



ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2556 ISSN 0857-3743

Vol. 23 No. 3 September – December 2013 ISSN 0857-3743



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

พิมพ์ที่ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข • ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2556

- ➔ การนำรูปแบบ TTM ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ➔ ชุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล
- ➔ ผลของการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินความรู้และทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นและการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกของนักศึกษา
- ➔ มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี
- ➔ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตเทศบาลนครสงขลา
- ➔ ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป
- ➔ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายยืดต่อความรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
- ➔ ผลการพัฒนาแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ➔ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล
- ➔ ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- ➔ ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
- ➔ ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- ➔ การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
- ➔ ประสพการณ์การนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมสภาการพยาบาลสากล ICN 25th Quadrennial Congress

# วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2556 ISSN 0857-3743

## คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ  
นางนิตยา จันทร์เรือง มหาผล  
นางสาวกาญจนา สันติพัฒนาชัย  
นางสาวดาราวพร คงจา  
ดร.กาญจนา จันทร์ไทย  
ศ.ดร.วิณา จีระแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
สำนักวิชาการสาธารณสุข  
ผู้ทรงคุณวุฒิ  
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บรรณาธิการ

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

## รองบรรณาธิการ

ดร.อัญญาพร หิรัญพฤกษ์

สถาบันพระบรมราชชนก

## กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์  
ผศ.ดร.โสภณภัทร ศรีไชย  
ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย  
ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์  
ดร.ชุติมา ปัญญาพินิจนุกร  
Dr.Paul Alexander Turner

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล  
ผู้ทรงคุณวุฒิ  
ผู้ทรงคุณวุฒิ  
ผู้ทรงคุณวุฒิ

## ผู้จัดการ

นางไพบูลย์ วงษ์ใหญ่

## เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834  
www.tnaph.org Email: n.tnaph@gmail.com

## พิมพ์ที่

บริษัท ธนาเพรส จำกัด  
เลขที่ 9 ซอยลาดพร้าว 64 แยก 14  
แขวง/เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310  
โทร. 0-2530-4114 โทรสาร 0-2108-8951  
Email : tanapress@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิจัย  
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2556

1	อ.ดร.มณฑาทิพย์	ไชยศักดิ์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
2	อ.ดร.สาธิตา	เมธนาวิณ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
3	อ.ดร.ชุตินา	ปัญญาพินิจนุกร	ผู้ทรงคุณวุฒิ
4	ผศ.ดร.พูลสุข	เจนพานิชย์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5	ผศ.ดร.นิภาวรรณ	สามารถกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
6	ผศ.ดร.กาญจนา	ครองธรรมชาติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7	ผศ.ดร.จริยาภรณ์	รุจิโรระ	สาขาพัฒนาชุมชน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ จ.พระนครศรีอยุธยา
8	อ.ดร.อภิญา	ศิริพิทยาคุณกิจ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
9	อ.ดร.ชดช้อย	วัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
10	อ.ดร.อุษณีย์	เทพวรชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
11	อ.ดร.ยุณี	พงศ์จตุรวิทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
12	นอ.หญิง ดร.โสพรรณ	โพทะยะ	กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
13	อ.ดร.ยุพาวรรณ	ทองตะนูนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
14	อ.ดร.ถาวร	ล่อกา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
15	อ.ดร.ศุภาพิชญ์	โพน โบร์แมนน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
16	อ.ดร.บุญเตือน	วัฒน์กุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
17	อ.ดร.พนารัตน์	วิศวะเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
18	อ.ดร.กมลรัตน์	เทอร์เนอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
19	อ.ดร.จิราพร	วัฒน์ศรีสิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
20	อ.ดร.ศิริกุล	การุณเจริญพานิชย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
21	อ.ดร.อัญชลีพร	อมาตยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
22	อ.ดร.มาริสา	สุวรรณราช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา



## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2556

### สารบัญ

- การนำรูปแบบ TTM ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการเกิด..... 1  
ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล..... 12
- ผลของการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินความรู้และทักษะทางคลินิก .....25  
ด้านการรักษาโรคเบื้องต้นและการรับรู้ของอาจารย์ที่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกของนักศึกษา
- มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม..... 36  
บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี
- การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตเทศบาลนครสงขลา .....46
- ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป.....54
- ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกาย .....64  
ต่อความรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด  
เปลี่ยนข้อเข่าเทียม
- ผลการพัฒนาแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ .....77  
ที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ..... 89  
กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ..... 99
- ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว ..... 111  
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
- ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อ..... 123  
ความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ..... 133
- ประสิทธิภาพการนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมสภาการพยาบาลสากล ..... 143  
ICN 25th Quadrennial Congress



## บรรณาธิการ

**สวัสดิ์ดีค่ะ....**สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ปีที่ 23 กันยายน-ธันวาคม 2556 มีเนื้อหาที่เข้มข้นและหลากหลายมากขึ้น ทั้งบทความวิชาการ อันได้แก่ ชุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และบทความวิจัย ทั้งในด้านการศึกษา และการปฏิบัติการพยาบาล อาทิเช่น ผลของการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินความรู้ และทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และการรับรู้ของอาจารย์ที่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกของนักศึกษา การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตเทศบาลนครสงขลา ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป และมุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีบทความพิเศษ เรื่องประสบการณ์การนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมสภาการพยาบาลสากล (ICN 25th Quadrennial Congress) โดย อุไรพร จันทะอุ่มเฒ่า ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับทุนสนับสนุน จากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ในการไปนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมดังกล่าว และได้้นำประสบการณ์ที่ได้รับมาแบ่งปันอย่างน่าสนใจ

ในนามของบรรณาธิการวารสาร ดิฉันขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กลั่นกรองบทความและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงบทความให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และหวังว่าวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนทางวิชาการที่เป็นประโยชน์แก่พยาบาลในทุกสาขาตลอดไป.....

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

บรรณาธิการ



## การนำรูปแบบ TTM ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผาณิต หลีเจริญ\*

### บทคัดย่อ

บทความเรื่องนี้ ได้เขียนขึ้นจากการรวบรวมความรู้ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้เขียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอแนวคิดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อที่จะนำไปใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดของ Transtheoretical model

Transtheoretical model (TTM) เป็นแนวคิดทฤษฎีที่ได้บูรณาการมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายๆ ทฤษฎี มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นของพฤติกรรมที่ประกอบไปด้วยการประเมินขั้นของพฤติกรรม และการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความแตกต่างของขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งพบว่ามีหลายการศึกษาสามารถนำไปประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิด TTM มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ :** Transtheoretical model/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา



## Application of Transtheoretical Model to Complication Prevention in Patients with Chronic Disease

*Phanit Leecharoen\**

### Abstract

This article is written based on knowledge collected from research regarding applied the Transtheoretical model for changing health behaviors and by my patients care experiences. The purposes are to learn and share, and to present the concept as a method to improve complication prevention guidelines in patients with chronic disease.

The concept of Transtheoretical model (TTM) is an integrated concept based on several psychological theories. The process includes an assessment of an individual's readiness to act on a new healthier behavior, and guide the individual through the stages of change. Several studies have found that TTM program can change bad health behavior to good health behavior to a significant degree.

**Key words :** Transtheoretical model /Patient with chronic disease

---

\* Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Songkhla



## ความเป็นมาและความสำคัญ

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของคนยาวนานขึ้น แต่เนื่องจากความเสื่อมตามอายุขัยของคนทำให้คนที่มียายุยืนยาวมักมีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว จากการรายงานการแผ่ระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 360,658 ราย มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 566.17 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคเบาหวาน 176,685 ราย อัตราป่วย 277.36 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด 38,176 ราย อัตราป่วย 59.93 ต่อประชากรแสนคน<sup>1</sup> โรคเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาส่งผลต่ออัตราการเกิดความพิการและอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นภัยอันตรายที่มองไม่เห็นและคร่าชีวิตผู้คนมากมายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับการเผาผลาญอาหาร เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคของต่อมไทรอยด์ จากสถิติรายงานสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548-2550 พบว่า โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศไทย<sup>2</sup>

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค แต่ส่วนหนึ่งก็เป็นผลมาจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง เนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา สิ่งแวดล้อม แรงจูงใจและสภาพจิตใจ การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจึงต้องอาศัยความร่วมมือกันของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน และแรงงานสนับสนุนของครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง<sup>3</sup> จากการศึกษาเรื่องผลของ

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ต่ำกว่า 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยร้อยละ 90 มีระดับไขมันในเลือดสูงรวมทั้งมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ<sup>4</sup> ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ต้องควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างเข้มงวด จึงเป็นเรื่องยากพอสมควรที่จะควบคุมให้พฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยคงอยู่ได้อย่างยั่งยืน

เนื่องจากพฤติกรรมเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของผู้ป่วย พฤติกรรมจึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา เนื่องจากการปรับพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเองได้นั้น เป็นเป้าหมายที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของพฤติกรรม การประเมินพฤติกรรม และทักษะในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

แนวคิดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบ Transtheoretical model (TTM) เป็นรูปแบบที่พัฒนาจากงานศึกษาวิจัยของ โปรชาสกาและโตคัสลิเมน<sup>5</sup> ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมมีความซับซ้อนไม่อาจใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมาอธิบายพฤติกรรมได้ จึงได้บูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายๆทฤษฎีมาทดลองใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ โดยการประเมินขั้นของพฤติกรรมก่อนและจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมตามขั้นของพฤติกรรม จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแนวคิด TTM สามารถนำมาปรับใช้ในการปรับพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด<sup>6</sup> พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>7,8</sup> พฤติกรรมการรับประทานอาหาร<sup>9,10,11,12,4</sup> ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้





เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องควบคุมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงขอแนะนำเสนอแนวคิด TTM เพื่อเป็นทางเลือกในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในมิติด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

### การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยหรือภาวะที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายลักษณะ และเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างถาวร การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ เป็นสาเหตุให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาและทางกายภาพ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนเข้าสู่ภาวะปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพอย่างเฉพาะเจาะจงและต่อเนื่อง ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ติดตามประเมินอาการ และให้การช่วยเหลือเป็นเวลานาน<sup>13</sup> และ องค์การอนามัยโลก<sup>14</sup> ได้ให้คำจำกัดความของโรคเรื้อรังว่าเป็นโรคที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคนานและการดำเนินโรคค่อยๆ เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ประกอบไปด้วย โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคภูมิแพ้ โรคเบาหวาน โรคเอชดี และโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรควัณโรค

พฤติกรรมปฏิบัติตัวเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน งานวิจัยส่วนใหญ่ในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว สำหรับการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง มิลเลอร์<sup>15</sup> ได้ให้ความหมายว่า เป็นปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญและจัดการกับสิ่งเหล่านั้นตลอดเวลาเพื่อรักษาและฟื้นฟู สมดุลของร่างกาย จิตใจของตนและสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวและสังคมตามปกติ ได้อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลจะเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยนั้นมักจะมีมาจาก 2 สาเหตุคือ 1) สาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมได้คือ สาเหตุจากตัวโรคเองหรือการรับประทานยาอื่นๆ 2) สาเหตุที่สามารถควบคุมได้ซึ่งได้แก่พฤติกรรมปฏิบัติตัว ซึ่งได้แก่พฤติกรรมควบคุมอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมจัดการกับความเครียด ซึ่งการควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และต้องเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องการควบคุมพฤติกรรม ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แต่ไม่สามารถทำได้อย่างยั่งยืน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อนต้องอาศัยปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ความรู้ ทัศนคติ ประสิทธิภาพ การยอมรับสนับสนุนและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว สิ่งรอบข้าง และการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะของโรค ซึ่งแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ TTM ได้ให้ความสำคัญในองค์ประกอบเหล่านี้ ครอบคลุม ดังนี้

### แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1. รูปแบบทรานส์ทีโอเรทิกัล (Transtheoretical model : TTM) หรือทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model หรือ Stage of Change) เกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1970 ในงานจิตวิทยาคลินิกของโปรชาสกา<sup>16</sup> เป็นรูปแบบการพัฒนาจากงานศึกษาวิจัยของ โปรชาสกาและโดคส์เมน<sup>5</sup> ซึ่งประกอบด้วย 5 โครงสร้างดังต่อไปนี้

#### 1.1 ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยน



แปลงพฤติกรรม (stage of change: SOC) เป็นการอธิบายให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านทัศนคติ (attitude) และความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่

1.1.1 ขั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (precontemplation) เป็นพฤติกรรมที่ยังไม่ปฏิบัติและไม่ตั้งใจปฏิบัติ ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ ภายใน 6 เดือนข้างหน้าจะไม่มี ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มักไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกหรือไม่มี ความรู้ถึงผลเสียของพฤติกรรมที่กำลังทำอยู่ จะพยายามหลีกเลี่ยงการอ่าน ฟุด หรือคิดถึงผลเสียของพฤติกรรมที่เป็น การพยายามให้ข้อมูลหรือ บังคับให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะทำให้เกิด ความรู้สึกต่อต้านอย่างรุนแรงผู้ป่วยมักไม่มีแรงจูงใจ และไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือการรักษาใดๆ แม้ผู้ป่วยจะยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจาก ถูกกดดันจากผู้ คนรอบข้างแต่เมื่อปราศจาก แรงกดดันนั้น ผู้ป่วยมักจะกลับมา มีพฤติกรรม เหมือนเดิมอีกในระดับนี้ผู้ป่วยมักรู้สึกต่อต้านการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (resistance stage) หากให้ กิจกรรมเสนอแนะที่ผิดพลาด อาจทำให้ผู้ป่วยติดอยู่ในระดับนี้นานกว่าที่ควร

1.1.2 ขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (contemplation) เป็นขั้นของพฤติกรรมที่ยังไม่ปฏิบัติ แต่มีความตั้งใจว่าอาจจะทำ ผู้ที่อยู่ในระดับนี้จะมีความตระหนักถึงปัญหา และมีความคิดที่จะแก้ไขพฤติกรรม แต่ยังไม่คิดที่จะลงมือทำในทันที มักวางแผนว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอีก 1 เดือนข้างหน้า ผู้ที่อยู่ในระดับนี้จะ ประเมินว่า พฤติกรรมที่ต้องทำนั้นให้ผลดีต่อตัวเอง น้อยกว่า ความพยายามและความยากลำบากที่ ต้องประสบ เพื่อเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อต้อง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้ไม่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเองทันที การศึกษาจำนวนมาก พบว่าผู้ที่อยู่ในระดับนี้อาจติดอยู่นานเกิน 2 ปี โดยไม่เปลี่ยนแปลงไปสู่ระดับที่สูงขึ้น หากไม่ได้รับ กิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสม

1.1.3 ขั้นเตรียมการ (preparation) เป็นขั้นของพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติบ้าง และตั้งใจจะทำทันทีผู้ที่อยู่ในระดับนี้ จะมีความตั้งใจ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอีกไม่เกิน 1 สัปดาห์ข้างหน้า หรืออาจจะเคยลองเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาแล้วในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมาแต่ประสบความ ล้มเหลว หรือปัจจุบันอาจพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม แต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของ พฤติกรรมที่ต้องการได้

1.1.4 ขั้นปฏิบัติการ (action) เป็น พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง/เป็นประจำ เมื่อ เร็ว ๆ นี้ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ต้องอุทิศเวลาและพลังงาน เป็นอย่างมากเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชิน ให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ ผู้ป่วยในระดับนี้ มักมีอารมณ์ดีถึงเครียดมากกว่าผู้ที่อยู่ในระดับอื่น จะ ถือว่าอยู่ในระดับนี้เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรม เป้าหมายถึงระดับที่ต้องการได้ ตั้งแต่ 1 วันแต่ไม่เกิน 6 เดือน

1.1.5 ระดับพฤติกรรมคงที่ (main-tenance) เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำนานแล้ว ผู้ที่อยู่ในระดับที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย ถึงระดับที่ต้องการได้นานกว่า 6 เดือนขึ้นไป สิ่ง ที่ บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำในระดับนี้คือ การ ป้องกันการย้อนกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเดิมที่เป็น ปัญหาอีกผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในความสามารถ ของตัวเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูง

สรุปขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำแนกตามลักษณะการปฏิบัติและความตั้งใจแบ่ง ได้เป็น 5 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนสามารถปรับเปลี่ยน ขึ้นลงได้ตลอดเวลา ตามปัจจัยต่างๆเช่น ความรู้ ความเชื่อ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป บุคคล จำนวนมากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพึงประสงค์ได้ ไม่นานก็กลับคืนสู่พฤติกรรมเดิมอีก การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จนั้น พฤติกรรมใหม่ควร อยู่อย่างยั่งยืน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบ ผลสำเร็จต้องใช้ความพยายาม อดทนและเวลา ซึ่ง Prochaska and Velicer<sup>17</sup> ได้เสนอวิธีการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมไว้ 10 วิธี ภายใต้กระบวนการปรับ



พฤติกรรม 2 กระบวนการคือ กระบวนการปรับ ความรู้สึกนึกคิด (Cognitive or experiential process) และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Process) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2. กระบวนการปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด (Cognitive or experiential process) และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Process) ดังต่อไปนี้

2.1 การปลุกจิตสำนึก (consciousness raising) เป็นการเพิ่มการรับรู้ สาเหตุ และสิ่งที่เป็นผลของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน กิจกรรมที่สามารถปลุกจิตสำนึก ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเผชิญหน้า การแปลความหมาย การให้ข้อมูล และการสอน

2.2 การเข้าอารมณ์และความรู้สึก (dramatic relief) เนื่องจากอารมณ์จะมีผลให้คนเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจ ดังนั้นการจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ เช่น การพูดคุยกันในกลุ่ม การดูภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะสามารถใช้เป็นเครื่องกระตุ้นให้คนรู้สึกและต้องการเปลี่ยนแปลง

2.3 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นกระบวนการที่คนแต่ละคนสะท้อนข้อดี ข้อเสีย ปัญหา อุปสรรค ประโยชน์ ของการทำพฤติกรรมในใจของตนเอง ซึ่งจะทำอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งควรทำให้คนเชื่อว่า การเปลี่ยนพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เขาต้องการ

2.4 การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (Social liberation) เป็นการเอื้อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการยอมรับว่าสิ่งแวดล้อมสนับสนุนพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน เช่น ไม่มีชองหวานในบ้าน

2.5 การทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-liberation) เป็นการสนับสนุนให้บุคคล พัฒนาความมุ่งมั่นที่จะสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พัฒนาความมุ่งมั่นที่จะสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยการสนับสนุนให้บุคคลค้นหาทางเลือกสอดคล้อง กับความต้องการ จำนวนทางเลือกที่หลากหลายจะเสริมให้บุคคลมุ่งมั่นที่จะไปถึง

2.6 การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationships) เป็นวิธีการจัดระบบสนับสนุนทางสังคมให้ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมใหม่ เช่นการสนับสนุนของครอบครัว การจัดระบบเพื่อนช่วยเพื่อน

2.7 การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (Counter conditioning) เป็นการทดแทนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การทดแทนความเครียดด้วยกิจกรรมคลายเครียด เช่นการออกกำลังกาย การร้องเพลง การทดแทนการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงด้วยผัก เป็นต้น

2.8 การประเมินผลของพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง (environmental-reevaluation) เป็นขั้นที่คนประเมินความรู้และความรู้สึกของบุคคลว่า การทำพฤติกรรมของเขามีผลต่อคนอื่น ๆ ดังนั้นการจัดกิจกรรมในขั้นตอนนี้คือ การทำให้คนนั้นรู้สึกว่าการทำพฤติกรรมของตนเองเป็นทั้งตัวแบบที่ดีและไม่ดี หรือทำให้เข้าใจผลกระทบของพฤติกรรม และเขามีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมนั้นได้

2.9 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเป็นไปได้ง่ายถ้าไม่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ทำให้คนรู้สึกถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อลดโอกาสของการถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเดิม เช่น การไม่เดินผ่านบริเวณที่ขายอาหาร

2.10 การให้การเสริมแรง (Reinforcement management) ทำได้ทั้งการเสริมแรงทางบวก และทางลบ การให้การเสริมแรงทางบวกเพื่อรักษาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ ในขณะที่การให้การเสริมแรงทางลบเพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามวิธีการให้การเสริมแรงทางบวก เป็นวิธีการสนับสนุนให้การปรับพฤติกรรมเป็นไปโดยธรรมชาติและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ปรับพฤติกรรมมากกว่าการให้การเสริมแรงทางลบหรือการลงโทษ

3. การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของ



พฤติกรรม (decision balance) เป็นการทำให้เห็นถึงความขัดแย้ง ซึ่งก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหนึ่งๆ มนุษย์มักมีการประเมินถึงประโยชน์หรือผลดีที่จะได้รับและสิ่งที่ต้องสูญเสียไป

4. ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy) เกิดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาของ Bandura A.<sup>17</sup> ซึ่งกล่าวว่า “ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตัวเองมีอิทธิพลต่อการเลือกกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมของคน การตัดสินใจว่ามีความสามารถเท่าใด ความมั่นใจในความสามารถของตัวเองส่วนใหญ่จะมาจากประสบการณ์ในการจัดการกับชีวิตของตัวเอง โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่มความมั่นใจให้เพิ่มมากขึ้น ระดับความมั่นใจในตัวเองในแต่ละ stage of change จะไม่เท่ากัน โดยในระดับ precontemplation และระดับ contemplation ผู้ป่วยจะมีระดับความมั่นใจในตัวเองใกล้เคียงกันและค่อยๆ เพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในระดับ preparation และเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนเมื่ออยู่ในระดับ action และ maintenance ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองเพิ่มขึ้นจึงมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5. ระดับความเคยชินและสิ่งล่อใจ (habit strength/ temptation) ความเคยชินหมายถึง การกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ หลายครั้งในอดีต กระทำโดยอัตโนมัติไม่ต้องอาศัยการบังคับควบคุม โดยพฤติกรรมนั้นต้องมีลักษณะที่เป็นพิเศษแตกต่างจากพฤติกรรมทั่วไป โดยระดับความเคยชินจะวัดการทำพฤติกรรมเป้าหมายที่เราต้องการ ส่วนสิ่งล่อใจเป็นการวัดพฤติกรรมหรือสิ่งที่กระตุ้นให้ทำพฤติกรรมที่เราต้องการจะทำ

### การประยุกต์ใช้ Transtheoretic model

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์รูปแบบทรานส์ทีโอริทิเคิล (TTM/Transtheoretic model)<sup>16</sup> ซึ่งประกอบด้วยมีการวิเคราะห์ขั้นของพฤติกรรมและการตอบสนองให้เหมาะสมกับขั้นของพฤติกรรมดังนี้

1. **ขั้นก่อนมีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Precontemplation)** ผู้ป่วยที่ขั้นของพฤติกรรมอยู่กลุ่มนี้กระบวนการที่นำมาใช้คือการปลุกจิตสำนึก (consciousness raising) การรื้ออารมณ์และความรู้สึก (dramatic relief) การประเมินผลของพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง (environmental-reevaluation)

บทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยที่มีขั้นของพฤติกรรมในกลุ่มนี้ คือการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ เพิ่มความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดย ทำการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและแจ้งผลการประเมิน, ให้ข้อมูลที่เป็นจริงให้ผู้ประเมินผลกระทบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรคและการควบคุมโรค โดยการรับประทานอาหาร, การออกกำลังกายและการคลายเครียด พร้อมสรุปประเด็นกระตุ้นให้ผู้ป่วยสงสัยถึงผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน, การรื้ออารมณ์และความรู้สึกโดยการให้ดูภาพต่างๆ เป็นต้น

2. **ขั้นมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (contemplation)** ผู้ป่วยที่ขั้นของพฤติกรรมอยู่กลุ่มนี้กระบวนการที่นำมาใช้คือ การประเมินตนเอง (Self-reevaluation) และการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (decision balance)

บทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยที่มีขั้นของพฤติกรรมในกลุ่มนี้ คือการเสริมสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองและให้กล่าวถึงคาดหวังและเป้าหมายในอนาคต

3. **ขั้นเตรียมการ (Preparation)** ผู้ป่วยที่ขั้นของพฤติกรรมอยู่กลุ่มนี้กระบวนการที่นำมาใช้คือ การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (Social liberation) และการทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-liberation)



บทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยที่มีชั้นของพฤติกรรมในกลุ่มนี้ คือ ให้ผู้ป่วยได้มีการวางแผน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการค้นหาทางเลือก ในการแก้ไขปัญหา ช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายบนพื้นฐานความเป็นจริงและประสบความสำเร็จได้ในเวลาสั้นๆ พัฒนาแนวทางปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้ทำสัญญากับตนเอง กำหนดวิธีสร้างแรงจูงใจและสรุปการวางแผนจนได้แนวทางการวางแผนทำสมุดบันทึกกิจกรรมตนเอง

**4. ชั้นปฏิบัติการ (action)** ผู้ป่วยที่ชั้นของพฤติกรรมอยู่กลุ่มนี้กระบวนการที่นำมาใช้คือการหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationships) การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (Counter conditioning)

บทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยที่มีชั้นของพฤติกรรมในกลุ่มนี้ คือการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้ผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเสนอทางเลือกในการออกกำลังกายหรือการเลือกรับประทานอาหาร

**5. ชั้นพฤติกรรมคงที่ (maintenance)** ผู้ป่วยที่ชั้นของพฤติกรรมอยู่กลุ่มนี้กระบวนการที่นำมาใช้คือการควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) การให้การเสริมแรง (Reinforcement management) และการส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy)

บทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยที่มีชั้นของพฤติกรรมในกลุ่มนี้ คือการสรุปการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนและให้ข้อมูลย้อนกลับส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตัวเอง และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ การให้คำชื่นชมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมโดยการควบคุมสิ่งเร้า การยกย่องให้เป็นแบบอย่าง ประเมินผลและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าการปรับพฤติกรรมตามแนวคิด TTM มีการใช้เทคนิคหรือรูปแบบที่หลากหลาย เช่น

เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษา การใช้กระบวนการกลุ่ม การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่ยาบาลต้องเรียนรู้และต้องผ่านการฝึกฝนเพื่อให้สามารถนำหลักการหรือวิธีการมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อจำกัดของการนำแนวคิดไปใช้

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของงานบริการด้านสาธารณสุขซึ่งต้องยอมรับว่าปัจจุบันงานด้านบริการสาธารณสุขจัดอยู่ในประเภทงานล้นคน ภาครัฐไม่สามารถผลิตบุคลากรให้รองรับกับงานที่เพิ่มมากขึ้นได้ทันกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถดูแลตนเองได้ เป็นบทบาทที่สำคัญและเป็นอิสระของพยาบาล เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดความพิการ ลดอัตราการตาย ลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำ และลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

จากประสบการณ์การทดลองใช้โปรแกรม TTM ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับไขมันในเลือดสูงของผู้เขียนได้มีการเตรียมตนเองก่อนใช้โปรแกรมโดยได้เข้าร่วมอบรมการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการสร้างแรงจูงใจอื่นๆ จากผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนการจัดกิจกรรมต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพเช่นแพทย์พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจึงต้องทำความเข้าใจร่วมกันก่อนทำการทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ต้องมีชั้นของพฤติกรรมที่เหมือนกันโดยการปรับชั้นของพฤติกรรมเป็นรายบุคคลก่อนซึ่งใช้เวลาในการปรับพฤติกรรมของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน จนกระทั่งผู้ป่วยมีชั้นของพฤติกรรมที่อยู่ในขั้นเตรียมการจึงนำผู้ป่วยมาจัดกิจกรรมกลุ่มซึ่งต้องขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการใช้เวลาทำกลุ่มนอกเหนือจากเวลาตรวจรักษาตามปกติประมาณ 2-3 ครั้ง ต่อจากนั้นเป็นช่วงของการติดตามต่อเนื่องและเยี่ยมบ้านซึ่งต้องขอความ



ร่วมมือจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หลังทดลอง ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้ ระดับไขมันรวม (Total cholesterol) และไขมันตัวร้าย (LDL-cholesterol) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>4</sup> แต่ก็พบอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง เช่นผู้ป่วยทำงานไม่เป็นเวลา สถานการณ์แทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อจิตใจ เช่นการสูญเสียซึ่งก็ต้องเริ่มเข้าไปให้คำปรึกษาและประเมินขั้นของพฤติกรรมใหม่

ดังกล่าวเป็นผลที่ได้จากการศึกษาแต่รูปแบบการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามปกติ ประกอบด้วย การซักประวัติ การประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว เป็นการสอนรายบุคคลและรายกลุ่ม พร้อมประเมินความรู้ในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การคลายเครียด การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด ในขณะที่โปรแกรมการปรับพฤติกรรมจะประกอบไปด้วยการให้ความรู้ การสอนสุขศึกษา การให้ข้อมูลย้อนกลับ การประเมิน การใช้กระบวนการกลุ่ม การให้การเสริมแรง การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้ตัวแบบ การให้คำปรึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับรู้โทษของพฤติกรรม การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ฯลฯ ซึ่งมีหลายขั้นตอนและหลากหลายวิธีการ ต้องมีการประเมินขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยในแต่ละรายเป็นระยะ และมีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ต้องใช้เวลาในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าขั้นตอนที่ย่างยากมากกว่าการให้การบริการแบบปกติมาก

จากเหตุผลของข้อจำกัดของทฤษฎี TTM ในเรื่องของระยะเวลาในการใช้โปรแกรมที่ยาวนาน การมองข้ามปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนของขั้นของพฤติกรรมเช่นปัจจัยด้านอายุ ด้านการศึกษา ด้านสังคม ด้านความต่างของวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินขั้นของพฤติกรรมยังไม่เป็นมาตรฐาน ยังไม่มีความตรงกับทุกกรณี ตลอดจนไม่สามารถ

ระบุได้ว่าจะใช้เวลานานเท่าไรในการเปลี่ยนขั้นของพฤติกรรมในแต่ละบุคคล<sup>18</sup> ข้อจำกัดเหล่านี้จึงทำให้ไม่สามารถนำ แนวคิด TTM มาใช้ได้อย่างแพร่หลาย ในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้จริง และเนื่องด้วยจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และผู้จัดกิจกรรมต้องเป็นผู้ที่มีทักษะและมีความรู้ในเรื่องของจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมเป็นอย่างดี

### ข้อเสนอแนะเพื่อให้สามารถนำเอาโปรแกรม TTM มาประยุกต์ใช้ได้จริง

จะเห็นว่าจุดเด่นของแนวคิด TTM คือการมองความต่างกันของความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล การใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่หลากหลายซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการนำหลักการไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถนำแนวคิดของ TTM ไปใช้ได้จริงหรือใช้ให้เป็นประโยชน์มากที่สุดจึงขอเสนอแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจในหลักการทางจิตวิทยาและมีทักษะในเรื่องการใช้เทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละบุคคล
3. ควรประเมินขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนเป็นระยะ เพื่อป้องกันการย้อนกลับของพฤติกรรม รวมทั้งการประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. ควรกำหนดบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังและในชุมชนอย่างชัดเจน



5. ควรกำหนดแนวทางปฏิบัติในการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไว้อย่างชัดเจน

6. จัดกิจกรรมโดยการประสานความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ เช่น การประเมินขั้นของพฤติกรรมโดยพยาบาลประจำคลินิก การให้ความรู้เรื่องโรคเป็นรายกลุ่มโดยผู้เชี่ยวชาญอาจเป็นแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะทาง การให้คำปรึกษารายคนโดยงานสุขภาพจิต เป็นต้น และควรประสานความร่วมมือในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และนำอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

1. อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และธนวันต์ กาบภิรมย์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ปีรายงานการเฝ้าระวังระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2555; 43 : 257-271.
2. นาดยา ฆมรเดชากุล. ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโกรกพระ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2552.
3. วราภรณ์ ดีเสียง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
4. ผาณิต หลีเจริญ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
5. Prochaska, JO & DiClemente. The trans-theoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984.
6. Evers KE, Prochaska JO, Johnson JL, Mauriello LM, Padula JA, & Prochaska JM. A randomized clinical trial of a population- and transtheoretical model-based stress-management intervention. Health Psychol 2006; 25, 521-529.
7. Johnson SS, Driskell MM, Johnson JL, Prochaska JM, Zwick W, & Prochaska JO. Efficacy of a transtheoretical model-based expert system for antihypertensive adherence. Disease Management 2006; 9, 291-301.
8. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. ความร่วมมือในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้ทฤษฎี ทรานส์ทีโอเรติเคิล. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
9. Johnson SS, Paiva AL, Cummins CO, Johnson JL, Dymont SJ, Wright JA, Prochaska J O, Prochaska JM, & Sherman K. Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management : Effectiveness on a population basis. Preventive Medicine 2008; 46: 238-246.
10. Curry JS, Kristal RA and Bowen JD. An Application of the stage model of behavior change to Dietary fat reduction. Health education Research. 1992; 7: 97-105.
11. Vet Ed , Nooijer Jd , Vries NKd and Brug1 J. Comparing stage of change and behavioral intention to understand fruit intake. Health education Research. 2006; 4: 599-608.
12. Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patients' readiness for dietary change at the



- beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *Journal of Human Nutrition & Dietetics* 2003;16:159–166.
13. Taylor CR, Lillis C, Lemone P and Lynn P. *Fundamentals of Nursing : The Art and Science of Nursing care*. 7th ed. Philadelphia : Wolters kluwer/Lippin cott Williams & Wilkins ;; 2011.
  14. World Health Organization [Internet]. topic page on chronic diseases; [update 20013; cited in 27 November 13 Available from: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)
  15. Miller JF. *Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness*. 2nd ed Philadelphia : F A Davis; 1992.
  16. Prochaska JO and Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* [Internet].1997 [cited 2013 November 27]. Available from [www.uri.edu/...The%20Transtheoretical%20model%20of...](http://www.uri.edu/...The%20Transtheoretical%20model%20of...)
  17. Bandura, Albert. Social cognitive theory: An agentic perspective *Annual Review of Psychology* 2001; 52 (1) : 1–26.
  18. Boston University School of Public Health mobile page. Behavioral Change Model [Internet]. 2013 [cited 2013 Oct 10]. Available from: <http://sph.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/SB721-Models/SB721-Models6.html>.





## ขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล

กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์\*

### บทคัดย่อ

ขุมความรู้ เป็นแหล่งความรู้ ที่รวบรวมจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน เป็น กลเม็ด เค็ดลับ หรือ เทคนิคเฉพาะตัวที่ใช้แล้วได้ผลในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นความรู้ที่เกิดจากการบูรณาการของความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) และ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่ถูกเก็บสะสมในตัวบุคคล นำมาแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในบทความนี้จะกล่าวถึง ความสำคัญของการสร้างขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล อธิบายถึงกระบวนการก่อนจะมาเป็นขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ตลอดจนขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล

**คำสำคัญ:** ขุมความรู้/ การจัดการความรู้/ การเรียนการสอนทางการพยาบาล

\* ครูศาสตรดุษฎีบัณฑิต; คด.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข



## The Knowledge Assets for Nursing Instruction

---

*Kalayarath Anonrath\**

### Abstract

The accumulation of knowledge through practical experience and techniques used in the workplace brings about a valuable resource that can be shared with others. It is an integration of tacit knowledge and explicit knowledge. This paper discusses the importance of the creation and compilation of materials for nursing instruction and describes the processes that lead to the creation of such knowledge, as well as the knowledge for nursing instruction.

**KEYWORDS:** knowledge assets/ knowledge management/ Teaching and learning of nursing

---

\* Doctor of Philosophy Degree, Higher Education; Ph.D., HE Nurse Instructor at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Praboromarajchanok Institute, The Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand.



## ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันองค์กรที่จะอยู่รอดได้จะต้องเรียนรู้เท่าทันสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วการจัดการความรู้ที่เน้นการสร้างความรู้และนวัตกรรมใหม่ ที่เรียกว่า “ขุมความรู้” จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันสถาบันการศึกษาที่รับผิดชอบด้านการจัดการศึกษาและผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ คือ วิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการจัดการความรู้และนำมาพัฒนางานด้านการเรียนการสอนและงานวิจัยให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการสร้างขุมความรู้ นั้น บุคลากรในองค์กรจำเป็นต้องมีความเข้าใจ ในกรอบของการจัดการความรู้ เพื่อสร้างขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ซึ่งมีหลายมิติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ประเภทของความรู้ ซึ่ง โนนากะและทาเคชิ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่สั่งสมอยู่ในตัวบุคคลและองค์กร 2) ระดับของความรู้ซึ่งพิจารณาจาก พานิซ<sup>2</sup> แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1: Know-what (รู้ว่าคืออะไร) ระดับที่ 2: Know-how (รู้วิธีการ) ระดับที่ 3: Know-why (รู้เหตุผล) ระดับที่ 4: Care-why (ใส่ใจกับเหตุผล) 3) การนิยามความรู้ ได้มีผู้นิยามความรู้ไว้หลายความหมายสรุปได้ดังนี้ ความรู้ที่รู้ว่ารู้ ความรู้ที่รู้ว่าไม่รู้ ความรู้ที่ไม่รู้ว่ารู้ และความรู้ที่ไม่รู้ว่าไม่รู้ 4) ลักษณะของความรู้ ราวินตรา และคณะ<sup>3</sup> ได้ระบุลักษณะของความรู้เป็น 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ที่ต้องการอย่างแท้จริง (Right knowledge) ความรู้ที่ทันยุคสมัย (Right time) และความรู้ที่มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ (Right place)

## ขุมความรู้คืออะไร

เพื่อให้เข้าใจถึงขุมความรู้อย่างลึกซึ้งและสามารถนำไปดำเนินการสร้างขุมความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีนักวิชาการ นักการศึกษา ได้อธิบายถึงความหมายของขุมความรู้ไว้ ดังนี้

โนนากะ และทาเคชิ กล่าวว่า ขุมความรู้เป็นการดึงความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) ที่มีในตัวคนออกมาเป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) เมื่อได้ความรู้ชัดแจ้งแล้วสู่การเป็นความรู้ขององค์กร สินทรัพย์ความรู้ขององค์กร (Knowledge assets) ขุมความรู้สามารถแบ่งได้ 4 ประเภท คือ 1) สินทรัพย์ความรู้ที่อยู่ในรูปทักษะวิธีการทำงานที่เกิดจากประสบการณ์ ของบุคคล (Experiential Knowledge Assets) 2) สินทรัพย์ความรู้ที่กำลังใช้งานอยู่ในกระบวนการทำงาน (Routine Knowledge Assets) 3) สินทรัพย์ที่เป็นแนวคิดต่างๆ ในองค์กร (Conceptual Knowledge Assets) และ 4) สินทรัพย์ความรู้ในการจัดระบบความรู้ที่ได้นำเข้ามาสู่องค์กร (Systemic Knowledge Assets) ประกอบด้วยการจัดระบบและรวบรวมความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) เป็นผลผลิตที่มีการใช้เทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาช่วยเกิดเป็นเอกสารฐานข้อมูล มีการจดทะเบียนลิขสิทธิ์ และใบอนุญาต เพื่อเป็นการปกป้องทรัพย์สินทางปัญญาขององค์กร

เฮนรี และฮัฟเฟด<sup>4</sup> กล่าวว่า การบริหารสินทรัพย์ความรู้ (Knowledge assets) เป็นกระบวนการของการจัดการความรู้ขององค์กรทั้งที่เป็น ความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) และ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge)

ประพนธ์ ผาสุขยี่ด<sup>5</sup> กล่าวว่า ขุมความรู้หมายถึง องค์ความรู้ที่องค์กรได้เก็บสะสมไว้รวบรวมไว้เป็นคลังความรู้ ซึ่งมาจาก 2 ส่วน คือ ความรู้โดยนัย (Tacit Knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) “ขุมความรู้” ได้จากการสะสม “เกร็ดความรู้” ซึ่งเกิดจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดเก็บจะต้องมีการออกแบบวางโครงสร้างไว้อย่างเหมาะสม มีการจัดแบ่งหมวดหมู่ไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อสะดวกในการเรียกใช้

วิจารณ์ พานิชกล่าวว่า ขุมความรู้ คือ ความรู้สำหรับปฏิบัติงาน และได้มาจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานชั้นนั้นๆ เป็นเคล็ดลับในการทำงานเป็นความรู้ที่ไม่มีในตำรา ขุมความรู้ได้มาจากการถอดความรู้จากการปฏิบัติงาน คือเป็นความรู้



โดยนัย (Tacit knowledge) เมื่อรวบรวมได้แล้ว จัดเก็บบันทึก เป็นขุมความรู้ (Knowledge assets) ทำให้ความรู้ของบุคคลเป็นความรู้ขององค์กร

โดยสรุป ขุมความรู้ หมายถึง แหล่งความรู้ ที่รวบรวมจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน เป็น กลเม็ดเคล็ดลับ หรือเทคนิคเฉพาะตัวที่ใช้แล้วได้ ผลในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นความรู้ที่เกิดจากการ บูรณาการของความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) และ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่ถูก เก็บสะสม ในตัวบุคคล และองค์กร นำมาแบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยวิธีการแปลงความรู้ /วงจร การจัดการความรู้ ขุมความรู้จะต้องจัดเก็บโดยการ ออกแบบวางโครงสร้างไว้อย่างเหมาะสม มีการจัด แบ่งหมวดหมู่ ไว้อย่างเป็นระบบในรูปของเอกสาร ฐานข้อมูล เพื่อสะดวกในการค้นหาและใช้งานเผยแพร่และแลกเปลี่ยนหมุนเวียนใช้ระหว่างกัน ต่อไป

### ความสำคัญของการสร้างขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการแพทย์

ตามที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ได้จัดทำกรอบคุณวุฒิแห่งชาติ (Thailand Qualification Framework for Higher Education in Thailand: TQF) ที่มีความมุ่งหมาย เพื่อเสริมเป้าหมาย แห่งชาติ เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในระดับ อุดมศึกษาด้วยการเน้นหนักเรื่อง 1) การคิดวิเคราะห์ (Critical Analysis) 2) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) 3) การติดต่อสื่อสาร (Communication) 4) เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) 5) การเรียนรู้ ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) 6) การประเมิน ตนเอง และการสะท้อนความคิดของตนเอง (Self Assessment/ Critical Reflection) การจัดการศึกษา ทางการแพทย์ซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมบัณฑิตทางการแพทย์ให้มีความพร้อมทั้งความรู้ความสามารถ ในทางทฤษฎีและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ตามมาตรฐานของวิชาชีพ ควบคู่ไปกับการมีความเชื่อและค่านิยมที่ดี ต่อการ ช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อนมนุษย์ ให้มีสุขภาพดี การ จัดการเรียนการสอนทางการแพทย์มุ่งให้ผู้เรียน

มีความรู้ความสามารถอย่างกว้างขวางในศาสตร์ ทางการแพทย์บาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องและเพื่อให้ สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิแห่งชาติ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์บาลจึง มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของผู้เรียนให้มีคุณลักษณะ ตามที่สังคมต้องการตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ ของบัณฑิต (Learning Outcome) โดยมีขอบเขตของ การเรียนรู้ (Domain of Learning) 6 ด้าน ซึ่งเป็น ข้อกำหนดเกี่ยวกับความคาดหวังที่จะให้นักศึกษา เรียนรู้ และสามารถทำได้หลังจากได้ศึกษาแล้ว ประกอบด้วย 1) ความรู้ 2) ทักษะเชาวน์ปัญญา 3) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความ รับผิดชอบ 4) ทักษะการวิเคราะห์และการสื่อสาร 5) การพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมและ 6) ทักษะ การปฏิบัติ การที่จะพัฒนาความสามารถที่กำหนด ไว้ในขอบเขตของการเรียนรู้ให้ครอบคลุมผลลัพธ์ การเรียนรู้ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีครู อาจารย์ หรือผู้สอนที่มีความรู้ความสามารถทั้งทางด้าน วิชาชีพ และทางด้านการศึกษาและเพื่อสนับสนุน กระบวนการประกันคุณภาพการศึกษา สำนักงาน คณะกรรมการการอุดมศึกษา<sup>6</sup> ได้ทำการพัฒนา เกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษา โดยระบุไว้ใน องค์ประกอบที่ 7 การบริหารและการจัดการ ตัวบ่งชี้ที่ 7.2 เรื่องการพัฒนาศาสนาบันสู่สถาบัน เรียนรู้โดยมีเกณฑ์มาตรฐาน ประกอบด้วย 1) มีการ กำหนดประเด็นความรู้และเป้าหมายของการจัดการ ความรู้ที่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ของสถาบันอย่าง น้อยครอบคลุมพันธกิจ ด้านการผลิตบัณฑิตและ ด้านการวิจัย 2) กำหนดบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่จะ พัฒนาความรู้และทักษะด้านการผลิตบัณฑิตและ ด้านการวิจัยอย่างชัดเจนตามประเด็นความรู้ที่ กำหนด 3) มีการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก ความรู้ทักษะของผู้มีประสบการณ์ตรง (Tacit Knowledge) เพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่ดีตามประเด็น ความรู้ที่กำหนดในข้อ 1 และเผยแพร่ไปสู่บุคลากร กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 4) มีการรวบรวมความรู้ ตามประเด็นความรู้ที่กำหนดในข้อ 1 ทั้งที่มีอยู่ใน ตัวบุคคลและแหล่งเรียนรู้อื่นๆ ที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดี



มาพัฒนาและจัดเก็บอย่างเป็นระบบโดยเผยแพร่ ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร (Explicit Knowledge) 5) มีการนำความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้ในปี การศึกษาปัจจุบันหรือปีการศึกษาที่ผ่านมา ที่เป็น ลายลักษณ์อักษร (Explicit Knowledge) และจาก ความรู้ ทักษะของผู้มีประสบการณ์ตรง (Tacit Knowledge) ที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดีมาปรับใช้ในการ ปฏิบัติงานจริงจะเห็นได้ว่าจากความสำเร็จของการ จัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับกรอบ มาตรฐานคุณวุฒิ และการบริหารจัดการเพื่อให้เกิด องค์การแห่งการเรียนรู้ ดังนั้นการสร้างชุมชนความรู้ ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลจึงมีความ สำคัญที่จะช่วยให้บรรลุคุณภาพการศึกษา

### กว่าจะมาเป็น “ชุมชนความรู้ด้านการเรียน การสอนทางการพยาบาล”

การจัดการความรู้ ในสถาบันอุดมศึกษาไทย ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการจัดการเกี่ยวกับ โครงสร้าง ระบบที่เป็นปัจจัยต่อการดำเนินการ จัดการความรู้ในสถาบันการศึกษาให้ประสบความสำเร็จ แต่เนื่องจากการจัดการความรู้ ยังมีกรอบ แนวคิดที่หลากหลาย หากแต่การนำไปปฏิบัติได้ อย่างครบถ้วน ประกอบกับจุดอ่อนของการจัดการ ความรู้ที่พบทั่วไป เกิดจากความรู้ ที่อยู่ในรูปของ ข้อมูล ทักษะ ประสบการณ์ที่มีมากมาย ด้าน การเรียนการสอนทางการพยาบาลของอาจารย์ พยาบาล ยังไม่มีการดำเนินการสร้าง แลกเปลี่ยน ประยุกต์ใช้ความรู้ ให้เป็นรูปแบบของ ชุมความรู้ (Knowledge Assets) ที่ชัดเจน ดังนั้นจึงมีความ จำเป็นที่จะต้องนำแนวคิดการจัดการความรู้ มา สร้างชุมชนความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการ พยาบาล อย่างเป็นรูปธรรมโดยการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้กัน ระหว่างสมาชิกภายใน และ ภายนอกวิทยาลัยพยาบาลฯ ซึ่งเป็นความรู้ที่ดีที่สุด ที่มีอยู่ในวิทยาลัยพยาบาล โดยมีองค์ประกอบหลัก คือ การประยุกต์ใช้กระบวนการแปลงความรู้ (Knowledge Conversion) และวงจรการจัดการ ความรู้ ประกอบด้วย 1) การรวบรวมความรู้โดยนัย

(Tacit Knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ในระดับบุคคล 2) การจัดเก็บ และจัด ระบบความรู้ 3) การเข้าถึง การกระจาย และการ ถ่ายทอดความรู้ 4) การนิยามความรู้แต่ละด้าน รู้ว่ารู้ รู้ว่าไม่รู้ ไม่รู้ว่ามี และไม่รู้ว่ามี จากขั้นตอน ของการจัดการความรู้ดังกล่าว จะทำให้เกิดชุมชน ความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ประกอบด้วย สาระ ทักษะทางวิชาชีพ หลักการ วิธีการ เทคนิคการเรียนการสอนทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลในองค์กรโดย ผ่านการเรียนรู้ และประสบการณ์ การปฏิบัติการ เรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎี และ ภาคปฏิบัติ ที่ลึกซึ้งจนสามารถวิเคราะห์ และสร้าง เป็นข้อสรุปของตนเอง สามารถนำมาแบ่งปัน แลก เปลี่ยนเรียนรู้กับคนในองค์กร ซึ่งองค์ความรู้ที่เกิด จากการทำงานส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความรู้โดยนัย (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวบุคคล ไม่สามารถบอกกล่าว พูด หรือแสดง แต่อยู่บนพื้นฐาน ของการคิดอย่างมีเหตุผลโดยมีความเชื่อว่าความรู้ โดยนัย (Tacit Knowledge) สามารถจัดเก็บ แปลความ และเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในรูปแบบอื่นได้ วิธีการที่จะถนอมรักษาไว้ซึ่งองค์ความรู้ด้านการ เรียนการสอนทางการพยาบาล คือ การนำแนวคิด การจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาเป็นเครื่องมือในการสร้างชุมชนความรู้โดยการ แลกเปลี่ยน จัดเก็บและถ่ายโอนความรู้ ซึ่งสามารถ ใช้เป็นฐานในการต่อยอดองค์ความรู้ให้องค์กร เข้มแข็งขึ้น

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เป็นการผสมผสานของ แนวคิด และหลักการ จัด การเรียนการสอน โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ<sup>7-9</sup> ใน ส่วนของการเรียนการสอนทางการพยาบาล ซึ่งเป็น กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ระหว่างผู้สอน ผู้เรียน บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ด้วย กระบวนการทางปัญญา การดำเนินการจัดการ เรียนการสอนทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนเกิด การเรียนรู้ตรงตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ประกอบ



ด้วย แนวคิดและหลักการพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของทฤษฎี การดูแลด้วยความเอื้ออาทร ได้แก่ มิโนทส์เกี่ยวกับการพยาบาล การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่พบ การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพตามสถานการณ์ที่กำหนดได้และครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

การสร้างชุมชนความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลในบทความนี้ จึงหมายถึง แนวการปฏิบัติ ที่เกิดจากการบูรณาการ ระหว่าง การรู้ของบุคคลหรือการนิยามความรู้ในองค์กร ซึ่งมี 4 ระดับ คือ 1) “รู้ว่ามีความรู้” เป็นความรู้ที่เป็นทางการ (Explicit knowledge) 2) “รู้ว่าไม่มีความรู้” เป็นช่องว่างของความรู้ (Knowledge gaps) 3) “ไม่รู้ว่ามีความรู้” เป็นความรู้ที่ไม่เป็นทางการ (Tacit knowledge) และ 4) “ไม่รู้ว่าไม่มีความรู้” เป็นช่องว่างของความรู้ (Unknowledge gaps) ของการเรียนการสอนทางการพยาบาล แนวคิดและหลักการพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของทฤษฎี การดูแลด้วยความเอื้ออาทร นำมาบูรณาการกับส่วนของความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) และ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่ถูกเก็บสะสม ในตัวผู้ปฏิบัติงานด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลแต่ละบุคคล นำมาแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยวิธีการแปลงความรู้ (Knowledge Conversion) วงจรการจัดการความรู้ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างความรู้โดยนัย (Tacit to Tacit Knowledge) การดึงความรู้โดยนัยให้เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Tacit to Explicit Knowledge) การผสานความรู้ชัดแจ้งเข้าด้วยกัน (Explicit to Explicit Knowledge) และการเปลี่ยนความรู้ชัดแจ้งให้เป็นความรู้โดยนัยเป็นการนำความรู้ที่เรียนรู้มาไปปฏิบัติจริง (Explicit to Tacit Knowledge) หลังจาก ที่รวบรวมและสังเคราะห์ ความรู้ของแต่ละบุคคล ผสมเข้ากับความรู้ขององค์กร แล้วนั้นจึงแบ่งความ

รู้ออกเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย 1) know-what (รู้ว่าคืออะไร) ได้แก่ ความรู้ทางการพยาบาลที่เป็นความรู้ที่ต้องการอย่างแท้จริง (Right knowledge) ความรู้ที่ทันยุคสมัย (Right time) ความรู้ที่มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ (Right place) และ แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ 2) know-how (รู้วิธีการ) คือ ประสบการณ์การทำงานด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ 3) know-why (รู้เหตุผล) ได้แก่ แนวปฏิบัติในการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การรวบรวมความรู้ (วงจรรู้) เกิดการผลักดันให้จัดเก็บเป็นชุมชนความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ถ่ายทอดการเข้าถึง การกระจาย และการถ่ายทอดความรู้ในองค์กรและ 4) care-why (ใส่ใจกับเหตุผล) ได้แก่ แหล่งความรู้ กลเม็ด เคล็ดลับ เทคนิคเฉพาะตัวที่ใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล

### ชุมชนความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล

จากการศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับ ชุมชนความรู้ของ ทาเคชิ และโนนาคา<sup>10</sup> เฮนรี และฮัฟเฟด<sup>4</sup> วิจารณ์ พาณิช<sup>2</sup> และประพนธ์ ผาสุขย์ดี<sup>5</sup> สรุปผลการสังเคราะห์ชุมชนความรู้ พบว่า 1) เป็นส่วนของความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) และ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่ถูกเก็บสะสม ในตัวบุคคล 2) เกิดจากการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยวิธีการแปลงความรู้และวงจรการจัดการความรู้ 3) จัดเก็บโดยการออกแบบวางโครงสร้าง มีการจัดแบ่งหมวดหมู่ ให้อย่างเป็นระบบ เพื่อสะดวกในการค้นหาและใช้งานเผยแพร่และแลกเปลี่ยนหมุนเวียนใช้ระหว่างกัน ในบทความนี้จะกล่าวถึงชุมชนความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล และ แนวปฏิบัติเพื่อให้ได้มาของชุมชนความรู้ ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ซึ่งเป็น รูปแบบวิธีการหรือเทคนิคการสอน และเป็นเคล็ดลับเฉพาะตัวที่ใช้สอนหรือการแก้ปัญหา ประกอบด้วย



1. **ขุมความรู้** เกี่ยวกับ **หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ** เนื่องจากอาจารย์ผู้สอนมีวิธีการสอนที่หลากหลาย มีกลเม็ดเคล็ดลับ หรือเทคนิคเฉพาะตัวที่ใช้ เพื่อช่วยให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญที่ผู้สอนนิยมใช้ ได้แก่

1) การจัดการเรียนการสอนจากกรณีศึกษา (Case base) ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เมื่อต้องการให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ตรง เช่น 1.1) ผู้สอนเลือกกรณีศึกษาที่เหมาะสมกับความรู้ ประสบการณ์ของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ อธิบายกรณี (Case Incident Method) แก้ปัญหาที่พบในการปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบการอภิปรายกลุ่ม หรือสัมมนาโดยผู้สอนจะให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะพร้อมทั้งแทรกประสบการณ์การเรียนการสอน และสนับสนุนการเรียนรู้ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม 1.2) การจัดทำธนาคารกรณีศึกษา (Case bank) เพื่อประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

2) การเรียนการสอนจากสภาพจริง (Authentic learning) ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เมื่อต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสภาพการณ์จริง ปัญหา และโลกแห่งความเป็นจริง ซึ่งนักศึกษาจะต้องเผชิญปัญหาและแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงบริบทแวดล้อมเป็นการเรียนรู้ที่สัมพันธ์กับความเป็นจริง เช่น 2.1) การจัดการเรียนการสอนยกตัวอย่างจริง ให้นักศึกษาเรียนรู้จากชีวิตจริง (Authentic learning) ประสบการณ์ใกล้ตัวนักศึกษา เชื่อมโยง จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ 2.2) ผู้สอนและผู้เรียนศึกษาจากสภาพจริง โดยเข้าไปฝังตัว และร่วมทำงานกับบุคลากร เช่น ในสถานสงเคราะห์คนชรา ชมรม คลินิก และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและนำประสบการณ์มาถ่ายทอดให้ผู้เรียนได้เรียนรู้

3) แบบแผนผังมโนทัศน์ (Concept Mapping) ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เมื่อต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ ของเรื่องราว ทำให้สามารถเห็นภาพความคิดรวบยอด ในรูปแบบ

ที่จับต้องได้ ทำให้สามารถให้ความสำคัญได้ง่ายดาย จึงสะดวกในการนำไปทบทวนทุกครั้งที่ต้องการ การเรียนการสอนแบบแผนผังมโนทัศน์จะช่วยเสริมความเข้าใจ และการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน เพราะสามารถเห็นภาพ ความคิดรวบยอดที่สำคัญ ไปพร้อมๆ กับสรุปความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเหล่านั้น

4) แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning) ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เมื่อต้องการให้ผู้เรียนสร้างความรู้ใหม่จากการใช้ปัญหาที่เกิดขึ้นในโลกแห่งความเป็นจริง ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิดวิเคราะห์และคิดแก้ปัญหา รวมทั้งได้ความรู้ตามศาสตร์ในสาขาวิชาที่ตนศึกษาด้วย การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานจึงเป็นผลมาจากกระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยความเข้าใจ และการแก้ไขปัญหาเป็นหลักเช่น ประเด็นสังคมในปัจจุบันเริ่มเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในอนาคตจะมีแนวทางแก้ปัญหาอย่างไร และกระตุ้นให้ผู้เรียนมองเห็นปัญหา ใฝ่หาความรู้ สืบค้นหาคำตอบ เรียนรู้ที่เน้นการควบคุมตนเอง และพยายามแก้ไขปัญหา

5) การคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เมื่อต้องการให้ผู้เรียนมีกระบวนการคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ และประเมินเกี่ยวกับข้อมูล หรือสภาพการณ์ที่ปรากฏ โดยใช้ความรู้ ความคิด และประสบการณ์ของตนเองในการสำรวจหลักฐานอย่างรอบคอบ เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปอย่างสมเหตุสมผล เช่น 5.1) การสร้างความคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) ที่มุ่งสร้างความสามารถในการคิดพิจารณาเหตุผล เหตุการณ์ โดยเสนอสถานการณ์ปัญหา จากกรณีตัวอย่าง ในคลินิก เปิดโอกาสให้นักศึกษาประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Conference) กระตุ้นให้นักศึกษาสำรวจความคิด เจตคติ และกระตุ้นให้คิดจนสิ้นสุดกระบวนการพยาบาล 5.2) การตั้งคำถาม ให้นักศึกษาเกิดการค้นคว้าความรู้ (Knowledge Inquiry) การแนะนำเว็บไซต์ให้อ่านวิจัย การเข้าฐานข้อมูล (Data base) ให้มากขึ้น เพื่อให้นักศึกษา มีกระบวนการคิดวิเคราะห์



6) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เมื่อต้องการให้ผู้เรียน เกิดการค้นคว้า ประเมิน และประยุกต์ใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ในการปฏิบัติโดยมีเป้าหมายหลักในการช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถตัดสินใจ (Decision making) เลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า เช่น 6.1) การใช้กระบวนการทำงานวิจัย การนำผลการวิจัย นวัตกรรมควบคู่กับการสอน 6.2) การศึกษาจากงานวิจัยเป็นส่วนใหญ่ การค้นคว้าความรู้ใหม่ (Update knowledge) จาก Systemic Review Guideline

7) การใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation) ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เมื่อต้องการให้ผู้เรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่สร้างขึ้นมาจากสถานการณ์นั้นจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับสภาพความจริงมากที่สุดทั้งสภาพแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ การเรียนรู้แบบสร้างสถานการณ์จำลองนี้จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ได้ดีและสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตจริงได้ เช่น 7.1) การฉายภาพยนตร์ เรื่อง คุณยายฉันดีที่สุดในให้นักศึกษาดู และกระตุ้นให้คิดวิเคราะห์ ก่อนเข้าสู่บทเรียน 7.2) การให้นักศึกษาร่วมกันคิดสถานการณ์จำลอง และร่วมแสดงกันเอง หรือใช้วิธีการสอนการพยาบาลทางคลินิกเป็นแบบทดลอง (Laboratory method) เช่น การสนทนาระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

8) การเรียนรู้โดยผู้เรียนนำตนเอง (Self-Directed Learning) ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เมื่อต้องการให้ผู้เรียนริเริ่มการเรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ความต้องการ และความถนัดโดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ การเลือกวิธีเรียนรู้ การแสวงหาแหล่งความรู้ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการประเมินความก้าวหน้าของการเรียนรู้ของตนเอง โดยจะดำเนินการด้วยตนเองหรือร่วมมือช่วยเหลือกับผู้อื่น หรือไม่ได้ เช่น 8.1) การจูงใจให้นักศึกษาค้นคว้าจากตำราต่างประเทศ (Textbook) ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert opinion)

วารสารการพยาบาลต่างประเทศ (Nursing Journal) 8.2) การกระตุ้นให้นักศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ (Incident analysis) เน้นเรื่องสำคัญๆ ในสถานการณ์นั้นๆ แล้วให้นักศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง พยายามหาคำตอบให้ถึงที่สิ้นสุดข้อสงสัย เน้นให้นักศึกษาคัดเลือกหนังสือที่อ่านเข้าใจง่ายและลึกซึ้ง

9) การเรียนผ่านสื่อออนไลน์ Social media (twitter, line, facebook), Web blog, game ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เมื่อต้องการให้ผู้เรียนรู้จักแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง (Active Learners) หลีกเลี่ยงการกำกับ ผู้สอนเป็นผู้บอข้อมูลหรือคำตอบ ผู้เรียนเป็นผู้ชวนขวายเฝ้าหาองค์ความรู้ต่างๆ โดยการแนะนำของผู้สอน เช่น 9.1) การร่วมพัฒนาความพร้อมทางด้านฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ รวมทั้งความสามารถของระบบเครือข่ายที่ผู้เรียนใช้ 9.2) การพัฒนาความสามารถและการเรียนรู้ของผู้เรียนให้พร้อมก่อนใช้ 9.3) การแนะนำเว็บไซต์ (Website) การเข้าฐานข้อมูล (Data base) และแนะนำให้อ่านงานวิจัยการเรียนผ่านสื่อออนไลน์ ควรใช้เสริมการเรียนการสอนทางการพยาบาล มากกว่าใช้เป็นหลัก

10) แบบผสมผสาน ผู้สอนจะใช้วิธีการสอนนี้เพื่อตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนสามารถบรรลุเป้าหมายของการจัดการเรียนการสอน โดยผู้สอนปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนการสอน จัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นหลักความยืดหยุ่น มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการเรียนรู้ให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการผสมผสานยุทธวิธีในการเรียนการสอนที่หลากหลายเข้าด้วยกัน ตัวอย่างในการลงมือปฏิบัติจริง เช่น 10.1) การจัดทีมการสอน (Team Based Learning) ร่วมกับการเปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการเรียนการสอน (Cooperative Learning) และการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงการ (Project Based Learning) คือ การจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพทั้งในชุมชนและสถานสงเคราะห์ 10.2) การสอดแทรกการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล





ตั้งแต่อยู่ ปี 1 ถึง ปี 4 10.3) การจัดทำแผนการสอนที่มีความยืดหยุ่น

**2. ชุมความรู้ เกี่ยวกับ ความรู้ที่รู้ว่ามีรู้** ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากตำรา เอกสาร หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) ความรู้เกี่ยวกับ นโยบาย ทฤษฎี โรคและการพยาบาล ผลงานวิชาการด้านการพยาบาล ในรูปแบบต่างๆ เช่น งานวิจัย เอกสารประกอบการสอน คู่มือ บทความในวารสาร นวัตกรรมธนาคารกรณีศึกษา (Case bank) และคลังข้อสอบเกี่ยวกับการเรียนการสอนทางการพยาบาล

**3. ชุมความรู้ เกี่ยวกับความรู้ที่รู้ว่ามีไม่รู้** ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งในชุมชน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life care) ความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทย สวัสดิการขององค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กฎหมาย สิทธิประโยชน์ หลักการ แนวคิด ทางจิตวิทยา จิตตปัญญา การเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลง เคมี ชีวภาพ

**4. ชุมความรู้เกี่ยวกับความรู้ที่ไม่รู้ว่ามีรู้** ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ได้แก่ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์แขนงอื่นมาประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วย หลักการ เทคนิค การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมาจากอดีตถึงปัจจุบัน หลักการ แนวคิด ทางจิตวิทยา ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย วัฒนธรรม สังคม

**5. ชุมความรู้ เกี่ยวกับความรู้ที่ไม่รู้ว่ามีไม่รู้** ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ได้แก่ โรคและปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน เช่น ศาสนา ภูมิภาค ชุมชน การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ (HIV) การบาดเจ็บรุนแรง (Injury, Trauma) ภูมิปัญญาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมาจากอดีตความเชื่อทางศาสนา ความศรัทธาที่แตกต่างกันความเชื่อมโยงไปสู่เรื่องของความตาย

(Death & Dying) กฎหมาย สิทธิ พินัยกรรมชีวิต สิทธิที่จะตายโดยไม่ทรมานแนวทางการจัดการศึกษาในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เช่น IT, Social media, Social network

**6. ชุมความรู้ เกี่ยวกับความรู้ที่ต้องการอย่างแท้จริง (Right knowledge)** ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาค และแต่ละชุมชนแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยโอกาส ถูกทอดทิ้งทารุณกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นอนติดเตียงความรู้จากประชาชนชุมชนงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต หรือวิถีชีวิตผู้ป่วย

**7. ชุมความรู้ เกี่ยวกับความรู้ที่ทันยุคสมัย (Right time)** ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม พายุ แผ่นดินไหว การศึกษาและพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก รอบๆตัวผู้ป่วย ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น บันได อุปกรณ์เครื่องครัวเรือน การใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย เงินสนับสนุนผู้ป่วยด้วยโอกาสการสร้างกิจกรรมเพื่อเพิ่มรายได้ให้ผู้ป่วยเรื้อรัง การบูรณาการเชื่อมโยงความรู้กับศาสตร์อื่นๆ (สหสาขาวิชา) เช่น สถาปนิก อาชีวอนามัย การสร้างองค์ความรู้ให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมยุคใหม่ได้ เช่น การให้ผู้ป่วยมาเรียนรู้การใช้คอมพิวเตอร์ Tele-med หรือ hotline สุขภาพ

**8. ชุมความรู้ เกี่ยวกับ ความรู้ที่มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ (Right place)** ได้แก่

8.1) วารสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตำรา และงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

8.2) เว็บไซต์ (Website) ที่เป็นของหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) และฐานข้อมูลต่างๆ

8.3) บุคคลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ เป็นที่ยอมรับทางการพยาบาล

8.4) สถานที่หรือบุคคลที่เป็นต้นแบบ ทางด้านการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์



มหาวิทยาลัยต่างๆ โรงพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาล (Excellent center) ชมรมคลังสมองสถาบันการศึกษาทั้งในและต่างประเทศและกองทุน (foundation) ทั้งในและต่างประเทศที่มีแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice)

### แหล่งความรู้ และแนวปฏิบัติเพื่อได้มาของขุมความรู้

จากการรวบรวมข้อมูล วิธีการสอน กลเม็ดเคล็ดลับเฉพาะตัวของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การสอน พบว่าแหล่งความรู้ และแนวปฏิบัติเพื่อได้มาของขุมความรู้ประกอบด้วย 1) การจัดทำแฟ้มรายวิชา 2) การรวบรวมนวัตกรรม งานวิจัยที่น่าสนใจ 3) การรวบรวมเนื้อหาจากการสอนทบทวน 4) การจัดระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ 5) การจัดทำ (case bank) 6) การจัดทำคลังข้อสอบ 7) การศึกษาดูงานจากศูนย์ความเป็นเลิศ/การใช้วิธีศึกษาจากสภาพจริง การดูงาน ร่วมทำงานโดยการออกหน่วยกับสถานสงเคราะห์ การร่วมเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วย 8) การศึกษาจากผลงานวิจัย นวัตกรรม Best practice, Evidence practice 9) การทำงานร่วมกันกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ 10) การทำงานวิจัยร่วมกันของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย 11) การเข้าประชุม/อบรม/สัมมนาการเข้าร่วมสมาคม/ชมรมทางวิชาการพยาบาลในระดับชาติ และนานาชาติ 12) การสร้างหรือลงข้อมูลในเว็บไซต์/การใช้นวัตกรรม Social media เช่น Facebook เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน 13) การจัดเวทีการเรียนรู้/การนำเสนอผลงานในรูปแบบต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ 14) การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ ผู้รู้ในชุมชนหรือปราชญ์ชาวบ้าน 15) การจัดระบบพี่เลี้ยง 16) การศึกษา ค้นคว้าจาก ตำรา หนังสือ เอกสาร เว็บไซต์ ที่รวบรวมภูมิปัญญา จาก อดีตถึงปัจจุบัน 17) การจัดการประชุมกลุ่ม/อภิปรายกลุ่มของผู้ป่วยนำมาถ่ายทอดแลกเปลี่ยนกันรวบรวมบันทึกเกี่ยวกับความรู้โดยนัย (Tacit knowledge)

ของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มานาน 18) การเรียนรู้จากผู้ป่วยโดยตรง ผสมผสานความเข้าใจทางศาสนา และการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทั้งในครอบครัว และชุมชน 19) การศึกษาริวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต หรือวิถีชีวิต 20) การจัดการความรู้ทางการพยาบาล 21) การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย 22) การประยุกต์ใช้ เทคโนโลยี ที่ให้ความสำคัญผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่ 23) การประยุกต์ใช้ความรู้ด้านภัยพิบัติ 24) การบูรณาการเชื่อมโยงความรู้กับศาสตร์อื่นๆ (สหสาขาวิชา) เช่น สถาปนิก อาชีวอนามัย 25) การสร้างองค์ความรู้ให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมยุคใหม่ได้ 26) การสร้าง tele-med หรือ hotline เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย 27) แหล่งความรู้เพื่อการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ วารสารทางการพยาบาล ทั้งในและต่างประเทศตำรา และงานวิจัยใหม่ๆ

### ทิศทาง แนวโน้มของการสร้างขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล

การศึกษาพยาบาลในสังคมยุคโลกาภิวัตน์เป็นการจัดการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถสูงกว่าเดิมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษ โดยเฉพาะประเทศที่มีการพัฒนาแล้วที่มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ระดับสูง ดังนั้นจึงมีความต้องการพยาบาลที่แตกต่างไปจากสังคมเดิม คือ การปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความสามารถในหลายๆ ด้านและควรเป็นพยาบาลที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิชาชีพได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรีที่มีหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ความชัดเจน ทั้ง หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่เป็นการศึกษาพยาบาลทั่วไป ที่สามารถปฏิบัติงานได้หลายด้าน (General Practice) และ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (Specialist) ที่สามารถปฏิบัติงานที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมในยุคปัจจุบัน

เป้าหมายสำคัญของการสร้างขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการศึกษา และพัฒนา



มาตรฐานของวิชาชีพพยาบาลในระดับที่พึงประสงค์ โดยทิศทาง แนวโน้มของการสร้างขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลจะต้องพัฒนามีดังนี้

1. การสร้างขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล จะต้องครอบคลุมการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการเรียนรู้และทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล 4 ด้าน คือ

1.1 การสร้างขุมความรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติการพยาบาล ในสาขาวิชาการ ด้านอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ สูติศาสตร์ ให้แก่ผู้รับบริการทุกระดับอายุ

1.2 การสร้างขุมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการ โดยการศึกษาข้อมูล วิจัยนัยของการพยาบาล วางแผน และปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ สอน หรือปฏิบัติการโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน

1.3 การสร้างขุมความรู้ด้านการพยาบาลชุมชน อาชีวอนามัย และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นการเรียน และ ฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถของนักศึกษาพยาบาล ในด้านบทบาทของนักศึกษาพยาบาลกับสุขภาพของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ และแนวโน้มของสังคมด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ กับการพยาบาล

1.4 การสร้างขุมความรู้ในลักษณะการฝึกความชำนาญเฉพาะทางซึ่งมีความจำเป็นมากขึ้น กล่าวคือให้มีความสอดคล้องกับความเป็นไปของยุคสมัย เช่น ขุมความรู้ด้านการรับมือกับภัยพิบัติ ได้แก่ พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว ฯ นอกจากนี้การก้าวสู่ประชาคมอาเซียน จำเป็นต้องพัฒนาความชำนาญเพื่อให้บัณฑิตพยาบาลศาสตร์มีคุณภาพ สามารถเคลื่อนย้ายแรงงานไปประเทศต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบันจึงมีผลต่อสถานภาพการจัดการเรียนการสอนทางการ

พยาบาลอย่างมาก ปัจจัยทางสังคมอาจเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในสังคม ปัญหาทางสังคมที่พบในปัจจุบันมีหลากหลายปัญหา เช่น การจ้างงาน อาชญากรรม ความยากจน การเพิ่มของประชากร ความกดดันด้านการเมือง สงคราม ภัยธรรมชาติ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความกดดันทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัญหาที่รุนแรงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการศึกษาเป็นอย่างมาก การศึกษาทางการพยาบาลจึงต้องให้ความสนใจต่อสถานการณ์ทางสังคม เพื่อจัดการสร้างขุมความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับสังคมในช่วงเวลานั้นๆ

3. การสร้างขุมความรู้ ควรนำไปประยุกต์ใช้กับภารกิจอุดมศึกษาด้านอื่นๆ คือ ด้านวิชาการ ด้านวิจัย ด้านบริการวิชาการแก่สังคม ด้านพัฒนานักศึกษา และด้านบริหาร ควรประสานความร่วมมือในทุกภารกิจ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง สอดคล้อง และต่อเนื่องกัน

4. สถาบันการศึกษา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำขุมความรู้ไปเป็นแนวทางในการดำเนินการสร้าง แลกเปลี่ยน ประยุกต์ใช้ความรู้ในรูปแบบที่เหมาะสม เฉพาะกับหน่วยงานนั้นๆ

## บทสรุป

การสร้างขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ควรเริ่มที่อาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาล ให้มีความรู้ ความเข้าใจในความรู้ที่จะบริหารจัดการก่อน มีองค์ประกอบใดบ้าง ใช้กระบวนการจัดการอย่างไร โดยเริ่มต้นจากการรวบรวมความรู้ที่เป็นความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ในระดับบุคคลเสียก่อน จากนั้นนำมาแบ่งระดับของความรู้ ได้แก่ รู้ว่าคืออะไร รู้วิธีการ รู้เหตุผลและใส่ใจกับเหตุผล และการนิยามความรู้ ได้แก่ ความรู้ที่รู้ว่ารู้ ความรู้ที่รู้ว่าไม่รู้ ความรู้ที่ไม่รู้ว่ามี และ ความรู้ที่ไม่รู้ว่าไม่รู้ รวมทั้งต้องเป็นความรู้ที่ต้องการอย่างแท้จริง (Right knowledge) ความรู้ที่ทันยุคสมัย (Right time)



และความรู้ที่มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ (Right place) นำมาแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยวิธีการแปลง ความรู้ (Knowledge Conversion) วงจรการจัดการ ความรู้ กระบวนการดังกล่าวมีความเกี่ยวข้อง สอดคล้อง และต่อเนื่องกันตลอดเวลา อาจารย์ ผู้สอนควรบูรณาการการสร้างขุมความรู้ให้เข้ากับการปฏิบัติงานประจำ เพื่อไม่ให้รู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน จัดเก็บขุมความรู้และ สามารถนำขุมความรู้และแนวปฏิบัติของการได้มา ซึ่งขุมความรู้ไปประยุกต์ใช้ในระหว่างปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางให้อาจารย์ผู้สอนแสวงหา ความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ผู้สูงอายุเพิ่มเติมและเลือกแนวปฏิบัติในการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้มาใช้ได้อย่างหลากหลายและ ทันสมัย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการเรียน การสอนต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. Nonaka, I. and H. Takeuch. The Knowledge-creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York: Oxford University Press; 1995.
2. วิจารย์ พานิช. การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์สุขภาพใจ บริษัทตฤตาตา พับลิเคชั่น จำกัด; 2549.
3. Ravindra Deshmukh, Lewlyn, L. R., Rodrigues, G. R. and Krishnamurthy. Earthquake Risk and Knowledge Management. Journal of Knowledge Management Practice. [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 28]: Available from: <http://www.tlinc.com/articl162.htm>.
4. Henrie and Hedgepeth. Size Is Important In Knowledge Management. Journal of Knowledge Management Practice. 2003 [cited 2012 Oct 26]: Available from: <<http://www.tlinc.com/articl53.htm>. [2006, August 26]
5. ประพนธ์ ผาสุกยี่ด. การจัดการความรู้ฉบับมือใหม่หัดขับ. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: บริษัทไยใหม่ ครีเอทีฟกรุ๊ป จำกัด; 2550.
6. สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา. คู่มือการประกันคุณภาพ การศึกษาภายในสถานศึกษา ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1 (มกราคม 2554). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์; 2553.
7. ทิศนา แคมมณี. ศาสตร์การสอน องค์ความรู้ เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด; 2553.
8. ดร.ณิ รุจกรกานต์. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล.โครงการตำราทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท; 2541.
9. สถาบันพระบรมราชชนก.คู่มือการใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2545. ส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
10. Takeuchi, Hirota&Nonaka, Ikujiro. Classic Work: Theory of Organizational Knowledge Creation. In Knowledge Management: Classic and Contemporary Works. Morey, Daryl ; et al. London: The MIT Press.; 2001;139-182.



## ผลของการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินความรู้และทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นและการรับรู้ของอาจารย์ที่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกของนักศึกษา

นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล\*

บุญชัย ภาละกาล\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินความรู้และทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้น 7 ด้าน และการรับรู้ของอาจารย์ที่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ปีการศึกษา 2554 กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 80 คน สุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และ อาจารย์ 12 คน อาจารย์ที่เลี้ยง 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย ชุดโจทย์สถานการณ์ แบบสอบถามการรับรู้ทักษะทางคลินิกและปัญหาในการสอบ OSCE ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยแพทย์และพยาบาล จำนวน 15 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา 0.75 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิจัยได้นำชุดโจทย์สถานการณ์ 5 กลุ่มโรค มาทดสอบกับนักศึกษาในรูปแบบการสอบ OSCE พบว่า ประเมินทักษะและจำแนกความสามารถในการปฏิบัติของนักศึกษาได้ ประเมินผู้เรียนเป็นรายบุคคลได้จึงสามารถนำทักษะที่บกพร่องมาพัฒนาให้ดีขึ้น อาจารย์ที่เลี้ยงและนักศึกษามีการรับรู้ที่สอดคล้องกันว่า ทักษะที่นักศึกษาปฏิบัติได้ในระดับดี คือทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยและการวินิจฉัยแยกโรค ส่วนทักษะการตรวจร่างกาย เป็นทักษะที่นักศึกษาต้องแก้ไข ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นแนวทางการพัฒนาทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นให้กับนักศึกษาต่อไป การที่นักศึกษาได้ฝึกทักษะจากการสอบ OSCE ซึ่งมีโจทย์สถานการณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานจำลองให้มีสภาพเหมือนจริง เมื่อนักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์ตรงกับผู้ป่วยจริงจึงสามารถนำความรู้มาสู่การปฏิบัติได้ดีขึ้น อาจสรุปได้ว่ารูปแบบการสอบ OSCE เหมาะสมในการใช้ประเมินวิชาการปฏิบัติทางการพยาบาล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในทดสอบเพื่อประเมินความรู้ของนักศึกษาสำหรับเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติได้

**คำสำคัญ:** การประเมินผล การสอบแบบ OSCE ทักษะด้านการตรวจรักษาโรคของนักศึกษาพยาบาล

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



## The Effects of an Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs) Test to Evaluate The Knowledge and Clinical Skills in Basic Medical Treatment and Perceive of Preceptors from Community of The Clinical Skills of Nursing Students

*Mrs.Nuntareeya Lohapaiboonkul\**

*Mr.Boonchai Palakarn\**

### Abstract

The purpose of this study was to examine the effects of an Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs) test to evaluate the knowledge and clinical skills in seven domains of basic medical treatment and perceptions of preceptors on the clinical skills of nursing students in Academic Year B.E. 2554. A random sampling technique was used to recruit 80 of the 4th year nursing students whilst a purposive sampling technique was used to select 12 nurse instructors and 15 preceptors from community hospitals to participate in this study. The instruments were composed of 5 sets of clinical scenarios and questions which were OSCEs and a questionnaire asking about perceptions on clinical skills and problem regarding taking OSCEs. The content validity was approved by 15 experts of doctors and nurse practitioners with an IOC of 0.75. Reliability was 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics.

Five sets of OSCEs were implemented to test nursing students. The study found that OSCEs could evaluate and differentiate clinical skills and performance of the nursing students. They could also assess individual skills which can help the faculty to improve the students individually. Preceptors and nursing students consistently perceived that the skills that students well performed were building relationships with patients, advising patients and diagnosing disease. Physical examination was a skill that should be improved. The results of this study provide information to the development of clinical skills in basic medical treatment. Using OSCE test as allows nursing students to learn to practice in simulations and these experiences can be referred to the real situations when working. OSCE test is applicable for practical nursing course and could be applied in the assessment of students' knowledge for preparing clinical skills.

**Keywords :** Evaluation, Objective Structured Clinical Examinations (OSCE), Nursing students' skills of physical examination.

\* Registered Nurse, Department of Community Health Nursing, Boromarajonnani College of Nursing, Sanpasithiprasong, UbonRatchathani,Thailand.



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เรียนวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ในชั้นปีที่ 4 โดยเรียนทฤษฎี จำนวน 3 หน่วยกิต และฝึกปฏิบัติ จำนวน 2 หน่วยกิต การสอนภาคทฤษฎีมีทั้งการบรรยายและการใช้กรณีศึกษา การสอบภาคทฤษฎีใช้ข้อสอบปรนัยและอัตนัย ประเมินผลการสอบแบบอิงเกณฑ์ ถ้าได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 จึงจะผ่านเกณฑ์ และสามารถฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นในโรงพยาบาลชุมชนเป็นระยะเวลา 2 เดือน ผลการศึกษาสภาพปัญหาการฝึกปฏิบัติงานวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นโดยสอบถามจากนักศึกษาและอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกปฏิบัติในปีการศึกษา 2553 พบว่า ร้อยละ 60 ของนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานมีปัญหา ดังนี้

1. การสื่อสารกับผู้ป่วย นักศึกษาขาดความมั่นใจในการพูดคุยกับผู้ป่วย ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ
2. ทักษะการซักประวัติ ไม่สามารถบอกได้ว่าปัญหาสำคัญ (chief complaint) หรือปัญหาที่แท้จริงที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซักประวัติไม่ครอบคลุมแต่ละระบบ
3. ทักษะการตรวจร่างกาย ขาดความมั่นใจ โดยเฉพาะการฟังปอดแยกเสียงผิดปกติไม่ได้ ขาดทักษะการคลำ การเคาะ ตรวจจรรยาไม่สัมพันธ์กับอาการของโรค บันทึกผลการตรวจร่างกายไม่สมบูรณ์
4. การสังเกตและแปลผลทางห้องปฏิบัติการ บางครั้งไม่ทราบว่าต้องส่งตรวจอะไร จะนำผลมาใช้อย่างไร แยกประเด็นการแปลผลทางห้องปฏิบัติการไม่นำผลมาบูรณาการ
5. การวินิจฉัยแยกโรค การรักษาและการให้คำแนะนำผู้ป่วย ขาดความรู้ในเรื่องขนาดยา (dose) ที่ให้ในเด็ก ขาดความรู้ในการแยกโรค ไม่สามารถให้คำแนะนำที่เฉพาะโรคได้

จากปัญหาดังกล่าววิเคราะห์ได้ว่า นักศึกษาที่สอบผ่านทฤษฎีแล้วบางคนไม่สามารถนำความรู้

มาประยุกต์ใช้ในการคิดแก้ปัญหาการตรวจรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะ การปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลเป็นลักษณะที่เฉพาะเจาะจงวิธีการประเมินผลที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติจำเป็นต้องใช้สถานการณ์หรือจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติจริงในสภาพที่ใกล้เคียงกับสภาพจริงมากที่สุดเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติ ที่เรียกว่าการทดสอบการปฏิบัติการนั่นเอง<sup>2</sup> ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการนำรูปแบบการสอบ OSCE (Objective Structured Clinical Examination) มาใช้เพราะวิธีการวัดและประเมินผลโดยการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เป็นวิธีการประเมินผลทักษะทางคลินิกที่มีมาตรฐานสามารถแยกระดับความรู้ของนักศึกษารายบุคคลได้อย่างแท้จริง เป็นวิธีประเมินผลที่ครอบคลุมการวัดทุกระดับความรู้ทั้งในด้านทักษะ เจตคติและการตัดสินใจ<sup>3-4</sup> การประเมินแบบ OSCE เป็นการประเมินตามสภาพจริง โดยจะมีโจทย์สถานการณ์หรือพฤติกรรมที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่ต้องการประเมินนักศึกษา หลักการสำคัญคือ การสร้างสถานการณ์ให้กับผู้เข้าสอบ จัดหาผู้ป่วยจริงหรือผู้ป่วยจำลองที่แสดงบทบาทของโรคมาให้นักศึกษาตรวจ มีการสร้างคำถามให้นักศึกษาหมุนเวียนไปทดสอบตามสถานีต่างๆ ในแต่ละสถานีผู้สังเกตการณ์ประจำสถานีสอบสามารถประเมินนักศึกษาทั้งด้านกระบวนการโดยให้นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย หรือประเมินด้านผลลัพธ์ คือประเมินความรู้รอบยอดโดยให้นักศึกษาทำการวิเคราะห์ตอบคำถามตามสถานการณ์ที่กำหนด ดังนั้นการประเมินแบบ OSCE จึงสามารถวัดความรู้และทักษะการปฏิบัติทางคลินิกของผู้เรียนเป็นรายคนได้<sup>5</sup>

ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของนักศึกษาดังกล่าว ภายหลังจากสอบภาคทฤษฎีวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบการสอบ OSCE มาใช้กับนักศึกษาอีกครั้งเพื่อประเมินทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นเป็นรายบุคคล โดยการใช้โจทย์สถานการณ์ที่เสมือนจริงเพื่อให้นักศึกษาสามารถประยุกต์ความรู้สู่การ



ปฏิบัติและเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติจริงได้ด้วย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสอบ OSCE ในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อประเมินความรู้และทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล
2. ศึกษาการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกและการรับรู้ของตนเองของนักศึกษาเกี่ยวกับทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาภายหลังการสอบ OSCE
3. ศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการสอบ OSCE ในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกันยายน 2554 ถึง กันยายน 2555

#### ประชากร กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พี่เลี้ยง ดังนี้

1. ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2554 จำนวน 113 คน
2. ขนาดตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล จำนวน 80 คน ได้จากตารางกำหนดขนาดตัวอย่าง (Kerjcie and Morgan, 1970 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อน 0.05) สุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)
3. อาจารย์แพทย์พี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยงที่นิเทศนักศึกษาด้านการรักษาโรคเบื้องต้น ปีการศึกษา 2554 ในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง จำนวน 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แห่งละ 2-3 คน
4. อาจารย์พยาบาลที่ร่วมสอบ OSCE ในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น จำนวน 12 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โจทย์สถานการณ์การสอบ OSCE ประกอบด้วย โจทย์ 5 กลุ่มโรคและคำถามในสถานีสอบย่อย 7 สถานี คำสั่งสำหรับนักศึกษาผู้เข้าสอบ อาจารย์ผู้คุมสอบประจำฐานและผู้ป่วยจำลอง
2. ใบให้คะแนนและเกณฑ์การให้คะแนน (check list หรือ marker sheet) แต่ละสถานีสอบ คะแนนเต็ม 100 คะแนน
3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษา ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือมากที่สุด มากปานกลาง ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4. แบบสอบถามปัญหาในการสอบ OSCE ในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือชุดโจทย์สถานการณ์ แบบให้คะแนนและเกณฑ์การให้คะแนน โดยแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติจำนวน 15 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาชุดโจทย์ เท่ากับ 0.75 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86

#### การรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน 2554 ถึง กันยายน 2555

1. รวบรวมคะแนนความรู้และทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ทุกคน ภายหลังการสอบ OSCE
2. รวบรวมข้อมูลการรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นและปัญหาการใช้รูปแบบการสอบ OSCE ในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นภายหลังการสอบ
3. รวบรวมข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาจากอาจารย์แพทย์ พยาบาลพี่เลี้ยงในโรงพยาบาลชุมชนขณะออกเยี่ยมนิเทศนักศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ในสัปดาห์ที่ 1

**การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล** ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความยินยอมในการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลไม่มีผลต่อคะแนนสอบ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับใช้สำหรับการวิจัยเท่านั้น ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็น





รายบุคคล เมื่อครบกำหนด 1 ปีจะทำลาย

#### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำชุดโจทย์สถานการณ์ 5 กลุ่มโรค และรูปแบบการสอบ OSCE มาใช้ทดสอบนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 39 ปีการศึกษา 2554 จำนวน 113 คน ดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษารูปแบบการประเมินทักษะทางคลินิกโดยการสอบ OSCE
2. เลือกรหัสเรื่องหรือพฤติกรรมที่ต้องการประเมินนักศึกษา
3. วิเคราะห์รหัสวัตถุประสงค์ว่าต้องการวัดทักษะหรือความรู้เพื่อเตรียมสถานีสอบ
4. สร้างโจทย์สถานการณ์ 5 โจทย์ แต่ละโจทย์แบ่งสถานีสอบย่อยเป็น 7 สถานีเพื่อประเมินความรู้และทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล
5. สร้างแบบวัดและประเมินผลการสอบแต่ละสถานี
6. จัดทำคำสั่งสำหรับนักศึกษา อาจารย์ผู้คุมสอบ และผู้ป่วยจำลอง

7. ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโจทย์สถานการณ์เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตรวจสอบการใช้ภาษา แบบประเมินการให้คะแนนและเวลาในการสอบ

#### ขั้นดำเนินการสอบ

1. แจ้งให้นักศึกษาทราบรูปแบบการสอบ OSCE ที่จะนำมาใช้ทดสอบความรู้และทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นเป็นรายบุคคล โดยใช้โจทย์สถานการณ์ที่เสมือนจริง
2. แจ้งให้นักศึกษาทราบกลุ่มอาการ 5 กลุ่มโรค ที่จะนำมาสอบเพื่อให้นักศึกษาเตรียมความรู้และฝึกทักษะล่วงหน้า โจทย์ 1 กลุ่มโรคสามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ไม่น้อยกว่า 5 โรค ดังนั้นนักศึกษาต้องเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรคไม่น้อยกว่า 25 โรค
3. จัดเตรียมสถานที่สอบ อุปกรณ์ประจำห้องสอบเตรียมผู้ป่วยจำลองเพื่อให้แสดงบทบาทตามที่กำหนดสอดคล้องกับสถานการณ์ของโรค
4. แบ่งฐานการสอบเป็น 2 ชุดๆ ละ 5 ฐาน แต่ละฐานมีสถานีสอบย่อย 7 สถานี มีอาจารย์คุมสอบประจำฐานเพื่อประเมินความรู้และทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น 7 ด้าน ดังนี้

โจทย์สถานการณ์	ชุดที่ 1	ชุดที่ 2
1. กลุ่มอาการไข้สูง	ฐานที่ 1 อาจารย์ ก.	ฐานที่ 6 อาจารย์ เอ
2. กลุ่มอาการปวดเข่า	ฐานที่ 2 อาจารย์ ข.	ฐานที่ 7 อาจารย์ บี
3. กลุ่มอาการไอหอบ	ฐานที่ 3 อาจารย์ ค.	ฐานที่ 8 อาจารย์ ซี
4. กลุ่มอาการมีไข้ปวดศีรษะ	ฐานที่ 4 อาจารย์ ง.	ฐานที่ 9 อาจารย์ ดี
5. กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก	ฐานที่ 5 อาจารย์ จ.	ฐานที่ 10 อาจารย์ อี

5. ก่อนการสอบ แบ่งนักศึกษา เป็น 11 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน นักศึกษาในกลุ่มย่อยจับฉลากเพื่อเลือกโจทย์ 1 กลุ่มโรค จาก 5 กลุ่มโรค เข้าสอบตามฐานๆ ละ 1 คน มีนักศึกษาเข้าสอบรวม 10 คนต่อรอบ

6. แต่ละฐานมีผู้ป่วยจำลองที่ผ่านการเตรียมบทบาทตามคำสั่งของโจทย์เพื่อให้นักศึกษาที่เข้าสอบ ได้ทดสอบทักษะทั้ง 7 ด้าน นักศึกษาเข้าสอบในฐานและแสดงพฤติกรรมในแต่ละสถานีตามที่กำหนด ดังนี้



สถานีที่ 1-7	เวลา(นาที)	คะแนน
1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย	15	6
2. การซักประวัติ		24
3. การตรวจร่างกาย	10	20
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล	5	10
5. การสรุปปัญหาและการวินิจฉัยแยกโรค	5	20
6. การรักษาโรคเบื้องต้น	5	10
7. การให้คำแนะนำผู้ป่วย	5	10
<b>รวม</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

การให้คะแนนในสถานีที่ 2 การซักประวัติ และสถานีที่ 3 การตรวจร่างกาย จะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มโรคถ้าผู้เข้าสอบซักถามประวัติผู้ป่วย ตรวจร่างกาย ได้ตรงตามประเด็นที่เกี่ยวกับโรคนั้นๆ จึงจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนสถานีที่ 1,5,6 และ 7 ทุกกลุ่มอาการใช้แบบประเมินผลเหมือนกันรวมคะแนนสถานีที่ 1-7 เท่ากับ 100 คะแนน

7. อาจารย์ประจำฐานทำหน้าที่ประเมิน นักศึกษารอบละ 1 คน โดยในสถานีที่ 1-4 เมื่อได้รับ โจทย์ นักศึกษาต้องแสดงพฤติกรรมต่างๆ กับผู้ป่วย จำลอง เริ่มตั้งแต่สร้างสัมพันธภาพ ซักถามข้อมูล จากผู้ป่วย ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องทดลอง และแปลผลการตรวจกับอาจารย์ประจำฐาน อาจารย์ จะเป็นผู้สังเกตการณ์ประเมินการปฏิบัติและให้ คะแนนผู้เข้าสอบขณะแสดงพฤติกรรม สถานีที่ 5-7 ประเมินความคิดรวบยอดของนักศึกษา โดยให้เขียน คำตอบลงในกระดาษคำตอบ อาจารย์ประจำฐาน จะนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ภายหลังเมื่อการ สอบสิ้นสุดลง อาจารย์ 1 คน จะสอบนักศึกษา ได้ 10-11 คน นักศึกษาที่สอบได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ต้องได้รับการซ่อม เสริม โดยอาจารย์ประจำฐาน

8. นักศึกษา 1 คน ใช้เวลาในการสอบตั้งแต่ สถานีที่ 1-7 รวม 45 นาที โดยมีเวลากำกับในแต่ละ สถานี นักศึกษาไม่สามารถย้อนกลับไปสอบใน สถานีก่อนหน้าได้แม้ว่าจะมีเวลาเหลือดำเนินการ เช่นเดียวกัน 11 รอบ แยกนักศึกษาที่สอบแล้วและที่ยังไม่สอบออกจากกัน เพื่อไม่ให้ซักถามกัน ใช้เวลา ในการสอบประมาณ 6 ชั่วโมง นักศึกษาผ่านการ สอบ OSCE เป็นรายคน จำนวน 113 คน

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** ศึกษาผลของการใช้ รูปแบบการสอบ OSCE ในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อประเมินความรู้และทักษะทางคลินิกด้านการ รักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล

### ผลการประเมินความรู้และทักษะของนัก ศึกษา โดยอาจารย์ผู้คุมสอบประจำฐาน

ผลการประเมินความรู้และทักษะทางคลินิกด้าน การรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลเป็น รายบุคคลโดยใช้รูปแบบการสอบ OSCE กับโจทย์ สถานการณ์ดังตารางที่ 1-2



**ตารางที่ 1** ระดับความรู้และทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้น รวมทักษะ 7 ด้าน ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4

ระดับความรู้และทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น	จำนวนคน	ร้อยละ
ดีมาก (คะแนนร้อยละ 80-100)	2	1.77
ดี (คะแนนร้อยละ 70-79)	19	16.81
พอใช้ (คะแนนร้อยละ 60-69)	68	60.18
ควรปรับปรุง (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	24	21.24
<b>รวม</b>	<b>113</b>	<b>100.00</b>

ผลการประเมินรายบุคคลในภาพรวมทักษะ 7 ด้าน คะแนนเต็ม 100 คะแนน พบว่านักศึกษามีความรู้และทักษะในระดับดีมาก ในสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.77 (จำนวน 2 คน) มีความรู้และ

ทักษะในระดับที่ควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 21.24 (จำนวน 24 คน) มีความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 78.76

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนสอบ OSCE แต่ละสถานีมากกว่าร้อยละ 60 (n =113)

ความรู้และทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น	จำนวนคน	ร้อยละ
1. มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย	105	92.92
2. ซักประวัติได้ถูกต้องครบคลุม	88	77.88
3. ใช้เทคนิคดูแลเคาะฟังในการตรวจร่างกายได้ถูกต้อง	76	67.26
4. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล	81	71.68
5. การสรุปปัญหาที่พบในผู้ป่วยและการวินิจฉัยแยกโรค	84	74.34
6. การให้การรักษาโรคเบื้องต้น	75	66.37
7. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย	97	85.84

เมื่อวิเคราะห์ผลรายบุคคล โดยใช้เกณฑ์ตัดสิน คือมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 แยกตามทักษะแต่ละด้าน ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามีความรู้และทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยผ่านเกณฑ์สูงที่สุด รองลงมาคือทักษะการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ส่วนเรื่องที่นักศึกษามีความรู้และทักษะผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด คือ ทักษะการให้การักษาโรคเบื้องต้นและรองลงมาคือการใช้เทคนิคดูแล เคาะ ฟัง ในการตรวจร่างกาย

นักศึกษาที่สอบไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละสถานีได้รับการซ่อมเสริมความรู้เป็นรายบุคคลจนกระทั่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60) จึงสรุปได้ว่าการสอบ OSCE สามารถประเมินทักษะทางคลินิกผู้เรียนเป็นรายบุคคลได้จริงและสามารถนำทักษะที่ด้อยมาแก้ไขข้อบกพร่องได้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** ศึกษาการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกและการรับรู้ตนเองของ



นักศึกษาเกี่ยวกับทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นภายหลังการสอบ OSCE

ภายหลังการสอบ OSCE ผู้วิจัยได้ให้นักศึกษาประเมินการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับทักษะทางคลินิกด้านการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นดังตารางที่ 3

อาจารย์แพทย์และพยาบาลพี่เลี้ยงในโรงพยาบาลชุมชนประเมินการรับรู้เกี่ยวกับทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาในสัปดาห์ที่ 1 ของการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน แสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นภายหลังการสอบ OSCE ของนักศึกษา (n= 80)

ทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น	$\bar{x}$	SD	ระดับคะแนน
1. มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย	4.38	0.88	ดี
2. ซักประวัติได้ถูกต้องครอบคลุม	3.85	0.80	ดี
3. ใช้เทคนิคดู คลำ เคาะ ฟัง ในการตรวจร่างกาย	3.76	0.86	ดี
4. การสรุปปัญหาที่พบและการวินิจฉัยแยกโรค	3.83	0.93	ดี
5. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล	3.83	0.82	ดี
6. การรักษาโรคเบื้องต้น	3.78	0.85	ดี
7. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย	4.25	0.86	ดี

**เกณฑ์การแปลผล** ระดับดีมาก (4.51–5.00) ดี (3.51–4.5) ปานกลาง (2.51–3.50) ต้องปรับปรุง (1.51–2.50) ต้องปรับปรุงอย่างยิ่ง (น้อยกว่า 1.50) นักศึกษาแสดงการรับรู้ต่อตนเองว่า มีทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น ทั้ง 7 ด้าน อยู่ในระดับดี

ทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย รองลงมาคือ การให้คำแนะนำผู้ป่วย ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มีทักษะการตรวจร่างกาย รองลงมาคือ การให้การักษาโรคเบื้องต้น

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล

ทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น	$\bar{x}$	SD	ระดับคะแนน
1. มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย	4.00	0.71	ดี
2. ซักประวัติได้ถูกต้องครอบคลุม	3.46	0.52	ปานกลาง
3. ใช้เทคนิคดู คลำ เคาะ ฟัง ในการตรวจร่างกาย	3.31	0.48	ปานกลาง
4. การสรุปปัญหาที่พบและการวินิจฉัยแยกโรค	3.77	0.60	ดี
5. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล	3.31	0.63	ปานกลาง
6. การรักษาโรคเบื้องต้น	3.38	0.51	ปานกลาง
7. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย	3.85	0.55	ดี



อาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกปฏิบัติ แสดงการรับรู้ต่อทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาอยู่ในระดับดี 3 ด้าน คือ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การวินิจฉัยแยกโรค และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลางด้านที่ค่าเฉลี่ย น้อยที่สุดคือ ทักษะการตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 3** ศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินความรู้และทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น

**ปัญหาในการสอบและข้อเสนอแนะมี ดังนี้**

1. ชุดโจทย์สถานการณ์ ให้แยกออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นข้อมูลของผู้ป่วยจำลอง ข้อมูลสำหรับอาจารย์ประจำฐานและข้อมูลของผู้เข้าสอบ ปรับปรุงโจทย์ ใช้สูง ถ่ายเหลว แต่วินิจฉัยว่าเป็นโรคใช้เลือดออก ให้ตัดข้อมูลการถ่ายเหลวออกเพื่อให้เนื้อหาชัดเจนมากขึ้นและควรสร้างชุดโจทย์สถานการณ์เพิ่มขึ้นให้ครอบคลุมโรคทางด้านศัลยกรรม สูติกรรม และกลุ่มโรคทางอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. กระบวนการสอบ อาจารย์ประจำฐานต้องปฏิบัติต่อผู้เข้าสอบโดยใช้หลักเดียวกัน ขณะทำการสอบ เพราะอาจทำให้ผู้เข้าสอบได้เปรียบเสียเปรียบกันระหว่างฐาน ให้สัญญาณเมื่อเริ่มสอบและเมื่อหมดเวลาสอบแต่ละสถานี

3. เวลาในการสอบ ให้เพิ่มเวลาในสถานีตรวจร่างกายอีก 5 นาที เพราะผู้เข้าสอบต้องตรวจทุกระบบ เพิ่มเวลาการสอบเป็น 50 นาที ต่อรอบ อาจใช้ข้อสอบ MEQ (Multiple Essay Question) ซึ่งใช้เวลาน้อยกว่ามาทดสอบก่อนออกฝึกภาคปฏิบัติ อาจแยกการสอบตรวจร่างกายออกจากการสอบ OSCE สถานีการตรวจร่างกายให้ตรวจเฉพาะระบบที่เกี่ยวข้องเท่านั้นเพื่อลดระยะเวลาการสอบ

4. สถานีสอบ สถานีการส่งตรวจและแปล

ผลทางห้องทดลอง ให้ผู้เข้าสอบบอกก่อนว่าจะส่งตรวจอะไรบ้าง อาจารย์ประจำฐานจึงจะให้ผลการตรวจเพื่อให้ผู้เข้าสอบแปลผลการตรวจ

5. แบบให้คะแนน ประชุมอาจารย์ประจำฐานทำความเข้าใจวิธีให้คะแนนและเกณฑ์การให้คะแนน ปรับค่าคะแนนการถ่วงน้ำหนักให้เหมาะสม ปรับปรุงแบบให้คะแนนโดยเฉพาะสถานีการซักประวัติให้มีความเฉพาะกับแต่ละกลุ่มโรค สถานีการตรวจร่างกายออกแบบให้คะแนนที่เน้นการตรวจที่เฉพาะกับกลุ่มโรคนั้นๆ

6. ผู้ป่วยจำลอง จัดให้สอดคล้องกับโจทย์สถานการณ์ ซักซ้อมการแสดงบทบาทให้เหมือนจริงตามที่สมมติ เช่น การแต่งกาย ใส่เสื้อผ้าให้เหมาะสมกับบทบาท แสดงลักษณะรอยโรคให้สอดคล้องกับบทบาท เช่น รอยช้ำจากอุบัติเหตุ การบวมของข้อ อาจใช้สีทาที่ข้อให้เห็นชัดเจน เป็นต้น

### สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การใช้รูปแบบการสอบ OSCE ในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น สามารถประเมินทักษะทางคลินิกและความรู้รอบยอดของนักศึกษาได้จริง จำแนกความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียนได้ ดังผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่านักศึกษามีความรู้และทักษะทางคลินิกในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 1.77 ในระดับที่ควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 21.24 การสอบ OSCE สามารถประเมินผู้เรียนเป็นรายบุคคลได้ ทำให้บอกได้ว่าผู้เรียนคนใด ขาดทักษะในเรื่องใด จึงนำทักษะที่บกพร่องมาพัฒนาให้ดีขึ้นได้ ผลการวิเคราะห์รายบุคคลแยกตามทักษะการรักษาโรคเบื้องต้น พบว่า ทั้ง 7 ทักษะมีนักศึกษาบางส่วนมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด นักศึกษาเหล่านี้จึงได้รับการซ่อมเสริมทักษะที่ขาดเป็นรายบุคคล ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรวิกรกิจพูนผล และ อมรรัตน์ งามสวย<sup>6</sup> ที่พัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ในกระบวนการฝึกปฏิบัติ การพยาบาลแม่และเด็ก 2 โดยการสอบแบบ OSCE พบว่าเป็นการทดสอบที่วัดความสามารถในการปฏิบัติทางคลินิกและความรู้



ของบุคคลได้จริงครอบคลุมทุกด้านทั้งการปฏิบัติ และทฤษฎี และการศึกษาของ นิธิพัฒน์ เจียรกุล และคณะ<sup>7</sup> คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ที่ให้ความเห็นว่าการสอบ OSCE เป็นวิธีหนึ่งของการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติรายบุคคลโดยตรงของนักศึกษาแพทย์ที่จะต้องมีการพัฒนาการสอบให้มีความเที่ยงและความน่าเชื่อถือ จะช่วยให้ค้นหาจุดบกพร่องในระดับที่ยังสามารถแก้ไขได้ของนักศึกษาเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะทางคลินิกของนักศึกษา พบว่า มีการรับรู้ที่สอดคล้องกัน คือ มีความเห็นว่านักศึกษามีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยและการวินิจฉัยแยกโรค อยู่ในระดับดี ส่วนทักษะด้านอื่นๆ โดยเฉพาะทักษะการตรวจร่างกาย เป็นสิ่งที่ทั้งสองกลุ่มเห็นว่านักศึกษาต้องพัฒนา ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นแนวทางการพัฒนาทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้น ให้กับนักศึกษา กลุ่มนี้และนักศึกษาในรุ่นต่อไป

การศึกษาสภาพปัญหาในการฝึกปฏิบัติ ในปี 2553 พบว่านักศึกษาขาดทักษะในการวินิจฉัยแยกโรคซึ่งต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่อาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกปฏิบัติเห็นว่านักศึกษามีทักษะด้านนี้ในระดับดี อาจเป็นผลจากการให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะจากการสอบ OSCE ซึ่งมีโจทย์สถานการณ์หรือพฤติกรรมที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน จำลองให้มีสภาพเหมือนจริง เมื่อนักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์ตรงกับผู้ป่วยจริง จึงสามารถนำความรู้มาสู่การปฏิบัติได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการสอบ OSCE ประเมินความรู้และทักษะด้านการปฏิบัติทำให้นักศึกษามีทักษะการปฏิบัติดีขึ้น อาจสรุปได้ว่าการสอบ OSCE เหมาะสมในการใช้ประเมินวิชาการปฏิบัติทางการพยาบาล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในทดสอบเพื่อประเมินความรู้ของนักศึกษาสำหรับเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติได้

#### ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการต่อไป

1. ใช้รูปแบบการสอบ OSCE ขยายผลใน

รายวิชาอื่นต่อไป

2. อาจนำข้อสอบ MEQ (Multiple Essay Question) มาใช้ทดสอบเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อลดระยะเวลาในการสอบ

3. จัดให้มีการสอบตรวจร่างกายแยกออกมาจากการสอบ OSCE จะทำให้การตรวจร่างกายทำได้ทุกระบบอย่างละเอียด

4. ปรับปรุงแบบประเมินให้คะแนนตามกลุ่มอาการที่สามารถใช้ได้กับหลายโรคในกลุ่มนั้น เมื่อนำไปใช้สอบ สามารถเปลี่ยนโจทย์สถานการณ์ระหว่างการสอบภาคเข้ากับภาคบ่ายได้ เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อสอบซ้ำ

#### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์วีระชน ทวีศักดิ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือการวิจัย และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่อาสาสมัครมาเป็นผู้ป่วยจำลองในการสอบครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. นันทริยา โลหะโพนุลย์กุล และคณะ สรุปผลการฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ปีการศึกษา 2553. อุบลราชธานี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2553.
2. จินตนา ยูนิพันธ์. การเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศึกษาคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
3. Niklaus AH., DaRosa DA., Markwell SJ. Is test security a concern when OSCE station are repeated across clerkship rotation. *Academic Medicine*. 1996; 71: 287-9.
4. Sloan DA., Donnelly MB., Schwartz RW. The objective structured clinical examination. The new gold standard for evaluation



- postgraduate clinical performance. ANNALS of Surgery. 1995; 222: 735-42.
5. สุภาพ อารีเชื้อ การประยุกต์ใช้ OSCE ในการประเมินผลการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2541;4: 318-29.
  6. พัชรี วรกีจพูนผล, อมรรัตน์ งามสวย. การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในการสอนวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแม่และเด็ก 2 โดยการสอบแบบ OSCE. วารสารการศึกษาพยาบาล.2549;17: 25-33.
  7. นิธิพัฒน์ เจียรกุล, อุดม คชินทร, เรวดี พิรวัฒน์ดีก, ชนะ นฤมาน.ทักษะทางคลินิกสามารถพัฒนาได้ดีกว่าความรู้ทางทฤษฎี ภายหลังจากฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน อายุรศาสตร์. เวชบันทึกศิริราช 2552; 2:116-20.



## มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

อังคณา วังทอง\*

อนุชิต วังทอง \*

ถ้วนฮานาณี วัคเส็น \*

วันดี สุทธิรัมย์\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษามุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม โดยศึกษาจากกลุ่มผู้รับบริการที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี จำนวน 50 คน ช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2554 – 30 กันยายน 2555 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (2) มุมมองของกลุ่มตัวอย่างต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม ซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดการดูแลของโรช (Roach, 1992)

ผลการวิจัยพบว่า มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี สามารถสรุปเป็น 2 ประเด็นหลักดังนี้ 1. ความหมายการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1.1 การดูแลอย่างเท่าเทียม ด้วยความเอาใจใส่ดุจญาติมิตร 1.2 ความเข้าใจในบุคคลต่างชาติ ต่างศาสนา 1.3 ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล 2. การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม ประกอบด้วย การดูแลเป็น 5 องค์ประกอบ คือ 2.1 ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ประารถนาที่จะให้ผู้อื่นเป็นสุข 2.2 ความสามารถ (competence) ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้ ความสามารถสอดคล้องกับวิชาชีพ 2) ด้านทักษะ/ประสบการณ์ความชำนาญและการตัดสินใจของแต่ละบุคคล 2.3 ความเชื่อมั่น (confidence) ความเชื่อถือ ความศรัทธาและความไว้วางใจ 2.4 ความมีสติรู้ชอบ (conscience) เป็นความรู้สึกรู้ว่าอะไรควรทำ ไม่ควรทำ และ 2.5 ความมุ่งมั่น (commitment) อุตุน เสียสละ กระตือรือร้น ตั้งใจที่จะกระทำการพยาบาล

ผลการศึกษานี้ สามารถนำมาใช้ในการกำหนดรูปแบบการให้บริการพยาบาลแนวใหม่ ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน เน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม

**คำสำคัญ:** การบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม

\* โรงพยาบาลหนองจิก อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่





## Clients' Perspectives on Humanized Nursing Care within a Multicultural Context: A Case Study of Nongjik District, Pattani Province.

*Angkana Wangthong\**

*Anuchit Wangthong\**

*Tounhananee watsen\**

*Wandee Suttarangsri\*\**

### Abstract

The purpose of this qualitative research was to study clients' perspectives on humanized nursing care within the multicultural context. The participants were 50 clients having health services at Nongjik Hospital, Pattani Province. The tools consisted of 2 parts: 1) personal information of participants, 2) participants' views of humanized nursing care within the multicultural context, developed by the research team based on Roach's (1992) concept.

The results of personal information showed that 72% were female, 58% were Muslim, 70% were married, 34% were between 41 and 60 years old, 56% graduated from high school or equivalent, 26% were hired as general workers, and 42% had an annual income between 5001 and 10,000 baht. 62% had illnesses such as HT and DM, 64% received hospital services more than 6 times a year, 82% chose hospital services because of health insurance card holder's privileges, 66% chose to come to the hospital because of its convenience, and 18% used public servant's privileges. For the clients' perspectives, there were two main themes: 1) The meaning of humanized nursing care within the multicultural context, which consisted of 1.1 providing equal care and treating everyone as relatives, 1.2 understanding different nationalities and religions. 2) Nursing practice – which consisted of 2.1 compassion, 2.2 competence including knowledge and capability consistent with community's ways of life, 2.3 confidence, trust, and faith, 2.4 conscience – what should and shouldn't be done, and 2.5 commitment including being patient, sacrifice, and responsible.

The result of this study could be used to improve or develop a nursing system in accordance with social and community needs and holistic health concern within the multicultural context.

**Key words:** Humanized Nursing Care within the Multicultural Context.

\* Nongjik Hospital, Pattani Province.

\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เดิมคนไทยจะดูแลช่วยเหลือจิตใจผู้อื่นสูง มีความผูกพันกัน ช่วยเหลือกันและกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน มีการพบปะพูดคุยกัน เคารพความรู้สึกรักของผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ และความเชื่อที่เกิดขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ และเมื่อพิจารณาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ<sup>1</sup> จะพบว่าเป็นการมุ่งเน้นพัฒนาด้านวัตถุเพื่อความมั่งคั่งของประเทศ จนลืมคุณค่าของการดำรงชีวิตของคน และสิ่งแวดล้อมที่คนอาศัยอยู่ ยิ่งส่งผลกระทบต่อภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) จนถึง ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) จึงมีการกล่าวถึง “การพัฒนาคน” มากขึ้น โดยให้ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถดูแลสุขภาพตนเองและมีส่วนร่วมในการป้องกัน แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนตนเอง จึงนับเป็นการยอมรับศักยภาพของประชาชน รวมทั้งยังให้แนวคิดแก่ประชาชนในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการพึ่งพาตนเองบนฐานของความไว้วางใจและเกื้อกูลกันในสังคม<sup>2</sup> รวมทั้งให้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐที่เหมาะสม

สำหรับงานด้านสาธารณสุข ก็ จะเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมากขึ้น โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพะทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณในวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งคนและบุคคลเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กันไม่แยกออก เป็นส่วนๆ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพะที่ดีที่สุด<sup>3</sup>

ในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการพูดถึงการดูแลด้วย

หัวใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น ซึ่งการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นกระบวนการดูแลที่มี “ความเป็นมนุษย์” (humanize health care) หรือ “ใส่หัวใจให้ระบบสุขภาพ” เป็นการพยาบาลที่ให้ความเมตตา ดูแลด้วยความจริงใจ อยากช่วยเหลือให้เขาพ้นทุกข์ ไม่ว่าจะทุกข์เพราะเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจ<sup>4</sup>

สำหรับบริบท 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะมีความเป็นเฉพาะจากบริบทอื่นๆ เนื่องจากมีความหลากหลายด้านวัฒนธรรม ประชาชนนับถือต่างศาสนา หรือต่างเชื้อสายชาติพันธุ์ มีวิถีวัฒนธรรมของผู้คนที่เน้นศาสนาเป็นหลักดำเนินชีวิต<sup>5</sup> การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จึงเป็นกลไกสำคัญของการให้บริการสุขภาพ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของประชาชน และเข้าถึงผู้รับบริการและชุมชนมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นความเข้าใจในธรรมชาติของบริบทและธรรมชาติของมนุษย์ในฐานะของสิ่งมีชีวิต จิตใจ และคุณค่าจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการให้การดูแลด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับ “มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม” บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีขึ้น เพื่อให้สามารถนำมาใช้บูรณาการในการปฏิบัติการพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

## คำถามการวิจัย

มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีเป็นอย่างไร

## กรอบแนวคิด

การวิจัยศึกษา เรื่อง มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี



ทั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง<sup>6-11</sup> และมีการประยุกต์กับแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ของโรช<sup>12</sup> ซึ่งอธิบายการดูแลเป็น 5 องค์ประกอบคือ

1. ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ความรักใคร่ มีความสงสารต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ปรารถนาให้ผู้อื่นเป็นสุข
2. ความสามารถ (competence) ด้านความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ การตัดสินใจและความรับผิดชอบในวิชาชีพ
3. ความเชื่อมั่น (confidence) ความเชื่อถือ ความศรัทธา ความไว้วางใจ และการรักษาความลับ
4. ความมีสติรู้ชอบ (conscience) ความรู้สึกผิด ตระหนักรู้ถึงกฎระเบียบและจรรยาบรรณในวิชาชีพ เป็นความรู้สึกว่าอะไรควรทำ ไม่ควรทำ
5. ความมุ่งมั่น (commitment) ความเสียสละ ความกระตือรือร้น ความจริงจัง ความตั้งใจจริงภายใต้ความรับผิดชอบ

### นิยามศัพท์

การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanize Nursing care) หมายถึง การให้ บริการพยาบาลโดยบูรณาการสุขภาพกับความเป็นมนุษย์ ด้วยความเอาใจใส่ ประคองญาติมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหา ดูแลผู้ป่วยทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ เชื่อมโยงมิติทางสังคม อ่อนโยนต่อชีวิต อ่อนน้อม ต่อธรรมชาติระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยก่อให้เกิดความ สุขใจ ทั้งผู้ให้และผู้รับรักษาพยาบาล<sup>8,13</sup> สามารถ ประเมินได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ ตรง ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่ทีมวิจัยสร้างขึ้น

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษามุมมองผู้รับ บริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรมอำเภอหนองจิก จังหวัด ปัตตานี ตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม 2554-30 กันยายน 2555

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษามุมมองผู้รับบริการ ต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในพื้นที่ ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัด ปัตตานี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มประชากรเป็นผู้รับ บริการที่มารับบริการ ตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม 2554 – 30 กันยายน 2555 ณ โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี จำนวน 50 คน ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ใช้ หลักการของเคิร์ก ซึ่งกล่าวว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขนาด 50-100 คน เพียงพอที่จะอ้างอิงไปยัง ประชากรกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ เจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้รับบริการอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มารับ บริการ (OPD, IPD case) ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง นับ ตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม 2554-30 กันยายน 2555 ณ โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. สม่ครใจเข้าร่วมวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยเพศ ศาสนา สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการ เหตุผล ในการมารับบริการ และการใช้สิทธิ์การรักษาพยาบาล



ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับมุมมองของผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม อำเภอหนองจิก เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านหลักสูตร และการเรียนการสอน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่เป็นพยาบาลเฉพาะทาง (APN) สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่เป็นพยาบาลเฉพาะทาง (APN) สาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน แล้วนำผลจากการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการ 10 คน เพื่อดูความเป็นไปได้และความเหมาะสมของภาษา

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการขออนุญาตเก็บข้อมูล

#### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ลงเก็บข้อมูลที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

2.2 ดำเนินการคัดเลือกผู้รับบริการที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์และแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2.3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่มารับบริการตามแบบสัมภาษณ์ ณ โรงพยาบาลหนองจิกเองทุกราย

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึง

จริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย ทั้งในส่วนของผู้วิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย จึงได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างผ่านคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลหนองจิก

2. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดและขอความร่วมมือก่อนที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างและการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และมีสิทธิที่จะยุติการตอบได้เมื่อต้องการ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับและจะนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์โดยใช้สถิติ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ดังนี้

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการ

แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย

#### 2. ข้อมูลมุมมองของผู้รับบริการต่อการ

พยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มประเด็นหลัก

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 72.00) เป็นเพศหญิง สถานภาพคู่ (ร้อยละ 70.00) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 58.00) มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 34) เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรืออนุปริญญา (ร้อยละ 56.00) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 26.00) และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ



42.00) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น HT, DM เป็นต้น (ร้อยละ 62) โดยเข้ามาใช้บริการมากกว่า 6 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 64) ซึ่งส่วนใหญ่เลือกมารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองจิก เพราะตามสิทธิที่ระบุในบัตรประกันสุขภาพ/ประกันสังคม (ร้อยละ 82) รองลงมาคือ เดินทางสะดวก (ร้อยละ 66)

ส่วนมุมมองของกลุ่มตัวอย่างต่อการต่อกรพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม สามารถสรุปได้เป็น 2 ประเด็นหลักคือการให้ความหมายของการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม และการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งแต่ละประเด็นสามารถนำเสนอโดยสรุปได้ดังนี้

1. ความหมายการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 การดูแลอย่างเท่าเทียม ด้วยความเอาใจใส่ดูจรรยาดีมิตร ซึ่งเป็นการมองว่า การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการกระทำของพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ มองผู้รับบริการทุกคนเป็นเสมือนญาติของพยาบาล และให้การดูแลที่เหมือนกันทุกราย ดังตัวอย่างคำพูด

*“นี่ก็ถึงใจเขาใจเรา ให้ความจริงใจ ให้ความรัก ให้บริการแบบญาติพี่น้อง เป็นกันเองกับคนไข้ แม้จะอยู่คนละศาสนาก็ตาม” (D1)*

*“การดูแลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกศาสนาไม่แบ่งแยกสถานะและดูแลด้วยหัวใจที่จริงใจและจริงจัง” (Y10)*

1.2 ความเข้าใจในบุคคลต่างชาติ ต่างศาสนา กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมองว่าการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม ต้องแสดงให้เห็นว่าพยาบาลให้การดูแลด้วยความเข้าใจในผู้รับบริการทุกราย ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นใคร หรือมาจากไหน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

*“ไม่ว่าจะไทยพุทธ มุสลิม ก็เป็นคนไทยเหมือนกัน แต่ถึงจะเหมือนกันยังไง ก็คิดว่ายังมีส่วนที่*

*แตกต่างกันในด้านศาสนาที่นับถือต่างกัน เรื่องอาหารการกิน ความศรัทธาก็ต่างกัน ถ้าเราลองสังเกตดูอาหารการกิน อาหารต้องผ่านฮาลาล การแต่งกายต้องมิดชิด” (T2)*

*“แต่เท่าที่สังเกตที่รพ.หนองจิกไม่เหมือนกับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีมีสมุทธยาซิน มีลูกศรเป็นทีกิบละฮ์ให้ละหมาด สังเกตดูที่ห้องพิเศษโรงพยาบาลอื่นยังไม่มีแบบนี้ละ” (T3)*

1.3 ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ดังตัวอย่างคำพูด

*“ผู้ให้บริการควรยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล จะยากดีมีจน ลูกเต๋าเหล่าใครก็ควรให้ความเมตตาและให้ความยุติธรรมกับผู้ป่วยอย่างเสมอภาคกัน และคิดว่าเขาก็เป็นมนุษย์เหมือนกันมีศักดิ์มีคุณค่าในชีวิตด้วยกันทั้งนั้น” (D10)*

*“ปกติพี่ต้องทำงานตอนเช้าและจะว่างตอนบ่ายๆ ซึ่งทางพยาบาลก็เข้าใจในความเป็นพี่มันทำให้พี่ได้รับการรักษา” (J10)*

2. การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการปฏิบัติที่แสดงถึงการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ความเห็นอกเห็นใจ ความสามารถ ความเชื่อมั่น ความมีสติรู้ชอบและความมุ่งมั่น ดังรายละเอียดโดยสรุปดังนี้

2.1 ความเห็นอกเห็นใจ เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความเข้าใจในผู้รับบริการ พยาบาลที่มีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ส่วนใหญ่จะมีการแสดงถึงความปรารถนาดีที่อยากให้ผู้รับบริการทุกคนมีความสุข พ้นจากความทุกข์จากการเจ็บป่วย ดังตัวอย่างคำพูด

*“ไม่ต้องกลัว แป็บเดียวเอง เก่งอยู่แล้ว แม้จะเป็นแค่คำพูดปลอบใจ แต่เราก็เรียนรู้ได้ว่า พี่พยาบาลกำลังต้องการให้เรา รู้สึกดี รู้สึกได้ว่าเขาเข้าใจว่าเรากำลังกลัวและเห็นใจเรา ก็เป็นความพยายามและความสามารถที่จะเข้าใจคนไข้ของพี่พยาบาล” (Y10)*

2.2 ความสามารถ เป็นการแสดงถึง



การมีความรู้ความเข้าใจบริบทของผู้รับบริการ แม้ว่าจะต่างวัฒนธรรมจากพยาบาล นอกจากนี้ ต้องแสดงให้เห็นถึงการมีทักษะและความสามารถในการตัดสินใจให้การพยาบาล เมื่อต้องเผชิญกับผู้รับบริการที่มีความเชื่อ หรือวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“คิดว่าเป็นคนที่มีความรู้ ความสามารถพอสมควร สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ สามารถดูแลเบื้องต้นได้ สามารถรักษาแทนแพทย์เบื้องต้นได้นะ อย่างริตวานลูกชายคนรองก็หอบบ่อย เวลาอากาศเย็นๆ ยิ่งกลางคืนจะเป็นเยอะ จำได้ คืนนั้นมาโรงพยาบาลเกือบๆ เก้าโมงคืนพยาบาลเค้าก็รีบดูให้นะ พนยาไป 2 ที อาการเหนื่อยก็ดีขึ้น พยาบาลเค้าให้ยามาแนะนำว่ากลับไปให้ใส่เสื้อแขนยาว ห่มผ้าหนาๆให้ทานยา หากหายใจไม่ออกก็ให้รีบมานะ ไม่ต้องรอถึงเช้าพรุ่งนี้ แต่ อัลฮัมดุลิลลา (ขอบคุณองค์อัลเลาะห์) นะ คืนนั้นริตวานอาการก็ดีขึ้น” (T1)

2.3 ความเชื่อมั่น เป็นการแสดงออกของพยาบาลที่ทำให้ผู้รับบริการเชื่อว่าพยาบาลสามารถให้การดูแลได้อย่างดี ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสามารถสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้ได้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ก็โอเคนะ” กะแวทำท่าหนัก “เคยสังเกตนะเวลาซักประวัติ กะแวก็จะเห็นว่าพยาบาลเค้าก็มักจะซักกันเบาๆ ลองนึกดูสิว่าคนเป็นโรคเอดส์หรือเป็นโรคที่น่ารังเกียจ ดูตอนเวลาถามก็จะถามเบาๆ กะแวค่อนข้างมั่นใจนะ ไม่มีคนรู้ หรือว่าซักถามกันเรื่องอะไร เป็นการรักษาความลับด้วย” (T3)

2.4 ความมีสติรู้ชอบ เป็นองค์ประกอบที่แสดงให้เห็นว่า ในการดูแลทุกครั้งพยาบาลต้องทำงานอย่างมีสติ สามารถตัดสินใจได้ว่าอะไรควรหรือไม่ควรปฏิบัติ ตามความเหมาะสมในแต่ละบริบท ดังตัวอย่างคำพูด

“มีเมาะคนหนึ่งซึ่งผมรู้จัก แกเป็นคนไม่ค่อยปกติ (เป็นคนใช้จิตเวช) แล้วแต่งตัวมอมแมมมาก ผมตั้งคำถามขึ้นมาในใจทันทีว่า พยาบาลจะรังเกียจเมาะเค้ามั๊ยนะ แต่แล้วก็ผิดคาดนะครับ มี

พยาบาลคนหนึ่งมาหาเมาะแล้วถามสนทนากัน มันแสดงถึงว่าพยาบาลทำเพื่อส่วนรวมมากกว่าส่วนตน คือไม่รังเกียจผู้ป่วย” (Y8)

2.5 ความมุ่งมั่น เป็นการปฏิบัติของพยาบาลที่แสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการทราบหรือตระหนักถึงความตั้งใจจริง และมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ด้วยความเข้าใจในความต้องการของผู้รับบริการ ไม่ย่อท้อที่จะให้การดูแล ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“สิ่งที่ประทับใจที่สุดคือความเข้าใจ มุ่งมั่นตั้งใจให้บริการผู้ป่วย เช่น เมื่อเราไม่สามารถมาตามวัน เวลา ที่นัดได้ พยาบาลก็จะปรับให้เหมาะสมกับความสะดวกของเราโดยไม่ให้ผู้ป่วยแบบเราต้องดำเนินการเอง ทำให้รู้สึกได้ว่า คำพูด คำขอของเรามีคุณค่า” (J6)

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาจะพบว่า การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม จะให้ความสำคัญกับการดูแลที่เท่าเทียมกัน ไม่เลือกว่าเป็นใครมาจากไหน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการของความสัมพันธ์ภายใต้การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาล ในฐานะผู้ให้บริการต้องมีความเข้าใจสถานะของบุคคล และให้บริการได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแต่ละบุคคลด้วยความเป็นมิตร เอาใจใส่ ช่วยเหลือผู้ป่วยทุกคนด้วยความเสมอภาค ด้วยเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ<sup>7</sup> ส่งผลให้พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เกิดความเข้าใจ ไว้วางใจระหว่างบุคคลต่างวัฒนธรรม เชื่อมมั่นในความรูความสามารถของพยาบาล และเกิดสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีความหลากหลายในด้านวัฒนธรรมหรือที่เรียกว่า พหุวัฒนธรรม<sup>14</sup>

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการให้ความหมายของการดูแลของวัตสันที่ว่า การดูแลอย่างเท่าเทียม ด้วยความเอาใจใส่ อดทน อดกลั้น



เป็นการให้การดูแลพยาบาลโดยไม่รังเกียจ บริการเสมือนญาติ มีจิตสาธารณะ สร้างโอกาสให้คนในชุมชนเข้าถึงระบบบริการอย่างเสมอภาค ลดความขัดแย้ง เกิดความสงบสุข<sup>15</sup> ความเข้าใจในบุคคลต่างชาติ ต่างศาสนาไม่ว่าจะอยู่ในศาสนาใด ความศรัทธาใด การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและบริบทของสังคม การเมืองและวัฒนธรรม โดยต้องไม่ขัดต่อหลักแนวคิดและวิถีชุมชน<sup>5</sup> ซึ่งจะเห็นได้จากการสร้างบรรยากาศภายในโรงพยาบาล เน้นความสะอาด ปลอดภัยและเป็นส่วนตัว เพื่อเอื้อต่อการทำกิจวัตรประจำวันตามหลักศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ ดังตัวอย่างมีมุม อาซาน (รับขวัญเด็กแรกเกิดตามหลักศาสนาอิสลาม) มีหนังสือยาซิน (เป็นซูเราะห์ คือบทโองการจากพระเจ้า) หนึ่งในอัลกุรอาน และเป็นซูเราะห์ที่มาสร้างความเข้มแข็งให้กับจิตใจของบรรดาผู้ศรัทธาได้อย่างมาก ซึ่งตรงกับหลักศาสนาอิสลาม<sup>16</sup> มีลูกศรชี้ทิศกิบละฮ์ เป็นทิศที่หันไปยังอาคารกะบะฮ์ ในนครมักกะฮ์ (กิบละฮ์สำหรับเมืองไทยคือทิศตะวันตกเฉียงเหนือ) ซึ่งเป็นทิศที่มุสลิมหันหน้าไปยามละหมาดและซอฮุอ์(พร)<sup>17</sup> เป็นต้น นอกจากนี้จะเห็นว่าผลการศึกษาสะท้อนถึงความสำคัญของภาษาที่ใช้ด้วย โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมองว่าพยาบาลมีการใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย ถูกต้องและชัดเจน การใช้ภาษาท้องถิ่น เช่น ภาษามลายูถิ่นภาษาใต้ จะสร้างความประทับใจกับผู้ป่วยและญาติได้มาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาษาเป็นการแสดงถึงการให้คุณค่าและการทำความเข้าใจในการมองผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์มากขึ้น ยอมรับในความแตกต่างของบุคคลด้วยความรู้สึกจากจิตใจ<sup>18</sup> ช่วยจัดการลดข้อขัดแย้ง<sup>19</sup> สร้างความประทับใจ มีความไว้วางใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีความเอื้ออาทรต่อกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ<sup>20</sup>

2. การปฏิบัติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรมครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลของวัตสัน ที่อธิบายว่าการดูแลต้องประกอบด้วย การดูแล 5 องค์ประกอบ คือความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ความเมตตา ความ

รักใคร่ ปรารถนาที่จะให้ผู้อื่นเป็นสุข ดังตัวอย่างเจ้าหน้าที่ไปส่งที่คลินิก ถามว่าหมอเรียกตรวจหรือยัง ให้คำพูดปลอบใจ สอบถามอาการว่าดีขึ้นไหม ตั้งใจตอบตั้งใจบอกไม่หงุดหงิด ติดต่อบัตรสิทธิรับยามาให้ เช็ดตัว ป้อนน้ำ ป้อนยา เป็นต้น ซึ่งการตอบสนองความต้องการด้วยความเห็นอกเห็นใจ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดี<sup>21</sup> สำหรับองค์ประกอบที่ 2 คือความสามารถ (competence) ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้ จบจากสถาบันที่ให้ความรู้ สามารถให้การพยาบาลได้ มีความรู้ความสามารถ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า สามารถดูแลเบื้องต้น รักษาเบื้องต้นแทนแพทย์ อธิบายสาเหตุ การป้องกัน การสังเกตอาการผิดปกติ อธิบายที่ฟังแล้วเข้าใจง่าย เป็นระบบ เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต บริบทสังคมและวัฒนธรรม<sup>5</sup> 2) ด้านทักษะ/ประสบการณ์ การตัดสินใจและชำนาญในงาน โดยนำความรู้จากศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในแต่ละสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องวิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรมขนบธรรมเนียม ประเพณีและความเชื่อ ซึ่งสมรรถนะสั่งสมและพัฒนา มาจากความรู้ ทักษะและประสบการณ์<sup>22</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจในความสามารถ ความรู้ของพยาบาล และเกิดสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย<sup>7</sup> สำหรับองค์ประกอบที่ 3 คือความเชื่อมั่น (confidence) ความน่าเชื่อถือ การตอบสนองความต้องการและรักษาความลับของลูกค้ำมีความสำคัญสูงสุด การสร้างความน่าเชื่อถือและสร้างความเชื่อมั่น จะต้องมีการสื่อสารและดำเนินการบริการไปในทิศทางเดียวกัน หากเจ้าหน้าที่แต่ละคนไม่มีความสม่ำเสมอ ไปคนละทิศละทาง ย่อมจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือและลดความเชื่อมั่นของลูกค้ำลงไป<sup>21</sup> ถึงแม้บางครั้งความเชื่อและความศรัทธาอาจแตกต่างกับผู้ป่วย สำหรับความมีสติรู้ชอบ (conscience) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ 4 เป็นความรู้สึกผิด รู้สึกว่าอะไรควรทำ ไม่ควรทำ ก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงการดูแลที่ดี มีคุณภาพเพราะพยาบาลต้องตระหนักรู้ถึงกฎระเบียบและจริยธรรม ซึ่งการมีคุณธรรมตระหนักรู้



ถึงกฎ ระเบียบและจริยธรรม สอดคล้องวิถีชุมชน เป็นการปฏิบัติ การพยาบาลที่มีศิลปะจะทำให้เกิดความกลมกลืน งดงามเมื่อปฏิบัติ เพราะผู้ปฏิบัติจะใส่ใจต่อความสอดคล้องวิถีชีวิตของผู้ป่วยภายใต้กฎ ระเบียบและจริยธรรม<sup>20</sup> สำหรับองค์ประกอบสุดท้ายคือ ความมุ่งมั่น (commitment) สามารถอธิบายได้ว่าเป็นความมุ่งมั่นที่จะกระทำการพยาบาลให้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย ภายใต้ความรับผิดชอบ ชยัน ตั้งใจ อดทน เน้นการดูแลด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์มาช่วยจัดการข้อขัดแย้ง<sup>23</sup>

ดังนั้น การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เป็นการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม เช่น ภาษา การสัมผัส ฯลฯ จริยธรรม ศิลธรรม สังคม เช่น เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ เคารพในคุณค่า ความเชื่อและวิถีทางวัฒนธรรม จิตวิญญาณ เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรกระตุ้น ส่งเสริมให้พยาบาล มีพฤติกรรมการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม โดยสอดคล้องวิถีการดำเนินชีวิต ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้รับบริการ พร้อมประเมินพฤติกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. ควรได้มีการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการประเมินพฤติกรรมการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม เพื่อให้ได้รูปแบบการประเมินที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=90> (วันที่ค้นข้อมูล: 6/1/2556).
2. ชัชชนม์ เพชรรัตน์. เข้าถึงได้จาก [http://203.172.141.12/nst1/laws\\_edu/28.pdf](http://203.172.141.12/nst1/laws_edu/28.pdf). (วันที่

ค้นข้อมูล: 6/1/2556).

3. <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=140405> (วันที่ค้นข้อมูล: 2/1/2556).
4. ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายจิตเวชด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. วารสารกองการพยาบาล. 2554; 38(1),16-30.
5. ศิริลักษณ์ คัมภีรานนท์, สุปรียา นุ่นเกลี้ยง, สุวิมล อิศระธนาชัยกุล และมลิวรรณ รักษ์วงศ์. เข้าถึงได้จาก <http://www.pol.cmu.ac.th/proceeding.php>. (วันที่ค้นข้อมูล: 1/8/2555).
6. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. อดมคตินักศึกษาแพทย์. แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ. มูลนิธิสตรีศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2550.
7. พิศสมัย อรทัย และศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติตระกูล. พฤติกรรมการดูแลเอาใจอาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามารามาศิ. Rama Nurs May-August 2008, 14 (2), (197-208).
8. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร: การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. เข้าถึงได้จาก [www.nurse.Ubu.ac.th/sub/knowledge/detail/1.pdf](http://www.nurse.Ubu.ac.th/sub/knowledge/detail/1.pdf). (วันที่ค้นข้อมูล: 1/8/2555).
9. <http://www.athostream.com/Presentation/ejjansen-1278812>. (วันที่ค้นข้อมูล: 08/01/2556).
10. <http://www.humanhealthcare.com/Article.asp?artid=338> (วันที่ค้นข้อมูล: 6/1/2556).
11. วรณญา รอยกุลเจริญ. การปฏิบัติการพยาบาลการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. เข้าถึงได้จาก <http://www.pmsnurse.com/> เกร็ดความรู้/วารสารการพยาบาล/การปฏิบัติการพยาบาล (วันที่ค้นข้อมูล: 12/11/2555).
12. Sister Simone Roach. Nursing Theorists. เข้าถึงได้จาก <http://nursing101.wikispaces.com/Nursing+Theories>. (วันที่ค้นข้อมูล: 6/01/2556).





13. บุปผา ดำรงกิตติกุล. งานจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี Knowledge Manage BCNS. เข้าถึงได้จาก <http://km-bcns.blogspot.com> (วันที่ค้นข้อมูล: 13/11/2555).
14. อามัตญาณี ดาโอะ. การสอนพหุวัฒนธรรมในสามจังหวัดชายแดนใต้...จำเป็นหรือ?. เข้าถึงได้จาก [www.multitied.org/](http://www.multitied.org/) เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับชาติพันธุ์ / การสอนพหุวัฒนธรรม ในสามจังหวัดชายแดนใต้...จำเป็นหรือ.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล: 3/10 /2555).
15. Chula Pedia. ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน. เข้าถึงได้จาก [mhtml:file://K:/http:ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน - ChulaPedia.mht](http://mhtml:file://K:/http:ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน - ChulaPedia.mht). (วันที่ค้นข้อมูล: 2 /1/2556).
16. มุสลิม. คุณค่าทางภาษาของอัลกุรอาน <http://islamhouse.muslimthaipost.com/main/index.php?page=sub&category=53&id=19101>. (วันที่ค้นข้อมูล: 2 /1/2556).
17. เกร็ดน่ารู้ในอิสลาม. <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=53392>. (วันที่ค้นข้อมูล: 2/1/2556).
18. พิมพ์จรัส อยู่สวัสดิ์ และประภา ลี้มประสูติ. การให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทร. เข้าถึงได้จาก <http://www.pmsnurse.com/เกร็ดความรู้/วารสารการพยาบาล/การให้การพยาบาลอย่างเอื้ออาทร>. (วันที่ค้นข้อมูล: 12 /11 /2555).
19. สภากาชาดไทย. ประชุมวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2553 เรื่อง “การบริหารความขัดแย้ง: กลยุทธ์สร้างสรรค้งานพยาบาลสร้างสุข” โดย สภากาชาดไทย. เข้าถึงได้จาก <http://www.gotoknow.org/posts/382512>. (วันที่ค้นข้อมูล: 1/8/2555).
20. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การพยาบาลองค์รวมกับศิลปะการพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 2541.(1)13, หน้า 16-20
21. ปองพล รุ่งรัตน์ธวัชชัย, ภูมิพร ธรรมสถิตเดช และตรีทศ เหล่าศิริหงส์ทอง. การประชุมวิชาการเครือข่ายงานวิจัย สาขาบริหารเทคโนโลยีและนวัตกรรม ครั้งที่ 1. นวัตกรรมองค์กร: กรณีศึกษาการประเมินระดับคุณภาพในการบริการโดยอาศัยแบบจำลอง. (หน้า 428-437). ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2555.
22. กิตติพร เนาว์สุบรรณ, ชุตติมา จันทรประทีน, พฤกษ์ ชื่นเจริญ และสินินาฏ เนาว์สุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเชิงจริยธรรมกับความสามารถเชิงสมรรถนะ หลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้. วารสารวิชาสมาคมอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.), 17 (2) 69-78. เข้าถึงได้จาก [www.google.com.apheiconferance.spu.ac.th/attachments/article/7169.กิตติพร.pdf](http://www.google.com.apheiconferance.spu.ac.th/attachments/article/7169.กิตติพร.pdf). (วันที่ค้นข้อมูล: 12/11/2555)
23. กฤษณา สำเร็จ. (2553). การบริหารความขัดแย้ง: กลยุทธ์สร้างสรรค้งานพยาบาลสร้างสุข. เข้าถึงได้จาก [www.gotoknow.org](http://www.gotoknow.org). (วันที่ค้นข้อมูล: 8/1/2556)



## การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตเทศบาลนครสงขลา

ปฐมพร ไพธิ์ถาวร\*  
อำไพอร เพ็ญสุวรรณ\*  
นิตยา ศรีญาณลักษณ์\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นในเขตเทศบาลนครสงขลา จำนวน 24 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์เจาะลึกการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการคำนวณความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัยพบว่ามารดาวัยรุ่นมีความคิดเห็นทางบวกต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร้อยละ 95.83 เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้นานเป็นเวลาที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ 1 สัปดาห์-10 เดือน โดยมีพฤติกรรมการเลี้ยงบุตร 3 ลักษณะคือ 1) เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ร้อยละ 29.16 2) เลี้ยงด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสม ร้อยละ 54.17 และ 3) เลี้ยงด้วยนมผสมอย่างเดียว ร้อยละ 16.67 ปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีเฉพาะในกลุ่มที่เลี้ยงด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสม (ร้อยละ 37.5) และกลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมอย่างเดียว (ร้อยละ 16.67) โดยกลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสมจะพบปัญหาและอุปสรรคคือ มารดาต้องทำงานนอกบ้าน สภาพห้วนมไม่เหมาะสม น้่านมไหลน้อยและมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าจากภาระเลี้ยงดูบุตรคนโต ส่วนกลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมอย่างเดียวพบปัญหาและอุปสรรคเรื่องมารดาไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเพียงพอเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สภาพห้วนมไม่เหมาะสม และบุตรมีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อย เฉพาะกลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสมเท่านั้นที่มีความต้องการความช่วยเหลือด้านคำแนะนำและการดูแลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาขณะอยู่บ้านจากบุคลากรที่มสุภาพ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นระยะๆ ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ และในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอดควรมีการติดตามการเลี้ยงบุตรด้วยมารดาเป็นระยะเพื่อให้การช่วยเหลือกรณีมีอุปสรรคปัญหา

**คำสำคัญ :** การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น เทศบาลนครสงขลา

\* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา



## Breastfeeding among Teenage Mothers in Muang Songkhla Municipality

.....

*Patomporn Photaworn\**

*Aumpaorn Pensuwan\**

*Nittaya Sriyannalak\**

### Abstract

This descriptive study was conducted to explore the breastfeeding of 24 teenage mothers in Muang Songkhla municipality. The research instrument was divided into two parts; 1) general information questionnaire, and 2) open-ended interview questions about breastfeeding. Quantitative data were analyzed by using frequencies and percentages. Content analysis was performed to analyze qualitative data. The results showed that teenage mothers had positive attitudes toward breastfeeding (95.83%). The duration of breastfeeding varied from one week to ten months. Breast feeding behaviors were divided into 3 categories 1) breastfeeding alone (29.16%), 2) a combination of formula feeding and breastfeeding (54.17%) and 3) formula alone (16.67%). Problems and difficulties found among teenage mothers in the combination group were working outside their homes, nipple problems and low lactation, and fatigue from raising an older child. Problems and difficulties found among teenage mothers in the formula feeding group included having flat nipples, low birth weight babies, and lack of knowledge and understanding about breastfeeding. Only the group of teenage mothers who used combination of formula feeding and breastfeeding needed advice and support from health personnel at home.

The findings from this study suggest that knowledge about breastfeeding should be provided to pregnant teenage women in every trimester of the pregnancy. A follow-up of breastfeeding should be done within the first 6 months after delivery and monitored periodically to help the teenage mothers.

**Keyword :** Breastfeeding, Teenagemothers, Muang Songkhla Municipality

---

\* Nurse instructor, Boromrajonani College of Nursing, Songkhla



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์ต่อมารดาคือ ทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็ว ลดความเสี่ยงและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยเฉพาะในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ไม่ทำให้เกิดภาวะอ้วนหลังคลอด มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองจะมีน้ำหนักลดลง 0.8 กิโลกรัม/เดือน ใน 6 เดือนแรกหลังคลอด<sup>1</sup> มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ น้อยลง ประหยัดค่าใช้จ่าย ที่ต้องใช้ในการซื้อนมผสม อุปกรณ์ในการให้นมและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุตร<sup>2,3</sup> ทารกที่ได้รับนมมารดาอย่างเพียงพอจะมีการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสม ไม่เกิดภูมิแพ้และมีภูมิต้านทานการติดเชื้อไวรัสโปลิโอ ไวรัสไข้หวัด ไวรัสไข้หวัดใหญ่ มี Macrophage สามารถฆ่าเชื้อรา bile salt-stimulated lipase สามารถฆ่าเชื้อพยาธิบางตัว และ Omega-3 ป้องกันการเกิดโรคหัวใจ โรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรัง<sup>1-5</sup> ในปัจจุบันแม้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะมีประโยชน์มากมายต่อมารดาและบุตรแต่กลับพบว่ามารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาลดลงจากในระยะแรกหลังคลอด โดยพบว่ามารดาหลังคลอดในเขตชนบทเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาลดลงจากร้อยละ 72 เหลือร้อยละ 56 ส่วนในเขตเมืองลดลงจากร้อยละ 42 เป็นร้อยละ 26 ยิ่งเป็นเขตเมืองที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างในเขตกรุงเทพมหานครพบการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวน้อยลงเมื่อแรกคลอดร้อยละ 90 เมื่อออกจากโรงพยาบาลลดลงเหลือร้อยละ 40 และลดลงเหลือร้อยละ 20 ภายใน 1 เดือนแรกหลังคลอด<sup>2</sup>

เขตอำเภอเมืองสงขลามีลักษณะเป็นชุมชนเมืองที่มีความเจริญ มีแหล่งการศึกษาระดับอุดมศึกษา 5 แห่ง ระดับอนุปริญญา 3-4 แห่ง และระดับมัธยมศึกษาอีกประมาณ 4 แห่ง จากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมหรือการเข้าถึงสื่อประเภทต่างๆ ที่ล่อแหลมต่อการมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน<sup>6</sup> อาจทำให้วัยรุ่นที่อยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียนมีเพศสัมพันธ์กันได้ง่ายขึ้น และทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในผู้ที่อยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียนหรือวัยรุ่นได้มากขึ้น จากข้อมูล

การตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540-2551 ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบเป็นร้อยละ 5.37 ในปีพ.ศ. 2540 ร้อยละ 11.98 ในปีพ.ศ. 2545 และร้อยละ 13.37 ในปีพ.ศ. 2550<sup>7</sup> สำหรับจังหวัดสงขลาพบสถิติผู้คลอดที่โรงพยาบาลสงขลาอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยเฉลี่ย 41.0-52.86 คนต่อเดือน<sup>8</sup> การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ มากมายทั้งต่อมารดาและทารก ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อมารดาเช่น ภาวะโลหิตจาง การคลอดลำบากเนื่องจากการเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์ทำให้ต้องผ่าตัดคลอดมากขึ้น เกิดความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต้องปกปิดไม่ให้ผู้ปกครองและบุคคลอื่นๆรู้ ส่งผลให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษและปัญหาอื่นๆ อีกมาก<sup>9</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 57 ของมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดภายใน 4 ปี ส่วนด้านทารกพบว่าทารกมักคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย พัฒนาการและการเจริญเติบโตในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดน้อย เนื่องจากมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเลือกอาหาร ก้าวร้าว มีพฤติกรรมบริโภคและการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมและอาจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากต้องเรียนหนังสือควบคู่ไปด้วย<sup>4</sup> มารดาวัยรุ่นจึงต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติทั้งจากการเป็นวัยรุ่นและเป็นมารดา<sup>10</sup> การมีวุฒิภาวะที่ไม่พร้อมต่อบทบาทมารดา รวมทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์จะทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความรู้สึกขัดแย้งที่ต้องมีความรับผิดชอบอย่างมากในเวลาที่ยังเร็ว เกิดความรู้สึกต่อต้านและคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอในการเลี้ยงบุตร<sup>11</sup> ส่งผลต่อความพร้อมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาภายหลังคลอด<sup>6,7,9</sup> ซึ่งพบว่ามารดาวัยรุ่นมีอัตราและระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ใหญ่<sup>12</sup> ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตเทศบาลนครสงขลา เพื่อ



ติดตามผล ปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของหญิงมารดาวัยรุ่น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความคิดเห็น พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ปัญหาและอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และความต้องการการช่วยเหลือในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตเทศบาลนครสงขลา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสำรวจจากสมุดทะเบียนบันทึกการฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลสงขลาประจำปี พ.ศ. 2554 ที่มีกำหนดคลอดบุตรระหว่างเดือนมกราคม - ตุลาคม 2554 โดยขณะที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอดมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี มีจำนวน 228 คน เป็นมารดาที่ระบุที่อยู่อาศัย อยู่ในเขตเทศบาลนครสงขลา จำนวน 39 คน แต่สามารถติดต่อดังกล่าวตามเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้กับโรงพยาบาลได้เพียงจำนวน 24 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ความพร้อมในการตั้งครรภ์ สภาพห้วนม และประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และแบบสัมภาษณ์เจาะลึกที่มีโครงสร้างคำถามหลักที่เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พฤติกรรมการเลี้ยงบุตร ปัญหาและอุปสรรคขณะเลี้ยงบุตร และความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นขณะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้รหัส EC.BCNSK. 10/2554 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นรายบุคคลโดยชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีตอบแบบสอบถาม ขั้นตอนการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยขออนุญาต ให้แสดงความยินยอมโดยสมัครใจและสามารถยุติการดำเนินการวิจัยได้หากไม่ต้องการ หลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้เวลาสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคนละประมาณ 30-45 นาที แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการทวนสอบคำพูดและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่กลุ่มตัวอย่างบรรยายไว้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอีกครั้งหนึ่ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และผู้วิจัยได้ข้อมูลที่เพียงพอ สมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยจึงหยุดสัมภาษณ์แล้วนำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละโดยการแจกแจงความถี่ และคิดค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สามารถแปลงเป็นข้อมูลเชิงปริมาณได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และคิดค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ไม่สามารถแปลงเป็นข้อมูลเชิงปริมาณได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยทำความเข้าใจข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล ค้นหาความหมายของคำ และประเด็นสำคัญที่มีความหมายคล้ายกันที่ปรากฏอยู่ในข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน แล้วนำมาสรุปสาระสำคัญเป็นผลการวิจัย

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยสรุปได้เป็น 6 ประเด็นดังนี้

#### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 16 ปี (ร้อยละ 50) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 87.5) อยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 66.67) โดยอยู่ร่วมกันกับครอบครัวตนเองหรือสามี (ร้อยละ 83.33) ไม่พร้อม / ไม่ต้องการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 75) มีสภาพห้วนมปกติ (ร้อยละ 79.17) และไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามาก่อน (ร้อยละ 79.17)

**ความคิดเห็นต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา**

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.83 มีความรู้สึกที่ดี



และมีความคิดเห็นทางบวกต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยมีความคิดเห็นว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาดี มีประโยชน์กว่าการเลี้ยงด้วยนมผสม มีประโยชน์โดยตรงต่อทารก ช่วยให้ทารกมีภูมิต้านทานโรค ช่วยป้องกันเชื้อโรคและการเกิดโรคต่างๆ ทำให้บุตรมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของตนเอง ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว รวมทั้งประหยัดเวลาดูแล การที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันสถานบริการทางสุขภาพของรัฐบาล ได้มีการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยแสดงนโยบายภาพข้อความเรื่องประโยชน์ วิธีการ ขั้นตอน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาประชาสัมพันธ์ไว้ในสถานที่ให้บริการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ และมีความรู้สึกที่ดีต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วรรณวิมล วิเชียรฉาย, ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์ และจันทร์มาศ เสาวรส<sup>2</sup> ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความคิดเห็นว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะเป็นผลดีต่อสุขภาพของบุตร และลดค่าใช้จ่าย

#### ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

กลุ่มตัวอย่างสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้นานเป็นระยะเวลาที่แตกต่างกันตั้งแต่ 1 สัปดาห์ – มากกว่า 10 เดือน (ณ วันที่เก็บข้อมูลมารดาให้นมบุตรนาน 10 เดือน)

#### พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสรุปได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมีจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 29.17) กลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสมมีจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 54.17) และกลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมอย่างเดียวมีจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 16.67) โดยกลุ่มที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวหรือเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสมสามารถเลี้ยงได้ต่อเนื่อง 1-10 เดือน ทั้งที่มีห้วงปกติและมีห้วงไม่เหมาะสมต่อการดูดของบุตร โดยกลุ่มที่มีห้วงปกติ ส่วนหนึ่งเป็นมารดาที่ต้องทำงานนอกบ้าน จะใช้วิธีให้นมมารดาในช่วงกลางวัน ก่อนไปทำงาน

และกลับจากทำงาน ส่วนตอนกลางวันจะให้นมผสมอย่างเดียว โดยกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “จะไม่บีบนมใส่ขวดไว้หรือ เพราะไม่สะดวก เราทำงานโรงงานไม่มีที่เป็นส่วนตัวให้เปิดนม แต่ก่อนออกจากบ้านเราจะให้ลูกดูดนมเราก่อน พอตอนเย็นกลับจากโรงงานอาบน้ำ กินข้าว จัดการเรื่องของตัวเองเสร็จก็จะมาเอาลูก เลี้ยงลูกกับนมแม่อย่างเดียวเลย ทำแบบนี้เราก็จะไม่เหนื่อยมาก ได้พักก่อนที่จะดูแลลูก” ส่วนกลุ่มที่มีห้วงไม่เหมาะสมจะใช้วิธีบีบเก็บนํ้านมแล้วบ้วนให้บุตรโดยใช้แก้วหรือขวดนม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ามารดาได้รับการเตรียมความพร้อมจากบุคลากรทีมสุขภาพในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด ตั้งแต่แรกคลอด ดังที่มารดาให้ข้อมูลว่า “ตอนฝากท้องได้รับการตรวจเต้านม เขาบอกว่าห้วงนมสั้น ลูกจะดูดไม่ได้ เขาสอนดึงห้วงนม ให้กระบอกฉีดยา มาดึงห้วงนมและให้ที่ครอบห้วงนม (ปทุมแก้ว) มาใช้ด้วย” และ “หลังคลอดพยาบาลสอน แนะนำ ทำให้ดูเกี่ยวกับการบีบเก็บนํ้านม ก็นำมาใช้ต่อที่บ้าน ช่วยให้มีนมเลี้ยงลูกได้” สอดคล้องกับมานี ปิยะอนันต์<sup>4</sup> ที่กล่าวว่า แนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา คือ การเตรียมความพร้อมในการให้นมมารดาแก่บุตรของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการบอกประโยชน์ ขั้นตอนการให้นม การแก้ไขปัญหาเรื่องห้วงนมทันทีที่มาฝากครรภ์และในระยะหลังคลอด

#### ปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

อุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีเฉพาะในกลุ่มที่มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสม และในกลุ่มที่มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมเท่านั้น โดยกลุ่มที่มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสมมีอุปสรรคคือมารดาต้องทำงานนอกบ้านและสภาพห้วงนมไม่เหมาะสม คือ ห้วงนมใหญ่ หรือห้วงนมสั้น ทำให้มารดาต้องใช้นมผสมควบคู่ไปด้วยแต่หลังจากให้นมผสมบุตรจะปฏิเสธนมมารดาต้องการนมผสมเพียงอย่างเดียว



สอดคล้องกับมานี ปิยะอนันต์<sup>4</sup> ที่กล่าวว่า การให้บุตรดูนมจากขวด จะทำให้บุตรเกิดภาวะ Nipple confusion คือ การติดนมขวดและปฏิเสธนมมารดา ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงบุตรด้วยนมผสมมีอุปสรรคคือ สภาพหัวนมไม่เหมาะสม ร่วมกับอาจมีความพยายามหรือความตั้งใจไม่เพียงพอหรืออาจมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเพียงพอในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทำให้เกิดการเข้าใจผิดและไม่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่างๆ ที่มีสภาพหัวนมปกติ บุตรดูนมได้ดี น่านมไหลดี เช่น เข้าใจผิดว่า บุตรได้รับนมมารดาแล้วต้องเสียจากการที่บุตรถ่ายหลายครั้งมีลักษณะเป็นเนื้อละเอียด ปนน้ำ ไม่จับตัวเป็นก้อน ซึ่งเป็นลักษณะอุจจาระปกติของทารกที่ได้รับนมมารดาซึ่งอาจถ่ายหลายครั้งหรือถ่ายภายหลังได้รับนมมารดาทุกครั้งก็ได้ นอกจากนี้ยังเข้าใจผิดว่า หากเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาบุตรจะคันเคย ติดนมมารดาจนไม่สามารถเรียนต่อ หรือทำภารกิจอื่นๆ ได้ ซึ่งในความเป็นจริงทารกจะมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ที่สามารถปรับตัวรับนมมารดาและนมผสมได้ หากมีการเตรียมทารกที่ดี สอดคล้องกับพรเพ็ญ ไซลิวสกุล<sup>11</sup> ที่กล่าวว่ามารดาวัยรุ่นโดยเฉพาะครั้งแรกมักประสบปัญหา ความยุ่งยากในการทำหน้าที่เป็นมารดาเนื่องจากขาดความรู้ ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการให้นมด้วย

#### ความต้องการการช่วยเหลือขณะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร่วมกับนมผสมเท่านั้นที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีสุขภาพในด้านการดูแลหรือการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาขณะอยู่ที่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “อยากให้บุคลากรที่มีสุขภาพมาช่วยเหลือและแนะนำเวลามีปัญหาการเลี้ยงลูก ที่ผ่านๆ มาไม่มีบุคลากรติดตามถามปัญหาหรือติดตามเยี่ยมที่บ้าน” ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ได้รับขณะพักอยู่ในโรงพยาบาลจึงไม่สามารถนึกกลับไปใช้ตอนที่บ้านได้

จึงต้องการให้บุคลากรที่มีสุขภาพช่วยเหลือ ซึ่งการเพิ่มความรู้อะไรและประสบการณ์ที่ได้รับแล้วนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดเป็นมารดาครั้งแรกไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและการแก้ไขปัญหามาก่อน สอดคล้องกับมานี ปิยะอนันต์<sup>4</sup> ที่กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ ขั้นตอนการให้ และการแก้ไขปัญหาในการให้นมมารดาต้องมีการเน้นย้ำหลายครั้ง รวมทั้งต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้านผ่านสาย (Telephone visit) เมื่อมารดากลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างต่อเนื่อง และตรงกับผลการวิจัยของศิริธร พลายุชม, เทียมศร ทองสวัสดิ์ และลาวาลย์ สมบูรณ์<sup>13</sup> ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำ/สนับสนุนจากบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์ กับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

#### สรุปผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลสรุปได้ว่า มารดาวัยรุ่นมีความคิดเห็นทางบวกต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร้อยละ 95.83 สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้นานเป็นเวลาที่แตกต่างกัน โดยเลี้ยงได้ตั้งแต่ 1 สัปดาห์-10 เดือน โดยมีพฤติกรรมการเลี้ยงที่แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะคือ เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวร้อยละ 29.17 เลี้ยงด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสมร้อยละ 54.17 และเลี้ยงด้วยนมผสมอย่างเดียวร้อยละ 16.67 พบปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเฉพาะในกลุ่มที่เลี้ยงด้วยนมมารดาร่วมกับนมผสม (ร้อยละ 37.5) และกลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมอย่างเดียว (ร้อยละ 16.67) โดยกลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร่วมกับนมผสม จะพบปัญหาและอุปสรรคคือ มารดาต้องทำงานนอกบ้าน มารดามีสภาพหัวนมไม่เหมาะสม น่านมไหลน้อยและมารดามีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้าจากภาระเลี้ยงดูบุตรคนโต ส่วนกลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมอย่างเดียวจะพบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับมารดามีสภาพหัวนมไม่เหมาะสม



คือ มีสภาพหัวนมสั้นบุตรดูดได้ลำบาก บุตรมีน้ำหนักตัวเมื่อแรกคลอดน้อย และมารดามีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเพียงพอเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เฉพาะกลุ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสมเท่านั้นที่มีความต้องการความช่วยเหลือด้านคำแนะนำการดูแลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาขณะอยู่บ้านจากบุคลากรทีมสุขภาพ

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นควรทำเป็นระยะๆ ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การแก้ไขปัญหาน้ำนมไหลน้อย หัวนมสั้น ลักษณะการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะในทารกที่ได้รับนมมารดาเพื่อเตรียมความพร้อม ทบทวนความรู้ความเข้าใจเป็นระยะๆ รวมทั้งแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องกรณีทารกถ่ายอุจจาระเหลวและถ่ายบ่อยครั้งเมื่อได้รับนมมารดา

2. การให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในรายที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น ต้องทำงานนอกบ้าน ต้องเรียนหนังสือ ควรมีการวางแผนการจัดตารางการให้นมบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสมที่เหมาะสมช่วยให้มีฮอว์โมนโปรแลคตินคงที่สำหรับการสร้างน้ำนม และเป็นปัจเจกของแต่ละบุคคล โดยการทำงานร่วมกันของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มารดาวัยรุ่นมาคลอดและหน่วยสุขภาพในพื้นที่ๆ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอาศัย เพื่อติดตามเยี่ยมและช่วยเหลือในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอด

3. ควรสนับสนุน ส่งเสริมให้สามีหรือสมาชิกในครอบครัวของสามีหรือของมารดาวัยรุ่นได้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยจัดกลุ่มสนทนา วางแผนการให้นมบุตรร่วมกันระหว่างมารดาวัยรุ่น สามี สมาชิกในครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในรายที่เป็นมารดาท้องหลัง เพื่อลดปัญหาความรู้สึกล้มไม่ต้องการเลี้ยงบุตรด้วยนม

มารดา หรือปัญหาน้ำนมไหลน้อยเนื่องจาก มารดาวัยรุ่นอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าจากภาระการเลี้ยงบุตรคนโต

### เอกสารอ้างอิง

1. กนกวรรณ ฉันทนามงคล. การพยาบาลทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. สมุทรปราการ : บริษัทคอมเมอร์เชียล เวิลด์ มีเดีย จำกัด; 2553, 115-130.
2. วรณวิมล วิเชียรฉาย, ทิววรรณ ลิ้มประไพพงษ์ และจันทร์มาศ เสาวรส. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว นาน 6 เดือนหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า. จันทบุรี : วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; 2549; ค, 14-69.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553, 10-38.
4. มานี ปิยะอนันต์. นมแม่. กรุงเทพฯ : ศิริยออดการพิมพ์ ประเทศไทย จำกัด; 2548:1-15, 37-49, 72.
5. สำหรั จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์และศิริภรณ์ สวัสดิ์ศิริ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้..สู่ปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2546, 1-54.
6. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. 25 ปี เอดส์เฝ้าไทย วัยรุ่นกำลังถูกรุกฆาต. จดหมายข่าวต้นคิด. 2552; 21:10-13.
7. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. แม่วัยใสคลื่นโถมซัดคุณภาพสังคมไทย. จดหมายข่าวต้นคิด. 2552; 19:10-13.
8. ห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา. เพิ่มข้อมูลการคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ปีงบประมาณ 2549-2554; 2554.
9. พิริยา ศุภศรี, วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์และ





- ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. การดูแลสุขภาพมารดา-ทารกที่มีภาวะเสี่ยงและเบี่ยงเบน (เล่ม 1). ชลบุรี : ศรีศิลป์การพิมพ์;2549:59-62.
10. Old.S.B., London, M.L., Ladewig, P.W. & Davison. Maternal-newborn nursing & woman's health care. (7 th ed.). NewJersy: Pearson Practice Hall. 2004.
  11. พรเพ็ญ โชติวิสกกุล. การประเมินพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2548;16 (1):12-21.
  12. Ryan, A.S., Wenjun, Z. & Acosta, A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. Pediatric. 2002; 110 (6):1103-09.
  13. ศิริธร พลายชุม, เทียมศร ทองสวัสดิ์และ ลาวัลย์ สมบูรณ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสาร.2555; 39 (2): 79-87.



## ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป

เพ็ญประกาย อิ่มเอิบ\*

วริวรรณ คงชุม\*

กรณิศ หริ่มสีบ และคณะ\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป โดยใช้แนวคิดทฤษฎีควบคุมประตูละและทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน โดยการประเมินความปวดของผู้ป่วย และจัดการกับความปวดด้วยการใช้ดนตรีบรรเลงร่วมกับการใช้ยา กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป โดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โปรแกรมการฟังดนตรีบรรเลง แบบวัดความรู้สึกปวดหลังผ่าตัด แบบบันทึกการใช้ยาแก้ปวด ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความปวด = 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลความปวด โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (pair t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (independent t - test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีบรรเลงมีคะแนนเฉลี่ยความรูสึกปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -2.27, p = .04$ ) ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีมีคะแนนเฉลี่ยความรูสึกปวดหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 7.154, p = .000$ ) ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีมีจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดไม่แตกต่างกลุ่มควบคุมในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ( $t = -.802, p = .43$ )

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำดนตรีบรรเลงมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 48 ชั่วโมงแรก เพื่อควบคุมและลดความปวด เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการจัดการกับความปวดของบุคคลากรด้านสุขภาพ

**คำสำคัญ :** ดนตรีบรรเลง/ ระดับความปวด/ศัลยกรรม

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลนครนายก



## The Effects of Music Therapy on Post-operative Pain.

.....

*Penprapa Im-erb\**

*Wreewon Kongchoom.\**

*Koranit Rimsueb and et al\**

### Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of music therapy on post-operative pain of patients undergoing general surgery. The music therapy used the concepts of gate control theory and endogenous pain control theory in order to assess pain of the patients. Pain management consisted of both pharmacology and music therapy. The participants were purposively selected and consisted of ten patients listening to music (experimental group) and ten patients not listening to music (controlled group). The instruments included music therapy, demographic questionnaire, pain level questionnaire and analgesic record. The reliability of the pain level questionnaire was 0.79. Frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test were used for analyzing the data.

The results showed that at 48 hours post-surgery, the mean score of pain level in the experimental group was significantly less than control group ( $t = -2.27$ ,  $p = 0.04$ ) and the post-experiment mean score of pain level in the experimental group was also significantly less than pre-experiment ( $t = 7.154$ ,  $p < 0.000$ )

The results of this study suggested that the music therapy could be used for 48 hour post-surgery patients in order to control and relieve pain and it might increase efficiency and quality in pain management of people as well.

**Keyword:** Music therapy / pain level / surgery

---

\* Registered Nurse, Nakhonayok Hospital



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวด เป็นสิ่งที่บุคคลกลัวมากเป็นอันดับสองรองจากความตาย<sup>1</sup> ซึ่งผู้ป่วยมักกลัวและอยากหลีกเลี่ยง เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ไม่พึงพอใจด้านอารมณ์ และความรู้สึกจากการที่เนื้อเยื่อเสมือนว่าถูกทำลายหรือ ถูกทำลายจริงๆ ผู้ที่ปวดเท่านั้นที่จะบอกได้ว่าลักษณะการปวดเป็นอย่างไร และมากน้อยเพียงใด และจะยังคงมีอยู่ตราบเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี ซึ่งความปวดนี้มีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ ของร่างกาย อาจทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย และมีผลทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมหรือช็อค จนกระทั่งเกิดการล้มเหลวในระบบไหลเวียนโลหิต และทำให้เสียชีวิตได้ เมื่อเกิดความเจ็บปวดขึ้นไม่ว่าจะรุนแรงมากน้อยเพียงใด ร่างกายจะพยายามหนีเพื่อหนีพ้นจากภัยอันตรายอันเป็นเหตุจากความเจ็บปวด ซึ่งจะพบว่าความปวดนี้เป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพพบเป็นประจำและเป็นปัญหาสำคัญในการให้ความช่วยเหลือในระบบบริการสุขภาพ

ความปวดหลังผ่าตัด เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน นับเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย มีการบวม ดึงรั้งและหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บ รวมทั้งมีการกระตุ้นของปลายประสาทอิสระในขณะผ่าตัด ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ เกิดเป็นปฏิกิริยาของการอักเสบ ซึ่งสารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น นอกจากนั้นเมื่อเกิดความปวด จะเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อเกิดความเจ็บปวดเป็นเวลานาน จะทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนียวล้า การเคลื่อนไหวลดลง ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย การไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำลดลง เกิดการตกตะกอนเป็นลิ่มของเลือดดำ เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด

ดำส่วนลึกของขา และอาจเกิดภาวะที่ลิ่มเลือดหลุดลอยไปตามกระแสเลือด ไปอุดตันที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด เป็นต้น นอกจากนี้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดบริเวณหน้าท้องยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเข้า - ออกลึกๆได้ หรือไม่สามารถไอได้เต็มที่ เกิดภาวะปอดบวม ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และยังมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย มีผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิซึม ทำให้การหลั่งของฮอร์โมนผิดปกติ ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ยังทำให้เกิดผลกระทบทางภาวะจิตสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น กลัว เครียด และวิตกกังวล สมาธิสั้น จดจำข้อมูลไม่ได้ ซึมเศร้าและหมดหวัง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเองที่ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้อัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับเข้าสู่สภาวะปกติช้า ต้องใช้เวลาในการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นและสูญเสียทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น<sup>2</sup>

การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด เป็นการบรรเทาหรือลดความปวด ถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัด แบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การจัดการกับความปวดโดยการใช้ยา และการจัดการกับความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา<sup>3</sup> สำหรับวิธีการใช้ยานั้นเป็นวิธีที่ใช้โดยทั่วไป มีข้อบัพบาทอิสระของพยาบาลโดยตรง แต่พยาบาลมีบทบาทในการบริหารยา ส่วนการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา แบ่งออกเป็น 3 วิธีใหญ่ๆ คือ 1) วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกายเพื่อบรรเทาความปวดได้แก่ การนวด การสัมผัส เป็นต้น 2) วิธีการใช้กระบวนการคิด และการกระทำ ได้แก่ การให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติตน การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจในรูปแบบต่างๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น 3) การใช้หลายวิธีร่วมกัน



ดนตรีบำบัดเป็นการจัดการความปวดที่ไม่ใช้ยา มีผลต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของบุคคล<sup>4</sup> ดนตรีช่วยลดภาวะกังวล ลดปวด และความเครียด ลดความซึมเศร้า และเบี่ยงเบนความสนใจ โดยมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติกระตุ้นต่อมพิทูอิตารีให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์ในการบรรเทาความรู้สึกเจ็บปวดโดยธรรมชาติ นอกจากนี้เสียงดนตรียังเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยออกจากความรู้สึกเจ็บปวดให้มาสนใจอยู่กับเสียงดนตรี ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ดนตรีที่ใช้ในการลดปวด และดนตรีเพื่อผ่อนคลายลดความวิตกกังวล โดยดนตรีที่ใช้ลดความปวดนั้นควรมีจังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงแหลมหรือเร่งเร็ว เสียงดนตรีนุ่มพริ้ว<sup>4</sup> ส่วนดนตรีเพื่อผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลนั้นนั้น ควรเป็น Live music เสียงดังไม่มากและผู้ฟังควรมีส่วนร่วมด้วย

ในฐานะที่ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง พบว่าปัญหาสำคัญของผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดที่ทุกคนต้องเผชิญ คือ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายขอยาในเวลาอันสั้นและบ่อยครั้ง การประเมินและการจัดการกับความปวดมีวิธีการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละบุคคล ซึ่งการจัดการกับความเจ็บปวดส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการใช้ยาเพื่อบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่การจัดการกับความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เพื่อช่วยเสริมประสิทธิภาพของการจัดการความเจ็บปวดนั้น ไม่ได้นำมาใช้อย่างชัดเจน และยังพบว่าความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดยังคงเป็นปัญหาและเพิ่มความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการจัดการความปวดด้วยการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจควบคู่กับการใช้ยา จึงมีความสนใจศึกษาการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการนำดนตรีบรรเลงมาใช้ เนื่องจากดนตรีบรรเลงมีจังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงแหลมหรือเร่งเร็ว เสียงดนตรีนุ่ม การใช้เสียงธรรมชาติที่ไม่มีเนื้อร้องนี้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องคิดตามเนื้อร้อง

ของเพลง ส่งผลให้ได้รับการผ่อนคลายเต็มที่ เป็นคุณลักษณะที่เหมาะสมในการใช้ลดความปวด และชนิดของดนตรีเหมาะสมกับผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็กถึงผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนางานด้านการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพิ่มคุณภาพมากในงานพยาบาล และประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในแผนกต่างๆ ที่มีความปวด ต่อไป

### คำถามงานวิจัย:

ดนตรีบรรเลงสามารถลดความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไปได้หรือไม่

### วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้ดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทั่วไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความปวด ได้แก่ ทฤษฎีควบคุมประตู ของ เมลเชด และวอลส์<sup>5</sup> และ ทฤษฎีควบคุมความปวดภายในของฮิวริ์ และคณะ<sup>6</sup> เป็นแนวทางในการศึกษา โดยทฤษฎีควบคุมประตู เป็นกลไกควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลัง ซึ่งประกอบด้วยกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ ใยประสาทขนาดเล็ก บริเวณเอช. จี. เซลล์ และ ทีเซลล์ โดยเอช. จี. เซลล์ จะมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมปรับเปลี่ยนสัญญาณประสาทที่นำเข้าไขสันหลังผ่านไปที่เซลล์ และส่งต่อกระแสประสาทขนาดใหญ่ผ่านมาที่ เอช.จี. เซลล์ จะกระตุ้นทำให้มีผลยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ จึงไม่มีกระแสประสาทส่งไปยังสมอง เรียกว่า “ประตูปิด” แต่ถ้ามีกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก จะมีผลมายับยั้งการทำงานของ เอช.จี. เซลล์ ทำให้ทีเซลล์นำกระแสประสาทไปสู่สมองได้ เรียกว่า “ประตูเปิด” จึงเกิดความรู้สึกปวด ส่วนทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน กล่าวถึงการพบสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินในร่างกาย ซึ่งมีฤทธิ์ในการควบคุมความ



ปวดในร่างกาย ได้แก่ เอนเคพาลิน และเอนคอร์ฟิน โดยเมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตราย กระแสประสาทนำเข้าสู่คอร์ซอลฮอร์นบริเวณ เอส.จี. จะมีการหลั่งสาร พี ออกมากระตุ้นที่เซลล์ และส่งกระแสความรู้สึกปวดไปยังสมอง ซึ่งระบบประสาทส่วนกลางจะส่งกระแสประสาทนำลงมาที่บริเวณ เอส.จี. แล้วจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร เอนเคพาลิน ซึ่งสารนี้จะมีผลยับยั้งการปล่อยสาร พี ทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้นที่เซลล์ จึงไม่มีการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง ทำให้ไม่รู้สึกปวด ส่วนการให้ฟังดนตรี

บรรเลงจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติโดยกระตุ้นต่อมพิทูอิตารี ให้หลั่งสารเอนคอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์บรรเทาความเจ็บปวดโดยธรรมชาติ นอกจากนี้เสียงดนตรียังเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความรู้สึกปวดที่กำลังเกิดขึ้นให้มาอยู่กับเสียงดนตรี การใช้ดนตรีบรรเลงเสียงธรรมชาติที่ไม่มีเนื้อร้องนี้ ผู้ป่วยไม่ต้องติดตามเนื้อร้องของเพลง ทำให้ได้รับการผ่อนคลายเต็มที่ เกิดความสงบสบายใจจึงมีผลต่อการควบคุมและลดความปวดตามมา

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง ศึกษาในตึกคัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลนครนายก ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2551 – 28 กุมภาพันธ์ 2552

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกคัลยกรรมหญิง เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์และสุ่มแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดตั้งแต่กลับจากห้องผ่าตัดจนครบ 48 ชม. 2) ไม่ติดยาระงับปวด 3) ได้รับยาดมสลบ (GA) 4) สม่ครใจเข้าร่วมทำการวิจัย

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องเล่น CD ชนิดปรับความดังของเสียงได้ พร้อมหูฟังป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก

2.2 CD เพลงบรรเลงเสียงธรรมชาติ

2.3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2.4 แบบวัดความรู้สึกปวดหลังผ่าตัด คือ การรวบรวมความถี่ของคะแนนความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดของจอห์นสัน ประกอบด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรหนึ่งเส้นแทนความต่อเนื่องของความรู้สึกปวดตั้งแต่ 0-10 คะแนน มีตัวเลขกำกับไว้ที่เส้นตรงนั้นและมีข้อความบอกระดับของความรู้สึกเจ็บปวด 3 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเจ็บปวด รู้สึกเจ็บปวดปานกลาง และรู้สึกเจ็บปวดมากจนทนแทบไม่ได้ ซึ่งให้ผู้ป่วยใช้ดินสอทำเครื่องหมายกากบาท (x) บนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกจริงของผู้ป่วย<sup>7</sup> ให้ผู้ป่วยวัดและประเมินตนเองโดยคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดนี้จัดเป็น 3 ระดับตามสเกลวัดความรู้สึกเจ็บปวดของจอห์นสันซึ่งมี 10 คะแนน โดยแบ่งตามเกณฑ์เฉลี่ยของคะแนนคือ

มาก มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7.5-10

ปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 2.6-7.4

น้อย มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-2.5

2.5 แบบบันทึกการได้รับยาแก้ปวดโดยใช้แบบบันทึก ของจิราภรณ์ สิงห์เสณีย์<sup>1</sup> มาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจง ดูได้จากการบันทึกรายงานการพยาบาลและสอบถามจากผู้ป่วยจึง



ไม่ได้หาความเชื่อมั่น

### 3. การหาคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความรู้สึกปวด หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความเจ็บปวดของจอห์นสันที่ใช้ในงานวิจัยของ ดาวใจ เทียนสี<sup>๑</sup> ซึ่งผ่านการหาค่าสัมประสิทธิ์ไปทดสอบกับผู้ป่วยจำนวน 3 คน นำคะแนนที่ได้จากการวัดไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และขอความร่วมมือลงนามร่วมวิจัย

3. หลังผ่าตัดวันแรก กลุ่มทดลอง เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัดความรู้สึกเจ็บปวดของจอห์นสัน หลังผ่าตัดทันที หลังจากนั้นให้ฟังดนตรีบรรเลง นาน 30 นาที พัก 3 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับ ในวันแรกผู้ป่วยจะได้ฟังดนตรี 2-3 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดการฟังดนตรีครั้งสุดท้ายในวันแรก ให้ประเมินความปวดอีกครั้ง ในกรณีที่ได้รับยาแก้ปวดจะเว้นระยะห่างของการวัดออกไปอีก 4 ชั่วโมงนับจากเวลาได้รับยาแก้ปวด

4. ส่วนในวันที่ 2 หลังผ่าตัด หลังจากผู้ป่วยทำกิจวัตรส่วนตัวเรียบร้อยแล้วให้ผู้ผู้ป่วยฟังดนตรีบรรเลง วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที พัก 3 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับเมื่อสิ้นสุดการฟังดนตรีครั้งสุดท้ายให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้สึกเจ็บปวดของจอห์นสัน กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด จะเว้นระยะห่างของการทำแบบวัดความรู้สึกเจ็บปวดออกไปอีก 4 ชั่วโมงนับจากเวลาได้รับยาแก้ปวด

ส่วนกลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลตามปกติ ในวันแรกหลังการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้สึกปวด แล้วให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ เว้นระยะเวลาให้ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง แล้วให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้สึก

เจ็บปวด ในกรณีที่ได้รับยาแก้ปวดจะเว้นระยะห่างของการวัดออกไปอีก 4 ชั่วโมง ส่วนในวันที่ 2 ให้การพยาบาลตามปกติแล้วให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้สึกปวดเวลาใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง หากได้รับยาแก้ปวดจะเว้นระยะห่างของการวัดออกไปอีก 4 ชั่วโมง

5. ผู้วิจัยตรวจสอบบันทึกการได้รับยาแก้ปวดจากใบรายงานการพยาบาลใน 48 ชั่วโมง

6. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด นำคะแนนที่ได้จากแบบวัดความรู้สึกเจ็บปวด แบบบันทึกการใช้ยาแก้ปวด มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ลงนามร่วมวิจัย แต่มีสิทธิในการถอนตัวจากการร่วมวิจัยเมื่อต้องการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติที่ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เป็นเพศหญิง ทั้งหมด ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75

ในกลุ่มควบคุมเป็น Appendicitis และทำผ่าตัด จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 เป็น Spinal stenosis ได้รับการผ่าตัด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ผู้ป่วย CA breast และทำผ่าตัด MRM จำนวน 1 ราย และผู้ป่วยมีกระดูกแขนหักทำผ่าตัด ORIF จำนวน 1 ราย ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด



ร้อยละ 80 กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยเป็น Appendicitis และทำผ่าตัด จำนวน 4 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40 เป็น Spinal stenosis และทำผ่าตัด Posterior Decompression จำนวน 3 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 30 และผู้ป่วยกระดูกแขนหักทำผ่าตัด ORIF จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 20 ไม่มีประสบการณ์ การผ่าตัด ร้อยละ 70

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ของยาบรรเทาปวดที่ใช้ เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง

กลุ่ม	ชนิดของยาระงับปวด					
	MO.		Pethidine		อื่น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	4	40	3	30	1	10
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	4	40	1	10	0	0
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	2	20	30	30	4	40
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	1	10				

จากตารางที่ 1 พบว่า การจัดการกับความปวด โดยการใช้ยาระงับปวด เมื่อครบ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับยา morphine สูงสุด รองลงไปเป็นยา pethidine ร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง ได้รับยา pethidine สูงสุด

รองลงมาเป็น morphine ร้อยละ 30 และ 20 ตามลำดับ เมื่อครบ 48 ชั่วโมง ในกลุ่มควบคุม ได้รับยา morphine ร้อยละ 40 รองลงมาคือ pethidine ร้อยละ 10 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับ morphine ร้อยละ 10

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับจากห้องผ่าตัดทันที เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ช่วงเวลาที่วัดหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ทันที	7.70	2.21	มาก	5.20	1.93	ปานกลาง
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	6.90	2.73	มาก	3.90	1.66	ปานกลาง
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	4.10	2.60	ปานกลาง	2.10	.99	น้อย





จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มควบคุม เมื่อกลับจากห้องผ่าตัดทันที มีความปวดมาก โดยมีค่าเฉลี่ยความปวด 7.70 (SD = 2.21) เมื่อครบ 24 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดเท่ากับ 6.90 (SD = 2.73) และ เมื่อครบ 48 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวด เท่ากับ 4.10 (SD = 2.60) ส่วนกลุ่ม

ทดลอง เมื่อกลับจากห้องผ่าตัดทันที มีความปวดปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยความปวด 5.20 (SD = 1.93) เมื่อครบ 24 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดเท่ากับ 3.90 (SD 1.66) และ เมื่อครบ 48 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวด เท่ากับ 2.10 (SD = .99) ตามลำดับ

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 48 ชั่วโมง

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD	d	t	P-Value
ควบคุม	10	4.10	2.60	18	-2.27	.036
ทดลอง	10	2.10	.99			

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี เมื่อครบ 48 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวด เท่ากับ 4.10 (SD = 2.60) ส่วนกลุ่มที่ได้ฟังดนตรี เมื่อครบ 48 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวด เท่ากับ 2.10 (SD = .99) ตามลำดับ เมื่อนำมาทดสอบค่าที พบว่า ค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $\infty < .05$  ( $t = -2.27, p = .04$ )

### สรุปและอภิปรายผล

1. จากการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะการฟังดนตรี เป็นเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจที่ทำให้ดึงดูความสนใจไปยังสิ่งอื่น และมีความทนต่อความปวดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการจัดสิ่งกระตุ้นใหม่ทำให้เกิดการนำกระแสประสาทเข้าสู่ระบบเรติคูลาร์ ฟอรัมซัน และไปยังที่ เซลล์ ประดูควบคุมความเจ็บปวดจึงถูกปิด นอกจากนั้นดนตรียังเร้าอารมณ์ทางด้านบวกกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี ให้หลังเอนดอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการส่งกระแสความปวดที่ระดับไขสันหลัง หรือเพิ่ม ระดับ pain threshold สามารถช่วยลดความปวดได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการ

ผ่าตัดทั่วไปได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดวงดาว ดุลยธรรม<sup>9</sup> ที่ได้ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดครึ่งกระดูกต้นขา ที่พบว่าคะแนนความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยผลของการเปรียบเทียบดนตรีบรรเลงกับการนวดไทยประยุกต์ต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด ของดาวใจ เทียนสี<sup>10</sup> พบว่าความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดที่ได้ฟังดนตรีบรรเลงในระยะหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และขวัญหทัย ยิ้มละมัย<sup>10</sup> ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด พบว่ากลุ่มที่จัดให้ฟังดนตรีมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกปวดหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการฟังดนตรีประเภทบรรเลงคล้ายเสียงธรรมชาติโดยใช้หลักการเบี่ยงเบนความสนใจทำให้บุคคลหันเหความสนใจจากตนเองหรือสถานการณ์



เดิมมุ่งไปสนใจสิ่งกระตุ้นใหม่ที่เกิดขึ้นคือเสียงดนตรีบรรเลง ทำให้ผู้ป่วยหันเหความรู้สึกจากความเจ็บปวดที่ได้รับและรู้สึกผ่อนคลายทำให้ระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มีการเบี่ยงเบนความสนใจ

3. กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการใช้ยาาระงับปวดไม่แตกต่างกลุ่มควบคุมในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตลอดคล้อยกับงานวิจัยของชวัญหทัย ยิ้มละมัย<sup>10</sup> เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรี เป็นการให้หลักการเบี่ยงเบนความสนใจที่ทำให้บุคคลหันเหความสนใจออกจากตนเองมุ่งไปสนใจสิ่งกระตุ้นที่น่าสนใจมากกว่า<sup>11</sup> ซึ่งหากใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสมจะสามารถเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความรู้สึกเจ็บปวดของตนเอง นอกจากนี้ยังใช้ได้กับบุคคลทุกวัย ทุกระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย และใช้เวลาเพียงสั้นๆ จึงเหมาะสำหรับนำมาใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน นอกจากดนตรีบรรเลงจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยแล้ว การฟังดนตรีเลียนเสียงธรรมชาติ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ บอสส์ (Boss)<sup>12</sup> กล่าวว่า การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นเทคนิคที่เป็นประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนในผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรงการเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด ส่งผลให้ความปวดลดลงได้ และเมื่อความปวดลดลง จึงส่งผลให้ปริมาณจำนวนครั้งของการใช้ยาาระงับปวดจะลดลงเช่นกัน

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ดนตรีบำบัดประเภทเพลงบรรเลงเลียนเสียงธรรมชาติสามารถนำมาใช้เป็นกิจกรรมเสริมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดร่วมกับการรักษาของแพทย์ได้ และควรมีการให้คำแนะนำ และให้ความรู้กับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการนำดนตรีมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ ที่จะช่วยในการลด

ความรู้สึกปวด ทำให้เกิดความผ่อนคลาย และควรมีการเผยแพร่ ความเป็นที่รู้แก่บุคคลทั่วไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรนำดนตรีบรรเลงไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ในผู้ป่วยผ่าตัดหลังคลอด ในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือ นำดนตรีหลายประเภทมาใช้ร่วมกัน เช่น ดนตรีบรรเลงโดยเครื่องดนตรีไทย, ดนตรีพื้นบ้าน เป็นต้น รวมถึงควรศึกษาหรือหาวิธีควบคุมความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การฝึกสมาธิ การสร้างจินตนาการ เป็นต้น เพื่อรวบรวมผลการวิจัยเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อควบคุมและลดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. จิราภรณ์ สิงห์เสนี. ผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจ ในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
2. วัชรภรณ์ หอมดอก. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
3. วรีณี เล็กประเสริฐ. Nurse roles in pain management ใน: ปราศพัลล์ ประทีปวงนิช และพงษ์ภาณี เอกทะเกษตริณ. (บรรณาธิการ) Diversity in pain management : The annual; 2544.
4. ศศิธร พุ่มดวง. ดนตรีบำบัด. สงขลานครินทร์เวชสาร, 2549. (23) (3):185-191.
5. Melzack. R., & Wall. D. P. Pain mechanism: A new theory. Science; 1965 (150) (3699): 971-979.



6. Hughes, J. et al. Isolation of an endogenous compound from the brain with Pharmacological properties similar morphine. Brain Resarch; 1975, 88 : 577– 579.
7. McGuire,D.B. The measurement of clinical pain. Nursing Research; 1984, June, 33: 154–156.
8. ดาวใจ เทียนสี. เปรียบเทียบผลของดนตรีไทย บรรเลงกับการนวดไทยประยุกต์ต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด.(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2544.
9. ดวงดาว ดุลยธรรม. ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา.(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต).สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542.
10. ขวัญหทัย ยิ้มละมัย. ผลของดนตรีบำบัดและการใช้เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวด ภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก โรงพยาบาลพิจิตร; 2547.
11. McCaffery, M. & Ferrel, B. How would you Respond to these patients in pain? Nursing; 1991, June, 91 :34–37.
12. Boss, B.J. Medical–surgical nursing assessment and Chincial problems. St louis : Mosby Year Book; 1992.



## ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วย ยางยืดต่อความรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

มนทกานต์ ยอดตราช \*  
ทัศนาศู สุวรรณระพีพรณ์ \*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมที่ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยจัดให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ ชนิดของการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้วิจัย คือโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามแนวคิดทฤษฎี การกำกับตนเองของ Leventhal and Johnson ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดตามแนวคิดของ เจริญ กระบวนรัตน์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการเดินทางราบในเวลา 6 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ สถิติการทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 19.803, p = .0001$ )
2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ( $t = 5.764, p = .0001$ )

**คำสำคัญ :** การให้ข้อมูล การออกกำลังกายด้วยยางยืด ความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้สูงอายุ ข้อเข่าเทียม

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลราชวิถี นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## The Effects of a Preparation Program Combined with a Rubber Chain Exercise Program on the Functional Capacity of Elderly Post Total Knee Arthroplasty

*Montakan Yodrach\**

*Tassana Choowattanapakorn\*\**

### Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to test the effects of a preparation program that includes information combined with a rubber chain exercise on functional capacity of elderly females post total knee arthroplasty. The sample consisted of 40 elderly patients, post operation of total knee arthroplasty, admitted to the orthopaedic ward of Rajavithi Hospital. They were equally assigned into an experimental group and a control group by matching age and type of operation. The intervention was a preparation program based on the Leventhal and Johnson theory of self-regulation, and a rubber chain exercise based on the concept of Chareon Krabuanrat, using the six-minute walk test (6-MWT). The data were analyzed by using mean, standard deviation, percentage, and t-tests.

The results were as follows:

1. The mean score of functional capacity of elderly patients post total knee arthroplasty, receiving the preparation program, was significantly higher than the pre-test score ( $t = 19.803$ ,  $p = 0.0001$ ).
2. The mean score of functional capacity of elderly patients, post total knee arthroplasty, receiving the preparation program was significantly higher than those who did not receive treatment ( $t = 5.764$ ,  $p = 0.0001$ ).

**Keyword :** Information / rubber chain exercise / functional capacity / elderly / total knee arthroplasty

\* Registered nurse, orthopaedic clinic, Rajavithi Hospital. Master of Nursing Science, Major Field: Gerontology, Faculty of Nursing Chulalongkorn University

\*\* Thesis Advisor: Assistant Professor, Ph.D, Gerontology, Faculty of Nursing Chulalongkorn University



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับ ผู้สูงอายุ เนื่องจากสาเหตุสำคัญหลายประการ ได้แก่ มีอัตราการเกิดข้อเข่าเสื่อมมาก มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน นำไปสู่ภาวะปวดเรื้อรังและอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้<sup>1,2,3</sup> ร้อยละ 70 ของ ผู้สูงอายุไทย หรือประมาณ 4.62 ล้านคน มีภาวะข้อเข่าเสื่อม<sup>4</sup> เมื่อการดำเนินของโรคมาถึงระยะสุดท้ายจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดรุนแรง ไม่สามารถเดินได้ จึงบั่นทอนต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ปัจจุบันแพทย์จะให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม<sup>5</sup> เพื่อแก้ไขความพิการ และบรรเทาความปวด ให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ข้อเข่าในการเคลื่อนไหวได้ดังปกติ เพิ่มคุณภาพชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข<sup>6</sup> ในประเทศไทยมีอัตราการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร้อยละ 21.6 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และมีแนวโน้มมากขึ้นตามอายุที่เฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของประชากร สภาพสังคม<sup>7</sup>

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่ ทำให้มีการบาดเจ็บและฉีกขาดของเนื้อเยื่อรอบข้อเข่า มีความเจ็บปวดรุนแรงมากที่สุดในระยะหลังการผ่าตัด<sup>8</sup> เมื่อมีอาการปวดมาก ผู้ป่วยจะอยู่นิ่งๆ มีการเคลื่อนไหวลดลง โดยเฉพาะบริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัด<sup>2</sup> ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยออกกำลังกาย เพราะกลัวเจ็บปวด ไม่กล้าลงเดิน ไม่มั่นใจในการเดิน มักกลดหรือหยุดกิจกรรมในการเคลื่อนไหว เนื่องจากไม่กล้าบริหารข้อเข่า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ข้อเข่าเหยียดงอได้ไม่สุด และไม่สามารถเดินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของร่างกายจึง ซ้ำกว่าวิธีอื่น ร่างกายด้อยสมรรถภาพลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจ ความเป็นอิสระของตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง<sup>8,9</sup> ในระยะยาวทำให้เกิดกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง ส่งผลให้อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้วยังส่ง

ผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมด้วย<sup>3,10</sup>

การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ จึงมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความพิการในอนาคต<sup>11,12</sup> การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำได้โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยเร็ว คือ ในระยะ 1 สัปดาห์แรก ซึ่งเป็นระยะที่มีความจำเป็น และมีผลต่อการเคลื่อนไหว การยืน การเดิน และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมาก เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อเหยียดข้อเข่าและกล้ามเนื้อขา พิสัยงอและเหยียดของข้อเข่า<sup>13</sup>

การออกกำลังกายด้วยการเหยียดและงอเข่า จะมีการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุดในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด การบริหารอย่างเต็มที่และต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยผู้ป่วยต้องได้รับ ข้อมูล ความรู้ และการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ข้อเข่าเทียมมีอายุการใช้งานที่ยาวนานเดินแล้วไม่ปวดเหมือนก่อนผ่าตัด เหยียดเข่าได้สุดหรือเกือบสุด งอเข่าได้มากกว่า 100 องศา และถ้าผู้ป่วยมีการออกกำลังกายต่อเนื่องประมาณ 6 เดือน ข้อเข่าเทียมจะแข็งแรง เหมือนข้อเข่าปกติของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น สามารถเข้าสู่สังคมได้มากขึ้น<sup>14</sup> อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจถึงเหตุผลของการใช้ข้อเข่าและการบริหารข้อเข่า การบริหารกล้ามเนื้อขาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และอาจเกิดการยึดติดของข้อเข่าได้<sup>2</sup> การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมและการออกกำลังกายด้วยยางยืด เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสากลที่ใช้อุปกรณ์และวิธีการที่เหมาะสมกับคนไทย ซึ่งเชื่อว่าจะเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมได้ ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของขั้นตอนการตรวจรักษา ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก การให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เช่น การ



บริหารกล้ามเนื้อและข้อหลังผ่าตัดด้วยยางยืด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด ข้อมูลชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมสภาพจิตใจได้ และสามารถเลือกพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสม<sup>15</sup>

การออกกำลังกายยางยืดเป็นการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน ที่เสริมสร้างความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ตามคุณสมบัติพิเศษของยางยืดคือ มีแรงดึงกลับ ภายหลังจากการถูกดึงให้ยืดออก ซึ่งเป็นการกระตุ้นระบบประสาทส่วนที่รับรู้ความรู้สึกของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ให้มีปฏิกิริยาการรับรู้และตอบสนองต่อแรงดึงของยางที่ก้ำกึ่งถูกยืด ซึ่งเป็นผลดีต่อการพัฒนาและบำบัดรักษา ระบบการทำงานของประสาท กล้ามเนื้อให้มีความแข็งแรงและทำงานดีขึ้น ชะลอความเสื่อมของระบบประสาทกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ<sup>16</sup> เนื่องจากผู้สูงอายุยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจน เกิดความเชื่อมั่น มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น และสามารถดำรงชีวิตเป็นไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการออกกำลังกาย ซึ่งยางยืดจะช่วยให้อาการกล้ามเนื้อยืดหยุ่น ลดความตึงตัว เพิ่มความแข็งแรงและทนทาน ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายดีขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด

3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 40 คน ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Burns & Grove<sup>18</sup> นำไปเปิดตารางเพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่อำนาจทดสอบ 0.80 และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม 20 คนแรก ให้เสร็จสิ้นก่อน จึงเก็บข้อมูล 20 คนหลังเข้าเป็นกลุ่มทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ดังนี้ อายุของแต่ละคู่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และชนิดของการผ่าตัดเหมือนกัน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง
2. มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน



4. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
5. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
6. อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล

เกณฑ์การคัดเลือกรอกออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ประมาณเดือน เมษายน 2556 ถึง เดือนมิถุนายน 2556 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีและรองผู้อำนวยการฝ่ายการกิจบริการวิชาการ เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อขอความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อจับคู่ผู้ป่วยเข้ากับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการโดยไม่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยศึกษาประวัติกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติและจากการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นจึงทดสอบความรู้และวัดระยะทางการเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที) ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด

24 ชั่วโมง เพื่อสอบถามอาการทั่วไปและนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหลัง 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 นัดพบกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ที่ 6 ตรงกับแพทย์นัด ทดสอบความรู้ชุดเดิมและวัดระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที พร้อมทั้งมอบหนังสือคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและการออกกำลังกายด้วยยางยืด

4. กลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการร่วมกับกิจกรรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด จำนวน 7 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยศึกษาประวัติกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติและจากการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นทดสอบความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตามแผนการสอนวีดีโอซีดี สอนทักษะการออกกำลังกายด้วยยางยืด และให้ปฏิบัติตาม มอบยางยืดและหนังสือคู่มือและวัดระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที (ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที) ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลและทบทวนทักษะการออกกำลังกายด้วยยางยืดและให้ผู้สูงอายุปฏิบัติจริง จำนวน 10 ท่า ปฏิบัติครั้งละ 45-60 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งที่ 3, 5 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 4 นัดพบกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี ครั้งที่ 6 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที และครั้งที่ 7 นัดกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 6 ตรงกับวันที่แพทย์นัดตรวจที่แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้ชุดเดิม และวัดระยะทางการเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม





2. การประเมินความสามารถในการทำหน้าทีของร่างกายซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ประเมินโดยการเดินทางราบในเวลา 6 นาที โดยผู้วิจัย

3. แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยยางยืดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นสมุดบันทึกด้วยตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุทำการบันทึกรายละเอียดคือ วัน เดือน ปี ระยะเวลาการออกกำลังกาย อาการและอาการแสดง ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

4. แบบทดสอบความรู้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการและผลกระทบ หลักการ และวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การดูแลตนเองเมื่อมีข้อเข่าเทียมอยู่ในร่างกาย การปฏิบัติตนเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดในวันที่ 1-3 และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว ลักษณะคำตอบของคำถามเป็น ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา และใช้เกณฑ์ Content Validity Index  $\geq .80$ <sup>19</sup> ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 คำนวณหาค่าความเที่ยงใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (K-R 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการภายหลังได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลราชวิถี และขอผู้ป่วยที่ดำเนินการทดลอง โดยการขอความอนุเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งแจ้งการดำเนินการทดลอง

ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการตอบแบบสอบถาม และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ มีการรักษาความลับของข้อมูลไว้อย่างปลอดภัย วิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลในลักษณะภาพรวมเชิงวิชาการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

2. วิเคราะห์ความรู้ของผู้สูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทั้งก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยนำมาแจกแจงจำนวนร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำหน้าทีของร่างกายของผู้สูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที ทั้งก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Pair t-test

4. ทดสอบค่าเฉลี่ยในระยะทางที่สามารถเดินได้บนพื้นราบในเวลา 6 นาที และความแตกต่างของระยะทางในการทำหน้าทีของร่างกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้การสถิติ Pair t-test โดยทำการทดสอบข้อตกลงก่อนทำการเปรียบเทียบทางสถิติที่ระดับ .05

### ผลการวิเคราะห์

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 57.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.5 มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 67.5 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 57.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55 มีอาชีพเดิมค้าขาย ร้อยละ 52.5 อาชีพปัจจุบันค้าขาย ร้อยละ 42.5 ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 4.08 ปี



2. การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้อยู่ที่ระดับปานกลาง โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60.0 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนหลังได้รับโปรแกรม ส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มควบคุมคะแนนอยู่ที่ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มทดลองคะแนนอยู่ที่ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงใน ตารางที่ 1

3. การเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 กลุ่มควบคุมสามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที ก่อนการทดลองได้ระยะทางอยู่ที่ช่วง 100-200 เมตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 หลังการทดลองส่วนใหญ่เดินได้ระยะทางอยู่ในช่วง 301-400 เมตร เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมาคือ ระยะทาง 201-300 เมตร เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 40.0 และเดินได้ระยะทางต่ำสุดที่ 200 เมตร คิดเป็นร้อยละ 5.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

3.2 กลุ่มทดลองสามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที ก่อนการทดลองได้ระยะทางอยู่ในช่วง 100-200 เมตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนระยะทางที่จำนวนกลุ่มทดลองเดินได้น้อย

ที่สุดอยู่ในช่วง 201-300 เมตร คิดเป็นร้อยละ 40.0 หลังการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เดินได้ระยะทางเพิ่มขึ้นในช่วง 301-400 เมตร คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมาเดินได้ระยะทางเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 401-500 คิดเป็นร้อยละ 45.0 ดังแสดงในตารางที่ 3

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบในเวลา 6 นาทีของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มทดลองมีระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบ 6 นาทีเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (200.35 เมตร และ 128.85 เมตร ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินได้เพิ่ม (D) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม กับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายยืด มีความสามารถในการเดินบนทางราบ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 5.764, p = .0001$ ) โดยที่มีความสามารถในการเดินไกลกว่ากว่า 71.5 เมตร โดยเฉลี่ย ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>คะแนนก่อนได้รับโปรแกรม</b>						
10-15	8	40.0	7	35.0	15	37.5
16-20	12	60.0	13	65.0	25	62.5
21-25	0	0	0	0	0	0
<b>คะแนนหลังได้รับโปรแกรม</b>						
10-15	0	0	0	0	0	0
16-20	20	100.0	0	0	20	50.0
21-25	0	0	20	100.0	20	50.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบในเวลา 6 นาที ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดของกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกาย	ก่อนการทดลอง (n=20)		หลังการทดลอง (n=20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>กลุ่มควบคุม</b>				
ระยะทางที่เดินได้บน ทางราบ (เมตร)				
100-200	20	100.0	1	5.0
201-300	0	0	8	40.0
301-400	0	0	11	55.0
401-500	0	0	0	0



**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบในเวลา 6 นาที ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดของกลุ่มทดลอง

ความสามารถใน การทำหน้าที่ของร่างกาย	ก่อนการทดลอง (n=20)		หลังการทดลอง (n=20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>กลุ่มทดลอง</b>				
ระยะทางที่เดินได้บน ทางราบ (เมตร)				
100-200	12	60.0	0	0
201-300	8	40.0	0	0
301-400	0	0	11	55.0
401-500	0	0	9	45.0

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระยะทางที่เดินได้บนทางราบในเวลา 6 นาทีของ ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n1 = n2 = 20)

ความสามารถใน การทำหน้าที่ ของร่างกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{d}$	SD <sub>D</sub>	df	t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD					
<b>กลุ่มควบคุม (n=20)</b>									
ระยะทางที่เดินได้	167.90	37.890	296.75	41.499	128.85	32.095	19	17.954	.001
<b>กลุ่มทดลอง (n=20)</b>									
ระยะทางที่เดินได้	196.45	25.465	396.80	60.593	200.35	45.245	19	19.803	.0001



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินได้เพิ่ม (D) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดกับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	$\bar{d}$	SD <sub>d</sub>	t	p-value
กลุ่มควบคุม (n=20)	128.85	32.096	5.764	.0001
กลุ่มทดลอง (n=20)	200.35	45.245		

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า

การใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด ซึ่งช่วยเสริมประสิทธิภาพการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของข้อเข่าให้ทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การออกกำลังกายด้วยยางยืดปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้สื่อการสอนการให้ข้อมูลหลากหลาย จะช่วยให้ผู้ที่เรียนสามารถเรียนรู้และจดจำได้ดี และเพิ่มความมั่นใจในการออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 48.5 เพิ่มความสามารถในการเดินและลดอาการข้อเข่าติดร้อยละ 13.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมรวมทั้งมีการเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาดีขึ้น<sup>20,21</sup> และพบว่าผู้ป่วยโรค

ข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา มีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมเพิ่มขึ้น ผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ลดอาการปวดเข่าและความพิการลดลง มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการเดินได้นาน<sup>22</sup>

ซึ่งการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข่าอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการออกแรงเกร็งกล้ามเนื้อต้านแรงที่มากระทำ จะเกิดผลโดยตรงต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อสามารถรับออกซิเจนได้มากขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ รวมทั้งข้อต่างๆ ให้มีการเคลื่อนไหวได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การออกกำลังกายด้วยยางยืดในผู้สูงอายุ ทำให้การทรงตัว การเคลื่อนไหวดีขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและข้อ<sup>16,23</sup> และ การศึกษาการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาและข้อแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 ที่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและข้อทำให้การทรงตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>24,25</sup> ซึ่งการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จะทำให้เกิดผลดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คือ มีผลต่อสมรรถภาพการทำงานของ



ปอดและหัวใจ ระบบหลอดเลือด และระบบไหลเวียนในร่างกาย มีประสิทธิภาพต่อจิตใจและสังคม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลทำให้ร่างกายหลั่งสาร Endorphin จากต่อมใต้สมอง ซึ่งสารชนิดนี้มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน ทำให้ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลได้<sup>26</sup>

2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ดังนี้

หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม แต่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด จะช่วยให้มีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด และช่วยเสริมให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงทนทานมากขึ้น ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยลักษณะของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดจะเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด โดยการใช้คำพูดชักจูงใจ เน้นให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข่า การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การหลีกเลี่ยงท่าทางที่เพิ่มแรงกดต่อข้อเข่า ร่วมกับการพูดคุยแบบรายบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัยอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด<sup>27</sup> เกิดเป็นพฤติกรรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข่า ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดมาจัดเป็นโครงการให้กับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างต่อเนื่องทุกราย
2. จัดทำโปรแกรมให้เป็นมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและแนวคิดการกำกับตนเองไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงแนวคิดการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืดและมีทักษะการใช้ยางยืดที่ถูกต้อง
3. ประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ช่วงการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ไม่มีผู้สูงอายุเพศชายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในเพศชายได้
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มทดลองแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ดังนั้นจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มอื่นได้
3. การประเมิน 6-MWT เป็นการวัดโดยทางอ้อมต่อการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและอาจมีปัจจัยที่มารบกวนและทำให้การเดินได้น้อยลงคือความปวด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายผลการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดสู่การพัฒนา นำผลการศึกษามาสนับสนุนทางการพยาบาล โดยการจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียม



ความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดใน  
ระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย  
เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถ  
ในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัดเปลี่ยน  
ข้อเข่าเทียม

3. ควรมีการวัดหรือประเมินให้ครบองค์  
ประกอบ เช่น ความแข็งแรงและความทนทานของ  
กล้ามเนื้อ การวัดพิสัยของข้อเข่า เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

1. สมหมาย วนะวนานท์. ผลของการส่งเสริมให้  
ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อภาวะสุขภาพ  
และการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการผ่าตัด  
เปลี่ยนข้อเข่าเทียม. Rama Nurs J 2006;12:  
80-93.
2. วรณี สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.  
พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2553.
3. ธวัช ประสาทฤทธา. ข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ:  
เรือนปัญญา; 2553.
4. มุลนิธิโรคข้อ. สถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อใน  
ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ  
30 มีนาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: [http://  
www.healthcorners.com/new\\_read\\_article.  
php?category](http://www.healthcorners.com/new_read_article.php?category)
5. Lützner J, Kasten P, Günther KP, and Kirschner S.  
Surgical options for patients with osteoarthritis  
of the knee. Nature Reviews Rheumatology  
2009;5:309-16.
6. กิรติ เจริญชลวานิช. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.  
ใน: สุรศักดิ์ นิลกานูวงศ์, บรรณาธิการ. ตำรา  
โรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอส พี เอ็น;  
2548. หน้า 1390-1406.
7. กิตติพงศ์ ศรีทองกุล. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม  
(Total Knee Arthroplasty). [อินเทอร์เน็ต]. 2012  
[เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2012]. เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.orthosriracha.com/begin-ankle.php>
8. สุภาพ อารีเอื้อ, นภาพรณ ปิยขจรโรจน์. ผลลัพธ์  
ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกาย  
ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม. วารสารสภา  
การพยาบาล. 2551;23:72-84.
9. Fitzgerald JD, John EO, Lee TH, Marcantonio  
ER, Poss R, Goldman L, et al. Patient quality  
of life during the 12 months following joint  
replacement surgery. Arthritis Rheum  
2004;1:100-9.
10. Pasero C, McCaffery M. Orthopaedic  
postoperative pain management. Journal of  
Peri Anesthesia Nursing 2007;22:160-74.
11. Silva M, Shepherd EF, Jackson WO, Pratt JA,  
McClung CD, Schmalzried TP. Knee strength  
after total knee arthroplasty. J Arthroplasty  
2003;18:605-11.
12. Noble PC, Gordon MJ, Weiss JM, Reddix RN,  
Conditt MA, Mathis KB. Does total knee  
replacement restore normal knee function?.  
Clin Orthop Relat Res 2005:157-65.
13. นลินทิพย์ ตำนานทอง. การฟื้นฟูสภาพหลังการ  
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. ใน: สุรศักดิ์ นิลกานูวงศ์,  
บรรณาธิการ. ตำราโรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ: เอส พี เอ็น; 2548. หน้า 1371-6.
14. อารี ตनावลี. เรื่องที่ต้องรู้หลังผ่าตัดเปลี่ยน  
ข้อเข่าเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 1. ฉะเชิงเทรา: 99 กรุ๊ป  
เทรตติ้ง เซ็นเตอร์; 2553.
15. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field  
experiment of a Theory self-Regulation. In:  
Wooldrige PT, et al (Eds). Behavioral Science  
and Nursing Theory. St. Louis, The C.V.  
Mosby Co; 1983. p. 189-262.
16. เจริญ กระบวนรัตน์. ยางยืดชีวิต พิชิตโรค.  
กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2550.
17. American College of Sports Medicine. ACSM's  
resources for Clinical Exercise Physiology :  
musculoskeletal, neuromuscula, neoplastic,



- immunologic, and hematologic conditions. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2010.
18. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research : Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders; 2005.
19. Polit, DF, Beck, T. Nursing research: Principle and methods. 7th ed. Philadelphia: J. B. Lippincotte; 2004.
20. Phillips LD. Patient education: understanding the process to maximize time and outcomes. J Interven Nurs 1999;22:19-35.
21. Hughes SL, Seymour RB, Campbell R, Pollak N, Huber G, Sharma L. Impact of the fit and strong intervention on older adults with osteoarthritis. Gerontologist 2004;44:217-28.
22. de Jong ORW, Hopman-Rock M, Tak ECMP, Klazinga NS. An implementation study of two evidence-based exercise and health education programmes for older adults with osteoarthritis of the knee and hip. Health Educ Res 2004; 19:316-25.
23. สกุศลรัตน์ อัครโกสินชัย, จารุวรรณ แสงเพชร, วราภรณ์ รุ่งสาย. ผลส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อการทรงตัวและการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2554;28:110-24.
24. ทศนิยม รวีวรกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความสามารถตนเองต่อการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย ความรุนแรงของอาการปวดเข่า และสมรรถภาพทางกายของสตรีไทยที่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม [วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
25. Ribeiro F, Teixeira F, Brochado G, Olivera J, et al. Impact of low cost strength training of dorsi-and plantar flexors on balance and functional mobility in institutionalized elderly people. Geriatr Gerontol Int 2008;9:75-80.
26. วิภาวรรณ สีลาสำราญ. สุขภาพ สมรรถภาพทางกาย และการออกกำลังกาย. ใน: วิภาวรรณ สีลาสำราญ, วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์, บรรณาธิการ. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและในโรคต่างๆ (Exercise for health and disease). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2547.
27. ทิศนา แชมมณี. ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.





## ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ ที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผกาวดี บุญยชาติ\*  
จันทร์คำ โพธิ์ทอง\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยสามัญจำนวน 442 คน และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 159 คน เครื่องมือในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งถูกพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยและทีมผู้ปฏิบัติร่วมกันพัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ทบทวนและพัฒนา แนวทางปฏิบัติเดิม ระยะที่ 2 ร่วมสร้างนวัตกรรมสู่มาตรฐานการปฏิบัติ ระยะที่ 3 การนำนวัตกรรมไปใช้และใช้กระบวนการทางวิจัยในการประเมินประสิทธิผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่อง เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการติดเชื้อปอดอักเสบของศูนย์ควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลสระบุรี แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล และแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่มย่อยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. อุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจยังมีอัตราสูงขึ้นไปเป็น 14.58 ครั้ง/1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ
  2. พยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องการให้มีการดำเนินการต่อเนื่อง
- ข้อเสนอแนะ ควรนำรูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้ในกลุ่มอื่นเพื่อยืนยันผลลัพธ์

**คำสำคัญ :** การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ รูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

\* พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี

\*\* พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี



## Development of Ventilator Associated Pneumonia Preventive Model

---

*Pakavadee Boonyachart\**

*Junkum Pho-ong\*\**

### Abstract

This action research aimed to develop an Associated Pneumonia Preventive Model and assess its effectiveness. The sample consisted of 442 patients using a mechanical ventilator and 159 nurses in an ICU and general wards. The experimental instrument was the Ventilator Associated Pneumonia Preventive Model developed by the researchers and participants. The study was divided into 3 phases. Phase 1 involved a review of traditional practice and development. Phase 2 included a synthesis and development of an innovative model for standard practice. Phase 3 consisted of implementation of the developed model and assess its effectiveness in order to get information for continuous development. Instruments employed for data collection were Ventilator Associated Pneumonia (VAP) screening, questionnaire, and guideline for small group interview. Descriptive statistics and content analysis were used to analyze the data.

The results revealed that the incidence of Ventilator Associated Pneumonia continues to increase as high as 14.58 time/1,000 days of ventilator used. All nurses were satisfied with the model and had a desire to continue the Participatory Development Model. From the results it can be suggested that nurses can apply the participatory developing model in other settings and confirm the effectiveness of the model.

**Key word :** VAP , participatory developing model

---

\* Registered Nurse, Senior Professional Level, Saraburi Hospital

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



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต เป็นช่วงระยะที่ผู้ป่วยต้องการการประคับประคองชีวิตและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะอาจมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มาก ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนานตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไปมีโอกาสและความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>1</sup> จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 1995-2000 พบอัตราการเกิดปอดอักเสบมากเป็นอันดับหนึ่งของการติดเชื้อในหอผู้ป่วยหนัก<sup>2</sup> จากการศึกษาในต่างประเทศพบอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในช่วง 16.8-25 ครั้งต่อ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>3</sup> ปัจจัยที่พบว่ามีส่วนสัมพันธ์หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อนอกจากปัจจัยทางด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการ โรคเดิมของผู้ป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ภาวะภูมิคุ้มกัน และปัจจัยทางเชื้อก่อโรคซึ่งอาจเป็นเชื้อจุลชีพภายในหรือภายนอกตัวของผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก็นับได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการแพร่กระจายเชื้อ อาทิเช่น เครื่องมือทางการแพทย์ อากาศรวมทั้งบุคลากรผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาทั้ง 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่าเทคนิคในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยหลายอย่าง เช่น การสัมผัสร่างกายผู้ป่วย การดูแลอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจต่างๆ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเช่นกัน ถ้าบุคลากรขาดความระมัดระวังในขณะที่ปฏิบัติงานจะทำให้มีโอกาสที่เชื้อจุลชีพสามารถแพร่กระจายสู่ผู้ป่วยได้ง่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 700 เตียง มีผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ทั้งหอผู้ป่วยหนักและสามัญ มีปัญหาการขาดแคลนเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่การกระจายเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสม บางหน่วยต้องใช้

อุปกรณ์ร่วมกันทำให้เกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลสระบุรีจึงมีนโยบายในการพัฒนาระบบและกลไกในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการจัดตั้งศูนย์เครื่องช่วยหายใจและมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และช่างซ่อมเครื่องมือแพทย์ คณะกรรมการมีหน้าที่การจัดทำคู่มือการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานผล จากผลการดำเนินงานของศูนย์ในช่วงปี 2545 -2549 พบว่าอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงเป็น 5.75 คณะกรรมการได้พัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาการบริหารจัดการทางคลินิก โดยมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ ปรับปรุงเทคนิคการดูแลผู้ป่วย เสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การดำเนินงาน ได้พบปัญหาจากการปฏิบัติคือ การทำตามแนวทางปฏิบัติยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนเนื่องจากอัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ<sup>4</sup> นอกจากนั้นอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก็มีอัตราสูงขึ้น โดยปี 2550 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 6.49 ครั้ง ต่อ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>5</sup> ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง คือ ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และมีอัตราตายสูงขึ้น โดยสาเหตุการตายที่พบอันดับหนึ่งคือการติดเชื้อในกระแสเลือด รองลงมาคือ ปอดบวม นอกจากนี้ยังส่งผลต่อทีมบุคลากรต้องดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างใกล้ชิดต้องมีการงานในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น<sup>6</sup> ทีม ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้



เครื่องช่วยหายใจได้ตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วย การประสานการดูแลกับบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ตลอดจนบทบาทในการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นกลไกให้ผู้ร่วมปฏิบัติมีอิสระในการคิดสร้างสรรค์พัฒนางานและนวัตกรรมต่าง ๆ อันเป็นการตอบสนองทางจิตวิทยาให้เกิดความพึงพอใจและความสำเร็จในการทำงาน<sup>7</sup> และติดตามผลต่อการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และความพึงพอใจของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

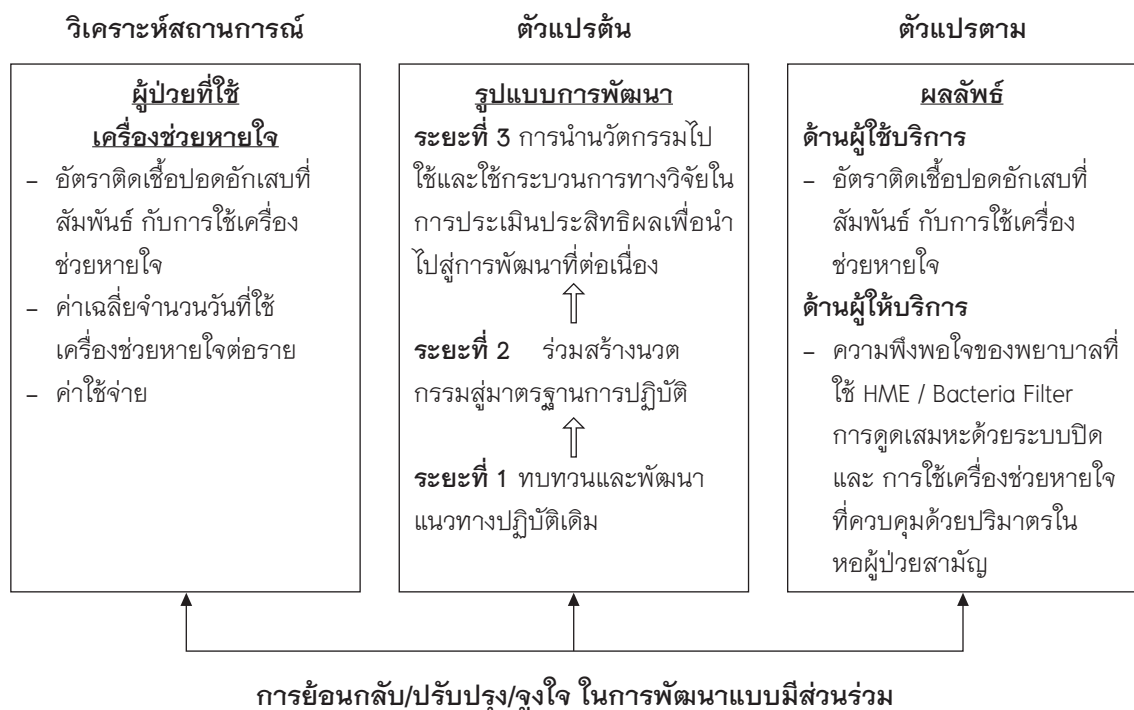
**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกัน

3. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนี้ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ โดยให้บุคลากรทุกฝ่าย โดยเฉพาะที่มการพยาบาลมีส่วนร่วมคิดร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผลและสะท้อนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 ระยะได้แก่ ระยะทบทวนและพัฒนาแนวทางปฏิบัติเดิม ระยะร่วมสร้างนวัตกรรมสู่มาตรฐานการปฏิบัติ และระยะการนำนวัตกรรมไปใช้และใช้กระบวนการทำวิจัยในการประเมินประสิทธิผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ทั้งด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการดังนี้





## วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 442 คนและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 159 คน

## กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1.1 อายุ 15 ปี ขึ้นไป

1.2 ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรมากกว่า 48 ชั่วโมง

2. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งในแผนกผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยสามัญ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ทบทวนและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเดิม ประกอบด้วย กิจกรรมการทบทวนแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่นการล้างมือก่อนการพยาบาล เทคนิคการดูดเสมหะและพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการล้างมือ การดูดเสมหะในระบบปิด และการพัฒนาการจัดการโดยใช้พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจทำหน้าที่ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย พบว่าการจัดทำนอนผู้ป่วยหัวสูงไม่ได้ตามมาตรฐานผู้ป่วยใน ICU มีปัญหาหยาเครื่องช่วยหายใจยากย้ายออกไม่ได้

ระยะที่ 2 ร่วมสร้างนวัตกรรมสู่มาตรฐานการปฏิบัติมีการพัฒนานวัตกรรมการจัดการ โดยนำเครื่องช่วยหายใจที่ควบคุมด้วยปริมาตรไปใช้ในหอผู้ป่วยสามัญภายใต้ระบบที่เลี้ยงจากพยาบาลหอผู้ป่วยหนักและส่งเสริม นวัตกรรมการปฏิบัติ ในการรณรงค์การล้างมือ วัดองศาเตียง การหยาเครื่องช่วยหายใจ พบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจน้ำให้ความชื้นหมดบ่อยและมีน้ำค้างสายเครื่องช่วยหายใจ

ระยะที่ 3 นำนวัตกรรมไปใช้และใช้กระบวนการทางวิจัยในการประเมินประสิทธิผลเพื่อนำสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมการประกวดผลงานคุณภาพและนวัตกรรมประจำปี และการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้ HME/Bacteria Filter กับ heated humidifier เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง ทีมได้ศึกษาวิจัยที่งานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2554-30 เมษายน 2555

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการติดเชื้อปอดอักเสบ แบบสัมภาษณ์ โดยการสนทนากลุ่มและแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) รูปแบบการดำเนินการทุกระยะของการพัฒนา ที่คณะผู้วิจัยร่วมกันสร้างขึ้น และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน พยาบาลศูนย์ควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 ท่าน

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability) แบบสอบถามความพึงพอใจได้ทดลองใช้กับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยสามัญแล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนความคิด



เห็นต่อการใช้ HME/Bacteria Filter ความคิดเห็นต่อการดูแลหม่ในระบบปิดและความคิดเห็นต่อการใช้ เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรเท่ากับ 0.80, 0.93 และ 0.82 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโดยสมัครใจ และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรีในการใช้ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษามีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป อุบัติการณ์การติดเชื้อ คะแนนความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สะท้อนสิ่งที่ปรากฏขึ้นและความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยในแต่ละระยะทุกชั้นตอน ตั้งแต่เริ่มวิเคราะห์ สถานการณ์ การวางแผน การลงมือปฏิบัติการสะท้อนการปฏิบัติและการพัฒนาต่อเนื่อง

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มอายุของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 29.86) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 80-89 ปี (ร้อยละ 18.33) โรคที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 5 อันดับแรก คือ ภาวะเลือดออกในสมอง (ร้อยละ 33.02) โรคเกี่ยวกับปอด (ร้อยละ 20) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 10.79) การติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 8.25) โรคหัวใจ (ร้อยละ 5.43)

พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 159 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม (ร้อยละ 41.50) รองลงมาคือหอผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 29.60)

และหอผู้ป่วยศัลยกรรม (ร้อยละ 28.96) นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่แล้วพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 54.70 รองลงมา 11-20 ปี ร้อยละ 34.60 และ 21-35 ปี ร้อยละ 10.70

จำนวนวันเฉลี่ยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยจำแนกตามรายปีตั้งแต่ปี 2551 ถึง 2555 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.71, 17.14, 13.25, 14.29 และ 14.59 ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจได้เน้นการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของสมาชิก ในการวางแผนและดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปี 2551-2555 มีการดำเนินงาน 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ทบทวนและพัฒนาแนวทางปฏิบัติเดิม ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) การทบทวนแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นหลักที่ปฏิบัติไม่ครอบคลุม คือการล้างมือก่อนการพยาบาล มีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 25 การวัด cuff pressure ไม่ครบถ้วน และเทคนิคการดูแลหม่ไม่ถูกวิธี

2) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ มีการพัฒนาศักยภาพ RCWN เป็นแกนนำในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการสนับสนุนอุปกรณ์ในการล้างมือทุกหน่วยงาน มีการจัดเตรียม alcoholic hand washing ไว้ที่เตียงผู้ป่วยหรือบริเวณที่ใช้สะดวก มีการประเมิน cuff leak test ก่อนการ Off ท่อช่วยหายใจ เพราะถ้าประเมินผ่านผู้ป่วยสามารถ ถอดท่อช่วยหายใจออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาการดูแลหม่ระบบปิดและศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีเดิม คือการดูแลหม่ระบบเปิด ผลการศึกษาพบว่า การดูแลหม่ระบบปิดช่วยลดภาระงานโดยสามารถดูแลหม่โดยใช้พยาบาลเพียงคนเดียว และลดความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน



ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีต้นทุนต่ำกว่า จึงขยายไปใช้ทุกหน่วยงาน

ระยะที่ 2 ร่วมสร้างนวัตกรรมสู่มาตรฐานการปฏิบัติ ประกอบด้วยสร้างนวัตกรรมการบริหารจัดการและนวัตกรรมปฏิบัติการ ด้านนวัตกรรมการบริหารจัดการมีการนำเครื่องช่วยหายใจที่ควบคุมด้วยปริมาตรไปใช้ในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งมีการจัดเสริมความรู้ให้หน่วยงาน และจัดระบบพี่เลี้ยง โดยระยะแรกให้พยาบาลจากหอผู้ป่วยหนักเป็นที่เลี้ยง มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 4 รุ่น เพื่อเป็นแกนนำในการลงประเมินหน่วยงาน สำหรับนวัตกรรมปฏิบัติการ มุ่งสร้างนวัตกรรมสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ตามแนวทาง WHAP ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบว่าผู้ป่วย 261 ราย สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ 120 ราย เท่ากับ 45.97% ระยะเวลาที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้สำเร็จ มากที่สุด 8-14 วัน จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 ส่งเสริมนวัตกรรมรณรงค์การล้างมือในรูปแบบที่พบว่ามีบุคลากรมีการล้างมือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.80 เป็นร้อยละ 82.06 นอกจากนี้มีการคิดนวัตกรรมวัดองศาเตียงพบว่าทุกหน่วยสามารถจัดทำนอนผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น มากกว่า ร้อยละ 98 ของหน่วยงาน

ระยะที่ 3 การนำนวัตกรรมไปใช้และใช้กระบวนการทางวิจัยในการประเมินประสิทธิผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรม

### ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ปี พ.ศ.	2551	2552	2553	2554	2555
อุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)	7.83	7.44	10.54	7.67	14.58

จากตาราง 1 จะเห็นได้ว่า การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอุบัติการณ์ไม่แน่นอน และเพิ่มสูงขึ้นจากค่าเฉลี่ย

ดังนี้

1) ทีมผู้วิจัยศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางาน โดยวิจัยเปรียบเทียบ HME/Bacteria Filter กับ heated humidifier ในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผลการศึกษาพบการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน แต่สามารถลดภาระงานของพยาบาลในการเติมน้ำให้ความชื้นและเทน้ำออกทิ้งจากสายเครื่องช่วยหายใจ ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ลดต้นทุน และบางครั้งถ้าสิ้นขณะเติมน้ำ น้ำอาจล้นเข้าเครื่องช่วยหายใจเครื่องชำรุด เสียเงิน ครั้งละประมาณ 70,000 บาท และมีการขยายผลใช้ HME/Bacteria Filter ในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกหอที่มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

2) ศึกษาดูงานและพัฒนานวัตกรรมหน่วยงาน สร้างแรงจูงใจประกวดผลงานคุณภาพและนวัตกรรม โรงพยาบาลสนับสนุนให้ RCWN ไปศึกษาดูงานโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อนำมาพัฒนางาน และมีการจัดประชุมวิชาการประจำปี โดยส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานนำเสนอผลงาน หรือนวัตกรรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้รางวัลและประกาศผลในงานวันเกิดของโรงพยาบาล

### ส่วนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3.1 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

7.83 ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในปี พ.ศ. 2551 เป็น 14.58 ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2555



### 3.2 ความพึงพอใจของพยาบาล

**ตารางที่ 2** ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้ HME/Bacteria Filer (n=159 คน)

ข้อความ	$\bar{x}$	SD	ความพึงพอใจ
1. ช่วยลดภาระงานในการเติมน้ำ เครื่องช่วยหายใจ	3.76	.47	ระดับมากที่สุด
2. ช่วยลดภาระงานในการเทน้ำที่ค้างในสายต่อเครื่องช่วยหายใจ	3.63	.55	ระดับมากที่สุด
3. ช่วยแก้ไขปัญหาเครื่องซารุดจากสาเหตุน้ำล้นเข้าเครื่องช่วยหายใจ ขณะเติมน้ำ	3.73	.91	ระดับมากที่สุด
4. ช่วยลดต้นทุนในเรื่องการซ่อมเครื่องช่วยหายใจจากสาเหตุ น้ำล้นเข้าเครื่อง	3.67	1.04	ระดับมากที่สุด
5. ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อขณะเทน้ำทิ้ง	3.61	.71	ระดับมากที่สุด
6. ช่วยให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงาน	3.76	.78	ระดับมากที่สุด
7. มีความพึงพอใจต่อการใช้ HME / Bacteria Filer	3.66	.52	ระดับมากที่สุด
โดยภาพรวม	3.69	.50	ระดับมากที่สุด

จากตาราง 2 จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้ HME/ Bacteria Filer ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 3.69$ ,  $SD = 0.50$ ) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การช่วยลดภาระ

งานในการเติมน้ำ ( $\bar{x} = 3.76$ ,  $SD = 0.47$ ) และการช่วยให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงาน ( $\bar{x} = 3.76$ ,  $SD = 0.78$ )

**ตารางที่ 3** ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการดูแลแบบปิด (n=159 คน)

ข้อความ	$\bar{x}$	SD	ความพึงพอใจ
1. วัสดุเหมาะสมในการนำมาใช้	3.37	.63	ระดับมาก
2. ขั้นตอนในการเตรียมไม่ยุ่งยาก	2.25	.65	ระดับปานกลาง
3. สะดวกรวดเร็วช่วยผู้ป่วยได้ทันที่	2.39	.62	ระดับปานกลาง
4. ประหยัดแรงงานและประหยัดเวลา	3.40	.61	ระดับมาก
5. ลดการแพร่กระจายเชื้อ	3.35	.72	ระดับมาก
6. เสียต่อการปนเปื้อนน้อย	3.36	.59	ระดับมาก
7. ลดจำนวนขยะ	3.35	.66	ระดับมาก
8. ความต้องการนำมาใช้ในหน่วยงาน	3.33	.73	ระดับมาก
9. ความพึงพอใจในการดูแลแบบปิด	3.33	.69	ระดับมาก
โดยภาพรวม	3.35	.55	ระดับมาก

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า โดยภาพรวมพยาบาลพึงพอใจต่อการดูแลแบบปิดในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.35$ ,  $SD = 0.55$ ) โดยข้อที่มีคะแนน

เฉลี่ยสูงสุด คือ การประหยัดแรงงานและเวลา ( $\bar{x} = 3.40$ ,  $SD = 0.61$ )





ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรที่หอผู้ป่วยสามัญ (n = 159)

ข้อความ	$\bar{x}$	SD	ความพึงพอใจ
1. ช่วยลดปัญหา ICU เต็ม	3.11	0.92	ระดับมาก
2. สามารถช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ	3.38	0.76	ระดับมาก
3. ช่วยแก้ปัญหาการฉีดยาผู้ป่วย Wean ยา	3.25	0.82	ระดับมาก
4. ปริมาณเพียงพอต่อการใช้งาน	2.79	1.21	ระดับมาก
5. สามารถปรึกษาพยาบาล ICU เมื่อเครื่องมีปัญหาในการใช้งาน	2.76	1.17	ระดับมาก
6. ความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ ควบคุม ด้วย ปริมาตร ในหอผู้ป่วยสามัญ	3.12	.80	ระดับมาก
โดยภาพรวม	3.08	70	ระดับมาก

จากตาราง 4 จะเห็นได้ว่า โดยภาพรวมพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรที่หอผู้ป่วยสามัญในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.08$ ,  $SD = 0.70$ ) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือสามารถช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ( $\bar{x} = 3.38$ ,  $SD = 0.76$ )

3.3 การสนทนากลุ่มย่อย พยาบาลจากหอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 40 คน พบว่า พยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องการให้มีการดำเนินการต่อเนื่อง โดยร้อยละ 95 พึงพอใจต่อการระดมความร่วมมืออย่างจริงจังในการดำเนินงานจากบุคลากรทุกฝ่าย ร้อยละ 70 พึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการออกแบบคุณภาพและการสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่สุด โดย พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและเสนอให้มีการดำเนินการต่อเนื่อง

### อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การศึกษาครั้งนี้มุ่งแก้ปัญหาการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเน้นรูปแบบที่ให้บริการทุกฝ่าย โดยเฉพาะที่ทำการพยาบาลเข้ามามีความคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผลเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี<sup>12-15</sup> และส่งเสริมการมีส่วนร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะที่ 1 การทบทวนและพัฒนาแนวทางปฏิบัติเดิมเกี่ยวกับหลักปฏิบัติในการล้างมือ การดูแลเสมหะ การวัด cuff pressure ซึ่งการติดตามประเมินปัญหาการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจยังไม่ลดลง ทีมผู้วิจัยและผู้ร่วมปฏิบัติเสนอให้มีการศึกษาดูงานภายนอกเพื่อหาวิธีแก้ปัญหาใหม่ โดยใช้หลักจิตวิทยาของผู้ปฏิบัติงานที่ต้องสนับสนุนให้ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ คิดค้นสิ่งใหม่ๆ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในความสำเร็จในงาน<sup>7</sup> จึงเกิดรูปแบบการพัฒนาในระยะที่ 2 การร่วมสร้างนวัตกรรมสู่การปฏิบัติ ซึ่งทีมผู้วิจัยและผู้ร่วมปฏิบัติมีความตื่นตัวในการสร้างนวัตกรรมมากมายในการแก้ปัญหาการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น นวัตกรรมการวัดองศาเตียง การใช้ weaning protocol และการนำเครื่องช่วยหายใจที่ควบคุมด้วยปริมาตรไปใช้ในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งบุคลากรทุกคนทุ่มเทการทำงานอย่างเต็มที่และ



มีระบบช่วยเหลือติดตามโดยพยาบาลผู้จัดการจากหอผู้ป่วยหนักและพยาบาลผู้จัดการ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Respiratory care ward nurse) แต่ละหอผู้ป่วย แต่การติดตามประเมินการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ยังคงไม่ลดลง ทีมวิจัยและผู้ร่วมปฏิบัติจึงปรับวิธีการดำเนินงานให้อยู่บนพื้นฐานของการวิจัย ตามแนวคิดที่ว่าการทำงานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นการยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีขึ้น ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้รวดเร็วลดภาระการทำงาน เกิดการทำงานแบบฉลาด (work smart) แทนการทำงานอย่างหนัก (work hard) แบบเดิม<sup>16</sup> การพัฒนาระยะที่ 3 จึงให้ความสำคัญกับการนำนวัตกรรมไปใช้และกระบวนการทางวิจัยมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การจัดลำดับที่คุณภาพและนำเสนอผลงานคุณภาพประจำปี การติดตามประเมินประสิทธิผลตามแนวปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อเนื่อง

2. อุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลสระบุรี ภายหลังจากพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจมีค่าเฉลี่ย เพิ่มสูงขึ้นจาก 7.83 ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในปี 2551 เป็น 10.54 ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในปี 2553 และ 14.58 ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี 2555 ตามลำดับ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจมีหลากหลายปัจจัยมากทั้งปัจจัยด้านการดูแลรักษา ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อและปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง<sup>8</sup> เช่นปัจจัยเกี่ยวกับอายุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 67.42 (n = 442) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีระบบภูมิคุ้มกันลดลงจึงมีภาวะง่ายต่อการติดเชื้อในร่างกาย

ประกอบกับการใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจทำให้มีการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น และซึ่งผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยถึงเท่าตัว<sup>9</sup> นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเลือดออกในสมองและมีปัญหาเกี่ยวกับปอด โรคหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทรวงอก โรคหัวใจ และปอดอักเสบจำนวนมาก ซึ่งล้วน เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>10</sup> แม้ว่าทีมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะพัฒนาเทคนิควิธีการแนวทางปฏิบัติและผลิตภัณฑ์นวัตกรรมในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการรายงานศึกษาที่ผ่านมาซึ่งมีการศึกษาการใช้กระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของบุคลากร การสนับสนุนอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการใช้งาน การกำหนดแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมรณรงค์การล้างมือมีผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง<sup>11-13</sup> อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ สภาพแวดล้อมเหมาะสมสามารถควบคุมปัจจัยแวดล้อมได้ง่าย แต่การพัฒนาแบบในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบที่ใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรและทีมพยาบาลทุกหน่วยที่มีการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งในระยะที่ศึกษาวิจัยมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวนมาก จนเตียงในหอผู้ป่วยหนักไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยหนักต้องออกมารักษาที่หอผู้ป่วยสามัญซึ่งมีสภาพแออัดและอุณหภูมิของห้องอาจมีส่วนต่อการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ความพึงพอใจของพยาบาลผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการพัฒนา



รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้เป็นเพราะรูปแบบการพัฒนาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการคิดค้นนวัตกรรมและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ RCWN เป็นผู้จัดการดูแลและที่ปรึกษาของทีมงานของบุคลากรพยาบาลทุกระดับ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความพอใจและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความพึงพอใจในการทำงานเกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบและมีอำนาจรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่ เป็นการตอบสนองความต้องการทางจิตวิทยาของมนุษย์ในการต้องการการยอมรับ การยกย่อง นอกจากนี้ ปัจจัยจูงใจ เช่น งานที่ทำท้าทายความสามารถอาศัยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ คิดค้นสิ่งใหม่ๆ ไม่ควบคุมมากเกินไปเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจกับงานโดยตรง<sup>7</sup> ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องการศึกษาวิจัยในการพัฒนาองค์กรแบบมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของพยาบาลผู้ปฏิบัติการทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานได้<sup>14,15</sup> นอกจากนี้ในการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการกระจายผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจไปอยู่ หอผู้ป่วยสามัญโดยเห็นว่าเป็นการแก้ปัญหาความไม่เพียงพอของเตียงในหอผู้ป่วยหนักและเป็นวิธีที่ทุกคนมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยพยาบาลพึงพอใจในการใช้ HME/Bacteria Filter ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.66$ ,  $SD = 0.52$ ) โดยเห็นว่าช่วยลดภาระงานในการเติมน้ำและเทน้ำที่ ค้างในสายต่อเครื่องช่วยหายใจ และช่วยให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงาน

### ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะ ไปใช้ในกลุ่มอื่นเพื่อยืนยันผลลัพธ์และศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

### เอกสารอ้างอิง

1. Weber and Rutala. cleansing and disinfection and sterilization. APIC text of infection control and epidemiology. APIC Inc; 2005.
2. National Nosocomial Infection Surveillance. System report and data summary. American Journal of infection control 2004; 32, 470-485.
3. Heyland et al. Prevention of ventilator associated pneumonia :current practice in canadian intensive care units. Journal of critical care 2002;17(3),161-167.
4. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ.โรงพยาบาลสระบุรี (2547).รายงานผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
5. ศรีสุริย์ เอื้อจิรพงษ์พันธ์. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง Definition of Nasocromial Infection โรงพยาบาลสระบุรี 2553.
6. Rosenthal et al. Impact of an infection control program on rates of VAP in ICU in Argentinean hospital. AJIC 2006; 34(2): 58-63.
7. Kotlerand Armstrong <http://krufonclass9.blogspot.com/p/blog-page.html>. 20January2013 (Online).
8. สมหวัง ด้านชัยจิตร.วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล.กรุงเทพฯ: อักษรสมัย; 2548
9. กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร.ประสพการณ์การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาล อุดรดิตต์; 2552
10. Tablan et al. "Guidelines for health care associated pneumonia: recommendations of CDC and the health care infection control practices advisory committee. infection control committee 2004 ; 53 :1-36



11. กมลวรรณ ไครบุตร.ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการปฏิบัติของพยาบาลต่ออุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบ ที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
12. ลดาวัลย์ ศรีสุวรรณ. การพัฒนาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบ ที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
13. วงเดือน ภาฯ.การพัฒนาคุณภาพการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจโรงพยาบาลชัยภูมิ.วารสารกองการพยาบาล 2553; 37 (3).
14. จีรวรรณ อินคุ่ม และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ.Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 2009; 4(4).
15. ทศนี ยงตระกูล, มนสภรณ์ วิฑูรเมธา และดารณี สุวภาพ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความพึงพอใจในงานและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาล.รายงานการประชุมวิชาการเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง: หนทางสู่ Best Practiceบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต; 2552.
16. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.คู่มือเคล็ดไม่ลับ R2R.เอกสารการประชุม “วิถี R2R เรียบง่ายคุณภาพ ครบวงจร” ศูนย์ประชุมอิมแพคเมืองทองธานี; 2555.



## การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถ ของตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล

จรรยารัตน์ รอดเนียม\*

สกุณตลา แซ่เตียว\*\*

วรรณวรรณ จันทร์เมือง\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นประชากรทั้งหมด คือ นัก ศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 44 ปีการศึกษา 2553 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 152 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.709 และเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ซึ่งใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ มีการตรวจสอบคุณภาพของอุปกรณ์และ ความถูกต้องของการวัดก่อนใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่าที่ และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ทั้งก่อนและหลังเรียน โดย ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งก่อนและ หลังเรียนอยู่ในระดับน้อย โดยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเรียนสูงกว่าหลังเรียน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน และหลังเรียนทุกด้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

2. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ นักศึกษาพยาบาล แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา



## Perceived Benefits, Perceived Barriers, Perceived Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors, and Health Status of Nursing Students

.....

Jaroonrat Rodniam\*

Sakuntala Saetiaw\*\*

Worawan Jantaweemuang \*\*

### Abstract

This descriptive research aimed to investigate 1) perceived benefits of action, perceived barriers of action, perceived self-efficacy, health promoting behaviors, and health status, and 2) the relationship between perceived benefits of action, perceived barriers of action, perceived self-efficacy and the health promoting behaviors. The sample included all 152 nursing students in the 2nd year, academic year 2010, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla (BCNSK). Research instruments used in this study were 1) self-reported questionnaire consisted of five parts, and 2) physical measurement tool for indicating health status. Quality of the research instruments was examined. Data were analyzed using computer software packages. The statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient analysis. Major findings were as follow:

1. Both before and after taking the course, the perceived benefits of action was at the highest level, the perceived self-efficacy, the health promoting behaviors, and the health status were at a high level. The mean scores after taking the course were higher than before taking the course. The perceived barriers of action before and after taking the course were at a low level. The mean scores before taking the course were higher than after taking the course. The difference in mean scores between before and after taking the course was statistically significant ( $p < .01$ ).

2. Perceived benefits of action, perceived barriers of action, perceived self-efficacy and health promoting behaviors were correlated at a statistically significant level ( $p < .05$ ).

**Keywords:** Health Promoting Behavior, Nursing student, Pender's Health Promoting Model

\* Registered Nurse (Senior Professional Level)

\*\* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญที่ทำให้คนมีสุขภาพดี เป็นกิจกรรมที่ส่งผลให้รู้จักดูแลตัวเองให้แข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่าย ลดโอกาสในการเกิดสถานการณ์สุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ อีกทั้งยังก่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังปัญญา (Empowerment) ซึ่งการสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health empowerment) เป็นกระบวนการช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ในระยะที่ผ่านมาการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องต่างๆ ยังได้รับความสนใจน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาล นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลจะต้องดำเนินการด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีในระยะยาว ดังนั้นบุคคลส่วนใหญ่จึงละเลยและไม่เอาใจใส่อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ ค.ศ.1990 เป็นต้นมา การส่งเสริมสุขภาพเริ่มเป็นที่สนใจมากขึ้นและจัดเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขในยุคใหม่ ซึ่งเป็นเวลาเกือบทศวรรษหลังคำประกาศอัลมาอาตา ว่าด้วยเป้าหมายแห่ง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และยุทธศาสตร์แห่ง “การสาธารณสุขมูลฐาน” องค์การอนามัยโลกได้หันมาผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง การดำเนินงานสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพ สิ่งสำคัญที่เกิดจากการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกล่าวว่าสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนมีโอกาสที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพดีได้อย่างแท้จริงโดยทุกคน ทุกส่วนของสังคมจะต้องมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพดี ตามแนวคิดของเพนเดอร์<sup>1</sup> พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในวิถีชีวิตของบุคคล (Health Promoting Lifestyle) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทาง

จิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด

พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการสร้างเสริมภาวะสุขภาพของประชาชน ในฐานะที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา เป็นสถาบันในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีพันธกิจหนึ่งในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล ได้ผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตขึ้น โดยในหลักสูตรได้จัดให้มีการเรียนการสอนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้นักศึกษามีความรู้ ตระหนักถึงคุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนสามารถสร้างเสริมศักยภาพของบุคคลวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ในการดูแลตนเองแบบองค์รวมได้ โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ยึดหลักจริยธรรมและหลักสิทธิมนุษยชน<sup>2</sup>

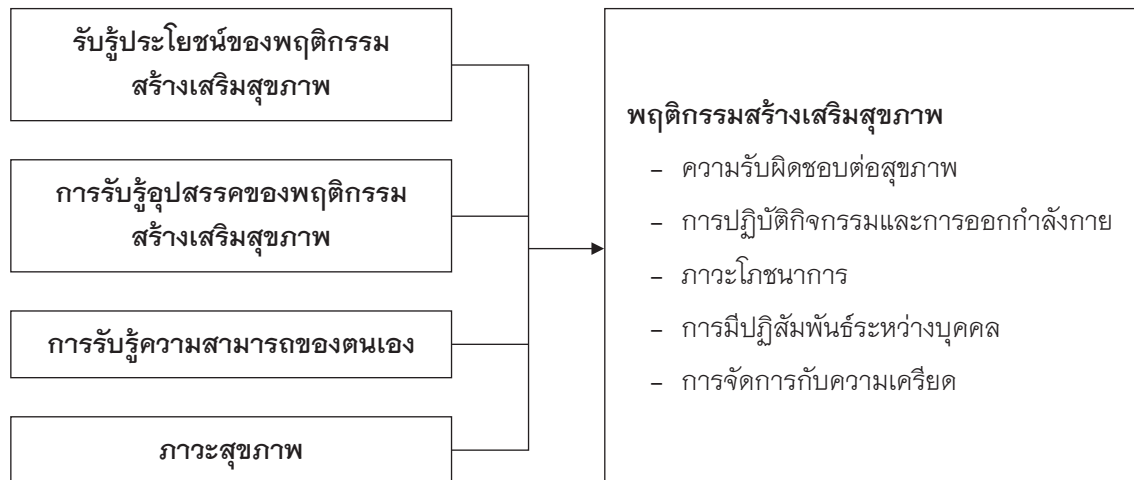
การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาถึงการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านดังกล่าวข้างต้น โดยใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์เป็นแนวทางในการศึกษา และภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเล็งเห็นว่า การบูรณาการการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยกับประสบการณ์จริงในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง จะทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนต่อไป ที่มีความเข้าใจมีความสนใจที่จะศึกษา ในประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล



ศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2553  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ทั้งก่อนและหลังเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาทุกคน ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 44 ปีการศึกษา 2553 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>1</sup> มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมกรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมด้วย ดังแสดงใน ภาพที่ 1

จำนวน 152 คน

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามของ สุภณีชญาน์ พลิกเพชร<sup>3</sup> ประกอบด้วย 5 ตอน คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้าง





เสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีของครอนบาค โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.709

2.2 เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ใช้ประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความจุปอด เครื่องมือวัดความอ่อนตัว แรงบีบมือ แรงเหยียดหลัง แรงเหยียดขา มีการตรวจสอบคุณภาพของอุปกรณ์และความถูกต้องของการวัดก่อนใช้

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ (ได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา)

3.2 ประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเรียนโดยใช้แบบสอบถามและเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความจุปอด เครื่องมือวัดความอ่อนตัว และเครื่องมือวัดไขมันของร่างกาย พร้อมแบบบันทึกภาวะสุขภาพ

3.3 ประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียนโดยใช้แบบสอบถามและเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความจุปอด เครื่องมือวัดความอ่อนตัว และเครื่องมือวัดไขมันของร่างกาย พร้อมแบบบันทึกภาวะสุขภาพ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะตนเอง พฤติกรรม

สุขภาพและภาวะสุขภาพ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะตนเอง พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพก่อนและหลังเรียน โดยใช้สถิติหาค่าที่ (dependent T-test)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 93.4 อายุเฉลี่ย 19.65 ปี รายได้อยู่ในช่วง 3,001-4,000 บาท จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8 รองลงมาอยู่ในช่วง 2,001-3,000 บาท จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 30.94 นับถือศาสนาพุทธจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 90.8 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 โดยโรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ภูมิแพ้

2. การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 พบว่า ก่อนเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.51$ ,  $SD = 0.27$ ) และหลังเรียนอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 4.68$ ,  $SD = 0.25$ ) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเรียน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยรวมและรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน

3. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 พบว่า ก่อนเรียนอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.13$ ,  $SD = .38$ ) และหลังเรียนอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน ( $\bar{X} = 1.90$ ,  $SD = .38$ ) แต่



ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนต่ำกว่าก่อนเรียน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเรียน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน

4. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 พบว่าก่อนเรียนคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.69$ ,  $SD = 0.39$ ) และหลังเรียนอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 4.08$ ,  $SD = 0.38$ ) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเรียน พบว่ามีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน

5. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 พบว่า ก่อนเรียนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 1.38$ ,  $SD = .18$ ) และหลังเรียน อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 1.54$ ,  $SD = .18$ ) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังเรียน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเรียน วิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อนเรียน			หลังเรียน			t	p
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.19	.32	ปานกลาง	1.51	.33	สูง	-10.71	.00
2. ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย	1.24	.32	ปานกลาง	1.47	.39	สูง	-6.31	.00
3. ด้านโภชนาการ	1.10	.25	ปานกลาง	1.22	.27	ปานกลาง	-5.07	.00
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1.48	.34	สูง	1.56	.40	สูง	-1.98	.05
5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	1.64	.31	สูง	1.76	.27	สูง	-4.34	.00
6. ด้านการจัดการความเครียด	1.53	.29	สูง	1.65	.26	สูง	-4.56	.00
<b>รวม</b>	<b>1.38</b>	<b>.18</b>	<b>สูง</b>	<b>1.54</b>	<b>.18</b>	<b>สูง</b>	<b>-10.00</b>	<b>.00</b>

6. ภาวะสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยชีพจร ความดันโลหิต ความจุปอด แรงบีบมือ แรงเหยียดหลัง แรงเหยียดขา ความอ่อนตัวด้านหน้า ดัชนีมวลกายก่อนและหลังเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย พบว่า ก่อนเรียนอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} =$

3.60,  $SD = .28$ ) และหลังเรียน อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 4.22$ ,  $SD = .32$ ) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเรียน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเรียน			หลังเรียน			t	p
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ภาวะสุขภาพ	3.60	.28	มาก	4.22	.32	มาก	-24.61	.00

7. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2553 พบว่า ความสัมพันธ์ในระดับต่ำ คือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้อุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.21, p < .05$ ) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรม

การสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .26, p < .01$  และ  $r = .21, p < .01$  ตามลำดับ) ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง คือ การรับรู้ อุปสรรค มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.46, p < .01$  และ  $r = -.50, p < .01$ ) ส่วนความสัมพันธ์ในระดับสูง คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .65, p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ตัวแปรที่ศึกษา	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้อุปสรรค	การรับรู้ความสามารถ	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
การรับรู้ประโยชน์	1.00			
การรับรู้อุปสรรค	-.21*	1.00		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.26**	-.46**	1.00	
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.21**	-.50**	.65**	1.00

### การอภิปรายผล

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งก่อนและหลังเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของนักศึกษาพยาบาล ชั้น

ปีที่ 2 ปีการศึกษา 2553 อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของชลลดา ไชยกุลวัฒนา<sup>4</sup> ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี แตกต่างจากผลการศึกษาเกี่ยวกับ



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและ นนทบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>5</sup> คือพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ พอใช้ นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี<sup>6</sup> และการศึกษาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย พยาบาลศรีมหาสารคาม<sup>7</sup> พบว่าระดับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลางขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาล เป็นผู้ที่ได้รับการสอน กลุ่มมเกล่า และพัฒนาตนเอง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อที่จะได้เป็นแบบอย่าง ที่ดีทางด้านสุขภาพต่อไป

นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะ สุขภาพของนักศึกษาพยาบาลหลังเรียนสูงกว่าก่อน เรียน นั่นคือหลังเรียนนักศึกษามีการรับรู้ที่ดีขึ้น ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพหลังเรียนต่ำกว่าก่อนเรียน ซึ่งแสดงถึง แนวโน้มที่ดีที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพของนักศึกษาต่อไป ทั้งนี้ตามแบบจำลอง การสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>1,8</sup> อธิบายว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะ ได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การคาดหวัง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นแรงเสริม ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อ หรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะ กระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์ที่แตกต่าง หลากหลาย และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึง สิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ โดยจากผลการวิจัยพบว่า หลัง

การเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการ เจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักศึกษา พยาบาลสูงขึ้น ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมลดลง ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวนำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาและ ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้ในการจัดการเรียนการ สอนในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน การเจ็บป่วยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลาได้ดำเนินการภายใต้แนวคิดการจัดการศึกษา ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และให้บัณฑิตมีคุณลักษณะ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” โดย แนวคิดสำคัญที่ใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน คือ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ปรัชญา การสาธารณสุขแนวใหม่ นั่นคือ การเน้นสุขภาพดี เป็นเป้าประสงค์ของการพัฒนาประชาชนและ เป้าหมายดำเนินงาน การดูแลสุขภาพเน้นความเป็น องค์กรวมของมนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ โดยพัฒนาประชาชนให้มีศักยภาพในการพึ่งตนเอง ในการดูแลสุขภาพ และการจัดกระบวนการเรียน การสอนมุ่งให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจในศาสตร์ ความรู้และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการสร้างเสริม สุขภาพ สามารถเชื่อมโยงกับความจริงทางสังคม และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้ โดยเริ่มต้นจาก ตนเองก่อน แล้วจึงนำความรู้และทักษะของตนไปให้ บริการสุขภาพและสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรม การสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป ซึ่ง กระบวนการจัดการเรียนการสอนดังกล่าว เป็นส่วน สำคัญที่ช่วยพัฒนานักศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และลดการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่ดี ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสกุณตลา แซ่เตียว และนัยนันต์ จิตประพันธ์<sup>9</sup> ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนที่เน้น ผู้เรียนเป็นสำคัญรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษา



พยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของนักศึกษา หลังสิ้นสุดการเรียนการสอนทันทีดีกว่าก่อนการจัด การเรียนการสอน

2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2553 ก่อนและหลังเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย

ผลการวิจัย พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>8</sup> ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ทางบวกของการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกับการรับรู้ ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ทางลบของการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมกับการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ของ พิชฌามย์วีร์ สิงห์ปัญจนี และคณะ<sup>10</sup> ที่ศึกษา เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี โดยการรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการ รับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทาง บวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ รวมทั้งการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานครและนนทบุรี สังกัดกระทรวง

สาธารณสุข<sup>11</sup> พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ

อย่างไรก็ตามโดยทั่วไป ถึงแม้ว่านักศึกษา มีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง ในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างดี แต่ ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และมีภาวะสุขภาพที่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากการ เปลี่ยนแปลงการรับรู้ง่ายกว่าการลงมือปฏิบัติ และ เช่นเดียวกัน การส่งเสริมการรับรู้ทำได้ง่ายกว่าการ ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำ ได้ยาก ต้องอาศัยระยะเวลา และปัจจัยทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการ นำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าทีมผู้วิจัย มีการเก็บข้อมูลนักศึกษาทั้งก่อนและหลังเรียน ทั้งนี้ เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียน การสอนรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการ เจ็บป่วยต่อไป โดยควรจัดการเรียนการสอนที่ หลากหลาย เน้นให้นักศึกษาเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริม สุขภาพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยเริ่มต้นที่ตนเอง ก่อน โดยอาจมอบหมายให้นักศึกษาแต่ละคนเลือก พฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เป็นปัญหามากที่สุด และนำมาแก้ไข โดยใช้เวลาตลอดภาคการศึกษาที่ เรียนหรืออาจต่อเนื่องไปจนถึงภาคปฏิบัติวิชาการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้สอนสามารถใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ และการ รับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การ รับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการประเมินนักศึกษา



นอกจากนี้ควรใช้คะแนนเป็นเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของนักศึกษาเพื่อเป็นส่วนหนึ่งที่จะจูงใจให้นักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เป็นวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพจึงควรมีนโยบายและการวางแผนที่ชัดเจนในการพัฒนาความรู้ ทักษะคติดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการรณรงค์และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งมีแบบอย่างของครูที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่หลากหลายในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

2. ในการประเมินภาวะสุขภาพ นอกจากการประเมินมิติทางด้านร่างกาย ควรมีการประเมินมิติด้านอื่น ๆ เช่น ด้านอารมณ์/จิตใจ เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. Health Promotion in Nursing Practice. (4th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.; 2002.
2. สถาบันพระบรมราชชนก. คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ยุทธวิธีนทร์การพิมพ์; 2554.
3. ฐานิชญาณ์ ผล็กเพชร. รายงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลตำบลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. กองสาธารณสุขและ

สิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา; 2552.

4. ชลลดา ไชยกุล. รายงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเทคโนโลยีราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี; 2549.
5. ภิญญา หนูภักดี และจิตกรดา ศรีสารคาม. รายงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและนนทบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
6. สุวีรัตน์ รงเรืองและสมเกียรติ สุขนันตพงศ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2554;17 (1): 110-123.
7. จารุวรรณ ชูปวา. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. มหาสารคาม: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
8. Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange; 1996.
9. สกุนตลา แซ่เตี๋ย และนัยนันต์ จิตประพันธ์. รายงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
10. พิษณายวีร์ สิงห์ปัญจนท์ และคณะ. รายงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. ราชบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2546.



## ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ภาวดี วิมลพันธุ์\*

ชนิษฐา พิศมลลาด\*

### บทคัดย่อ

ประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ความเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต และเกิดผลกระทบด้านจิตสังคม คือ การพลัดตกหกล้ม การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง เชียงราย ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2556 มีประวัติการพลัดตกหกล้ม แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 23 คน จัดให้แต่ละคู่มีความใกล้เคียงในเรื่องเพศ อายุ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 2) การออกกำลังกายแบบไทชิ 3) การทบทวนแผนการรักษาโดยใช้ยา 4) การประเมินและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น 5) การประเมินและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม พัฒนาจากการค้นหาสถานการณ์ปัญหาโดยการสนทนากลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชน จากนั้นจัดกลุ่มเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุและพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ก่อนนำประเด็นความคิดเห็นสู่การร่างโปรแกรม และหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 จากนั้นปรับปรุงโปรแกรม แล้วทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการพลัดตกหกล้มผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นาฬิกาที่ผ่านการสอบเทียบเครื่องมือ ใช้จับเวลาการทดสอบความสามารถในการลุกและการก้าวเดิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ค่าที (Dependent t-test and independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = 2.36$  และ  $\bar{X} = 0.77$ ,  $t = 4.45$ ,  $p < .001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุภายหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = 0.77$  และ  $\bar{X} = 1.55$ ,  $t = 2.32$ ,  $p < .05$ )

ดังนั้นโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มนี้จึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายต่อไป

**คำสำคัญ :** โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม การพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ

\* อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



## Effect of a Fall Prevention Program on Falls among Elderly People

Pawadee Wimolphan\*

Kanitta Pitchalard\*

### Abstract

The size of the elderly Thai population is increasing statistically. Fall is a high risk factor which is the cause of injury, death and psychosocial problems among elderly people. This quasi-experimental study aimed to determine the effects of a fall prevention program on falls among elderly people. The sample consisted of forty-six elderly people lived in the community of Tambol Mae Kawtom Amphur Muang Chiangrai, from April to June 2013. Twenty-three subjects who met the selection criteria were included in experimental group and the other twenty-three subjects were included in the control group. Gender, age, and muscle strength and balance were used for this matched pairs design. The research instrument was the fall prevention program. Principles of the fall prevention program were 1) health education, 2) Tai-chi, 3) medication review, 4) visual assessment and management, and 5) environment management. This program was developed by a focus group and participatory learning group. The content validity of 0.94 was sought from experts. The program was piloted with the elderly who were similar to the sample. The assessment tool was composed of a demographic data record and a fall data record form with a content validity of 0.92. The calibrated clock was used to select the sample by checking the time used for getting up and walk. Dependent and independent t-tests were used for data analysis.

The results revealed that the experimental group had a statistically significant lower fall frequency after receiving than before receiving the fall prevention program ( $\bar{X} = 2.36$  and  $\bar{X} = 0.77$ ,  $t = 4.45$ ,  $p < 0.001$ ). Additionally, the experimental group had statistically significant fall frequency less than that of the control group ( $\bar{X} = 0.77$  and  $\bar{X} = 1.55$ ,  $t = 2.32$ ,  $p < 0.05$ ).

The study showed that a fall prevention program was successfully used for elderly people living in Tambol Mae Kawtom Amphur Muang Chiang Rai, in order to prevent falls.

**Key words:** falls prevention program, falls, the elderly

\* Lecturer of School of Nursing, Mae Fah Luang University





## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ.2556 มีประมาณ 9,517,000 คน<sup>1</sup> โดยมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุ คือ การพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลนาน สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลใกล้ชิด สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก<sup>2,3</sup> อัตราการเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทวีความรุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้น ในประเทศไทย แม้ว่าจะไม่มีการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ แต่สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี มีสถิติการพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี และประมาณร้อยละ 50 มักเกิดอุบัติเหตุซ้ำ รัฐต้องเสียงบประมาณค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก คาดว่าในปี 2030 อาจเพิ่มสูงมากกว่า 44 พันล้านเหรียญสหรัฐ<sup>4</sup>

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในบ้าน<sup>5</sup> จากการศึกษาของ พิมพัชรินทร์ ลิ้มสุขสันต์<sup>5</sup> พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเคยเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากการเดินสะดุดบริเวณที่เกิดเหตุบ่อยที่สุด คือ ห้องน้ำและทางเดินนอกตัวบ้าน สาเหตุมาจากความเสื่อมในการทำหน้าที่ของร่างกายตามวัยหรือการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เช่น ความสามารถในการมองเห็นลดลง ประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้และการสัมผัสควบคุมการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำหน้าที่ผิดปกติ การได้รับยาที่ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะซึมเศร้า ภาวะเพื่อคลั่ง ความเครียดและความวิตกกังวล ความหวาดกลัวการพลัดตกหกล้ม (fallophobia) เป็นต้น<sup>6</sup> นอกจากนี้การทอดทิ้งหรือละเลยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ขาดผู้ดูแล การทารุณกรรม และการผูกมัดผู้ป่วย<sup>4,6</sup> ก็เป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากการศึกษาของกรีนีและดี ฟาบีโอ (Greany & Di Fabio)<sup>7</sup> พบว่า

ปัจจัยทำนายการเกิดอุบัติเหตุและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุคือ ประวัติการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และผลการทดสอบความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน (Timed up and go test) ที่เป็นบวก

การพลัดตกหกล้มทำให้เกิดผลกระทบในหลากหลายมิติโดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งนอกจากการเกิดบาดแผลตามร่างกายแล้วยังพบว่า ผู้สูงอายุหลายรายมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน การบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งการหักของกระดูกเชิงกรานต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าเดิมและบางรายเสียชีวิตในเวลาต่อมา<sup>8</sup> ผู้สูงอายุเองและครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา<sup>4</sup> รัฐต้องสูญเสียงบประมาณด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก<sup>9</sup> นอกจากนี้หลังเกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุบางรายจะวิตกกังวลและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง กลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำ (fear of falling) แม้กระทั่งในรายที่ยังไม่เคยมีการพลัดตกหกล้มมาก่อน ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เศร้าซึม และแยกตัวออกจากผู้อื่นและสังคมรอบข้าง<sup>6</sup>

หลายองค์การได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มเพื่อใช้ป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุทั้งขณะรักษาในโรงพยาบาลและขณะอยู่ในชุมชนโดยการใช้หลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ (evidence based practice) ประเด็นเนื้อหาสำคัญ เช่น การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุรวมทั้งประชาชนที่อยู่ในชุมชน การออกกำลังกายแบบไท้ชีเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและประสิทธิภาพในการทรงตัว การทบทวนการรักษาโดยการใช้ยา การประเมินความสามารถในการมองเห็นและการจัดการปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การประเมินและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น<sup>10</sup> ได้มีการนำโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุบ้าง แต่พบว่า ความสำเร็จในการใช้โปรแกรมแตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการปฏิบัติแต่ละอย่างอาจมีความ



เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเท่านั้น ดังการศึกษาของกิลเลสปีและคณะ (Gillespie et al)<sup>10</sup> ที่ได้ทบทวนผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่า ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจนว่าการออกกำลังกายแบบไท้ที่สามารถลดอัตราการการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แต่ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Diseases Control and prevention)<sup>9</sup> ได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มขึ้นเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ องค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุรวมทั้งประชาชนที่อยู่ในชุมชน การออกกำลังกายโดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบไท้ เนื่องจากการออกกำลังกายวิธีนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัว กล้ามเนื้อแข็งแรงและมีการยืดหยุ่นมากขึ้น การทบทวนการรักษาโดยการใช้อายูเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม การประเมินความสามารถในการมองเห็นและการจัดการปัญหาด้านการมองเห็น การประเมินและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้มีการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแต่เป็นเพียงการเลือกใช้อย่างจำกัดที่ระบุในโปรแกรมเท่านั้น

จากสถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์<sup>11</sup> พบว่า ในปี 2552 มีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้ม จำนวน 1,333 ราย ในปี 2553 มีจำนวน 1,382 ราย และในปี 2554 มีจำนวน 1,447 ราย ตามลำดับ สูญเสียค่ารักษาจำนวนมาก โดยค่ารักษาเฉลี่ยประมาณ 8,576 บาทต่อราย และต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานเฉลี่ย 8 วัน ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา และภาวะที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแล ผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นและผลของการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ออุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดย

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่และมีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

### วัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลปกติ

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตกหกล้ม ชุมชนตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2556

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุมีการพลัดตกหกล้มเนื่องจากสาเหตุสำคัญคือ 1) ปัจจัยภายในที่ทำให้ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น ความเสื่อมของร่างกาย การเจ็บป่วยและการรักษา ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียดและวิตกกังวล ภาวะสับสนและเพ้อคลั่ง และความหวาดกลัวต่อการพลัดตกหกล้ม 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความไม่มั่นคงของที่อยู่อาศัย โครงสร้างที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม และการทอดทิ้งหรือละเลยผู้สูงอายุ เป็นต้น การดูแลผู้สูงอายุตามโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มตามกรอบ



แนวคิดของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ และผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน จะทำให้ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลง ประเมินได้จากจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** เป็นผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตกหกล้ม อาศัยในตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2556

**กลุ่มตัวอย่าง** สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตกหกล้ม อาศัยในชุมชน ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2556 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 23 คน

#### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

**เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม** รู้สึกตัวดี สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ ได้รับการวินิจฉัยจากพยาบาลเวชปฏิบัติว่า ไม่มีโรคสมองเสื่อม ผลการตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวปกติ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออกจากรวม** ภายหลังเข้าร่วมในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถขยับตัว ลุกนั่ง หรือเดินได้ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างทดลอง หรือขาดการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1-4

**การจัดกลุ่มตัวอย่าง** กำหนดให้ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมืองเชียงราย ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2556 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 28 คน เข้าอยู่ในกลุ่มทดลอง และอีกจำนวน 28 คน เข้าอยู่ในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้จัดให้แต่ละคู่มีความใกล้เคียงในเรื่องเพศ อายุ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและ

การทรงตัวซึ่งวัดได้จาก ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน (timed up and go test) เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการเคลื่อนไหวร่างกาย<sup>5,7</sup> ในระหว่างดำเนินการวิจัยมีผู้สูงอายุบางส่วนออกจากการวิจัยเนื่องจากขาดการเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน อยู่ในกลุ่มทดลอง และอีกจำนวน 23 คน อยู่ในกลุ่มควบคุม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากการค้นหาสถานการณ์ปัญหาโดยการสนทนากลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชน จากนั้นจัดกลุ่มเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุและพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ก่อนนำประเด็นความคิดเห็นสู่การร่างโปรแกรมสาระสำคัญของโปรแกรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 2) การออกกำลังกายแบบไท่ชี่ 3) การทบทวนการรักษาโดยใช้ยา 4) การประเมินและการแก้ไขปัญหายุ่งเกี่ยวกับการมองเห็น 5) การประเมินและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สื่อประกอบในการใช้โปรแกรมมีดังนี้

**1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม** ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการสอน เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ใช้ในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแล

**1.2 การออกกำลังกายแบบไท่ชี่** ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการสอนและโปสเตอร์เรื่อง การออกกำลังกายแบบไท่ชี่ รวมทั้งนำวิดีโอต้นเรื่อง การออกกำลังกายแบบไท่ชี่ ของกรมอนามัย ใช้ประกอบ



การสอนกลุ่มตัวอย่างและสำหรับกลุ่มตัวอย่างฝึกออกกำลังกาย

### 1.3 การทบทวนการรักษาโดยการใช้น้ำยา

ผู้วิจัยซักถามประวัติการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้สูงอายุในรายที่มีปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน รวมทั้งจัดทำแผนการสอน เรื่องยาที่เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มได้บ่อยในผู้สูงอายุ ใช้สอนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีสาเหตุจากการใช้ยา

### 1.4 การประเมินและการแก้ไข

**ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น (Visual acuity)** ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการมองเห็นของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ snellen chart ให้คำแนะนำและส่งต่อผู้สูงอายุในรายที่มีปัญหาด้านการมองเห็น รวมทั้งจัดทำแผนการสอน เรื่อง ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุ สำหรับสอนกลุ่มตัวอย่าง เรื่องการมองเห็นและแนวทางการแก้ไขปัญหา

### 1.5 การประเมินและการจัดการ

**สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย** ผู้วิจัยประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ให้คำแนะนำและประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาสีวแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และจัดทำแผนการสอน เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สำหรับให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมของบ้านที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม ดังนี้

#### 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย เพศ อายุ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว

#### 2.2 แบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม

สำหรับบันทึกอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในช่วงก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มทดลอง รวมทั้งก่อนและหลังการดูแลปกติในกลุ่มควบคุม

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ นาฬิกา ซึ่งใช้จับเวลาในการลุกยืน

และก้าวเดิน เพื่อทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**1. โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ**

**การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)** ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยค้นหาสถานการณ์ปัญหาจากการสนทนากลุ่ม (focus group) ของผู้สูงอายุในชุมชน จากนั้นจัดกลุ่มเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning group) ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนและพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ก่อนนำประเด็นความคิดเห็นสู่การร่างโปรแกรม เพื่อสรุปประเด็นสำคัญ และพัฒนาเป็นโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากนั้นตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ เท่ากับ .94 แล้วทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มและปรับปรุงข้อบกพร่อง

### 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 แล้วทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของแบบประเมิน

**2.2 แบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม** ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 แล้วทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของแบบประเมิน

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ตรวจสอบคุณภาพของนาฬิกาที่ใช้จับเวลาในการลุกยืนและก้าวเดินเพื่อทดสอบความแข็งแรงและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุโดยการสอบเทียบ (Calibrate) ความเที่ยงตรงในการทำงานโดยผู้ชำนาญาน



## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

## การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยแล้วมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ 10 คน โดยคัดเลือกและอบรม โดยฝึกการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ให้มีความเที่ยง (interator) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย
2. การประสานงานกับบุคลากรที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่เก็บข้อมูล เพื่อนำตรวจกลุ่มสูงอายุในการให้ข้อมูลแบบสัมภาษณ์
3. ประชุมชี้แจงกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และเป็นกรพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุทั้ง 2 ชุมชน
4. เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ตรวจสอบความสามารถในการมองเห็น โดยใช้ snellen chart ตรวจสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว โดยวัดความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาคัดเลือกคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วบันทึกข้อมูลจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นข้อมูลก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

### กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2-4 ชั่วโมง จำนวน 12 ครั้ง กิจกรรม

ในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาของกลุ่มทดลอง ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลอง ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ยาที่เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มได้บ่อยในผู้สูงอายุ ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุ และการจัดการต่อสิ่งแวดล้อมเรื่องความปลอดภัยตามแผนการสอน นาน 30 นาที จากนั้นสอนการออกกำลังกายแบบไท่ซึ่งเป็นรายกลุ่มโดยใช้วีดิทัศน์นาน 30 นาที และฝึกปฏิบัติจนกระทั่งสามารถปฏิบัติตามวีดิทัศน์ได้ แจกโปสเตอร์และวีดิทัศน์การออกกำลังกายแบบไท่ซึ่งแก่กลุ่มทดลองเพื่อฝึกหัดต่อที่บ้าน ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ประเมินการปฏิบัติโดยสอบถามว่าได้ปฏิบัติจริงหรือไม่และสังเกตผลความสามารถในการออกกำลังกายในสัปดาห์ต่อไป

**สัปดาห์ที่ 2** ผู้วิจัยสอบถามและทบทวนการออกกำลังกายแบบไท่ซึ่งกับกลุ่มทดลอง โดยใช้วีดิทัศน์ นาน 30 นาที แล้วประเมินการปฏิบัติ ก่อนให้กลุ่มทดลองฝึกออกกำลังกายแบบไท่ซึ่งต่อที่บ้าน โดยใช้โปสเตอร์หรือวีดิทัศน์ประกอบ ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 3** ผู้วิจัยสอบถามและทบทวนการออกกำลังกายแบบไท่ซึ่งกับกลุ่มทดลองโดยใช้วีดิทัศน์ นาน 30 นาที แล้วประเมินการปฏิบัติ จากนั้นให้ฝึกออกกำลังกายแบบไท่ซึ่งต่อที่บ้านโดยใช้โปสเตอร์หรือวีดิทัศน์ประกอบ ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 4** ผู้วิจัยสอบถามและทบทวนการออกกำลังกายแบบไท่ซึ่งกับกลุ่มทดลองโดยใช้วีดิทัศน์ นาน 30 นาที แล้วประเมินการปฏิบัติ จากนั้นให้กลุ่มทดลองออกกำลังกายแบบไท่ซึ่งต่อที่บ้านโดยใช้โปสเตอร์หรือวีดิทัศน์ประกอบ ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ จากนั้นติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่พหุศาสตร์ของกลุ่มทดลองแต่ละราย โดยใช้แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม วางแผนแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำหากพบปัญหา



**สัปดาห์ที่ 5-8** กลุ่มทดลองออกกำลังกายแบบไท้ชี่เองที่บ้าน โดยใช้โปสเตอร์หรือวิดีโอทัศน์ ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 9** หลังจากครบระยะเวลา 2 เดือน มอบหมายให้กลุ่มทดลองหรือผู้ดูแล สังเกตและเริ่มบันทึกอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลา 1 เดือน โดยที่กลุ่มตัวอย่างยังคงออกกำลังกายแบบไท้ชี่เองที่บ้าน โดยใช้โปสเตอร์หรือวิดีโอทัศน์ ครั้งละประมาณ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 10-11** กลุ่มทดลองออกกำลังกายแบบไท้ชี่เองที่บ้าน โดยใช้โปสเตอร์หรือวิดีโอทัศน์ ครั้งละประมาณ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 12** ติดตามอุบัติการณ์ของการพลัดตกหกล้มในระยะเวลาหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองแล้วบันทึกข้อมูลที่ได้เป็นจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของแต่ละราย

#### กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ เช่นที่เคยปฏิบัติมานาน 12 สัปดาห์ ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1-11** กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ

**สัปดาห์ที่ 12** ผู้วิจัยสัมภาษณ์จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มควบคุม ข้อมูลที่ได้จะบันทึกเป็นข้อมูลหลังการทดลอง จากนั้นปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยให้ความรู้แก่กลุ่มควบคุม ในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ยาทาเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มได้บ่อยในผู้สูงอายุ ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุ และการจัดการต่อสิ่งแวดล้อม เรื่องความปลอดภัย ตลอดจนสอนและฝึกปฏิบัติใน

การออกกำลังกายแบบไท้ชี่เป็นรายกลุ่มโดยใช้วิดีโอทัศน์ และแจกโปสเตอร์การออกกำลังกายแบบไท้ชี่แก่กลุ่มควบคุมเพื่อฝึกหัดต่อที่บ้าน รวมทั้งการให้คำปรึกษาและประสานงานเพื่อส่งปรึกษาในรายที่มีปัญหา

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดย Dependent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย Independent t-test

#### ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.61 อายุมากกว่า 60-70 ปี จำนวนร้อยละ 86.96 ทุกคนสวมรองเท้าและใช้เวลาในการลุกยืนและก้าวเดินน้อยกว่า 30 วินาที กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวดูแล ร้อยละ 95.65 มีภาระในการดูแลบุตรหลานร้อยละ 86.96 ไม่มีโรคประจำตัวหรือต้องรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 82.61 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 78.26 ส่วนกลุ่มควบคุมทุกคนมีสมาชิกในครอบครัวดูแล ส่วนใหญ่มีภาระในการดูแลบุตรหลานร้อยละ 91.30 ไม่มีโรคประจำตัวหรือต้องรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 78.26 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 69.57

จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในช่วงเวลา 1 เดือนภายหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่าในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1



**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม (n=23)

จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม	$\bar{x}$	S.D.	dependent t-test	p-value
ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม 1 เดือน	2.36	1.18	4.45	.001***
หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม 1 เดือน	0.77	1.19		

ก่อนการทดลองจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่หลังการทดลองจำนวนครั้งของการพลัด

ตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม

จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม	2.36	1.18	2.05	0.95	0.99	.1647
หลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม	0.77	1.19	1.55	1.24	2.32	.05*

### การอภิปรายผล

กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .001$ ) สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 ที่ว่าจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในช่วงเวลา 1 เดือนหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่าในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนการใช้โปรแกรม และมีจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .05$ ) สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 ที่ว่าจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ

การดูแลตามโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ รายละเอียดมีดังนี้

กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในลำดับที่ 1 ในระหว่างการดำเนินงานวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุสนใจทั้งปัจจัยเสี่ยงและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะเรื่องการสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม เช่น รองเท้าหุ้มส้น เป็นต้น หลายรายเปลี่ยนพฤติกรรมการสวมใส่รองเท้าให้เป็นชนิดหุ้มส้นและบอกว่า จะระมัดระวังในการลุกนั่ง ลุกยืนหรือเปลี่ยนท่า ดังนั้นภายหลังจากการดำเนินการวิจัยจึงพบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พรพุทธิษา<sup>12</sup> ที่ได้



ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ควรมีการให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดี ยิ่งขึ้นต่อการป้องกันการหกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิจัยของกมลทิพย์ ภูมิศรี<sup>15</sup> ที่ได้ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สระพังทอง จังหวัดสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มมากขึ้น ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงมีจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในช่วง 1 เดือนหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้โปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลปกติ

กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำและฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกายแบบไท้เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัวตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 เป็นการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายแบบไท้ซึ่งรายกลุ่มโดยใช้วิดีโอ นาน 30 นาที และฝึกปฏิบัติจนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้ พร้อมทั้งแจกโปสเตอร์การออกกำลังกายแบบไท้แก่กลุ่มทดลองเพื่อฝึกหัดต่อที่บ้าน ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้รายที่มีเครื่องฉายวิดีโอหรือคอมพิวเตอร์จะได้รับวิดีโอเพื่อใช้ฝึกหัดต่อที่บ้านด้วย ประเมินการปฏิบัติโดยสอบถามว่าได้ปฏิบัติจริงหรือไม่และสังเกตผลความสามารถในการออกกำลังกายในสัปดาห์ต่อไป การประเมินผลในสัปดาห์ที่ 2-4 พบว่า กลุ่มทดลองสามารถออกกำลังกายแบบไท้ได้ โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หลังการประเมินให้กลุ่มทดลองทบทวนการออกกำลังกายโดยใช้วิดีโอที่ตนนาน 30 นาที แล้วประเมินการปฏิบัติอีกครั้ง เมื่อพบว่าสามารถทำได้จึงให้กลุ่มทดลองฝึกออกกำลังกายที่บ้านโดยใช้โปสเตอร์หรือวิดีโอประกอบครั้งละ

30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ แล้วปฏิบัติต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 5-12 การออกกำลังกายแบบไท้ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและความสามารถในการทรงตัว ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัว เป็นปัจจัยทำนายการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มที่สำคัญในผู้สูงอายุ<sup>7</sup> ก่อนดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีผลการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัวปกติ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีปัจจัยทำนายของการพลัดตกหกล้มถึงแม้ว่าบางรายมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวก็ตาม ประกอบกับมีการออกกำลังกายแบบไท้ซึ่งจึงทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของคาโท อิซุมิ ฮิรามัตสึ และโชเก็นจิ (Kato, Izumi, Hiramatsu, Shogenji)<sup>14</sup> ที่ได้พัฒนาโปรแกรมออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการทรงตัวของร่างกาย การเคลื่อนไหว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ซึ่งจะมีผลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มและเสริมสร้างความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง โปรแกรมประกอบด้วย การบริหารเพื่ออบอุ่นร่างกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายส่วนล่าง การบริหารนิ้วหัวแม่เท้า การประสานการทำงานระหว่างกล้ามเนื้อและเส้นประสาท และการบริหารร่างกายก่อนเสริมจลนกิจกรรมออกกำลังกายตามโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมออกกำลังกายช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวได้มากขึ้น อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลง ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงมีจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในช่วงเวลา 1 เดือนหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่าในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนใช้โปรแกรม และมีจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

กลุ่มทดลองไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ไม่มีอาการตาพร่ามัว สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมได้โดยไม่ต้องสวมแว่นตา แต่บางรายมีโรคประจำตัว





เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดเข่า หน้ามืด เป็นต้น ได้รับการรักษาโดยการฉายาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลศูนย์ ไม่มีความซ้ำซ้อนในการฉายาเป็นผลให้ได้รับผลข้างเคียงจากการฉายาน้อยและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลง ประกอบกับกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องยาที่เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มได้บ่อยในผู้สูงอายุ ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุทำให้ได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับการฉายาที่เหมาะสม รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับศักยภาพในการมองเห็น อุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มจึงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ราลิมิ เฮลู และแคเกอร์ (Rhalimi, Helou, & Jaecker)<sup>15</sup> ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฉายากับอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศฝรั่งเศสด้วยโรคเรื้อรังและต้องได้รับการรักษาโดยการฉายาหลายชนิดร่วมกัน โดยพบว่า การได้รับยาหลายชนิดมีผลทำให้อุบัติการณ์ของการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงมีจำนวนครั้งในช่วง 1 เดือนหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มลดลงเมื่อเทียบกับก่อนใช้และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

กลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่อง การจัดการต่อสิ่งแวดล้อมเรื่องความปลอดภัย ทำให้ได้รับทราบแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง จากนั้นมีการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดอาศัยในบ้านตนเอง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและมีบุตรหลานดูแล บางรายอาศัยตามลำพังกับคู่สมรสเนื่องจากบุตรหลานย้ายไปเรียน ทำงานหรือมีครอบครัวอยู่ต่างจังหวัด สภาพบ้านเรือนมั่นคงแข็งแรงดี บางรายอยู่บ้านใต้ถุนสูงแต่มีราวบันไดสำหรับเกาะจับที่มั่นคงแข็งแรง มีเพียงรายเดียวที่อาศัยตามลำพัง บ้านที่อาศัยชั้นบันไดขรุขระแต่กำลังอยู่ในระหว่างการซ่อมแซม โดยได้รับการช่วยเหลือจากหลานที่อาศัยอยู่ใกล้เคียง ส่วนห้องครัวและห้องน้ำส่วนใหญ่จัดให้เป็นระเบียบ ดังนั้นกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จึงไม่เกิดปัญหาการพลัดตก

หกล้มเนื่องจากสาเหตุนี้ ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงมีจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในช่วงเวลา 1 เดือนหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่าในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนการใช้โปรแกรม และมีจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ฝึกออกกำลังกายแบบไท่ชี่ ทบทวนการรักษาโดยการฉายา ประเมินและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ประเมินและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

2. จัดให้มีการนิเทศพยาบาลในเรื่องการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้การป้องกันผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ

3. ควรเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แก่พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยบางประการ ได้แก่ โรคประจำตัว การฉายา การมีสมาชิกในครอบครัวดูแล และภาวะในการดูแลบุตรหลาน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเด็นปัญหาสุขภาพอื่น โดยใช้กระบวนการวิจัยรวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. ข้อมูลประชากรในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึง



- เมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2556]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.ipsr.mahidolac.th/.../population\\_th..](http://www.ipsr.mahidolac.th/.../population_th..)
2. Thomas, M. S. Health care delivery settings and older adult. In Meiner, S. E. (Ed). Gerontologic nursing 4<sup>th</sup>. St. Louis : MOSBY ELSEVIER; 2011. p.148–75.
  3. Ignatavicius, D. D. Common health problems of older adults. In Ignatavicius, D. D. & Workman, M. L. (Eds.), Medical–surgical nursing : patient–centered collaborative care 6<sup>th</sup>. Saunders Elsevier; 2010. p.15–25.
  4. Touhy, T. A. Mobility. In Touhy T.A. & Jett, K.F. (Eds.) Ebersole and Hess' Gerontological nursing healthy aging 3rd St. Louis : SAUNDERS ELSEVIER; 2012. p.200–22.
  5. พิมพ์วรินทร์ ลิ้มสุขสันต์. ปัจจัยทำนายนายการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
  6. Meiner, S. E. Safety. In Meiner, S. E. (Ed). Gerontologic nursing 4<sup>th</sup> St. Louis : MOSBY ELSEVIER; 2011. p.209–28.
  7. Greany, J, F., Di Fabio, R. P. Models to predict Fall History and Fall Risk for Community–Dwelling Elderly. Physiological Occupational Therapy Geriatric 2010; 28: 280–96.
  8. Hosseini & Hosseini. Mental health illnesses contributing to falls–Health promotion [internet]. 2008 [cited 2012 October 12]. from: <http://www.studymaterialshealthmanagementventures.com/.../FallPreve...>
  9. Center for Diseases Control and prevention. Preventing falls: how to develop community–Based falls prevention programs for older adults. National center for injury prevention and Control. Atlanta, Georgia; 2008.
  10. Gillespie, L. D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M., Lamb, S.E. Interventions for preventing falls in older people living in the community [internet]. 2012 [cited 2012 October 14]. from <http://www.thecochranelibrary.com>.
  11. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. สถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์; 2555.
  12. ศิริพร พรพุททษา. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
  13. กมลทิพย์ ภูมิศรี. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
  14. Kato, M., Izumi, K., Hiramatsu, T., Shogenji, M. Development of an exercise program for fall prevention of elderly persons in long term care facility. Japan journal of nursing science 2006; 3: 107–17.
  15. Rhalimi, M., Helou, R., & Jaecker, P. Medication use and increase risk of falls in hospitalized elderly patients : a retrospective, case control study. Drugs Aging ; 2009; 26: 847–52.



## ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

กุลฤดี จิตตยานันต์ และคณะ\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี เกี่ยวกับการรับรู้เมื่อเป็นเบาหวานครั้งแรก พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานต่อบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ได้รับ การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 1 ปีและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโป่ง สามารถให้ข้อมูลและยินดีให้ข้อมูล จำนวน 14 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ชนิด กึ่งโครงสร้างโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป และสมุด คู่มือประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่าเมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานครั้งแรก ผู้ป่วยมีความรู้สึก กลัว ตกใจ และวิตกกังวล, ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มีแบบแผนการกินแตกต่างกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, การกินยาตาม แพทย์สั่งอย่างเดียวจะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แต่การกินยาตามแพทย์สั่งร่วมกับการปรับการรับประทานอาหาร จะสามารถ ควบคุมน้ำตาลได้, สิ่งที่สำคัญในการดูแลตนเอง คือ อาหาร อารมณ์ การกินยาอย่างสม่ำเสมอและการพบแพทย์ อย่างต่อเนื่อง, มีการใช้สมุนไพรหลายชนิดเป็นทางเลือกในการรักษาเบาหวาน หลังจากพบว่าระดับน้ำตาล ไม่ลดลง จึงเลิกใช้, การเป็นเบาหวานส่งผลกระทบต่อชีวิตการทำมาหากินและการใช้ชีวิตประจำวัน, มีความ ต้องการบริการด้านสุขภาพทั้งจากอาสาสมัครสาธารณสุขและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน ส่วน การบริการในโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าแพทย์มีเวลาน้อย ไม่ถามปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการเตรียมผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในครั้งแรกโดยมี การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดที่ได้ผล นอกจากการกินยารักษาเบาหวานตามแพทย์สั่งแล้ว ผู้ป่วยต้องมีการควบคุมแบบแผน การกินและการควบคุมอารมณ์ควบคู่ไปด้วย

**คำสำคัญ :** เบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช



## Self Care Experience of Diabetic Patients in Tambol Lad Bua Khao, Ban Pong District, Ratchaburi Province.

*Kuleudee Chittayanunt\**

### Abstract

This qualitative study aimed to investigate self-care experience of diabetic patients regarding their perception with the first diagnosis of diabetes mellitus, self-care behaviors, and patients' expectation towards roles of healthcare providers. Purposive sampling was used to recruit 14 diabetes patients who have been diagnosed with diabetes mellitus for more than 1 year, regularly visit diabetes clinic in Ban Pong Hospital, and agree to provide information. Instruments used were a semi-structured interview questionnaire and the patients' record. Data were collected through individually given in-depth interview with the tape recorder. Data were analyzed using content analysis.

The results showed that when first being diagnosed with diabetes. Patients would panic feel fear and be anxious. The eating patterns of Patients who were able to control blood sugar level were different from those who weren't be able to control their blood sugar, and the medication prescribed by doctors could not control blood sugar levels alone. The medication prescribed by doctors with the appropriate eating pattern would help to control their blood sugar. The important things needed to be considered for self-care of diabetes patients were having appropriate food, controlling emotion, taking medicine and visiting the doctor regularly. The patients used many kinds of herbs as the alternative treatment of diabetes, and they gave up after their blood sugar level did not decrease. Diabetes affected the lives of patients, including both their livelihood and diary life. The patients required health services from health volunteers and health care providers, especially the home visit. The patients also reported that the doctors in the hospital didn't have time to ask the patients about their problems or needs.

The study suggested that the diabetes patients need to be prepared at the first diagnosis by providing knowledge about diabetes, including how to control their blood sugar. The patients also need to know that not only taking medicine as prescribed is important, but they also need to control their food and emotion.

**Keywords:** diabetes self-care behaviors

\* Nurse Instructor, Boromarajonni College of Nursing, Chakriraj



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก องค์การอนามัยโลกและสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ<sup>1</sup> (International Diabetes Federation : IDF) ได้กำหนดให้วันที่ 14 พฤศจิกายน ของทุกปีเป็นวันเบาหวานโลก (World Diabetes Day) รวมถึงองค์การสหประชาชาติได้มีมติรับโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกร่วมกันดำเนินการควบคุมและรับมือกับโรคเบาหวาน โดยถือวันเบาหวานโลกเป็นวันรณรงค์ขององค์การสหประชาชาติด้วย

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานใน ปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือ ประมาณวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 – 2552) คนไทยนอนรักษาตัวที่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่า เฉพาะปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้งหรือประมาณวันละ 19 คน ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวด้วยโรคเบาหวานจำนวนดังกล่าวยังพบภาวะแทรกซ้อนถึง 277,020 คน คิดเป็นร้อยละ 17.513

จังหวัดราชบุรี มีอัตราป่วยโรคเบาหวานสูง 10 ลำดับแรกติดต่อกัน 3 ปี จากข้อมูลทางสถิติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง ปี พ.ศ. 2554 มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอัตรา 497.96 เป็น 8,471.79 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ<sup>4</sup> และจากข้อมูลทางสถิติ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง จ.ราชบุรี เมื่อเดือนธันวาคม 2555 พบมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3,398 คน คิดเป็น อัตรา 3,536.45 ต่อแสนประชากร ซึ่งในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยเบาหวานของตำบลลาดบัวขาว ถึง 111 คน คิดเป็นอัตรา

3,364.66 ต่อแสนประชากร

เบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและรักษาไปตลอดชีวิต โดยมีตัวผู้ป่วยเบาหวานเองเป็นตัวควบคุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงจะอยู่ในระดับที่ต้องการได้ ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลตั้งแต่เรื่องของความใส่ใจของแพทย์ในการติดตามดูแลผู้ป่วยไปจนถึงเรื่องปัญหาของสูตรอาหารที่ใช้คุมระดับน้ำตาลเอง ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามสูตรได้ในระยะยาว (Poor compliance) นอกจากนี้แล้วยังมาจากที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ปรับลดขนาดยาด้วยตนเองรับประทานไม่ตรงเวลา เป็นต้น<sup>5</sup> ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมีวิธีการแก้ปัญหาในดูแลตนเองที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริบทชีวิตที่แตกต่าง คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้มองเห็นและเข้าใจถึงพฤติกรรมที่เป็นไปตามบริบทเงื่อนไขของชีวิตสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม โดยการทำความเข้าใจจากสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลลาดบัวขาว เกี่ยวกับการรับรู้เมื่อเป็นเบาหวานครั้งแรก พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานต่อบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข

## คำถามการวิจัย

ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลลาดบัวขาว เกี่ยวกับการรับรู้เมื่อเป็นเบาหวานครั้งแรก พฤติกรรมการดูแลตนเองและความคาดหวังของผู้ป่วยเบาหวานต่อบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข เป็นอย่างไร



## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลลาดบัวขาว เกี่ยวกับการรับรู้เมื่อเป็นเบาหวานครั้งแรก พฤติกรรมการดูแลตนเองและความคาดหวังของผู้ป่วยเบาหวาน ต่อบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ ชนิดมีโครงสร้างและชนิดไม่มีโครงสร้างโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) จะสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เมื่อข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความอิ่มตัว (saturate)
2. สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโป่ง
3. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
4. บันทึภาคสนาม (field note)
5. เทปบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขออนุญาตประชากรตัวอย่างในการบันทึกเทปควบคู่ไปกับการจดบันทึก เพื่อให้การสัมภาษณ์มีลักษณะของการสนทนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจะนำเทปบันทึกข้อมูลมาถอดเทป และบันทึกข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

## การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ทีมผู้วิจัยศึกษา ค้นคว้า เนื้อหาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
2. ประชุมทีมงานวิจัย เพื่อวิเคราะห์เอกสาร กำหนดประเด็น ขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหาของประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในการกำหนดประเด็นคำถามเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และเนื้อหาของงานวิจัย

3. ลงพื้นที่เพื่อทดสอบเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

4. ประชุมผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำประเด็นคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้กับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้านความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของเนื้อหา

5. ปรับปรุงแก้ไขประเด็นคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

6. นำประเด็นคำถามไปสอบถามกับผู้ป่วยเบาหวานที่ตำบลลาดบัวขาว จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจด้านเนื้อหาในแต่ละประเด็นคำถามของผู้ป่วยเบาหวาน ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

7. แก้ไขประเด็นคำถามและนำไปใช้จริง

## การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย โดยทีมวิจัยได้เตรียมความพร้อมด้าน ความรู้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจากเอกสารหนังสือ ด้านการปรับตัว ทักษะคิด และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และประชุมเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย ในการทำความเข้าใจกับแบบสัมภาษณ์

2. การเตรียมความพร้อมของตนเอง เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดตามกรอบการวิจัยก่อนรับฟังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ คำนึงถึงการลดอคติ โดยไม่ทำตัวเป็นผู้รู้แล้ว ผู้เข้าใจแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ เป็นจริง

3. เตรียมตัวด้านความรู้และทักษะการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยประชุมเชิงปฏิบัติการ การสร้างองค์ความรู้จากการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 วัน โดยมี ดร.จรัรัตน์ กิจสมพร ผู้อำนวยการส่วนวิจัย สถาบันพระบรมราชชนกเป็นวิทยากร ให้ความรู้เรื่อง เทคนิคและประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ

4. คำนึง และตระหนักถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมในการวิจัย โดยเคารพในความ



เป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลที่ได้รับมา

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช เป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อประเมินความพร้อมและให้เกิดความไว้วางใจและให้ข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งแจ้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากงานวิจัย อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเทป และเริ่มสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ โดยไม่ใช้คำถามนำ แต่ใช้คำถามปรับตามอริยบท ใช้วิธีจดบันทึกข้อมูล และข้อสังเกตต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุดและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง คือ ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดรายการในการสังเกตล่วงหน้า เมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมใดก็จะบันทึกในสิ่งที่พบเห็นทุกประเด็น ผู้วิจัยจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย (โรงพยาบาล บ้านโป่ง)

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้สิทธิการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ให้ข้อมูลหลังจากผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลถามข้อสงสัยในการวิจัยได้ ให้สิทธิด้านความพร้อมของการให้ข้อมูล มีการขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ และเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย การถอดเทปใช้นามสมมติ เพื่อปกปิดความเป็นบุคคลของแหล่งข้อมูล

**การตรวจสอบข้อมูล** การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้นำดังนี้

1. บุคคล ตรวจสอบข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยการสอบถามญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้าน

รวมถึงตัวผู้ป่วยเอง แล้วนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ดูว่าข้อมูลสอดคล้อง ใกล้เคียงกันหรือไม่

2. สถานที่ ในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้มีการเดินทางไปพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อเก็บข้อมูล ทั้งการสัมภาษณ์และสังเกต ตามรายละเอียดในเครื่องมือการวิจัย

3. เวลา ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการเข้าไปเก็บข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกัน โดยยึดหลักความสะดวกและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

4. ก่อนจะเก็บข้อมูลใหม่ในแต่ละครั้ง จะมีการทบทวนสรุปผลของการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลในส่วนของการสังเกตตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลลาดบัวขาว เกี่ยวกับการรับรู้เมื่อเป็นเบาหวานครั้งแรก พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความคาดหวังของผู้ป่วยเบาหวาน ต่อบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข วิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยวิเคราะห์ตามด้าน คือ ความรู้สึกครั้งแรกที่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน ชีวิตประจำวัน ประสบการณ์ในการจัดการกับโรคเบาหวาน สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การรักษาทางเสือก ความต้องการให้หน่วยบริการสาธารณสุขดูแล โดยใช้โปรแกรม Excel ช่วยในการจัดเรียงข้อมูล

**ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย** ตรวจสอบความสอดคล้องและการตีความของผู้วิจัย ดังนี้

ตรวจสอบความเชื่อถือได้ โดย

1. ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูล ผู้เกี่ยวข้อง ตรวจสอบข้อมูลของการวิจัยโดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ

2. การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ



การใช้ระเบียบวิธีการวิจัย โดย

1. นำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ครบถ้วน ครอบคลุมตรงตามข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ยืนยันผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลและการตรวจซ้ำโดยผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ให้ข้อมูล

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.85 (13 คน) เพศชาย ร้อยละ 7.15 (1 คน) มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 57.14 (8 คน) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน 11-15 ปี ร้อยละ 28.57 (4 คน)

### ส่วนที่ 1 การรับรู้ของผู้ป่วยเมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานครั้งแรก

จากการศึกษาพบว่า ใน 14 ราย เมื่อถูกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน บางรายเกิดอาการกลัวและทำใจยอมรับไม่ได้ บางราย รู้สึก ตกใจ เพราะคิดถึงผลที่จะเกิดตามมา เนื่องจากพบเห็นประสบการณ์ที่เกิดกับคนรอบข้าง บางราย วิดกกังวล เกี่ยวกับการรักษาโรค การทำมาหากิน รายได้ และการปฏิบัติตัว และมีบางรายไม่รู้สึกลัวเพราะมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและญาติที่เป็นเบาหวาน จึงมีการรับรู้ถึงเรื่องราวของคนอื่นที่เขาเป็นเบาหวาน ปรากฏตามตัวอย่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

หญิงอายุ 55 ปี ป่วยมา 5 ปี เล่าว่า “..ตกใจ ตกใจมากๆ ไม่คิดเลยว่าตัวเองจะเป็น เพราะเบาหวานเป็นโรคที่น่ารำคาญ หายก็ไม่หาย กินอะไรตามใจมากก็ไม่ได้” หรือกรณี หญิงอายุ 61 ปี ป่วยมา 1 ปี รู้สึกเช่นเดียวกัน คือ “..รู้สึกไม่อยากอยู่ อยากตาย คิดไปหลายเรื่อง กลัวถูกตัดขา กลัวจะทำกินไม่ได้ เป็นภาระลูกหลาน”

หญิงอายุ 55 ปี ป่วยมา 3 ปี เล่าว่า “..ไม่รู้สึกลัวเพราะไม่รู้ว่าเป็นอย่างไรคงไม่ร้ายแรง และคิดว่ารักษาได้ด้วยกินยา เค้าให้ยามาก็กิน

ตามหมอบอก ก็เห็นเป็นเรื่องปกติเพราะที่บ้านเขาก็เป็นกัน กินยาโรงพยาบาลเหมือนกัน เลยไม่รู้สึกลัวนะ...”

### ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบ พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้านคือ ควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อลดระดับน้ำตาล การรับประทานยาร่วมกับการควบคุมอาหาร การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับยาลดระดับน้ำตาล

### การควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อลดระดับน้ำตาล

จากการศึกษาพบว่า แบบแผนการกิน ที่ประกอบด้วยลักษณะของอาหารและปริมาณการกินส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลว่าควบคุมระดับน้ำตาลได้หรือไม่ ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 14 ราย มี 6 ราย เป็นกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้ เมื่อพิจารณาแบบแผนการกิน ลักษณะของอาหารที่กิน พบว่าใน 6 รายนี้ จะกินผัก ผลไม้ แกงส้ม ผัก น้ำพริก แกงจืด แกงเสียง แกงป่า ขณะเดียวกันจะลดหรือเลิกการกินอาหารบางชนิด เช่น ลดการกินของหวาน ไม่กินแกงกะทิ ไม่กินอาหารที่ใส่เครื่องปรุงรส ส่วนปริมาณอาหารเปลี่ยนไป บางรายกินอาหารแต่พออิ่ม บางรายกินปริมาณน้อย ปรากฏตามตัวอย่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

หญิงอายุ 78 ปี ป่วยมา 8 ปี เล่าว่า “..จะกินยาตรงตามเวลาทุกครั้งคือ หลังกินข้าว เข้า-เย็น และจะดักข้าวมือละ 3 ช้อน 3 มือ ชอบกินกับข้าว ประเภทผักต้ม แกงเสียงเป็นประจำ ไม่ชอบกินแกงกะทิ นานๆจะกินสักครั้ง... เวลาทำกับข้าวเองไม่ใส่เครื่องปรุงรส และซุส มาหลายปี”

สำหรับกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่าแบบแผนการกินแตกต่างไปจากกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ หมายถึง กรณีศึกษาในกลุ่มนี้ บางรายยังคงกินข้าวในปริมาณที่มาก ดื่มน้ำผลไม้ที่มีรสหวาน บางรายชอบกินน้ำอัดลม อาหารที่กินรสจัด เวลาปรุงอาหารจะมักใส่ผงชูรส ขณะเดียวกัน ยังกิน





ขนมหวานอยู่ ปรากฏตามตัวอย่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

กรณี หญิงอายุ 67 ปี ป่วยมา 25 ปี บอกว่า “...การกินยังไม่เปลี่ยน เมื่อก่อนป่าจะกินรสจัดมาก โดยเฉพาะก๋วยเตี๋ยวจะชอบปรุงรส เปรี้ยว เค็ม หวาน รู้ว่ามันไม่ดี แต่ก็ยังชอบกินรสที่อยู่ไม่เปลี่ยนแปลง เพราะชอบและกินรสนี้มานานมากแล้ว ชอบทำ

กับข้าวกินเองไม่ชอบกินกับข้าวที่ซื้อ เพราะไม่ถูกใจ ไม่ถูกปาก เวลาทำกับข้าวจะใส่รสดีและผงชูรสด้วย แต่ไม่มาก มันอร่อยถ้าขาดเหมือนกับข้าวจืดๆกินไม่ได้...”

ตารางแสดงรายละเอียดพฤติกรรม การปฏิบัติตนของผู้ป่วย

ตารางแสดง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

กรณีศึกษา	ระดับน้ำตาลในเลือด	การปฏิบัติตนของกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้
หญิงอายุ 78 ปี	90, 102, 95 mg%	กินยาตรงตามเวลาทุกครั้ง ตักข้าวมือละ 3 ช้อน 3 มื้อ ชอบกินกับข้าวประเภท ผักต้ม แกลงเป็นประจำ ไม่ชอบกินแกงกะทิ ทำกับข้าวเองไม่ใส่เครื่องปรุงรส และชูรส
หญิงอายุ 56 ปี	91, 94, 92 mg%	กินทุกอย่างไม่ว่าอะไรเลย แต่กินไม่มาก กินแค่พออิ่ม กินผักมากๆ กินเนื้อสัตว์น้อยๆ กินยาทุกมื้อตามหมอสั่ง
หญิงอายุ 74 ปี	112, 121, 109 mg%	เข้าออกกำลังกาย ตีหมาแพ่ กับข้าวบางอย่างป่าจะกินตามปกติ บางอย่างต้องลดลง เช่น ขนมหวานๆ แต่ไม่ขาด กินผลไม้ กินแบรินต์ซูปไก่ และกาแฟใส่มตอนเช้าเพราะว่าใส่มันจะช่วยให้น้ำตาลลดลง กินเป็นประจำ และกินยอดมะยมลวกจิ้มน้ำพริก เป็นสมุนไพรช่วยลดน้ำตาลได้
หญิงอายุ 64 ปี	90, 110, 105 mg%	กินน้อยลง บางอย่างอยากกินก็ไม่ได้กิน ส่วนใหญ่กินแกงส้ม ผักน้ำพริก แกลงกะทิ แกลงเผ็ด ขนมจีน เค็มไม่ค่อยกิน นานๆที่จะกินขนม ผลไม้ก็กินบ้างไม่บ่อย ชอบกินลูกพลับ อร่อยไม่หวานมาก กินใบหน้านางต้ม ฟ้าทะลายโจร เพราะขมลดหวานได้
หญิงอายุ 67 ปี	130, 121, 78 mg%	กินยาตามหมอบอก และกินแกงส้มผักน้ำพริกประจำทุกวัน แกลงที่ใส่กะทิไม่แตะเลย กินข้าวน้อยๆทั้ง 3 มื้อตักข้าวมือละทัพพี จะกินอะไรแต่ละอย่างก็ต้องกินน้อยลง จะกินตามใจปากเหมือนอย่างแต่ก่อนไม่ได้ทุเรียนไม่แตะเลย มะม่วงสุกกินแต่ครึ่งลูกเท่านั้น มังคุดกินวันละ 2 ลูก
หญิงอายุ 68 ปี	100, 110, 105 mg%	กินน้อยจนเป็นนิสัย ไม่ชอบกินเนื้อสัตว์ที่ติดมัน ไม่ติดของหวาน ขนมก็กินบ้างแต่ไม่มาก ไม่ค่อยหิวบ่อย



กรณีศึกษา	ระดับน้ำตาลในเลือด	การปฏิบัติตนของกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้
หญิงอายุ 67 ปี	115, 215, 167 mg%	การกินไม่เปลี่ยน กินรสจืดมาก ชอบปรุงรส เปรี้ยว เค็ม หวานทำกับข้าวใส่รสดีและผงชูรส
หญิงอายุ 55 ปี	313, 279, 161 mg%	กินข้าวจวนอิ่ม มีอละ 2 จาน 4-5 ทุ่มหิวกินข้าวอีก 1 มื้อ 2 จาน ไม่เคยงดอะไรเลย กินกาแฟชนิดทรีอินวัน กินเปปซี่
ชายอายุ 71 ปี	300, 340, 350 mg%	กินเม็ดขนุน เรื่องการกินไม่เปลี่ยนแปลง กินเหมือนเดิม กินข้าวมาก
หญิงอายุ 64 ปี	142, 137, 224 mg%	กินได้ทุกอย่าง ชอบอาหารรสจัด เน้น เผ็ด เค็ม เปรี้ยว กับข้าวส่วนใหญ่ทำเอง ปรุงรสตามใจชอบ ใส่รสดีและผงชูรส กินข้าวเสร็จ ก็จะกินขนมจุกจิก ส้มตำ ไอเลียง
หญิงอายุ 62 ปี	220, 217, 219 mg%	กินเยอะไม่ได้คุมอาหาร เพราะมันรู้สึกเพลีย ไม่มีแรง กินทุกอย่าง กาแฟเย็นกินได้ทั้งวัน รู้สึกหิวก็กินเข้าไป นึกว่ากินยังไม่พอ หิวต้องหาอะไร ตอนกิน เหมือนกินไม่พอ
หญิงอายุ 61 ปี	500, 200, 219 mg%	ไม่ได้ควบคุมอาหาร ถ้ารู้สึกหิวข้าวต้องกิน กินก็ต้องกินให้อิ่ม ดีกว่าไปเป็นลมกลางนา

### การรับประทานยา ร่วมกับการควบคุมอาหาร

จากกรณีศึกษาทั้ง 14 ราย สามารถแยกประสบการณ์ในการจัดการกับเบาหวาน ได้ดังนี้

**ประสบการณ์แบบที่ 1** ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การจัดการกับโรคเบาหวานด้วยการกินยาตามแพทย์สั่งอย่างเดียวโดยไม่ควบคุมอาหาร ทำให้ระดับน้ำตาลควบคุมไม่ได้ ดังเช่นกรณี หญิงอายุ 65 ปีป่วยมา 10 ปี บอกว่า “...อยากกินอะไรก็กินตามใจที่อยากกิน เราก็อาศัยกินยาตามที่หมอสั่งไปเรื่อย ๆ”

**ประสบการณ์แบบที่ 2** ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การจัดการกับโรคเบาหวานด้วยการกินยาตามแพทย์สั่งร่วมกับปรับการกิน โดยการลดปริมาณการกิน เลือกชนิดอาหาร พบว่า สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ดังเช่นกรณี หญิงอายุ 67 ปีป่วยมา

12 ปี บอกว่า “..จะกินยาตามหมอบอกและกินแกงส้ม ผักน้ำพริกประจำทุกวัน พวกแกงที่ใส่กะทิไม่แตะเลย เวลาดักข้าวมีอละทัพพีเท่านั้น”

### การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 14 ราย พบว่า สิ่งสำคัญในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหาร อารมณ์ การกินยาอย่างสม่ำเสมอและการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**การดูแลเรื่องอาหาร** กรณีศึกษา 14 ราย ส่วนใหญ่เห็นว่าลักษณะและปริมาณของอาหารที่กินเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมน้ำตาล ดังกรณีศึกษา หญิงอายุ 54 ปีป่วยมา 8 ปี บอกว่า “..เรื่องกินไง ถ้ากินมากน้ำตาลมันก็ขึ้น ให้กินแค่พออยู่ได้ กินแค่พออิ่ม



การดูแลเรื่อง**อารมณ์** ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ศึกษา พบว่า มีการรักษาอารมณ์ไม่ให้เครียดพอใจกับสุขภาพที่เป็นอยู่ และการได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังกรณีศึกษา หญิงอายุ 74 ปี ป่วยมา 20 ปี บอกว่า “..อยู่กับโรคที่เป็นอยู่ ปรับตัวให้ได้กับโรคที่เป็นอยู่ปัจจุบัน แคนี่ป้าว่าน่าจะอยู่ได้นะ..”

นอกจากการดูแลเรื่องอาหาร เรื่อง**อารมณ์** แล้ว การกินยาและการไปหาหมอตตามนัดอย่างต่อเนื่องเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญ กรณีศึกษาจำนวน 10 ราย คิดว่าเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องได้รับยาต่อเนื่องและกลัวโรคแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น เห็นได้จากกรณีศึกษา หญิงอายุ 78 ปี ป่วยมา 8 ปี บอกว่า “..การไปหาหมอตตามนัดทุกครั้งและกินยาตรงตามเวลา ไม่เคยลืมกินยาเลย เพราะกลัวว่าถ้าไม่ ไปหาหมอตตามนัด น้ำตาลขึ้นกลัวจะเป็นโรคแทรก กลัวเบาหวานขึ้นตาแล้วตาบอด....กลัวมาก..”

### **การใช้สมุนไพรร่วมกับการรับประทานยาลดระดับน้ำตาล**

การรักษาโรคเบาหวานนอกจากผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาโดยแพทย์และกินยาด้วยวิธีอื่นๆผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแสวงหาทางเลือกในการรักษาเบาหวานโดยการใช้สมุนไพรหลายชนิดและใช้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หลังจากพบว่าระดับน้ำตาลไม่ลดลง จึงเลิกใช้ หญิงอายุ 55 ปี ป่วยมา 5 ปีบอก “...เคยใช้ยาเป็นสมุนไพรเป็นชุดๆละ 100 บาท ต้มกินควบคู่กับการกินยาจากโรงพยาบาล กินอยู่ประมาณ 1 เดือนก็หยุดกิน เพราะน้ำยามันมีสีแสดจัดมากและสังเกตว่ามีตะกอน หลังกินก็ไม่แตกต่างไปจากเดิมที่ไม่ได้กิน จึงหยุดกิน คว่าหม้อเลย”

### **ส่วนที่ 3 ความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานต่อบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข**

#### **อาสาสมัครสาธารณสุข**

##### **ด้านการให้บริการด้านสุขภาพ**

ผู้ป่วยเบาหวาน มีความต้องการได้รับการด้านสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ การ

ดูแลคนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาล การฉีดอินซูลิน การเยี่ยมเยียนเพื่อถามทุกข์สุข การตรวจเต้านม การรณรงค์ใช้เลือดออก แจกทราย ฟันหมอกัดวัน เป็นต้น เช่น หญิงอายุ 68 ปี ป่วยมา 16 ปี บอกว่า “.. ก็อยากให้มาช่วยเจาะน้ำตาลในเลือดให้บ้างนะ เพราะว่าอย่างป้าเนี่ย 2 เดือนกว่าจะได้ไปหาหมอครั้งหนึ่ง บางทีเราก็มารู้ว่าน้ำตาลในเลือดเราเท่าไร ขึ้น หรือลงมากไปหรือเปล่า ถ้ามาบริการเจาะเลือดให้ที่บ้านก็ดีเหมือนกัน..”

### **ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันโรคใหม่ๆ**

ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุข.มาให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันโรคใหม่ๆที่เกิดขึ้นเพื่อการป้องกัน เช่น หญิงอายุ 55 ปี ป่วยมา 5 ปี บอกว่า “..มีข่าวคราวก็มาแจ้งให้กันบ้าง หรืออาจมาแนะนำอะไรที่เป็นประโยชน์ เอาข่าวจากหมอมานั่ง วิถีป้องกันโรคที่น่ากลัวๆ เช่นเอ็ดส์ ใช้หัวตกร..”

### **เจ้าหน้าที่สาธารณสุข**

#### **ด้านการให้บริการด้านสุขภาพ**

ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวาน มีความคิดเห็นว่าการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดีอยู่แล้ว แต่มีความต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มียารักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูงไว้ให้บริการด้วย จะได้ไม่ต้องเสียเวลาไปรอรับการตรวจที่โรงพยาบาล

### **การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน**

ต้องการให้มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น เพื่อไปเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้คำแนะนำและแก้ปัญหากในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หญิงอายุ 78 ปี ป่วยมา 8 ปี บอกว่า “..ป้าอยากให้หมอมานั่งมบ่่อยๆ อยากรู้คำแนะนำในการดูแลตัวเองของคนที่เป็นโรคเบาหวานและความดัน....อยากให้ออนามัยมีหมอมานั่งเพิ่มขึ้นเพราะทุกวันนี้มีน้อยไป”



## พยาบาลและแพทย์ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าแพทย์มีเวลาน้อย ไม่ถามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอธิบายเหตุผล หญิงอายุ 56 ปีป่วยมา 14 ปีบอกว่า “.....ก็อยากให้หมอพยาบาลเขามาถามเราบ้าง ว่าเรามีปัญหาอะไร...เวลาเราพูดก็ให้ฟังเราบ้าง ทุกวันนี้เขาได้แต่ที่เราอย่างเดียว ว่าทำตัวไม่ดี คือ ไม่รักตัวเองบ้าง ไม่เปิดโอกาสให้เราได้พูด อธิบายอะไรบ้างเลย....”

ผู้ป่วยบางคนมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ หญิงอายุ 78 ปีป่วยมา 8 ปีบอกว่า “...หมอมขมาถามคุณเบาหวานได้ตื่นเช้าคนสวยทำอะไรพูดให้หมอฟังหน่อย และหมอยังให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายอีกบ้างก็ใจมากอยากเข้าไปกอดแก่มากแต่ไม่ได้กอดได้แต่คิดในใจว่านัดตรวจครั้งหน้าขอให้ได้เจอหมอกคนนี้อีก”

## สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว จำนวน 14 ราย พบว่า เมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานครั้งแรก ผู้ป่วยมีความรู้สึก ก้าว ตกใจ และวิตกกังวล มีเพียงบางส่วนที่ไม่รู้สึกกลัวและรู้สึกเฉยๆ ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมน้ำตาลกับแบบแผนการกิน พบว่ามีแบบแผนที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน จากประสบการณ์พบว่า การกินยาตามแพทย์สั่งอย่างเดียวจะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แต่การกินยาตามแพทย์สั่งร่วมกับการปรับการกินจะสามารถควบคุมน้ำตาลได้, สิ่งที่สำคัญในการดูแลตนเอง คือ อาหาร อารมณ์ การกินยาอย่างสม่ำเสมอและการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพรหลายชนิดเป็นทางเลือกในการรักษา หลังจากพบว่าระดับน้ำตาลไม่ลดลง จึงเลือกใช้, ผลจากการเป็นเบาหวานส่งผลกระทบต่อชีวิตทั้งการทำมาหากินและการใช้ชีวิตประจำวัน, ผู้ป่วยมีความต้องการบริการสุขภาพทั้งจากอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนพยาบาลและแพทย์ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าแพทย์มีเวลาน้อย ไม่ถาม

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอธิบายเหตุผล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้สึกกลัว และ ตกใจ เมื่อถูกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในครั้งแรก อาจเกิดจากสาเหตุร่วมกัน จากความกลัวการถูกตัดขา ขึ้นชื่อว่าเป็น คนพิการ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตรงกับการทำมาหากินและการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องพึ่งพาคนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ สุวรรณวลัยกร<sup>6</sup> ที่พบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดแผลที่เท้า และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จะเกิดการติดเชื้อในกระดูกที่เท้า และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยเบาหวานต้องถูกตัดส่วนใดส่วนหนึ่งของเท้า และจากประสบการณ์เดิมที่รู้ว่า เบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เกิดโรคแทรกซ้อนจนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด สอดคล้องกับผลวิจัย เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่าในกลุ่มตัวอย่างบางคนให้ความหมายว่าโรคเบาหวานรุนแรงถึงชีวิตเนื่องจากเคยมีประสบการณ์ที่เคยเห็นบุคคลถึงแก่กรรมด้วยโรคเบาหวาน แสดงถึงประสบการณ์ชีวิตที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโรคเบาหวาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมน้ำตาลกับแบบแผนการกินของผู้ป่วยนั้น เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็น “การใช้ชีวิตประจำวัน” โดยไม่ได้มีการเลือกผู้ป่วยหรือใช้ระดับน้ำตาลในเลือดมาแบ่งกลุ่มผู้ป่วยก่อนการศึกษา เห็นได้ว่าพฤติกรรมกรรมการกินของผู้ป่วยเองจะเป็นตัวแบ่งกลุ่มตามธรรมชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มุทิตา ชมพูศรี<sup>8</sup> ที่พบว่า กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความแตกต่างของพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย ฉันทวุฒินันท์<sup>9</sup> ที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีแบบแผนการกินคือ กินข้าวในปริมาณมาก มีอะล 2 จาน กินน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน กินอาหารรสจัด ใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร กินขนมหวาน สอดคล้อง



กับการศึกษาของ จินดาวรรณ เกร์ศรี และคณะ<sup>10</sup> ที่พบว่า เหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถจำกัดปริมาณการกินของตนเองได้ คือการมีอาชีพที่ต้องทำงานหนัก เช่น ทำนา

จากประสบการณ์การจัดการกับโรคเบาหวานของตนเองมายาวนานเฉลี่ย 10-20 ปี ผู้ป่วยมีความเห็นไปในแนวทางเดียวกันว่าการรักษาเบาหวานด้วยการกินยาตามแพทย์สั่งเพียงอย่างเดียว จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ถ้าจะให้ได้ผลต้องทำร่วมกับการปรับแบบแผนการกินโดยการลดปริมาณ และเลือกชนิดอาหาร พบว่าเราสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มุทิตา ชมพุดศรี<sup>11</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจะกินยาสม่ำเสมอและถูกต้อง และส่วนใหญ่จะไปตรวจตามนัดทุกครั้งไม่เคยผิดนัด ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จะมีการปฏิบัติตัวเรื่องการกินยาไม่ตรงเวลา และลืมกินยาในบางครั้ง ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีจะตระหนักถึงการรักษาของแพทย์และการนัดทุกครั้ง

3. ความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานต่อบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและต้องการการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเมททิวิล์ และสิงสันอ้างถึงใน อัญชลี วรรณภิญโญ<sup>11</sup> ที่พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยพึงพอใจก็มีแนวโน้มปฏิบัติตามคำสั่งมากขึ้น การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกรู้ว่า ตนได้รับข้อมูลเพียงพอ ได้รับการยอมรับนับถือ ปัญหาที่มีอยู่ได้รับการแก้ไขหรือใส่ใจดูแล รู้สึกว่าผู้ให้บริการมีหน้าที่ที่เป็นมิตรและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเตรียมผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในครั้งแรกโดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวานและวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้ผลนอกจากการกินยารักษาเบาหวานตามแพทย์สั่งแล้ว ผู้ป่วยต้องมีการควบคุมแบบแผนการกินและการควบคุมอารมณ์ควบคู่ไปด้วย

3. พัฒนาศักยภาพ อสม. การอบรม และฝึกให้อสม. เจาะเลือดตรวจหาน้ำตาลในเลือด (DTX) จะทำให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้นในกรณีที่แพทย์นัด

4. นำความคิดเห็นของผู้ป่วยมาใช้ในการพัฒนาและกำหนดรูปแบบของการให้บริการในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการ ภายใต้ศักยภาพของหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจและผู้ให้บริการมีความสุข

### เอกสารอ้างอิง

1. World Diabetes Day (WDD): Let's take control of diabetes now. [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov.6]. Available from: <http://www.worlddiabetesday.org/en/the-campaign/diabetes-education-and-prevention/lets-take-control-of-diabetes-now>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข ปี 2552.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
3. World Diabetes Day (WDD): ACT ON DIABETES NOW. [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov.16]. Available from: <http://www.idf.org/worlddiabetesday/act-on-diabetes-now>.
4. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลและสถิติ [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov. 22] Available from: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> .
5. รัชนิยา ไกรยศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพเข้มแข็งและพฤติกรรม



- การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2553.
6. สมพงษ์ สุวรรณวัลย์กร และคณะ. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2554; 2554.
  7. เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดปุระนาวาส. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี; 2553.
  8. มุกิตา ชมพุกศรี. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง; 2550.
  9. ธวัชชัย ฉันทวุฒินันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่; 2553.
  10. จินดาวรรณ เงามรัมย์ และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ; 2551.
  11. อัญชลี วรรณภิญโญ. การสร้างและทดสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อใช้วิชาความรู้ทั่วไปและทัศนคติของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2545.



## ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความ ทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สุริยา พองเกิด\*

สรวงทิพย์ ภูักฤษณา\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 20 ครอบครัว เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย และสุ่มเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความทุกข์ทรมานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความทุกข์ทรมานของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบด้วย Wilcoxon Signed-Ranks test และ Mann Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ครอบครัวของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U = 100, p < .01$ ) และยังมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่าเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilcoxon Signed-Ranks test=55,  $p < .01$ ) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยลดความทุกข์ทรมานในครอบครัวได้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานได้

**คำสำคัญ :** ครอบครัว / มะเร็งระยะสุดท้าย / ความทุกข์ทรมาน / โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

\* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี



## Effect of Illness Beliefs Model Program on the Families Suffering From Taking Care End State Cancer Patients

.....

*Suriya Fongkerd\**

*Sroungtip Poogrimsana\**

### Abstract

The purpose of this quasi – experimental research was to determine the effect of applying Illness Beliefs Model on family suffering from taking care of the end stage cancer patients. The sample consisted of 20 families and randomly assigned to the control and experimental groups each of 10 families. The control group received regular program and the experimental group received the applying Illness Beliefs Model (IBM) program. The sample in both group were assessed for suffering at a baseline level and six weeks after the experiment. Data were analyzed using frequency, median, standard deviation, Wilcoxon Signed–Ranks test and Mann Whitney–U test. The results revealed that the median score of family suffering in the experimental group was significantly less than those in the control group ( $U = 100, p < .01$ ). Compared to the baseline, score of family suffering was lower at the end of the experiment for the experimental group (Wilcoxon Signed–Ranks test=55,  $p < .01$ ). Findings suggested that effect of the Illness Beliefs Model program could reduce the families suffering from taking care of the end stage cancer patients. The registered nurses should consider applying the Illness Beliefs Model program to families with patients having the end stage cancer.

**Keywords:** Family / End stage cancer / suffering of care giver / Illness Beliefs Model program.

---

\* Instructor of Borommarajonani College of Nursing Chon Buri





## ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชาชนและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมาและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup> ซึ่งโรคมะเร็งเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย และทุกอวัยวะของร่างกาย ความเจ็บปวดเมื่อเกิดขึ้นแล้วมิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีการเจ็บป่วยทางจิตใจและครอบครัวด้วย<sup>2</sup> และในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือภาวะใกล้ตายผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจอย่างมาก เผชิญกับความกลัว ความโดดเดี่ยว ความอ้างว้าง และความกังวลในเรื่องต่างๆ กับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นโดยเป็นประสบการณ์ที่มีเพียงผู้ที่กำลังจะตายเท่านั้นที่รับรู้ได้สิ่งที่บุคคลรอบข้างจะช่วยเหลือได้คือความสุขสบายทางกายและความสุขสงบทางจิตวิญญาณเป็นครั้งสุดท้าย<sup>3</sup> ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในสมาชิกคนใดคนหนึ่งก็มักจะมีผลกระทบไปยังสมาชิกคนอื่น ๆ รวมทั้งครอบครัว ทั้งระบบจะถูกกระทบไปด้วย และในทางกลับกันครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่นกัน<sup>4</sup> หรืออาจกล่าวได้ว่าเมื่อสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้นมีผลทำให้สมาชิกครอบครัว คนอื่นๆ เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้และเมื่อสมาชิกที่ดูแลเกิดการเจ็บป่วยก็จะมีผลกระทบต่อสมาชิกที่เจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอีก ครอบครัวนับว่ามีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสม ตามสภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ครอบครัวยังมีหน้าที่ตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ อีก เช่น ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง หรือทางด้านอารมณ์ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะมีปัญหาการซึมเศร้าและวิตกกังวล<sup>5</sup> ภาระในการดูแลของสมาชิกครอบครัวประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัว มีผลทำให้เกิดความเครียดและความทุกข์ทรมานในการดูแลได้<sup>4</sup>

นอกจากนี้ยังมี งานวิจัยอีกมากมายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่พบว่าการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรังทำให้เกิดความทุกข์ทรมานขึ้น ได้แก่ ความรู้สึกไม่สุขสบาย ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล ซึ่งเป็นผลทางอารมณ์ในด้านลบที่มีผลต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงคุณภาพในการดูแลด้วย ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยนี้จะเป็นสิ่งที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐานของบุคคล อาจทำให้เกิดความล้มเหลวในการดำรงชีวิตได้<sup>6</sup> และจากการรวบรวมวรรณกรรมพบว่ามียุทธศาสตร์ที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวคือความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้สามารถที่จะดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง รู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน สร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวของคนไทย จะเน้นให้การพยาบาลแต่เฉพาะตัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่านั้นยังไม่พบเห็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้กับครอบครัวของผู้ป่วยที่ชัดเจน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการสอน การแนะนำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามพูดคุยแต่ไม่เน้นความสำคัญของความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยต่อความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และยังไม่มีการสนทนาเพื่อบำบัดสำหรับครอบครัวในกลุ่มนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจนำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model : IBM)<sup>4</sup> มาใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาลและความเข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยการรักษา การดูแลสุขภาพทำให้พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ



ในศักยภาพในการดูแลสุขภาพและการแก้ปัญหาของซึ่งกันและกันนำมาซึ่งการเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและเปิดโอกาสสำหรับการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นรูปแบบที่ใช้ในการให้บริการแก่ครอบครัวที่ประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันเนื่องมาจากมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสังคมอื่นๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลมีการใช้องค์ความรู้จากศาสตร์การพยาบาลครอบครัวและศาสตร์ทางครอบครัวอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและมีการพัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลจนเป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายและได้นำไปใช้ในหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนรวมทั้งนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวในงานวิจัยต่างๆ เช่น แพทท์<sup>7</sup> ได้นำรูปแบบ IBM มาใช้ในการบำบัดครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า ช่วยลดความทุกข์ทรมานของครอบครัวลงได้ และต่อมาประยุกต์รูปแบบ IBM ใช้กับสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี ทำให้ได้ข้อมูลรายละเอียดของครอบครัวชัดเจนช่วยให้พยาบาลยอมรับความเป็นผู้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาของครอบครัว เสนอแนะสิ่งที่มีประโยชน์และเหมาะสม และช่วยให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับครอบครัว<sup>7</sup>

ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบ IBM นี้มาประยุกต์ใช้ในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อของครอบครัวที่มีผลต่อการปรับสมดุลของครอบครัวและการดูแลผู้ป่วย โดยการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานลดลง สามารถคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่ดีและดำเนินชีวิตอยู่กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและ

ยอมรับความตายในอนาคตอันใกล้ของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างเหมาะสม

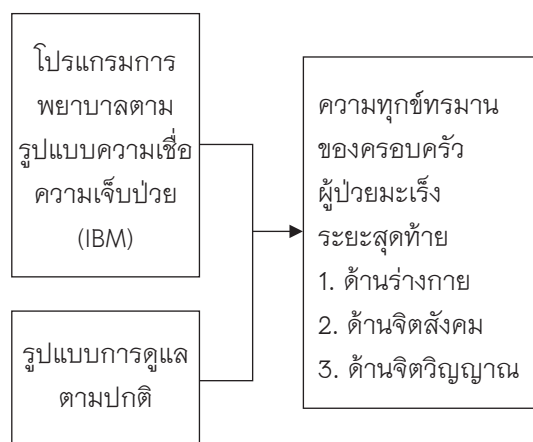
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างก่อนและหลังการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
2. ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย





## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest/Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากบุคลากรทางสาธารณสุข มุ่งศึกษาครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 20 ครอบครัว กลุ่มทดลอง จำนวน 10 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 ครอบครัว ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนตุลาคม 2554 ซึ่งคัดเลือกจากประชากรที่มีความทุกข์ทรมานในระดับเดียวกันและทำการสุ่มอย่างง่ายโดยไม่ใส่คืนเพื่อคัดเลือกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) ความเข้าใจบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ 2) การค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค 4) การแยกแยะ ประเมินความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพศ อายุ สถานะสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแล/วัน โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย 8 ข้อ ด้านจิตสังคม 19 ข้อ และ

ด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย Mann-Whitney U test) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม Wilcoxon Signed-Ranks test

## ผลการวิจัย

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ลักษณะทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี และ 50-59 ปี มีเท่ากัน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี และ 60 ปีขึ้นไปเท่ากันจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 ราย และ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และ ร้อยละ 70 ตามลำดับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มีจำนวนเท่ากัน คือ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 6 ราย และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และ ร้อยละ 50 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 100 ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองเป็นบุตรของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ ภรรยาและสามี จำนวนเท่ากันมี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นภรรยาและบุตร จำนวนเท่ากันมี 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีอาชีพค้าขายจำนวนเท่ากัน มี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี



รายได้ น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน จำนวน 7 ราย และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 8 รายและ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกใน

ครอบครัวเท่ากันคือช่วงจำนวน 4-6 คน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1-3 ปี จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 4-6 ปี จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานของความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนและหลังการดูแลด้วยโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองและการดูแลตามรูปแบบปกติในกลุ่มควบคุม

	N	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Difference Test	df	p-Value
		Median	SD	Median	SD			
กลุ่มทดลอง	10	90.00	3.20	35.0	2.81	55	9	<.001
กลุ่มควบคุม	10	91.00	3.31	65.0	2.81	50	9	<.001

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 90.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.20 และหลังการทดลองเท่ากับ 35.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.81 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilcoxon Signed-Ranks = 55,  $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลงมากกว่าก่อนได้รับ

การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย นั่นคือ ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการทดลองมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่าก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 91.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.31 และหลังการทดลอง เท่ากับ 65.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.81 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilcoxon Signed-Ranks=50,  $p < .001$ )



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลของแต่ละกลุ่ม

	n	หลังการทดลอง		Mann-Whitney U	df	p-Value
		$\bar{x}$	SD			
กลุ่มทดลอง	10	32.80	2.66	-24.21	18	< .001
กลุ่มควบคุม	10	70.50	4.14			

จากการศึกษาพบว่าเมื่อนำผลต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปทดสอบทางสถิติ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U = 100$ ,  $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ นั่นคือ ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

### การอภิปรายผล

ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับ พัชริน แน่นหนา<sup>๑</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว<sup>๑</sup> พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับ

โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อาจอธิบายได้ว่า การที่ครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่สมรสหรือบุตรต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วย ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม หรือจิตวิญญาณ เมื่อผู้วิจัยทำการสนทนาเพื่อบำบัดตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วยแต่ละคนและมีความสัมพันธ์กันและมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง<sup>๑</sup> การเชื่อเชิญให้ครอบครัวได้บอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเผชิญความเจ็บป่วย ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อครอบครัวซึ่งการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องราว (Illness Narrative) นอกจากจะบอกเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งแล้ว ยังเป็นการบอกเล่าถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องการเล่าด้วย<sup>4</sup> และการที่พยาบาลฟังการบอกเล่าจากครอบครัวอย่างตั้งใจ จะช่วยให้ครอบครัวมีกำลังใจที่จะแสดงความคิดเห็นความรู้สึก เกิดความภาคภูมิใจรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง<sup>10</sup> การใช้เทคนิคการสนทนาจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ทำให้ความทุกข์ทรมานของครอบครัวในด้านต่างๆ ลดลงได้ดังนี้ “คำถามเดียว” (One Question-Question) ที่ครอบครัวต้องการคำตอบ จะช่วยให้ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความ



ต้องการของครอบครัวที่สำคัญที่สุดได้และนำมาซึ่ง การให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับครอบครัว สอดคล้องกับ Wright & Ledhey<sup>11</sup> ที่ว่าคำถาม เดียวนั้นมักเป็นคำถามที่สำคัญที่สุดเป็นคำถามที่ ครอบครัวต้องการคำตอบ เป็นวิธีที่มีประโยชน์ใน การแยกแยะปัญหา ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหา และความเชื่อของปัญหานั้นและให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของครอบครัวต่อไป สำหรับการให้คำชมเชยครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยจะช่วยให้ครอบครัวเห็นถึงความเข้มแข็ง สามารถนำมาเป็นจุดเด่น และช่วยปรับเปลี่ยนความ เชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงรวมถึงเห็นถึง ความรักความผูกพันที่มีต่อกันในครอบครัว การ ถามถึงความเชื่อเกี่ยวกับการมีผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าถึงความเชื่อของครอบครัว ต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นทำให้ผู้วิจัยเสนอข้อมูลที่ไม่ ซ้ำซ้อน เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง<sup>11</sup> การเชื่อเชิงบวกให้ ครอบครัวอธิบายว่ามีอะไรที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ขึ้นในครอบครัว จะทำให้ครอบครัวตระหนักถึงการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ เหมาะสม สำหรับการเสนอทางเลือก ความคิดใหม่ๆ การเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน จะช่วยเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีทางเลือกมากขึ้น มีความคิดที่หลากหลาย เกิดการพัฒนาความคิด นำความเข้มแข็งและความสามารถที่มีอยู่ออกมา ใช้และเกิดพลังใจเกิดการสะท้อนความคิด มอง สถานการณ์ด้วยมุมมองใหม่ๆ เข้าใจในตนเอง มากขึ้น และพบวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้<sup>7</sup> วิธีการเหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีทางเลือกที่จะปฏิบัติ ให้เหมาะสม นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และ พฤติกรรม (Behavior) ซึ่งทำให้ความทุกข์ทรมาน ด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณลงได้<sup>11</sup> ซึ่ง สอดคล้องกับ พัทธิน แนนหนา<sup>8</sup> ได้ศึกษาในผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ ครอบครัวพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการเปลี่ยนแปลง

ความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งทำให้ความทุกข์ ทรมานด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณลง ได้ และจากการที่ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่ สำคัญของผู้ป่วย เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ไปในทางที่ดีขึ้นก็จะมีผลดีต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดความรัก ความเข้าใจ มีสัมพันธภาพที่ดี ต่อกัน ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของครอบครัว ด้วยเช่นกันสำหรับการดูแลตามปกติเป็นการให้ ความรู้ให้คำแนะนำกับครอบครัวในเรื่องการ ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เปิด โอกาสให้ครอบครัวได้ซักถาม พุดคุยถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลแต่ยังไม่มีมีการนำการสนทนา บำบัดมาใช้กับครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างครอบครัว ผู้ป่วย และพยาบาล มีผลต่อ ความไว้วางใจและความมั่นใจในการดูแลรักษา และ มีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาด้วยเช่นกันจาก เหตุผลที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างจาก การสนทนาบำบัดที่เกิดขึ้นตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยและการดูแลตามปกติ ซึ่งมีผลให้ผล ต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลดลงมากกว่าครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม ปกติ นั่นคือ ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไ้ รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ข้อเสนอแนะ

**ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรนำรูปแบบ ความเชื่อความเจ็บป่วยนี้ไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากการเจ็บป่วยมีผลกระทบ ต่อครอบครัวและครอบครัวมีผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวเช่นกัน การสนทนา บำบัดช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และที่มีสุขภาพมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความ ไว้วางใจและเปิดเผยความเชื่อความทุกข์ทรมานที่



เกิดจากการดูแลผู้ป่วย นำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลง ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและจากการที่ทีมสุขภาพเข้าใจความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัว รวมทั้งบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถให้การบำบัดทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และช่วยให้ครอบครัวปรับสมดุลและอยู่กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีความสุขจนวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

**ด้านบริหารการพยาบาล** ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับการใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมานที่พัฒนาขึ้น ไปใช้กำหนดนโยบายหรือจัดระบบบริการสำหรับครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือจัดตั้งคลินิกครอบครัวสำหรับดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคอง เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีรูปแบบในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่ชัดเจน ฝ่ายบริหารควรจัดพัฒนาบุคลากรโดยส่งเสริมการทำ R2R เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในด้านการสนับสนุนมิติด้านจิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณให้กับผู้รับบริการ สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมและการจัดการความรู้เพราะการศึกษาด้านการพยาบาลครอบครัวมีผู้ดำเนินการและการทำวิจัยยังมีน้อยอยู่

**ด้านการศึกษาพยาบาล** ต้องจัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการสนทนากับครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย จนพยาบาลเกิดความมั่นใจในศักยภาพในการใช้รูปแบบนี้ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริงและในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตควรมีการเน้นในเรื่องการสนทนาเพื่อการบำบัดสำหรับครอบครัวทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยให้กับนักศึกษาพยาบาล ในวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้นเนื่องจากนักศึกษาจะพบกับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องดูแลกันเองที่บ้านดังสภาพของกลุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้มากขึ้นและครอบครัวยังต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

เช่นนี้อีกมาก

**ด้านการวิจัย** การวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Control Trial : RCT) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเนื่องจาก RCT เป็นรูปแบบการทดลองที่ช่วยป้องกันและลดปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลกระทบต่อผลการทดลอง ซึ่งจะช่วยให้ศักยภาพของรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยที่ชัดเจนขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Hospital-based cancer registry. กรุงเทพฯ 2553.
2. พระไพศาล วิสาโล. เปิดหน้าต่าง สร้างสะพาน สมนานใจ:ทางออกจากกับดักแห่งความรุนแรงในยุคทักษิณ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ 14 ตุลา; 2547.
3. ธนิตา เขียรธำรงสุข, ภาวนา กิรติยดวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย:การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2541;6(2):22-26.
4. Leahey M, Harper-Jaques S. Family-Nurse Relationships: Core Assumptions and Clinical Implications. Journal of Family Nursing. May 1, 1996 1996;2(2):133-151.
5. อุดม ไกรฤทธิชัย. สารพัดปัญหาโรคไตวาย สำหรับประชาชน กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิ (พิมพ์ครั้งที่ 5); 2545.
6. Kanervisto M, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on family functioning. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2003;32(6):360-367.
7. Tapp DM. The Ethics of Relational Stance in Family Nursing: Resisting the View of "Nurse as Expert". Journal of Family Nursing. February 1, 2000 2000;6(1):69-91.
8. พัชริน แหม่นหนา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความ



ทุกซัทรมานของ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่พอกเลือด  
ด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว, มหาวิทยาลัย  
บูรพา; 2550.

9. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำ  
ปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: ชันด้าการพิมพ์;  
2544.

10. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. การสำรวจงานวิจัย  
เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย.  
รามาศิบัติเวชสาร. 2546;9(2):156-165.

11. Wright LM, Leahy M. Nurses and Families:  
A Guide to Family Assessment and Intervention.  
Philadelphia: F.A. Davis; 2005.





## การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ประไพ กิตติบุญญาลัย \*

ศิริธร ยิ่งแรงแรง \*

ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา \*

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จังหวัดสระบุรีมีอัตราป่วยเป็นอันดับ 7 ของประเทศ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันแก่ประชาชน จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้สำรวจการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 375 คน ที่เข้ารับการักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 36 – 88 ปี อายุเฉลี่ย 59 (SD = 10.27) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 46 เพศหญิง ร้อยละ 70.9 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.4 โรคเรื้อรังที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89 โรคอ้วน ร้อยละ 52.4 และไขมันสูง ร้อยละ 49.2 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับเสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 3.2 ระดับเสี่ยงสูงปานกลาง ร้อยละ 53.5 และ ระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 43.3 แหล่งข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมอง 3 อันดับแรกคือ โทรทัศน์ ร้อยละ 46.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 34.2 และพยาบาล ร้อยละ 24.6 โดยภาพรวมพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 39.8 เคยมีประสบการณ์รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเบื้องต้น โดยข้อมูลสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับน้อยที่สุดคืออาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ร้อยละ 58.6 รองลงมาคืออาการปากเบี้ยว ร้อยละ 70.6 และอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 73.3 การศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ร้อยละ 90.9 ไม่เคยได้รับคำแนะนำการจัดการเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดบันทึกเวลาที่เริ่มมีสัญญาณเตือน และร้อยละ 82.9 ไม่ทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 สำหรับติดต่อรถฉุกเฉิน นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับสูงมาก มีการรับรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับเสี่ยงสูงมาก โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนเรื่องอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง การจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการและเบอร์โทรฉุกเฉิน ซึ่งการให้ความรู้ควรใช้สื่อโทรทัศน์ให้มากขึ้นเพราะเป็นช่องทางที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ข้อมูลมากที่สุด

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือน

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี



## Perceptions of Stroke Warning Signs among Risk Patients

*Prapai Kittiboonthawal\**

*Siritorn Yingrengreung*

*Supalux Srithanya\**

### Abstract

In Thailand, stroke has increased and the incident in Saraburi province ranked 7th of country. Promoting stroke warning signs awareness can reduce symptoms severity and positive treatment outcomes. This study explores stroke information perceptions among patient at risk of having stroke. Sample were 375 of multi-stage random sampling of patients age > 35 at risk of having stroke that received treatment from health promoting district hospitals in Saraburi. Data were collected by questionnaires. Participants were ages 36–88 years (mean = 59, SD = 10.27), senior (46%), female (70.9%), primary education 70.6%), married (67.4%). For stroke risk factors were high blood pressure (89%), and high cholesterol (52.4%), and obesity (49.2%). Participants were categorized into 3 groups according to the stroke risks screening: Very high risk group (3.2%), Moderate high risk group (53.5%), and High risk (43.3%). The top three channels used for dissemination of stroke information were TV (46.3%), public health staff (34.2%), and nurses (24.6 %). Finding indicated that 39.8% of overall patients at risk of stroke had received stroke warning signs information. Type of stroke warning sign information received from low to high were weakness at one side of the body (58.6%), face drop (70.6%), and slurred speech (73.3%). Moreover, 90.9% and 82.9% of patients did not know to keep recording time of stroke onset and to call 1669 for emergency, respectively. Patients in the very high risk group of having stroke were found to be the least that receiving stroke warning signs information. This study suggests that the dissemination of stroke warning signs information to patients at risk with stroke especially weakness at one side of the body, time onset recording and emergency telephone number should increase using TV channel for public education.

**Keywords:** Stroke, warning signs

\* Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นสาเหตุการตายสูงอันดับ 3 ของประชากรในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในทุกปีจะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 15 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยประมาณ 5.8 ล้านคน เสียชีวิต ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2553 ประเทศไทยมีอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 50.56 ต่อแสนประชากร และเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 446 รายต่อวัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษา 100,000 – 1,000,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งร้อยละ 10 – 20 เสียชีวิต และผู้รอดชีวิตมักจะมีคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก จังหวัดสระบุรีมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 7 ของประเทศ และมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นมากจากปี 2551 มีอัตราป่วย 37.98 ต่อแสนประชากร ในปี 2553 อัตราป่วยเพิ่มเป็น 62.36 ซึ่งนับเป็นอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ในเขต 2<sup>2</sup>

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาจาก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งการป้องกันก่อนเกิดโรค และการรักษาในระยะแรกอย่างทันท่วงที่จะช่วยลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี นักวิชาการได้ให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือนของโรคแก่ประชาชน เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันและช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพได้ผลลัพธ์ที่ดี มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองต่ำที่สุดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากที่สุด<sup>3</sup> และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษา สามารถมาโรงพยาบาลทันภายใน 3 ชั่วโมง

เพียงร้อยละ 20-27<sup>4-5</sup> ซึ่งผู้รอดชีวิตมักจะมีคุณภาพชีวิตลดลงและผู้พิการมีแนวโน้มสูงขึ้นในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิค่อนข้างน้อยและยังไม่มีการศึกษาวิจัยการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการรับรู้สัญญาณเตือนและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนอันจะช่วยให้ประชาชนดูแลตนเองได้และลดความรุนแรงของผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับแหล่งของข้อมูลข่าวสาร การรับรู้สัญญาณเตือน และการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือน

## คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับใด
2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับ แหล่งของข้อมูลข่าวสาร การรับรู้สัญญาณเตือน และการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนอย่างไร

**วิธีดำเนินการวิจัย** ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2556

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการอายุมากกว่า 35 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าป่วย



เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวาน หรือ ภาวะไขมันในเลือดสูง และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล หรือรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี จำนวน 11,243 คน<sup>6</sup> คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเวลช์และโคเมอร์ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่าง 370 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่คืนที่คัดเลือก 8 อำเภอ จาก 13 อำเภอ ได้แก่ อ.เมือง อ.พระพุทธบาท อ.แก่งคอย อ.วิหารแดง อ.บ้านหมอ อ.หนองแค อ.วังม่วง อ.มวกเหล็ก แต่ละอำเภอสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1-2 แห่ง รวม 15 แห่ง จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายผู้ป่วยที่ยินดีให้ข้อมูลแห่งละ 15-50 คน โดยคิดสัดส่วนตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนลงนามยินยอมให้ข้อมูลก่อนให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และอ่านแบบสอบถามให้กรณีที่มีผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการ โดยระหว่างการตอบแบบสอบถามสามารถเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่

1. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาทำก่อนนำไปใช้ เป็นข้อคำถาม 8 ข้อ เกี่ยวกับการมีญาติสายตรงเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต การสูบบุหรี่ ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

และประวัติโรคหัวใจ โดยข้อที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยให้คะแนน 1 สำหรับข้อที่ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้คะแนน 0 เกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยงแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับเสี่ยงสูงมาก คือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 5 ข้อ หรือมีประวัติเป็นอัมพาตหรือโรคหัวใจ 2) ระดับเสี่ยงสูงปานกลาง คือมีปัจจัยเสี่ยง 3 - 5 ข้อ หรือเป็นเบาหวานนานกว่า 10 ปี/มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 170/100 mmHg จำนวน 2 ครั้งติดต่อกัน/ระดับคลอเลสเตอรอล > 309 มิลลิกรัม% และ 3) ระดับเสี่ยงสูงคือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อหรือมีญาติสายตรงเป็นอัมพาต/หัวใจขาดเลือดก่อนวัย/มีภาวะเบาหวานที่คุมไม่ได้ติดต่อกัน

2. แบบสอบถามประสพการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากอุมาพร แซ่กอ<sup>7</sup> ผ่านการพิจารณาความตรงโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีการทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงในเขตเทศบาล 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่น .68 แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับอายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา และสถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย การรับรู้แหล่งข้อมูลข่าวสาร 19 ข้อ การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 5 ข้อ และการรับรู้การจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 2 ข้อ การให้คะแนนข้อที่เคยรับรู้มาก่อนให้คะแนน 1 ส่วนข้อที่ไม่เคยรับรู้มาก่อนให้คะแนน 0

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สัญญาณเตือนและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล****ข้อมูลส่วนบุคคล**

การสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ เกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนา พบว่า

มีอายุระหว่าง 36 – 88 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 59 (SD = 10.27) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 46 เพศหญิง ร้อยละ 70.9 มีความรู้ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.6 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 67.4 และศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลอายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา และสถานภาพสมรส (374 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	109	29.1
หญิง	265	70.9
<b>อายุ (ปี)</b>		
35 –49	70	18.7
50-59	130	34.8
60-69	115	30.7
70-79	47	12.6
80-89	12	3.2
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	264	70.6
มัธยมศึกษา	44	11.8
ปวช/ปวส	33	8.8
ปริญญาตรี	12	3.2
อื่นๆ	21	5.6
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	37	9.9
คู่	252	67.4
หย่า/แยก	27	7.2
หม้าย	58	15.5
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	370	98.9
คริสต์	2	.1



### ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 2 โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจำแนกระดับความเสี่ยงตามจำนวนปัจจัยความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ

พบว่าระดับเสี่ยงสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 3.2 ระดับเสี่ยงสูงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.5 และระดับเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 43.3 โดยปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง 3 ลำดับแรก คือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 89 รองลงมาคือโรคอ้วน คิดเป็นร้อยละ 52.4 และไขมันในหลอดเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 49.2

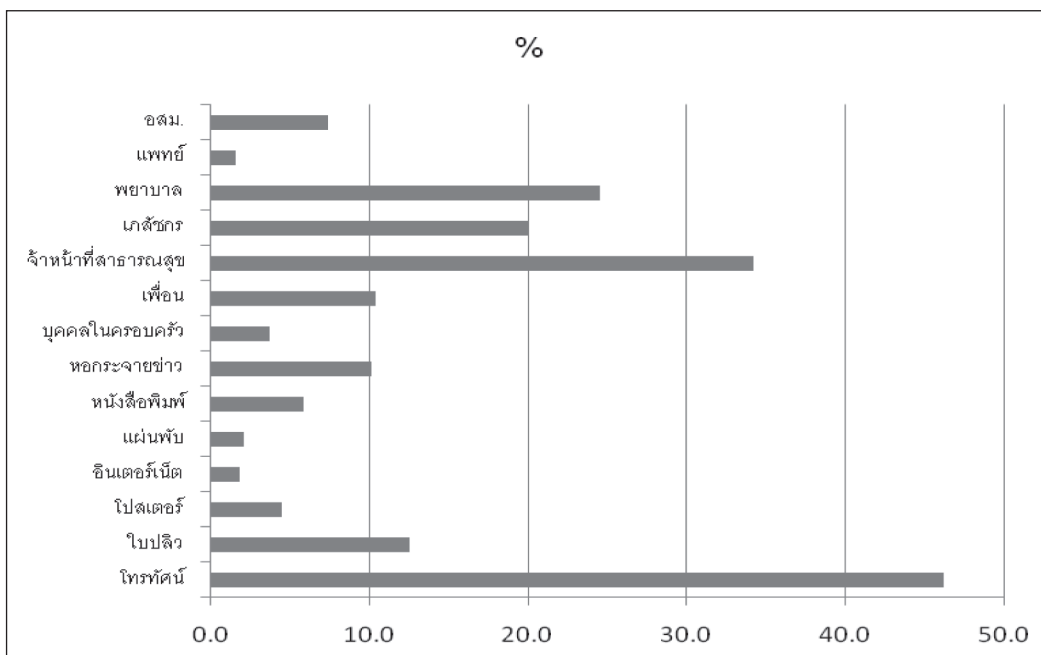
ตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (374 คน)

	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับความเสี่ยง</b>		
กลุ่มเสี่ยงสูงมาก	12	3.2
กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง	200	53.5
กลุ่มเสี่ยงสูง	162	43.3
<b>ปัจจัยเสี่ยง</b>		
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	292	78.1
สูบ/เคยสูบ	82	21.9
ความดันโลหิตสูง		
ไม่เป็น	41	11.0
เป็น	333	89.0
เบาหวาน		
ไม่เป็น	226	60.4
เป็น	148	39.6
ไขมันสูง		
ไม่เป็น	190	50.8
เป็น	184	49.2
โรคอ้วน		
ไม่เป็น	178	47.6
เกินเกณฑ์	196	52.4
Stroke		
ไม่เคยเป็น	355	94.9
เคยเป็น	19	5.1
โรคหัวใจ		
ไม่เป็น	318	85.0
เป็น	56	15.0



### แหล่งข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการสำรวจแหล่งข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมองพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางต่างๆ 14 รายการ ได้แก่ อาสาสมัครหมู่บ้าน แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน บุคคลในครอบครัว หอกระจายข่าว หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ อินเทอร์เน็ต โปสเตอร์ ใบบลิว และโทรทัศน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างระบุแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 3 อันดับแรก ได้แก่ สื่อโทรทัศน์คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 34.2 และโดยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 24.6 ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

### การรับรู้ข้อมูลสัญญาณเตือนและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการสำรวจประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองพบว่าโดยภาพรวมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 39.8 สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ข้อมูลที่ได้รับน้อยที่สุดคือ

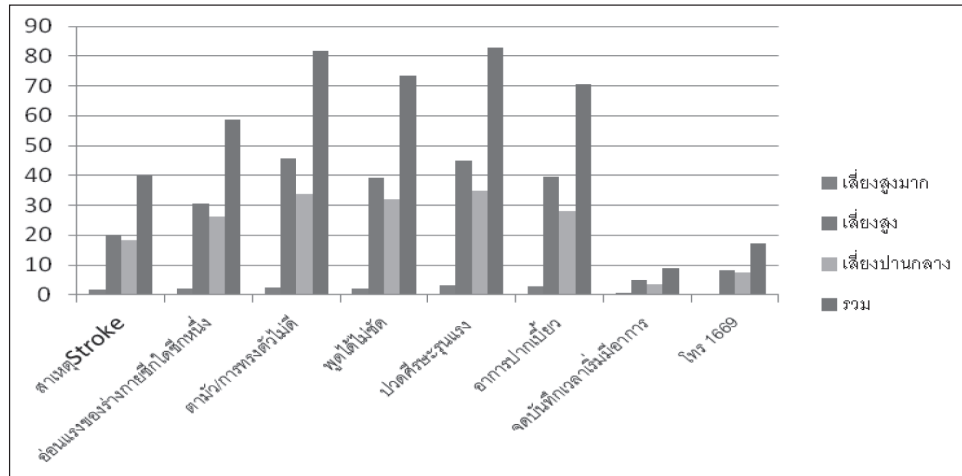
ใบบลิว และโทรทัศน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างระบุแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 3 อันดับแรก ได้แก่ สื่อโทรทัศน์คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 34.2 และโดยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 24.6 ดังแสดงในภาพประกอบ 1

อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 58.6 รองลงมาคืออาการปากเบี้ยว คิดเป็นร้อยละ 70.6 และอาการพูดไม่ได้ ไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก หรือฟังคำพูดไม่เข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 90.9 ไม่เคยได้รับคำแนะนำให้ทำการจดบันทึกเวลาเมื่อเริ่มมีสัญญาณเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 82.9 ไม่เคยทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 สำหรับติดต่อรถฉุกเฉินเพื่อนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล



เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ข้อมูลสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยจำแนกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดโรค พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงมีส่วนของการเคยมีประสบการณ์รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงปานกลาง อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงมากมีประสบการณ์รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของภาวะโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ



ภาพประกอบ 2 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีประสบการณ์รับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมอง

## สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาวิจัยพบประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

1. ประสบการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 แหล่งข้อมูลข่าวสารพบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุแหล่งข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ สื่อโทรทัศน์คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 34.2 และโดยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 24.6 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุด แม้ว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่คิดว่าได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำ แต่ประชาชนกลับรับรู้จากสื่อโทรทัศน์มากกว่า อาจเป็นไปได้ว่าสื่อมวลชนและบรรยากาศในการให้

คำแนะนำในสถานบริการค่อนข้างเร่งรีบและผู้รับบริการมุ่งรอการตรวจทำให้ขาดความสนใจในการรับฟังความรู้จากเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 57 เป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลซึ่งจากการสังเกตขณะเก็บข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก พลุกพล่าน ทำให้การให้ความรู้ของพยาบาลไม่ทำให้เกิดการรับรู้มากนัก และแม้บางแห่งมีห้องในการให้ความรู้กลุ่มใหญ่แก่ผู้รอตรวจแต่ผู้รับบริการก็มีใจจดจ่อกับการรอรับบริการ ซึ่งล้วนมีผลต่อการเรียนรู้ ดังที่นักจิตวิทยาการศึกษาเห็นว่าความพร้อมของผู้เรียน สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศมีผลต่อการเรียนรู้<sup>๑</sup> ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่าประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด และการทดลองให้ความรู้โดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาน้อย ซึ่ง





ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.60 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานการศึกษาที่พบว่าการใช้สื่อโทรทัศน์ในการให้ความรู้ยังได้ผลในระดับน้อยในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี<sup>9-10</sup>

ผลการศึกษาประสบการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างสูงโดยรับรู้อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเฉียบพลันมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.9 ส่วนสัญญาณเตือนที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้น้อยที่สุด คือการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ร้อยละ 58.6 ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการวิจัยในบางพื้นที่ซึ่งประชาชนรับรู้สัญญาณเตือนเรื่องแขนขาอ่อนแรงมากที่สุด<sup>11</sup> แต่สอดคล้องกับรายงานการสังเคราะห์งานวิจัย ที่พบว่าประชาชนรับรู้สัญญาณเตือนสูงสุดเกี่ยวกับอาการเวียนศีรษะหน้ามืด (dizziness) ร้อยละ 21-26 อาการปวดศีรษะร้อยละ 16-22 โดยรับรู้อาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกายน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 6-15<sup>12</sup> ซึ่งผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าการให้ความรู้สาเหตุและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่อาจเป็นสิ่งจดจำได้ยากสำหรับประชาชน หรือการสื่อสารข้อมูลสาธารณะมีความซับซ้อนและเข้าใจได้ยากสำหรับประชาชนทั่วไป

การจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 90.9 ไม่เคยได้รับคำแนะนำให้ทำการจดบันทึกเวลาเมื่อเริ่มมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 64 ไม่เคยโทรเบอร์โทรศัพท์ 1669 เพื่อติดต่อรถฉุกเฉินนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาวิจัยที่พบว่าประชาชนกลุ่มที่เข้าค่ายให้ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมองมีความรู้สาเหตุและสัญญาณเตือนเพิ่มขึ้นแต่การรับรู้หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินไม่เปลี่ยนแปลง<sup>10</sup> ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดและการไหลเวียนโลหิต

และเป็นผู้สูงอายุทำให้ความสามารถด้านการคิดและการรับรู้เรื่องข้อมูลใหม่โดยเฉพาะข้อมูลเชิงตัวเลขลดลง

การเปรียบเทียบการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง มีการรับรู้สาเหตุและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงระดับสูงมาก มีการรับรู้สาเหตุและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่พบว่ากลุ่มที่มีความรู้โรคหลอดเลือดสมองต่ำสุดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด<sup>3</sup> อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงระดับสูงมากมีเพียงร้อยละ 3.2 จึงควรมีการศึกษาเพื่อยืนยันการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเสี่ยงสูงมากในอนาคตต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรสาธารณสุขควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในประเด็นการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโดยการบันทึกเวลาเริ่มมีอาการและเบอร์โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

1.2 ควรให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สื่อโทรทัศน์ให้มากขึ้นเพราะเป็นช่องทางที่ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลมากที่สุด

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเพื่อยืนยันการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับสูงมาก

2.2 ควรศึกษาการใช้สื่อสาธารณะหรือเทคนิคการให้ข้อมูลข่าวสารสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ



### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Atlas on Cardiovascular Diseases Prevention and Control [internet]. 2011 [cited. 2013 March 26] Available from : <http://WHO.int/>
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. 2555;43(17).
3. Reeves M, Hogan J, & Rafferty A. Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. *Neurology* 2002; 59(10):1547-52.
4. Kleindorfer D, Kissela B, Schneider A, Woo D, Khoury J, Miller R. Eligibility for recombinant tissue plasminogen activator in acute ischemic stroke: A population-based study. *Stroke* 2004;35(2):e27-29.
5. นิภาพร ภิญญาศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
6. กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. สรุปรายงานการป่วยจากรายงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (รง504 และ รง505); 2555.
7. อุมพร แซ่กอ. การศึกษาความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
8. สุรางค์ โค้วตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
9. Silver FL, Rubini F, Black D, Hodgson CS. Advertising Strategies to Increase Public Knowledge of the Warning Signs of Stroke. 2003;34(8):1965-8
10. Becker KJ, Fruin MS, Gooding TD, Tirschwell DL, Love PJ, Mankowski TM. Community based education improves stroke knowledge. *Cerebrovascular Diseases* 2001;11(1):34-43.
11. หัสยาพร มะโน. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
12. Flaher ML, Klindorfer D, Kissela BM. Public stroke awareness and education[internet]. 2004[cite 2012 July 12] Available from : <http://neurology.org/content/59/10/1547-short>.



## ประสบการณ์การนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมสภาการพยาบาลสากล ICN 25th Quadrennial Congress

อุไรพร จันทะอุ้มเม้า\*

สภาการพยาบาลสากล (International Council of Nurses: ICN) ก่อตั้งในปี ค.ศ. 1899 เป็นสมาพันธ์พยาบาลที่มีประเทศสมาชิกกว่า 130 ประเทศ มีสมาชิกกว่า 16 ล้านคน<sup>1</sup> ประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิกโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนี

ICN มีการจัดประชุมเพื่อให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบปะ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือ โดยมีการประชุม ICN Quadrennial Congress สลับกับ ICN Conference and CNR เป็นการจัดการประชุมทุก 4 ปี ซึ่งมีวงรอบในการจัดการประชุมเหลื่อมกัน ทุก 2 ปี เช่น ICN Quadrennial Congress ครั้งล่าสุด (ครั้งที่ 25) จัดประชุมระหว่างวันที่ 18-23 พฤษภาคม ค.ศ. 2013 ที่กรุงเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย และครั้งต่อไปจะจัดในปี ค.ศ. 2017 ที่บาเซิลนา ประเทศสเปน ส่วนการประชุม ICN Conference and CNR ครั้งล่าสุด จัดที่กรุงวาเลตต้า ประเทศมอลตา ในปี ค.ศ. 2011 และครั้งต่อไป จะจัดประชุมที่ กรุงโซล ประเทศเกาหลี ในปี ค.ศ. 2015 เป็นต้น

การประชุมสภาการพยาบาลสากล ทั้งสองการประชุมนี้ นับว่าเป็นการประชุมระดับ world congress ที่องค์กรพยาบาลชั้นนำในประเทศสมาชิกทั่วโลกให้ความสำคัญ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยท่านนายกสมาคมฯ คนปัจจุบัน อาจารย์ดาราดพร คงจา เห็นความสำคัญของการเข้าร่วมการประชุม ทั้งสองการประชุมดังกล่าว โดยกำหนดเป็นนโยบายในการให้การสนับสนุนคณะกรรมการและสมาชิก ที่มีผลงาน

โดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ และได้รับการตอบรับให้เข้าร่วมนำเสนอผลงานจาก ICN ทั้งนี้เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างความเข้มแข็ง ในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของไทยต่อไป

ในการประชุม ICN Quadrennial Congress ครั้งที่ 25 นี้ สมาคมศิษย์เก่าฯ ได้สนับสนุนทุนสำหรับคณะกรรมการและสมาชิกในการเข้าร่วมประชุมและนำเสนอผลงาน จำนวน 5 ทุน ดังนี้ 1) นางสาวดาราดพร คงจา นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2) นางวิมลนิจุสิงหะ เลขานุการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 3) นางสาวอุไรพร จันทะอุ้มเม้า สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4) นายสุริยา พองเกิด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี และ 5) นางวรรณมา สุธรรมมา โรงพยาบาลนครพิงค์

ผู้เขียนได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุม และนำเสนอผลงานประเภท oral presentation ใน concurrent session วันที่ 21 พ.ค. 2556 10.00 – 11.30 น. ห้อง 110 Leadership/ Management โดยนำเสนอให้หัวข้อ “การประเมินผลการนำยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศสู่การปฏิบัติ” (The Evaluation of Thai National Service Strategies Implementation) มีเนื้อหาโดยสังเขปดังนี้

การประเมินผลครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนำยุทธศาสตร์การบริการการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ.2551-2555 สู่การปฏิบัติ ใน 3 ประเด็นดังนี้

\* นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ สำนักการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



1) กระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551 - 2555 ผู้การปฏิบัติ 2) ผลสัมฤทธิ์ของการนำยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551 - 2555 ผู้การปฏิบัติ 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค ในการนำยุทธศาสตร์ผู้การปฏิบัติ

**กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา** องค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน จำนวน 412 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 18 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1) แบบสำรวจการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 2) แบบรายงานผลการนิเทศด้านการพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การจัดหมวดหมู่ข้อมูล และการสรุปประเด็นสำคัญ

**ผลการศึกษา** ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) พัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนที่สนับสนุนระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ บุคลากรทางการพยาบาลมีความสุข 2) พัฒนาระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานในการตัดสินใจ 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการระบบสุขภาพ 4) สร้างระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมของประชาชนสู่สุขภาพดี 5) การเสริมสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการบริหารองค์กรพยาบาล

มีกระบวนการในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ผู้ปฏิบัติดังนี้ 1) การถ่ายทอดยุทธศาสตร์ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ 2) การกำกับติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ใช้การนิเทศด้านการพยาบาล โดยสำนักการพยาบาลกำหนดคู่มือ/แนวทางในการนิเทศงาน และมีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบด้านการพยาบาลระดับกระทรวง จากกระทรวงสาธารณสุข

ผลสัมฤทธิ์ของการนำยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551 - 2555 ผู้การปฏิบัติ พบว่า กลุ่มการพยาบาลส่วนใหญ่

(ร้อยละ 97.33) มีการนำยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551 - 2555 ไปใช้ เป็นกรอบในการวางแผนการพัฒนางาน โดยจัดทำแผนงาน/โครงการสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551 - 2555 ทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ โดย มีการจัดทำแผนที่สอดคล้องยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนที่สนับสนุนระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ บุคลากรทางการพยาบาลมีความสุข ร้อยละ 89.81 (370 แห่ง) รองลงมาคือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานในการตัดสินใจสอดคล้องร้อยละ 81.07 (334 แห่ง) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการระบบสุขภาพ สอดคล้องร้อยละ 69.42 (286 แห่ง) ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมของประชาชนสู่สุขภาพดี สอดคล้องร้อยละ 50.97 (210 แห่ง) และยุทธศาสตร์ที่ 5 เสริมสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการบริหารองค์กรพยาบาล สอดคล้องร้อยละ 66.75 (275 แห่ง)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 1) ปัญหาวิกฤตกำลังคนทางการพยาบาล ทำให้องค์กรพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 1 ซึ่งมีประเด็นสำคัญอยู่ที่การพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนที่สนับสนุนระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ บุคลากรทางการพยาบาลมีความสุข ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มการพยาบาล มีผลการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 1 ชัดเจนถึงร้อยละ 65.78 2) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ทำให้กลุ่มการพยาบาลให้ความสำคัญกับระบบคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งส่งผลให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานในการตัดสินใจ มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ชัดเจนถึงร้อยละ 52.43 และ 3) การมีเครือข่ายทางการพยาบาลที่เข้มแข็งในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ผู้การปฏิบัติ



ปัญหาและอุปสรรค 1) ในแต่ละยุทธศาสตร์ มีแผนงานที่เป็นแผนงานระดับประเทศมากเกินไป การจัดทำแผนปฏิบัติการของกลุ่มการพยาบาลจึงมีความหลากหลายของแผนงาน ทำให้การขับเคลื่อน และการกำกับติดตามทำได้ไม่ครอบคลุม 2) ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการขับเคลื่อนและกำกับติดตาม ทำให้การติดตาม และการสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ จากส่วนกลางทำได้ไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่อง 3) การเกิดภัยทางธรรมชาติในหลายๆ พื้นที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินการ 4) ข้อจำกัดด้านโครงสร้างการบริหารงานการพยาบาล เนื่องจากงานการพยาบาลชุมชน มีโครงสร้างการบริหารงานที่ไม่ได้ขึ้นตรงต่อกลุ่มการพยาบาล ดังนั้นในการเชื่อมโยงและประสานแผนงาน/โครงการ และการกำกับติดตามประเมินผล ในยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาล ระดับปฐมภูมิจึงเป็นข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะ 1) ในการนำผลการประเมินไปใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการกำหนดยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลในฉบับต่อไป ควรพิจารณาถึงความซ้ำซ้อนของแผนงานระดับประเทศ และการกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลได้ชัดเจน 2) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ควรกำหนดกลยุทธ์ให้ครอบคลุมงานบริการพยาบาลทุกระดับ ในยุทธศาสตร์ฯ ฉบับต่อไปคือ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายในการจัดระบบบริการสุขภาพ

นอกจากนี้ผู้เขียนได้สรุปสาระของการประชุมที่ได้เข้าฟัง ซึ่งมีประเด็นสำคัญดังนี้ การประชุม ICN 25<sup>th</sup> Quadrennial Congress จัดอยู่ในบริบทหลักเรื่อง “Equity and Access to Health Care” ซึ่งประกอบด้วยการประชุมใน session ต่างๆ ได้แก่ Plenary Session, Main Sessions, Concurrent Session, ICN Network Meetings, Workshops รวมถึง Nursing Student Assembly ในวันแรกของการประชุมด้วย นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอผลงานด้วยรูปแบบ poster presentation การเปิดแสดงนิทรรศการประชาสัมพันธ์องค์กรของพยาบาลประเทศต่างๆ

Key Note Speaker ในหัวข้อหลัก Equity and Access to Health Care คือ Michel Kazatchkine จากประเทศฝรั่งเศส มีเนื้อหาโดยสรุปกล่าวถึงพยาบาลคือกุญแจสำคัญในการพัฒนาการเข้าถึงคุณภาพ และความคุ้มค่าในการดูแล และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน พยาบาลเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงเรื่องการเข้าถึงคุณภาพและผลลัพธ์ของการดูแล รวมถึงการลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบบริการ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีประเด็นที่ท้าทาย อย่างเช่น ความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น และความกดดันทางเศรษฐกิจ ซึ่งการที่พยาบาลจะไปให้ไปถึงประเด็นความท้าทายเหล่านี้จะต้องมีการพัฒนาด้านความรู้และการศึกษาที่ดี การจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอ รวมถึงกลไกระบบการสนับสนุนที่เหมาะสมด้วย Key Note Speaker ได้ยกคำกล่าวของ Braveman & Grushin ที่กล่าวว่า “Equity is an ethical principle; it also is consonant with and closely related to human rights principle” ซึ่งความเท่าเทียมสัมพันธ์กับเรื่องของสิทธิมนุษยชน ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน

ในการประชุมครั้งนี้ มีการประชุมย่อยที่มีประเด็นน่าสนใจหลายประเด็นเช่น ใน main session; Mental Health and Well-Being ซึ่งมี speaker จาก ปากีสถาน Rozina Karmaliani ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เธอได้ทำการศึกษาด้านสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้หญิงปากีสถาน ในเรื่อง 1) ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในหญิงตั้งครรภ์ 2) การทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้หญิง (women’s health) ซึ่งเป็นนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้น (preliminary result) 3) สรุปกรอบแนวคิดในการทำงานด้าน women’s health โดยกรอบ women empowerment โดยมีปัจจัย สำคัญสามประการคือ เสริมสร้างอำนาจในการแสดงบทบาท (given gender roles) ให้การสนับสนุน (supportive) และการฟันฝ่าอุปสรรค (obstacle) เพื่อ



ไปให้ถึง outcome of women's initiative

Brian McKenna (speaker จาก New Zealand) กล่าวถึง การเจ็บป่วยทางกายที่ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ดังนั้น จะต้องในการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องสร้างสมดุลให้เกิดในองค์รวม holistic and health promotion ซึ่งจะต้องเน้นที่การฟื้นฟูสุขภาพ (recovery-oriented care) สร้างเสริมจิตใจที่หดหู่ ให้แจ่มใส ปรับพฤติกรรมด้านร่างกายที่เหนื่อยชาให้กระฉับกระเฉง โดยพยาบาลจะต้องเชื่อมโยงและเข้าถึง (connect) ให้ความหวัง (hope), สร้างเอกลักษณ์ (identity), สร้างคุณค่าและความหมายในตัวเอง (meaning), และสร้างพลังอำนาจ (empower)

นอกจากนี้ ยังมี Ian Needham (speaker จาก Switzerland) พูดถึง ความแตกต่างระหว่าง health และ well-being ซึ่งในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่สังคมโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เกิดปัญหาการใช้ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัญหาความรุนแรงในสังคมถือเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน (Violence as a complex problem) เช่นการใช้อำนาจรัฐ ซึ่งขึ้นอยู่กับระบอบการปกครองว่าเป็นการปกครองแบบใด หากอำนาจรัฐ เป็นแบบ oppression ย่อมก่อให้เกิดความรุนแรงมากกว่ารัฐที่มีการใช้อำนาจแบบ paternalism ซึ่งอำนาจและแรงผลักดันของรัฐนี้เปรียบเสมือนรูปแบบความรุนแรงที่มาจากประสบการณ์ (a form of experience violence) กระแสโลกาภิวัตน์ ก่อให้เกิดความแตกต่างทางสังคมแบบสุดขั้ว (จนสุดขีด - รวยสุดโต่ง) ในประเทศกำลังพัฒนา-ประเทศที่พัฒนาแล้ว และนับวัน ช่องว่างจะยิ่งเพิ่มขึ้น รวมถึงความกดดันเรื่องการสร้างผลงาน ความคาดหวังที่จะเติมเต็มความสำเร็จในชีวิต เป็นต้น ซึ่ง speaker ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรื่องความรุนแรงในสถานที่ทำงาน กล่าวถึงกรณีความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ที่ต้องตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง เป็นต้น

ประเด็นที่น่าสนใจใน main session อีกประเด็นที่ได้มีโอกาสเข้าฟัง คือเรื่อง Disaster :

mitigation, preparedness, response, recovery and rehabilitation มีผู้ร่วมอภิปรายจาก Haiti; Patricia Mascary จาก Japan; Hiromi Sanada, และ จาก Egypt ; Cheherezade Ghazi ที่กล่าวถึงภัยพิบัติ อันเกิดจากธรรมชาติ หรือ น้ำมีอมนุษย์ก็ตาม ต่างเกิดขึ้นในวงกว้างทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการทำลายล้างและสร้างความตึงเครียดอย่างแพร่หลาย พยาบาลเปรียบเสมือนด่านหน้าในการให้การดูแล ผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ

สมรรถนะของการพยาบาลในสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ จึงเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม การให้การรับรองคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ (expertise) การยกย่องแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

ผู้บรรยาย กล่าวถึง Disaster ในประเด็น Global Challenges ที่เกิด ภัยพิบัติทางธรรมชาติบ่อยขึ้น เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ การก่อการร้าย และความขัดแย้ง รวมถึง climate change เป็นต้น ซึ่ง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภัยพิบัติ นั้นพบว่า ภัยพิบัติทำให้เกิดผลกระทบต่างๆเพิ่มขึ้น ซึ่งเรามักจะให้ความสำคัญกับ response และ recovery มากกว่าการป้องกันและลดผลกระทบ และพบว่าความร่วมมือระหว่างประเทศยังมีน้อย แต่ประเทศต้องช่วยเหลือและจัดการปัญหาด้วยตนเอง ภัยพิบัติทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ทั้งต่อตนเอง ต่อองค์กร ชุมชน และเศรษฐกิจของชาติ มายาวนานหลายปี การฟื้นฟูและการพัฒนาต้องอาศัยความร่วมมือทางสังคมในระยะยาว รัฐบาลไม่สามารถจัดการหรือให้การสนับสนุน การวางแผน การตอบโต้ การฟื้นฟูสุขภาพ หรือ การพัฒนา ได้เพียงลำพัง ซึ่ง evidences based standard & practice เป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังได้ให้นิยาม disaster ว่าเป็น “การเปลี่ยนการทำหน้าที่ของชุมชนซึ่งทำให้เกิดความเสียหายต่อมนุษย์ วัตถุสิ่งของ และ/หรือ ทำลายสิ่งแวดล้อม ที่เกินขีดความสามารถของชุมชนที่จะจัดการด้วยทรัพยากรของตนเอง” ในการรับมือกับภัยพิบัตินั้นโลกจะต้องมีความยืดหยุ่นมากขึ้น และต้องสร้างความสามารถในการปรับเปลี่ยนต่อ



การรับมือกับภัยพิบัติ เพราะในเกิดภัยพิบัติ แต่ละครึ่งแม้จะเป็นเรื่องเดิม แต่สถานการณ์จะไม่เหมือนเดิม ผู้บรรยายกล่าวถึง The global shift resilience ซึ่งได้อธิบายถึง resilience ว่า น่าจะหมายถึงความสามารถของบางสิ่งบางอย่าง หรือบางคนในการฟื้นคืนสภาพ และกลับสู่ภาวะปกติ หลังจากเผชิญกับความผิดปกติ และสิ่งคุกคามที่น่าวิตก หรือ degrade gracefully และได้ยกตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่ออธิบายความหมายของ resilience ว่า หมายถึงการที่สมาชิกของชุมชนมีการประสานเชื่อมโยง ทำงานร่วมกัน ทำให้ชุมชนมีความสามารถในการทำหน้าที่อย่างยั่งยืนในสถานการณ์วิกฤติ แม้อยู่ภายใต้สถานการณ์ตึงเครียด สามารถปรับเปลี่ยนทั้งด้านกายภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจสามารถอยู่ได้ด้วยตนเองภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด และเรียนรู้จากประสบการณ์ในการพัฒนาตนเองเมื่อเวลาผ่านไป

### สรุป

การเข้าร่วมประชุมครั้งนี้ นับว่าเกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพของไทย ดังนี้ 1) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระหว่างสมาชิกการพยาบาลสากล 2) ได้รับมุมมองใหม่ๆ ในการ

พัฒนางานทั้งในบริบทด้านการบริการพยาบาล การศึกษาและการพัฒนางานวิจัย และ 3) ได้เครือข่ายความร่วมมือทางการพยาบาล ในการนำเสนอผลงานนั้น หลายคนจัดจ้อยอยู่กับเนื้อหาที่ตนเองเตรียมมานำเสนอ และคงมีข้อกังวลว่าจะสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษอย่างไร สำหรับผู้เขียนเอง มีข้อกังวลมากกว่านั้นตรงที่ว่า จะนำเสนอภาพลักษณ์ของพยาบาลไทยอย่างไร ให้ทั่วโลกได้ประจักษ์ และจดจำถึงความสง่างาม คุณค่า และศักดิ์ศรี ความเป็นพยาบาลไทย ทั้งนี้การเดินทางไปร่วมประชุมและนำเสนอผลงานครั้งนี้จะไม่ราบรื่นหากไม่ได้รับการสนับสนุน และเห็นความสำคัญจากผู้บริหารทุกระดับ

### เอกสารอ้างอิง

1. International Council of Nurses. About ICN. [Online]June, 2013 [Cited, Aug 2013] Available from <http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/>
2. International Council of Nurses. ICN 25th Quadrennial Congress: Equity and Access to Health Care [Online], 2012[Cited, Aug 2013] Available from <http://www.icn2013.ch/en/>



นายกสมาคมศิษย์ฯ พร้อมผู้รับทุน ร่วมพิธีเปิดการประชุม ICN 25th Quadrennial Congress



การนำเสนอผลงานของผู้รับทุน





## ระเบียบการส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความวิจารณ์หนังสือ หรือบทความปริทรรศน์ วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

### ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล, การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. ผลงานต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการแบบไม่มีเรื่องเต็ม (Proceedings) และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
3. ผู้เขียนต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
4. ผลงานจะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
5. กองบรรณาธิการจะมีจดหมายแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานในเบื้องต้นแล้ว
6. หากผลงานใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
7. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งคืนต้นฉบับและแผ่นซีดีข้อมูลให้แก่เจ้าของผลงาน
8. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

### การเตรียมต้นฉบับ

ลำดับการเขียนบทความวิจัย มีดังนี้

1. บทคัดย่อ ภาษาไทย พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของเจ้าของบทความเป็นภาษาไทย
2. บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ (Abstract) พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานเจ้าของบทความเป็นภาษาอังกฤษ
3. คำสำคัญ (Key word) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย



5. วิธีดำเนินการวิจัย
  - 5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
  - 5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ระบุงการสร้างและคุณภาพของเครื่องมือ)
  - 5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล
6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
8. การใช้ภาษา ใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน
9. ภาพประกอบที่ต้องการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นไฟล์ .jpg แต่ภาพในวารสารที่ตีพิมพ์แล้วจะเป็นภาพขาวดำเท่านั้น ถ้าเป็น artwork เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษมันสีขาว มีหมายเลขกำกับพร้อมทั้งลูกศรแสดงตำแหน่งบนของภาพ และมีคำบรรยายใต้ภาพ หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ ต้องมีการอ้างอิงด้วย
10. ตัวอักษรการพิมพ์: ขนาดตัวอักษร TH Niramit AS ขนาด 16, Single Space จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว
11. การอ้างอิงและการเขียนเอกสารอ้างอิง  
การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ซึ่งเป็นรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ที่ใช้ในวารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขทั่วไป การอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน โดยพิมพ์เป็นตัวยก (superscript) กรณีอ้างอิงหลายรายการในเนื้อหาเดียวกัน หากรายการอ้างอิงต่อเนื่องกันใช้ hyphen ระหว่างตัวเลข เช่น 1-3 แต่หากรายการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องใช้ comma (,) ระหว่างตัวเลข เช่น 1-3,7 รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ให้ศึกษาจากบทความของ **อาจารย์ จิราภรณ์ จันทร์จร เรื่อง การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)** ใน website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ([www.tnaph.org](http://www.tnaph.org)) หัวข้อ **วารสาร**
12. รูปแบบการพิมพ์ มีดังต่อไปนี้



รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ* (ไทยและอังกฤษ)	ตัวเอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
สถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ท้ายหน้า)	ตัวปกติ	ชิดซ้าย	16
คำสำคัญ, Key word	ตัวหนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อยรอง	ตัวหนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	-	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	-	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	-	16
เอกสารอ้างอิง	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	16



ตัวอย่างการใช้ตัวเลขและเครื่องหมายกำกับการจำแนกหัวข้อ ดังนี้

**ขอบเขตของการวิจัย** (หัวข้อใหญ่ อักษรหนา 18 พอยต์)

1. **กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย** (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

2. **ตัวแปรที่ศึกษา** (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

2.1 **ตัวแปรอิสระ** แบ่งเป็นดังนี้

2.1.1 .....

### **การส่งต้นฉบับ**

ส่งต้นฉบับพิมพ์ 2 ชุด พร้อมแผ่นซีดีข้อมูล 1 แผ่น และแบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (สามารถ download ได้จาก website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [www.tnaph.org](http://www.tnaph.org) หัวข้อ วารสาร) หากเป็นบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อน และแนบใบรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาด้วย ส่งเอกสารด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ถึง

บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์/โทรสาร 02-590-1834

[www.tnaph.org](http://www.tnaph.org)

email: [n.tnaph@gmail.com](mailto:n.tnaph@gmail.com)

### **การติดต่อสอบถามรายละเอียด**

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1984, 086-155-6862

email: [sukjai66@yahoo.com](mailto:sukjai66@yahoo.com)

2. ผู้จัดการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาจารย์ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่ โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834

email: [n.tnaph@gmail.com](mailto:n.tnaph@gmail.com)



## การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

จิราภรณ์ จันทร์จร \*

ในการเขียนเอกสารทางวิชาการนั้น ผู้เขียนจะต้องมีการค้นคว้ารวบรวมสารสนเทศจากแหล่งต่างๆ ทั้งที่เป็นหนังสือ วารสาร เอกสารการวิจัย หรือรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจะคัดเลือกเฉพาะเอกสารที่มีความสำคัญจริงๆ นำไปกล่าวถึง หรืออ้างอิงเป็นแนวทางสนับสนุนประกอบการเขียนเรื่องนั้นๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นหลักฐานแสดงถึงความน่าเชื่อถือของผลงานแล้วยังแสดงข้อมูลของแหล่งความรู้ที่สามารถสืบค้นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และเพื่อการศึกษาต่อยอดในเรื่องที่อ้างอิงนั้นๆ

**การอ้างอิง** คือ การนำรายชื่อเอกสาร สิ่งพิมพ์ หรือบุคคลที่ผู้เขียนนำมากล่าวถึง หรืออ้างอิงในการเขียน มารวบรวมไว้อย่างมีแบบแผนที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography ซึ่งรายการอ้างอิงนั้นมีรูปแบบตามกฎหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบ ในการเขียนเอกสารทางวิชาการแพทย์ และวิทยาศาสตร์การแพทย์นิยมเขียนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

### การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์

เนื่องจากความหลากหลายของวารสารทางวิชาการแพทย์ซึ่งมีอยู่มากกว่า 5,000 ชื่อ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง จึงมีความแตกต่างกันออกไป บางครั้งขาดความครบถ้วนของข้อมูลสำคัญๆ ที่จะช่วยในการติดตามค้นหาหรือตรวจสอบความถูกต้องของผลงานทางวิชาการ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับนานาชาติชื่อ “International Committee of Medical Journal Editors : ICMJE” และจัดการประชุมเพื่อกำหนดรูปแบบการอ้างอิงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ขึ้น ในปี 1978 ที่นครแวนคูเวอร์ รัฐบริติช โคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการเขียนเอกสารอ้างอิง ซึ่งเรียกว่า “The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” หรือที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า Vancouver Style หลังจากนั้นก็มีการประชุมเพื่อปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และล่าสุดในปี 2010 ได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการอ้างอิงให้ทันสมัยโดยเฉพาะการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีการอ้างอิงมากขึ้น ในปัจจุบันนี้ ส่วนหลักเกณฑ์สำคัญที่ยังคงใช้อยู่ได้แก่ หลักการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (in-text citations) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่นไม่ว่า บางส่วนหรือทั้งหมดมาอ้างอิงในงานนิพนธ์ให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความนั้น เรียงตามลำดับ 1,2,3... โดยใช้ตัวเลขอารบิกอยู่ในวงเล็บกลม (round brackets) หรือตัวเลขยกขึ้น (superscript) แล้วรวบรวมเป็นรายการอ้างอิง (Reference list หรือ Bibliography) ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

### ส่วนประกอบของข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการอ้างอิง

ข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการเอกสารอ้างอิง จะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเอกสารที่มีความนิยมใช้ในการอ้างอิงและเอกสารที่ข้อมูลค่อนข้างจะซับซ้อนยากแก่การนำมาอ้างอิงโดยเรียงเรียงตามเอกสารจาก International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Last updated: 15 July 2011 สำหรับรายละเอียดทั้งหมดสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสารต้นฉบับได้ที่ [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

\*บรรณารักษ์ชำนาญการพิเศษ หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554 (ฉบับปรับปรุง)



## การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

### 1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

- Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
- จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.

### คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. **ชื่อผู้แต่ง** (Author) : อาจจะหมายถึงผู้เขียน ผู้แปล ผู้รวบรวม บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

- ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma - ,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (fullstop - .)

- ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม เช่น

• ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพิ่มทรัพย์ อธิประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วยวิธีสกินดิฟฟิวชั่นกับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไรฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545;46:649-57.

- กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma - ,)

และตามด้วย et al. (คำว่า et al เป็นคำย่อซึ่งย่อมาจากคำในภาษาละติน คือ et alii หรือ et alia แปลเป็นภาษาอังกฤษว่า "and others") และภาษาไทยใช้คำว่า "และคณะ" เช่น

• Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

• จริฎา เลิศอรรถชยมนี, เอมอร รัชชมนี, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรณณี วรกีโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85: 1288-95.

### 2. ชื่อบทความ (Title of the article)

- บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมดเมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (Fullstop-.)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

### 3. ชื่อวารสาร (Title of the Journal)

- ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้ยึดตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Titles of Publications.

- สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก เช่น ขอนแก่นเวชสาร จดหมายเหตุทางแพทย์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสาร สารศิริราช ฯลฯ

4. ปี (year) เดือน (month) เล่มที่ (Volume) และฉบับที่ (Number/Issue) เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1



ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น

หน้า 10-18	ใช้ 10-8
หน้า 198-201	ใช้ 198-201
หน้า S104-S111	ใช้ S104-11
หน้า 104S-111S	ใช้ 104S-11S

## 2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

- World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจ เนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

## 3. บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

- Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. N Engl J Med 2009;360:2302-9.

## 4. บทความที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรกได้เลย เช่น

- Control hypertension to protect your memory. Keeping your blood pressure low may guard against Alzheimer's, new research suggests. Heart Advis 2003;6:4-5.

## 5. วารสารเล่มที่มีเล่มผนวกหรือเล่มพิเศษ (Volume with supplement) เช่น เล่มพิเศษเล่มที่ 1 ของปีนั้นเขียนเป็น Suppl 1 ต่อจากปีที่โดยไม่ต้องอยู่ในวงเล็บ โดยจะสังเกตได้ในส่วนของเลขหน้า จะมีตัวอักษร S อยู่ด้วย เช่น

- Anamart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. J Med Assoc Thai 2011;94 Suppl 1:S264-8.

## 6. วารสารเล่มผนวกที่มีฉบับพิเศษ (Issue with supplement) ให้เขียนฉบับพิเศษและตอนย่อยไว้ในวงเล็บ เช่น

- Akyol M, Dogan S, Kaptanoglu E, Ozcelik S. Systemic isotretinoin in the treatment of a Behcet's patient with arthritic symptoms and acne lesions. Clin Exp Rheumatol 2002;20 (4 Suppl 26):S1-55.

## 7. วารสารเล่มที่มีตอนย่อย (Volume with part) ให้เขียนตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Pan CL, Tseng TJ, Lin YH, Chiang MC, Lin WM, Hsieh ST. Cutaneous innervation in Guillain-Barre syndrome: pathology and clinical correlations. Brain 2003;126(Pt 2):386-97.

## 8. วารสารที่ในฉบับมีตอนย่อย (Issue with part) ให้เขียนทั้งฉบับที่และตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Kamel IR, Bluemke DA. Imaging evaluation of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol 2002;13(9 Pt 2):S173-84.

## 9. วารสารที่มีเฉพาะฉบับที่ไม่มีเล่มที่ (Issue with no volume) ให้ใส่ฉบับที่ไว้ในวงเล็บในส่วนของเล่มที่

- Matsuura M, Lounici S, Inoue N, Walulik S, Chao EY. Assessment of external fixator reusability using load- and cycle-dependent tests. Clin Orthop 2003;(406):275-81.

## 10. วารสารที่ไม่มีทั้งเล่มที่ และฉบับที่ (No volume or issue) ให้เขียนเลขหน้าต่อจากปี (Year)



โดยใช้เครื่องหมาย ทวิภาค (Colon - : ) คั่นระหว่างปี และเลขหน้า เช่น

- Mandel JS. Screening for colorectal cancer. *Curr Opin Gen Surg* 1994;79-84.

**11. วารสารที่มีเลขหน้าเป็นเลขโรมัน** ให้ลงรายการอ้างอิงดังนี้

- Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995;9(2):xi-xii.

**12. วารสารที่ระบุประเภทของบทความ** เช่น บทบรรณาธิการ จดหมาย หรือ บทความย่อ ให้แสดงประเภทของเอกสารภายในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยม ต่อจากชื่อเรื่อง ดังนี้

- Fisher RI. Immunotherapy in Non-Hodgkin's lymphoma: Treatment advances [editorial]. *Semin Oncol* 2003;30(2 Suppl 4):1-2

- Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

- Clark DV, Hansen PH, Mammen MP. Impact of dengue in Thailand at the family and population levels [abstract]. *Am J Trop Med Hyg* 2002;67(2 Suppl):239.

**13. อ้างอิงบทความที่ถอดถอนบทความอื่น** (Article containing retraction)

- Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. *Nat Rev Genet* 2010;11:308. Retraction of: Sticklen MB. *Nat Rev Genet* 2008;9:433-43.

**14. อ้างอิงบทความที่ถูกถอดถอน** (Article retracted)

- Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. *Nat Rev Genet* 2008;9:433-43. Retraction in: Sticklen MB. *Nat Rev Genet* 2010;11:308.

**15. อ้างอิงบทความที่แก้ไขและตีพิมพ์ใหม่** (Article republished with corrections)

- Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. *Mol Cell Endocrinol* 2002;188):22-5. Corrected and republished from: *Mol Cell Endocrinol* 2001;183:123-6.

**16. อ้างอิงบทความที่พิมพ์ผิดและมีการแก้ไข** (Article with published erratum)

- Malinowski JM, Bolesta S. Rosiglitazone in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a critical review. *Clin Ther* 2000;22:1151-68; discussion 1149-50. Erratum in: *Clin Ther* 2001;23:309.

**17. บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์** (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed

- Zoldan J, Karagiannis ED, Lee CY, Anderson DG, Langer R, Levenberg S. The influence of scaffold elasticity on germ layer specification of human embryonic stem cells. *Biomaterials* 2011 Sep 28. [Epub ahead of print]

**การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา** แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

**18. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม**

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

**คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน**

1. **ชื่อผู้แต่ง** (Authors) ชื่อผู้แต่งที่อาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะ บรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกัน กับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. **ชื่อหนังสือ** (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษร ตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือ และชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด เช่น Otolaryngology head and neck surgery. หรือ The medical and legal implications of AIDS.





- **หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล**

- Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5<sup>th</sup> ed. New York: Garland Publishing; 2001.
- รังสรรค์ ปัญญาัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

- **หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)**

- Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- **หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)**

- Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

3. **จำนวนเล่ม (Volume)** ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างอิงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.

- Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. Fields virology. 2 vols. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.

• พรเทพ เทียนลิวากุล, บรรณาธิการ. โสहितวิทยาคลินิกขั้นสูง. 2 เล่ม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

- Bucholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. Vol. 2. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

• ไพรัตน์ พุกษาศาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่ม 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2534.

4. **ครั้งที่พิมพ์ (Edition)** ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2<sup>nd</sup> ed. 3<sup>rd</sup> ed. 4<sup>th</sup> ed. ... ถ้าเป็นการพิมพ์และมีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4<sup>th</sup> rev. ed.
5. **เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication)** ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมายทวิภาค (colon - : ) เช่น

- Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

• กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท.: 2542. (จากตัวอย่างนี้อาจจะใช้หน่วยงานแทน ม.ป.ท. ได้ เป็นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

6. **สำนักพิมพ์ (Publisher)** ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon - ;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือ สำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม เช่น



- นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, บรรณาธิการ. ยาใหม่ในประเทศไทย. เล่ม 5. กรุงเทพฯ: โครงการคลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.

7. ปีพิมพ์ (Year) ให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทย หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาค ( . )

19. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.

- เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราภรณ์, ประอร ชวลิตธารง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

20. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

- Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15–19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

21. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/ p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561–5.

22. การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ หรือรายงานทางวิทยาศาสตร์ (Technical/Scientific Report)

- เอกสารที่จัดพิมพ์โดยเจ้าของทุน (Issued by funding)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน.



- Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas, TX: Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860.

- เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานผู้จัดทำรายงาน (Issued by performing agency)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน/บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน. หน่วยงานผู้จัดทำรายงาน.

- Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCP282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

23. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) ให้เขียนรายการอ้างอิงดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

- Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

- อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

#### 24. สิทธิบัตร (Patent)

- Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

25. การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์ (Newspaper article)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

- Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).

- ชี 12. ตุลาการศาล ปด. เข้ารอบ ไทยรัฐ. 2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: 12 (คอลัมน์ 1).

26. เอกสารอ้างอิงที่ประเภทพจนานุกรมต่างๆ (Dictionary and similar references)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year). คำศัพท์; หน้า.

- Stedman's medical dictionary. 26<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

27. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ หรือกำลังรอตีพิมพ์ (Unpublished Material)

ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น และระบุว่า In press หรือ รอตีพิมพ์ เช่น



- Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

**หมายเหตุ:** NLM นิยมใช้คำว่า “forthcoming” เพราะยังไม่แน่ว่าเอกสารนั้นๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

### การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

การเขียนรายการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จากเว็บไซต์บางครั้งจะมีปัญหาเรื่องความไม่ถาวรของ URL หรือการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบางส่วน ทำให้การเชื่อมโยงไปสู่เอกสารเพื่อตรวจสอบหรือค้นคว้าเพิ่มเติมในภายหลังทำได้ยากหรือทำไม่ได้เลย ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ในการลงรายการอ้างอิงเอกสารจากเว็บไซต์ จึงต้องลงวันที่เข้าใช้ (Cited) เว็บไซต์นั้นๆ และให้พิมพ์หรือทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ทุกครั้ง

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ให้ใช้รูปแบบตามประเภทของเอกสารดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่เพิ่มข้อมูลบอกประเภทของวัสดุหรือเอกสารที่นำอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูลดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

#### 28. ซีดีรอม (CD-ROM)

- Anderson SC, Poulsen KB. Anderson’s electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

#### 29. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์

[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

- Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

#### บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ตที่มีลักษณะพิเศษอื่นๆ เช่น

- บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed (ดูที่ # 17)
- บทความที่มีหมายเลขเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Article with document number in place of traditional pagination) เป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed จะมีเลข PMID (PubMed Identifier)
  - Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):e6. PMID: 19179309.
- บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Article with a Digital Object Identifier (DOI) เป็นหมายเลขมาตรฐานประจำเอกสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต ช่วยให้สืบค้นสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างถาวร และช่วยแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแหล่งที่อยู่หรือเว็บไซต์ของสารสนเทศนั้นถูกยกเลิก
  - Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ 2009;338:a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752.



### 30. Monograph on the Internet

- Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

### 31. การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/ Web site)

- Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

### 32. ฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database on the Internet) เป็นรูปแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ตามข้อมูลที่จะนำมาอ้างอิง นิยมใช้กันมากในการอ้างอิงข้อมูลต่างๆ ที่สืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

- Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Generation\\_Y](http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y)

- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: [http://www.amazon.com/Atlas-PET-CT-Quick-Interpretation/dp/3540777717#reader\\_3540777717](http://www.amazon.com/Atlas-PET-CT-Quick-Interpretation/dp/3540777717#reader_3540777717)

- จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18

ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

### 33. การอ้างอิงบล็อก (Blogs)

- Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt; 2003 Oct - [cited 2009 Feb 13]. Available from: [http://www.the-healthcareblog.com/the\\_health\\_care\\_blog/](http://www.the-healthcareblog.com/the_health_care_blog/).

- KidneyNotes.com [Internet]. New York: KidneyNotes; c2006 - [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://www.kidneynotes.com/>.

- Wall Street Journal. HEALTH BLOG: WSJ's blog on health and the business of health [Internet]. Hensley S, editor. New York: Dow Jones & Company; c2007 - [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/>.

- บล็อกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หอสมุดพระราชวังสนามจันทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. จะหาตัวเอกสารจากหมายเลข DOI ได้อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.snc.lib.su.ac.th/sncliblog/?p=13301>

### การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

นำรายการอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายบทความ ภายใต้หัวข้อ รายการอ้างอิง หรือ บรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography โดยเรียงลำดับหมายเลข 1, 2, 3, ...ตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่อง

**ข้อควรระวัง** คือตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

### บรรณานุกรม

1. จ้อย นันทวิชรินทร์. แบบบรรณานุกรมและเชิงอรรถ. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2514.
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงใน



- เอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver.pdf>
3. นงลักษณ์ ไม่น่ายกิจ. การเขียนบรรณานุกรมหรือรายการอ้างอิง. ใน: สารนิเทศสาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2000. หน้า 1-33.
  4. นवलลลข จุลพัปสาสน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
  5. ประเสริฐ ทองเจริญ. การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางวิทยาศาสตร์. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2545;17:66-75.
  6. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2549];24:465-72. เข้าถึงได้จาก: <http://stang.li.mahidol.ac.th/image/style.pdf>
  7. สุดใจ ธนไพศาล. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver. [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.kku.ac.th/VancouverStyle.pdf>
  8. ยรรยง เต็งอำนาจ, สุภาพร ชัยฉัมมะปกรณ์. ปัญหาความไม่ถาวรของการอ้างอิงเอกสารบนเว็ลด์ไวด์เว็บ. วารสารห้องสมุด 2542;43:1-17.
  9. Fact Sheet MEDLINE [Internet]. Bethesda, MD: U.S. National Library of Medicine; 2004 [updated 2011 Jan 26; cited 2011 Aug 12]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>.
  10. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals: about the uniform requirements [Internet]. c2009 [cited 2003 Mar 3]. Available from: [http://www.icmje.org/sop\\_1about.html](http://www.icmje.org/sop_1about.html)
  11. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals [Internet]. 2003 [updated: 2011 Jul 15; cited 2011 Aug 12]. Available from: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)



## แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว  อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

ตำแหน่ง (ภาษาไทย) .....

ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ) .....

หน่วยงาน (ภาษาไทย) .....

หน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ) .....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย) .....

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ) .....

.....

ประเภทของผลงานวิชาการ

 บทความวิจัย  บทความวิชาการ  บทวิจารณ์หนังสือ  บทความปริทรรศน์ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้  เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้กระบุชื่อในผลงาน

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ  
 อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารต่างๆ ให้กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
 ดังต่อไปนี้

 เอกสารต้นฉบับจำนวน 2 ชุด  แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล 1 แผ่น สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ .....เจ้าของผลงาน

(.....)



แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า

ชื่อ - สกุล .....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/สถาบัน.....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย) .....

.....

ของ (ชื่อ - สกุล) .....

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้

.....ลายมือชื่อ

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ





## ใบสมัคร

## เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

## สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้สมัครและที่อยู่ (สำหรับส่งวารสารได้ถึงมือผู้รับ)

ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่สมาชิก.....

สมัครใหม่  ต่ออายุวารสาร

ที่อยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ กำหนดการออกปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1 ปี / ค่าสมาชิก / 150.00 บาท (3 เล่ม)

2 ปี / ค่าสมาชิก / 300.00 บาท (6 เล่ม)

3. การชำระเงิน

ชำระโดย  เงินสด

ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

ธนาคารดีสง่าฯ ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ปณฝ. กระทรวงสาธารณสุข

ในนามสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ขอให้ออกใบเสร็จในนาม.....

(ลงชื่อ) ..... ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

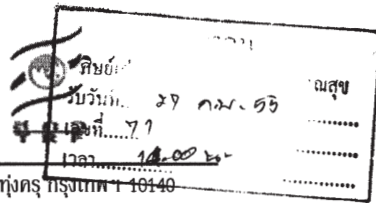
อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร./โทรสาร. 0-2590-1834 www.tnaph.org e-mail : n.tnaph@gmail.com





Thai Journal Citation Index Centre  
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย



คณะพลังงานสิ่งแวดล้อมและวัสดุ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 126 ประชาอุทิศ บางมด ทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140  
โทร/โทรสาร: 0-2470-8647 <http://tci.trf.or.th>

22 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง แจ้งผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI (รอบที่ 1 ครั้งที่ 1)

เรียน บรรณาธิการวารสาร วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการและเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI
  2. ตัวอย่างผลกระทบจากการได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI

ตามที่คุณยัดดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI และได้ทำการแบ่งกลุ่มวารสารในฐานข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- วารสารกลุ่มที่ 1: วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (ระยะเวลา 3 ปี จนถึง ธันวาคม 2557) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI และจะถูกคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) ต่อไป
- วารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่อยู่ระหว่างการปรับปรุงคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI
- วารสารกลุ่มที่ 3: วารสารที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ และอาจไม่ปรากฏอยู่ในฐานข้อมูล TCI ในอนาคต

บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI เสร็จเรียบร้อยแล้ว และได้ประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 1 โดยสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (<http://tci.trf.or.th>) ซึ่งวารสารของท่านได้ถูกจัดให้เป็นวารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่อยู่ระหว่างการปรับปรุงคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เนื่องจากยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังต่อไปนี้

- 1) วารสารยังไม่ถูกอ้างอิงในฐานข้อมูล TCI ระหว่างปี 2552-2554
- 2) วารสารควรมีเว็บไซต์ที่มีการปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง (Update) ประกอบไปด้วยข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้ รายชื่อบทความ, Aim & Scope ของวารสาร และรายชื่อของกองบรรณาธิการ

ทางศูนย์ฯ จึงขอให้ท่านปรับปรุงคุณภาพของวารสารตามเกณฑ์ดังกล่าวนี้ และจัดส่งตัวเล่มของวารสารฉบับล่าสุดที่ปรับปรุงและตีพิมพ์เรียบร้อยแล้วให้กับศูนย์ TCI เพื่อขอรับการประเมินและยกระดับเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ต่อไป โดยกรุณาส่งเอกสารดังกล่าวให้กับศูนย์ TCI ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2555 และจะประกาศผลประเมินในเดือนมกราคม 2556 หากมีข้อสงสัยในผลการประเมินสามารถติดต่อเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ (e-mail: [tci.thai@gmail.com](mailto:tci.thai@gmail.com))

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ)

หัวหน้าศูนย์ TCI



Thai Journal Citation Index Centre  
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย



ห้อง EN 3514 คณะพยาบาลสิ่งแวดล้อมและวิศวะ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี กรุงเทพฯ 10140  
โทร/โทรสาร: 0-2470-8647 http://tci.trf.or.th

วันที่ 15 กรกฎาคม 2555

สมุด	สมุด
วันที่	18 ก.ค. 2555
เลขที่	153
เวลา	18.00 น.

เรื่อง ประกาศค่าดัชนีผลกระทบการอ้างอิงของวารสารไทย ประจำปี 2554

เรียน บรรณาธิการ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre, TCI Centre) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้จัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลวารสารไทย ให้สามารถสืบค้นได้ในระบบออนไลน์ และรายงานค่าดัชนีผลกระทบการอ้างอิงของวารสารไทย (TCI Impact Factors) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และได้ทำการประกาศค่า TCI Impact Factors ในวันที่ 15 กรกฎาคม ของทุกปี นั้น

บัดนี้ ศูนย์ TCI ได้ดำเนินการบันทึกข้อมูล, ตรวจสอบข้อมูลที่บันทึก และคำนวณค่า TCI Impact Factors ของวารสารไทยที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2554 ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2555 เสร็จเรียบร้อยแล้ว ในกรณีนี้ ศูนย์ TCI จึงขอประกาศค่า TCI Impact Factors สำหรับวารสารใน สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ประจำปี 2554 ซึ่งท่านสามารถตรวจสอบค่า TCI Impact Factors ประจำปี 2554 และสืบค้นข้อมูลการตีพิมพ์และการอ้างอิงของวารสารไทยได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (<http://tci.trf.or.th>) ได้ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2555 เป็นต้นไป

สำหรับวารสารในสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์นั้น เนื่องจากมีวารสารจำนวนมากที่จัดส่งตัวเล่มของวารสารที่ตีพิมพ์ในปี 2554 มาให้กับศูนย์ TCI ล่าช้า ดังนั้น ทางศูนย์ TCI จะขอประกาศค่า TCI Impact Factors ประจำปี 2554 ในวันที่ 31 สิงหาคม 2555

อย่างไรก็ดี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้งานข้อมูลนี้ ศูนย์ TCI ขอความร่วมมือจากบรรณาธิการของวารสารต่าง ๆ โปรดกรุณาส่งรูปเล่มวารสารที่ตีพิมพ์ และ URL ของวารสารฉบับอิเล็กทรอนิกส์มายังศูนย์ TCI เพื่อปรับข้อมูลให้ทันสมัย และโปรดให้ความสำคัญกับกำหนดเวลาออกของวารสาร ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับให้วารสารไทยให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดประชาสัมพันธ์ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบด้วย จักขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.ดร.นงกรณ์ สอมบัติสมภพ)  
หัวหน้าศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

นางสาวดาราทพร คงจาม

(นางสาวดาราทพร คงจาม)

นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 19 ก.ค. 2555

เรียน นายกสมาคมฯ  
เพื่อโปรดพิจารณา  
Y. M. S. 2

# วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

## วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

## ชื่อวารสาร

ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.

ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health

ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

## ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณานิติ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

## กำหนด

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 150 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

## อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

	พื้นที่โฆษณา	ราคาต่อฉบับ
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 4 สี	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	6,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	2,500 บาท
ใบแทรกในเล่ม		1,500 บาท