมา ไม่ถูกกดดันจากสภาพแวดล้อมหรือตัวผู้ป่วย ทำให้ได้ผลการประเมินที่สะท้อนคุณลักษณะนี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการประเมินเพื่อพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกด้วยการสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษาในห้องปฏิบัติการโดยใช้สถานการณ์จำลองผู้ป่วยในคลินิกด้วยการใช้หุ่นจำลองผู้ป่วย เนื่องจากประเมินในสถานการณ์จริงทำได้ยาก การประเมินโดยใช้แบบทดสอบ การประเมินจากการเขียนสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล และการประเมินหลังการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยภาพรวม ซึ่งยังไม่มีมีการประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกที่เป็นส่วนย่อยของแต่ละตัวบ่งชี้ จึงทำให้ไม่สามารถพัฒนาทักษะนี้ได้ อย่างแท้จริง ส่งผลให้พยาบาลที่จบใหม่ยังพร่องทักษะของการตัดสินใจทางคลินิกที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลด้วยการใช้สถานการณ์ในคลินิกด้านการพยาบาล สูตรศาสตร์ที่มีภาวะผิดปกติ ซึ่งเหมาะสมสำหรับประเมินความสามารถในการวิเคราะห์และตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ได้สารสนเทศที่ถูกต้องมากที่สุดสำหรับการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาล ช่วยให้มีสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพให้เกิดขึ้นในตัวนักศึกษาพยาบาลเอง โดยมีวิธีการวัดประเมินที่เหมาะสม ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณลักษณะ ด้วยการใชแบบวัดที่มีคุณภาพซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อพัฒนา

คุณลักษณะที่ต้องการให้เกิดกับนักศึกษาพยาบาล ได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสู่ศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสู่ศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของแทนเนอร์ (Tanner, 2006) และแนวคิดของการวัดประเมินการตัดสินใจทางคลินิกของลาซาเตอร์ (Lasater, 2007) ร่วมกับการรวบรวมเนื้อหาทฤษฎีของการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ที่มีภาวะผิดปกติ และประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลมารดาและทารกคลอดที่มีภาวะผิดปกติ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสู่ศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล โดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การตั้งข้อสังเกต การตีความ การตอบสนอง และการสะท้อนคิด และ 11 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) การตั้งข้อสังเกต มี 3 ตัวบ่งชี้ คือ การสังเกต จุดเน้น การจำแนกสิ่งผิดปกติ และการแสวงหาข้อมูล 2) การตีความ มี 2 ตัวบ่งชี้ คือ การจัดลำดับความสำคัญของข้อมูล และการสรุปประเด็นปัญหา 3) การตอบสนอง มี 4 ตัวบ่งชี้ คือ การวางแผน การปฏิบัติ ทักษะการปฏิบัติ การสื่อสาร และพฤติกรรมกรรมการแสดงออกอย่างมีความมั่นใจ 4) การสะท้อนคิด มี 2 ตัวบ่งชี้ คือ การวิเคราะห์และประเมินตนเอง และความมุ่งมั่นปรับปรุงตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลที่ได้รับการรับรองและเห็นชอบหลักสูตรจาก

สภาการพยาบาล แบ่งเป็น 4 สังกัด คือ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา สถาบันการศึกษาเอกชน และสังกัดอื่น ๆ โดยผ่านการเรียนการสอนภาคทฤษฎีของรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ที่มีภาวะผิดปกติมาแล้ว

ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนการสอนภาคทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ที่มีภาวะผิดปกติมาแล้ว กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์องค์ประกอบของ Hair, Black, Babin, Anderson, and Tatham (2006) คือ ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 20 เท่าของตัวแปร ซึ่งในการวิจัยนี้มีตัวแปร 11 ตัว จึงได้ขนาดตัวอย่างน้อยจำนวน 220 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็น 300 คน โดยตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จากสถาบันการศึกษา 4 แห่งของแต่ละสังกัดที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ 55 คน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต 38 คน วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 92 คน และคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ 115 คน ซึ่งได้ตัวอย่างที่ตอบข้อมูลสมบูรณ์เพียงพอในการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือจำนวนทั้งสิ้น 260 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสถานการณ์ปัญหาของมารดาหรือผู้คลอดในคลินิกที่มีภาวะผิดปกติ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองเพื่อให้ผู้ตอบให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาที่มีภาวะผิดปกติที่พบบ่อยและที่สำคัญในคลินิกครอบคลุมระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปเก็บข้อมูลกับอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ จำนวน 10 คน เพื่อนำมาสร้างสถานการณ์ปัญหาในคลินิก

2. แบบสอบถามทักษะการปฏิบัติ การสื่อสาร และพฤติกรรมการแสดงออกกับมารดา หรือผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์จำลอง ผู้ป่วยในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด จำนวน 3 สถานการณ์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปเก็บข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพด้านสูติศาสตร์ จำนวน 30 คน เพื่อนำมาสร้างข้อคำถามและตัวเลือกคำตอบ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 111/2560 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมแพทยทหารเรือ เลขที่ COA-NMD-REC034/60 ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสถาบันการศึกษาตัวอย่าง ชี้แจงขั้นตอนการทําวิจัย ชี้แจงโครงการและสิทธิ์การยินยอมเข้าร่วมวิจัยแก่ตัวอย่างและให้ลงนามยินยอมตามความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาในคลินิกที่มีความเหมาะสมในการประเมินการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อสำรวจสถานการณ์ปัญหาในคลินิกของมารดาหรือผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติแล้วนำมาสร้างสถานการณ์จำลองผู้ป่วยสำหรับพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิก มีขั้นตอนคือ

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา เกี่ยวกับเนื้อหาของการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ที่มีภาวะผิดปกติ

2. สร้างแบบสอบถามเพื่อสำรวจสถานการณ์ปัญหาและเก็บข้อมูลกับอาจารย์พยาบาล

3. วิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาของมารดาหรือผู้คลอด เพื่อนำมาสร้างสถานการณ์จำลอง

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิก มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสังเคราะห์โมเดลการวัดการตัดสินใจทางคลินิก

2. ตรวจสอบความเหมาะสมของกรอบแนวคิด และความตรงเชิงเนื้อหาของตัวบ่งชี้

3. กำหนดจุดมุ่งหมายของการวัด จัดทำแผนผังการสร้างข้อสอบ ออกแบบข้อสอบ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) กับอาจารย์พยาบาล

4. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติ การสื่อสาร และพฤติกรรมการแสดงออกกับมารดาหรือผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติ และเก็บรวบรวมข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลสูติศาสตร์

5. สร้างแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกตามตัวบ่งชี้ที่ 1 - 9 จากการสนทนากลุ่มและแบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพ

6. ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

7. นำแบบวัดไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดทั้งคุณภาพข้อสอบรายข้อ ความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้าง และปรับปรุงข้อสอบ

8. ติดต่อประสานงานกับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลเพื่อเข้าพบตัวอย่างภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลทั้ง 4 แห่ง โดยผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เนื้อหาสถานการณ์ทางคลินิกจากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิดของอาจารย์พยาบาล และสังเคราะห์เนื้อหาสำหรับสร้างข้อสอบจากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิดของพยาบาลวิชาชีพ

2. วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของตัวบ่งชี้ นิยามตัวบ่งชี้ และความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

3. วิเคราะห์คุณภาพของข้อสอบรายข้อ และความเที่ยงในแบบวัด ด้วยทฤษฎีการตอบสนองข้อสอบ โดยใช้โปรแกรม MULTILOG

4. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง โดยใช้โปรแกรม LISREL

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสุติศาสตร์ แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสุติศาสตร์ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของ Tanner (2006) และ Lasater (2007) ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของกรอบแนวคิดและความตรงเชิงเนื้อหาของตัวบ่งชี้โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 11 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การตั้งข้อสังเกต แบ่งเป็น 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ตัวบ่งชี้ที่ 1 การสังเกตจุดเน้น ตัวบ่งชี้ที่ 2 การจำแนกสิ่งผิดปกติ ตัวบ่งชี้ที่ 3 การแสวงหาข้อมูล องค์ประกอบที่ 2 การตีความ แบ่งเป็น 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ตัวบ่งชี้ที่ 4 การจัดลำดับความสำคัญของข้อมูล และตัวบ่งชี้ที่ 5 การสรุปประเด็นปัญหา องค์ประกอบที่ 3 การตอบสนอง แบ่งเป็น 4 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ตัวบ่งชี้ที่ 6 การวางแผนการปฏิบัติ ตัวบ่งชี้ที่ 7 ทักษะการปฏิบัติ ตัวบ่งชี้ที่ 8 การสื่อสาร และตัวบ่งชี้ที่ 9 พฤติกรรมการแสดงออกอย่างมีความมั่นใจ และองค์ประกอบที่ 4 การสะท้อนคิด แบ่งเป็น 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ตัวบ่งชี้ที่ 10 การวิเคราะห์และประเมินตนเอง และตัวบ่งชี้ที่ 11 ความมุ่งมั่นปรับปรุงตนเอง มีลักษณะเป็นแบบวัดเชิงสถานการณ์ต่อเนื่อง จำนวน 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ระยะตั้งครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง 2) ระยะคลอดที่ผู้คลอดมีภาวะการคลอดยาก และ 3) ระยะหลังคลอดที่มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื้อหาและคำถามที่สร้างขึ้นในแต่ละสถานการณ์ใช้ตอบคำถามตามตัวบ่งชี้ 11 ตัว ด้วยข้อคำถามที่ต่อเนื่องกัน โดยแต่ละสถานการณ์มีคำถามจำนวน

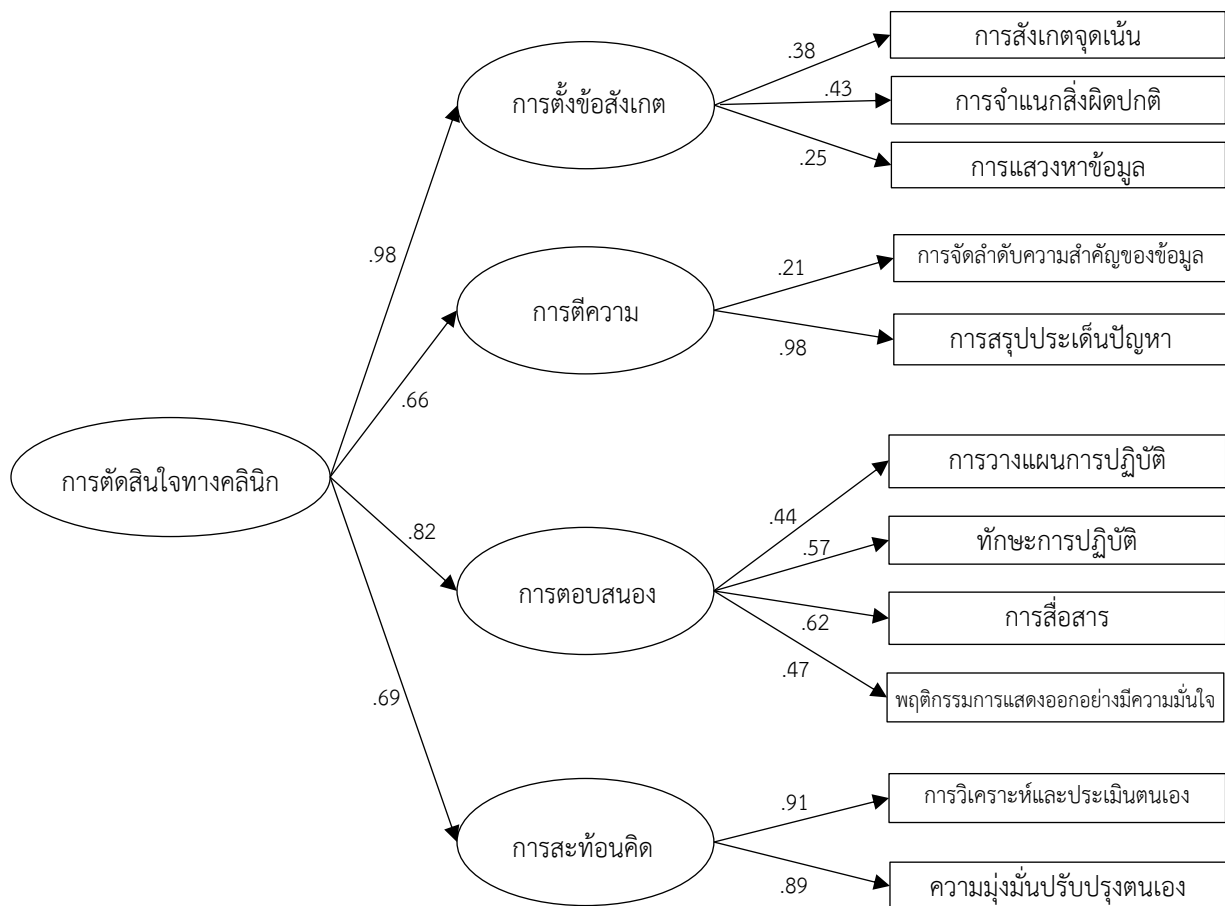
11 ข้อ ลักษณะคำถามข้อ 1 - 9 เป็นแบบปรนัย ให้เลือกตอบหลายตัวเลือก แบ่งคำถามข้อ 1 2 และ 3 เป็นตัวเลือกคำตอบแบบตรวจสอบรายการ (check list) ให้เลือกตอบมากกว่า 1 คำตอบ ข้อ 4 และ 6 เป็นตัวเลือกคำตอบแบบจัดกลุ่ม ข้อ 5, 7, 8 และ 9 เป็นตัวเลือกคำตอบแบบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบคำตอบเดียว ส่วนข้อ 10 และ 11 เป็นการประเมินตนเอง มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ รวมมีคำถามทั้งหมด 33 ข้อ แต่ละข้อมีการตรวจให้คะแนนแบบหลายค่าเป็น 3, 2, 1 และ 0 คะแนน ตามเกณฑ์การให้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งกำหนดให้เกณฑ์ผ่านของคะแนนคือ ร้อยละ 70 ขึ้นไป ตามเกณฑ์ของคะแนนภาคปฏิบัติ และมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน พบว่า ข้อคำถามและตัวเลือกคำตอบมีค่า IOC ระหว่าง .14 - 1.00 โดยมีข้อคำถามที่ตัวเลือกคำตอบไม่ผ่านเกณฑ์ (ค่า IOC < .50) จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยได้มีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำไปทดลองใช้

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสุติศาสตร์ พบว่า คำถามทั้งหมด 33 ข้อ มีคำถามจำนวน 31 ข้อ ที่มีอำนาจจำแนกดีและค่าพารามิเตอร์ Threshold ของแต่ละรายการคำตอบเป็นค่าที่เรียงลำดับ $\beta_3 > \beta_2 > \beta_1$ แต่มีคำถามจำนวน 2 ข้อ ที่ควรปรับปรุง ได้แก่ คำถามวัดตัวบ่งชี้ที่ 8 คือ การสื่อสารในสถานการณ์ของผู้คลอดที่มีภาวะการคลอดยาก และคำถามวัดตัวบ่งชี้ที่ 5 คือ การสรุปประเด็นปัญหาในสถานการณ์ของมารดาที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงตัวเลือกคำตอบให้มีความเหมาะสมชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยมีค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .70 แสดงว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

3. ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสุติศาสตร์ พบว่า ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ วัดจากตัวแปรสังเกตได้ 11 ตัว และโมเดลสมมติฐานทางทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูล

เชิงประจักษ์ โดยมีค่า $Chi-square (df = 41) = 39.35, p = .544$ และเมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์องค์ประกอบอันดับที่หนึ่ง ซึ่งเป็นโมเดลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบกับตัวบ่งชี้พบว่า ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดในองค์ประกอบที่ 1 การตั้งข้อสังเกต คือ การจำแนกสิ่งผิดปกติ องค์ประกอบที่ 2 การตีความ คือ การสรุปประเด็นปัญหา องค์ประกอบที่ 3

การตอบสนอง คือ การสื่อสาร และองค์ประกอบที่ 4 การสะท้อนคิด คือ การวิเคราะห์และประเมินตนเอง ส่วนผลการวิเคราะห์องค์ประกอบอันดับที่สองที่เป็นโมเดลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจทางคลินิกกับองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ การตั้งข้อสังเกต รองลงมาคือ การตอบสนอง การสะท้อนคิด และการตีความ ตามลำดับ ดังภาพ 1)



$Chi-square (df = 41) = 39.35, p = .544, GFI = .97, AGFI = .96, RMR = .04, RMSEA = .000$

ภาพ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของโมเดลการตัดสินใจทางคลินิก

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ พบว่า แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ที่พัฒนาขึ้น พัฒนาตามกรอบแนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของ Tanner (2006) และ Lasater (2007)

มีความแตกต่างจากเครื่องมือวัดการตัดสินใจทางคลินิกที่ผ่านมาที่ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษาในห้องปฏิบัติการสถานการณ์จำลอง ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติงานเป็นทีมและประเมินด้วย Rubric scoring การประเมินตนเองด้วย Rating scale หรือการใช้แบบสอบถามหลายตัวเลือก

(Gerdeman, Lux, & Jacko, 2013; Johnson et al., 2013; Lasater & Nielsen, 2009; Lindsey & Jenkins, 2013) โดยแบบวัดที่พัฒนานี้สามารถประเมินนักศึกษาเป็นรายบุคคลได้พร้อมกันจำนวนมาก รวมทั้งครอบคลุมพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย โดยไม่ต้องทำการประเมินในห้องปฏิบัติการ จึงเหมาะสำหรับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลที่ยังไม่มีห้องปฏิบัติการสถานการณ์จำลองทางคลินิก นอกจากนี้ แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสู่ศาสตร์ยังมีลักษณะเป็นแบบทดสอบที่วัด 11 ตัวบ่งชี้ มีโครงสร้างเดียวกับกระบวนการพยาบาล ตัวบ่งชี้แต่ละตัวมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกัน จึงสามารถสร้างแบบวัดเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบชนิดกำหนดสถานการณ์ต่อเนื่องได้ และใช้สำหรับวัดความสามารถด้านการแก้ปัญหาตามข้อมูลสถานการณ์ที่กำหนดให้ โดยระหว่างข้อคำถามจะมีการแทรกสถานการณ์ย่อยใหม่ที่มีความต่อเนื่องจากปัญหาเดิมตามลำดับของเหตุการณ์ แล้วถามคำถามต่อไป จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้วัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ สถานการณ์ทางคลินิกด้านสู่ศาสตร์ที่ใช้ยังมีความสำคัญและพบบ่อยในคลินิก จึงเหมาะสมสำหรับการประเมินการตัดสินใจทางคลินิกตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และเพื่อให้เกิดประโยชน์กับนักศึกษามากที่สุด ควรส่งเสริมการเรียนรู้เพิ่มเติมโดยการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่หลากหลายมากขึ้น

จากศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวบ่งชี้ที่ 1, 2 และ 3 ในองค์ประกอบแรกเป็นทักษะที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาของสถานการณ์ นักศึกษาพยาบาลจึงต้องผ่านการเรียนในรายวิชาที่เกี่ยวข้องมาก่อน ดังนั้น ข้อคำถามที่ 1 2 และ 3 จึงเป็นข้อสอบปรนัยเลือกตอบที่มีตัวเลือกแบบตรวจสอบรายการ (check list) ให้เลือกตอบมากกว่า 1 ตัวเลือก

ตัวบ่งชี้ที่ 4 และ 6 เป็นการวัดลำดับความสำคัญของข้อมูล และการวางแผนการปฏิบัติ จึงควรมีการให้เลือกตอบโดยเรียงลำดับความสำคัญของข้อมูลหรือการปฏิบัติก่อนหลังจึงจะเหมาะสมกับ

การวัดตัวบ่งชี้ แต่เนื่องจากข้อมูลสนับสนุนสำหรับการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลมีข้อมูลสำคัญหลายข้อประกอบกัน ผู้เชี่ยวชาญจึงมีความเห็นให้การเลือกตอบเป็นแบบจัดแบ่งเป็นกลุ่มของข้อมูลหรือการปฏิบัติที่มีความสำคัญมาก และกลุ่มที่สำคัญรองลงมา หรือกลุ่มที่ไม่สำคัญหรือไม่เกี่ยวข้องจะเหมาะสมกับความเป็นจริงทางการปฏิบัติมากกว่า

ตัวบ่งชี้ที่ 5 เป็นการวิเคราะห์ว่าปัญหาใดสำคัญที่สุดและลำดับรองลงมา ตัวเลือกคำตอบจึงเป็นการเลือกตอบคำตอบเดียวที่ถูกต้องที่สุดและตัวเลือกเป็นคำตอบที่ถูกต้องลำดับถัดมา จนถึงไม่ถูกต้อง จะทำให้เห็นประโยชน์ของการเรียนรู้ว่าในผู้ป่วยรายหนึ่งมีปัญหาเกิดขึ้นได้หลายปัญหา แต่ในสถานการณ์หนึ่งนักศึกษาสามารถวิเคราะห์หรือตัดสินใจได้หรือไม่ว่า ปัญหาใดสำคัญที่สุดหรือเป็นปัญหาลำดับรองลงมา หรือไม่ใช่ปัญหารายนี้

ตัวบ่งชี้ที่ 7, 8 และ 9 เป็นการวัดจิตพิสัยและทักษะพิสัย ด้วยการสร้างตัวเลือกคำตอบให้เลือกตอบว่าควรปฏิบัติเช่นไร มีลักษณะคำตอบที่มีระดับความถูก-ผิดต่างกัน

ดังนั้น ข้อคำถามที่ 5, 7, 8 และ 9 จึงมีตัวเลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบคำตอบเดียว

ตัวบ่งชี้ที่ 10 และ 11 เป็นการประเมินตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า

ดังนั้น แบบวัดนี้จึงเป็นแบบทดสอบที่มีลักษณะคำตอบหลากหลายรูปแบบในแบบวัดฉบับเดียว เพื่อให้เหมาะกับตัวบ่งชี้ที่ต้องการวัด และการให้คะแนนของแต่ละข้อมีลักษณะการให้คะแนนหลายค่าตามตัวเลือกคำตอบ เป็น 4 ระดับ คือ 3, 2, 1 และ 0 คะแนน เนื่องจากคำตอบมีหลายคำตอบที่มีระดับความสำคัญแตกต่างกัน ไม่ได้คำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว

2. ผลการวิเคราะห์คุณภาพของแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกด้านการพยาบาลสู่ศาสตร์ รายข้อ พบว่า ข้อคำถามทั้ง 31 ข้อ มีคุณภาพเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ แต่คำถามจำนวน 2 ข้อ ยังต้องมีการปรับปรุงให้เหมาะสม เนื่องจากมีค่าพารามิเตอร์ Threshold ของแต่ละรายการคำตอบ

เป็นค่าที่ไม่เรียงลำดับ $\beta_3 > \beta_2 > \beta_1$ แสดงว่า ผู้ที่มีความสามารถสูง หรือ θ สูง ไม่มีโอกาสตอบได้คะแนนสูง (Kanjawasee, 2012) ในคำถามวัดตัวบ่งชี้ที่ 8 คือ การสื่อสารในสถานการณ์ของผู้คลอดที่มีภาวะการคลอดยาก และคำถามวัดตัวบ่งชี้ที่ 5 คือ การสรุปประเด็นปัญหาในสถานการณ์ของมารดาที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากคำถามของตัวบ่งชี้แต่ละตัวในทุกสถานการณ์เป็นคำถามที่มีลักษณะข้อความเหมือนกัน จึงควรพิจารณาที่ตัวเลือกคำตอบ ซึ่งเมื่อพิจารณาตัวเลือกคำตอบของคำถามข้อ 8 ในสถานการณ์ที่ 2 ซึ่งเป็นข้อความของการให้ข้อมูลกับผู้คลอดเกี่ยวกับอาการปัจจุบัน แผนการรักษาและการช่วยเหลือเพื่อให้คลายความกังวล มีข้อความของตัวเลือกคำตอบ 1 คะแนน ใช้คำพูดไม่เหมาะสมทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจผิดและเลือกคำตอบที่ได้ 0 คะแนน มากกว่าคำตอบ 1 คะแนน จึงควรปรับตัวเลือกคำตอบ 1 คะแนน ให้เหมาะสม ส่วนคำถามข้อ 5 ในสถานการณ์ที่ 3 เป็นการสรุปปัญหาของมารดา มีตัวเลือกคำตอบของปัญหาที่ไม่ชัดเจนทำให้นักศึกษาเลือกคำตอบที่ได้ 0 คะแนน มากกว่าคำตอบ 1 คะแนน และ 2 คะแนน จึงควรปรับตัวเลือกคำตอบ 0 คะแนน และ 1 คะแนน ให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ที่มีความสามารถสูง (θ สูง) มีโอกาสตอบได้คะแนนสูง

3. ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของการตัดสินใจทางคลินิก โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า โมเดลการตัดสินใจทางคลินิกมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 (df = 41) = 39.35, p = .544) มีค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .97 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ .96 ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษในรูปคะแนนมาตรฐาน (RMR) เท่ากับ .04 ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือมาตรฐาน (RMSEA) เท่ากับ .000 ซึ่งสอดคล้องกับ Kanjanawasee (2013) ที่กล่าวว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเป็นการแสดงหลักฐานความตรงเชิงโครงสร้าง โดยหลักฐานที่แสดงนั้นเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของ

โมเดลกับข้อมูล หากโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลจะบ่งชี้ถึงโมเดลองค์ประกอบที่ศึกษาเป็นหลักฐานที่ดีสำหรับยืนยันองค์ประกอบที่ทำการวัด ดังนั้น แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกจึงมีความตรงเชิงโครงสร้างสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shin, Park, and Shim (2015) และในการศึกษานี้ยังพบว่า องค์ประกอบการตั้งข้อสังเกตมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ .98 เนื่องจากเป็นองค์ประกอบระดับแรกของการประเมินความรู้ความเข้าใจของนักศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในเนื้อหาของสถานการณ์ เป็นทักษะพื้นฐานที่ต้องมีก่อนพัฒนาทักษะอื่นในระดับที่สูงขึ้น คือ การวิเคราะห์ปัญหาและตัดสินใจให้การพยาบาล หากขาดความรู้หรือทักษะในองค์ประกอบนี้ จะไม่สามารถพัฒนาทักษะระดับที่สูงขึ้นในองค์ประกอบอื่นได้ รองลงมา คือ องค์ประกอบการตอบสนองมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ .82 สูงกว่าองค์ประกอบการตีความ เนื่องจากองค์ประกอบนี้มีทักษะการพยาบาลสำคัญที่บ่งบอกความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก คือ การวางแผนการปฏิบัติ และทักษะการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. อาจารย์พยาบาลและอาจารย์นิเทศในคลินิกสามารถนำแบบวัดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประเมินการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติในคลินิก ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ที่มีภาวะผิดปกติ เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการเตรียมความพร้อมหรือให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงและพัฒนา นักศึกษาพยาบาล

2. อาจารย์พยาบาลและอาจารย์นิเทศ นักศึกษาพยาบาลในคลินิกสามารถนำผลการประเมินที่ได้หลังฝึกปฏิบัติด้วยแบบวัดนี้ มาใช้เป็นข้อมูลเพื่อปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในคลินิกหรือส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลให้มีความถูกต้องมากขึ้น

3. ควรพัฒนาแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกที่ครอบคลุมเนื้อหาวิชาทั้งหมด และมีความหลากหลายของสถานการณ์ เพื่อให้ผลการวัดครอบคลุมและถูกต้องมากยิ่งขึ้น

4. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิก และพัฒนารูปแบบหรือวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาความสามารถด้านตัดสินใจทางคลินิกเพื่อประโยชน์ในการทำงานในวิชาชีพพยาบาลในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: A practical approach* (5th ed.). St. Louis: Saunders.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/BEdraft.pdf>
- Gerdeman, J. L., Lux, K., & Jacko, J. (2013). Using concept mapping to build clinical judgment skills. *Nursing Education in Practice*, 13, 11-17.
- Hair, J., Black W., Babin, B., Anderson, R. & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). New Jersey, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Johnson, E. A., Lasater, K., Hodson-Carlton, K., Siktberg, L., Sideras, S., & Dillard, N. (2012). Geriatrics in simulation: Role modeling and clinical judgment effect. *Nursing Education Perspectives*, 33(3), 176-180.
- Kanjanawasee, S. (2012). *Modern test theory* (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University.
- Kanjanawasee, S. (2013). *Classical test theory* (7th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University.
- Lasater, K., & Nielsen, A. (2009). Reflective journaling for clinical judgment development and evaluation. *Educational Innovations*, 48(1), 40-44.
- Lasater, K. (2007). Clinical judgment development: Using simulation to create an assessment rubric. *Journal of Nursing Education*, 46(11), 496-503.
- Lindsey, P. L., & Jenkins, S. (2013). Nursing students' clinical judgment regarding rapid response: The influence of a clinical simulation education intervention. *Nursing Forum*, 48(1), 61-70.
- Mann, J. W. (2010). *Promoting curriculum choices: Critical thinking and clinical judgment skill development in baccalaureate nursing students*. University of Kansas, Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Shin, H., Park, C. G., & Shim, K. (2015). The Korean version of the Lasater clinical judgment rubric: A validation study. *Nurse Education Today*, 35, 68-72.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.



ระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่¹ A POSTPARTUM WOMEN EDUCATIONAL SYSTEM ON MOBILE DEVICE

ฐิตารีย์ ศรีหาเวช²
Thitaree Srihawech

ศิริภัทรา จุฑามณี²
Siripattra Juthamanee

กฤษฎา มาลีวงศ์³
Krissada Maleewon

เอกวุฒิ สุจร⁴
Aekavute Sujarae

กัลยา เตชาเสถียร⁵
Kanlaya Techasatian

¹วิจัยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยชินวัตร

This research was founded by Shinawatra University

²อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี 12160

Lecturer, School of Nursing, Shinawatra University, Pathum-Thani, 12160, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี 12160

Assist Professor, School of Science and Technology, Shinawatra University, Pathum-Thani, 12160, Thailand

⁴อาจารย์ ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี 12160

Lecturer, School of Science and Technology, Shinawatra University, Pathum-Thani, 12160, Thailand

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.อ. หญิง ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี 12160

Assist Professor, Police Colonel, School of Nursing, Shinawatra University, Pathum-Thani, 12160, Thailand

Author Email: jsmeow@gmail.com

Received: February 19, 2019

Revised: November 7, 2019

Accepted: December 25, 2019

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดบนโทรศัพท์มือถือ และศึกษาความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการใช้งานระบบ ตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด โรงพยาบาล ปทุมธานี จำนวน 125 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามออนไลน์สำหรับสอบถามข้อมูล คุณลักษณะของมารดาและความพึงพอใจในการใช้ระบบการให้ความรู้สำหรับมารดาหลังคลอดมีลักษณะเป็นมาตร ประเมินค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดบน อุปกรณ์เคลื่อนที่ในภาพรวมในระดับดี ($M = 4.48$, $SD = .51$) โดยมีความพึงพอใจในด้านความทันสมัยของข้อมูล ต่าง ๆ สูงสุด ($M = 4.68$, $SD = .60$) รองลงมา คือ เป็นแหล่งความรู้และสามารถนำไปอ้างอิงได้ ($M = 4.57$, $SD = .66$) มีการจัดลำดับของข้อมูลต่าง ๆ ที่ดี ($M = 4.52$, $SD = .73$) และมีความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล ($M = 4.52$, $SD = .63$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : ระบบการให้ความรู้, มารดาหลังคลอด, เว็บแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่

Abstract

The purposes of this research were to develop a mobile web-based health education system for postpartum women and to study user satisfaction level. A responsive web application was used as a mean to deliver health information to 125 postpartum women at Pathum-Thani Hospital. Research instruments were online five-scale questionnaires used to collect user satisfaction level and data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results indicated that the overall samples' satisfaction with a mobile web-based health education system was at a high level ($M = 4.48$, $SD = .51$). The satisfaction with the up-to-date information was the highest level ($M = 4.68$, $SD = .60$). Their satisfaction with referable knowledge ($M = 4.57$, $SD = .66$), well-structured information ($M = 4.52$, $SD = .73$), and fast access time ($M = 4.52$, $SD = .63$) was at high levels, respectively.

Keywords : education system, postpartum women, mobile web-based application

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มารดาในระยะหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม ประกอบกับหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากการเป็นภรรยา ยังมีหน้าที่เป็นมารดาที่ต้องดูแลบุตร นับเป็นช่วงวิกฤตที่สำคัญของชีวิต ในช่วงแรกหลังคลอด มารดาอาจมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร้องไห้ไม่มีเหตุผล หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นผลให้เกิดความเครียดและความผิดปกติทางอารมณ์ (Kongsuriya-nawin, Khunrattanaporn, & Techatri-sak, 2012) จากการวิจัยในมารดาที่มีบุตรคนแรกพบว่า ร้อยละ 25 ของมารดาที่มีบุตรคนแรกประสบความยุ่งยากในการปรับตัวต่อการเป็นมารดา เนื่องจากการขาดความรู้และประสบการณ์ของการเป็นมารดามาก่อน ซึ่งความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทของตนเอง ได้ดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก (Curry M.A., 1983) ดังนั้น หากมารดามีความรู้หรือมีข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการสังเกตตนเอง รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอด เช่น การเปลี่ยนแปลงของเต้านม มดลูก น้ำคาวปลา แผลฝีเย็บ อาการเจ็บปวดไม่สุขสบายต่าง ๆ รวมไปถึงข้อมูลในการเลี้ยงดูบุตรจะช่วยให้

มารดามีความมั่นใจและสามารถปรับตัวผ่านช่วงระยะเวลาหลังคลอดไปได้ แต่ถ้าหากมารดาไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมได้ (Novak & Broom, 1999)

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดมีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด ทั้งนี้ บทบาทการเป็นมารดาประกอบด้วยการดูแลบุตรและการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด เป็นระยะที่สำคัญของการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดา หากมารดามีความมั่นใจและสามารถดูแลทารกได้จะส่งผลให้มารดาประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาต่อไป (Hattakitpanich-kul, Pahuwattanakom, Sereesatian, & Boriboonhiransarn, 2013)

โดยทั่วไปมารดาหลังคลอดบุตรจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลบุตรก่อนจำหน่ายกลับบ้านทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล และมักเป็นการบรรยายตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด ระบบการให้ความรู้มารดาหลังคลอดใช้แผนการสอนและแผ่นพลิกเป็นสื่อการสอน สถานที่สอนใช้ภายในแผนกซึ่งไม่เป็นสัดส่วนและไม่มีความเหมาะสม เนื้อหาในการสอน

สุขศึกษาแก่มารดาหลังคลอดมีค่อนข้างมาก ต้องใช้เวลาในการสอนนาน ทำให้มารดาเกิดความเบื่อหน่ายในการนั่งฟัง อีกทั้งสภาพร่างกายของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด และพลังงานจากการคลอด อาการปวดแผลฝีเย็บ ปวดแผลผ่าตัด ปวดมดลูก รวมทั้งความวิตกกังวลที่ต้องแยกจากบุตรในขณะที่ฟังสอนสุขศึกษาที่เป็นปัจจัยให้มารดาไม่สามารถรับความรู้ในขณะที่สอนได้ครบถ้วน กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ความรู้มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเพียง 1 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 45 - 60 นาที (Legtae, 2009) อีกทั้งมารดาหลังคลอดยังมีสภาพร่างกายอ่อนล้าจากการคลอดและการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอจากการที่บุตรร้องกวนกลางดึกส่งผลให้มารดามีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลจากการสอนของพยาบาล

สื่อการเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเพลิดเพลิน ไม่น่าเบื่อหน่ายส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้เป็นอย่างดี และก่อให้เกิดกระบวนการคิดตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (Intarakam-hang, 2010) แต่จากการสังเกตระหว่างการสอนและประเมินความรู้ก่อนกลับบ้านที่ผ่านมาพบว่า มารดาหลังคลอดไม่ได้ให้ความสนใจเท่าที่ควร และไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ที่ได้เรียนไปได้อย่างถูกต้อง และจากข้อมูลการเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดที่งานอนามัยชุมชนประสานกลับมาที่แผนกสูติกรรมพบว่า มารดาหลังคลอดปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการดูแลตนเองหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้น การพัฒนาระบบการให้ความรู้กับมารดาหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการดูแลบุตรที่เหมาะสมกับบริบทการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจุบันเว็บไซต์เป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลและความรู้ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเว็บไซต์ให้ความรู้ด้านการพยาบาลถูกเผยแพร่อยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งเว็บไซต์เหล่านั้นเน้นการแสดงผลบนระบบ

คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลซึ่งมีขนาดใหญ่ แต่ด้วยการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว จนมีอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่สามารถทดแทนคอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่ได้ เช่น โทรศัพท์มือถือ และคอมพิวเตอร์เน็ตบุ๊ก เป็นต้น (Keawkaw, Kregkulthorn, Yingrengreung, Chamnan-seua, & Choomchai, 2017) ทำให้ผู้ใช้สะดวกต่อการใช้งาน สามารถสืบค้นหาความรู้ผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ได้ทุกที่ ทุกเวลา

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาระบบการให้ความรู้และมีระบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้งานระบบกับผู้พัฒนาระบบ โดยจากการศึกษาองค์ประกอบเว็บไซต์สารสนเทศด้านสุขภาพพบว่า ปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาเว็บไซต์และเผยแพร่ข้อมูล ได้แก่ ความน่าเชื่อถือและความถูกต้องเนื้อหา การออกแบบและข้อมูลหน้าแรกของเว็บไซต์ และการออกแบบระบบปฏิสัมพันธ์ (Chinthanom, 2008; Khanitsom & Lertpongsumbut, 2014) โดยในการศึกษานี้ได้พัฒนาระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile devices) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการเลี้ยงดูบุตรแก่มารดาหลังคลอดและญาติ อันเป็นการเตรียมความพร้อมและให้ความรู้หรือข้อมูลที่เพียงพอก่อนการจำหน่าย ซึ่งการพัฒนาระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวจะทำในรูปแบบเว็บแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile web-based application) เช่น สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต โดยใช้เทคนิคการออกแบบหน้าจอผู้ใช้งาน (user interface) ให้สามารถรองรับขนาดหน้าจอบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ได้ทุกชนิด (responsive web design) (Champakrai, 2017; Marcotte, 2017) เพื่อให้สามารถแสดงผลสารสนเทศได้ที่ถูกต้องเหมาะสม และการออกแบบระบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างอุปกรณ์เคลื่อนที่และผู้ใช้งาน โดยผู้ใช้งานสามารถสืบค้นข้อมูลในรูปแบบโครงสร้างแบบต้นไม้ (tree structure) เพื่อความสะดวกรวดเร็ว และนำมาซึ่งความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อระบบการให้

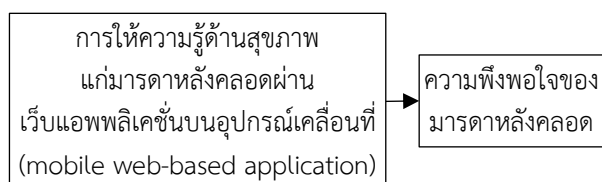
ความรู้ด้านสุขภาพและทำให้มารดาหลังคลอดสามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบให้ความรู้สำหรับมารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการใช้งานระบบให้ความรู้สำหรับมารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ซึ่งระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ของ Orem ใช้ได้กับผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังไม่พร้อมความสามารถหรือขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นกรอบในการพัฒนาระบบการให้ความรู้สำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้ทบทวนให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ มารดาหลังคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 431 คน

ตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดชาวไทยที่มาคลอดหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลปทุมธานี ในเดือน มกราคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2560 คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Yamane (1973) ได้ตัวอย่าง จำนวน 207 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระบบให้ความรู้สำหรับมารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบเว็บแอปพลิเคชันที่สามารถใช้ค้นหาความรู้และการแสดงผลในรูปแบบที่เหมาะสมทั้งบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลและอุปกรณ์เคลื่อนที่ขนาดต่าง ๆ ซึ่งไม่ยึดติดกับบริษัทผู้ผลิตหรือระบบปฏิบัติการ มีสถาปัตยกรรมบนระบบแบบ 3-Tiers Architecture ประกอบด้วย เครื่องลูกข่าย (client) เครื่องเว็บแม่ข่าย (web server) และฐานข้อมูล (database server) โดยเครื่องลูกข่าย ได้แก่ อุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile devices) ซึ่งผู้ใช้งานสามารถเข้าสู่ระบบและสืบค้นความรู้ผ่านทางเว็บเบราว์เซอร์บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ ส่วนเครื่องเว็บแม่ข่ายจะติดตั้งโปรแกรม PHP และ Apache เพื่อประมวลผล และฐานข้อมูลมีการติดตั้งโปรแกรม MySQL เพื่อจัดเก็บ สืบค้น และดูแลรักษาข้อมูลสารสนเทศในระบบ ซึ่งการออกแบบระบบคำนึงถึงความถูกต้อง รวดเร็ว และง่ายต่อการใช้งานและการสืบค้น โดยความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ถูกจัดเตรียมโดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมารดาหลังคลอด ผู้ใช้สามารถสืบค้นความรู้เหล่านี้ได้ในรูปแบบโครงสร้างต้นไม้ (tree structure) จำแนกเป็นรายการหลัก และรายการย่อยแสดงอาการต่าง ๆ พร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ซึ่งความรู้ดังกล่าวถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบในฐานข้อมูล ทั้งนี้มีการกำหนดสิทธิ์ผู้ใช้งานระบบเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ใช้งานทั่วไป สมาชิก และผู้ดูแลระบบ ซึ่งผู้ใช้งานสามารถเข้าไปลงทะเบียนใช้งานได้ที่ <http://nursing.siu.ac.th>

2. แบบสอบถามออนไลน์ (online questionnaire) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

2.2 ความพึงพอใจในการใช้ระบบการให้ความรู้สำหรับมารดาหลังคลอด มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

เครื่องมือทุกชิ้นได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำระบบให้ความรู้สำหรับมารดาหลังคลอดและแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสารสนเทศ จำนวน 1 ท่าน ผลตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามในด้านความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนความเหมาะสมของภาษา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00

ผลการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำไปศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่หนังสือ IRBS 17/01 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2560 และได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามกระบวนการที่กำหนดไว้ โดยคำนึงถึงการให้ข้อมูลที่เป็นจริงครบถ้วน การให้อิสระกับตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย การเก็บรักษาความลับ และการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้ตัวอย่างลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย และให้ตัวอย่างเข้าใช้งานระบบผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อเข้าไปลงทะเบียนใช้งานที่ <http://nursing.siu.ac.th> พร้อมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา เช่น จำนวนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ เป็นต้น แล้วจึงสอนวิธีการค้นหาความรู้ด้านต่าง ๆ ที่มารดาหลังคลอดสนใจ และให้มารดา

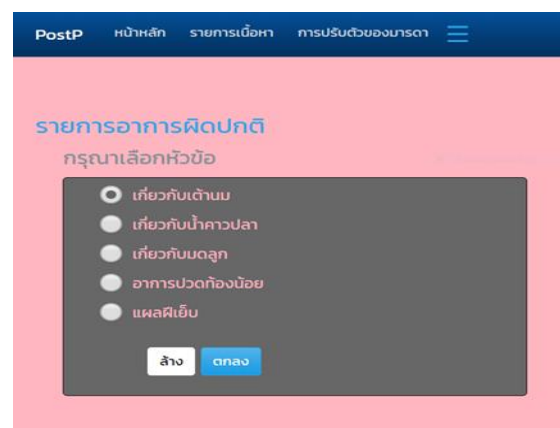
หลังคลอดประเมินผลความพึงพอใจในการใช้ระบบ การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้งานของตัวอย่างตั้งแต่ เดือน มกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

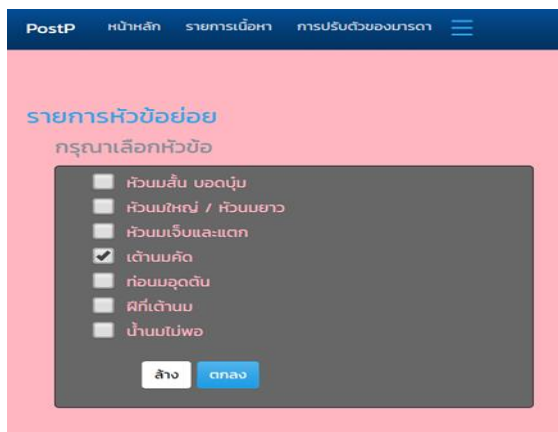
ตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าใช้งานในระบบทั้งสิ้น 194 ครั้ง แต่มีผู้ตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 125 คน และมีตัวอย่างผู้ร่วมวิจัยไม่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 82 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงตัวอย่างคงเหลือ 125 คน คิดเป็นร้อยละ 60.39 ของตัวอย่างที่กำหนดไว้

ผลการใช้งานระบบการให้ความรู้มารดาหลังคลอด ตัวอย่างสามารถสืบค้นข้อมูลแบบโครงสร้างต้นไม้ได้ โดยจำแนกเป็น 5 รายการหลัก ได้แก่ 1) แผลฝีเย็บ 2) เต้านม 3) มดลูก 4) อาการปวดท้องน้อย และ 5) น้ำคาวปลา ดังภาพ 2

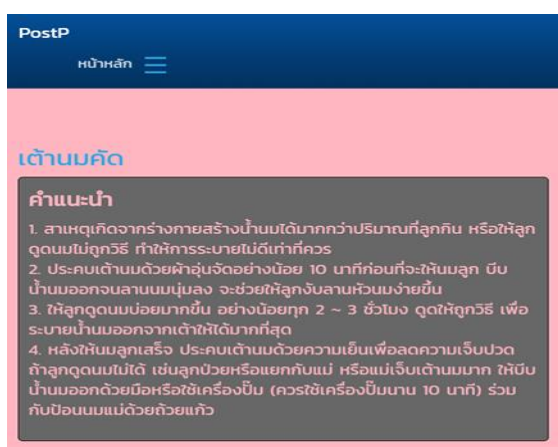


ภาพ 2 รายการหลักของระบบให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอด

แต่ละรายการหลักประกอบด้วยรายการย่อยที่แสดงอาการต่าง ๆ พร้อมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ดังภาพ 3 และ 4 ตามลำดับ



ภาพ 3 รายการย่อยต่าง ๆ ของอาการผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม



ภาพ 4 คำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับอาการเต้านมคัด

นอกจากนี้ ตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด จำนวน 125 คน มีอายุระหว่าง 20 - 43 ปี และมีค่าเฉลี่ยอายุ 25.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ซึ่งยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก (ร้อยละ 42.86) และมีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี (ร้อยละ 43.88) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 36.73) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.63) ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 15.33) ระดับอนุปริญญา (ร้อยละ 11.62) และระดับสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 4.08) ตามลำดับ ประมาณ 1 ใน 3 ของตัวอย่างมีรายได้ครอบคลุมต่อเดือน 10,001 - 15,000 บาท (ร้อยละ 29.59) รองลงมา คือ 15,001 - 20,000 บาท (ร้อยละ 18.37) 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 22.45) และน้อยกว่า

5,000 บาท (ร้อยละ 16.33) และตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพแต่งงาน (ร้อยละ 70.40)

ข้อมูลลักษณะการเข้าใช้งานสืบค้นข้อมูล - ตัวอย่างเข้าใช้งาน จำแนกตามรายการหลัก รวมทั้งสิ้น 194 ครั้ง โดยเลือกสืบค้นความรู้ตามรายการหลักที่ได้รับความสนใจมากที่สุด คือ เต้านม (ร้อยละ 31.44) รองลงมา คือ แผลฝีเย็บ (ร้อยละ 22.68) น้ำคาวปลา (16.49) มดลูก (ร้อยละ 15.98) และอาการปวดท้องน้อย (ร้อยละ 13.41) ตามลำดับ และมีการเข้าใช้งานตามรายการย่อย ดังตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะการเข้าใช้งานจำแนกตามรายการอาการผิดปกติ

รายการอาการผิดปกติ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
เต้านม	61	31.44
• น้ำนมไม่พอ	10	17.54
• เต้านมคัด	16	28.07
• หัตถ์เจ็บและแตก	7	12.28
• หัตถ์สั้น บอดนัม	14	24.56
• หัตถ์ใหญ่/หัตถ์ยาว	10	17.54
• ท่อนมอุดตัน	2	3.51
• ผ่าเต้านม	2	3.51
แผลฝีเย็บ	44	22.68
• ปวดแผลฝีเย็บ	17	41.46
• ปวดแผลมากับประทุกันยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น	12	29.27
• แผลฝีเย็บมีกลิ่นเหม็น	7	17.07
• แผลฝีเย็บบวมแดง แผลแยกออกจากกัน มีไข้ร่วมด้วย	8	19.51
น้ำคาวปลา	32	16.49
• น้ำคาวปลา 1 - 3 วันหลังคลอด	17	53.13
• น้ำคาวปลา 3 - 7 วัน หลังคลอด	9	28.13
• น้ำคาวปลา 7 วันขึ้นไปหลังคลอด	6	18.75
มดลูก	31	15.98
• ลดลง .50 นิ้ว/วัน คลำไม่พบทางหน้าท้อง 14 วัน หลังคลอด	12	40.00
• ลดลงน้อยกว่า .50 - 1 นิ้ว/วัน	6	20.00
• 14 วันหลังคลอด ยังคงคลำพบมดลูกทางหน้าท้อง	6	20.00
• มดลูกหดตัวไม่ดี นิ่ม	7	23.33
อาการปวดท้องน้อย	26	13.41
• ปวดไม่มากพอทนได้	8	30.77

รายการอาการผิดปกติ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
• ปวดท้องร่วมกับเจ็บบริเวณมดลูกหรือฝีเย็บ	4	15.38
• ปวดท้องร่วมกับมีไข้	5	19.23
• ปวดท้องร่วมกับมีตกขาวผิดปกติ	3	11.54
• ปวดท้องร่วมกับมีเลือดออก จากช่องคลอดมากผิดปกติ	6	23.08

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ พบว่า ตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.43

($SD = .51$) และผลความพึงพอใจรายข้อ พบว่า ตัวอย่างมีความพึงพอใจด้านความทันสมัยของข้อมูลต่าง ๆ สูงสุด ($M = 4.68, SD = .60$) รองลงมา คือ เป็นแหล่งความรู้และสามารถนำไปอ้างอิงได้ ($M = 4.57, SD = .66$) และการจัดลำดับของข้อมูลต่าง ๆ ($M = 4.52, SD = .73$) ความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล ($M = 4.52, SD = .63$) ตามลำดับ โดยความพึงพอใจในช่องทางติดต่อ-สอบถาม และให้ข้อเสนอแนะ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 4.20, SD = .95$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความพึงพอใจในการใช้ระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาหลังคลอดบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ ($n = 125$)

ข้อ	รายการ	M	SD
1	ข้อมูลต่าง ๆ ตรงกับความต้องการของท่าน	4.32	.91
2	ความน่าสนใจของข้อมูล	4.32	.74
3	ความครบถ้วนของข้อมูล	4.41	.73
4	การจัดลำดับของข้อมูลต่าง ๆ	4.52	.73
5	ความทันสมัยของข้อมูลต่าง ๆ	4.68	.60
6	ความสะดวกในการค้นหาข้อมูล	4.37	.75
7	ความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล	4.52	.63
8	ข้อมูลสามารถนำไปใช้ประโยชน์และปฏิบัติตามได้	4.50	.63
9	เป็นแหล่งความรู้และสามารถนำไปอ้างอิงได้	4.57	.66
10	ได้รับข้อมูลชี้แนะถูกต้องจากการสนทนาผ่านช่องทางสนทนา	4.20	.95
11	สามารถร้องเรียนหรือแสดงความคิดเห็น	4.34	1.06
12	มีความสวยงามน่าสนใจ	4.34	.68
13	รูปแบบตัวอักษรอ่านง่ายและสวยงาม	4.32	.67
14	ขนาดของตัวอักษรอ่านง่ายและเหมาะสม	4.50	.70
15	มีช่องทางติดต่อ-สอบถาม และให้ข้อเสนอแนะ	4.50	.76
16	โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจ	4.48	.51
รวม		4.43	.73

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบให้ความรู้สำหรับมารดาหลังคลอดบนโทรศัพท์มือถือ ตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 125 ราย มีจำนวนครั้งที่เข้าใช้ข้อมูล 194 ครั้ง แสดงว่า มารดาหลังคลอดมีการเข้าใช้งานระบบต่อคนมากกว่า 1 ครั้ง โดยผู้ใช้งานมีความต้องการใช้งานและเห็นว่าข้อมูลที่รับเป็น

ประโยชน์ แต่มีประเด็นสำคัญ คือ ตัวอย่างเข้าใช้งานและตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 60.39 ถ้าพิจารณาจากปัจจัยด้านรายได้ครอบครัว ตัวอย่างร้อยละ 29.59 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,001 - 15,000 บาท คิดเป็น 1 ใน 3 ของตัวอย่าง ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีรายได้จำกัดที่อาจไม่ได้ใช้โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน นอกจากนี้ การใช้งาน

ระบบต้องเชื่อมต่อผ่านอินเทอร์เน็ต หากตัวอย่างไม่ได้ใช้บริการอินเทอร์เน็ตก็ไม่สามารถเข้าถึงระบบให้ความรู้ได้ จึงอาจเป็นปัจจัยที่ตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบ

กลุ่มผู้ใช้งานระบบมีช่วงอายุหลากหลาย อยู่ระหว่าง 20 - 43 ปี แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุไม่อุปสรรคในการใช้ระบบงานบนอุปกรณ์เคลื่อนที่หรืออุปกรณ์เคลื่อนที่ โดยช่วงอายุที่มีการเข้าใช้ระบบงานมากที่สุดคือ 20 - 29 ปี (ร้อยละ 43.88) หรือ กลุ่มคน Gen Y ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันสูงสุดเฉลี่ย 7.12 ชั่วโมงต่อวัน (Electronic Transactions Development Agency: ETDA, 2017) เมื่อพิจารณาคุณลักษณะด้านการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 36.73) จึงสามารถใช้ระบบอุปกรณ์เคลื่อนที่ในการสืบค้นความรู้ได้อย่างไม่มีปัญหา นอกจากนี้ ผู้ใช้งานที่มีรายได้ครบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 16.33) มีอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่สามารถใช้ระบบได้เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า การใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่เป็นสื่อกลางในการให้ความรู้แก่การตลาดหลังคลอดมีความเหมาะสมและสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้งานที่มีอายุหลากหลาย ไม่จำเป็นต้องมีระดับการศึกษาและรายได้ที่สูงมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Keawkaw et al. (2017) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต การสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ และความรู้เท่าทันสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ของแรงงานกัมพูชาในประเทศไทย พบว่า แรงงานกัมพูชาส่วนใหญ่ทำการสื่อสารในสังคมออนไลน์โดยใช้โทรศัพท์มือถือส่วนตัวเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการเชื่อมต่อมากถึงร้อยละ 88.9 (Keawkaw et al. 2017) และ Pukkaeraka, Wongpiriyayothar, Wongpanarak, and Suwunata (2013) ศึกษาผลของการสื่อสารด้วยคอมพิวเตอร์มือถือต่อความพึงพอใจในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.0) และการสื่อสารด้วยคอมพิวเตอร์มือถือช่วยให้ผู้ป่วยที่

ใส่ท่อช่วยหายใจบอกปัญหาและความต้องการกับพยาบาลได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการสื่อสารมากขึ้น (Pukkaeraka et al., 2013)

ผลการวิเคราะห์ด้านลักษณะการใช้งาน สืบค้นข้อมูลพบว่า รายการที่มารดาหลังคลอดเข้าศึกษาสูงสุด ได้แก่ อาการปวดแผลฝีเย็บ และมีน้ำคาวปลา 1 - 3 วันหลังคลอด รองลงมา คือ เต้านมคัด แสดงถึงอาการที่พบบ่อยในมารดาหลังคลอด หากมารดาได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและทันทั่วทั้งผ่านระบบการสืบค้นข้อมูลจะสามารถช่วยให้มารดามีข้อมูลที่ส่งเสริมการปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ทั้งนี้ จากความถี่ในการสืบค้นที่มีสูงนั้น อาจเป็นเพราะตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรก (ร้อยละ 42.86) จึงมีความวิตกกังวลสูง ทำให้ต้องเข้าไปศึกษามากกว่า 1 ครั้ง

2. ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการใช้งานระบบการให้ความรู้บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.48, SD = .51$) และความพึงพอใจรายข้อ พบว่า ตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบในด้านความทันสมัยของข้อมูลต่าง ๆ สูงสุด ($M = 4.68, SD = .60$) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ดูแลระบบ ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จึงทำให้สามารถเพิ่มเติมความรู้และปรับปรุงข้อมูลผ่านหน้าจอของระบบในฐานะผู้ดูแลระบบได้ง่ายและตลอดเวลา อีกทั้ง ผู้ใช้งานยังเห็นว่าข้อมูลที่สืบค้นได้จากระบบบนอุปกรณ์เคลื่อนที่นั้นเป็นแหล่งความรู้และสามารถนำไปอ้างอิงได้ ($M = 4.57, SD = .66$) และเมื่อพิจารณาการแสดงผลข้อมูลผู้ใช้งานจะเห็นว่า การสืบค้นความรู้มีการจัดลำดับของข้อมูลต่าง ๆ ที่ดี ($M = 4.52, SD = .73$) แสดงให้เห็นว่า การจำแนกข้อมูลเป็นรายงานการหลักและรายการย่อยมีความเหมาะสมและง่ายต่อการสืบค้น นอกจากนี้ การค้นหาความรู้ผ่านระบบบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่มีความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล ($M = 4.52, SD = .63$) แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีด้านที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ช่องทางติดต่อ-สอบถาม และให้ข้อเสนอแนะ ($M = 4.20, S.D = 0.95$) แสดงให้

เห็นว่า ผู้ใช้งานที่มีความต้องการติดต่อสื่อสารกับพยาบาลและ/หรือผู้ใช้งานอื่น ซึ่งสามารถพัฒนาและเพิ่มเติมในระบบได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่มีความถี่ในการสืบค้นบ่อยที่สุด เช่น รายการเกี่ยวกับการให้นมบุตรและอาการผิดปกติของเต้านม หัวนม ไปให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอด

2. สามารถใช้เว็บแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile web-based application) นี้เป็นตัวช่วยของการพัฒนาระบบการให้ความรู้กับ โดยเป็นช่องทางในการให้ข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้รับบริการในปัจจุบัน

3. นำข้อมูลที่ได้จากการใช้งานระบบไปใช้เป็นกรณีศึกษาสำหรับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่อาจแตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน เช่น ความต้องการความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของมารดาหลังคลอดที่พบบ่อย

4. การนำเว็บแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile web-based application) ควรคำนึงถึงความพร้อมของอุปกรณ์ การเข้าถึงและระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการใช้งานระบบ

เอกสารอ้างอิง

Champakrai, N. (2017). WU timeline: Development with social media. *PULINET Journal*, 4(2), 262-268.

Chinthanorn, K. (2008). *Perception of important factors influencing the credibility of health-related websites* (Doctoral dissertation). Chulalongkorn University, Bangkok.

Electronic Transactions Development Agency (ETDA). (2017). *Revealing survey results of internet usage behavior and e-commerce value, showing the readiness of Thailand to become an ASEAN e-commerce owner*. Retrieved from <https://www.eta.or.th/content/thailand-internet-user-profile-2017-and-value-of-e-commerce-survey-in-thailand-2017l-press-conference.html>

Hattakitpanichkul, K., Pahuwattanakorn, V., Sereesatian Y., Boriboonhiransarn, D. (2013). The impact of teaching program involving husband's participation on

teenage mother post-childbirth maternity adjustment. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(4), 84-95

Kaewnnoi, W., & Kaosaiyaporn, O. (2018). A study of knowledge storage behavior in online knowledge respiratory of sport and health to promote knowledge asset of faculty member in faculty of education, Institute of Physical Education, Yala Campus. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University*, 29(1), 1-8.

Keawkaw J., Krongkulthorn, T., Yingrengreung, S., Channansea, P., Choomchai P. (2017). Online social media uses and eHealth literacy of Cambodian workers in Thailand. *Thai Library Association Research Journal*, 10(1), 33-46.

Khanitsorn, R., & Lertpongsombut, I. (2014). Difference designs of websites for health information and communication in the context of a multicultural society. *Information*, 21(2), 83-87.

Kooprasertying, P., & Treeyaprasert, W. (2012). Development of knowledge management website for drug information pharmacists. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 7(1), 29-38.

Kongsuriyanawin, W., Khunrattanaporn, B., & Techatrissak, K. (2012). Affecting postpartum women's mental health. *Thai Journal of Nursing Council*, 25(1), 88-99.

Leenatham, K., & Julvanichpong, T. (2013). The effect of health education program and social support on stress of puerperium. *The Eastern University of Management and Technology Poly Journal*, 11(1), 1-11.

Legtae P. (2009). The effect of providing concrete-objective information on anxiety of mothers of preterm infants with respiratory distress syndrome (Doctoral dissertation). Chulalongkorn University, Bangkok.

Marcotte, E. (2017). *Responsive web design* (4th ed.). Eyrolles.

Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e19.

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medicine Internet Research*, 8(2), e9.

Novak. J. C., & Broom, B. L. (1999). *Maternal and Child Health Nursing* (9th ed.). St. Louis: Mosby, Inc.

Pukkaeraka W., Wongpiriyayothar A., Wongpanarak N., & Suwunata, N. (2013). The effect of communication with handheld computer on satisfaction in communication among endotracheal intubation patients. *Journal of Nurse Association of Thailand, North-Eastern Division*, 31(2), 72-79.

Trakooltascharern, P. (2017). Perception and use of health information through the internet of middle-age people in Phaholyothin road area organization association, Bangkok. *Academic Journal Phranakorn Rajabhat University*, 7(1), 114-120.



การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1
ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
PROJECT-BASED LEARNING INSTRUCTION IN COMMUNITY HEALTH NURSING
PRACTICUM I COURSE FOR THE FOURTH-YEAR POLICE NURSING STUDENTS,
POLICE NURSING COLLEGE

พัชรี กระจ่างโพธิ์

Patcharee Krachangpho

อาจารย์ (สบ3), พ.ต.ท.หญิง, วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ กรุงเทพฯ 10330

Nursing Instructor, Police Lieutenant Colonel, Police Nursing College, Bangkok, 10330, Thailand.

Author E-mail: g.godd@hotmail.com

Received: April 18, 2018

Revised: December 25, 2019

Accepted: December 26, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะการจัดการเรียนรู้รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ในปีการศึกษา 2559 2) พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน และ 3) ประเมินผลการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ปีการศึกษา 2560 ไปใช้ ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 64 คน ตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการในชุมชน จำนวน 30 คน และผู้ให้ข้อมูล คือ ครูพี่เลี้ยง จำนวน 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 2) แบบบันทึกผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 3) แบบประเมินผลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 4) แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้รับบริการ และ 5) แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของครูพี่เลี้ยง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ในปีการศึกษา 2559 พบว่า ยังขาดการบูรณาการการจัดการเรียนรู้ที่หน่วยชุมชนและเป็นการจัดการเรียนรู้ที่ใช้โครงการเฉพาะในส่วนของปัญหาชุมชนเป็นหลักเท่านั้น ซึ่งแยกส่วนกับการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล
2. รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ประกอบด้วย 1) การศึกษาชุมชน 2) การวินิจฉัยชุมชน 3) การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน 4) การดำเนินงาน ซึ่งในขั้นตอนนี้การเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐานต้องมีการค้นหาแนวคิดในการทำโครงการ การวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินโครงการโดยบูรณาการทั้งส่วนของ

ชุมชนและผู้รับบริการรายบุคคล ด้วยกระบวนการพยาบาล และมีการประเมินโครงการ 5) การประเมินผล และ 6) การเผยแพร่โครงการ

3. ผลจากการนำรูปแบบที่พัฒนาได้ไปใช้ พบว่า 1) ผลที่เกิดกับผู้เรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลตำรวจที่เรียนโดยใช้โครงการเป็นฐานอยู่ในระดับดีเยี่ยม 24 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคือ ระดับดีมาก 33 คน คิดเป็นร้อยละ 51.56 และ และระดับดี 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.94 และผลการประเมินการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 อยู่ในระดับมาก ($M = 4.10$, $SD = .83$) 2) ผลที่เกิดกับผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการได้รับความรู้ มีเจตคติที่ดี และได้แนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และ 3) ผลที่เกิดกับสถานบริการ พบว่า การมีโครงการเป็นสิ่งที่ดีและได้นวัตกรรมสำหรับดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ : การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน, รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were 1) to study the instruction in the Community Health Nursing Practicum 1 course academic year 2016, 2) to develop the project-based learning instruction model in the Community Health Nursing Practicum 1 course, and 3) to assess the effect of application of the project-based learning instruction model in the Community Health Nursing Practicum 1 course. The populations were 64 fourth-year police nursing students, academic year 2017. The samples were 30 clients and the key informants were 2 mentor teachers. The research instruments consisted of 1) the project-based learning instruction model for Community Health Nursing Practicum 1 course, 2) the achievement scores in the Community Health Nursing Practicum 1 course, 3) the satisfaction questionnaire toward the curriculum of Bachelor of Nursing, in the Community Health Nursing Practicum 1 course, 4) the semi-structured questionnaire for interviewing the residents' opinions toward the students' project, and 5) the semi-structured questionnaire for interviewing the mentor teachers' opinions toward the project-based learning instruction and its benefits to health care sector. The quantitative data were analyzed using the descriptive statistics: frequency, percentage, average and standard deviation and the qualitative data were analyzed why content analysis.

This research results were as follows:

1. The learning instruction model used in the Community Health Nursing Practicum 1 course academic year 2016, found that the instruction had no integration in the unit of analysis of the community and the individual's problems. The project was used for only the community problem. It was separated from the individual care service.

2. The project-based learning instruction model in the Community Health Nursing Practicum 1, course for the fourth-year police nursing students consisted of 1) community assessment, 2) community diagnosis, 3) community planning 4) community implement: the search for ideas for project assessment, project planning, project implementation, and project evaluation), 5) community evaluation, and 6) promoting or publicizing of the project.

3. The effects of the application of the project-based learning instruction model in the Community Health Nursing Practicum 1 course were as follows: 1) the effects on students' achievement: 24 students (37.50%) were classified as excellent level; 33 students (51.56%) were

classified as very good level; and 7 students (10.94%) were classified as good level. The students' opinions toward the project-based learning instruction approach in the Community Health Nursing Practicum 1 course were at a high level ($M = 4.10$ $SD = .83$); 2) the effects on the clients: they had knowledge, positive attitudes and health care practice guidelines; and 3) the effects on the health care sector: the project was good and there was innovation for health care.

Keywords : project-based learning, community health nursing practicum 1 course

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2553 ระบุไว้ว่า การศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคลและสังคม โดยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม การสืบสานทางวัฒนธรรม การสร้างสรรค์จรรโลงความก้าวหน้าทางวิชาการ การสร้างองค์ความรู้ อันเกิดจากการจัดสภาพแวดล้อม สังคม การเรียนรู้และปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต และในหมวด 4 มาตรา 22 มีสาระสำคัญพอสรุปได้ว่าการจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ การเรียนจึงต้องยึดผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติ และเต็มตามศักยภาพ และมาตรา 24 ระบุว่า การจัดกระบวนการเรียนรู้ ให้สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดเนื้อหา สาระและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสามารถและความถนัดของผู้เรียน โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่าน และเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง (Office of National Education Commission, 2010)

จากการเปลี่ยนในศตวรรษที่ 21 ทำให้ผู้สอนต้องมีความตื่นตัวและเตรียมพร้อมในการ

จัดการเรียนรู้ที่ทันสมัย เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีทักษะเพียงพอที่จะออกไปดำรงชีวิตในโลกศตวรรษที่ 21 ดังนั้น ผู้เรียนในยุคนี้จึงต้องรู้วิธีที่จะเรียนรู้ หรือมีทักษะชีวิตที่ดี (Panich, 2016) อย่างไรก็ตาม การจัดการเรียนรู้ที่ผ่านมา ยังเป็นการจัดการเรียนการสอนแบบดั้งเดิมที่เน้นครูเป็นผู้เรียนได้ท่องจำแต่ตัวหนังสือที่อยู่ในบทเรียน และทำตามคำสั่งของครูจึงเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้เรียนไม่มีโอกาสในการแสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ไม่กล้าคิด ไม่กล้าลงมือทำกิจกรรมที่นอกเหนือจากคำสั่งของผู้สอน ส่งผลให้ผู้เรียนไม่กล้าคิดหรือหาประสบการณ์ใหม่ ๆ ไม่กล้าเผชิญปัญหา ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง คอยระวังหรือกลัวความผิดพลาดเมื่อต้องริเริ่มเรียนรู้สิ่งใหม่

การจัดการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ปีการศึกษา 2559 มีการจัดการเรียนรู้ที่ใช้การอภิปรายและกรณีศึกษาเป็นหลัก เพราะเชื่อว่าการเรียนรู้ร่วมกันจากการอภิปรายกรณีศึกษาจะทำให้ผู้เรียนพยาบาลเข้าใจมากขึ้น และสอดคล้องกับบริบทจริง แต่ก็ยังไม่อาจพัฒนาให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาและหลักสูตรเท่าที่ควร จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ในศตวรรษที่ 21 ผู้สอนควรจัดการเรียนการสอนโดยสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ในทางบวกให้เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น และจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติมากกว่าการท่องจำ รวมทั้งกระตุ้นให้สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ และหนึ่งในวิธีการสอนที่พบว่า

มีประสิทธิภาพ มีธรรมชาติของวิธีการสอนที่สอดคล้องกับรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 คือ การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน (project-based learning: PBL) เพราะเป็นวิธีการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนได้เกิดเรียนรู้ผ่านกิจกรรมโครงการ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ทั้งความรู้ เจตคติ และทักษะ การคิดวิเคราะห์ การคิดเป็นระบบ และช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตอบสนองการพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21

การเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน (PBL) ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดจุดมุ่งหมาย การวางแผน การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนได้สร้างผลงานที่เป็นรูปธรรม กระตุ้นให้ผู้เรียนได้รู้จักคิด กล้าแสดงความคิดเห็น สามารถเลือกวิธีการดำเนินโครงการของตนให้ประสบความสำเร็จ เกิดทักษะการทำงานร่วมกัน สามารถนำเสนอผลงานได้ มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถใช้เทคโนโลยีพัฒนาการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Worakhonburee (2016) และ Tongtagorn (2018) ที่พบว่าผลงานของผู้เรียนที่ได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์และแสดงผลงานต่อสาธารณชน สามารถสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้และการทำงานให้แก่ผู้เรียนได้ การเรียนรู้เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยวิธีการจัดการเรียนรู้แบบอื่นนอกเหนือจากการใช้วิธีการบรรยายเป็นหลัก

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน (PBL) ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 เพราะเป็นการฝึกปฏิบัติในบริบทชุมชนที่เน้นการจัดโครงการ สร้างเสริมสุขภาพ การแก้ปัญหาสุขภาพให้กับคนชุมชน และเป็นการบริการวิชาการที่บูรณาการความรู้ในศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อสุขภาพดีที่ยั่งยืนของประชาชนในชุมชน

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเรียนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (PBL) หรือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน มีนักวิชาการได้ให้นิยามไว้หลากหลายคน เช่น ทิศนา ขัมมณี (Khammani, 2008) ได้ให้ความหมายของการจัดการเรียนรู้แบบโครงการว่าเป็นการจัดสภาพการจัดการเรียนการสอนโดยให้ผู้เรียนได้เลือกทำโครงการที่ตนสนใจโดยร่วมกันสำรวจ สังเกต กำหนดเรื่องที่ตนสนใจ วางแผนในการทำโครงการร่วมกัน รวมทั้งศึกษาหาข้อมูลความรู้ที่จำเป็นและลงมือปฏิบัติงานตามแผนงานที่วางไว้จนได้ข้อค้นพบหรือสิ่งประดิษฐ์ แล้วสรุปเขียนเป็นรายงานและนำเสนอต่อสาธารณชน ซึ่งผู้เรียนจะได้รับประสบการณ์ครบทั้งกระบวนการ และเกิดการเรียนรู้ตลอดการทำโครงการ ส่วนสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ให้ความหมายของ “โครงการ” หมายถึง กระบวนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนรู้จักวิธีการทำโครงการเล็ก ๆ โดยผู้เรียนมีการลงมือปฏิบัติเพื่อพัฒนาความรู้ทักษะและสร้างผลผลิตที่มีคุณภาพ ระเบียบวิธีดำเนินการเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ จุดประสงค์หลักของการสอนแบบโครงการต้องการกระตุ้นให้ผู้เรียนรู้จักสังเกต ตั้งคำถาม ตั้งสมมุติฐานรู้จักแสวงหาความรู้ด้วยตนเองเพื่อตอบคำถามที่ตนอยากรู้ และสามารถสรุปหรือทำความเข้าใจกับสิ่งที่ค้นพบ การเรียนแบบโครงการสามารถทำได้ทั้งในเวลาเรียนหรือนอกเวลาเรียนก็ได้ (Office of National Education Commission, 1999) การเรียนการสอนแบบโครงการ (project approach) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเลือกสิ่งที่จะศึกษาหรือโครงการที่สนใจด้วยตนเอง สำหรับวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนการสอนแบบโครงการ เพื่อให้ผู้เรียน 1) มีประสบการณ์โดยตรง 2) ได้ทำการทดลองและพิสูจน์สิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง 3) รู้จักการทำงานอย่างมีระบบ มีขั้นตอน 4) ฝึกการเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี 5) ได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา 6) ได้รู้จักวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา

และ 7) ฝึกวิเคราะห์ และประเมินตนเอง โดยแนวคิดโครงการเป็นฐานมี 5 ขั้นตอน (Grant, 2002; Krauss & Boss, 2013; Patton, 2012) ดังนี้ 1) การค้นหาแนวคิดในการทำโครงการ 2) การวางแผนโครงการ 3) การดำเนินโครงการ 4) การประเมินโครงการ และ 5) การเผยแพร่โครงการ

สำหรับขั้นตอนการจัดการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐาน (PBL) ในชุมชนของการศึกษานี้ มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน การดำเนินงานตามแผนงาน ประเมินผล การปฏิบัติงาน และการนำเสนอผลงาน

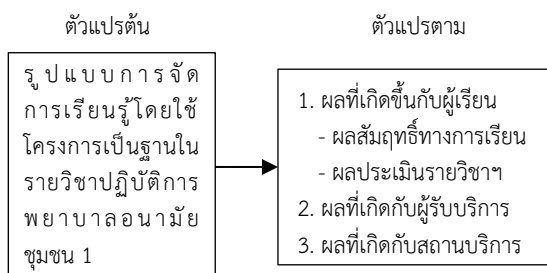
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และผลการเรียนรู้ในปีการศึกษา 2559

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2560

3. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2560 ไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ประจำปีการศึกษา 2560 จำนวน 64 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการในชุมชน จำนวน 30 คน

ผู้ให้ข้อมูล คือ ครูพี่เลี้ยง จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ประกอบด้วย การบูรณาการการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน ได้แก่ 1) การค้นหาแนวคิดในการทำโครงการ 2) การวางแผนโครงการ 3) การดำเนินโครงการ 4) การประเมินโครงการ และ 5) การเผยแพร่โครงการ ในขั้นตอนของการดำเนินงานตามแผนงานหลังจากการศึกษาชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน และหลังจากการประเมินผลโครงการ ผู้วิจัยบูรณาการกับการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล โดยใช้กระบวนการพยาบาล หลังจากนั้นจึงดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงาน และการนำเสนอผลงานแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนในชุมชน อาจารย์และผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

2. แบบบันทึกผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1

3. แบบประเมินผลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

4. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้รับบริการ แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 3 ข้อ

5. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของครูพี่เลี้ยง แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 3 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการพิจารณาความตรง (validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3

ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับ
วัตถุประสงค์ (IOC = 1.00)

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่หนังสือรับรอง จว.10/2560 โดยตัวอย่างได้ชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย รวมทั้งแจ้งสิทธิ์ในการถอนตัวหรือเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยด้วยตนเอง โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประจำปีการศึกษา 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล มี 2 ส่วน 1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ในปีการศึกษา 2559 สามารถสรุปได้ดังนี้

1.1 บทบาทของผู้สอน พบว่า ผู้สอนยังเป็นศูนย์กลางโดยเน้นการบรรยาย การอภิปรายผลในแต่ละขั้นตอนการดำเนินโครงการ ยกกรณีตัวอย่าง เช่น ผู้สอนให้การช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลอย่างมาก ทั้งในสาระความรู้ การออกแบบโครงการ และการดำเนินการต่าง ๆ ดังข้อความ

“อาจารย์เน้นการบรรยาย อภิปรายในการเรียนการสอน และการดำเนินงาน”

1.2 บทบาทของผู้เรียน พบว่า ผู้เรียนมีการค้นคว้าหาข้อมูลด้วยตนเองน้อย ซึ่งต้องการการกระตุ้นจากผู้สอนอย่างมาก ต้องการความมั่นใจจากผู้สอนในการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน จึงขาดทักษะการแก้ปัญหา ขาดความคิดสร้างสรรค์ ดังข้อความ

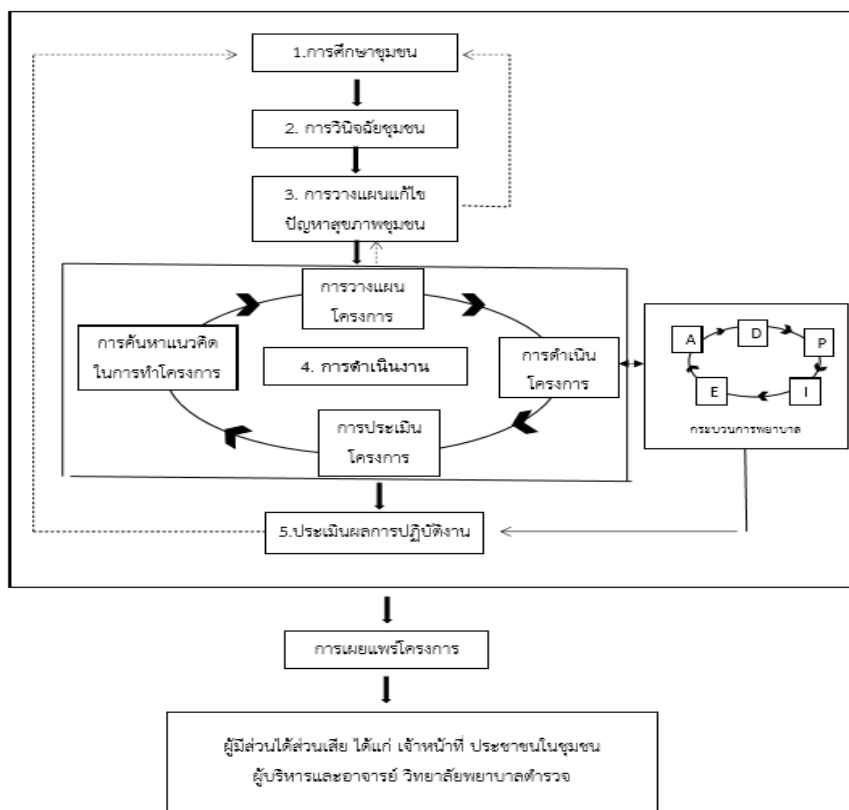
“ชอบการบรรยาย มากกว่า เพราะไม่ต้องค้นคว้าเพิ่มเติม ชอบทำตามที่อาจารย์สอน”

“เพื่อน ๆ ไม่ทราบว่าทำอะไรต่อ รออาจารย์แนะนำ”

“ไม่มีเวลาค้นคว้าหาความรู้ และไม่รู้จะเริ่มตรงไหนก่อน”

2. ลักษณะการจัดการเรียนรู้ ยังขาดการบูรณาการในการจัดการเรียนรู้สำหรับหน่วยวิเคราะห์ที่เป็นชุมชน และบุคคลตามปัญหาที่พบ และการจัดการเรียนรู้ที่ใช้โครงการเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหาชุมชนเป็นหลัก ยังมีการแยกส่วนกับการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล

3. รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ปีการศึกษา 2560 ผู้วิจัยมีการบูรณาการการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน ได้แก่ 1) การค้นหาแนวคิดในการทำโครงการ 2) การวางแผนโครงการ 3) การดำเนินโครงการ 4) การประเมินโครงการ และ 5) การเผยแพร่โครงการ ในขั้นตอนของการดำเนินงานจะทำตามแผนงานหลังจากที่นักศึกษาพยาบาลลงพื้นที่การศึกษาชุมชน วิจัยชุมชน วางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน และหลังจากการประเมินผลโครงการ มีการบูรณาการกับการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล โดยใช้กระบวนการพยาบาล หลังจากนั้นจึงดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงาน และการนำเสนอผลงานแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนในชุมชน อาจารย์และผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โดยผลการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ปีการศึกษา 2560 ดังภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบการเรียนรู้ที่ใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ปีการศึกษา 2560

4. ผลการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ปีการศึกษา 2560 ไปใช้พบว่า

4.1 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน

- ด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลตำรวจที่เรียนโดยใช้โครงการเป็นฐานอยู่ในระดับดีเยี่ยม (A) 24 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระดับดีมาก (B+) 33 คน คิดเป็นร้อยละ 51.56 และ ระดับเรียนดี (B) 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.94

- ผลการประเมินการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ปีการศึกษา 2560 อยู่ในระดับมาก ($M = 4.10$, $SD = .83$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ มีความรู้ ความเข้าใจในหลัก ศาสนา คุณธรรม จริยธรรม ($M = 4.34$, $SD = .86$)

รองลงมาคือ นักศึกษาสามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ($M = 4.21$, $SD = .80$) และนักศึกษาสามารถปฏิบัติทางวิชาชีพในภาวะฉุกเฉินหรือในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ($M = 4.19$, $SD = .77$) ตามลำดับ นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลยังมีความเห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ปฏิบัติจริง ได้ฝึกทักษะทางสังคม ได้ทำงานร่วมกันกับเพื่อน ๆ มีวางแผนการทำงานที่เป็นระบบ มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบและทำงานร่วมกัน มีความกระตือรือร้นที่จะค้นหาคำตอบ ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น รวมทั้งพัฒนากระบวนการทางสติปัญญาของผู้เรียน การแก้ปัญหา และยังสามารถช่วยดึงศักยภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่ในตัวของผู้เรียนออกมาใช้ประโยชน์ด้วย ดังตาราง 1

4.2 ผลที่เกิดกับผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานมาก เพราะทำให้ผู้รับบริการได้รับความรู้ไปปฏิบัติ อยากให้มีการจัดกิจกรรมโครงการบ่อย ๆ กิจกรรมดี ๆ เหล่านี้ช่วยส่งเสริมสุขภาพ และมีนวัตกรรมดี ๆ ให้คนในชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพ กระทั่งรื้อค้นหาข้อมูล อีกทั้ง คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมกับโครงการ เพราะปัญหาที่ได้มาได้จากปัญหาของชุมชนเอง ผู้เรียนเมื่อเข้ามาทำกิจกรรมโครงการในชุมชนก็มีสัมพันธ์

ภาพดี บุคลิกอ่อนน้อมแจ่มใส สนใจหาความรู้แนวคิดใหม่ๆ มาช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ได้รับความรู้ที่ดีไปปฏิบัติตัว และผู้เรียนยังประสานงานกับคนในชุมชนได้ดี ดังข้อความ

“นักศึกษาพยาบาลมีมนุษยสัมพันธ์ดี อ่อนน้อม บุคลิกภาพดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความรู้ดี ไปใช้ในการดูแลสุขภาพต่อ และมีนวัตกรรมดี ๆ ที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ”

ตาราง 1 ผลประเมินรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 4 ประจำปีการศึกษา 2560

รายการประเมิน	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. มีความรู้ ความเข้าใจในหลักศาสนา คุณธรรม จริยธรรม	4.34	.86	มาก
2. มีความรู้ ความเข้าใจในจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.09	.86	มาก
3. สามารถแยกแยะความถูกต้อง ดีงาม และควบคุมตนในทางที่เหมาะสม	4.10	.85	มาก
4. เกิดความเสียสละ ซื่อสัตย์ มีระเบียบวินัย	4.10	.85	มาก
5. สามารถปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ จัดการกับปัญหาข้อขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม	4.14	.70	มาก
6. สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นในการดำรงตนและการปฏิบัติตน	4.07	.83	มาก
7. ตระหนักถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิผู้อื่น	4.10	.80	มาก
8. สามารถส่งเสริมให้ผู้รับบริการเข้าใจสิทธิของตนเองและปกป้องสิทธิของตนเอง	4.05	.86	มาก
9. เกิดความรู้ความเข้าใจตามศาสตร์ในรายวิชา	4.03	.85	มาก
10. เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการวิจัยและการนำไปใช้	4.03	.90	มาก
11. เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการความรู้ การจัดการองค์กร และการนำไปใช้	4.14	.80	มาก
12. เกิดความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล	4.12	.77	มาก
13. เกิดความรู้ความเข้าใจความหลากหลายทางวัฒนธรรม	4.16	.76	มาก
14. เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม	4.01	.91	มาก
15. เกิดทักษะในการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งต่อตนเองและต่อวิชาชีพ	4.01	.82	มาก
16. มีการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบในการเรียนรู้	4.16	.78	มาก

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ ความพึงพอใจ
17. สามารถสืบค้น วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลความรู้จากแหล่งความรู้ ที่หลากหลาย	3.96	.88	มาก
18. สามารถพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ หรือการวิจัย	4.09	.82	มาก
19. พัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานการณ์	4.10	.80	มาก
20. สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและระหว่างกลุ่มได้	4.14	.80	มาก
21. พัฒนาภาวะผู้นำ สามารถแก้ไขปัญหาในทีมหรือองค์กรได้	4.00	.96	มาก
22. สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นในทีมต่าง ๆ ได้	4.00	.92	มาก
23. เกิดความรับผิดชอบต่อผู้อื่นและสังคม	4.05	.91	มาก
24. เข้าใจและยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคลและวัฒนธรรม	4.07	.85	มาก
25. สามารถประยุกต์ใช้หลักคณิตศาสตร์และสถิติได้อย่างเหมาะสม	4.14	.75	มาก
26. สามารถวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารได้อย่างเหมาะสม	4.12	.88	มาก
27. สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้	4.16	.73	มาก
28. สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐานที่จำเป็นได้	4.18	.84	มาก
29. สามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้	4.21	.80	มาก
30. สามารถปฏิบัติทางวิชาชีพได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านกาย จิต สังคม	4.10	.78	มาก
31. สามารถปฏิบัติโดยครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู สุขภาพ	4.14	.77	มาก
32. สามารถปฏิบัติทางวิชาชีพในภาวะฉุกเฉินหรือในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม	4.19	.77	มาก
33. สามารถปฏิบัติตามบทบาททางวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเหมาะสม	4.10	.83	มาก
34. สามารถปฏิบัติทางวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ความหลากหลายทางวัฒนธรรม คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4.14	.82	มาก
35. แสดงถึงภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานทางวิชาชีพ	4.07	.89	มาก
รวม	4.10	.83	มาก

4.3 ผลที่เกิดกับสถานบริการ พบว่า
การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน เป็น
การศึกษาค้นคว้าจากข้อมูลที่มีอยู่จริงในพื้นที่
สามารถตอบสนองกับปัญหาของคนในพื้นที่จริง
ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น สนใจในการศึกษา
มีบุคลิกดี สัมพันธภาพกับคนในชุมชนดี มีการทำงาน
ร่วมกันเป็นทีม มีความรับผิดชอบ ประสานงานได้ดี
รู้จักการแก้ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ ดังข้อความ
“นักศึกษามีความกระตือรือร้น
สนใจ ในการทำกิจกรรม สนใจในการศึกษาค้นคว้า

ทำงานเป็นทีม ทำงานเป็นระบบ มีความรับผิดชอบ
รู้จักประสานงาน รู้จักแก้ปัญหา มีความคิด
สร้างสรรค์ สร้างนวัตกรรมดี ๆ ให้คนในชุมชนไว้
ดูแลสุขภาพ”

การอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการ
เป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัย
ชุมชน 1 ปีการศึกษา 2560 ที่ได้จากการศึกษานี้
ประกอบด้วย 1) การศึกษาชุมชน 2) การวินิจฉัย

ชุมชน 3) การวางแผนโครงการ 4) การดำเนินโครงการ 5) การประเมินโครงการ และ 6) การเผยแพร่โครงการ ซึ่งขั้นตอนทั้งหมดนี้จะทำเมื่อนักศึกษาพยาบาลได้ดำเนินงานตามแผนงานภายหลังจากศึกษาชุมชน วิจัยชุมชน วางแผนแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ชุมชน โดยภายหลังการประเมินผลโครงการ ผู้วิจัยได้เพิ่มการบูรณาการการดูแลผู้รับบริการรายบุคคลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการดูแล

ผลจากการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานไปใช้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 พบว่า นักศึกษาพยาบาลได้รับความรู้ ประสบการณ์ที่ดี ได้ฝึกและพัฒนาทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ ทักษะการค้นคว้า ทักษะการทำงานกลุ่ม และทักษะทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อนักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ในประเด็นที่ต้องการรู้และได้ทำกิจกรรมโครงการ ทำให้สามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองได้มากขึ้น ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนผ่านเกณฑ์รายวิชาและหลักสูตรกำหนดไว้ รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานอยู่ในระดับมาก จากการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาพยาบาลบอกว่าตนเองได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม ได้ช่วยเหลือเพื่อน ได้ทำงานตามความถนัดของตนเองจึงนำไปสู่การค้นหาคำถามเพิ่มเติม และได้เรียนรู้การแก้ปัญหาาร่วมกันกับเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Phonlabutra (2017), Plitakul (2017), Sripaywong (2013) และ Tongtagom (2018) ที่พบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน (PBL) ทำให้ผู้เรียนมีการคิดแบบเป็นระบบ รู้จักแก้ไขปัญหาการทำงานเป็นทีม และมีความคิดสร้างสรรค์ จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้สอนต้องมีความรู้ด้านการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานเป็นอย่างดี และผู้สอนต้อง

ปรับบทบาทของตนเองจากผู้สอนมาเป็นผู้ออกแบบการเรียนรู้ ผู้จัดประสบการณ์ด้านการเรียนรู้ โค้ชผู้ให้คำแนะนำแนวทาง เชื่อมโยงเนื้อหาสาระเป็น รวมทั้งต้องพิจารณาความเหมาะสมของเวลา เนื้อหา สื่อการเรียนรู้ แหล่งการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับบริบทของแหล่งฝึกที่จะใช้การจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงการเป็นฐาน

2. ผู้สอนต้องให้ความรู้ด้านการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานแก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและสามารถออกแบบและจัดกิจกรรมโครงการได้ประสบผลสำเร็จ

3. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้อาจารย์ผู้สอนทางการพยาบาลนำวิธีการสอนที่เป็นการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาอื่น ๆ ที่มีบริบทของรายวิชาเอื้อต่อการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ ผู้เรียนสามารถสร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง หรือสามารถพัฒนาทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ และทักษะการแก้ปัญหา เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เป็นผู้ใฝ่เรียนรู้ และสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

4. สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อส่งเสริมและพัฒนาผู้เรียนไปสู่การมีทักษะในศตวรรษที่ 21 และเป็นการเตรียมผู้เรียนสู่การเป็นนวัตกรรมในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- Grant, M. M. (2002). Getting a grip on project-based learning: Theory, cases and recommendations. *Meridian: A middle school computer technologies journal*, 5(1), 83.
- Khammani, T. (2008). *Model of teaching*. Bangkok: Chulalongkorn University.
- Krauss, J., & Boss, S. (2013). *Thinking through project-based learning*. Thousand Oaks, CA: Corwin.
- Lasley, E. A. (2017). Twenty-first century literacy, game-based Learning, project-based learning. *Journal of Literacy and Technology*, 18(3), 38–55.

- Office of National Education Commission. (1999). *National educational law B.E. 2542*. Bangkok: Office of The Prime Minister.
- Office of National Education Commission. (2010). *National educational law B.E. 2542, Revised (The 3rd amendment) B.E. 2553*. Bangkok: Office of The Prime Minister.
- Panich, V. (2016). *Teaching as its best*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Co., Ltd.
- Patton, A. (2012). *Work that matters: The teacher's guide to project-based learning*. Retrieved from <http://www.innovationunit.org/sites/default/files/Teacher's%20Guide%20to%20Project-based%20Learning.pdf>
- Phonlabutra, K. (2017). Development of directions for learning and teaching Japanese with project-based learning for Japanese learners in higher education. *Faculty of Humanities and Social Sciences, Phetchaburi Rajabhat University*, 7(2), 65-82.
- Plitakul, P. (2017). Learning management based on project-based learning for music teaching experiences of current students at the Faculty of Music, Silpakorn University. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(2), 694-708.
- Sripaywong, P. (2013). Development of an instructional activity using project-based learning based on the mini company model on the subject of career project for Mathayom Suksa 5. *Journal of curriculum and instruction. Sakon Nakhon Rajabhat University*. 247-257.
- Thummakul, D., Thunjareanrat, W., & Lapjeam, P. (2014). Effects of project-based learning on learning development of nursing students. *Journal of health science research*, 8(1), 46-54.
- Tongtagorn, C. (2018). The effects of teaching with the use of the leader and the public-mindedness project activities to develop teaching methods for generation Y students. *Panyapiwat Journal*, 10(1), 222-235.
- Worakhonburee, S. (2016). *Development program of project-based learning for the 21st century classroom in large primary school under the office of basic education commission* (Doctor of education). Mahamakut Buddhist University.



การประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในหน่วยฝากครรภ์แก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ในประเทศไทย
UTILISATION OF CONTINUITY OF CARE IN ANTENATAL CARE FOR
PREGNANT ADOLESCENT WOMEN IN THAILAND

วาริรัตน์ จิตติถาวร¹

พีรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์²

Wareerat Jittitaworn

Peeranan Wisanskoonwong

¹ดร., อาจารย์พยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Lecturer in Nursing and Midwifery, Ph.D., Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10330, Thailand

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Assistant Professor, Ph.D., Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10330, Thailand

Corresponding author Email: peeranan@nmu.ac.th

Received: September 24, 2019

Revised: November 12, 2019

Accepted: November 13, 2019

บทคัดย่อ

สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์และผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดยังเป็นประเด็นสำคัญของการดูแลอนามัยมารดาและทารกโดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางรวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้ เนื่องจากอุบัติการณ์ของผลลัพธ์ปริกำเนิดที่ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มักพบสูง รูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพสามารถลดผลลัพธ์ปริกำเนิดที่ไม่พึงประสงค์และเพื่อส่งเสริมให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์เกิดประสบการณ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์คือการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นการผดุงครรภ์ที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่เล็งเห็นว่า ระยะตั้งครรภ์เป็นระยะที่มีความสัมพันธ์ต่อการส่งเสริมการมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่ดีสำหรับสตรีตั้งครรภ์ทุกราย การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการดูแลโดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่รู้จัก และคุ้นเคย สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์คนเดิมตลอดการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดเพื่อส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ การประยุกต์การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีโดยให้การยอมรับและเคารพในฐานะสตรีตั้งครรภ์ ตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรก ร่วมกับการประเมินสภาพร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม การตรวจครรภ์ และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับความต้องการของสตรีตั้งครรภ์รายบุคคลนั้น ๆ เมื่อสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์เกิดความเชื่อใจ รู้สึกถึงการแบ่งปันพลังและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองมีผลให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยให้ทารกในครรภ์ หากสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยาบาลผดุงครรภ์สามารถประเมินและส่งต่อแก่ผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการติดตามผลซึ่งจะติดตามไปจนถึงระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนสามารถให้คำอธิบายข้อสงสัยต่าง ๆ แก่ครอบครัวของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์

คำสำคัญ : การดูแลอย่างต่อเนื่อง, สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์, การฝากครรภ์

Abstract

Pregnancy in adolescent women and maternal and neonatal outcomes are a concern in maternity care in low- and middle-income countries, including Thailand because they often have a higher incidence of adverse perinatal outcomes. An effective maternity care can reduce adverse perinatal outcomes and also help pregnant adolescent women having a positive pregnancy experience using midwifery continuity of care as World Health Organization (WHO) recommendation. Pregnancy is a crucial time to support adolescent women having a positive pregnancy experience. Continuity of care is provided to pregnant women by a known nurse-midwife. Pregnant adolescent women receive care from a known nurse-midwife through pregnancy, birth and postpartum period. This continuity of care assists pregnant adolescent women building trust to nurse-midwife and also having confidence to do selfcare. In Thai context, utilization of continuity of care should start with a good relationship between nurse-midwives and pregnant adolescent women, so nurse-midwives need to engage and respect women as a mother at the first visit, including physical and psychosocial assessment, and pregnancy examination. It is important to provide an advice during pregnancy to pregnant women respecting their needs. This continuity of care may help pregnant adolescent women trust nurse-midwives and they also are being coordinated in selfcare during pregnancy because of having confidence and feeling a partnership in the care. If pregnant adolescent women have any complications, nurse-midwives are able to consult and collaborate the care with obstetricians. Nurse-midwives continue to look after those women until postpartum period and answer any questions to women's families.

Keywords : continuity of care, pregnant adolescent women, antenatal care

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงชีวิตของสตรีทุกคนโดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนและไม่ตั้งใจซึ่งเกิดจากการไม่ได้ป้องกันจึงเป็นการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม ซึ่งสตรีกลุ่มนี้มักมีความเครียด ความกดดันมาจากครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ผสมกับสภาวะร่างกายที่ยังไม่พร้อมทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ซึ่งปัญหาเหล่านี้พบได้ในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย (Butchon, Liabsuetrakul, McNeil, & Suchonwanich, 2014; Ganchimeg et al., 2014) เนื่องจากปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของตัวสตรีวัยรุ่นเองและทารกในครรภ์ ดังนั้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จึงให้

ความสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น และการให้การผดุงครรภ์แก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และการคลอดในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั่วโลกช่วงอายุ 15-19 ปี ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง (World Health Organization, 2018a) การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นนั้นส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจเนื่องจากสตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องพักการเรียนหรืออาจต้องออกจากโรงเรียน จึงมีการศึกษาแค่ในระดับมัธยมหรือการศึกษาอาชีพ ด้วยเหตุนี้ สตรีกลุ่มนี้มีโอกาสที่ทำงานที่มีค่าตอบแทนต่ำ ซึ่งเป็นที่มาของปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Jittitaworn, Fox, Catling, & Homer, 2019) ดังนั้น การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นจึงเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวสตรีวัยรุ่นเอง

ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนที่เพียงพอ สตรีกลุ่มนี้อาจมีประสบการณ์ขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ดี จะส่งผลต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ทั้งทางด้านมารดา และทารกได้ (Jittitaworn, 2019; Sriyasak, Almqvist, Sridawruang, Neamsakul, & Häggström-Nordin, 2016) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ ควรให้ความสำคัญ ด้วยการดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์กลุ่มนี้ให้มีประสบการณ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ และต่อทารกในครรภ์

จากการดูแลเพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตในมารดาและทารกตามเป้าหมายของ Sustainable Development Goals (World Health Organization, 2016b) องค์การอนามัยโลกเน้นย้ำถึงสตรีตั้งครรภ์ทุกคน ควรได้รับการดูแลและการผดุงครรภ์ที่มีคุณภาพทั้งในการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกเน้นว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับสตรีตั้งครรภ์ควรเริ่มในหน่วยฝากครรภ์ ซึ่งเป็นระยะของการดูแลที่มีความสำคัญทั้งในการวินิจฉัย การป้องกัน การส่งเสริม รวมถึงโอกาสที่ดีในการสื่อสารให้ข้อมูลแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ทุกคนมีประสบการณ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์นั้น ๆ (World Health Organization, 2016a) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังเน้นถึงการดูแลในหน่วยฝากครรภ์ว่าจะมีส่วนช่วยในการให้คำแนะนำ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงด้านสังคม วัฒนธรรมในการให้การดูแลอย่างให้เกียรติและยอมรับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นแก่สตรีตั้งครรภ์ทุกคน หนึ่งในรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพนั้นคือ การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยยึดสตรีตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลาง (Continuity of Care or Women-Centred care) (Allen, 2019)

การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการผดุงครรภ์ที่มุ่งเน้นสตรีตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลางของการดูแล

และเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ จากพยาบาลผดุงครรภ์หรือกลุ่มพยาบาลผดุงครรภ์ที่รู้จักและคุ้นเคย (a known midwife) ทั้งนี้ การให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ ถือว่ามีความสำคัญที่ส่งเสริมให้การดูแลนั้นมีประสิทธิภาพต่อทั้งมารดาและทารก (Symon et al., 2016) ผลการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบและคุณภาพการให้การดูแลแก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้งจากประสบการณ์ของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ และพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ให้การดูแลพบว่า การให้การดูแลแก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์นั้นเป็นความท้าทาย และมีความยากที่จะเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ อาทิเช่น สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้น ระหว่างการตั้งครรภ์อาจมาจากการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามคำแนะนำของพยาบาลผดุงครรภ์ เนื่องจากสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์รายนั้น ๆ รู้สึกไม่คุ้นเคย ไม่ไว้วางใจจึงยังไม่ยอมรับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ ดังนั้น การให้การดูแลแก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ต้องทำให้สตรีวัยรุ่นมีความเชื่อใจไว้วางใจพยาบาลผดุงครรภ์ และให้การดูแลโดยยึดสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แต่ละรายมีปัญหาแตกต่างกัน การที่พยาบาลผดุงครรภ์ให้การยอมรับ เคารพในการเข้าสู่บทบาทมารดาของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ จะทำให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ยอมรับการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทั้งตัวมารดาและทารก และส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ที่ดีในการตั้งครรภ์ (Jittitaworn, 2019)

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางในการประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในหน่วยฝากครรภ์ โดยมุ่งเน้นสตรีตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลางของการดูแล เพื่อส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ที่ดีในการตั้งครรภ์ รวมถึงผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก โดยพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแล ส่งเสริม สนับสนุน และการสื่อสาร

อย่างมีประสิทธิภาพแก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ หากการสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีความไว้วางใจ และคุ้นเคยแก่พยาบาลผดุงครรภ์ที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องได้แล้วนั้น การรับฟังคำแนะนำ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อแสวงหาปลอดภัยแก่ทารกในครรภ์จะเกิดขึ้นได้ง่าย

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น

องค์การอนามัยโลกพบว่า มีสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ช่วงอายุ 15 - 19 ปีถึง 16 ล้านคน และสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 15 ปี มากถึง 1 ล้านคน (World Health Organization, 2018a) ส่วนใหญ่การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นพบในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง (Low- and middle-income countries: LMICs) ในประเทศไทย สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เนื่องจากไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการคุมกำเนิดโดยคิดว่าอาจไม่เกิดการตั้งครรภ์ จึงไม่ป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ (Jittitaworn, 2019; Lanjakornsiripan et al., 2015; Sriyasak et al., 2016) องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงความสัมพันธ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งทางด้านมารดาและทารก ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (World Health Organization, 2016b; 2018b) ด้วยเหตุนี้ ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่หลากหลาย (World Health Organization, 2016a) เพื่อมีส่วนช่วยในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์

ในประเทศไทย การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นยังคงมุ่งเน้นการดูแลไปที่ปัญหาด้านร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงดำรงบทบาทการเป็นมารดา สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่บทบาทมารดา โดยผ่านการดูแลให้สุศึกษาผ่านโรงเรียนพ่อแม่

เป็นรายกลุ่ม ที่สตรีตั้งครรภ์ทุกคนได้รับคำแนะนำในรูปแบบเดียวกันทั้งในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ และไม่มีความเสี่ยง นอกจากนี้ ยังมีประเด็นด้านสังคม เศรษฐกิจอันเนื่องมาจากยังอยู่ในวัยเรียน และยังไม่ได้ทำงาน ความกดดันทางด้านสังคมเศรษฐกิจเป็นส่วนหนึ่งที่มีปัจจัยส่งเสริมให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีความเครียด และความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ อาจนำมาซึ่งปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์ได้มากยิ่งขึ้น (Sriyasak et al., 2016) การให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพในระยะตั้งครรภ์แก่สตรีวัยรุ่นนั้น ควรมุ่งเน้นที่ประเด็นปัญหาของสตรีวัยรุ่นนั้น ๆ เป็นหลัก สตรีวัยรุ่นบางรายอาจมีความซับซ้อนในการให้การดูแล เช่น มีปัญหาครอบครัว การไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ รวมถึงการเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ปัญหาเหล่านี้มักจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การกำเนิดที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้น การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่รู้จักและคุ้นเคย (a known nurse-midwife) จะมีส่วนช่วยทำให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยปัญหาที่แท้จริง และในขณะเดียวกันนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ก็จะเข้าใจถึงปัญหาของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์รายนั้น ๆ อย่างถ่องแท้ วางแผนให้การดูแล การให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่ตรงกับความต้องการของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์นั้น ๆ และการผดุงครรภ์ที่ประสิทธิภาพต่อไป

การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care)

การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care or midwife-led continuity of care) คือ การดูแลโดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่รู้จัก และคุ้นเคย (a known midwife) สตรีจะได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์คนเดิมตลอดการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดเพื่อส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ (Allen, 2019) ซึ่งแนวคิดนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายใน

หลากหลายประเทศโดยเฉพาะในประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และนิวซีแลนด์ เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่สตรีตั้งครรภ์ โดยพยาบาลผดุงครรภ์ให้การดูแลแก่สตรีตั้งครรภ์นั้น ๆ เป็นรายบุคคล ตลอดระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด หรือที่เรียกว่า การดูแลโดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์รู้จักเป็นอย่างดี (a known midwife) หรือ พยาบาลผดุงครรภ์ที่เชื่อถือไว้วางใจได้ (a trusted midwife) (Allen, 2019) พยาบาลผดุงครรภ์คือ ผู้ที่ให้การดูแลหลักแก่สตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นเสมือนหุ้นส่วนกับสตรีตั้งครรภ์ (partnership with the woman) นั่นคือ ความร่วมมือกันระหว่างสตรีตั้งครรภ์และพยาบาลผดุงครรภ์โดยมุ่งเน้นที่ความต้องการด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เป็นหลักและเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Wisansukoonwong, 2014) ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์จะเป็นผู้นำที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อตอบสนองความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ ร่วมวางแผนการให้การดูแลร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ อาทิเช่น สตรีตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการให้การปรึกษาเฉพาะทางด้านจิตใจ เป็นต้น (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016) พยาบาลผดุงครรภ์เป็นหนึ่งในผู้ดูแลหลักในหน่วยฝากครรภ์ที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ รวมไปถึงการดูแลครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ด้วย ทั้งนี้ รูปแบบการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจะมุ่งเน้นการให้ความรู้ การให้การปรึกษา การดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เป็นรายบุคคล โดยมุ่งเน้นการดูแลที่หลีกเลี่ยงการใช้หัตถการต่าง ๆ และหรือการใช้ยาต่าง ๆ โดยไม่จำเป็น อย่างไรก็ตาม หากสตรีตั้งครรภ์บางรายมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลรักษาจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการตั้งครรภ์นั้น พยาบาลผดุงครรภ์จะเป็นผู้ประสานงานติดต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในการวางแผนร่วมกันดูแลแก่สตรีตั้งครรภ์รายนั้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ทั้งสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ (Sandall et al., 2016)

ในประเทศไทย การให้การดูแลแก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ จะมีรูปแบบแนวทางการดูแลที่มีแนวคิดที่ว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ทุกคนนั้นมีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ปริกำเนิดที่ไม่พึงประสงค์ อาทิเช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และการตายของทารกในครรภ์ เป็นต้น ดังนั้นรูปแบบการดูแลจึงมุ่งเน้นไปทางการแพทย์ที่ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ทุกรายไปในรูปแบบเดียวกัน โดยยึดปัญหาที่มีโอกาสเกิดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้เป็นหลักในการวางแผนการดูแล ทั้งนี้ การดูแลส่วนใหญ่เน้นกระทำโดยแพทย์ ได้แก่ การตรวจครรภ์ การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ และการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เป็นต้น โดยพยาบาลผดุงครรภ์จะเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำ และการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนพ่อแม่เท่านั้น ในขณะที่แนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์จะมุ่งเน้นที่การผดุงครรภ์ให้ตรงกับความต้องการ และปัญหาของสตรีตั้งครรภ์รายนั้น ๆ (Allen, 2019) การตั้งครรภ์คือ ช่วงชีวิตหนึ่งที่เกิดที่อาจเกิดกับสตรี พยาบาลผดุงครรภ์ควรเป็นผู้ให้การดูแลหลักอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล (continuity of care) ตรงความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ (women-centred care) ให้การดูแลประเมินสุขภาพเบื้องต้นของสตรีตั้งครรภ์ได้ การตรวจครรภ์ และการให้คำแนะนำรายบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูล ตอบข้อซักถามแก่ครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ นอกจากนี้ การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์ เป็นการก่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดี เกิดความต่อเนื่องของการประเมินปัญหา และวางแผนให้ข้อมูลการดูแลแก่สตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นรายบุคคล

ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลก เน้นย้ำถึงการให้การดูแลด้านมารดาและทารกที่มีคุณภาพเพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดประสบการณ์ที่ดีรวมทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทั้งต่อมารดาและทารก (World Health Organization, 2016a) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) นับเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ที่จะมีส่วนช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์และสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ต้องการการดูแลให้ตรงกับความต้องการที่แตกต่างกับรายบุคคล การดูแลอย่างต่อเนื่องนี้ ยังนับเป็นแนวทางการดูแลใหม่ที่ต้องมีการศึกษา และนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งนี้ การศึกษาจะมุ่งเน้นเริ่มต้นการประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้ยังคงพบความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ปริกำเนิดไม่พึงประสงค์ พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้การผดุงครรภ์ที่เข้าถึง เข้าใจ และวางแผนการผดุงครรภ์แก่สตรีวัยรุ่นที่มีปัญหาที่แตกต่างกันเป็นรายบุคคล

การประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์

สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ต้องการการดูแลที่เข้าถึง เข้าใจความต้องการการเป็นสตรีวัยรุ่น สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แต่ละรายมีปัญหาที่ต่างกัน สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีความต้องการที่จะได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์ และเข้าใจถึงปัญหาด้านจิตใจ และจิตสังคมเป็นหลัก พวกเขาต้องการให้ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์ที่ดูแลเขาใกล้ชิด ได้ดูแลพวกเขาเหล่านั้นเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง (Jittitaworn, 2019) ดังนั้น การประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ อาจช่วยส่งเสริมให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ยอมรับและปรับบทบาทเข้าสู่การเป็นมารดาได้ง่ายยิ่งขึ้น

การดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ควรมุ่งเน้นไปที่สตรีวัยรุ่นเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยพยาบาลผดุงครรภ์สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ๆ เกิดความเชื่อใจไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลเพื่อจะได้วางแผนการดูแลร่วมกับพยาบาลผดุงครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การดูแลอย่างต่อเนื่องนั้นสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์รายนั้น ๆ ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกจนเข้าสู่ระยะคลอด การดูแลในรูปแบบนี้จะทำให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีความรู้สึกไว้วางใจ และผูกพันจากการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์ที่ สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีความคุ้นเคย และได้รับการดูแลตรงตามความต้องการ และปัญหาของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์รายนั้น ๆ (Allen, 2019) การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นรูปแบบการดูแลที่ควรมีการศึกษาและนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลแก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ในประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม การขาดการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นอุปสรรคในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลผดุงครรภ์ได้สะท้อนถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความยากในการที่จะให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การยอมรับการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น และความยากในการสร้างสัมพันธภาพและการเข้าถึงกับสตรีวัยรุ่น (Jittitaworn et al., 2019) ดังนั้น หากมีการประยุกต์ใช้การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จะมีส่วนช่วยในการสร้างสัมพันธภาพ และปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์และสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้มากขึ้น ทั้งนี้จะช่วยให้การเข้าถึงการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการตั้งครรภ์ การศึกษาที่ผ่านมาในหลายประเทศพบว่า ประโยชน์ของการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีหลากหลาย โดยเฉพาะการสร้าง ความเชื่อใจ และสัมพันธภาพกับสตรีตั้งครรภ์ (Boyle, Thomas, & Brooks, 2016; Wisansoonwong, 2014; Sandall et al., 2016)

นอกจากนี้ การสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศออสเตรเลีย พบว่าการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมีประโยชน์หลัก 3 ประการ ได้แก่ การให้ดูแลรายบุคคล การพัฒนาความเชื่อใจ และการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Perriman, Davis, & Ferguson, 2018) อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องนี้ ยังไม่ได้มีการพัฒนาหรือนำมาใช้ในประเทศไทย การริเริ่มเปลี่ยนแปลงโดยการเริ่มต้นประยุกต์ใช้เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและประสบการณ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์

แนวทางการประยุกต์ใช้ การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) แก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์

1. การประเมินสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่รู้จักและคุ้นเคย (a known nurse-midwife or a trusted nurse-midwife) เป็นรายบุคคล เพื่อการสร้างความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งทั้งสองฝ่ายด้วยความเชื่อใจไว้วางใจ โดยเป็นการประเมินแรกเริ่มทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์

2. การตรวจครรภ์และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์จากพยาบาลผดุงครรภ์ที่คุ้นเคยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเชื่อใจ ความเข้าใจ และส่งเสริมให้เกิดการวางแผนให้การดูแลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับความต้องการเป็นรายบุคคล

3. การดูแลที่ซับซ้อน ในรายสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในขณะตั้งครรภ์ ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่ให้การดูแลสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์รายนั้นมาอย่างต่อเนื่องจะเป็นผู้ประสานงานทีมสหสาขาและติดตามผล เพื่อให้เกิดการให้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

4. การดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับครอบครัว (continuity of care with family)

พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถอธิบายข้อสงสัยต่าง ๆ และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์เพื่อมีส่วนร่วมช่วยในการให้การดูแลแก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ต้อง

การประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะเป็นที่รู้จักในกลุ่มพยาบาลผดุงครรภ์ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันการประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในหน่วยฝากครรภ์ยังไม่เป็นที่เด่นชัด บทความนี้จะนำเสนอกรณีศึกษาเพื่อเป็นตัวอย่างในการประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์

กรณีศึกษา: การประยุกต์ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์

เมย์ (นามสมมติ) สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุ 17 ปี ไม่มีอาชีพ (กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา) มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 23 สัปดาห์ เธอเล่าว่า ‘วันที่มาฝากท้องครั้งแรก แม่พาหนูมาฝากท้องที่โรงพยาบาล ตั้งท้องครั้งนี้เกิดขึ้นเพราะหนูและแฟนไม่ได้คุม อีกอย่าง แฟนหนูก็ไม่รับผิดชอบ’ เมย์เล่าต่อว่า ‘ตอนแรกที่หนูรู้ว่าหนูตั้งท้อง หนูบอกแฟน แต่เขาไม่ยอมรับ หนูไม่รู้จะทำอย่างไร หนูไม่กล้าบอกแม่ กลัวโดนด่า แต่พอท้องใหญ่ขึ้น แม่เขาเห็นท้องใหญ่เขาก็รู้ เขาว่าพอสมควร แต่ไม่ได้ให้หนูเอาออก เขามั่นใจว่าแล้วเขาก็พาหนูมาโรงพยาบาล ส่วนหนูเองก็ไม่พร้อมมีลูก แต่หนูกลัวบาปกรรมที่จะทำแท้ง’

เมย์สะท้อนถึงความรู้สึกของการมาฝากครรภ์ เมย์กลัวและรู้สึกอายที่ต้องมาฝากครรภ์ทั้งที่ยังเป็นนักเรียน และเมย์ยังรู้สึกสงสารมารดาตัวเอง โดยเธอคิดว่า มารดาของเธอก็คงอายเช่นกันที่ต้องพาเธอมาฝากครรภ์ เมย์รับรู้ว่า เธอนั้นยังไม่ควรตั้งครรภ์ เพราะสังคมมองว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นเป็นสิ่งไม่ดี ไม่ได้รับการยอมรับ อันเนื่องมาจากสภาพร่างกาย วุฒิภาวะ และการที่ยังไม่ได้ทำงาน ทำให้มีปัญหาขัดสนด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลเลี้ยงบุตร

เมย์มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอแต่ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของเมย์ไม่มากนัก ทำให้ พยาบาลผดุงครรภ์ วิตกกังวลว่า ทารกในครรภ์ ของเมย์อาจมีน้ำหนักตัวน้อยได้ ดังนั้น พยาบาล ผดุงครรภ์จึงซักถามเรื่องการรับประทานอาหาร และยาวิตามิน เมย์เล่าว่า ‘ทุกครั้งที่หนูเข้ากลุ่ม โรงเรียนพ่อแม่ หนูพบกับพยาบาลผดุงครรภ์ ที่หน้าตาไม่ซ้ำกันเป็นผู้ให้คำแนะนำและสอน สุขศึกษา แต่ทุกครั้งหนูถูกถามว่า น้ำหนักขึ้นบ้าง ไหม กินอาหารบ้างไหม หนูรู้สึกว่าการคำแนะนำจาก พยาบาลผดุงครรภ์ที่หนูไม่รู้จกทำให้หนูไม่ไว้วางใจ ที่ต้องเริ่มเล่าปัญหาของหนูซ้ำ ๆ และการถูกถาม เน้นย้ำในกลุ่ม ทำให้หนูอาย และเครียดเพิ่มมากขึ้น’

อย่างไรก็ตาม ฝากครรภ์ครั้งที่ 4 เมย์ได้มี โอกาสพบและพูดคุยกับพยาบาลผดุงครรภ์ที่เป็น คน ๆ เดียวกันกับการฝากครรภ์ครั้งที่แล้ว เมย์ เล่าว่า ‘เจอพี่พยาบาลคนเดิม พี่เขารู้จักหนู รู้ประวัติหนูโดยตลอด มันดีนะค่ะ เพราะทำให้หนู กล้าถาม หนูรู้สึกสนิทกับเขา และพอมานะเขาก็จำชื่อ หนูได้ หนูรู้สึกดีใจที่พี่ใส่ใจหนู หนูรู้สึกว่าการ พี่เขา เชื่อใจได้ หนูกล้าที่จะเล่าปัญหากับเขา ไม่ว่าจะเป็น การกิน การนอน การดูแลตัวเอง พี่เขาทำให้หนู รู้สึกว่าหนูต้องดูแลลูกในท้องดี ๆ เพราะลูกเขาอยู่ กับหนูตลอดเวลา เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตหนู’

จากกรณีศึกษา รูปแบบของการให้ การดูแลอย่างต่อเนื่องนี้สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้ง โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ อย่างไรก็ตาม อาจมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เข้ากับ บริบทของแต่ละสถานที่ ทั้งนี้ การประยุกต์ การดูแลอย่างต่อเนื่องยังคงหลักของการให้ การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยยึดสตรีตั้งครรภ์ เป็นศูนย์กลาง (continuity of care or women-centred care) ปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาล ผดุงครรภ์ที่รู้จักและคุ้นเคย (a known nurse-midwife or a trusted nurse-midwife) และ สตรีตั้งครรภ์ เกิดความเชื่อใจและการสร้างเสริม พลังอำนาจ เพื่อมุ่งหวังให้สตรีตั้งครรภ์ทุกราย มีผลลัพธ์ การตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ และ

ประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่ดี ปลอดภัยสูงสุดทั้ง มารดาและทารก ดังนี้

1. การประเมินสุขภาวะของเมย์โดย พยาบาลผดุงครรภ์ที่รู้จักและคุ้นเคย (a known nurse-midwife or a trusted nurse-midwife)
2. การตรวจครรภ์และการให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์แก่เมย์โดยพยาบาล ผดุงครรภ์ที่คุ้นเคยอย่างต่อเนื่อง
3. การดูแลที่ซับซ้อนโดยพยาบาลผดุงครรภ์ ที่คุ้นเคยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเป็น ผู้ประสานงานทีมสหสาขาและติดตามผล ไม่ว่าจะเป็น การประสานงานกับสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เพื่อให้เกิดการให้ดูแล อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ
4. การดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับครอบครัว (continuity of care with family) ของเมย์ เช่น การวางแผนการดูแลร่วมกับเมย์และมารดา ของเมย์

จากแนวทางดังกล่าว การดูแลอย่าง ต่อเนื่องเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี การให้การยอมรับ เข้าใจ และเคารพในฐานะสตรี ตั้งครรภ์ (Jittitaworn, 2019) ตั้งแต่การมาฝาก ครรภ์ ร่วมกับการประเมินสภาพร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม การตรวจครรภ์ และการให้คำแนะนำใน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับ ความต้องการของสตรีตั้งครรภ์รายบุคคลนั้น การดูแลอย่างต่อเนื่องจะช่วยทำให้พยาบาล ผดุงครรภ์สามารถรับรู้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ได้เป็นอย่างดี ตลอดจน สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์จะมีความเชื่อใจ รู้สึก ได้รับการดูแลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ ของตนเอง นอกจากนี้ การแบ่งปันพลังและความ รับผิดชอบ โดยสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์รับผิดชอบใน การดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ และได้รับ การส่งเสริมสนับสนุนจากพยาบาลผดุงครรภ์ สิ่งเหล่านี้จะทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกมั่นใจและ เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Wisanskoonwong, 2014) รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้

เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของทารกในครรภ์
 พยาบาลผดุงครรภ์สามารถประเมินและส่งต่อแก่
 ผู้เชี่ยวชาญเมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้ง
 การติดตามประสานงานและติดตามผล การดูแล
 อย่างต่อเนื่องจะติดตามไปจนถึงระยะคลอด และ
 ระยะหลังคลอด ตลอดจนสามารถให้คำอธิบาย
 ข้อสงสัยต่าง ๆ แก่ครอบครัวของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์

สรุป

การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) แก่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์นั้น จะมีส่วนช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์ตระหนัก เข้าใจ และสามารถเข้าถึงการให้การดูแลในหน่วยฝากครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ที่เป็นส่วนหนึ่งในการให้การดูแลหลักในระยะตั้งครรภ์แก่สตรี บทความวิชาการนี้อาจเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนริเริ่มในการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ โดยสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์ที่สตรีวัยรุ่นคุ้นเคย (a known nurse-midwife) ตลอดระยะตั้งครรภ์ ความคุ้นเคย ความไว้วางใจเชื่อมั่นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์จะถูกพัฒนาผ่านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนพยาบาลผดุงครรภ์จะเข้าใจความต้องการ และปัญหาของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้อย่างลึกซึ้ง การให้การดูแลอย่างต่อเนื่องนี้จะมีผลช่วยสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี และประสบการณ์ที่ดีจากการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังประโยชน์สูงสุดในความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อีกทั้งเป็นการส่งเสริมบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ที่ชัดเจนต่อการให้การผดุงครรภ์แก่สตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

Boyle, S., Thomas, H., & Brooks, F. (2016). Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 32, 21-29. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.001

- Butchon, R., Liabsuetrakul, T., McNeil, E., & Suchonwanich, Y. (2014). Birth rates and pregnancy complications in adolescent pregnant women giving birth in the hospitals of Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97(8), 785-790. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=25345252>
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., . . . Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121 (Suppl 1), 40-48. doi:http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12630
- Allen, J. (2019). Midwifery continuity of care for specific groups. In C. Homer, P. Brodie, J. Sandall, & N. Leap., *Midwifery continuity of care* (pp. 207-229) (2nd ed). New South Wales: Elsevier Australia.
- Jittitaworn, W. (2019). *Adverse perinatal outcomes and models of maternity care for Thai adolescent pregnant women: A mixed methods study*. (Doctoral of Philosophy, Midwifery). Faculty of Health, University of Technology Sydney, Sydney, Australia.
- Jittitaworn, W., Fox, D., Catling, C., & Homer, C. S. E. (2019). Recognising the challenges of providing care for Thai pregnant adolescents: Healthcare professionals' views. *Women and Birth*. doi:10.1016/j.wombi.2019.03.015
- Lanjakornsiripan, W., Amnatbuddee, S., Seejorn, K., Werawatakul, Y., Kleeboon, P., Komwilaisak, R., . . . Luanratanakorn, S. (2015). Contraceptive practices and pregnancy intendedness among pregnant adolescents. *International Journal of Women's Health*, 7, 315-320.
- Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220-229.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4, Art, CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

- Sriyasak, A., Almqvist, A.-L., Sridawruang, C., Neamsakul, W., & Häggström-Nordin, E. (2016). Struggling with motherhood and coping with fatherhood—A grounded theory study among Thai teenagers. *Midwifery*, 42, 1-9.
- Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., . . . Alderdice, F. (2016). Midwifery-led antenatal care models: Mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 168. doi:10.1186/s12884-016-0944-6
- Wisanskoonwong, P. (2014). Midwifery Partnership between midwives and pregnant women for reducing risk factors of preterm birth. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(1), 34-44.
- World Health Organization. (2016a). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2016b). World health statistics 2016 monitoring health for the SDGs. Retrieved from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- World Health Organization. (2018a). Adolescent pregnancy. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- World Health Organization. (2018b). Adolescents: health risks and solutions. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>



กรณีศึกษา: แนวทางในการพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์
จากสถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ¹
CASE STUDY: GUIDELINES TO DEVELOP NURSING SERVICE SYSTEM
FROM SITUATION AND DESIRE OF AGING IN MEDICAL DEPARTMENT,
POLICE GENERAL HOSPITAL

ชลอริญช์ ทวีบุญยทินศิริ²

Cholarin Thaweebunyathinsiri

¹ส่วนหนึ่งของผลงานบริการทางวิชาการและวิชาชีพเพื่อดำรงตำแหน่งพยาบาล (สบ 4)

²พ.ต.ท.หญิง, โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ

Pol. Lt. Col., Police General Hospital, Royal Thai Police Headquarters, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: leklek2407@gmail.com

Received: May 3, 2019

Revised: November 25, 2019

Accepted: November 29, 2019

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งนำเสนอผลจากการทบทวนวรรณกรรมและการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีสุขภาพดีและบางรายมีโรคประจำตัวที่ต้องเข้ารับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์พบว่า บางส่วนต้องการให้มีโครงการสวัสดิการด้านการรักษาสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การบริการสำหรับกลุ่มข้าราชการบำนาญ และกลุ่มที่ว่างงาน เป็นต้น แนวทางการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจ 3) การช่วยเหลือด้านปัญหาทางเศรษฐกิจ 4) การปรับปรุงภูมิทัศน์ให้ปลอดภัย และ 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้จริง

คำสำคัญ : ความต้องการของผู้สูงอายุ, แนวทางพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์

Abstract

This article presents the results from literature review and data collection of the situation and desire of aging samples who receive services in the medical department in Police General Hospital. Some aging population are health and others have chronic illnesses that require ongoing treatment and follow-up. From the interviews with clients, some aging

requires welfare programs in treatment dimension for the elderly, such as protection for pensioner groups and the unemployed group, etc. The guideline of nursing service system consists of 5 dimensions: 1) aging health care, 2) promoting mental well-being, 3) helping to solve economic problems, 4) developing the landscape to be safe, and 5) building strong social networks to achieve sustainability in development and meeting truly the needs of aging.

Keywords : desire of aging, guideline for develop nursing service system

บทนำ

ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้เข้าสู่ “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุโลก” (World Health Organization, 2005) จากรายงานของ United Nation (2013) ระบุว่าในปี 2556 ทั่วโลกมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 12.0 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2593 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า แสดงว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นสองพันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.0 ของประชากรโลกทั้งหมด และทำให้สังคมโลกกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าในไม่ช้าทุกประเทศทั่วโลกต้องรับมือกับสภาพปัญหาของสังคมผู้สูงอายุ และประเด็นที่ท้าทาย คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการวางแผนเพื่อเตรียมรับมือกับสถานการณ์ผู้สูงอายุอย่างไรสำหรับประเทศไทยได้มีการกำหนดแผนผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อให้รองรับสังคมผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (The Secretariat Office of the National Strategy Committee, Office of the National Economic and Social Development Council, 2018)

โรงพยาบาลตำรวจเป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาโรงพยาบาลให้มีความพร้อมที่จะรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยมีวิสัยทัศน์ที่มุ่งเป็นสถาบันการแพทย์ตำรวจที่มี

ความเป็นเลิศระดับสากล เพื่อสุขภาพที่ดีของตำรวจและประชาชน และเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามพันธกิจที่กำหนดเป้าประสงค์ จึงได้มีการปรับปรุงประเด็นยุทธศาสตร์หนึ่งใน 7 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริการเป็นเลิศ (service excellence) ที่เน้นให้ที่หน่วยในโรงพยาบาลพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับแผนชาติ วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ จึงต้องมีการค้นคว้าหาข้อมูลมาประกอบเพื่อพัฒนาแผนกให้พร้อมสำหรับการบริการผู้สูงอายุ

แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะนอกจากการให้บริการรักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องทำหน้าที่ป้องกันส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพให้กับผู้สูงอายุที่มารับบริการอีกด้วย และเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างมีแนวทางที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับสภาพความต้องการการบริการของผู้สูงอายุ ผู้แต่งในฐานะพยาบาลวิชาชีพ จึงได้ศึกษาค้นคว้าและเก็บข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นบางส่วนมาสรุปเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการทางด้านการพยาบาลสำหรับกรณีศึกษาแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษา

จากการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุจำนวน 100 คน ที่มาใช้บริการพยาบาลใน 5

หน่วยย่อยของแผนกอายุกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ได้แก่ ห้องตรวจโรคอายุกรรม หน่วยตรวจเครื่องมือพิเศษ (ส่องกล้องทางเดินอาหาร และตรวจสมรรถภาพปอด) หน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ หน่วยปฏิบัติการสวนหัวใจและหลอดเลือด และศูนย์ไตเทียม พบว่า ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.0) รองลงมาคือเพศหญิง (ร้อยละ 45.0) มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 93.0) อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ คือ 65.1 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพและมัธยมศึกษาตอนต้นในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน สถานภาพมากกว่ากึ่งหนึ่งเป็นหม้ายหรือหย่าร้าง (ร้อยละ 51.0) รองลงมาคือมีสภาพสมรส (ร้อยละ 33.0) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีประมาณร้อยละ 16.0 ไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 66.0) มีอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นอาชีพที่มารับบริการมากที่สุด (ร้อยละ 52.9) ลักษณะของครอบครัวที่อยู่อาศัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกและหลาน (ร้อยละ 39.0) รองลงมาคืออยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 21.0) และอยู่กับลูกเท่านั้น (ร้อยละ 19.0)

โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 24.5) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความผิดปกติของไต ตับ ต่อมไร้ท่อ ต่อมลูกหมากโต และโรคระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ

ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 36.0) มีค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 13,009 บาท

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในแผนกอายุกรรมโรงพยาบาลตำรวจในภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 37.0) รองลงมาคือ มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องตามคำแนะนำของ

แพทย์ (ร้อยละ 35.0) และในขณะเดียวกันพบว่า มีผู้สูงอายุบางรายที่ยังพร่องเรื่องการออกกำลังกาย และขาดความระมัดระวังในการรับประทานอาหาร ที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

จากการให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาการบริการของแผนกอายุกรรม 5 ด้าน พบว่า

1. ความต้องการบริการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเห็นว่าแผนกอายุกรรมควรจัดบริการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครบวงจร กล่าวคือ มีความสะดวก รวดเร็ว เป็นระบบ เช่น การจองคิวรักษา หรือจัดให้มีการติดตามผลการรักษาได้ในระบบออนไลน์ เป็นต้น ในส่วนของพยาบาลควรให้แพทย์ช่วยประเมินอาการก่อน เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ปลอดภัย และได้รับยารักษาโรคที่เหมาะสม นอกจากนี้ ควรมีบุคลากรให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและติดตามโรคที่เป็นอยู่อย่างใกล้ชิด

2. ความต้องการบริการด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการแผนกอายุกรรมเห็นว่าผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม และเท่าเทียมกัน ควรมีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อให้กำลังใจและสร้างทัศนคติที่ดีให้กับตนเอง อาทิ จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้รับความสนุกและบันเทิงระหว่างรอการรักษา สนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมให้คำแนะนำการจัดการตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนกิจกรรมให้บริการรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ความต้องการบริการด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเห็นว่า แผนกอายุกรรมควรมีกองทุนหรือโครงการสวัสดิการด้านการรักษา สำหรับกลุ่มเปราะบาง อาทิ การคุ้มครองกลุ่มข้าราชการบำนาญ กลุ่มคนยากจน หรือผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยเพียงลำพัง หรือผู้สูงอายุที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการดำเนินชีวิตและการรับการรักษาพยาบาล เป็นต้น

4. ความต้องการบริการด้านสังคม ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเห็นว่า แผนกอายุรกรรมควรจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาททางสังคม เพื่อสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเอง มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุรับทราบข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ เป็นต้น

5. ความต้องการบริการด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเห็นว่าแผนกอายุรกรรมควรปรับปรุงภูมิทัศน์ของแผนกให้มีความปลอดภัย และสามารถรองรับบริการด้านสุขภาพได้อย่างสะดวก แม้จะมีจำนวนผู้รับบริการจะมากก็ต้องมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น รววจับทางลาดป้ายบอกทาง เป็นต้น และมีที่สำหรับพักผ่อนเมื่อต้องรอตรวจหลายอย่างในวันที่มาใช้บริการ

ข้อมูลที่กำลังกล่าวมาทั้งหมด นำไปสู่การสรุปเป็นข้อเสนอแนะเพื่อจัดทำแนวทางในการพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์ของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ 5 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นหัวใจที่สำคัญของแผนกอายุรกรรม เพราะผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรประกอบด้วยการรักษา การให้ความรู้ การให้ความใส่ใจกับระบบการจัดพื้นที่บริการที่มีความสะดวกสบาย ปลอดภัย เพื่อสนองความต้องการด้านสุขภาพ และควรจัดบริการที่รองรับผู้สูงอายุเพิ่มเติม เช่น 1) การจัดบริการครบวงจร (one stop service) ที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งระบบการให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอนของการบริการ และมีพื้นที่บริการให้กับผู้สูงอายุและญาติที่มาใช้บริการ 2) การจัดตั้ง “คลินิกผู้สูงอายุ” และมีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการ

3) พัฒนา Application ที่สามารถให้คำแนะนำติดตาม และดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ อาจมีการส่งเสริมให้การเปิดสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรให้ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุในทุกด้าน และควรมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน มีการทำงานเป็นทีม (Urairak & Sunyavivat, 2014)

2. การส่งเสริมสุขภาวะจิตใจ ควรมีการส่งเสริมสุขภาวะจิตใจ โดยอาจมีการจัดตั้งศูนย์บริการให้คำปรึกษากรณีที่ผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ มีความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ

3. การช่วยเหลือแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยมีการสนับสนุนการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอต่อการให้บริการทางด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sindecharak (2015) ที่กล่าวว่า การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในสังคมจีนมี 2 ระบบ คือ การประกันสังคม และการช่วยเหลือทางสังคม โดยเน้นการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนโดยรัฐบาลที่ให้ความช่วยเหลือครัวเรือนที่ยากจน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ถือเป็นภาระสนองต่อความต้องการด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

4. การปรับปรุงภูมิทัศน์ให้ปลอดภัยโดยควรมีการดูแลให้พื้นผิวทางเท้าไม่ลื่น มีจุดบริการรถเข็นเพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทางระหว่างอาคารหรือระหว่างห้องตรวจ และมีการติดสัญลักษณ์เพื่อความปลอดภัยต่าง ๆ ตามแนวทางเดิน สอดคล้องกับ Academic Office of the Secretariat of the House of Representatives (2018) ที่ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในด้านของการบริหารจัดการความปลอดภัย คือ ควรมีการกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการสร้างนวัตกรรมเพื่อรองรับและอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ และปลอดภัยจากอุบัติเหตุเมื่อต้องอยู่ลำพัง

5. การสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ควรจัดตั้งคณะกรรมการทำงานร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลตำรวจกับชุมชนกับหน่วยงาน ภาครัฐอื่น ๆ ที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลตำรวจ สอดคล้องกับ Chandee and Rittirod (2015) ที่ศึกษาเรื่อง การวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ในองค์การบริหารส่วนตำบลไพร อำเภอนาหวาย จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนและ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักถึงปัญหาและ เห็นว่าองค์การบริหารส่วนตำบลไพรควรกำหนด นโยบายทางด้านการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับสังคม ผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคม เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และ มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน การดำรงชีวิตที่เหมาะสม เพื่อรองรับการเข้าสู่ วัยสูงอายุ

อย่างไรก็ตาม แนวทางในการพัฒนา พัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์จาก กรณีศึกษาสถานการณ์และความต้องการของ ผู้สูงอายุแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ เป็น เพียงข้อมูลส่วนหนึ่งในการเตรียมความพร้อมเพื่อ รองรับสังคมสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับปฏิกิริยา ผู้สูงอายุไทยที่มุ่งให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับการคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย

สรุป

แนวทางในการพัฒนาระบบการบริการ ทางโรงพยาบาลจากสถานการณ์ และ ความต้องการของผู้สูงอายุแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ถึงแม้จะเป็นกรณีศึกษาของ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ แต่สามารถ นำไปสู่การวางแผนพัฒนาระบบการบริการ ทางโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องได้ เพื่อรับมือกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ เพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Academic Office of the Secretariat of the House of Representatives. (2018). *Aging society and Thailand's economy*. Retrieved from https://library.parliament.go.th/ejournal/content_af/2561/jul_2561-1.pdf
- Chandee, C., & Rittirod, T. (2015). A preparation plan for elderly age in Prai Municipality, Khunhaan District, Sisaket Province. *Journal of Local Administration*, 8(3), 46-59.
- Sindecharak, T. (2015). Elderly in Chinese society: Welfare services, model for elderly care and social activity. *Thammasat Journal*, 34(2), 1-32.
- The Secretariat Office of the National Strategy Committee, Office of the National Economic and Social Development Council. (2018). *The National strategies B.E. 2561 – 2580 (short version)*. Retrieved from https://www.nesdb.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
- United Nation. (2013). *World population ageing 2013*. Department of Economic and Social Affairs Population Division. Retrieved from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- Urairak, B., & Sunyavivat, S. (2014). Factors effected to management of service quality of medical personnel of the Royal Thai Police. *Journal of The Police Nurse*, 6(1). 88-101.
- World Health Organization. (2005). *Depression research*. New York, NY: Spring Publishing Company Inc.



ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลตำรวจ

ประเภท ☐ บุคคลชื่อ-นามสกุล.....
☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)

เบอร์โทรศัพท์ E-mail

มีความประสงค์

☐ 1 ปี 2 เล่ม ราคา 500.- บาท

☐ 2 ปี 4 เล่ม ราคา 900.- บาท

ได้ชำระเงินเป็น

☐ โอนเงินผ่านธนาคาร ออมสิน ประเภท เพื่อเรียก สาขา ราชประสงค์

ชื่อบัญชีสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ หมายเลขบัญชี 053-64028690-1 เป็นเงิน
 บาท กรุณาส่ง Fax ใบสมัครและใบโอนเงินมายัง กองบรรณาธิการ
 โทรสาร 02 251 0253 หรือ E-mail : journal@nursepolic.go.th

ลงนาม ผู้สมัคร
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

เริ่มจ่ายวารสารพยาบาลตำรวจ ฉบับที่ / สิ้นสุด /

ผู้รับสมัคร

(.....)

..... / /



ค่าใช้จ่ายสำหรับการตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย

ชื่อ - นามสกุล

ที่อยู่ (สำหรับจัดส่งวารสาร)

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail :

มีความประสงค์

☐ ตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัยและสมัครสมาชิกวารสาร 1 ปี (2 ฉบับ)

ค่าใช้จ่ายจำนวน 2,500 บาท

☐ ตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย“กรณีเร่งด่วน”และสมัครสมาชิกวารสาร 1 ปี (2 ฉบับ)

ค่าใช้จ่ายจำนวน 4,000 บาท

หมายเหตุ กรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความวิชาการ/บทความวิจัยแล้วเห็นว่า
ผลงาน “ไม่สามารถลงตีพิมพ์ได้” หรือ “เรื่องไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของวารสารพยาบาลตำรวจ”
ทางกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าใช้จ่าย

การชำระเงิน

☐ โอนเงินผ่านธนาคารออมสิน ประเภท เพื่อเรียก สาขา ราชประสงค์
ชื่อบัญชีสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจหมายเลขบัญชี 053-64028690-1
เป็นเงิน..... บาท

กรุณาส่ง Fax ใบสมัครและใบโอนเงินมายัง กองบรรณาธิการ

โทรสาร 02 251 0253 หรือ E-mail : journal@nursepolice.go.th

ลงนาม ผู้สมัคร
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่รับสมัคร
(.....)

..... / /



แบบคำร้องส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย
เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ

ท่านได้สมัคร Username ใน ระบบ ThaiJO ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
(ถ้าใช่) Username ของท่าน คือ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้แต่ง (Author)

คนที่ 1 คำนำหน้า/ยศ ชื่อ นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

ชื่อบทความวิชาการ/บทความวิจัย (ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

เรื่อง.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้แต่งร่วม/ อาจารย์ที่ปรึกษา (Co-Researcher/ Adviser) (กรุณาเติมข้อมูลให้ครบตามจริง)

คนที่ 2 คำนำหน้า/ยศ ชื่อ นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*จำนวนผู้แต่งสามารถเพิ่มเติมได้ โดยใส่ข้อมูลที่จำเป็นเหมือนคนที่ 2 และ 3



คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับวารสารพยาบาลตำรวจ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลตำรวจ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผลงานที่ได้ตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลตำรวจ และผลงานทุกเรื่องจะผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ เรื่องละ 2 ท่าน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจสอบและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามรูปแบบที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่ง ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในวารสารพยาบาลตำรวจควรรับทราบ ดังนี้

ประเภทการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ

1. บทความวิชาการ เป็นบทความที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าและสังเคราะห์งานทางวิชาการที่เกี่ยวกับการพยาบาล การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัย เป็นบทความที่เป็นการรายงานผลการวิจัยทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

1. บทคัดย่อ (abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องไม่เกินอย่างละ 200 คำ (ไม่รวมคำสำคัญ) หรือมีความยาวอย่างละไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางหลักภาษาและไวยากรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษในสาขานั้น ๆ มาแล้ว
2. คำสำคัญ (keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 2 - 5 คำ (ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา)
3. เนื้อหา ประกอบด้วย ส่วนต่าง ๆ ตามรูปแบบการตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ปรากฏอยู่หน้าเว็บไซต์ของวารสาร และถ้ามีตารางหรือรูปภาพ ต้องใส่ไม่เกิน 3 ตาราง หรือ 3 รูป หรือตามความเหมาะสมของเนื้อหาสาระที่น่าเสนอ
4. ต้นฉบับที่พิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เป็นโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) ที่เป็นนามสกุล .doc หรือ .docx โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดอักษรตามที่ระบุไว้ในรูปแบบ (format) ของวารสารบนเว็บไซต์ และเว้นระยะแบบ Single space ความยาวของบทความวิชาการไม่ควรเกิน 10 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง)
5. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถาน และพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้คำย่อ นอกจากคำย่อนั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป

ส่วนการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาภาษาไทย หากต้องการใส่ภาษาอังกฤษในวงเล็บ ควรใช้ดังนี้ เช่น คุณภาพชีวิต (quality of life) และควรใช้คำย่อภาษาอังกฤษที่เป็นสากลเท่านั้น (ให้ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) เช่น (quality of life: QoL) นอกจากนี้ การใช้ตัวเลขควรใช้เป็นเลขอารบิกทั้งหมด

6. ภาพที่ส่งมาจะเป็นภาพสีหรือขาวดำก็ได้ แต่ต้องมีความคมชัด หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารแนบที่บ่งบอกการได้รับการอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ และต้องมีการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลัก APA 6th edition ถ้าเป็นภาพที่วาดหรือเขียนหรือถ่ายขึ้นมาเองสามารถนำมาใช้ได้เป็นปกติ ถ้ามีรูปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือบุคคลต้องมีเอกสารยืนยันการได้รับอนุญาตเผยแพร่หรือมีการทำเบลอภาพหรือปิดภาพบางส่วนที่จะไม่ทำให้บุคคลในภาพเกิดความเสียหาย

7. การเตรียมเอกสารอ้างอิงให้ใช้เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ถ้าผู้แต่งเป็นคนไทยต้องทำการเปลี่ยนให้เป็นภาษาอังกฤษตามแบบของ APA 6th edition ตามตัวอย่างที่ปรากฏบนหน้าเว็บไซต์ของวารสารพยาบาล ตำรวจ

8. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ ซึ่งหากกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจตรวจพบว่า บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏในวารสารอื่น กองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารพยาบาลตำรวจทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารพยาบาลตำรวจ และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลตำรวจอีก

9. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้อง โดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวันสิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่น และแสดงให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย และให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์ โดย upload file ที่ขั้นตอน Upload Submission พร้อมกันกับไฟล์บทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ) ซึ่งจะมีให้ Add Another File ซึ่งผู้นิพนธ์สามารถแนบไฟล์เพิ่มได้ แต่ต้องเพิ่มทีละไฟล์ โดยเลือก Upload File Article Component เป็นประเภท Article Text

10. การโอนเงินเพื่อชำระค่าสมัครสมาชิกวารสารและ/หรือค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย จะทำได้ต่อเมื่อได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาตอบรับตีพิมพ์เท่านั้น โดยภายหลังการตอบรับตีพิมพ์ให้ท่านแนบไฟล์หลักฐานการโอนเงินมาในระบบในส่วนของ Submission และทำการ upload files เช่นเดียวกับที่ทำการแนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB (**คำเตือน** หากท่านทำผิดขั้นตอน โดยมีการชำระเงินก่อนได้รับ e-mail ตอบรับการตีพิมพ์จากระบบวารสารออนไลน์ (accept submission) หรือบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์อันเป็นเหตุจากความบกพร่องของผู้นิพนธ์ ภายหลังที่ได้ส่งพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้นิพนธ์จะไม่ได้รับเงินคืนแต่อย่างใด และจะไม่ถือเป็นความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ)

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5

เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK ตัวหนา ขนาด18

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด (ตัวหนา) ขนาด18

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15

(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12
(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12

ตัวอย่าง

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน¹

SELECTING FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS
WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX¹

นิสริน วิไลวรรณ²

นรลักขณ์ เอื้อกิจ³

Nissareen Wilaiwan

Noraluk Ua-kit

¹วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

และได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of this thesis, Master Degree of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

This research was funded by Chulalongkorn University.

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: nissy_lanla@hotmail.com

(ถ้าเป็นงานวิจัยหมู่คณะให้ระบุ Corresponding author E-mail:)

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Received:

Revised:

Accepted:

ทางวารสาร
จะตรวจสอบ
และลงให้

บทคัดย่อ

ภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

คำสำคัญ : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ตัวอย่าง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ ความร่วมมือในการรับประทานยา และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน วัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 60 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามสุขลักษณะการนอนหลับ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินความเครียด ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเที่ยงเท่ากับ .94, .89, .85, .71, .91 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 22.38, SD = 2.69$) 2) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .350, p = .000$) และพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเครียดในระดับปกติ/ไม่เครียดจะมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี 3) ภาวะน้ำหนักเกิน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สุขลักษณะการนอนหลับ และความร่วมมือในการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน และผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความรุนแรงของอาการในระดับที่ไม่สุขสบายขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามสุขลักษณะการนอนหลับ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับปานกลางจะมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ปัจจัยคัดสรร, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน

Abstract

ภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Keywords : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

ตัวอย่าง

Abstract

The purposes of this correlational research were to examine the quality of life in patients with gastro-esophageal reflux and to determine factors associated with quality of life about overweight, symptom severity, eating behaviors, sleep hygiene, medication adherence and stress. One hundred and fourteen adult patients aged 18 - 60 years diagnosed with gastro-esophageal reflux disease from the gastroenterology outpatients clinic at the Siriraj hospital, Rajvithi hospital and the Police General Hospital were enrolled. Questionnaires were composed of demographic data, quality of life, symptom severity, eating behaviors, sleep hygiene, medication adherence and stress. All questionnaires were tested for content validities and the reliabilities were .94, .89, .85, .71, .91 and .88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients.

The major findings were as follows: 1) Mean score of quality of life in patients with gastro-esophageal reflux was level of good ($M = 22.38$, $SD = 2.69$). 2) Stress was negative significant related to quality of life in patients with gastro-esophageal reflux at the level of .05 ($r = -.350$, $p = .000$). Which normal stress/not stress effect to the quality of life in patients was in the level of good. 3) Overweight, symptom severity, eating behaviors, sleep hygiene, and medication adherence were not related to quality of life in patients with gastro-esophageal reflux. Which normal weight, uncomfortable for activity in daily life, inappropriate eating behaviors and sleep hygiene and medium medication adherence were not difference of quality of life.

Keywords : quality of life in patients with gastro-esophageal reflux

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

*ข้อความในเนื้อหาใช้ font TH SarabunPSK ขนาด 16 โดยหัวข้อใช้ตัวหนาและเนื้อหาใช้ตัวปกติ โดยทำการแบ่งเนื้อหาเป็น 2 สดมภ์ (2 columns) ดังนี้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

(เนื้อหา).....

.....

.....

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(เนื้อหา).....

.....

.....

วัตถุประสงค์วิจัย

(เนื้อหา).....

.....

.....

สมมติฐานวิจัย/คำถามวิจัย

(เนื้อหา).....

.....

.....

กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหาหรือรูปภาพ)

.....

.....

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง (ถ้ามี)

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(เนื้อหาเกี่ยวกับเครื่องมือและ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ).....

การพิทักษ์สิทธิ์ (เนื้อหาและระบุนหมายเลข IRB ที่ได้รับอนุมัติ).....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (เนื้อหา).....

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (เนื้อหา).....

.....

.....

ผลการวิจัย

(เนื้อหา).....

.....

.....

.....

ตาราง 1 ชื่อตาราง

ใช้ตัวปกติ ไม่ใช่ตัวหนา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1.				ใส่ตัวเลขจริง
2.				เช่น .000
3.				.010
.				.059
.				(ไม่ใช่ <.05)
.				

การอภิปรายผลการวิจัย

(เนื้อหา).....

.....

.....

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

(เนื้อหา).....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

(เนื้อหา).....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง

(ใช้ APA 6th edition และ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12)

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ใคร่ขอความร่วมมือในการอ้างอิง ดังนี้

1. รายการอ้างอิงทั้งหมดต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษ และมีความทันสมัย
2. รายการอ้างอิงฉบับภาษาไทย ขอให้ผู้แต่งเปลี่ยนเป็นภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อหาและท้ายเรื่อง โดยเปลี่ยนให้ถูกต้องตามหลักภาษาอังกฤษ และ APA 6th edition

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5

เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK ตัวหนา ขนาด18

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด (ตัวหนา) ขนาด18

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15

(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12
(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยสตรีตั้งครรภ์กับการลำเลียงทางอากาศ

AEROMEDICAL EVACUATION OF OBSTETIC PATIENTS

ชญานิษฐ์ ทองปากน้ำ

Chayaphat Thongpaknum

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10220

The Royal Thai Air Force Nursing College, Bangkok, 10220, Thailand

Author Email: Jane.thongpaknum@gmail.com

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ระยะขอบ

คือ 2.54

เซนติเมตร

ระยะขอบ

คือ 2.54

เซนติเมตร

Received:

Revised:

Accepted:

ทางวารสาร

จะตรวจสอบ

และลงให้

บทคัดย่อ

ภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

คำสำคัญ : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Abstract

ภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Keywords : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

*ข้อความในเนื้อหาใช้ font TH SarabunPSK ขนาด 16 โดยหัวข้อใช้ตัวหนาและเนื้อหาใช้ตัวปกติ โดยทำการแบ่งเนื้อหาเป็น 2 สดมภ์ (2 columns) ดังนี้

บทนำ	เนื้อหา
(เนื้อหา).....	(เนื้อหา).....
.....	
.....	

ตาราง 1 ชื่อตาราง (ถ้ามี)

ใช้ตัวปกติ ไม่ใช่ตัวหนา
A
B
C
.
.
.

* $p < .05$

สรุป	เอกสารอ้างอิง
(เนื้อหา).....	(ใช้ APA 6 th edition และ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12)
.....	
.....	
.....	

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ใคร่ขอความร่วมมือในการอ้างอิง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงทั้งหมดต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษ และมีความทันสมัย
2. เอกสารอ้างอิงฉบับภาษาไทย ขอให้ผู้แต่งเปลี่ยนและเขียนตามแบบภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อหาและท้ายเรื่อง โดยเปลี่ยนให้ถูกต้องตาม APA 6th edition
3. เอกสารอ้างอิงถ้าเป็นการวิจัยต้องไม่เกิน 5 ปีย้อนหลัง หรือ ถ้าเป็นหนังสือไม่เกิน 10 ปีย้อนหลัง

การจัดทำรายการอ้างอิงตามแบบ APA 6th สำหรับวารสารพยาบาลตำรวจ

วารสารพยาบาลตำรวจกำหนดให้ใช้ตามแบบของ APA Formatted References 6th edition โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.apastyle.org/index.aspx>

ลักษณะการเขียน APA 6th ตามที่วารสารพยาบาลตำรวจกำหนดมีดังนี้

1. ชื่อผู้แต่งในเนื้อหา

ไม่ต้องลงค่านำหน้านาม ยศ ตำแหน่งทางวิชาการ คำขึ้นต้นทางวิชาชีพ ฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ และถ้าชื่อผู้แต่งเป็นภาษาไทยให้เปลี่ยนเป็นภาษาอังกฤษและเขียนตามแบบการเขียนรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้แต่ง 1 คน ขึ้นไป ให้ดูวิธีการเขียนในหัวข้อตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

2. บรรณาธิการ ให้เขียนโดยใช้คำย่อของบรรณาธิการ คือ (Ed.) แทนคำว่า Editor หรือ (Eds.) แทนคำว่า Editors ตามลำดับ

3. ปีพิมพ์ ให้ใส่ปี ค.ศ. พิมพ์ในเครื่องหมายวงเล็บตามหลังชื่อผู้แต่ง

4. ชื่อหนังสือ พิมพ์ด้วยตัวเอียง โดยตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ และที่เหลือใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อในหนังสือเป็นชื่อเฉพาะให้ใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์ใหญ่ได้ นอกจากนี้หากชื่อหนังสือมีการใช้เครื่องหมาย “ : ” หลังเครื่องหมาย “ : ” ตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ แล้วที่เหลือใช้ตัวพิมพ์เล็ก

5. ชื่อบทความ ใช้ตัวธรรมดา **ไม่ใช่ตัวเอียง** และการใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์ใหญ่-ตัวพิมพ์เล็ก ใช้ตามแบบชื่อหนังสือ

6. ครั้งที่พิมพ์ ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องใส่ครั้งที่พิมพ์ แต่เมื่อพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ให้ใส่ครั้งที่พิมพ์ต่อจากชื่อเรื่อง โดยครั้งที่พิมพ์จะอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ เช่น (2nd ed.)

7. ชื่อวารสาร ให้ใช้ด้วยตัวเอียง และใช้ชื่อวารสารแบบเต็ม ไม่ใช่ชื่อวารสารแบบย่อ เช่น *Journal of the Police Nurses*

8. ปีที่ของวารสาร (Volume) ให้ใช้ด้วยตัวเอียงต่อจากชื่อวารสาร โดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “ , ”

9. ฉบับที่ (No) ให้ใช้ตัวปกติ **ไม่ใช่ตัวเอียง** ใส่เลขของฉบับที่ในเครื่องหมายวงเล็บต่อจากเลขของปีที่ของวารสาร (volume)

10. เลขหน้า ของบทความที่อ้างอิง ให้พิมพ์ต่อจากเครื่องหมายจุลภาค “ , ” และจบท้ายด้วยเครื่องหมายมหัพภาค “ . ” โดยเขียนเลขหน้าแบบปกติ เช่น 111-117 ไม่ใช่ 110-7

11. สถานที่พิมพ์ ถ้าปรากฏชื่อเมืองที่พิมพ์หลายชื่อ ให้ใส่เมืองแรกที่ปรากฏ หรือชื่อเมืองของสำนักพิมพ์ที่พิมพ์หนังสือหรือสิ่งพิมพ์นั้น ๆ และถ้าเมืองนั้นมีอักษรย่อให้ใส่อักษรย่อของชื่อรัฐหรือชื่อเมืองนั้น และหลังสถานที่พิมพ์ให้ใส่เครื่องหมายทวิภาค (colon) “ : ” ต่อจากชื่อสถานที่โดยไม่เว้นวรรค และเว้นระยะ 1 วรรค สำหรับใส่ชื่อสำนักพิมพ์ ตัวอย่างเช่น Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

แต่ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์จะใส่สถานที่พิมพ์เรียงลำดับ ดังนี้ ชื่อคณะ ชื่อสถาบันการศึกษา และสถานที่พิมพ์ เช่น Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

12. กรณีชื่อวิทยานิพนธ์ ให้ระบุชื่อวิทยานิพนธ์ด้วยตัวเอียง และหลังชื่อวิทยานิพนธ์ให้ใส่วงเล็บที่ข้างในเขียนชื่อวิทยานิพนธ์ระดับการศึกษาใด พร้อมกับระบุสาขาวิชา (ถ้ามี) แล้วตามด้วย “.” ปิดท้ายตัวอย่างเช่น *Fear of falling and functional ability in older adults undergoing hip surgery* (Master of nursing science program, adult nursing).

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาตามแบบ APA 6th				
Type of citation	First citation	Subsequent citation	Parenthetical formal, first citation	Parenthetical subsequent, first citation
ผู้แต่ง 1 คน	Kasemsuk (2016)	Kasemsuk (2016)	(Kasemsuk, 2016)	(Kasemsuk, 2016)
ผู้แต่ง 2 คน	Srisuk and Oumtane (2017)	Srisuk and Oumtane (2017)	(Srisuk & Oumtane, 2017)	(Srisuk & Oumtane, 2017)
ผู้แต่ง 3 คน	Saraboon, Aree-Ue, and Jarupat Maruo (2014)	Saraboon et al. (2014)	(Saraboon, Aree-Ue, & Jarupat Maruo, 2014)	(Saraboon et al., 2014)
ผู้แต่ง 4 คน	Wacharasin, Khamngoen, Sriprasan, and Chivanon (2017)	Wacharasin et al. (2017)	(Wacharasin, Khamngoen, Sriprasan, & Chivanon, 2017)	(Wacharasin et al., 2017)
ผู้แต่ง 5 คน	Lertsakornsiri, Rudtanasudjatum, Serekajornkicharoen, Chaoniyom, and Muanphetch (2017)	Lertsakornsiri et al. (2017)	(Lertsakornsiri, Rudtanasudjatum, Serekajornkicharoen, Chaoniyom, & Muanphetch, 2017)	(Lertsakornsiri et al., 2017)
ผู้แต่ง 6 คน หรือมากกว่า 6 คน	Soowit et al. (2017)	Soowit et al. (2017)	(Soowit et al., 2017)	(Soowit et al., 2017)
ผู้แต่งที่เป็น การรวมกลุ่ม หรือ องค์กร ที่มีตัวย่อ	American Academy of Orthopaedic Surgeons (2013)	AAOS (2013)	(American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013)	(AAOS, 2013)
ผู้แต่งที่เป็น การรวมกลุ่ม หรือ องค์กร ที่ไม่มีตัวย่อ	Police Nursing College (2015)	Police Nursing College (2015)	(Police Nursing College, 2015)	(Police Nursing College, 2015)

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง

ผู้แต่ง 1 คน

Titapiwatanakun, B. (2018). Penile augmentation with foreign material injection penile shaft, correction by CO₂ laser. *Journal of The Police nurses*, 10(1), 202-208.

ผู้แต่ง 2 คน

Canovas, F., & Dagneau, L. (2018). Quality of life after total knee arthroplasty. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery and Research*, 104(15), S41-S46.
<https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.04.017>

ผู้แต่ง 3 คน

Moksnes, H., Engebretsen, L., & Risberg, M. A. (2012). Management of anterior cruciate ligament injuries in skeletally immature individuals. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 42(3), 172-183. doi:10.2519/jospt.2012.3608

ผู้แต่ง 4 คน

Salem, S. S., Sharaf, S., Mostafa, M. M., & Kaddah, M. A-E. (2012). Impact of a designed nursing rehabilitation program on incidence of complication and length of hospital stay after anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction El-Manial university hospital. *Journal of American Science*, 8(2), 476-488.

ผู้แต่ง 5 คน

Kaewsongk, P., Masingboon, K., Keeratiyutawong, P., Melkus, G. D. E, & Deoisre, W. (2018). Effects of a self-management support program on foot care knowledge, foot care behaviors, perceived social facilitation support, and hba1c among people with type 2 diabetes at low risk of diabetic foot complications. *Journal of The Police nurses*, 10(2), 385-399.

ผู้แต่ง 6 คน

Dean, S., Walsh, S., Williams, C., Zaslowski, C., Morgan, A., & Levett-Jones, T. (2018). The mystery shopper student learning experience in undergraduate health education: A case study. *Nurse Education Today*, 70, 69-76. doi:10.1016/j.nedt.2018.08.010

ผู้แต่งมากกว่า 6 คน

Liaw, S. Y., Rashasegaran, A., Wong, L. F., Deneen, C. C., Cooper, S., Levett-Jones, T., . . . Ignacio, J. (2018). Development and psychometric testing of a clinical reasoning evaluation simulation tool (CREST) for assessing nursing students' abilities to recognize and respond to clinical deterioration. *Nurse Education Today*, 62, 74-79.
doi:10.1016/j.nedt.2017.12.009

การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือ

Hoh, D. J., Levi, A. D., & Wang, M. Y. (2011). Ossification of the posterior longitudinal ligament and other enthesopathies. In J. R. Youmans, *Youmans neurological surgery* (pp. 2899-2910) (6th ed.). Philadelphia, PA: WB Saunders.

Holowaychuk, M. K., & Ostenkamp, S. M. (2019). Chapter 61: Care of the patient with intracranial disease. In J. M. B. Creedon & H. Davis (Eds.), *Advanced practice in healthcare*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118997246.ch61>

การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

Maninet, S. (2013). *Relationships among personal factors, symptoms, symptom management, sense of coherence, and quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

