



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

พิมพ์ที่ : บริษัท ยุทธินันท์การพิมพ์ จำกัด

- ➔ การช่วยฟื้นคืนชีพยุค 2010 และการพยาบาล
- ➔ ความรู้ และเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ➔ อยู่ก็สบาย ไปก็สงบ : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน
- ➔ คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม
- ➔ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- ➔ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช
- ➔ ประสิทธิภาพชุดตั้งครุภัณฑ์จำลองกับเจตคติต่อการตั้งครุภัณฑ์ ของคู่สมรสหญิงตั้งครุภัณฑ์
- ➔ ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วย เครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อิเล็กทรอนิกส์ในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด
- ➔ ประสิทธิภาพของการใช้รอกต่อคุณภาพชีวิต การพัฒนาศักยภาพกล้ามเนื้อและความพึงพอใจ ของผู้พิการทางกายและเคลื่อนไหว

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. คุณภาพชีวิต เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติดีทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่ยู่งัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความหรือความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคม เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์การการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

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

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มีใช้ของคนและผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อัตราค่าลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2557 ISSN 0857-3743

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
นางนิตยา จันทน์เรือง มหาผล
นางสาวกาญจนา สันติพัฒนาชัย
นางสาวดารารพร คงจา
ดร.กาญจนา จันทน์ไทย
ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สำนักวิชาการสาธารณสุข
ผู้ทรงคุณวุฒิ
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
สำนักการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณาธิการ

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

รองบรรณาธิการ

ดร.อัญสุพร หิรัญพฤกษ์

สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์
ผศ.ดร.โสภณัท ครไชย
ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย
ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์
ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ
ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน
ดร.บุญเตือน วัฒนกุล
Dr.Paul Alexander Turner

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผู้ทรงคุณวุฒิ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้จัดการ

นางไพบุลย์ วงษ์ใหญ่

เจ้าของ

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

พิมพ์ที่

บริษัท ยูทอนิทร์ ารพิมพ์ จำกัด
เลขที่ 35/36 ซอยกรุงเทพฯ-นนท์ 8
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. 0-2965-1431-3 โทรสาร 0-2965-1434
Email : ytrprinting@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2557 ISSN 0857-3743

1	นอ.หญิง ดร.โสพรรณ โททะยะ	กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2	ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยยา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3	ผศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4	ผศ.ดร.สตรีรัตน์ ธาดากานต์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5	อ.ดร.อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6	ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์เชื้อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7	อ.ดร.ประกาย จิโรจน์กุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
8	อ.สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล	สถาบันพระบรมราชชนก
9	อ.ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
10	อ.ดร.ศุภาพิชญ์ โพนโบร์แมนน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
11	อ.ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
13	อ.ดร.วิไลพร ขำวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
15	อ.ดร.ถาวร ล้อกา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
16	อ.ดร.พัฒนา นาคทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
17	อ.ดร.ณัฐวรรณ คำแสน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18	อ.ดร.พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
19	อ.ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
20	อ.ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2557 ISSN 0857-3743

สารบัญ

- การช่วยฟื้นคืนชีพยุค 2010 และการพยาบาล.....
- ความรู้ และเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- อยู่ก็สบาย ไปก็สงบ : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในสังคมวัฒนธรรม อีสาน
- คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช
- ประสิทธิภาพชุดตั้งครุภัณฑ์จำลองกับเจตคติต่อการตั้งครุภัณฑ์ ของคู่สมรสหญิงตั้งครุภัณฑ์
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วย เครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อิเล็กทรอนิกส์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด
- ประสิทธิภาพของการใช้รอกต่อคุณภาพชีวิต การพัฒนาศักยภาพกล้ามเนื้อและความพึงพอใจ ของผู้พิการทางกายและเคลื่อนไหว



บรรณาธิการแถว

สวัสดิ์ดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ ๒ ปีที่ ๒๔ พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๗ ตลอดระยะเวลา ๒๓ ปีที่ผ่านมา กองบรรณาธิการได้มีความพยายามในการพัฒนาวารสารมาอย่างต่อเนื่อง จนได้รับการยอมรับอยู่ในฐาน TCI กลุ่มที่ ๑ และจะรักษามาตรฐานของวารสารให้มีคุณภาพต่อไป ด้วยการตีพิมพ์ผลงานวิชาการและผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ มีความหลากหลาย และเผยแพร่ตามเวลา ดังจะเห็นได้ว่าวารสารฉบับนี้มีการเผยแพร่และส่งถึงสมาชิกได้ภายในเดือนสิงหาคม นอกจากนี้สมาชิกและผู้สนใจยังสามารถดาวน์โหลดบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เผยแพร่ในวารสารได้ทางเว็บไซต์ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และทางเว็บไซต์ของวารสารไทยออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO)

ในช่วงเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๗ ที่ผ่านมาเกิดเหตุการณ์สูญเสียบุคคลสำคัญของวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข คือ ดร.อัญญาพร หิรัญพุกษ์ รองบรรณาธิการของวารสารด้วยโรคมะเร็ง และได้มีงานพระราชทานเพลิงศพ ณ ฌาปนสถาน วัดมกุฏกษัตริยาราม กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๗ นับเป็นความสูญเสียครั้งสำคัญ เนื่องด้วย ดร.อัญญาพร หิรัญพุกษ์ เป็นนักวิชาการที่มีความรู้ความสามารถ ทำงานด้วยความมุ่งมั่น และด้วยอุดมการณ์ที่แน่วแน่ ดำรงตำแหน่งบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มา ๒ ปี ได้ริเริ่มนำวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI ปรับปรุงคุณภาพวารสารจนเป็นที่ยอมรับ ถึงแม้จะมีปัญหาสุขภาพมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ การจากไปของ ดร.อัญญาพร หิรัญพุกษ์ ก่อนวัยอันควรสร้างความเศร้าโศกเสียใจให้แก่ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ลูกศิษย์ และเพื่อนร่วมวิชาชีพเป็นอย่างยิ่ง พวกเราชาวสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอไว้อาลัยและร่วมส่งดวงวิญญาณของ ดร.อัญญาพร หิรัญพุกษ์ สู่สุคติ คุณงามความดีของท่านยังคงอยู่ในความทรงจำของพวกเราทุกคน

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข
บรรณาธิการ

อำลา...ด้วยอาลัย...ดร.อัญญาพร หิรัญพุกษ์



ดร.อัญญาพร หิรัญพุกษ์ เกิดเมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๐ เป็นบุตรคนโตในจำนวน ๔ คน ของ นายอำนวยและนางอรศรี หิรัญพุกษ์ มีพี่น้องจำนวน ๔ คน ดังนี้ ๑) ดร. อัญญาพร หิรัญพุกษ์ ๒) นางสุธนา กาญจนพิบูลย์ ทำงาน ณ การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ๓) นางสาวอัญชนา หิรัญพุกษ์ รับราชการที่กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน และ ๔) นายแพทย์อัญญวัฒน์ หิรัญพุกษ์ รับราชการที่โรงพยาบาลบางไผ่ กรุงเทพมหานคร

ดร.อัญญาพร หิรัญพุกษ์ เข้ารับการศึกษาชั้นประถมที่โรงเรียนเซนต์ปอลคอนแวนต์ ศรีราชา ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่โรงเรียนเซนต์โยเซฟ บางนา ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา ก้าวสู่วิชาชีพการพยาบาลที่โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ได้รับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) จากมหาวิทยาลัยมหิดล ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล-ศาสตร์) จากมหาวิทยาลัยมหิดล และ ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รับราชการเป็นพยาบาลระดับ ๓ ที่ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร จังหวัดสกลนคร ย้ายมาดำรงตำแหน่งวิทยากร ระดับ ๓-๖ ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ ๖-๘ ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ ๘ ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี และตำแหน่งสุดท้ายคือพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานวิเทศสัมพันธ์ กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดร.อัญญาพร หิรัญพุกษ์ เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ มุ่งมั่นในการทำงาน ทำงานเป็นระบบ ยึดมั่นในอุดมการณ์และความถูกต้อง เป็นครูที่ลูกศิษย์รักและเคารพ เป็นพี่ที่สอนงานและให้โอกาสน้องๆ ในการทำงานและสนับสนุนให้น้องมีการพัฒนาและมีความก้าวหน้าอยู่เสมอ เป็นเพื่อนร่วมงานที่มีคุณภาพ จริงใจกับทุกคน และจริงจังกับการทำงาน เป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ มีกล้าหาญในการทำงานและกล้าตัดสินใจ เป็นผู้ที่ศึกษาค้นคว้าหาความรู้ ในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ เป็นผู้ที่มีจิตใจดีในสิ่งที่ทำ มีสมรรถนะหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมรรถนะทางด้านภาษาอังกฤษ ถึงแม้จะไม่ได้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศ พวกเราชาวสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอไว้อาลัยแต่การจากไปของ ดร.อัญญาพร หิรัญพุกษ์...ผู้หญิงเก่ง ผู้เปี่ยมด้วยคุณภาพ และคุณธรรม...



การช่วยฟื้นคืนชีพยุค 2010 และการพยาบาล

ผาณิต หลีเจริญ*

บทคัดย่อ

บทความเรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพ จัดทำขึ้นโดยการรวบรวมความรู้ในหลักปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพตามแนวทางปฏิบัติ CPR 2010 ของสมาคมโรคหัวใจอเมริกัน (American Heart Association) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งให้บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่สนใจมีความรู้ความเข้าใจในหลักการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีเทคนิคที่ถูกต้องตามหลักการที่เป็นวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติ CPR 2005 มาจนถึงปัจจุบันคือจากแนวปฏิบัติเดิมที่มีขั้นตอนเริ่มการช่วยฟื้นคืนชีพจาก A-B-C (Airway-Breathing-Circulation) เป็น C-A-B (Circulation-Airway-Breathing).

บทความอธิบายขั้นตอนของการช่วยฟื้นคืนชีพหรือการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เฉพาะผู้ที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแบบ ventricular tachycardia, ventricular fibrillation, asystole และ PEA โดยทำการกดหน้าอกและการช่วยหายใจในสัดส่วน 30:2 ในอัตราที่ต้องไม่น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที ซึ่งต้องกดลึก 2 นิ้วและก่อนการกดหน้าอกครั้งต่อไปต้องทำการกดทันทีที่หน้าอกคืนตัวกลับจนสุด การช็อกไฟฟ้าและการให้ยากระตุ้นหัวใจขณะช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะคือก่อน ขณะ และหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพซึ่งมีความสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการตาย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในทีม CPR ควรต้องมีทักษะการ CPR เป็นอย่างดี โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือที่สำคัญในทีมการช่วยฟื้นคืนชีพ

คำสำคัญ : CPR 2010/การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน/การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง/การคืนกลับมาของระบบไหลเวียน/การพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนสงขลา



Cardiopulmonary Resuscitation 2010 and Nursing care (CPR 2010 and Nursing care)

*Phanit Leecharoen**

Abstract

This article was written by gathering knowledge of CPR Clinical Practices. Guideline (2010) is focused on the medical personnel or those interested in a deeper understanding of the principles of resuscitation. In particular, in the practices of CPR 2005 to the present has changed from the practice of the process starting from the A-B-C (Airway-Breathing-Circulation) to C-A-B (Circulation-Airway-Breathing).

Article describes the process of basic life support and advanced life support for ECG Abnormalities which include ventricular Tachycardia, ventricular Fibrillation, Asystole and PEA that consists of chest compression and rescue breaths in a ratio of 30:2, rate of chest compression that is not less than 100 beats /min, Nursing care before, during and after the resuscitation. It is vital to the incidence of complications and mortality. The medical professionals who were involved with the CPR team should have a good CPR competency, especially nurses who assist the team in the process of Resuscitation.

Keyword : CPR 2010/BLS/ALS/ROSC/Nursing care

* Registered Nurse, Professional level, Boromarajonani College of Nursing Songkhla



ความเป็นมาและความสำคัญ

การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นการปฏิบัติการช่วยชีวิตในนาที่ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน้าที่ที่มีความหมายต่อความเป็นความตายของมนุษย์ การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ จึงนับว่ามีความสำคัญต่อการช่วยเหลือชีวิตอย่างฉุกเฉิน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า มนุษย์ทุกคนมีชีวิตอยู่ได้เนื่องจากการทำงานของอวัยวะในร่างกายที่สมดุล ระบบที่สำคัญที่สุดและใช้ระยะเวลาสั้นที่สุดในการทำลายชีวิตมนุษย์คือระบบการหายใจ (Respiratory system) รวมไปถึงระบบการไหลเวียน (Circulation System) เพราะมนุษย์ต้องการอากาศหรือออกซิเจนเข้าไปใช้ในกระบวนการเผาผลาญสารอาหาร เพื่อนำไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เวลาของการใช้ออกซิเจนในแต่ละครั้งในกระบวนการหายใจจนถึงเซลล์ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 นาที จึงเป็นเหตุผลที่ว่าภายในระยะเวลา 4 นาที มนุษย์จำเป็นจะต้องได้รับออกซิเจนในรอบใหม่ของการหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีความล้มเหลวของระบบการหายใจและการไหลเวียนให้สามารถกลับคืนสู่กระบวนการทำงานที่เป็นปกติ เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนในกระแสเลือด (Hypoxemia) และป้องกันเซลล์ขาดออกซิเจน (Hypoxia) จนกระทั่งรุนแรงที่สุดคือป้องกันการตาย (Death) จะเห็นว่าการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นปฏิบัติการที่ต้องทำอย่างรีบด่วนแข่งขันกับวินาทีวิกฤติของชีวิต ทักษะของผู้ช่วยเหลือจึงมีความสำคัญและจำเป็น ในประเทศที่มีความเจริญทางด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญกับทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของประชาชนมาก ยิ่งในปัจจุบันอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น มีผลทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดการตายอย่างกะทันหันมากขึ้น

การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานเป็นการปฏิบัติการที่บุคคลทั่วไปสามารถทำได้ การช่วยชีวิตโดยใช้อุปกรณ์เพียงอย่างเดียวสำหรับผู้ช่วยเหลือที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมและไม่มีอุปกรณ์ก็สามารถช่วยชีวิตผู้ประสบภัยหรือ

ผู้ป่วยได้ผลดีใกล้เคียงกับการช่วยฟื้นคืนชีพโดยการกดหน้าอกรวมกับการช่วยหายใจ¹ ทุกคนจึงควรตระหนักและเห็นความสำคัญกับทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่นับว่ามีจำนวนมากที่สุดในระบบสุขภาพ และมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในเรื่องสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การดูแลรักษาสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ในฐานะของการทำงานเชิงรุก พยาบาลสามารถเป็นผู้นำในการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนและในฐานะทำงานเชิงรับ พยาบาลจำเป็นจะต้องมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การดูแลผู้ป่วยทุกระยะทั้งก่อน ขณะและหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นอย่างดีปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR) หมายถึงปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้น ให้มีการหายใจและการไหลเวียนกลับคืนสู่สภาพเดิม ป้องกันเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการขาดออกซิเจนอย่างถาวร ซึ่งสามารถทำได้โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic life support) ได้แก่ การผายปอดและการนวดหัวใจภายนอก ข้อบ่งชี้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

1. ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจในขณะที่หัวใจยังคงเต้นอยู่และมีแนวโน้มว่าหัวใจกำลังจะหยุดเต้นอีกประมาณ 2-3 นาที ให้รีบผายปอดทันที จะช่วยป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนอย่างถาวร
2. ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นพร้อมกัน ซึ่งเรียกว่า clinical death การช่วยฟื้นคืนชีพทันทีจะช่วยป้องกันการเกิด biological death คือเนื้อเยื่อโดยเฉพาะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน
3. ผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าเป็น ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation

4. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของจังหวะการเต้นของหัวใจในลักษณะ bradycardia ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 50 ครั้ง/นาที และมีอาการเช่นเป็นลมหมดสติหรือมีอาการชก คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ severe second degree AV block หรือ complete AV block²

การช่วยชีวิตผู้ป่วยควรเริ่มทำเมื่อไหร่ คำตอบคือควรทำทันทีให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

1. หากพบผู้หมดสติ ให้เรียกโดยการเขย่าหรือตบบริเวณไหล่ เพื่อตรวจดูว่าหมดสติจริงหรือไม่ ถ้าหากพบว่าหยุดหายใจจากการสังเกตการเคลื่อนไหวของหน้าอกและท้อง หรือหายใจช้ามากมีแนวโน้มว่าจะหยุดหายใจ ถ้าสามารถเรียกขอความช่วยเหลือจากคนอื่น ให้รีบโทรไปที่เบอร์ 1669 (กรณีถ้าหากอยู่คนเดียวให้ทำการกดนวดหัวใจก่อนประมาณ 2 นาที)

2. ถ้าผู้หมดสติและหยุดหายใจให้เริ่มการกดนวดหัวใจทันที โดยเข้าไปนั่งข้างตัวผู้หมดสติลากเส้นจากหัวนมข้างหนึ่งไปยังหัวนมอีกข้างหนึ่ง วางสันมือบริเวณกึ่งกลางระหว่างหัวนมทั้งสองข้าง (ตรงกระดูก Sternum เหนือ Xiphoid 2 นิ้วมือ) แล้วใช้สันมืออีกข้างวางซ้อนทับลักษณะเอานิ้วประสานกัน แขนทั้งสองข้างตั้งชิดแนบลำตัวของผู้ช่วยชีวิต หลังตรงทำมุม 90 องศา โดยโน้มตัวไปข้างหน้า กดให้ได้ความลึกอย่างน้อย 2 นิ้ว (4-5 cm) รอให้หน้าอกกระด้างคืนกลับมาตำแหน่งก่อนจึงเริ่มกดครั้งต่อไป อัตราการกดหน้าอกอย่างน้อย 100 ครั้ง/นาที หากท่านรู้สึกปลอดภัยในการช่วยผู้หมดสติหายใจโดยการเป่าปาก ให้ปฏิบัติต่อข้อ 3

ถ้าหากท่านไม่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่นๆ ให้กดหน้าอกอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะมีคนมาช่วยเหลือหรือผู้หมดสติรู้สึกตัวความสำเร็จของการช่วยฟื้น

คืนชีพ คือความรวดเร็วในการช่วยเหลือและความถูกต้องในการปฏิบัติ เมื่อเริ่มกดหน้าอกให้กดอย่างต่อเนื่องและไม่หยุดถ้าหากผู้หมดสติยังไม่รู้สึกตัว

3. เมื่อกดหน้าอกจนครบ 30 ครั้ง ช่วยหายใจโดยการเป่าปาก 2 ครั้ง โดยจัดทำเปิดทางเดินหายใจให้โล่งคือ การกดหน้าผากลง-ยกคางให้สูงขึ้น (head tilt-chin lift) แต่ถ้าหากสงสัยว่าผู้ที่หมดสติอาจได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ กระดูกสันหลังส่วนคอให้ใช้ท่าดึงขากรรไกรขึ้นด้านบน (Jaw thrust) บีบจมูกผู้หมดสติ ประคบปากท่านกับปากผู้หมดสติหรือต่อกับอุปกรณ์ครอบปาก ช่วยหายใจชนิดอื่น เป่าลมเข้าไปจนทำให้หน้าอกของผู้ที่หมดสติยกขึ้น ถ้าหากหน้าอกไม่ยกขึ้น ท่านอาจจัดทำเปิดทางเดินหายใจยังไม่ถูกต้อง อาจลองกดหน้าผากลงและยกคางดูใหม่ ทำซ้ำกัน 2 ครั้ง ในขั้นตอนต่างๆ ต้องทำอย่างรวดเร็ว

4. กดหน้าอก 30 ครั้งในอัตราเร็วอย่างน้อย 100 ครั้ง/นาที อีกรอบ

5. เป่าปาก 2 ครั้งในทุกรอบของการกดหน้าอกครบ 30 ครั้ง ทำประมาณ 2 นาทีหรือประมาณ 5 รอบแล้วหยุดกดหน้าอกเพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและการหายใจ ถ้าหากยังไม่รู้สึกตัวหรือยังไม่หายใจ ให้เริ่มกดหน้าอกรอบใหม่ทันที ทำจนกว่าผู้หมดสติจะรู้สึกตัว หรือมีเจ้าหน้าที่มาช่วยเหลือ

กรณีที่มีคนช่วยเหลือให้ทำสลับกันเนื่องจากถ้าหากผู้ที่ช่วยฟื้นคืนชีพเหนื่อย การช่วยฟื้นคืนชีพจะขาดประสิทธิภาพ

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advance life Support)²

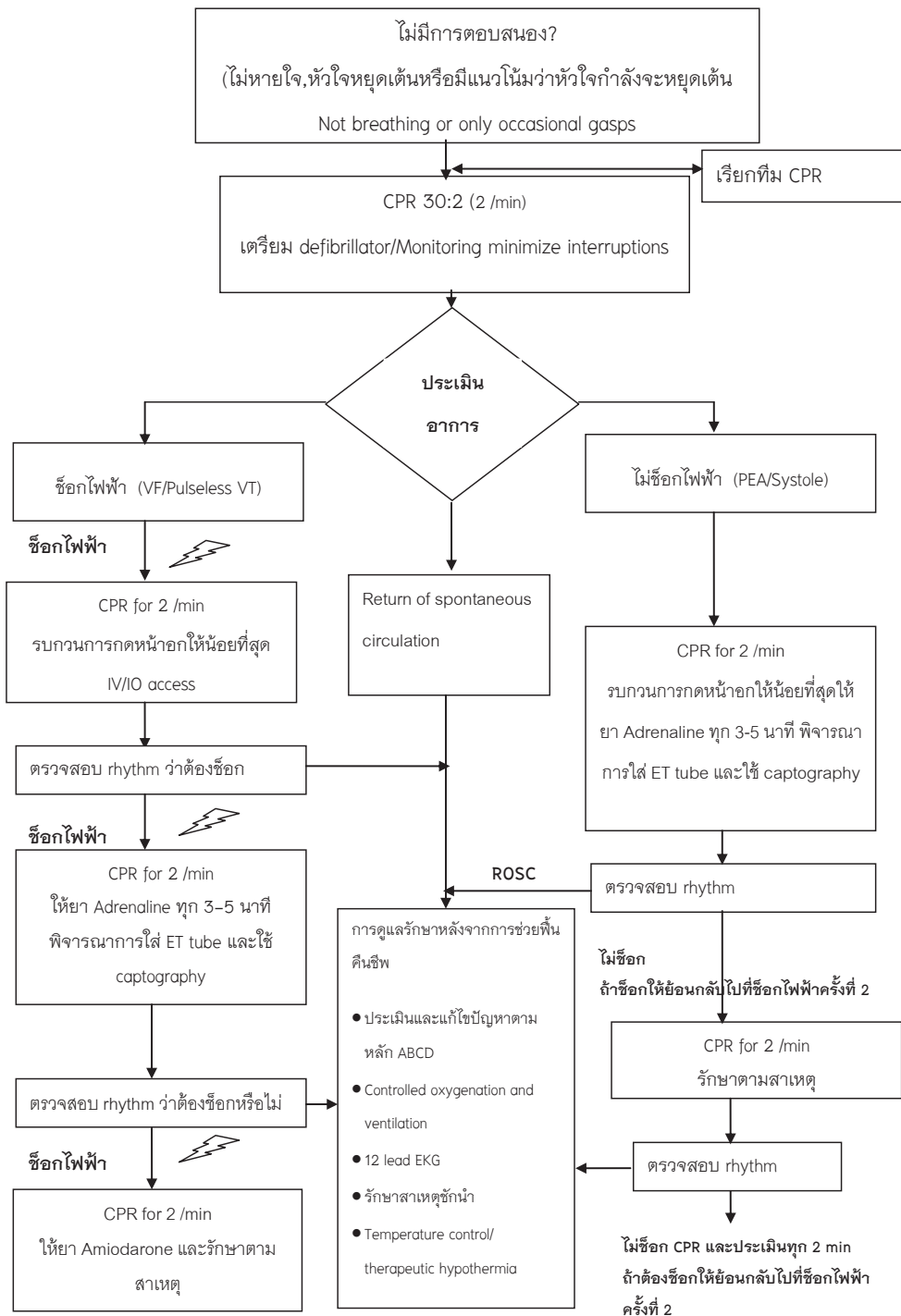
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง หมายถึงเป็นการช่วยฟื้นคืนชีพในสถานพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายมากยิ่งขึ้น มีเครื่องมือพิเศษและยา ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากในสถานพยาบาลสามารถ



ประเมินการเต้นของหัวใจจากบนหน้าจอ monitor ของ เครื่องกระตุ้นหัวใจ การช่วยฟื้นคืนชีพโดยการกระตุ้น หัวใจหรือเครื่องช็อกไฟฟ้า (defibrillation) และการใช้ ยากระตุ้นหัวใจขึ้นอยู่กับลักษณะของจังหวะการเต้น

ของหัวใจ ประเมินระบบการหายใจและพิจารณาการ ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยให้ระบบหายใจทำงานได้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ (ALS algorithm)²





สาเหตุที่ทำให้หัวใจหยุดเต้นย้อนกลับ

Reversible causes²

1. Hypoxia
2. Hypovolemia
3. Hypo/hyperkalemia/Metabolic
4. Hypothermia
5. Thrombosis Coronary/pulmonary
6. Tamponade-cardiac
7. Toxins
8. Tension Pneumothorax

ข้อแนะนำสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

(Advance CPR 2010)

จะเห็นว่าแนวทางปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย จะถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่กระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ VF หรือ VT และ 2) ผู้ป่วยที่ไม่มีการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ asystole และไม่มีชีพจร (PEA) ซึ่งหลักการของ CPR 2010 มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางประการ แนวทางปฏิบัติเน้นเรื่องการบริหารจัดการเรื่องของการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า รวมทั้งการให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพการกดหน้าอกผู้ป่วย, การดูแลทางเดินหายใจและการระบายอากาศ (ventilation), การแทงเส้นเลือด (Intravascular), การบริหารยา Adrenaline และการค้นปัญหาเพื่อการแก้ไขที่เฉพาะเจาะจง แนวปฏิบัติเป็นวิธีการมาตรฐานเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ในภาวะหัวใจหยุดเต้น

ขั้นตอนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า กรณีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ VF หรือ VT

1. เมื่อประเมินผู้ป่วยได้ว่าเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยตรวจสอบสัญญาณชีพ เช่น การหายใจและการเต้นของชีพจรไปพร้อมกัน

2. เรียกทีมกู้ชีพ
3. ติด monitor EKG โดยขัดจังหวะการกดหน้าอกให้น้อยที่สุด
4. ขณะประเมินเพื่อยืนยันว่ามีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ VF ให้หยุดกดหน้าอก แต่ไม่ควรเกิน 10 วินาที และควรประเมินหลังจากการกดหน้าอกไปแล้ว 5 รอบหรือประมาณ 2 นาที
5. ส่งสัญญาณก่อนที่จะหยุดช่วงจังหวะการ CPR เพื่อสื่อสารให้ทีม CPR เตรียมตัวล่วงหน้า
6. เมื่อจะทำการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าให้หยุดกดหน้าอกทันทีในเวลาสั้นที่สุดพร้อมเลือกใช้พลังงานที่เหมาะสม โดยกระตุ้นหัวใจครั้งแรกด้วยกระแสไฟฟ้าขนาด 150-200 J biphasic 150-360 J biphasic สำหรับครั้งต่อไป และกดปั๊มชาร์จไว้
7. ในขณะที่กำลังกดปั๊มชาร์จที่เครื่องกระตุ้นหัวใจเพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้า ต้องให้สัญญาณเตือนสมาชิกในทีมทั้งหมด อาจใช้คำว่า “ปล่อย” หรือ Stand Clear หลังจากนั้นให้นำออกซิเจนออกตามเวลาเหมาะสม ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีผู้กดหน้าอกเป็นเพียงคนเดียวที่ยังสัมผัสผู้ป่วย
8. เมื่อเครื่องกระตุ้นหัวใจพร้อมทำงานต้องรีบบอกผู้ที่กดหน้าอกว่า "Stand Clear" เมื่อทุกคนออกจากตัวผู้ป่วยให้ทำการปล่อยกระแสไฟฟ้าช็อกผู้ป่วยทันที
9. ทำการกดหน้าอกต่อทันที เมื่อไม่พบสัญญาณของชีพจร โดยการกดหน้าอกในอัตราส่วน 30:2
10. ให้ทำ CPR ต่อเป็นเวลา 2 นาทีพร้อมทั้งเตรียมทีมต่อไป ในการทำ CPR
11. หยุดการ CPR เพื่อตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพ ไม่ควรเกิน 10 วินาที
12. ถ้า VF / VT ทำซ้ำขั้นตอน 6-11 ข้างต้นแล้วซ้ำครั้งที่สอง, ให้ adrenaline 1 มิลลิกรัม IV ครั้งต่อไปทุก 3-5 นาที



13. ถ้า VF / VT ยังคงทำซ้ำขั้นตอน 6-8 ข้างต้น แล้วทำการช็อกครั้งที่สาม การกดหน้าอกทันทีแล้วให้ Adrenaline 1 มิลลิกรัมและ amiodarone 300 มิลลิกรัม IV ครั้งต่อไปให้ 150 มิลลิกรัม IV ตามแผนการรักษา

14. ทำ CPR ซ้ำและประเมินผู้ป่วยทุก 2 นาที ตรวจสอบชีพจร ช็อกไฟฟ้าต่อไป ถ้า VF / VT ยังคงมีอยู่ หรือเมื่อแน่ใจว่ามีคลื่น p ปรากฏก็สามารถหยุด CPR ได้

การตรวจสอบหาสัญญาณของการกลับมาของการไหลเวียนเลือด (ROSC): ดังนี้

1. ตรวจสอบ Central pulse และ end-tidal CO₂
2. หากมีสัญญาณของการมีชีพจร จึงเริ่มต้นการดูแลหลังช่วยฟื้นคืนชีพ (ROSC)
3. ถ้าไม่มีสัญญาณของ ROSC ทำ CPR ต่อไป จนกว่าจะไม่สามารถช่วยโดยการช็อกได้ต่อไป ให้เริ่มดูแลแบบไม่ช็อก

ถ้าเกิดภาวะ asystole ให้ทำ CPR ต่อและเปลี่ยนไปใช้ขั้นตอนที่ไม่ช็อกด้วยไฟฟ้า

ใช้เวลาระหว่างการหยุดการกดหน้าอกและช็อกต้องเป็นช่วงเวลาน้อยกว่า 10 วินาที หลัง CPR นาน 2 นาที ให้คลำชีพจรและต้องชัดเจนหวั่นไหวการกดหน้าอกน้อยที่สุด ถ้าผู้ป่วยไม่แสดงว่าสัญญาณชีพกลับมาทั้งนี้อาจรวมถึงมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (ET CO₂) ถ้าหากไม่แน่ใจว่าระบบไหลเวียนทำหน้าที่ได้ให้ CPR ต่อ ถ้าผู้ป่วยมี ROSC เริ่มให้การดูแลหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพ

ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ไม่มี Pulse (PEA)

1. เริ่ม CPR ในสัดส่วนการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจเท่ากับ 30:2

2. ให้ Adrenaline 1 มิลลิกรัมเร็วที่สุดทางเส้นเลือด
3. กดหน้าอกต่อไปโดยไม่ต้องหยุดในระหว่างการช่วย ventilation

4. ในระหว่างการ CPR แพทย์จะพิจารณาสาเหตุของการทำให้เกิด PEA และการแก้ไขตามสาเหตุไปพร้อมๆกัน

5. ประเมินผู้ป่วยหลังจากที่ CPR นาน 2 นาที หากยังไม่มีชีพจรและไม่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้ CPR ต่อไป

6. ดูแลให้ Adrenaline อีก 1 มิลลิกรัม ทุก 3-5 นาที

7. ถ้าคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนเป็น VF/VT ให้เปลี่ยนเป็นปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการ CPR ผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าแบบ VF / VT โดยเริ่มที่ขั้นตอนของการช็อกไฟฟ้าครั้งที่ 2

8. ถ้าชีพจรกลับมา ให้เริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ

ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะ asystole

1. เริ่ม CPR ในสัดส่วนการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจเท่ากับ 30:2

2. โดยไม่ต้องหยุดการทำ CPR พร้อมตรวจสอบว่าการติด lead monitor EKG ที่ถูกต้อง ให้อะดรีนาลีน 1 มิลลิกรัมเร็วที่สุดทางเส้นเลือดให้ทำ CPR ต่อไปโดยไม่ต้องหยุดในระหว่างการช่วย ventilation

3. ในระหว่างการ CPR แพทย์จะพิจารณาสาเหตุของการทำให้เกิด PEA และการแก้ไขตามสาเหตุไปพร้อมๆกัน

4. ถ้าคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนเป็น VF / VT ให้เปลี่ยนเป็นปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการ CPR ผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าแบบ VF / VT โดยเริ่มที่ขั้นตอนของการช็อกไฟฟ้าครั้งที่ 2

5. ดูแลให้อะดรีนาลีน 1 มิลลิกรัม IV ทุก 3-5 นาที เมื่อใดก็ตามที่ยังมีภาวะ asystole ต้องตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างระมัดระวัง การมี คลื่นพี (P wave) แสดงว่าผู้ป่วยอาจมีการตอบสนองการเต้นของหัวใจ ดังนั้นหากคลื่นไฟฟ้าเป็นแบบ standstill ร่วมกับมีคลื่นพีอย่างต่อเนื่อง อาจไม่ใช่ภาวะ asystole จริง

บทบาทของพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพ ก่อนการช่วยฟื้นคืนชีพ

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ เช่น รถ Emergency ที่มียาและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ตลอดเวลา เครื่อง defibrillation ออกซิเจนและเครื่อง Suction ที่พร้อมใช้งาน ทุกเวร ต้องมีการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของอุปกรณ์เครื่องใช้ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา หากในเวรมีการใช้อุปกรณ์ไป ต้องจัดเตรียมทดแทนให้มีจำนวนเพียงพอทันที

2. การประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ของการช่วยฟื้นคืนชีพ ควรประเมินผู้ป่วยได้ในเวลาสั้นๆ 10 วินาที สำหรับการประเมินชีพจรของผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นพร้อมกัน ประเมินจาก EKG ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความสามารถในการอ่านค่า EKG ที่ถูกต้อง

3. เตรียมบริเวณที่เข้าถึงผู้ป่วยได้ อุปกรณ์ที่จำเป็นสามารถหยิบใช้ได้สะดวกไม่ว่าจะเป็นรถ Emergency เครื่อง Defibrillation และการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยในตำแหน่งที่ถูกต้อง ถ้าสามารถเตรียมได้ทันที การเตรียมบริเวณที่เป็นสัดส่วนระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยคนอื่น เช่น การกั้นม่าน เพราะอาจมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยคนอื่นด้วย

4. เตรียมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่

5. เตรียมให้ข้อมูลแก่ญาติ

ขณะการช่วยฟื้นคืนชีพ

1. พยาบาลต้องมีทักษะของการ CPR เป็นอย่างดี ความแรงและอัตราในการกดหน้าอกอย่างน้อย 100 ครั้ง/นาที สัดส่วนของการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจ เท่ากับ 30:2 ทักษะการช่วยหายใจโดยใช้ self inflating mask แบบ Fix-mask

2. สามารถนำทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพโดยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอน การช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง มีการแบ่งหน้าที่ในทีมอย่างชัดเจน เช่น ผู้กดหน้าอก 1 คน ผู้ดูแลทางเดินหายใจ 1 คน และผู้เตรียมอุปกรณ์เตรียมยาและจัดบันทึก 1 คน

3. ฝ้าติดตามสัญญาณชีพ ดูแลความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพต่างๆ 2 นาที การ Monitor EKG และติดตามค่าของ ออกซิเจนในกระแสเลือดพร้อมบันทึกทางการพยาบาล

4. ช่วยแพทย์ในการเตรียมเครื่องช็อกไฟฟ้า หากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ เช่น VT/VF

5. เตรียมและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตาม Protocol เช่นการให้ Adrenaline 1 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3-5 นาที เตรียมให้ amiodarone 300 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ในครั้งต่อไปให้ 150 มิลลิกรัม และฉีดสารน้ำ isotonic solution เช่น NSS ตามหลังให้ยาอย่างน้อย 20 มิลลิลิตรและจัดบันทึกทุกครั้งหลังให้ยา

6. ดูแลฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา

7. ช่วยแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจและทำหัตถการอื่นๆ เช่นทำ ICD ,Vascular access

การดูแลผู้ป่วยหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพ

1. ฝ้าติดตามความเสี่ยงที่สำคัญคืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะ hyperoxaemia หลังจากจากระบบการไหลเวียนเพิ่งคืนกลับมา (ROSC) ซึ่งต้องเน้นให้ความสำคัญกับการติดตามค่าของออกซิเจนในกระแสเลือด โดยดูจากความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจาก



หลอดเลือดแดง (SaO₂) และติดตามค่าของออกซิเจน จาก Pulse oximetry ดูแลให้ค่าของ SaO₂ ให้มากกว่า 95%

2. ผ้าติดตามระบบไหลเวียน สัญญาณชีพและการดูแลช่วยเหลือในการแทงเข็มใส่สายยางทางหลอดเลือดผ่านผิวหนังอย่างเหมาะสม

3. ผ้าติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงปกติ หลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ใหญ่ ระดับน้ำตาลในเลือดอาจเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรจะได้รับการรักษา และต้องดูแลประเมินอาการของภาวะ Hyperglycemia ควบคุมการป้องกันการเกิดภาวะ hypoglycemia

4. การดูแลการใช้ความเย็นในการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งแบบที่มีการช็อกไฟฟ้าและไม่มีการช็อกไฟฟ้า ซึ่งยังมีอาการสับสนในแนวทางการปฏิบัติอยู่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีการช็อกไฟฟ้า ซึ่งต้องมีการประเมินจากแพทย์ผู้ดูแลอีกครั้ง

5. ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

คุณภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพตาม

แนวทางปฏิบัติ 2012 คือ³

1. เปลี่ยน จากแนวปฏิบัติเดิมจาก A-B-C (Airway-Breathing-Circulation) เป็น C-A-B (Circulation-Airway-Breathing) โดยต้องรีบกดหน้าอกทันทีที่ประเมินผู้ป่วยได้โดยใช้อัตราการกดหน้าอกให้ได้อย่างน้อย 100 ครั้ง/ นาที ความลึกในการกด ประมาณ 2 นิ้ว เมื่อกดแล้วรอให้หน้าอกคืนกลับมาให้สุดก่อนกดครั้งต่อไป ระหว่างการกดหน้าอกต้องขจัดปัจจัยที่ขัดขวางการกดหน้าอกให้น้อยที่สุด เช่น ช่วงในการประเมินผู้ป่วย ช่วงในการหยุดเพื่อช็อกไฟฟ้า ช่วงในการทำ

หัตถการต่างๆ เปลี่ยนผู้ที่กดหน้าอกทุก 2 นาที เพื่อมีแรงเพียงพอในการกดให้ได้ความลึกที่เหมาะสม

2. การให้ออกซิเจนควรให้ออกซิเจน 100% ในการช่วยหายใจ การ Fix mask มีความสำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้ออกซิเจนมีภาวะ Hypoxia และภาวะ Hypoxemia สำหรับกดหน้าอก: การช่วยหายใจในสัดส่วน 30:2 และการกดหน้าอกที่ต่อเนื่องอาจต้องหยุดเมื่อจำเป็นในเวลาที่รวดเร็วระหว่างการทำการหัตถการต่างๆ เช่น เมื่อต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือติด capnography, Vascular access (Intravenous, intraosseous) การให้ adrenaline ทางหลอดเลือดดำทุก 3-5 นาที และรักษาตามสาเหตุที่ถูกต้อง

3. ค้นหาสาเหตุของการที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ แล้วรักษาสเหตุไปพร้อมกัน

4. ถ้าหากมีการใส่ท่อช่วยหายใจให้บีบ self Inflating bag ไม่เร็วเกิน ควรบีบในอัตราประมาณ 10 ครั้ง/นาที

5. ถ้าประเมินพบว่าค่า end tidal CO₂ ถ้า PETCO₂ < 10 mmHg ต้องพยายามแก้ไขคุณภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพทันที

ข้อบ่งชี้การกลับมาของระบบไหลเวียน (Return of spontaneous circulation (ROSC))

1. คลำชีพจรและวัดความดันโลหิตได้
2. end tidal CO₂ เพิ่มขึ้นและคงที่ $40 \geq$ mmHg
3. มีคลื่นแสดงแรงดันจากหัวใจบีบตัวเอง จาก

Arterial line

สรุป

ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นปฏิบัติการที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน ต้องปฏิบัติการด้วยความรวดเร็วเพื่อให้ทันกับนาทีทองชีวิต ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพนั้นทักษะในการช่วยฟื้น



คืนชีพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการกดนวดหน้าอกทั้งอัตราเร็ว ตำแหน่งการวางมือและความลึกของการกดนวดหน้าอก รวมทั้งการช่วยหายใจและการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สิ่งเหล่านี้สามารถสะท้อนคุณภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพได้เป็นอย่างดีพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในทีมปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะที่ดีในการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน นอกจากพยาบาลจะต้องมีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (BLS) และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ALS) แล้วพยาบาลต้องมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างสม่ำเสมอและฝึกปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และสามารถเป็นผู้นำในเรื่องการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นให้กับบุคคลทั่วไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์ สรุปรูปแนวทางการปฏิบัติการช่วยชีวิต ปี ค.ศ. 2010. [Internet] [cite 2013 July 23]. 8: Available from: http://www.thaicpr.com/sites/default/files/guideline_HL-ver2.pdf
2. Resuscitation council. Adult Advance Life Support. In Resuscitation Guide line 2010. [Internet] [cite 2013 July 23]. Available from: www.resus.org.uk/pages/als.pdf
3. ฉัตรกนก ทุทธิภาค. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง. 2556; [Internet] [cite 2013 Murch 14]. Available from: www.si.mahidol.ac.th/th/division/cpr/knowledgedetail.asp?div_id
4. American Heart Association. Management of symp-tomatic bradycardia and tachycardia. Circulation. 2005; 112 [suppl I]: IV-67-IV-77.



ความรู้ และเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

นาฏนภา อารยะศิลาปะธร *

พัชนี สมกำลัง **

วิสัย คตะ *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติ ต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 136 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และแบบวัดเจตคติการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.81, 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.62) โดยความรู้ด้านการแสดงออกเรื่องเพศมีค่าคะแนนสูงสุด (ร้อยละ 78.18) และความรู้ด้านการจัดการกับอารมณ์เพศมีค่าคะแนนต่ำสุด (ร้อยละ 54.93)
2. คะแนนเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D.= 0.42) โดยเจตคติด้านผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.42$, S.D.= 0.60) และเจตคติด้านการแสดงออกเรื่องเพศมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.49$, S.D.= 0.61)

คำสำคัญ : ความรู้, เจตคติ, การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์, นักเรียนมัธยม

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม



Knowledge and Attitude of Junior High School Students toward Sexual Intercourse Prevention in Srisongkram district, Nakhon Phanom Province

*Nadnapa Arayasinlapathon**

*Patchanee Somkamlung***

*Wisai Kata**

Abstract

A descriptive research was conducted to investigate the knowledge and attitudes toward sexual intercourse prevention of adolescent junior high school students in Srisongkram district, Nakhon Phanom province. A hundred thirty six students were surveyed by collecting data using a privacy questionnaire and tests of knowledge and attitudes toward sexual intercourse prevention among adolescents. The reliability of knowledge test was analyzed using the Cronbach's alpha coefficient, giving a value of 0.82, whereas the attitude test gave a value of 0.81. The data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. The research found that:

1. The mean knowledge score of the junior high school students toward sexual intercourse prevention was 67.62%. The mean knowledge score for sexual behavior was highest (78.18%) while the mean knowledge score for the management of sexual emotion was lowest (54.93%).

2. The mean attitude score of the junior high school students toward sexual intercourse prevention was in the middle point ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.42). The attitude scores of the impacts from having sexual intercourse during school age was highest ($\bar{X} = 3.42$, S.D. = 0.60), while the attitude scores of the expression of sexual behavior was lowest ($\bar{X} = 2.49$, S.D.= 0.61).

Keywords : knowledge, attitude, prevention of sexual intercourse

* Lecturer, Boromarajonnani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

**Assistant Professor, Boromarajonnani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University



ความเป็นมาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงโดยการก้าวไปสู่ความทันสมัย ก่อให้เกิดการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้าสู่ประเทศไทยอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นมีค่านิยมและพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไป ไม่ว่าจะเป็น การคบเพื่อนต่างเพศ การแต่งกายให้ดึงดูดความสนใจของเพศตรงข้ามด้วยแฟชั่นตะวันตก การแสดงออกทางเพศของวัยรุ่นในที่สาธารณะ การมีเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มมากขึ้นและอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยลง โดยวัยรุ่นคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นเรื่องธรรมดา ปัญหาที่ตามมาคือการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น¹ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกายมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ในเพศหญิง เริ่มมีประจำเดือน มีหน้าอก สะโพกผายและมีขนที่อวัยวะเพศ เริ่มมีความต้องการทางเพศ สภาพจิตใจของวัยรุ่นจะมีความคิดคะนอง อยากรู้อยากเห็นและอยากรลอง ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ โดยใช้อารมณ์เป็นใหญ่² จึงทำให้วัยรุ่นต้องประสบกับปัญหานานาประการโดยเฉพาะปัญหาการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์³⁻⁵ ซึ่งผลจากการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง เช่นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง⁶ ปัญหาสุขภาพจิตจากการที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ หรือเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรค ซิฟิลิส และ โรคเอดส์² เป็นต้น การวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาพบว่าสาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือ การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศที่ถูกต้อง⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า การสอนเพศศึกษาไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน⁸⁻⁹ บางประเด็น ครูผู้สอนไม่กล้าสอน¹⁰ วิธีการสอนทำให้นักเรียนรู้สึกเบื่อหน่าย เช่น ให้อ่านหนังสือ สุขศึกษาหรือใช้การบรรยายตามหนังสือ¹¹ และโรงเรียน

ให้ความสำคัญต่อการสอนเพศศึกษาน้อย² ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคม การพัฒนาของสื่อและเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด ประกอบกับสภาพของครอบครัวไทยอ่อนแอแลง วัยรุ่นได้รับการอบรมโดยกระบวนการกล่อมเกลாத่างสังคมลดลง ทำให้ง่ายต่อการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาในชีวิตโดยการขาดภูมิคุ้มกัน การที่วัยรุ่นแสวงหาความรู้ต่างๆ ผ่านสื่อออนไลน์ด้วยตนเอง⁸⁻⁹ ความรู้ที่ได้มาจึงไม่ผ่านคำแนะนำชี้แนะจากผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะสูงกว่า เช่น พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ แต่วัยรุ่นนิยมแบบปั่นกระแสการณในเรื่องเพศในกลุ่มเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นนิยมมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานเพิ่มมากขึ้นและนับวันอายุของการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกยิ่งน้อยลง ทั้งนี้มาจากความรู้และเจตคติของวัยรุ่นต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไป¹⁰ ซึ่งความรู้มีผลต่อเจตคติและส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม^{5,7} จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าองค์ประกอบของความรู้และเจตคติด้านการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์จำแนกได้ 4 องค์ประกอบคือ 1) การแสดงออกเรื่องเพศ 2) การจัดการกับอารมณ์เพศ 3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และ 4) ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์

การแก้ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นจึงจำเป็นต้องเริ่มที่การประเมินความรู้และเจตคติของวัยรุ่นต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์อย่างครอบคลุมเพื่อการวางแผนในการให้เพศศึกษาที่มีประสิทธิภาพซึ่งพบว่าความรู้และเจตคติเรื่องเพศของวัยรุ่นมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทของสังคมวัฒนธรรม¹¹ จากรายงานสภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทยพบว่า แนวโน้มการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่น ทั้งประเทศ พ.ศ.2543-2552 โดยใช้เกณฑ์การแผ่รังวงการตั้งครรภ์ไว้ที่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปีพ.ศ. 2554 มีมารดา อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 14.32 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เฝ้าระวัง ประเทศไทยพบว่าต้องเฝ้าระวังมากถึง 71 จังหวัดซึ่งมีจังหวัดนครพนมรวมอยู่ในจำนวนนี้ด้วย และปี พ.ศ. 2555 จังหวัดนครพนมมีมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.80 โดยเฉพาะอำเภอศรีสงคราม จ.นครพนม มีมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต้องเฝ้าระวังและมีค่าสูงกว่าเกณฑ์เฝ้าระวังถึงร้อยละ 18.3012

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้และเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสอนการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสอนเพศศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้และเจตคติที่ดีในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
- 2) เพื่อศึกษาระดับเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความรู้และเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 สังกัดกรมสามัญศึกษา ปีการ

ศึกษา 2555 ในเขตอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวน 4 โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 1,456 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Krejcie & Morgan¹³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 317 คน จากนั้นกำหนดสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เท่ากันดังนี้ โรงเรียนสหราษฎร์รังสฤษดิ์ 168 คน โรงเรียนสนธิราษฎร์วิทยา 56 คน โรงเรียนบ้านข้าพพิทยาคม 57 คน และโรงเรียนนาคำราชรังสรรค์ 36 คน รวมทั้งสิ้น 317 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน ได้แก่ เพศ ประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและแหล่งความรู้ที่นักเรียนได้รับประสบการณ์การมีคู่อรักหรือมีแฟน การมีคู่อรักหรือแฟนในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ใช้คำถามแบบปรนัยจำนวน 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ ในแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกเพียงคำตอบเดียว ถ้าตอบถูกในข้อนั้นจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์การวิเคราะห์ระดับคะแนนของ วิเชียร เกตุสิงห์¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คิดเป็นร้อยละ 0-50 หมายถึง มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 11-15 คิดเป็นร้อยละ 51-75 หมายถึง มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คิดเป็นร้อยละ 76-100



หมายถึง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วยคำถามที่มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (positive or negative statement) รวมจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมาก ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อความเชิงบวก (positive statement) มีค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ (negative statement) มีค่าคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ

การแปลผลคะแนนเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ แปลผลตามคะแนนเฉลี่ย ซึ่งวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับดังนี้

ระดับดีมาก	คะแนนเฉลี่ย	4.50-5.00
ระดับดี	คะแนนเฉลี่ย	3.50-4.49
ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย	2.50-3.49
ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ย	1.50-2.49
ระดับต่ำที่สุด	คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.49

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ

ข้อมูล

ผู้วิจัยหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงและความตรงดังนี้

1) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.77 นำมาหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

2) นำแบบวัดเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.95 หาความเที่ยง โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย ซึ่งออกโดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครพนมถึงผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่ง และผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การยุติเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทั้งสิ้น การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่บ่งชี้ถึงกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับความยินยอมด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามอนุญาต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูลดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพื้นฐาน การแจกแจงความถี่และร้อยละ
- 2) วิเคราะห์คะแนนความรู้และเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 สังกัดกรมสามัญศึกษาปีการศึกษา 2555 ที่มีการเรียนการสอนแบบสหศึกษา ในเขตอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม รวมทั้งสิ้น 136 คน คิดเป็นร้อยละ 43 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยภาพรวมของความรู้ที่

เคยได้รับ ในด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณของวัยรุ่น พบว่าเคยได้รับความรู้คิดเป็นร้อยละ 80.9 และไม่ทราบผลเสียที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ซึ่งใกล้เคียงกับไม่ทราบถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 74.3 และ 71.3 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 50 เคยมีแฟนหรือคูรัก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่น จำแนกให้เห็นความรู้ที่เคยได้รับ และสถานภาพการมีแฟนหรือคูรัก

ลักษณะข้อมูล	เคย	ไม่เคย
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. ความรู้ที่เคยได้รับ		
1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและจิตวิญญาณของวัยรุ่น	80.9	19.1
1.2 สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	28.7	71.3
1.3 ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	25.7	74.3
1.4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	69.1	30.9
2. สถานภาพการมีแฟนหรือคูรัก		
2.1 นักเรียนเคยมีแฟนหรือคูรักหรือไม่	44.9	55.1
2.2 ปัจจุบันนักเรียนมีแฟนหรือคูรักหรือไม่	34.6	65.4

2. ระดับความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.62) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ด้านการแสดงออกเรื่องเพศมีค่าคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 78.18)

ส่วนด้านผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.68) เช่นเดียวกับด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และการจัดการกับอารมณ์เพศมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 66.72 และ 54.93 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงระดับความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

ความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	ร้อยละ	การแปลผล
1. ด้านการแสดงออกเรื่องเพศ	78.18	สูง
2. ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน	66.72	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการกับอารมณ์เพศ	54.93	ปานกลาง
4. ด้านผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน	70.68	ปานกลาง
โดยรวม	67.62	ปานกลาง

3. ระดับเจตคติต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง

เจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.42) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า เจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

ด้านผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.42$, S.D.=0.60) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการแสดงออกเรื่องเพศมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.49$, S.D.=0.61) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

เจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	ค่าเฉลี่ยเจตคติ		การแปลผล
	\bar{X}	S.D.	
1. ด้านการแสดงออกเรื่องเพศ	2.49	0.61	ต่ำ
2. ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน	3.22	0.64	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการกับอารมณ์เพศ	3.24	0.70	ปานกลาง
4. ด้านผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน	3.42	0.60	ปานกลาง
รวม	3.09	0.42	ปานกลาง

อภิปรายผล

1. ความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

ระดับความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.62) สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิราภรณ์ รัตนพิทักษ์¹⁵ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรมสามัญ

ศึกษา ในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเพศในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้เพราะวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยแห่งการอยากรู้อยากลอง เป็นวัยที่ให้ความสนใจในเพศตรงข้าม เริ่มสนใจและหาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ⁷ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและจิตวิญญาณ มากถึงร้อยละ 80.90 แต่ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อ

การมีเพศสัมพันธ์ ผลเสียจากการมีเพศสัมพันธ์ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์มีเพียงร้อยละ 28.7, 25.7 และ 69.1 ตามลำดับ ในสภาพปัจจุบันการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนส่วนใหญ่เน้นเนื้อหาการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระและร่างกายซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เช่น ผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และทักษะการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น² ดังนั้นระดับความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านยังพบอีกว่า ความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ด้านการจัดการกับอารมณ์เพศมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.93 แสดงว่าวัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ทางเพศที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งการจัดการอารมณ์ทางเพศนั้นแบ่งเป็นสามระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 การจัดการอารมณ์ทางเพศโดยการควบคุมอารมณ์ทางเพศ ทำได้สองวิธีคือ การควบคุมจิตใจตนเอง และการหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้า การดูสื่อลามก การเที่ยวกลางคืน หรืออยู่ในที่ลับตาคนสองต่อสอง เป็นต้น ระดับที่ 2 การจัดการอารมณ์ทางเพศโดยการเบี่ยงเบนอารมณ์ทางเพศ เช่น การเล่นดนตรี กีฬา และกิจกรรมที่ให้ความสนุกสนาน และระดับที่ 3 คือการจัดการอารมณ์ทางเพศโดยการปลดปล่อยและระบายอารมณ์ทางเพศ ได้แก่ การฝันเปียก และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation) ซึ่งการที่วัยรุ่นมีความรู้ในเรื่องเหล่านี้ไม่เพียงพออาจทำให้เกิดผลเสียตามมา ได้แก่ การตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งตามมาด้วยปัญหาการตั้งครรภ์ และการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น⁷

2. เจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

เจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ใน

วัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.09$, S.D= 0.42) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอำพล อินกล้า¹⁶⁻¹⁷ ได้ศึกษาเรื่องเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้เพราะเจตคติแปรผันตรงกับความรู้ ดังนั้นเมื่อความรู้เรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางระดับเจตคติจึงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และสาเหตุอีกประการหนึ่งที่วัยรุ่นมีเจตคติในระดับปานกลางคือ วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการอิสระ จึงรู้สึกอึดอัดกับระเบียบ หรือกรอบความคิดที่สังคมกำหนดขึ้น รวมทั้งความประพฤติกและการแสดงออกเรื่องเพศ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นด้านการแสดงออกเรื่องเพศมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.46$, S.D.=0.61) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำ แต่ความรู้ด้านการแสดงออกทางเพศกลับอยู่ในระดับที่สูง แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นมีความรู้และจดจำได้ว่าอะไรคือพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม เพราะเป็นช่วงวัยที่เรียนรู้เร็ว แต่กลับไม่เห็นด้วยกับค่านิยมดังกล่าว แสดงว่าวัยรุ่นเกิดความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ซึ่งพรอยด์ได้อธิบายพัฒนาการของวัยรุ่นไว้ว่าเป็นวัยที่เริ่มสนใจเพศตรงข้าม เรียนรู้เรื่องความรัก และเพศสัมพันธ์ เป็นช่วงการพัฒนาไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะเต็มที่ ในขั้นตอนนี้ถ้าพัฒนาการมีความราบรื่น จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักรักตัวเองและผู้อื่น แต่ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นในช่วงนี้ อาจมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น มีความวิตกกังวล มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นได้ ซึ่งปัจจุบันพบว่า วัยรุ่นได้แสดงให้เห็นถึงสัญญาณของปัญหาดังกล่าว เช่นการแสดงออกในเรื่องเพศเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตอย่างสิ้นเชิง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับคูรัักเป็นเรื่องปกติ การจับมือถือแขนในที่สาธารณะเป็น



เรื่องธรรมชาติของคนรักกัน ซึ่งยืนยันด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าล้วนแล้วแต่เคยมีแฟนหรือคู่อุปการะหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และปัจจุบันมีแฟนหรือคู่สูงถึงร้อยละ 34.6 สิ่งนี้อาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และขาดการป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ทำให้เพิ่มการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ตามมา⁷

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1) เจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นด้านการแสดงออกเรื่องเพศมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แต่ความรู้ในด้านเดียวกันกลับอยู่ในระดับที่สูง แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นได้รับการสอนเกี่ยวกับการแสดงออกเรื่องเพศในระดับที่ดีจึงทำให้มีความรู้และตอบคำถามได้ถูกต้อง แต่กลับไม่เห็นด้วยกับค่านิยมดังกล่าวเจตคติจึงอยู่ในระดับที่ต่ำ นับเป็นการส่งสัญญาณอันตรายว่าทิศทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นยังไม่ได้ผลเท่าที่ควรจะเป็น ดังนั้นครูอาจารย์ ผู้ปกครอง ตลอดจนบุคลากรสุขภาพควรรหาแนวทางในการให้ความรู้ในรูปแบบใหม่ๆ ที่ไม่เพียงแต่ให้ข้อมูลความรู้ หากแต่มุ่งหากกลยุทธ์เพื่อการปรับเปลี่ยนเจตคติที่ได้ผลดีจึงจะเป็นคำตอบที่ดีสำหรับปัญหานี้

2) การจัดการอารมณ์เพศนับเป็นสิ่งที่สำคัญในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ แต่จากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นมีความรู้และเจตคติในเรื่องนี้ระดับปานกลางเท่านั้น จึงทำให้เห็นแนวโน้มของการตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรหันมาพัฒนาการสอนและการเสริมสร้างเจตคติด้านการจัดการอารมณ์เพศที่ถูกต้องให้กับวัยรุ่นอย่างจริงจัง แทนที่การรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอย่างกว้างขวางเหมือน

ในปัจจุบัน ซึ่งทำให้วัยรุ่นเข้าใจว่าเป็นวิธีการจัดการอารมณ์เพศที่ได้รับการยอมรับและก้าวเข้าสู่ตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

1) การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น

2) การวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ตลอดจนอำนาจการทำนายของตัวแปรแต่ละตัว

3) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. วาสนา ถิ่นชนอน และ วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอยะบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555; 35(2) : 25-33.
2. วลัยยา ธรรมพินิจวัฒน์. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย. วารสารสภาการพยาบาล. 2553; 25(4): 5-9.
3. Boyd BL. Attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control as predictors of sexual practices in African-american woman. [Ph.D. Dissertation in Psychology]. Washington, D.C.: Howard University ; 2008.
4. อมรรัตน์ ทองผา. การพัฒนาโปรแกรมการสอนเพศศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต

- สาขาวิชาการวิจัยการศึกษา]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
5. เจษฎา สุระแสง และคณะ. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์; 2551.
 6. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาวัยรุ่น.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2556; 36(2): 46-56.
 7. คลังพลอย เอื้อวิทยาศุภกร, อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2554; 17(2): 15-26.
 8. สุพัตรา พรหมเรนทร์. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. [ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
 9. Hackbarth HJ. Media influence on young adults sexual attitudes and behaviors. [Master thesis in Arts]. Central Florida : University of Central Florida; 2006.
 10. พัชณี สมกำลัง และยุทธชัย ไชยสิทธิ์. ผลการสอนเพศศึกษาที่เน้นมิติจิตวิญญาณต่อความรู้และเจตคติเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2556; 36(1) : 102-116.
 11. ระวีวรรณ กัณวี. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและด้านจิตลักษณะที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร. [ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการสาธารณสุข]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.
 12. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม. แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; ม.ป.ป.].
 13. วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือการวิจัย. มหาสารคาม : คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2546.
 14. จิราภรณ์ รัตนพิทักษ์. ศึกษาความรู้และทัศนคติต่อเรื่องเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสังกัดกรมสามัญศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพมหานคร: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย; 2546.
 15. วีรดี พงษ์ทิพย์พัฒน์และคณะ. เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 โรงเรียนบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี; 2550.
 16. อำพล อินกล้า. เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียนบางละมุง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชลบุรี เขต 3.[วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการศึกษ]. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
 17. ภรภาดา อรุณรัตน์. กลวิธีในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงตามประสบการณ์ของวัยรุ่นชาย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*

วริษา กันบัวลา**

นิภาวรรณ สามารถกิจ***

ภาวนา กิริติยวงศ์****

บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถือเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยที่ประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลาการมารับการรักษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ($\bar{X} = 5.62$, $SD = 1.22$) มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับปานกลาง ($Mean\% = 56.60$) มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 99.63 นาที ($SD = 116.12$) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 60 นาที ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .24$) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.38$) และความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.26$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ บ่งชี้ว่าบุคลากรที่มีสุขภาพควรมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และสมาชิกในครอบครัว โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

คำสำคัญ : ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา, เพศ, การสนับสนุนทางสังคม, ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**พยาบาลวิชาชีพ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



FACTORS RELATED TO DECISION TIME FOR SEEKING TREATMENT IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION*

Warisa Kanbuala**

Niphawa Samartkit***

Pawana Keeratiyutawong***

Abstract

This descriptive correlational research study aimed to analyze the relationships among gender, perceived social support, knowledge of myocardial infarction and decision time for seeking treatment in patients with myocardial infarction. The sample consisted of 80 patients with myocardial infarction who were admitted to the medical department of Chonburi hospital during February and May, 2014. Data were collected by a demographic questionnaire and a decision time to seek treatment questionnaire. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) gave a reliability coefficient of 0.93 and the knowledge about myocardial infarction questionnaire adherence had a reliability coefficient of 0.78. Data were analyzed using descriptive statistic, Point biserial Correlation and Pearson's product moment correlation.

The results of the study showed that the sample had a high level of perceived social support ($\bar{X} = 5.63$, $SD = 1.22$) and moderate level of knowledge about myocardial infarction ($Mean\% = 56.60$). The sample had mean decision time for seeking treatment in patients with myocardial infarction of 99.63 minutes ($SD = 116.12$) from onset. There was a significantly positive relationship between gender and decision time for seeking treatment in patients with myocardial infarction, with correlation coefficients of 0.24 ($p < .05$). There was a significantly negative relationship between perceived social support and knowledge about myocardial infarction with decision time to seeking treatment in patients with myocardial infarction, with correlation coefficients of -0.38 , -0.26 ($p < 0.01$ and $p < 0.05$), respectively.

The study may be beneficial for nurse and health care teams to develop education program for patients, particularly those with heart disease risk – groups and families especially, by focusing on the causes of myocardial infarction, symptoms and management of symptoms of myocardial infarction, which would result in their appropriate decision time for seeking treatment.

Keywords : Decision time for seeking treatment, Gender, Perceived social support, Knowledge of myocardial infarction, Patients with myocardial infarction

* Master Thesis Master of Nursing Science Program in Adult nursing, Faculty of Nursing Burapha University.

**Registered nurse, Master of Nursing Science Program in Adult nursing, Faculty of Nursing Burapha University.

*** Assistant Professor, Ph.D, Faculty of Nursing Burapha University.



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบตันอย่างเฉียบพลันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานเกิน 20 นาทีจะทำให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ นำไปสู่ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มากที่สุด¹⁻³ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น จากการศึกษาของเกรียงไกร เฮงรัศมี⁴ พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีโอกาสเสียชีวิตภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการถึงร้อยละ 63 และร้อยละ 45 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล

จากสถานการณ์ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระบบสาธารณสุขทั่วโลกจึงพัฒนาเทคโนโลยีในการรักษาโดยการเปิดทางเดินของหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจกลับมาเป็นปกติตามเดิม ซึ่งมีวิธีที่นิยม 2 วิธี คือ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention [PCI])¹⁻² ถึงแม้ว่าการรักษาทั้ง 2 วิธีนี้จะมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ตาม แต่ประสิทธิภาพการรักษานั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษา ซึ่งประสิทธิภาพสูงสุดของการรักษามีระยะเวลาเพียง 60 นาทีแรกหลังเกิดอาการเท่านั้น หลังจากนั้นประสิทธิภาพการรักษาก็จะลดลงตามระยะเวลา¹ American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/ AHA)⁵ จึงได้กำหนดค่ามาตรฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา

ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงสำหรับประเทศไทยได้มีการกำหนดเป้าหมายของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553 -2555 ให้มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาไม่ควรเกิน 3 ชั่วโมง⁶

โดยระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมี 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา ระยะเวลาการเดินทาง และระยะเวลาการได้รับการรักษาในโรงพยาบาล⁷⁻⁸ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service [EMS]) และระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Fast track myocardial infarction [Fast tract MI]) เพื่อลดระยะเวลาการเดินทางมารับการรักษาและระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังคงมีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาล่าช้าอยู่ โดยผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้านั้น พบว่า ร้อยละ 60 เกิดจากความล่าช้าของระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยเอง⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยถึง 95.24 นาที และ 90.88 นาที ตามลำดับ¹⁰⁻¹¹ ถึงแม้ว่า ACC/AHA จะได้กำหนดว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาไม่ควรเกิน 5 นาที แล้วก็ตาม จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงล่าช้ากว่าค่ามาตรฐานอยู่มาก

จากแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเอง เมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยของ Leventhal และคณะ¹² ได้กล่าวไว้เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่คุกคามจากความเจ็บป่วย บุคคลจะมีสามัญสำนึก (Commonsense) ในการกำกับตนเองและปรับตัวตอบสนอง

ต่อความเจ็บป่วย โดยบุคคลจะประมวลข้อมูลจากตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) และตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล (Outer stimuli) แล้วผสมผสาน ข้อมูลดังกล่าวเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representation) ใช้ข้อมูลจากการรับรู้ความเจ็บป่วยในการควบคุมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และเกิดเป็นพฤติกรรม ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล ตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล และการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งการตัดสินใจมารับการรักษาเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการอย่างหนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศหญิงจะมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ได้บ่งบอกถึงภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างชัดเจน แต่จะแสดงอาการอื่นๆ เช่น หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและอ่อนเพลีย เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเพศหญิงมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย¹³⁻¹⁵ แต่จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระยะเวลาการตัดสินใจ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา¹¹ การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยเพศ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคลมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา

ถึงแม้ว่าการตัดสินใจมารับการรักษานั้นเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง แต่หากผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจในอาการ บุคคลรอบข้างจะมีส่วนสำคัญในการร่วมพิจารณาอาการและร่วมตัดสินใจมารับการรักษาการรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างได้ ส่งผลให้เมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผู้

ป่วยจะกล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างและตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคลจากการศึกษาของสุวีธนา เบาะเปลี่ยน¹¹ พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.44$) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงอาจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 70 มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษามากกว่า 2 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการด้วยวิธีที่เข้าใจว่าจะช่วยบรรเทาอาการได้ เช่น การสวดมนต์ภาวนาขอให้อาการที่เกิดขึ้นนั้นหายไป การใช้ยารับประทานหรือยานวดเพื่อบรรเทาอาการ และการหาวิธีการผ่อนคลาย¹⁶ จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้ด้านอาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการอย่างถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้า โดย Tullmann และคณะ¹⁷ กล่าวว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ต้องเป็นความรู้ ความเข้าใจที่ครอบคลุมทั้งด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วย อธิบายว่าการที่บุคคลมีความรู้จะส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยนั้น ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น



อย่างดี น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจในการนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ยังมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นไม่เกิดประโยชน์สูงสุด เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจนอาจเสียชีวิตในที่สุด หากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

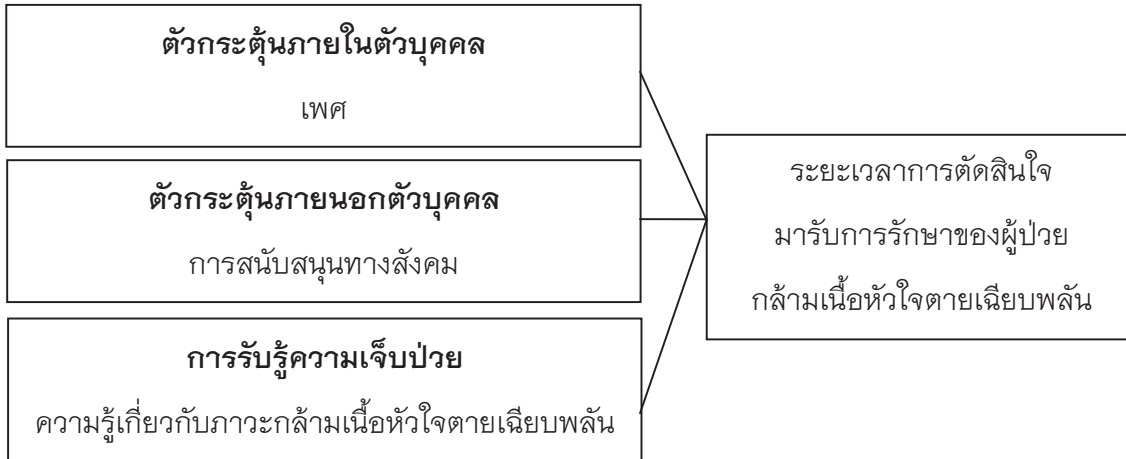
3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเอง เมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยของ Leventhal และคณะ¹² ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่เครียดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย บุคคลจะมีสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยโดยไม่มีการหยุดนิ่ง บุคคลจะมีพฤติกรรมการกำกับตนเองหรือมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยอย่างไรขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representation) ซึ่งการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมี 2 ด้าน คือ การรับรู้ด้านความคิด (Cognitive illness representation) และการรับรู้ด้านอารมณ์ (Emotional illness representation) โดยการรับรู้ทั้ง 2 ด้านนี้ มีผลมาจากการประมวลข้อมูลจากตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นต้น และตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล (Outer stimuli) เช่น บุคคลรอบข้าง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น โดยบุคคลจะนำข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ตนเองมีอยู่มาประมวล ให้ความหมาย และเป็น การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงเกิดเป็นพฤติกรรมหรือวิธีการกำกับการดูแลตนเอง โดยการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยจะตัดสินใจมารับการ

รักษาที่รวดเร็วหรือช้านั้น ขึ้นอยู่กับตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล ตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล และการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ เพศเป็นตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล และความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

หัวใจตายเฉียบพลันเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST Elevated Myocardial Infarction (STEMI) และ Non - ST Elevated Myocardial Infarction (NSTEMI) ที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ของโรงพยาบาลชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และ NSTEMI ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) คือ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สีกตัวดีมีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ ได้

รับการพิจารณาจากแพทย์ว่ามีอาการคงที่ โดยมีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรืออาการอื่นๆ ที่แสดงถึงการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2557¹⁵

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis)¹⁹ โดยกำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed Test) กำหนดขนาดอิทธิพล .30 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .80 ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20



เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย หรือมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 80 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา เป็นต้น

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย สถานที่เกิดอาการ บุคคลที่อยู่ด้วย ขณะเกิดอาการ บุคคลที่ร่วมตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

2. แบบบันทึกระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจว่าต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล มีหน่วยวัดเป็นนาที

3. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Zimet และคณะ²⁰ ในปี ค.ศ 1988 และผ่านการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลและแปลย้อนกลับโดยทินกร วงศ์ปการันย์ และ ณัทชัย วงศ์ปการันย์²¹ ใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านครอบครัว ด้านเพื่อนและด้านบุคคลพิเศษ ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert

scale) 7 อันดับ ค่าคะแนนที่นำมาวิเคราะห์อยู่ระหว่าง 1-7 คะแนน การแปลความหมายของระดับคะแนน คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.0-2.5 คะแนน หมายถึง การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.6-5.5 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 5.6-7.0 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง .93 และนำแบบสอบถามชุดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ได้ค่าความเที่ยง .92

4. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้วัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ ข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบคำถามถูกต้องได้ = 1 คะแนน ตอบคำถามผิดได้ = 0 คะแนน และตอบว่าไม่ทราบได้ = 0 คะแนน นำคะแนนโดยรวมและคะแนนรายด้านมาคิดเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ จะได้ค่าเฉลี่ยร้อยละเพื่อนำมาวิเคราะห์²² ดังนี้ ค่าเฉลี่ยร้อยละน้อยกว่า 50 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยร้อยละอยู่ระหว่าง 50-69 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยร้อยละอยู่ระหว่าง 70-79 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับดี และค่าเฉลี่ยร้อยละอยู่ระหว่าง 80-100 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับดีมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 1 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการของ Kuder - Richardson (KR - 20) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ

หัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง .78 และ นำแบบทดสอบชุดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ได้ค่าความเที่ยง .79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 06-11-2556 และผ่านการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในแต่ละวัน จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่บันทึกในเวชระเบียน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและให้ตอบแบบสอบถาม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวชระเบียน

ของกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาด้วยสถิติพรรณนา ในส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาใช้สถิติ Point-biserial Correlation และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาใช้สถิติ Pearson's Product-Moment Correlation

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 58.74 ปี ($SD = 12.64$) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.8 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.8 มีบุตรเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 51.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดอาการเจ็บหน้าอกขณะอยู่ที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 80 บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการเป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 62.5 ตัดสินใจมารับการรักษาด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจว่าควรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 45 บุคคลที่นำส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 77.5 ชนิดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นครั้งนี้เป็นชนิด STEMI คิดเป็นร้อยละ 56.3



2. กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.62$, $SD = 1.22$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 6.37$, $SD = 3.51$) รองลงมา คือ ด้านบุคคลพิเศษ ($\bar{X} = 5.35$, $SD = 6.57$) และด้านเพื่อน ($\bar{X} = 5.14$, $SD = 6.74$) ตามลำดับ

3. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean\% = 56.60$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างความรู้ด้านสาเหตุสูงที่สุด ($Mean\% = 58.46$) รองลงมา คือ ด้านอาการ ($Mean\% = 56.48$) และด้านการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ ($Mean\% = 54.83$) ตามลำดับ

4. กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 99.62 นาที (1 ชั่วโมง 39 นาที) ($SD = 116.12$, $Median = 60$) ระยะเวลาการตัดสินใจเร็วที่สุดเท่ากับ 6 นาที และระยะเวลาการตัดสินใจนานที่สุดเท่ากับ 540 นาที (9 ชั่วโมง) และยังพบว่า

ผู้ป่วยเพศหญิงมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 142.29 นาที (2 ชั่วโมง 22 นาที) ($SD = 189.96$) ขณะที่เพศชายมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 81.34 นาที (1 ชั่วโมง 21 นาที) ($SD = 79.65$)

5. ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .24$, $p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.26$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.38$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($n = 80$)

ตัวแปร	ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา
1. เพศ	$r_{pb} = .24^*$
2. การสนับสนุนทางสังคม	$r = -.38^{**}$
3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	$r = -.26^*$

* $p < .05$, ** $p < .01$

r = Pearson's Product Moment Correlation

r_{pb} = Point-biserial Correlation (กำหนดให้ เพศชาย = 0 และเพศหญิง = 1)

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.62, SD = 1.23$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ และสามารถขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อน และบุคคลพิเศษได้เป็นอย่างดี เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวมากที่สุด ($\bar{X} = 6.37, SD = 3.51$) ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของวัฒนธรรมไทยสมาชิกในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน และดูแลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพของบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวีณา เบาะเปลี่ยน¹¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ผลการศึกษาดังนี้ยังพบว่า บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวถึงร้อยละ 62.5 สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 45 และผู้ที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นสมาชิกในครอบครัวถึงร้อยละ 77.5 จะเห็นได้ว่า บุคคลในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการร่วมตัดสินใจมารับการรักษาและการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ซึ่งหากบุคคลในครอบครัวสามารถช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วย ทีมสุขภาพจึงควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมประเมินอาการและอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และร่วมตัดสินใจในการมารับการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean\% = 56.50$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ในอดีตเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากร้อยละ 78.8 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งยังไม่เคยประสบกับเหตุการณ์วิกฤตฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และด้วยเหตุที่ทำให้ข้อมูลและการสอนเกี่ยวกับโรคในระบบสุขภาพจะมีการให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว ดังนั้นความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้และเข้าใจก่อนเกิดอาการในครั้งนี้ จึงมาจากสื่อประชาสัมพันธ์ และการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมนอกจากนี้ ร้อยละ 78.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาจึงอาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ว่าการมีความเครียดในระดับสูง การดื่มกาแฟ และ/หรือ เครื่องดื่มชูกำลังในปริมาณมากเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดอาการอยู่ในระดับต่ำ คือ การอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศหนาวมาก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเข้าใจผิดว่า การออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน หรือเดินเร็ว และการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิด



อาการ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานเกิน 20 นาที จะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งนี้เนื่องมาจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์ จะเน้นการนำเสนอว่าภาวะเครียดและการดื่มกาแฟทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก แต่ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา

ส่วนความรู้ด้านอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจงในระดับดีมาก ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกกดทับบีบรัด หรือ แน่นหน้าอกรู้สึกเหมือนมีอะไรหนักๆ มาทับที่หน้าอก ส่วนอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจงและอาการอื่นๆ ที่พบร่วม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลางถึงดีมาก โดยจะมีความรู้ในระดับดีถึงดีมากในส่วนของอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับทรวงอก เช่น อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ส่วนอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการปวดร้าวไปที่หลัง แขน ไหล่ และอาการจุกแน่นลิ้นปี่ เป็นต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการอื่นๆ ที่พบร่วมในระดับต่ำ ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ บ้านหมุน หน้ามืด เป็นลมหมดสติ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากการให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่จะมีการอธิบายเพียงอาการเจ็บแน่นหน้าอกตรงกลาง ซึ่งเป็นอาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับต่ำเกี่ยวกับอาการอื่นๆ ที่พบร่วม

ส่วนการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกแต่ไม่ควรขับรถไป โรงพยาบาล

เอง และหาวิธีไปโรงพยาบาลทันทีเมื่ออาการไม่ทุเลาใน 5 นาที ส่วนการจัดการเบื้องต้นเกี่ยวกับการบรรเทาอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าต้องหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันทีและพักนิ่งๆ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ นอกจากนี้ ในกรณีที่อยู่กับสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่อยู่ในระดับดีมากเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างว่าต้องให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้เคียงโทรศัพทเรียกรถพยาบาลมารับ หรือนำส่งไปยังโรงพยาบาลทันที แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าเมื่อเกิดอาการ ต้องปรึกษาและเล่าอาการให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้เคียงหรือบุคลากรทางการแพทย์ฟังหลายๆ คน แล้วจึงหาข้อสรุปว่าจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และโทรศัพท์บอกญาติและเพื่อนๆ แล้วรอให้เขากลับมาพาไปโรงพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ อุ่นเต๊ะ^๑ และสุวีณา เบาะเปลี่ยน^{๑๑} ที่พบว่า มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 4.3 และร้อยละ 4.5 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการเพื่อบรรเทาอาการ โดยเข้าใจว่าเมื่อเกิดอาการ ควรพัก สวดมนต์ และ/หรือ ทำสมาธิหรือให้อาการนั้นทุเลา ดมยาตาม และ/หรือ ให้ญาติบีบนวดด้วยยาหม่องบริเวณที่ปวดร้าว ทั้งนี้เนื่องมาจากการประชาสัมพันธ์ หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น ส่วนใหญ่การประชาสัมพันธ์ยังคงเน้นว่าต้องไปโรงพยาบาลทันที แต่ไม่ได้ระบุถึงระยะเวลาที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยควรตัดสินใจมารับการรักษาภายในระยะเวลาเท่าไรหลังเกิดอาการ นอกจากนี้ไม่

ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเพื่อบรรเทาอาการและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 99.62 นาที (1 ชั่วโมง 39 นาที) ($SD = 116.12$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 95.24 นาที และ 90.88 นาที ตามลำดับ¹⁰⁻¹¹ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังคงมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษานั้นล่าช้าอยู่มาก แม้ว่า American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA)⁵ จะได้กำหนดค่ามาตรฐานของระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาไม่ควรเกิน 5 นาที

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .24$) โดยพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 142.29 นาที (2 ชั่วโมง 22 นาที) ($SD = 189.96$) ขณะที่เพศชายมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 81.34 นาที (1 ชั่วโมง 21 นาที) ($SD = 79.65$) หมายความว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษานานกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศหญิงมีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย¹⁴⁻¹⁵ เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Leventhal และคณะ¹² ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับการประมวลผลจากตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งก็คือ เพศ สำหรับสังคมไทยเพศหญิงจะถูกอบรมสั่งสอนให้มีความอดทน

เกรงใจ และแสดงบทบาทของเพศหญิงผ่านบทบาทในครอบครัวด้วยการเป็นแม่ ภรรยา บุตรสาว ลูกสะใภ้ เป็นต้น โดยบทบาทที่แสดงออกมาจะสะท้อนให้เห็นถึงการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว และปฏิบัติบทบาทให้ทุกคนในครอบครัวอยู่ดีมีสุข²³ สอดคล้องกับการศึกษาของสุเพียร โภคทิพย์และศิริพร จิรวัดมณีกุล²⁴ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยเพศหญิงมีระยะเวลาการมารับการรักษาช้า เนื่องมาจากยังคงให้ความสำคัญกับบทบาทในครอบครัวเป็นหลัก ส่งผลให้ละเลยต่อการแสวงหาการรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ดังนั้น เมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยเพศหญิงจึงตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบว่า อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของเพศหญิงมีความแตกต่างกับเพศชาย^{13,25} Chen และคณะ²⁵ ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีอาการและอาการแสดงที่หลากหลาย เช่น หายใจเร็ววื้น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหลัง ปวดคอ ปวดกราม เหนื่อยล้า ในขณะที่อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเพศชายจะเป็นอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงร่วมกับเหงื่อออก ส่งผลให้ผู้ป่วยเพศหญิงเกิดความไม่แน่ใจในอาการ ทำให้มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่ล่าช้า ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรตระหนักถึงความแตกต่างของอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา และบทบาทหน้าที่ทางสังคมของเพศหญิงและเพศชาย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ



ตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.38$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ และสามารถขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษอย่างเพียงพอ จะใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วกว่าผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสามารถอธิบายด้วยแนวคิดของ Leventhal และคณะ¹² ที่กล่าวว่าบุคคลจะประมวลข้อมูลจากตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคลซึ่งคือ การสนับสนุนทางสังคมในการกำกับตนเองและปรับตัวตอบสนองต่อความเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ว่าจะสามารถเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากบุคคลรอบข้าง จะส่งผลให้ผู้ป่วนั้นกล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์และแสวงหาการรักษาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุวีณา เบาะเปลี่ยน¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบขนาดปานกลางกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.44$)

ผลการศึกษา ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.26$) หมายความว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น

อย่างดี มีโอกาสที่จะมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วกว่าขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal และคณะ¹² ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามกับชีวิตอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยจะตัดสินใจมารับการรักษาช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมามีในอดีตของผู้ป่วยนั่นเอง ซึ่งยืนยันด้วยการศึกษาของอุดมรัตน์ ชโลธร²⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า ค่าเฉลี่ยการเรียนรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mckinley และคณะ²⁷ ที่ทำการศึกษาโดยให้ความรู้และคำปรึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งยังสอดคล้องกับ Tullmann และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ครอบคลุมทั้งด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ จะส่งผลให้ผู้ป่วนั้นมีพฤติกรรมการตอบสนองโดยการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วหลังเกิดอาการ จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการ หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างดีครอบคลุมทั้งด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษานั้นมีแนวโน้มที่จะสั้นลง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาล หรือบุคลากรที่มีสุขภาพควรพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เฉพาะเจาะจงและอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเพศหญิง เพื่อให้ผู้ป่วยเพศหญิงสามารถประเมินและรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะส่งผลให้สามารถตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันเวลาที่

2. พยาบาล หรือบุคลากรที่มีสุขภาพควรพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสมาชิกในครอบครัว โดยครอบคลุมเนื้อหาด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ รวมทั้งระยะเวลาที่เหมาะสมในการตัดสินใจมารับการรักษา และสร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ในการเรียกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินขณะเกิดภาวะฉุกเฉินของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสมาชิกในครอบครัว สามารถตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันเวลาที่

3. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย ในการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ครอบคลุมทั้งด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการแก่ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่ง

เสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และเรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ. ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2554.
2. อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. Coronary artery disease: The new frontiers. เชียงใหม่: ทริค ดิงค์; 2553.
3. Hoffman JW Jr, Gilbert TB, Poston RS, Silldorff EP. Myocardial reperfusion injury: Etiology, mechanisms, and therapies. J Extra Corpor Technol. 2004; 36(4):391-411.
4. เกரியงไกร เสงร์คีมี. สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevation ในประเทศไทย. ใน: เกரியงไกร เสงร์คีมี, กนกพร แจ่มสมบุญ, บรรณาธิการ. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2555. หน้า 1-3.
5. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). Circulation. 2004 3; 110(5):588-636.



6. พัชรภรณ์ ชุ่มเตชะ, บรรณาธิการ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน; 2554.
7. Lesneski L. Factors influencing treatment delay for patients with acute myocardial infarction. *Appl Nurs Res.* 2010; 23(4):185-90.
8. Riegel B, McKinley S, Moser DK, Meischke H, Doering L, Dracup K. Psychometric evaluation of the Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index. *Res Nurs Health.* 2007; 30(6): 584-94.
9. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009; 8(1): 26-33.
10. นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, คณินิจ พงศ์ถาวรภมม, วรณิ สัตยวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2552; 28: 49-57.
11. สุวีณา เบาะเปลี่ยน. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุสิทธิการรักษาพยาบาล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2554.
12. Leventhal H, Brissette I, & Levanthal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, & Leventhal H, editors. *The self-regulation of health and illness behavior.* London: Routledge; 2003. p. 42-65.
13. Shin JY, Martin R, Suls J. Meta-analytic evaluation of gender differences and symptom measurement strategies in acute coronary syndromes. *Heart Lung.* 2010; 39(4):283-95.
14. Kaur R, Lopez V, Thompson DR. Factors influencing Hong Kong Chinese patients' decision-making in seeking early treatment for acute myocardial infarction. *Res Nurs Health.* 2006; 29(6): 636-46.
15. Walsh JC, Lynch M, Murphy AW, Daly K. Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: an evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour. *J Psychosom Res.* 2004; 56(1): 67-73.
16. Fukuoka Y, Dracup K, Rankin SH, Froelicher ES, Kobayashi F, Hirayama H, et al. Prehospital delay and independent/interdependent construal of self among Japanese patients with acute myocardial infarction. *Soc Sci Med.* 2005; 60(9): 2025-34.
17. Tullmann DF, Haugh KH, Dracup KA, Bourguignon C. A randomized controlled trial to reduce delay in older adults seeking help for symptoms of acute myocardial infarction. *Res Nurs Health.* 2007; 30(5): 485-97.

18. อรุณ จิรวัดมณีกุล. ชุดความรู้สติติ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550.
19. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.
20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, & Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988; 52: 30-41.
21. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised version of the Thai Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). *Span J Psychol.* 2012; 15(3):1503-9.
22. บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลการวิจัย. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์; 2549.
23. ศิริพร จิรวัดมณีกุล, นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ, ประณีต ส่งวัฒนา, วรณี เตียววิศเรศ, วรณี พองแก้วและสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. วิชาชีพการพยาบาล: ความหมายเชิงเพศภาวะ. *วารสารสหภาพการพยาบาล.* 2554; 26(2): 26-41.
24. สุเพียร โภคทิพย์, ศิริพร จิรวัดมณีกุล. การรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสานบริบทจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2555; 35: 43-52.
25. Chen W, Woods SL, Puntillo KA. Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: a review of the research. *Heart Lung.* 2005; 34(4): 240-7.
26. อุดมรัตน์ ชโลธร, ทิพมาส ชินวงศ์, วิภา แซ่เซี่ย, บรรณานิการ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. *บทความวิจัยเสนอในการประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4;* 10 พฤษภาคม 2556; มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่.
27. McKinley S, Dracup K, Moser DK, Riegel B, Doering LV, Meischke H, et al. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46(8):1037-46.



อยู่ก็สบาย ไปก็สงบ : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน

จรรยาศรี มีหนองหว้า* พรรณทิพา แก้วมาตย์**

สอาด มุ่งสิน* เยาวเรศ ประกายานนท์*

อุดมวรรณ วันศรี* ญาณี แสงสาย*และคณะ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจและอธิบาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ระยะเวลาในพื้นที่ 2 ปี ตั้งแต่เดือน เมษายน 2553 ถึง พฤษภาคม 2555 ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย และผู้ป่วยอัมพาต จำนวน 10 คน ผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต 10 คน เลือกเจาะจงตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลที่ตำบลแห่งหนึ่งใน อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี เก็บข้อมูลจากการ สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ เนื้อหา

ข้อค้นพบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของชุมชน เป็นแบบที่ภาษาอีสานเรียกว่า “เบิ่งแยง” มีความหมายถึงการ “อยู่ก็สบาย ไปก็สงบ” เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นแบบแผน 4 ลักษณะ เริ่มจากการออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลในชุมชน เรียกว่า ตุ่มโฮม หมายถึง ญาติและคนในชุมชนมีการบอกกล่าวและชักชวนกันมาร่วมให้กำลังใจ ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัวมีความสำคัญต่อชุมชน ระยะต่อมาเป็นการปฏิบัติของรักษาของตน เป็นระยะที่ผู้ป่วยกราบไหว้ บูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ในขณะที่ครอบครัวและชุมชนหันหน้าเข้าหากันเพื่อปรึกษาหาทางเลือกการดูแลทางจิตใจ และจิตวิญญาณควบคู่ไปกับการดูแลความไม่สุขสบายทางกาย มุ่งการทำคามดีงาม และลดความบาตหมาง ในครอบครัว เมื่ออาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยและญาติต่างยอมรับว่าหมดหนทางรักษาแล้ว เป็นระยะ ของการชอมใจ สะท้อนการเตรียมการตายและหมดห่วง คนในชุมชนยิ่งมีความเอาใจใส่ มีการหมนเวียน เยี่ยมเยียนถามไถ่ เมื่อใกล้ถึงระยะสุดท้ายเป็นการตายงาม ซึ่งกระบวนการทั้ง 3 ระยะนี้ ครอบครัวและ ชุมชนในบริบทอีสานมักร่วมกันตัดสินใจ และทำตามประเพณีวัฒนธรรม แต่ไม่สามารถจัดการด้านอาการไม่ สุขสบายและทุกข์ทรมานได้ทั้งหมด เนื่องจากเงื่อนไขของการดูแล ได้แก่ ศักยภาพการจัดการโดยครอบครัว และแนวทางการดูแลของชุมชน รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ แนวทางและมาตรฐานการดูแล และคุณภาพ ของการดูแล ผลการวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้บุคลากรสุขภาพมีมุมมองใหม่ในการเข้าใจครอบครัวอีสานอย่างลึกซึ้ง และเห็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัว การพยาบาลจึงควรออกแบบการดูแลที่มีความละเอียด อ่อนทางวัฒนธรรม

คำสำคัญ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง สังคมวัฒนธรรมอีสาน

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

**ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์



“Yoo koh sabuy–Pai koh sa–ngob”: The Palliative Care for End–of–Life Patients in Northeast Socio–culture

Jaroonsree Meenongwah*, Punthipa Kaewmart**,
Saard Moongsin*, Udomwan wansree*,
Yaowaret Prapasanon*, Petcharat Erbboon*, et.al.

Abstract

The majority of chronic patients in northeast Thailand (Isaan) spends their end of life at home, but little is known about how those patients live their lives in the community. The purpose of this ethnographic study was to describe the palliative care for end–of–life patients in a sub–district area of Thailand between April 2010 and May 2012. Ten patients with chronic diseases, including cancer, end stage renal failure, and paralysis, participated in the study. Ten caregivers, 3 folk wisdom and ritual practitioners, 15 villagers, 13 health volunteers and 2 health workers in primary care units were general informants. In–depth interviews, group discussions, observations and field notes were used to collect data. Data were analyzed by using content analysis.

The findings show that Isaan (northeastern) families continually take care of end–of–life family members by using the theme of “Yoo koh sabuy–Pai koh sa–ngob (comfort live and peaceful death)”. Four patterns of cultural care were found. Firstly, “Tum home (collecting relative)” is a period when patients return home from the hospital. Their families, relatives, friends, and neighbors would come to bless them. Next, they would go to the stage of “Kan pa tee but kub kong rak sa (practice the presence of holy spirit)” when they were looking for any better physical and spiritual care. The patients and families would compromise and try to reduce conflicts among themselves. The next stage was “Som jai (monitoring)”. This was the time when all parties accepted the truth that the patients were dying. The final stage was “Tai Ngam” (peaceful death) whereby the patient passes away with serenity. Community members would visit and support the patients and families.

This study provides health care professionals new lenses to look deeper into northeast families’ socio–cultural aspects to see how they take care of end–of–life patients. Nursing care plans should be created with cultural sensitivity.

Keywords : End–of life–patients, Palliative care, Northeast socio–culture

*Instructor, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Thailand

**Director, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Thailand



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และสามารถชะลอความตายหรือยืดชีวิตของผู้ป่วย แต่การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้น สิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึงคือ การมีชีวิตที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน หรือหากจำเป็นต้องพบกับความทุกข์ทรมานก็ขอให้เป็นเวลาสั้นที่สุด ตลอดจนจนสามารถคงความมีคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีของมนุษย์ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal stage หรือ End of life patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลุกลามจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆอีกต่อไป นอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจวบจนเสียชีวิต ซึ่งการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายนั้น ไม่เพียงแต่กระทบต่อบุคคลโดยตรง แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมด้วย วิธีการบำบัดอาการบางอย่างกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมักทำให้เจ็บปวดทุกข์ทรมานมากขึ้น หรือเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไปอยู่ที่บ้านนั้น ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคและกระบวนการรักษาทำให้ต้องเสียเวลาและสิ้นเปลืองเงินทอง ต้องมาตรวจรักษา รวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ และการจัดการกับภารกิจการงานในหน้าที่รับผิดชอบ บางกิจกรรมอาจดำเนินการได้ด้วยตนเอง บางกิจกรรมจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระและคุณค่าของตนเองลดลง¹ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีคำถามมากมายที่ต้องการคำตอบหรือแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจว่า จะยอมจำนนต่อชีวิตหรือจะต่อสู้ต่อไป บางส่วนยังมีความคาดหวังว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีความก้าวหน้าสูงคงจะช่วยให้การรักษาของตนประสบความสำเร็จด้วยดี และกลัวที่จะรับรู้ว่าการรักษานั้นล้มเหลว หรืออย่างน้อยที่สุดก็หวังว่าจะมีชีวิตอยู่อีกสักกระยะหนึ่งเพื่อที่จะบอกกล่าวคนอื่นได้² ผู้ป่วยและญาติส่วนหนึ่งเห็นพ้องตรงกันเมื่อการรักษาดำเนินไปได้ระยะหนึ่งแล้วอาการ

ผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือการงานอาชีพของญาติผู้ดูแล มีความประสงค์จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลหรือรักษาทางเลือกต่อที่บ้าน จึงเกิดการดูแลแบบประคับประคองไปถึงระยะสุดท้ายขึ้น ซึ่งในสังคมวัฒนธรรมอีสานนั้นความเป็นเครือญาติยังคงดำรงอยู่ดังนั้นมีผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านหรือในชุมชน มักเกี่ยวข้องกับคนอีกหลายฝ่ายรวมทั้งบุคลากรสุขภาพ ฉะนั้นการเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับมิติทางสังคม จึงไม่ใช่เพียงระดับบุคคล แต่ต้องเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนและสถานบริการสุขภาพ³ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจและเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบนพื้นฐานความเข้าใจชีวิตมนุษย์ภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้รับบริการใช้ชีวิตอยู่

การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic study) ครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาความเป็นอยู่ ระบบคิดความเชื่อและแบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ซึ่งเป็นแบบแผนด้านความคิดและการปฏิบัติ (Cultural patterns) ตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา⁴ ซึ่งพยาบาลและบุคลากรสุขภาพจะสามารถนำเป็นความรู้เพื่อวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยและชุมชนได้อย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

นักวิจัยได้ใช้ชีวิตใกล้ชิดกับคนในชุมชนเป็นเสมือนสมาชิกคนหนึ่ง เผชิญเหตุการณ์ที่ก้ำกึ่งและพูดคุยเป็น

เวลานานไม่น้อยกว่า 6 เดือน⁴ ลักษณะของการวิจัยนี้เป็นการเน้นความเป็นองค์รวมและให้ความสำคัญกับบริบท การวิเคราะห์และพรรณนาเน้นปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมเป็นหลัก โดยศึกษาในตำบลแห่งหนึ่งใน อ.วารินชำราบ จ. อุบลราชธานี ซึ่งอยู่ห่างจากตัวเมือง ประมาณ 24 กิโลเมตร ระหว่างเดือนเมษายน 2553 ถึงพฤษภาคม 2555

แหล่งข้อมูล

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยในชุมชนที่ได้รับบริการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค โดยผ่านการแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 3 คน มะเร็งตับ 3 คน ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมทอนซิล 1 คน ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย 2 คน และผู้ป่วยอัมพาต 1 คน รวมจำนวน 10 คน

2. ผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 10 คน ประชาชนในหมู่บ้าน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน 13 คน ปราชญ์ชาวบ้าน และผู้นำพิธีกรรม 3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ศึกษา (รพ.สต.) จำนวน 2 คน รวมจำนวน 43 คน

3. แหล่งข้อมูลที่เป็นเอกสาร ได้แก่ ประวัติหมู่บ้าน แพ้มประวัติครอบครัว และข้อมูลรายงานเอกสารของหน่วยงาน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ โรคมะเร็ง ไตวายระยะสุดท้าย และอัมพาต จำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน

2. การสนทนากลุ่ม จำนวน 5 กลุ่ม ดังนี้ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประชาชนในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ปราชญ์ชาวบ้านและผู้นำพิธีกรรม แกนนำและผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มๆละ 8-10 คน

3. การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม วิถีชีวิต การใช้ชีวิตประจำวัน พฤติกรรมต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลในระหว่างสนทนาตามธรรมชาติ และพิธีกรรม

ต่างๆ ของชุมชน

เครื่องมือและการเก็บข้อมูล

1. แนวคำถามเริ่มต้นสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง

ถามในประเด็นสุขภาพของผู้ป่วย ความเป็นอยู่การใช้ชีวิต บทบาทของผู้ดูแลและคนในชุมชน ที่ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต การช่วยเหลือของญาติพี่น้องและคนในชุมชน และความต้องการการรักษารูปแบบปัจจุบัน แผนไทย หรือวิธีการรักษาต่างๆ เป็นต้น

2. แนวคำถามเริ่มต้นสนทนากลุ่มสำหรับผู้นำทางพิธีกรรมและผู้นำอื่นๆในชุมชน ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข

ถามเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่วยเหลือ การสังเกตด้านสุขภาพจิตและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย การแสวงหาวิธีการรักษาทางเลือก การให้ความหมายเกี่ยวกับความตาย และพิธีกรรมต่างๆ ที่ช่วยด้านจิตวิญญาณ

3. แนวทางการสังเกตบริบทพื้นที่ พิธีกรรมและการประเพณีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือทุกฉบับได้นำไปให้ตัวแทนผู้ป่วย คนในชุมชนที่เกี่ยวข้องได้อ่านและทำความเข้าใจเกี่ยวกับคำถาม เพื่อให้ได้ตามบริบทอีสาน และได้แนวทางที่ผู้วิจัยต้องการข้อมูล

การเตรียมตัวของคณะนักวิจัย โดยมีนักวิจัยหลักที่ผ่านการเรียนและทำงานวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว 2 คน มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับนักวิจัยที่ยังไม่เคยทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นเวลา 2 วัน จากนั้นฝึกเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษาเป็นเวลา 2 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษา ทั้งนี้ได้มีการฝึกการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งการสังเคราะห์ข้อมูลภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการ



สนทนากลุ่มในแต่ละครั้ง มีการถอดเทปบันทึกเสียง ชนิดคำต่อคำ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้วิธีของโคไลซี (Colaizi, 1978)⁵

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยได้จากการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล และด้านผู้วิจัย ที่มิวิจัยทุกคนใช้ภาษาท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีการปรึกษาหารือและตรวจสอบซึ่งกันและกันตลอดการดำเนินการวิจัย ทั้งยังเก็บข้อมูลและสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลนานในสถานการณ์ต่างกัน

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี โดยในการเก็บข้อมูลได้มีการแจ้งความเป็นมาของการวิจัยวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย การขออนุญาตเก็บข้อมูล การเก็บรักษาความลับของข้อมูล การทำลายเอกสาร การเผยแพร่ การขอถอนตัวออกจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลได้เมื่อต้องการ และการคืนข้อมูลชุมชน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในสังคมวัฒนธรรมอีสาน สามารถใช้คำที่แสดงเอกลักษณ์ของการดูแลว่าหมายถึงการ “เบี่ยงเบน” ที่ครอบคลุมลักษณะการดูแลและเป็นระยะต่อเนื่องเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 แบบแผน ได้แก่ การตุ้มโฮม การปฏิบัติกับของรักษา การชอมใจ และการตายงาม

การตุ้มโฮม

การ “ตุ้มโฮม” หมายถึงการที่ญาติและคนในชุมชนมีการบอกกล่าวและชักชวนกันมาร่วมให้กำลังใจกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อชุมชน เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาลเพื่อมารักษาตัวที่บ้าน ซึ่ง

เป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลตนเองในชุมชน การตุ้มโฮมนี้เกิดขึ้นเองจากความสมัครใจของเพื่อนบ้านโดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยและญาติบอกกล่าว จากนั้นจะมีการพูดคุยกันระหว่างญาติกับเพื่อนบ้านถึงการเรียกขานผู้ป่วย โดยจะมีการจัดทำพานบายศรี (แต่งพานขวัญ) โดยจะมีหมอปราหมณ์เป็นผู้นำสวดเรียกขวัญ ส่วนผู้ร่วมพิธีจะมีการผูกแขนให้กับผู้ป่วยพร้อมกับกล่าวคำอวยพรให้หายป่วยโดยเร็ว การทำพิธีเรียกขวัญไม่ได้บังคับกระทำกับทุกคน แต่จะเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ ในกรณีการเจ็บป่วยที่รุนแรงที่มีการเข้าพักรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลครั้งแรกนั้น จะมีการเรียกขวัญโดยคนชุมชนมีส่วนร่วมจำนวนมาก ซึ่งเป็นลักษณะของชุมชนชาวอีสานที่ยึดโยงกันด้วยระบบเครือญาติ การทำกิจกรรมใดๆ ทางประเพณีและศาสนานั้นคนในชุมชนมักจะมีส่วนร่วมกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเพณี ดังที่ผู้ป่วยหญิงสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้กล่าวว่า

“พอเรารู้ว่าคนบ้านไหนที่ไปนอนโรงพยาบาล จะออกมาแล้ว ไม่ว่าจะหายป่วยหรือกลับมารอบบ้าน พวกผู้เฒ่าและไทยบ้านจะพากันเตรียมฝ้ายผูกข้อมือมาเรียกขวัญให้กำลังใจ...มันก็ได้ทั้งคนไข้แล้วก็ญาติ”

การที่เครือญาติให้ความสนใจและใส่ใจมาถามไถ่ และผูกข้อมือให้กับผู้ป่วย และบางครั้งยังผูกข้อมือให้ญาติผู้ดูแล สะท้อนให้เห็นถึงการที่ผู้ป่วยและญาติได้รับการยอมรับในฐานะสมาชิกของชุมชน และโอกาสข้างหน้าที่จะมีการช่วยเหลือกันเป็นการแลกเปลี่ยน ดังที่ผู้ป่วยวัย 72 ปี รายหนึ่งกล่าวว่า

“ถ้าเพื่อนมาเยี่ยมเฮา ๆ กระจู๊สิดี เปีนไม่ทิ้งไม่หาย เปีนกะนับถือเฮา คือผู้ใหญ่ในบ้าน เฮากะมีกำลังใจ” เช่นเดียวกับญาติที่กล่าวว่า

“ดีใจที่มีคนมาช่วยดูแล ถ้าไม่มีคนมาเยอะก็สงสัยว่าเราไปทำอะไร ถึงไม่ค่อยมีคนมา” และคนใน “ฮาเพื่อนฮาโต (ที่ใครที่เรา หมายถึง ถ้าเราต้องการความช่วยเหลือจะได้มีคนมาช่วย)

แม้ว่าในระยะต่อมาหากมีการเข้าและออกจากโรงพยาบาลอีก การเรียกขวัญก็ยังคงกระทำอยู่เกือบ

ทุกครั้ง แต่จะมีความเรียบง่ายโดยใช้การผูกข้อมือ และมักจะมีเพียงสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน ใกล้เคียงเท่านั้น

การปฏิบัติกับของรักษา

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของคนในบ้าน ต้องมีการปฏิบัติกับของรักษา โดยสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชน ได้ปรึกษาหาทางเลือกเพื่อดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณควบคู่ไปกับการดูแลความไม่สุขสบายทางกาย มีการประกอบพิธีกรรมเพิ่มจากการเรียกขวัญ ซึ่งเป็นไปตามความเชื่อของแต่ละบุคคลหรือที่เรียกว่า “ของรักษา” ซึ่งหมายถึง เทวดาที่รักษาผู้ที่นับถือเทวดานั้นๆ และมีพิธีกรรมที่เฉพาะกับของรักษาของตนเอง โดยมีการเก็บดอกไม้สีขาว จำพวกดอกพุทธรักษาที่เป็นขันห้าบูชาที่หัวเตียงเสมอไม่เคยขาดทุกวันพระ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนล้วนแล้วแต่มีของรักษาไว้เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยมีพิธีกรรมที่เฉพาะกับของรักษาหลายพิธีกรรม จำแนกตามผู้นำการประกอบพิธีกรรม ดังนี้

1. พิธีกรรมที่นำโดยพระภิกษุ ซึ่งมีการปฏิบัติพิธีกรรม ได้แก่ พิธีทำบุญเลี้ยงพระ พิธีต่อชะตา พิธีตอกหลักปี และพิธีชกอนิจจา
2. พิธีกรรมที่นำโดยหมอธรรม พิธีกรรมที่ปฏิบัติคือ การบริกรรมคาถา
3. พิธีกรรมที่นำโดยหมอพรหมณ์ พิธีกรรมที่ปฏิบัติคือการสูตรขวัญ (สูขวัญ) ซึ่งมี 3 ลักษณะคือ
 - 3.1 สูตรขวัญแล่น เป็นการสูขวัญที่ต้องการให้เห็นผลตัวอย่างรวดเร็ว (แล่น แปลว่า รวด หมายถึง เร็ว)
 - 3.2 สูตรขวัญหลวง เป็นการสูขวัญสำหรับผู้ป่วยที่มีการดูดวงว่าชะตาขาด หรือธาดุลัม
 - 3.3 สูตรขวัญธรรมดา เป็นการสูขวัญใช้สำหรับผู้ที่ย่ำแย่แล้ว เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ
4. พิธีกรรมที่นำโดยหมอให้หมอแถม ซึ่งเป็นคนที่สามารถเชื่อมต่อวิญญาณของผีที่ดี ซึ่งชาวบ้านเชื่อว่าหากนับถือและปฏิบัติตามความเชื่อนี้จะช่วยให้หายจากการเจ็บป่วย โดยหมอให้เป็นผู้หญิง ส่วนหมอแถมเป็นผู้ชายที่เป็นตัวแทนติดต่อกับวิญญาณ และทำ

หน้าที่ปฏิบัติตามพิธีกรรม โดยการจัดเครื่องเช่นไหว้ ในรูปแบบกะต๋าน้อย (ตะกร้าน้อย) และช้านกะหย่อง (ชั้นวางเครื่องเช่นไหว้) และพิธีการรำผีให้ผีแถม ทั้งนี้ ผู้ที่จะเป็นหมอให้หรือหมอแถมจะต้องเป็นทายาทที่มีคุณลักษณะตามความเชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้บอกถึงความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับให้แถมว่า

“ตัวเองนะ แต่ก่อนป่วยบ่อย ญาติบอกว่า คงอยากได้ของรักษา พอทำพิธีก็หาย เรียกพิธีลงช่วง ใช้สีแดงเป็นหลัก พ่อนทั้งวัน ช่วงเดือนหก ป่วยมากกินนอน พ่อน ยกตัวอย่างเช่น แม่ย่าแล้วว่า มีคนมางอยเหยียบหัว(ยืนเหยียบศีรษะ) แม่ย่าก็เลยรับมา ตอนนั้นแม่ย่าป่วยจนจะเอาข้าวมาแจก คิดว่าแกคงตาย เอาผีให้มา บัว(รักษา) รับเอาของเพิ่น ขึ้นของรักษา หายมาจนถึงบัดนี้”

5. พิธีกรรมที่นำโดยหมอดู พิธีกรรมที่ปฏิบัติคือการดูหมอลีงทาย กรณีตายส่วยที่พูดถึงการดูหมอลีงทายว่าตนเองยังไม่ตายในช่วงนี้ เพราะรอดตายจากการเจ็บป่วยหลายครั้ง หลังจากดูหมอลีงแล้วมีการทำพิธีเพื่อต่อชะตาตามคำแนะนำของหมอดู ซึ่งเป็นไปตามของรักษาของผู้ป่วย

“ลูกหลานบอกว่าระวังนั่งมอไซค์...ไอ้อยอยากอายุคนวัย นั่งรถซูก อายุเพราะมันรอดหลายเทื่อแล้ว มันเบาะถึงคราว เขาว่า 80 กว่าเมิดแล้ว(จะตายตอนอายุ 80 ปี) ตอนนี้ 74 เิ่นว่าตายนั้นย่อนท้อง(สาเหตุเกี่ยวกับอวัยวะภายในช่องท้อง)...เฮากะรู้แล้วกะไปเฮ็ดพิธีต่ออายุท่อนั้น”

6. พิธีกรรมที่นำโดยผู้เฒ่าผู้แก่ พิธีกรรมที่ปฏิบัติ คือ การขอสมมา (ขอขมา) การผูกแขนการช้อนขวัญ ซึ่งเป็นพิธีการรักษาความเจ็บป่วยทางใจของชาวอีสาน อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ สวิง ใช้ในการช้อนขวัญหมากพลู บุหรี่ ข้าวเหนียวหนึ่งปั้น จะนำไปให้ผี ไช้ไ้ที่ตัมสูกหนึ่งฟอง ฝ่ายใช้สำหรับผูกแขน ของหวานและดอกไม้ โดยพบว่า บางครั้งไม่มีการใช้สวิง แต่เป็นการจัดพิธีภายในบ้าน โดยนำเอาหมากพลู ไช้ ข้าว ใส่ลงไปในมือผู้ป่วย เอาฝ่ายผูกแขนผู้ป่วย ให้ผู้อาวุโสที่สุดผูก



แขนให้ก่อน จากนั้นเรียงตามอาวุโส โดยอวยพรให้ผู้ป่วย หายป่วยและประสบแต่สิ่งดีๆ

7. พิธีกรรมที่ดำเนินการโดยตัวผู้ป่วยเอง พิธีกรรมที่ปฏิบัติ โดยปฏิบัติตัวให้อยู่ในศีลธรรม และการปฏิบัติตามความเชื่อ “ของรักษา” และ/ศาสนา

ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มุ่งการทำความดีซึ่งกันและกัน ลดความบาดหมางที่เคยมีต่อกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจและ สุขใจที่ได้เห็นคนในครอบครัวมีความรักความสามัคคีกัน พฤติกรรมของคนในชุมชนที่สะท้อนการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย คือการเข้าร่วมพิธีกรรมที่ผู้ป่วย หรือญาติได้จัดทำขึ้น โดยไม่ได้แบ่งแยกว่าผู้ที่มาร่วม พิธีกรรมจะนับถือของรักษาเหมือนหรือแตกต่างจากผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยแสวงหาวิธีการอื่นๆ ที่ช่วยลด ความทุกข์และความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระยะ นี้จึงเป็นเหมือนช่วงที่ “อยู่ก็สบาย...” ตามมุมมองของคนในชุมชน กรณีศึกษาอายุ 74 ปี นั้น บอกว่านับถือศีล และปฏิบัติธรรม ขณะเดียวกันยังมีการทำตามพิธีความ เชื่อแบบพราหมณ์ที่ต้องมีญาติพี่น้องมารวมกันทำพิธี บายศรี ลูกสาวของยาย ซึ่งกล่าวว่า

“เพื่อนกะอยากจะไปวัด ไปทำบุญ คุยกับพระ กับ เพื่อน ส่วนที่ทำเสริมก็คือ เพื่อนว่าที่ไหนดี ก็พายายไป เพื่อนจะได้สบายใจ ไม่ปวด ไม่ร้อน ก่อนหน้านี้ก็ทำพิธี ผูกข้อมือ”

ในขณะที่ยายอีกรายหนึ่งได้พูดถึงการอยู่สบาย ภายใต้อาณัติตนเองที่เดินไม่ได้ มีถุงระบายอุจจาระ แปะหน้าท้อง มีลูกสะใภ้ดูแลเป็นหลักว่า

“กินแอมมักกะข้าวเหนียวจกหน้อย นอนหลับ บ่อกังวลหยั่ง แบบนี้ละสบาย...มันกะพออยู่หมายความว่า กานินได้ นอนหลับ นี่แหละพออยู่”

แต่กรณีผู้ป่วยมะเร็งตับวัย 43 ปี มีภาวะท้อง มาน ต้องเจาะน้ำในช่องท้องทุก 2 สัปดาห์ และมีภาวะ หูตึงร่วมด้วย อาศัยอยู่กับสามีและลูกสาวซึ่งเป็นผู้ดูแล หลัก ได้พูดถึงคำ “อยู่สบาย”ว่า คือ การกินได้ และ ทำงานได้

“กินได้แแนกะดี บ่อยากอึดอัด ท้องมันใหญ่ ละ

กะอยากเฮ็ดงานเฮ็ดการ...ก่อนหน้านี้เดือนนึง ท้องยุบ นิดนึง เหมือนจะดีขึ้นกะลงเฮ็ดสวน...พอได้เงินใช้ บ่อ ต้องอาศัยเพื่อนผู้เดียว”

ส่วนผู้ป่วยมะเร็งไตค้างวัย 68 ปี ได้รับการ ตัดกรามข้างซ้ายไปแล้ว 1 ปี รักษาด้วยการฉายแสง แล้ว ยังมีอาการเหนื่อยเพลียหลังทำกิจกรรมแต่ยัง สามารถทำงานรับจ้างได้บ้าง ปัจจุบันไปติดตามผลที่ โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคอีสาน บอกถึงการอยู่สบายว่า ต้องทำงานได้ ไม่เอาเปรียบคน อื่น และครอบครัวมีความสุข

“ลูกชายวัยรุ่นก็ทำงานเป็นยาม แต่ก็ไม่ค่อยได้ เงิน พ่อเอง(ผู้ป่วย)ต้องทำงานรับจ้างบางครั้งก็ตัดไม้ บางครั้งก็ไปขนปูนก่อสร้าง ได้ค่าแรงวันละ 250 บาท วันไหนเหนื่อยก็บอกเพื่อนที่ทำงานด้วยกันว่าเหนื่อย เพื่อนก็เข้าใจ เขาก็ให้นั่งพัก พ่อเกรงใจเขามาก แต่ว่า เราก็ต้องทำงาน เพราะต้องเลี้ยงหลานน้อยอีก 2 คน ลูกชายอีกคนหนึ่งเอามาฝากไว้ ถ้าถามว่าแบบไหนที่ พอใจในชีวิต ก็คือมีงานทำ มีเงินเลี้ยงดูคนในครอบครัว ส่วนการเจ็บป่วยก็ธรรมดา เหลือแต่มันเหนื่อยง่าย... เจ็บปวดมัย ก็ธรรมดา พอได้...”

การขอมใจ

เมื่อมีความชัดเจนว่าผู้ป่วยอาการเลวลงจนผู้ป่วย และญาติต่างขอมรับว่าหมดหนทางรักษา ญาติจะ ขอมใจ หรือ ดูใจ หมายถึงเผ้าดูวาระสุดท้ายที่ใกล้ เข้ามาพร้อมทั้งปรนนิบัติกับผู้ป่วยเป็นอย่างดีทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สะท้อนถึงความรัก และต้องการเห็นการจากไปอย่างสงบ ดังที่ญาติที่มี ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายพูดถึงสิ่งที่ตนเองและ ครอบครัวได้ทำก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไป ว่า

“พวกเฮากะขอขมา ขออโหสิ ถามว่าเจ้าเป็น ห่วงอี่หยั่ง ให้ไปอย่างสงบบ่ต้องห่วงลูกหลาน เมื่อบอกล่ำลามหมดห่วงแล้วก็หมดลม”

“เฮากะเพียร (พยายาม หรือทำบ่อยๆ) เบียงแยง รอบเบียงเพิน เพินอยากได้อี่หยั่ง ก็ทำด้วย”

“พอเพื่อนอาการบ่ค่อยดี ก็บอกกันญาติพี่น้อง

ก็มา คนแถวนี้ก็มาถามบ้าง ให้กำลังใจกันบ้างทั้งคนใช้ ทั้งญาติ มารวมตัวกันจอบแบ่ง (เผ่าดู) เพื่อนจะไปยามใด เราก็จะได้ส่งเพื่อน บอกทางเพื่อน”

การตายงาม

ขยายรายละเอียดพูดถึงการตายอย่างสงบว่า ตายงาม ซึ่งมีความหมายว่า การจากไปนั้นต้องไม่ ทรมานทรมาย การได้มีโอกาสอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับคน ที่ตนเองรัก และได้นึกถึงสิ่งที่เคารพนับถือก่อนจากไป “ขยายว่ามันต้องตายงาม กะคือ ก่อนไปใจมันสงบ ได้ คิดชดอรรถระวะ ได้เห็นหน้าลูกหลาน อยากอุ้มอยากเห็น ว่าเขามีความสุขกันแล้ว มาส่งเฮา เฮาหมดห่วง” “ไป สงบละมันดี ไปงามๆ กะคือบ่ออยากให้ลูกเต้ายาก ต้องมาดูแล ขอไปอย่างบ่อมีกรรม ถ้าเรามีกรรมก็ไม่ ได้ไปง่าย คำว่าไปง่ายๆ กับไปงามๆ อันเดียวกัน ไป แบบลูกหลานไม่ยุ่งยาก ถ้าถึงเวลาไปหมดกรรมก็ต้อง ไปแปลว่าหมดห่วง”

หลานสาวของยายรายหนึ่งกล่าวถึงการไปง่าย และไปงามว่า “ถ้าเพื่อนไป ก็อยากให้เป็นแบบงามๆ ไม่ เจ็บไม่ปวด ไม่ทรมาน ไม่ต้องพุงลูกนั่ง ทำให้ทุกอย่าง เหมือนเด็ก หมายถึงคนไข้หัดติดหมอนนอนติดสาด (นอนติดเตียง) ไปไม่เป็น (ไปไหนไม่ได้) คิดเหมือนเพื่อน (คนไข้)”

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมวัฒนธรรม อีสานเป็นเรื่องของครอบครัวและชุมชน นับตั้งแต่ผู้ป่วย อยู่ในโรงพยาบาล และการทราบข่าวการเจ็บป่วย จน กระทั่งผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน ครอบครัวและชุมชนยัง มีส่วนร่วมในการดูแลทุกระยะของการมีชีวิตที่เหลือ อยู่ มีการเตรียมพิธีกรรมและการปฏิบัติตามความเชื่อ ของผู้ป่วยเป็นลำดับแรก จากนั้นญาติและคนในชุมชน จะแสวงหาทางเลือกอื่นๆ ที่ชุมชนลงความเห็นว่า จะ สามารถช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ไปจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

อภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในสังคมวัฒนธรรมอีสานนั้น มีการปฏิบัติตามพื้นฐาน

ทางสังคมวัฒนธรรมที่วิถีชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมักจะยึดถือตามความเชื่อที่มีมาช้านาน แม้ว่าปัจจุบันจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง แต่การประพฤติปฏิบัติในชีวิตและความ เป็นอยู่ด้านสุขภาพไม่อาจทิ้งวัฒนธรรมดั้งเดิม การ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในสังคม วัฒนธรรมอีสานจะมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็น 4 แบบแผน ดังนี้

การตุ้มโสม เน้นให้เห็นถึงวัฒนธรรมของชาว อีสาน ที่มีการรวมกลุ่ม ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน รากศัพท์ภาษาอีสาน คำว่า ตุ้มโสม นั้นแปลว่า รวม พลัง หรือรวมกลุ่มโดยไม่แบ่งพรรคแบ่งพวก รวม กลุ่มสังสรรค์หรือกิจการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ตุ้ม โสมเกี่ยวข้าว หรือ ลงแขกเกี่ยวข้าว หรือแม้แต่การ เยี่ยมเยียนผู้ป่วย หรือจัดกิจกรรมในระดับครอบครัว และชุมชน⁶⁻⁸ หรืออีกนัยหนึ่งเป็นการเชิญให้มาอยู่ ร่วมกันเพื่อจะได้ช่วยดูแลคุ้มครองให้มีความปลอดภัย เช่น มีคนเจ็บคนไข้ให้มาตุ้มมาโสม ผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ รวมทั้งเพื่อนบ้านในละแวกใกล้เคียงจะจัดพาขวัญมา ตุ้มมาโสมกัน เพื่อให้มีกำลังใจและให้รู้สึกว่าจะอยู่บ้านเรา มีความปลอดภัย อาจมีญาติพี่น้องมาทำพิธีกรรม ต่างๆ ได้แก่ ผูกผ้าซึ่งเปรียบเสมือนการผูกเอาขวัญไว้กับ เจ้าของขวัญนั้น ในที่นี้หมายถึงผู้ป่วย ให้ขวัญมาอยู่กับ ผู้ป่วย ให้สุขภาพแข็งแรง ซึ่งสะท้อนถึงความห่วงใย ได้ รับการยอมรับจากชุมชน การมีคุณค่าและศักดิ์ศรีใน ฐานะเป็นสมาชิกในชุมชน ตัวอย่างคำกล่าวผูกขวัญของ ชาวอีสาน ดังนี้

“โอมพระพุทโธ พระพุทธัง ลมพัดต้องใบไม้ หน่วงหนาวมาแล้ว ตกเมื่อยามเดือนหก ฝนตก ลง จัน ๆ ขวัญเจ้าลีไปอยู่ชั้นหลังคาเหือนไม้ป่องหล่อ ไผ เคนอลิมาปั้นถ้าให้ปลาปิ้งปอนไล่มือ พอมา สอดเดือน ห้าเมษายนต้นปีใหม่ ฝนตกฮ่าป่าไม้ ขวัญหล้าให้ตำวมา ขวัญแข่งให้มาอยู่แข่งสีลา ขวัญขาให้มาอยู่ขาลีล้อย ขวัญทองน้อยและสาวนม ขวัญคอกลมและคิ้วก่อง ขวัญสันหนองและ สาวแขน ขวัญเหม็ดโตนวลละใหม่ ให้มาอยู่ในเนื้อและสาวคิงสามี่อนี้วันนี ฝนตกเจ้าอย่า



ด่วนไป หน้า ฟ้าย้องเจ้าอาyaratด่วนไปไกล ให้เจ้ากลับมา
สามี่วันนี้เดี๋ยวนี มาสอดแล้วจุกใส่กระแจขวัญ นะ
ผูก โมมัด พุทนต์ ธาตุต ยะปิต สัพพะทุกขา สัพพะภา
ยา สัพพะโรคา วินาสสัน”⁷

การปฏิบัติกับของรักษา

การดูแลผู้ป่วยในระยะปฏิบัติตามของรักษา เพื่อให้ผู้ป่วย “อยู่สบาย” มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความเป็นอยู่ที่ไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งมีความหวังที่จะกินได้ นอนหลับได้ปกติ และสามารถคลี่คลายหรือจัดการปัญหาและภาวะที่ห่วงใยต่างๆได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ มานะสุรการ และคณะ⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธ ใ้ระบุดุคุณค่าที่สำคัญในการจะรับการรักษาต่อหรือยุติการรักษา คือ การมีความหวังร้อยละ 92.7 และปราศจากความทุกข์ทรมานร้อยละ 47.79 ทั้งนี้การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นกับความเชื่อของชาวอีสานที่ว่า การเจ็บป่วยนั้นเกิดจากสิ่งที่ไม่เป็นธรรมชาติและ/หรือสาเหตุจากกรรมชาติ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผสมผสานความเชื่อดั้งเดิมและความรู้ที่ได้รับจากอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงทางวิทยาการสมัยใหม่ การรักษาจึงเป็นการผสมผสานด้วยการสนับสนุนให้ใช้การรักษาตามวิธีการทางการแพทย์หรือการใช้สมุนไพร ควบคู่กับพิธีกรรมตามความเชื่อพื้นบ้าน ผู้ที่ให้การรักษาได้แก่ หมอพระและหมอพื้นบ้าน นอกจากนี้การทำบุญในวันพระและวันสำคัญตามประเพณี ยังคงพบเห็นได้ตามชุมชนต่างๆ เช่นประเพณีฮีตสิบสองคองสิบสี่ ที่คนในชุมชนเชื่อว่าเมื่อทำบุญแล้วจะช่วยให้ตนเองเกิดความสุข ทำให้สิ่งที่ไม่ดีนั้นหมดไป เป็นศุภณัฏฐมัจฉิใจ และเป็นการรวมกลุ่มญาติพี่น้องในช่วงเทศกาลงานบุญที่สำคัญบางเดือน ก็ทำให้เกิดความสุขใจได้เช่นเดียวกัน⁹ แม้ว่าในปัจจุบันจะได้รับอิทธิพลจากความเป็นเมือง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การปกครอง และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลรักษาแผนปัจจุบัน ซึ่งทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในชุมชน แต่ระบบคิดและความเชื่อบางส่วนยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง

การซอมใจ

มุมมองของผู้ป่วยในระยะนี้เป็นการเผชิญกับภาวะใกล้ตาย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึงความต้องการการดูแลช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ ต้องการเห็นบุคคลอันเป็นที่รักอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาเป็นภาพสุดท้ายก่อนจากไป และต้องการให้อโหสิกรรม ต้องการตายอย่างสงบ อาจเรียกในระยะนี้ว่า “การไปอย่างสงบ” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเตรียมการตายอย่างหมดหวัง หรือ “...ไปก็สงบ¹⁰ การเตรียมพร้อมกับความตายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข และพร้อมที่จะจากไปอย่างสงบ มีวิถีปฏิบัติหลายวิธี สอดคล้องกับ วาสิณี วิเศษฤทธิ์¹⁰ ที่ศึกษาทัศนะของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายและครอบครัว ได้แก่ ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างระมัดระวัง ค้นหาความสุขที่แท้จริง ละวางภารกิจก่อนตาย ตัดป้อเกิดแห่งความทุกข์ เร่งสร้างความดี และเตรียมใจพร้อมรับกับความตาย ในระยะนี้คนในชุมชนก็จะยิ่งเอาใจใส่มากขึ้นกว่าเดิม โดยการหมั่นเวียนมาเยี่ยมเยียนถามไถ่อยู่เสมอๆ ผู้ที่เคยมีความผิดข้องใจกับผู้ป่วยก็จะถือโอกาสนี้มาปรับความเข้าใจที่ดีต่อกันใหม่ นัยว่าเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้ายและไม่ให้เรื่องราวความขัดแย้งนั้นติดตัวผู้ป่วยไปจนถึงชาติหน้า

การตายงาม

ผู้ป่วยและคนในชุมชนต่างเห็นตรงกันว่า การละจากโลกนี้ไปอย่างสงบสุข ไม่เจ็บปวด ไม่ต้องทรมานทรมาน เป็นการตายงาม หรือ ตายดี รวมทั้งการได้มีโอกาสอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับคนที่ตนเองรัก อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่รักและคุ้นเคย และได้นึกถึงสิ่งที่เคารพนับถือก่อนจากไป เมื่อถึงเวลาที่จะต้องตายคนอีสานมักจะให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ชิดกับศาสนา และเชื่อว่าจิตสุดท้ายก่อนตายต้องเป็นกุศล คือสงบหรือกำหนดอยู่กับสิ่งที่ดีงาม¹¹ โดยให้ประนมมือพร้อมดอกไม้ธูปเทียนพร้อมกับสวดมนต์ไหว้พระ เพราะเชื่อว่าตายแล้วจะไปสู่สุคติ จะได้ไปไหว้พระเกศแก้วจุฬามณีเจดีย์บนสวรรค์ชั้นดาวดึงส์

ในขณะที่มุมมองของบุคลากรสุขภาพมองว่า

ความตายเป็นวิกฤต ที่ต้องประวิงเวลาให้มาถึงช้าที่สุด อะไรที่สามารถทำได้ต้องทำเพื่อให้มีลมหายใจยืนยาวนานที่สุด แม้จะยังความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยจนกระทั่งวินาทีสุดท้ายก็ตาม การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยแพทย์ไม่เข้าไปแทรกแซงเลยนั้นเป็นเรื่องที่แพทย์และญาติยอมรับได้ยาก การเยียวยารักษาจึงเน้นด้านร่างกาย ขณะที่การเยียวยาด้านจิตใจถูกมองข้ามไป และขาดการสนับสนุนการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ⁹ พระไพศาล วิสาโล¹⁰ กล่าวว่ากระบวนการยื้อชีวิตของผู้ป่วยเช่นนี้ ความตายถูกลดทอนให้เหลือแค่มิติทางกาย กล่าวคือดูที่ลมหายใจ การเต้นของหัวใจ หรือการทำงานของสมอง ทั้งๆ ที่ยังสามารถเป็น “โอกาส” ทางจิตวิญญาณ ถึงแม้ร่างกายจะเต็มไปด้วยทุกขเวทนา แต่ใจไม่จำเป็นต้องทุกข์ทรมานและอาจเข้าถึงความสงบอย่างลึกซึ้งได้ด้วยการดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 แบบแผนนี้ ครอบครัวและคนในชุมชนในบริบทอีสานมักร่วมกันตัดสินใจว่าควรจะทำอย่างไร โดยมีความเชื่อใน “การปฏิบัติกับของรักษา” ของผู้ป่วยเป็นแกนหลักในการพิจารณา มีประเพณีวัฒนธรรมของชุมชนเป็นปัจจัยพิจารณาประกอบและมักมีบุคคลที่ชุมชนให้ความเคารพนับถือเป็นผู้หลอมรวมความคิดจนตกผลึกและเลือกรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือหลายๆ รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน³ แต่ไม่ว่าจะเลือกแบบใดก็ไม่อาจจะไม่สามารถกำจัดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานได้ทั้งหมด เนื่องจากเงื่อนไขของการดูแล ทั้งด้านความรู้ความสามารถของผู้ดูแล ความสามารถในการจัดการของครอบครัวและแนวทางการดูแลของชุมชน รวมถึงปัจจัยด้านแบบแผนการให้ระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการที่ยังคงมีอยู่จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

การวิจัยครั้งนี้ได้ช่วยให้เข้าใจถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนความคิดเห็นและบทบาทของคนในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ความเชื่ออาทรต่อกันของคนในสังคมวัฒนธรรมอีสานที่ใช้ภาวะวิกฤติของชีวิตเชื่อมประสานความสัมพันธ์ ลดข้อขัดแย้งที่มี

ต่อกันและมุ่งทำความดีแก่กันก่อนที่จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ทุกคนต่างก็มีจุดหมายเดียวกันคือช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบสุขดังคำพูดที่ว่า “อยู่ก็สบาย ไปก็สงบ” นอกจากนี้ ในสังคมวัฒนธรรมอีสานยังดึงเอาจุดเด่นทางด้านพิธีกรรมที่ชุมชนยอมรับนับถือมาเป็นสื่อกลางในการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งนอกจาก จะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังจะเป็นการอนุรักษ์ประเพณีไว้ให้คงอยู่กับสังคมไทยอีสานอีกด้วย บุคลากรสุขภาพจึงควรปรับกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการ ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมของผู้ป่วยและชุมชนเพื่อคุณภาพที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติ¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองนี้มาประยุกต์ใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาลให้ตรงกับบริบทของสังคมวัฒนธรรมอีสาน
2. ด้านการศึกษาพยาบาล ผู้สอนสามารถนำข้อค้นพบนี้ ไปสอดแทรกในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อปลูกฝังให้นักศึกษาสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเป็นองค์รวม
3. ด้านวิจัยทางการพยาบาล จากข้อค้นพบที่ว่าผู้ให้ข้อมูลบางคนสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตและสามารถมีชีวิตได้ยาวนานขึ้น จึงควรมีการศึกษาต่อในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง และเป็นแบบแผน โดยในแต่ละแบบแผนยังคงมีความหวังอยู่ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ ที่นำไปสู่การพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับผู้ป่วยคนอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลอันมีคุณค่าครั้งนี้ ทั้งท่านที่มีชีวิตอยู่และล่วงลับไปแล้ว ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์



จ.อุบลราชธานี ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณชุมชนพื้นที่ศึกษาที่เป็นทั้งผู้ให้ข้อมูล และช่วยในการติดต่อประสานงานต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Lloyd-Williams M, Kennedy V, Sixsmith A, Sixsmith J. The end of life: A qualitative study of the perceptions of people over the age of 80 on issues surrounding death and dying. *Journal of pain and symptom management*. 2006; 43: 60-6.
2. ทศนีย์ ทองประทีป. พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being with the Dying). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
3. โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์. วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต: คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
4. ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครราชสีมา: หจก.อินดี้อาร์ต; 2555.
5. Speziale Streubert HJ, & Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 3rd ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
6. สำนักวัฒนธรรม. ฮีตสิบสอง คองสิบสี่ ฝ้ายศิลป์ วัฒนธรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น[อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2550]. เข้าถึงได้จาก <http://aca.kku.ac.th/heet12/main.html>.
7. บ้านมหาดอกทคอม. รวมคำศัพท์ภาษาอีสาน [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www.baanmaha.com/community/thread1372.html>.
8. พระไพศาล วิสาโล. มองชีวิตและสังคมผ่าน วัฒนธรรมความตาย [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www.budnet.org/peacefuldeath/node/155>.
9. Manasurakarn J, Chaowalit A, Sutharangsee W, Issaramalai S, & Geden E. Values underlying end of life decision of Thai Buddhist patients and their families. *Songkla Med J*. 2008; 26(6): 549-5
10. วาสนิณี วิเศษฤทธิ. ความหมายของความตาย : ทักษะของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายและครอบครัว. *Thai Journal of Nursing Research*. 2550; 7(3): 223-5.
11. Leininger, MM. Cultural care diversity and universality. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 3 ก.พ. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://nursingtheories.weebly.com/madeleine-m-leininger.html>.



คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

วิสัย คตะตา* ,พัชนี สมกำลัง*, นาฏนภา อารยะศิลป์พร*
พิกุลทอง โมคมูล** ,สมศรี วิริยะพันธ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม และศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Parasuraman's Theory ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 400 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ และเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันโดยการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการวิจัย พบว่า

1. ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากและมากที่สุดตามลำดับ (\bar{X} =4.25, S.D=.59 และ \bar{X} =4.54, S.D=.42) และมีค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = - 12.235$)
2. ผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษาและสิทธิการรักษาที่แตกต่างกันมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้ใช้บริการที่มีเพศและสถานภาพที่ต่างก็มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ, การรับรู้ของผู้ใช้บริการ, คุณภาพบริการ

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม.

** พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครพนม



Expectation and Perception of Service Quality of Clients in the Outpatient Department of Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom

Wisai Kata*, Patchanee Somkamlung*, Nadnapa Arayasinlapathon*
Pikunthong Makmoon**, Somsri Wiriyapun**

Abstract

The purposes of descriptive research were to examine and compare expectation and perception of service quality among clients in the outpatient department of Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom. The data were gathered from clients in the outpatient department of Nakhon Phanom Hospital with a total of 400 samples. Data collection used the Service Quality Expectation and Perception Questionnaire developed by the researcher based on Parasuraman's Theory. The research instruments were tested by the content validity and reliability using Cronbach's alpha coefficient with 0.94 in both the clients' expectation and clients' perception scale. The data were analyzed by paired t-test and one way ANOVA test. The major findings were that:

1. The expectation and perception of overall service quality were at high ($\bar{X} = 4.25$, S.D = .59) and highest level ($\bar{X} = 4.54$, S.D = .42), respectively
2. The expectation and perception of service quality differed significantly at the 0.05 level for both overall and in each aspect. In addition, there were two factors that differed significantly in clients' expectation, including level of education and health assurance ($p < 0.05$, $t = -12.235$).

Keyword : expectation, perception, service quality

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing , Nakhon Phanom , Nakhon Phanom University.

** Registered nurse, Nakhon Phanom Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ขนาด 345 เตียง มีผู้มาใช้บริการเป็นประจำชนในพื้นที่จังหวัดนครพนมและประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน เช่น สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จากสถิติของโรงพยาบาลนครพนมจำนวนผู้ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดปีงบประมาณ 2552-2554 มีจำนวน 568,935 คน เฉลี่ยปีละ 189,645 คน ซึ่งงานผู้ป่วยนอกนี้มีความสำคัญยิ่งเพราะถือเป็นบริการด่านหน้า และการจัดการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกนั้นต้องอาศัยการบริการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะทำให้การบริการเป็นไปอย่างมีคุณภาพ แต่กลับพบว่าในระหว่างปี พ.ศ.2552-2554 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกลดลงอย่างต่อเนื่อง และลดลงจนกระทั่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ คือมีระดับความพึงพอใจในปี 2552-2554 เท่ากับ 78.57 , 77.08 , 73.18 ตามลำดับ¹ จึงเป็นวาระเร่งด่วนของโรงพยาบาลที่จะต้องเร่งพัฒนาคุณภาพการบริการงานบริการผู้ป่วยนอก เพราะปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการในภาพรวมของโรงพยาบาล อาจนำมาซึ่งการขาดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจเรื่องความปลอดภัยในการมารับบริการของโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานบริการนั้นไม่มีตัวตน ไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้า ไม่มีความคงที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคล สถานที่ และระยะเวลาที่ใช้บริการ ผู้ใช้บริการ มีแบบแผนความคาดหวัง การรับรู้จริง และการประเมินคุณภาพแตกต่างกันกับผู้ให้บริการ คือ ผู้ให้บริการจะประเมินคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ผู้ใช้บริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพ จึงไม่สามารถรับรู้คุณภาพเชิงวิชาชีพได้ จึงประเมินคุณภาพบริการจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ² และคุณภาพบริการในความหมายของผู้ใช้บริการนั้นเกิดจากช่องว่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ในบริการที่ได้รับ ในช่องว่างที่ 5 จากทั้งหมด 5 ช่องว่าง ได้แก่ ช่องว่าง

ที่ 1 เป็นช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (consumer expectation) และการรับรู้ของผู้บริหาร (management perception) ช่องว่างที่ 2 เป็นช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหารเรื่องความต้องการและการกำหนดลักษณะของคุณภาพบริการ (service quality specification) ช่องว่างที่ 3 เป็นช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพบริการที่กำหนดไว้ และบริการที่ให้ (service delivery) ช่องว่างที่ 4 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ให้ และการสื่อสารภายนอกที่ผู้ใช้บริการทราบ (external communication) และช่องว่างที่ 5 เป็นช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้ใช้บริการรับรู้ (perceive service) และผู้ใช้บริการคาดหวัง (expected service) ตามแนวคิดของ Parasuraman และคณะ³ หมายถึงคุณภาพของบริการจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับขนาดและทิศทางของช่องว่างที่เกิดจากบริการที่ผู้ใช้บริการคาดหวังจะได้รับ ซึ่งเป็นผลมาจากคำบอกเล่าของบุคคลอื่น ความต้องการของตนเอง และประสบการณ์ในอดีต กับบริการที่ผู้ใช้บริการได้รับรู้ หากผู้ใช้บริการรับรู้ในบริการที่ได้รับตรงกับที่คาดหวังจะถือว่าบริการนั้นดี มีคุณภาพ ช่องว่างนี้จะมีน้อยหรือแทบไม่มีเลย ตรงกันข้ามถ้ามีความคาดหวังสูงและการรับรู้ในบริการที่ได้รับต่ำกว่าช่องว่างนี้จะกว้าง ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับนั่นเอง และยังพบอีกว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษาของผู้ใช้บริการมีผลต่อคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ⁴⁻⁵

เมื่อกลับมาวิเคราะห์งานบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนมแล้ว พบว่าลักษณะงานนั้นมีความหลากหลาย ประกอบด้วยกิจกรรมการบริการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านอาคารสถานที่ ให้เอื้ออำนวยต่อการให้บริการและต่อผู้ใช้บริการ การจัดการด้านวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการ การจัดการด้านการเตรียมบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการ การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร การ



มอบหมายงานในทีม การสร้างระบบประสานงานอย่างเหมาะสม การจัดระบบควบคุมงาน ซึ่งทั้งหมดล้วนส่งผลกระทบต่อการให้บริการทั้งสิ้น ดังนั้นหากต้องการพัฒนาคุณภาพบริการจำเป็นต้องทำอย่างยั่งยืนที่จะต้องประเมินอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการประเมินจากมุมมองของผู้ใช้บริการว่ามีความคาดหวังต่อบริการงานผู้ป่วยนอกอย่างไร และปัจจุบันระบบการให้บริการที่ผู้ใช้บริการได้รับนั้นเป็นอย่างไร และความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการนั้นแตกต่างกันหรือไม่ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องนี้ในโรงพยาบาลนครพนมมาก่อน ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพตามที่ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกต้องการและคาดหวัง ซึ่งนำการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการคาดหวัง และเป็นการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกอย่างเป็นระบบ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนมเป็นอย่างไร
2. คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนมเป็นอย่างไร
3. คุณภาพบริการตามความคาดหวังแตกต่างกับการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนมอย่างไร
4. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา มีผลต่อคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการอย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนมไม่แตกต่างกัน
2. คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา มีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม
- 2) เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม
- 3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณภาพบริการตามความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม
- 4) เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการตามแนวคิดของ Parasuraman และคณะ³ ที่กล่าวถึงคุณภาพบริการในความหมายของผู้ใช้บริการ อันเกิดจากช่องว่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ในบริการที่ได้รับในช่องว่างที่ 5 หมายถึงคุณภาพของบริการจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับขนาดและทิศทางของช่องว่างที่เกิดจากบริการที่ผู้ใช้บริการคาดหวังจะได้รับ ซึ่งเป็นผลมาจากคำบอกเล่าของบุคคลอื่น ความต้องการของตนเอง และประสบการณ์ในอดีต กับบริการที่ผู้ใช้บริการได้รับรู้ ซึ่งเป็นผลมา

จากการให้บริการ และการสื่อสารของผู้ให้บริการไปยังผู้ใช้บริการ หากผู้ใช้บริการรับรู้ในบริการที่ได้รับตรงกับที่คาดหวังจะถือว่าบริการนั้นมีคุณภาพ ช่องว่างนี้จะน้อยหรือแทบไม่มีเลย ตรงกันข้ามถ้ามีความคาดหวังสูงและการรับรู้ในบริการที่ได้รับต่ำกว่าช่องว่างนี้จะกว้าง ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ Parasuraman และคณะ⁵ ได้กำหนดปัจจัยคุณภาพไว้ 5 ด้าน คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการพยาบาล ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ในบริการ การให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ การให้บริการที่สร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ และการให้บริการที่เข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ใช้บริการ พบว่า สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพบริการได้ดีและตรงกับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการกำหนดคุณภาพบริการของ Parasuraman และคณะ⁵ ทั้ง 5 ด้าน รวมทั้งลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษาของผู้ใช้บริการซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ⁴⁻⁵

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ใช้บริการที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในปี 2554 จำนวน 189,645 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามทศณะของเครซี่และมอร์แกน อ้างในวรณี แกมเกตุ⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 คน ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยสุ่มจากผู้ใช้บริการที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 30 นาที ในวันและเวลาราชการ โดยเฉลี่ยวันละ 4-5 คน ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนาจากเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL⁷ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

(1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ แผนกที่มาใช้บริการ และสิทธิการรักษา (2) แบบสอบถามเรื่องคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ มี 5 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของการบริการ จำนวน 12 ข้อ ด้านที่ 2 ความน่าเชื่อถือและไว้วางใจในบริการ จำนวน 8 ข้อ ด้านที่ 3 การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ จำนวน 8 ข้อ ด้านที่ 4 การให้บริการที่สร้างความมั่นใจให้ผู้ใช้บริการ จำนวน 8 ข้อ และด้านที่ 5 การให้บริการที่เข้าใจและเห็นใจผู้ใช้บริการ จำนวน 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังและคะแนนการรับรู้ในคุณภาพบริการของผู้ใช้บริการเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุดเท่ากับ 4.50-5.00 มากเท่ากับ 3.50- 4.49 ปานกลางเท่ากับ 2.50- 3.49 น้อยเท่ากับ 1.50-2.49 น้อยที่สุดเท่ากับ 1.00-1.49

คุณภาพของเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการและการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริหารการพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิด้านปฏิบัติการพยาบาล และตรวจสอบความเที่ยง(Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับคืน 400 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โดยการหา



ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคุณภาพบริการตามความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โดยการทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

4. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา กับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ Scheffe

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58 เพศชาย ร้อยละ 42 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.25 และสถานภาพโสด ร้อยละ 23 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 50.5 ระดับอนุปริญญาขึ้นไป ร้อยละ 25.25 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.25 รับจ้าง ร้อยละ 19.75 แผนกที่มาใช้บริการมากที่สุดคืออายุรกรรม ร้อยละ 28.10 จักษุกรรม ร้อยละ 18.40 สิทธิในการรักษาบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 66.90 และเบิกได้ ร้อยละ 26.40

2. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม คุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.25$, S.D.= 0.59) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ในบริการ ($\bar{X} = 4.37$, S.D.= 0.61) การให้บริการที่เข้าใจและเห็นใจผู้ใช้บริการ ($\bar{X} = 4.36$, S.D.= 0.73) การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ($\bar{X} = 4.21$, S.D.= 0.73) การให้บริการที่สร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ ($\bar{X} = 4.16$, S.D.= 0.58) และเป็นรูปธรรมของ

การบริการ ($\bar{X} = 4.14$, S.D.= 0.73)

คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม คุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.42) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุด โดยเรียงลำดับด้านที่มีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในบริการ ($\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.37) ด้านการให้บริการที่เข้าใจและเห็นใจผู้ใช้บริการ ($\bar{X} = 4.65$, S.D.= 1.25) และด้านการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ($\bar{X} = 4.51$, S.D. = 0.48) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุด คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ($\bar{X} = 4.45$, S.D.= 0.42) และด้านการให้บริการที่สร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.40)

คุณภาพบริการตามความคาดหวังและคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ในบริการ และการให้บริการที่เข้าใจและเห็นใจผู้ใช้บริการ และผู้ใช้บริการมีความคาดหวังและรับรู้คุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและการให้บริการที่สร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นๆ ตามรายละเอียด ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพบริการตามความคาดหวังและคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จำแนกโดยรวมและรายด้าน (n = 400)

ด้าน	ประเด็นคุณภาพบริการ	ความคาดหวัง		ระดับความคาดหวัง	การรับรู้		ระดับการรับรู้
		\bar{x}	S.D.		\bar{x}	S.D.	
1.	ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือและไว้วางใจใน	4.14	.73	มาก	4.45	.42	มาก
					4.67	.37	มากที่สุด
2.	บริการ การให้บริการที่ตอบสนองความ	4.37	.61	มาก	4.51	.48	มากที่สุด
3.	ต้องการของผู้ใช้บริการ การให้บริการที่สร้างความมั่นใจแก่	4.21	.73	มาก	4.44	.40	มาก
4.	ผู้ให้บริการ การให้บริการที่เข้าใจและเห็นใจ	4.16	.58	มาก	4.65	.25	มากที่สุด
5.	ผู้ให้บริการ	4.36	.73	มาก			
คุณภาพบริการโดยรวม		4.25	.59	มาก	4.54	.42	มากที่สุด

3. เปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังของโรงพยาบาลนครพนม กับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ พบว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม กับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม (n=400)

คุณภาพบริการ	\bar{x}	S.D	t	P-value
คุณภาพบริการตามความคาดหวัง	4.25	.59	-12.235	.001*
คุณภาพบริการตามการรับรู้	4.54	.42		

4. คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่ต่างกัน ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา พบว่าผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษา และสิทธิการรักษาที่แตกต่างกันมีความคาดหวังในคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน ตามรายละเอียดตารางที่ 3



ตารางที่ 3 คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการกับข้อมูลส่วนบุคคล (n=400)

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งของความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-value
เพศ	ระหว่างกลุ่ม	.725	1	.725	2.098	.148
	ภายในกลุ่ม	137.152	397	.345		
สถานภาพ	ระหว่างกลุ่ม	.780	1	.780	2.263	.133
	ภายในกลุ่ม	137.202	398	.345		
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	16.500	1	16.500	54.098	.001*
	ภายในกลุ่ม	121.482	398	.305		
สิทธิการรักษา	ระหว่างกลุ่ม	29.831	3	9.944	36.410	.001*
	ภายในกลุ่ม	108.151	396	.273		

การอภิปรายผล

1. คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม คุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยที่มากไปหาน้อยตามลำดับคือความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ในบริการ การให้บริการที่เข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ให้บริการ การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ การให้บริการที่สร้างความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการ และความเป็นรูปธรรมของการบริการ อธิบายได้ว่าชีวิตและสุขภาพคือสิ่งที่บุคคลให้ความสำคัญมากที่สุด เมื่อบุคคลเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลย่อมคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ ถูกต้องตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย⁹ นอกจากนี้ยังเกิดจาก ความต้องการส่วนบุคคลและประสบการณ์ในอดีต รวมทั้งการสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการที่ทำให้ผู้ให้บริการมีความคาดหวังในระดับสูง⁹ คุณภาพบริการที่ผู้ให้บริการคาดหวัง คือความรวดเร็วในการให้บริการ รอ

ไม่นาน ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของนลิน มงคลศรี ที่ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา พบว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง¹⁰ และนิติวัติ จ्ञานสกุล ที่ศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิริโรจน์ จังหวัดภูเก็ต โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน¹¹

2. คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม พบว่าคุณภาพบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากที่สุดเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยตามลำดับคือ ความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ในบริการ การให้บริการที่เข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ให้บริการ และการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ที่เป็นเช่นนี้เพราะโรง

พยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ แสดงถึงการมีระบบการบริหารจัดการที่ดี มีการสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งในช่วงเดือนมีนาคมและกันยายนของทุกปี เพื่อนำผลจากการสำรวจมาพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจในบริการ มีการนำระบบพัฒนาคุณภาพมาใช้อย่างจริงจัง เพื่อเป็นการประกันคุณภาพสำหรับผู้ให้บริการ¹² โดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกที่กระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพและการรับรองคุณภาพ ซึ่งรับรองโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง¹³ เมื่อโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าคุณภาพบริการที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจในบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนคุณภาพบริการด้านการให้บริการที่เข้าใจและเห็นใจผู้ใช้บริการนั้น มาจากการที่บุคลากรทุกระดับของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนมได้รับการอบรมพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ เรื่อง การให้บริการด้วยความเสมอภาค มีความกระตือรือร้น เปิดโอกาสให้ซักถามและมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ใช้บริการภายใต้โครงการพัฒนาพฤติกรรมบริการ ซึ่งจะกำหนดเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาลและจัดอบรมให้กับบุคลากรทุกคน ปีละ 1 ครั้ง¹⁴ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรวิ อินทโชติ ที่พบว่า สิ่งที่ใช้บริการต้องการทราบมากที่สุด คือ การได้รับรู้ผลการตรวจวินิจฉัยโรค¹⁵ เนื่องจากผลการตรวจและวินิจฉัยโรคเป็นข้อมูลแรกที่ใช้เป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลในขั้นตอนต่อไป ดังนั้นการบริการที่เปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้ซักถามและมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการรักษา จึง เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการที่ดี

จึงทำให้คุณภาพบริการด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ส่วนด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและการให้บริการที่สร้างความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ พบว่าผู้ใช้บริการให้ความสำคัญน้อยกว่าด้านอื่น เพราะเมื่อมาใช้บริการแล้วได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีแพทย์ พยาบาลที่มีความชำนาญ พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง รวมทั้งชื่อเสียงของโรงพยาบาล ตลอดจนจรรยาบรรณบริการของผู้ให้บริการที่แสดงออกทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อถือและไว้วางใจในคุณภาพบริการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการมากกว่าความสะดวกสบายและปัจจัยด้านกายภาพ

3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนม พบว่า คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการในภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมาก ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ในคุณภาพบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ก่อนที่ผู้ใช้บริการจะเข้ารับบริการมีความคาดหวังในระบบบริการในระดับหนึ่ง แต่เมื่อได้รับบริการแล้วบริการที่ได้รับสามารถตอบสนองความต้องการสูงกว่าที่คาดหวังไว้ การเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ หากได้รับบริการตรงกับความคาดหวังหรือสูงกว่าก็ถือว่าบริการนั้นมีคุณภาพ¹⁶ แสดงว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก เป็นเพราะโรงพยาบาลนครพนมและผู้ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจหรือประทับใจ โดยโรงพยาบาลนครพนมได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2555 ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง มีการนำผลการสอบถาม



ความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการมาปรับปรุงแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ภาพรวมของคุณภาพบริการตามการรับรู้สูงกว่าที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นข้อค้นพบเดียวกันกับการศึกษาของหัตถยา แก้วกิม¹⁷ และโสภิตา ชันแก้ว¹⁸

4. คุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ลิขสิทธิ์รักษา พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษา และสิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังในคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสูงกว่าผู้ใช้บริการที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือต่ำกว่า เพราะการศึกษามีอิทธิพลต่อความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ ระดับการศึกษามีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้ สามารถเลือกบริการที่ตอบสนองความพึงพอใจของตนเองได้มากกว่า และยังมีประสบการณ์ในการใช้บริการมากกว่าจึงมีความคาดหวังในคุณภาพบริการสูงกว่าผู้ใช้บริการที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของยอดขวัญ เรื่องรัตน์ ที่พบว่าการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการ⁴ ส่วนผู้ใช้บริการที่มีสิทธิประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพและสิทธิเบิกได้มีความคาดหวังในคุณภาพบริการสูงกว่าผู้ใช้บริการที่ใช้สิทธิจ่ายเงินเอง เพราะผู้ที่มีสิทธิการรักษาประกันสังคม ประกันสุขภาพและสิทธิเบิกได้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกกว่าผู้ที่มีสิทธิจ่ายเงินเอง สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์กษะ บุญรอด ที่พบว่าสิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังของผู้ป่วย⁵ ส่วนเพศและสถานภาพสมรสมีความคาดหวังในคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยอดขวัญ เรื่องรัตน์ และพรณี วรานุกุลศักดิ์ ที่พบว่าเพศที่ต่างกันไม่มีผลต่อระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ^{4,19} และหัตถยา แก้วกิม และโสภิตา ชันแก้ว ที่พบว่าเพศ

สถานภาพ มีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน¹⁷⁻¹⁸

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่าผู้ใช้บริการคาดหวังคุณภาพบริการด้านความน่าเชื่อถือและไว้วางใจในบริการ การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ และการบริการที่เข้าใจเห็นใจผู้ใช้บริการ เช่น เปิดให้บริการตรงตามเวลาที่กำหนด ระยะเวลารอแต่ละจุดไม่เกินเวลาที่กำหนดเจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและบริการด้วยความเต็มใจ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ บริการด้วยความเอื้ออาทรและคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล เป็นต้น มากกว่าด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและการบริการที่สร้างความมั่นใจ ได้แก่ บริเวณที่ตั้งห้องบัตรหางาย มองเห็นชัดเจน มีเก้าอี้สำหรับนั่งขณะรอตรวจเพียงพอ มีห้องน้ำที่สะอาด สะดวกและเพียงพอ ห้องตรวจสะอาด มีเครื่องมือที่ทันสมัย เป็นต้น ดังนั้นโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพควรมุ่งประเด็นและให้เจ้าหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการที่เกิดจากตัวบุคลากรมากกว่าการพัฒนาด้านกายภาพหรือการประชาสัมพันธ์ ถึงแม้ด้านกายภาพจะจำเป็นและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับสถานบริการก็ตามแต่เมื่อสำรวจมุมมองของผู้ใช้บริการกลับคาดหวังและให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการที่มาจากบุคคลเป็นสำคัญ

2. ถึงแม้ว่าการบริการจะมีนโยบายด้านความเสมอภาค แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ใช้บริการที่มีการศึกษาสูงและใช้สิทธิเบิกได้ สิทธิประกันสังคม มีความคาดหวังในคุณภาพบริการสูงกว่ากลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มอื่นๆ โรงพยาบาลจึงต้องกำหนดยุทธศาสตร์หรือแนวทางการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ให้บริการในกลุ่มนี้ต่อไป

3. จากการศึกษาพบว่าผู้ใช้บริการรับรู้คุณภาพบริการมากกว่าที่คาดหวังไว้ แสดงให้เห็นว่า กลยุทธ์และทิศทางการพัฒนาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนมในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา

ประสิทธิภาพ และควรรักษาไว้ซึ่งคุณภาพบริการเช่นนี้ และพัฒนาสู่ความเป็นเลิศต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาในเชิงลึกถึงรายละเอียดความคาดหวังในคุณภาพบริการของกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีความคาดหวังสูง ได้แก่กลุ่มที่มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป กลุ่มที่ใช้สิทธิเบิกได้หรือสิทธิประกันสังคม

2. ควรถอดบทเรียนปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในรอบสองปีที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการในแผนกอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลนครพนม.สถิติผู้มารับบริการในโรงพยาบาลประจำปี.นครพนม:โรงพยาบาลนครพนม; 2554.
2. Bopp DK. How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounter: A marketing perspective. Journal of Health Care Marketing. 1990; 10: 6–15.
3. Parasuraman et al. Delivery quality services. New York: Free Press;1990.
4. ยอดขวัญ เรืองรัตน์. ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ กรณีศึกษา โรงพยาบาลพญาไท (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต) . ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
5. ตักดีกยะ บุญรอด.ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
6. วรณี แกมเกต. วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรม-ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
7. Scardina,S.A . SERQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. Journal of Nursing Care Quality. 1994; 8 (2): 38–46.
8. มาริสา ไกรฤกษ์. แนวคิดในการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ: ตอนที่1.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2544; 24 (1): 24–29.
9. Zeithaml,V.A., Berry,L.L.and Parasuraman, A (1988). “Communication and Control process in the delivery of service quality” Journal of Marketing. 52(April):35–48.
10. นลิน มงคลศรี . คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2548 ; 13(3):61–72.
11. นิติวดี จ्ञานสกุล . ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิริโรจน์ จังหวัดภูเก็ต ; 2553.
12. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2546). คุณภาพบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางการตลาด. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2546; 38 (4): 169–178.
13. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. HA UPDATE 2012. นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2555.
14. โรงพยาบาลนครพนม.รายงานแบบประเมินตนเอง. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2554.
15. วชิรี อินทโชติ. คุณภาพบริการของโรงพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้จริงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
16. Stamatis ,D.H. Total Quality Service: Principle , Practice and Implementation . Delay Beach . F.L: St Lucie Press; 2554.
17. หัทยา แก้วกิม. ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลสุภาพ ตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช (วิทยานิพนธ์



สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต). นนทบุรี :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2553.

18. โสภิตา ชันแก้ว .การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาล
ผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาล
ชุมชนภาคเหนือตอนบน (วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2546.

19. พรรณี วรานุกุลศักดิ์. ความคาดหวังและการรับรู้
คุณภาพบริการที่มีต่อความภักดีในการใช้บริการ
ผู้ป่วยนอก แผนกอายุรเวชกรรม โรงพยาบาล
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์; 2546.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ยชญ์วิรินทร์ จรบุรณย์*
สิริกร สุธวัชณัฐชา*
นพภััสสร วิเศษ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการศึกษาที่ทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์จังหวัดสระแก้ว จำนวน 40 ราย โดยแบ่งกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ระหว่างเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2556 เครื่องมือดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA) ผลการศึกษามีดังนี้

- 1.) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและการติดตามผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
- 2.) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังติดตามผลในระยะ 2 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้นบุคลากรทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวชควรนำไปขยายผลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โรคจิตเภท, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา



Effect of a Self Care Behavior Promotion Program for Chronic Schizophrenic Patients in Community on Psychiatric Medication Compliance after Discharge

Yodrawin Jorburom*

Sirikon Suthawatnatcha*

Napatsorn Wises*

Abstract

The purpose of this study was to determine the effect of a self care behavior promotion program for chronic schizophrenic patients in the community on psychiatric medication compliance. A quasi-experimental research design with one-group pre-test and post-test was employed. The samples were patients who had been diagnosed with schizophrenia and discharged from Sakaeo Rajanakarindra Psychiatric Hospital. Forty schizophrenic patients were purposively selected during October to November 2012. Twenty patients were allocated to the experimental group and twenty to the control group. The data were collected via a demographic questionnaire and self care behavior. The reliability was assessed with Cronbach's Alpha Coefficient (0.80). Data were analyzed using frequency, percentages, means, standard deviations and one-way repeated measures ANOVA.

Results of the study showed that:

1.) The overall scores for self care behavior of schizophrenia patients were significantly different between before and after receiving the self care behavior promotion program ($p < 0.001$). The overall scores for medication compliance of patients with schizophrenia were significantly different before and after two weeks receiving the program ($p < 0.001$).

2.) The overall scores of self care behavior with schizophrenia patients were significantly different at the end and after two weeks of receiving the program ($p < 0.001$).

The findings suggest that the self care behavior promotion program is effective in promoting medication compliance among chronic schizophrenic patients. Mental health personnel should implement the program for all psychiatric patients of the hospital.

Keyword: schizophrenia patients, self care behavior

* Lecturer Faculty of Nursing, St.THERESA International College

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมทำให้เกิดความเสื่อมของหน้าที่หลายๆ ด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง มักเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและมีอาการหลงเหลือทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ง่าย สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้ง่ายเมื่อกลับสู่ชุมชนคือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง¹⁻² ปัจจัยของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้แก่ ขาดความรู้ในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา ผู้ป่วยรู้สึกว่ายากแล้วและไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไป เนื่องจากอาการข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานไม่สุขสบายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้หยุดการใช้ยาในที่สุด ระยะเวลาในการรับประทานยาและใช้เวลาในการรักษานาน จึงเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง จึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งการใช้ยาเป็นเวลานานโดยไม่สามารถบอกระยะเวลาที่แน่นอนว่าจะหยุดรับประทานยาได้เมื่อไร และความซับซ้อนของการรักษา เกิดความลำบาก ยุ่งยาก จากการรับประทานยาหลายชนิดจำนวนมากจึงเกิดความสับสนในการใช้ยา สัมวิธีการใช้ยา หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป³ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเมื่อป่วยแล้วจะได้รับผลกระทบจากการป่วยซ้ำหลายอย่าง เช่น ทำให้มีบุคลิกภาพเสื่อมถอยความสามารถในการดูแลตนเองลดลง⁴ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จึงเป็นการกระทำเพื่อไม่ให้พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยการเพิ่มแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล⁵⁻⁷ ครอบครัวหรือญาติจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้รับประทานยาทางจิตเวชต่อเนื่อง เพื่อ

ไม่ให้มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา ความต้องการการดูแล การช่วยเหลือหรือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้อยู่ร่วมกับคนในบ้านหรือชุมชนได้ การป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ตื้นเขินควรมีระบบบริการที่คอยสนับสนุน เชื่อมโยงประสานงานจากระบบบริการที่ไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รวมทั้งระบบบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้บ้านของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ได้แก่ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การรับรู้สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกัน พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค การที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต⁸

ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกงานได้มีรูปแบบที่สามารถเรียนรู้ สามารถวัดผลได้ชัดเจนและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องรวมทั้งครอบครัวสามารถส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้มีคุณภาพได้จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการรับประทานยาทาง



จิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว
ราชนครินทร์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม Orem⁸⁻⁹ ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่ไม่สมดุลกัน ซึ่งผู้วิจัยได้มุ่งเน้นในเรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ได้แก่ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค การที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยที่ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุพยาทางจิตเวชเป็นตัวแปรตาม โดยมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ถูกต้องและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล¹⁰⁻¹²

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางจิตสงบ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ในช่วงเวลา

2 สัปดาห์ อาจทำให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความผันแปรกับอาการและอาการแสดงทางจิตที่เป็นผลมาจากการรับประทุพยาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุพยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุพยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน หลัง (one-group pre-test and post-test designs)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์แล้วมารับบริการตามนัด ณ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงพฤศจิกายน 2556 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จำนวน 40 ราย การวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง หลังจากนั้นแบ่งการเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย จัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นคู่ให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (matched-paired) ในด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา และได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง

2. ผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

3. ผู้ป่วยอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชได้นำไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 3 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริงและนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือโดยหาสูตรของสัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้ คือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเพื่อประเมินอาการ

ครั้งที่ 2 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเพื่อแนะนำ สาธิต วิธีการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

ครั้งที่ 5 การป้องกันภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเพื่อแนะนำวิธีการช่วยเหลือ

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยกำหนดให้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภายใต้หลักเกณฑ์ของจริยธรรมในการวิจัย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและก่อนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาเพื่อขออนุมัติ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยเป็นการเตรียมความพร้อมเรื่องการเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและนักศึกษาที่เข้าร่วมการเก็บข้อมูลโดยติดต่อกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน

2. ติดต่อบริษัทประกันเพื่อขออนุญาต ผู้อำนวยการจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์เก็บข้อมูลในพื้นที่

3. ติดต่อบริษัทประกันกับหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขอใช้พื้นที่ในการทำวิจัย

ขั้นดำเนินการ

1. ทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ชี้แจงในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. ดำเนินการตามโปรแกรม/ กิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมงรวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ในวันที่ตรงกับวันที่นัดผู้ป่วยมารับบริการของทางโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์

ขั้นประเมินโปรแกรม

1. เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทมาแปลผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย



พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระลอกก่อนการทดลอง ระลอกหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One-way repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 90.70

ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 29.5 ปี (S.D=13.54) ระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.87 ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ร้อยละ 52.01 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 35.94 ระยะเวลาในการรักษาตัวจากอาการทางจิตเฉลี่ย 10.67 ปี (S.D=15.98) และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเฉลี่ย 5.83 ปี (S.D=10.06)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน หลังเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผล 2 สัปดาห์ (n= 20)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	190.54	1	190.54	1026.65	.000**
ภายในกลุ่ม	5.98	2	2.99		
รวม	196.52	3			

**แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

ทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานยา

ผลต่างรายคู่ของระดับความร่วมมือในการรับประทานยา	mean difference	S.D	p-value
ก่อน - หลังได้รับโปรแกรมทันที	-19.103*	2.321	.000
ก่อน - หลังสิ้นสุดโปรแกรม	-19.751*	2.142	.000
หลังได้รับโปรแกรม-หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์	-.713*	.360	.001

**แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

อภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 เสร็จสิ้นแล้วนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้ภายในกลุ่มที่ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความเข้าใจในเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช และการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีแนวทางการปฏิบัติตัวที่ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะความรู้เรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้องอันเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การเข้ากลุ่มครั้งนี้จึงมีส่วนในการส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องซึ่งการให้ความรู้ที่ถูกต้องและทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จะเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมในการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทว่ามีเพียงพอสามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต โดยส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ

ปานกลางถึงดี ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและยากลุ่มใหม่มีระดับคุณภาพชีวิตดีไม่แตกต่างกัน¹³ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)¹⁴ ที่ได้เสนอแนวความคิดว่าการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆเข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกฤดียา กุลศรีที่พบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้านมากขึ้น¹⁰ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้รับความรู้จากบุคลากร ส่งผลให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมของตนเอง

สมมุติฐานที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีการพัฒนาทักษะการดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าเวลาจะผ่านไป 2 สัปดาห์ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความตั้งใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองเบื้องต้น เป็นผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมให้ความร่วมมือในการนำความรู้ที่ได้รับไปทดลองใช้ที่บ้านตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในโปรแกรม ซึ่งความรู้ที่ได้จากโปรแกรมไปปรับเปลี่ยนวิธีการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาของตนเองและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีการดูแลตนเองที่ดีทำให้สามารถป้องกันอาการกำเริบและสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ โดยที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการ



รับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้เกิดผลดีกับการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา การรับประทานยา และอาการข้างเคียง สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ อีกทั้งสามารถสังเกตอาการเตือนและจัดการได้ก่อนมีอาการกำเริบ และขอความช่วยเหลือ คำปรึกษาจากบุคลากรทางสาธารณสุข สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน แหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจ⁹ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเฮย์เนส และคณะ(Haynes et al.,)¹⁵ ที่ได้เสนอแนวคิดว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ เห็นบุคลากรสุขภาพมีท่าทีรับฟังอย่างตั้งใจ หวังดีจริงใจที่จะช่วยเหลือจะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับที่เหมาะสมและไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบจะส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวทำให้การกลับมาป่วยซ้ำลดลง⁴

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติดังนี้

1. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในด้านการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและผู้ป่วยในชุมชน
2. ควรจัดให้มีการสร้างนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและผู้ป่วยในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น เพื่อทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมแตกต่างกัน หรือคล้ายคลึงกันหรือไม่

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลการบำบัดในระยะยาวเช่น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : ปิยอนต์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2548.
2. มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์; 2542.
3. จิระพรรณ สุริยงค์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารพยาบาลสาร. 2551; 35 (3): 99-107.
4. ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน. วารสารจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา. 2552; 3 (2): 42-56.
5. พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนธ์. การบำบัดการรู้คิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555; 57 (2): 235-248.
6. พิศสมร เดชดวง. ผลการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลพระเจ้าเกล้าเพชรบุรี; 2551.
7. ปรีชนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ. การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. 2552; 3(2): 20-30.
8. มยุรี กลับวงษ์. การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท. กรุงเทพฯ: ดุษฎีนิพนธ์, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2552.



9. มยุรี กัลป์วงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 2551; 15(1): 57-75.
10. สุกฤติยา กุลศรี และคณะ. การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. 2552; 3 (2): 30-41.
11. สุวิมล สมัดตะ และอรพรรณ ลีอนุชัชชัย. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; 2542.
12. สุมณฑา บุญชัย. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. เชียงใหม่ : วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
13. ศิริยุพา นันสุนานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่. กรุงเทพมหานคร: วิทยานิพนธ์แพทยศาสตร์มหาบัณฑิต(สุขภาพจิต); 2543.
14. Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 5thed. St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
15. Heynes, R.B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A.X., & Mac Donald, H.P. Intervention for enhancing medication adherence; 2005.



ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช

อวยพร ภัทรภักดีกุล*
พรระณี วิระบรรณ**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 129 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดนามบัญญัติ มีความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่าระดับความซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.9 และระดับรุนแรงร้อยละ 10.1 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = -0.29$, $p = .01$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือ พยายามควรให้คำแนะนำผู้ป่วย ญาติหรือครอบครัว มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น เช่นการไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางศาสนา การท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจตามสถานที่ต่างๆ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยสูงอายุ

คำสำคัญ : ปัจจัยคัดสรร ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยสูงอายุ

* พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



Selected Factors related to Depression in Gynecologic Elderly Patients

Uaiporn Pattapakdikul*

Panee Wiraban**

Abstract

The objectives of this descriptive study were to assess the depression of gynecologic elderly patients and to examine the factors related to depression. The samples consisted of 129 gynecologic elderly patients selected by using the purposive sampling technique. Two structured interview forms of geriatric gynecological patients' depression were developed from the Thai Geriatric Depression Scale with a reliability of 0.91. Percentage, mean, standard deviation, and spearman's correlation coefficient were used to analyze the data.

Results of this study showed that 89.9% of gynecologic elderly patients had moderate depression and 10.1% of them had a high level of depression. The social cooperative activities were negatively correlated with depression among the gynecologic elderly patients ($r = -0.29$, $p < 0.01$). The activity of daily living capability was not correlated with depression. The findings suggest that the nurses should encourage patients, relatives or families to take opportunities to join social activities such as religious activities, relaxation trips, or the elderly association's activities, in order to prevent depression in elderly patients.

Keywords : Selected factors, depression, elderly patients

* Registered Nurse, Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

** Registered Nurse, Gynecologic Ward, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วไปทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน¹ โดยผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชาย เพราะผู้หญิงมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง ทำให้การทำงานของของกลูโคคorticoid เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น² ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงจะมีความชุกสูงขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้นด้วย³ โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดกับผู้สูงอายุ นั้น เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม จึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าวัยอื่นๆ⁴ ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาจิตสังคมที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคพาร์กินสัน โรคมะเร็ง เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจมีความรุนแรงได้มากถึงกับมีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้ การรักษาโรคทางกายที่เป็นสาเหตุ จะทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น⁵ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและหนึ่งปีหลังจากออกจากโรงพยาบาลสูงขึ้นด้วย⁶ การเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้และในทางกลับกัน ภาวะซึมเศร้าทำให้อาการของโรคเรื้อรังทรุดลง⁷ โรคเรื้อรังบางชนิดเช่น โรคมะเร็ง พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งและมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่อโรคลุกลามมากขึ้น และพบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ก่อนแล้ว นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าอาจมีผลต่อการลุกลามของโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยด้วย⁸ จากการศึกษาของอันซาและซุท (Unsar & Sut)⁹ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 64 มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มนี้มีภาวะเจ็บป่วยที่นานกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบต่อผู้สูงอายุจะมามาก เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง สูญเสียการควบคุม รู้สึกว่าตนขาดกำลังใจที่จะมี

ชีวิตอยู่ ทำอะไรไม่ได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถประเินได้ตั้งแต่แรก ทำให้ความปวดและภาวะทุพพลภาพรุนแรงมากขึ้น ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ปัญหาสุขภาพร่างกาย การเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า ไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่น¹¹ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้อาการซึมเศร้ามุ่งรุนแรงขึ้น¹² ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหาความไม่พึงพอใจในชีวิต ปัจจัยทางสังคม เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมหรือชุมชน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้¹³⁻¹⁶

สำหรับหอผู้ป่วยนรีเวชโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 15.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด และผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 84.5 เป็นโรคมะเร็ง ซึ่งจากประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า หอผู้ป่วยได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale) มาทดลองใช้¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น¹⁷ เนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามชีวิต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีผลกระทบอย่างมากกับผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องใช้เวลารักษานาน ผู้ป่วยมีความกลัว วิตกกังวล และทุกข์จนซึมเศร้า¹⁸ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้มีภาวะซึมเศร้าเหลือน้อยที่สุดหรือไม่มีเลยส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

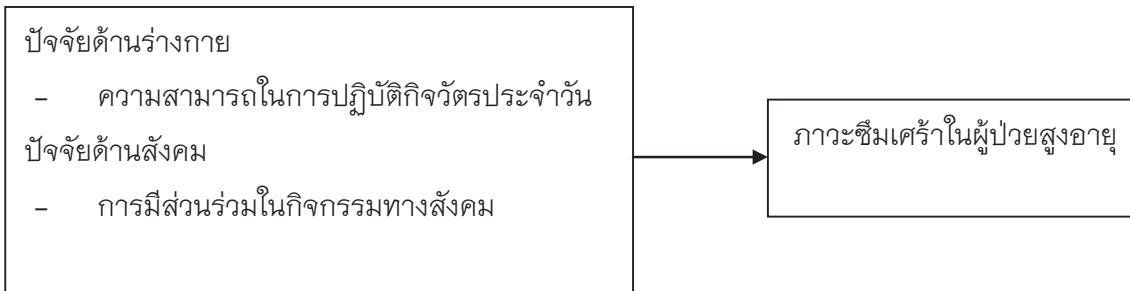
1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก
2. ปัจจัยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ^{1,2} ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วไป¹ โดยผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชาย² สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมา¹¹⁻¹² พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชที่เป็นโรคมะเร็งจะมีปัญหาที่เกิดจากสภาวะของโรค เช่น มีความปวด มีภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด อาการอึดอัดแน่นท้อง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน การไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ได้เหมือนเดิม ปัจจัยดังกล่าวจึงอาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามแผนผังกรอบแนวคิดที่แสดงไว้



วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สื่อสารด้วยวาจาได้ มีความสามารถในการฟังและเข้าใจคำถาม ป่วยเป็นโรคทางนรีเวช พักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่เกิน 7 วัน จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชในรอบ 6 เดือนย้อนหลังของปี 2553 จำนวน 200 คน นำมากำหนดขนาดตัวอย่าง

จากตารางสำเร็จรูปของเครกซีและมอร์แกน¹³ ที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 132 คนโดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม- พฤษภาคม 2554

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นรวบรวมแบบสัมภาษณ์กลับคืนได้ 129 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 97.72 สำหรับ 3 ฉบับที่เหลือไม่สามารถเก็บข้อมูลได้สมบูรณ์เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้ข้อมูลต่อไปขณะสัมภาษณ์ จึงได้ยุติการเก็บ



ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยได้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจนว่าการให้ข้อมูลไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้วและยินยอม จึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้หากมีปัญหาระหว่างการรวบรวมข้อมูล เช่น กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจะส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย มีความไม่สบายใจและร้องไห้ขณะเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยจึงได้ส่งต่อให้คณะผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลโดยเข้าไปพูดคุย ปลอบโยน จนกลุ่มตัวอย่างอาการเป็นปกติ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไทย¹ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นลักษณะ

เป็นมาตราวัดนามบัญญัติ (nominal scale) โดยคำตอบใช่ หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่ หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นให้ 0 คะแนน ทำการแปลผลภาวะซึมเศร้านี้ 0 – 12 คะแนน หมายถึง ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13–18 คะแนน หมายถึง มีภาวะเศร้าเล็กน้อย 19–24 คะแนน หมายถึง มีภาวะเศร้าปานกลาง และ 25–30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เครื่องมือการวิจัย ผ่านการสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และได้หาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน สำหรับแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 ส่วนคำถามด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ความสามารถล้างหน้าแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเดิน การไปขับถ่ายในห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เช่นกวาดบ้านและการเข้านอน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ หากกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองให้ 1 คะแนน หากไม่สามารถปฏิบัติได้เองให้ 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางการเมือง เช่น การเป็นกรรมการระดับ/หมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด การร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด/โบสถ์/สุเหร่า กิจกรรมอาสาสมัครต่างๆ กิจกรรมทัศนศึกษา เช่น ท่องเที่ยว พักผ่อนหย่อนใจตามสถานที่ต่างๆ และกิจกรรมทางสังคม เช่นงานเลี้ยงในโอกาสต่างๆ งานเข้าร่วมชมรมสูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ หากกลุ่มตัวอย่างยังมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆในเดือนที่ผ่านมา ให้ 1 คะแนน หากไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมดังกล่าวให้ 0 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนี้ น้อยกว่าร้อยละ 50 หมายถึง ปฏิบัติได้ระดับน้อย

ร้อยละ 50-80 ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง ร้อยละ 80-100 ปฏิบัติได้ระดับมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ และใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 60-83 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 67 ปี (SD=0.55) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46 หม้าย ร้อยละ 36 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 65 มีรายได้เฉลี่ย 7,000 บาทต่อเดือน ป่วยด้วยโรค มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ ร้อยละ 74 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคปัจจุบันเฉลี่ย 2 ปี

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 92.75 โดยมีรายละเอียดคือสามารถล้างหน้าแปรงฟันเอง ร้อยละ 97 สามารถรับประทานอาหารเอง ร้อยละ 99 สามารถอาบน้ำเอง ร้อยละ 89 สามารถเดินเอง ร้อยละ 92 สามารถไปขับถ่ายในห้องน้ำ ร้อยละ 89 สวมเสื้อผ้าเอง ร้อยละ 96 ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ร้อยละ 84 เข้านอนเอง ร้อยละ 95

ส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชนได้ ร้อยละ 48.76 โดยการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางการเมือง เช่น การเป็นกรรมการระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด ร้อยละ 12 ร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด/โบสถ์/สุเหร่า ร้อยละ 86 ร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานเลี้ยงต่างๆ งานเข้าร่วมชมรมสูงอายุ ร้อยละ 67 กิจกรรมทัศนศึกษา เช่น ท่องเที่ยว พักผ่อนหย่อนใจตามสถานที่ต่างๆ ร้อยละ 57 กิจกรรมอาสาสมัครต่างๆ ร้อยละ 20

ภาวะซึมเศร้าโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.9 และระดับรุนแรง ร้อยละ 10.1 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช (n=129)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (0-12 คะแนน)	0	0
เล็กน้อย (13-18 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (19-24 คะแนน)	116	89.9
รุนแรง (25-30 คะแนน)	13	10.1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช พบว่า และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชที่ระดับ .01 ($r=-.29, p=.01$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช (ตาราง 2)



ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช (n=129)

ตัวแปร	1	2	3
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-		
2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	.22*	-	
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช	.05	-.29**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวชอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง แม้ว่าไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งอธิบายชัดเจนได้ว่าทำไมจึงพบภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงกับผู้ชายไม่เท่ากัน แต่จากรายงานพบมากกว่า 40 ฉบับที่พบว่า ผู้หญิงซึมเศร้ามักกว่าผู้ชาย 2- 3 เท่า¹⁴ โดยมีปัจจัยบางด้าน อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง เช่น ลักษณะของพฤติกรรมที่พึ่งพาผู้อื่น มีความอ่อนไหวต่อปัญหา ยอมตาม การคิดในทางลบหรือมองโลกในแง่ร้าย ปัจจัยทางสังคม เช่น ผู้ที่ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ของตนเอง มีความตึงเครียดทางจิตใจ ทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชาย¹⁴ และมีอุบัติการณ์ซึมเศร้าเป็นสองเท่าของผู้ชายในประชากรทั่วไปทุกวัย¹⁵ นอกจากนี้ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยมะเร็ง ซึ่งภาวะของโรคมะเร็งจะมีอาการปวด อึดอัดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้า ร่วมกับอาการอื่นๆที่ ส่งผลโดยตรงต่ออาการซึมเศร้าและยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น⁸ จากการศึกษาของสโปลิตินี และคณะ (Spoletini et al)¹² กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็ง 1 ใน 2 ราย มีอาการซึมเศร้า และยิ่งเป็นภาวะคุกคามมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ ในปี ค.ศ. 2020 จะพบผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 70 ในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้สูงอายุ เนื่องจาก

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของร่างกาย ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องของร่างกายจะเป็นสาเหตุร่วมทั้งในผู้สูงอายุและผู้ป่วยมะเร็ง ในวัยนี้ จะผ่านเหตุการณ์ความสูญเสียต่างๆ มาตลอดชีวิต นอกจากนี้ ภาวะเหนื่อยล้า และความปวดในผู้ป่วยมะเร็งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามามากขึ้นด้วย¹⁶

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัยและพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย¹⁵ กล่าวว่า ปัจจัยทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ สำหรับผู้สูงอายุแล้วความสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนบ้านมีความสำคัญ ในประเทศทางตะวันตกมีการสร้างชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ โดยคนในชุมชนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและอยู่กันอย่างมีความสุข การได้พูดคุย การมีเพื่อนปลอบใจในสิ่งที่สูญเสียจะช่วยให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้มากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือการได้รับการใส่ใจจากสังคมรอบตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้¹⁵ ดังนั้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่ดีจึงช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้าลง สอดคล้องกับการศึกษาของชนินฐา นาคะและคณะ¹⁷ ที่พบว่า การรวมกลุ่มของสมาชิกชุมชน

เพื่อทำกิจกรรมร่วมกันสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุได้ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของอันซาและซุต (Unsar & Sut)⁹ ที่พบว่า การประเมินสภาพจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยและคณะสูงอายุ ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาล ตลอดจนสร้างการสนับสนุนทางจิตสังคม จะป้องกันภาวะซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ด้วย

ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีมากโดยไม่ต้องพึ่งพา จึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพราะไม่เป็นภาระแก่บุคคลอื่น ถึงแม้จะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก็ตาม อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพามากขึ้น จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น⁶ และเมื่อมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วย¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช ดังนั้นพยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยญาติหรือครอบครัวได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น เช่น การไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางศาสนา การท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจตามสถานที่ต่างๆ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยสูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. ลีวรรณ อุณหารักษ์. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึก. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์; 2553:35-36.

2. Faravelli, C., Scarpato, M.A., Castellini, G. and LoSauro, C.L. "Gender differences in depression and anxiety: The role of age". *Psychiatric Research*. 2013;210:1301-1303.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สาระสุขภาพ. 2554;4 (47):1.
4. Ell, K. Depression care for the elderly: reducing barriers to evidence based practice. *Home Health Care Serv Q*. 2006; 25:115-48.
5. สุดสาย จุลกัทพพะ. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัลลันดชัย (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น; 2552:161-170.
6. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาล ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้. กรุงเทพฯ: คลังนานาชาติ; 2554.
7. รังลิมนต์ สุนทรไชยา. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. *วารสารพุทธาภิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 2549;7:60-67.
8. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. *สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์*; 2552:215-220.
9. Unsar, S. & Sut, N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010;50:6-10.
10. ธนา นิลชัยโกวิทย์และสิวลี ศิริโล. ปัญหาด้านจิต-สังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวช. ใน: วสันต์ สนิทและสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. บรรณาธิการ. *ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2542:673-674.
11. พัชรากันต์ ไชยสังข์, ลีกริกร สุทธิชัยรัฐชา, ปริมวิชญาและสายใจ ลิขนะเชียร. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. *วารสาร*



- การพยาบาลและการศึกษา. 2556;6(1):27-37.
12. กาดาทฟี หะยีเด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
 13. Krejcie VR, Morgan WD. "Determining sample size for research activities." *Educ Psychol Meas.* 1970; 30(3):607-10.
 14. มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2546:15-18.
 15. พีรพนธ์ ลีอนุญชัชชัย. โรคซึมเศร้า. ใน: อรพรรณ ลีอนุญชัชชัย, พีรพนธ์ ลีอนุญชัชชัย, บรรณาธิการ. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2553: 8-9.
 16. Spoletini, I., Gianni, W., Repto L., Bria P., Caltagirone C., Bossu P. and Spalletta, G. Depression and Cancer: An unexplored and unsolved emergent issue in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology.* 2008; 65:143-145.
 17. ชนิษฐา นาคะ, ประนอม หนูเพชร, พัชรียา ไชยลังกา, ศิริรัตน์ โกศลยวัฒน์และมัณฑุภา ว่องวีระ. รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพญาวิทยายุทธและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.* 2553; 11(3):13-23.
 18. นภา จิรัฐจินตนา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวันสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2554; 25(3): 12-23.

ประสิทธิภาพชุดตั้งครรภ์จำลองกับเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์*

บทคัดย่อ

คู่สมรสที่มีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาที่ดีได้ การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ ทั้งก่อนและหลังใส่ชุดตั้งครรภ์จำลองและทดสอบประสิทธิภาพของชุดตั้งครรภ์จำลอง กลุ่มตัวอย่างคือ คู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และแบบทดสอบประสิทธิภาพของชุดตั้งครรภ์จำลอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ย ของเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรส โดยรวม หลังการทดลองสวมใส่ชุดตั้งครรภ์จำลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประสิทธิภาพของชุดตั้งครรภ์จำลองภายหลังการสวมใส่ชุด โดยรวม พบว่า ด้านอารมณ์และความรู้สึก กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็น มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, S.D.=.481) ส่วนรายชื่อรู้สึกต้องแอนหลังมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, SD.= 640) และด้านการนำเครื่องมือไปใช้โดยรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.71$, SD. = .521) และรายชื่อพบว่า การเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถใกล้เคียงกับการตั้งครรภ์จริง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, SD. = .521) จากการวิจัย มีข้อเสนอแนะให้นำชุดตั้งครรภ์จำลองไปใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล เรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์และบทบาทการเป็นมารดาและนำไปใช้ในแผนกฝากครรภ์ตามโครงการโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อสร้างความเข้าใจต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ ชุดตั้งครรภ์จำลอง เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรส

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครราชสีมาชนครินทร์



Efficiency of the Pregnancy Simulator and Husband's Attitude towards their Wives' Pregnancy

Siriphan Siriphan*

Abstract

Husbands who have a better understanding of the physical and emotional changes of their wives during pregnancy are more likely to better enhance their wives to adapt to their roles of a mother. This study aimed to compare husband's attitudes to pregnant women before and after wearing the pregnancy simulator and to test its efficiency. The sample consisted of 30 husbands of pregnant women attending the care services division at the local Health Promotion Hospital, Tambol Kok Kian, Amphur Muang, Narathiwat Province. Data were collected using attitude's pregnancy and efficiency of pregnant Pregnancy simulator questionnaires which obtained reliability test by Cronbach's alpha coefficients of 0.81 and 0.86, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and t-tests.

The results generally showed that the mean score of husband's attitude to their wives' pregnancy after wearing a pregnancy simulator obtained higher score than that of before the experiment which was statistically significant at the 0.05 level. The efficiency test was found to have an impact on emotion and feeling after wearing the pregnancy simulator. The high mean score were on arching back ($\bar{x} = 4.27$, $SD=0.435$) and application of the model that was concerned to physical movement and it physical change closely to the factual pregnancy ($\bar{x} = 4.27$, $SD. = .521$). The results suggest the use of a pregnancy simulator for teaching psychosocial changes of pregnant women and the roles of a mother and should be used in school projects, departments, and antenatal care for better understanding about the physical changes of pregnancy.

Keywords : Efficiency , Pregnancy simulator, Husband's attitude

* Assistant Professor Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

ความเป็นมาและความสำคัญ

คู่สมรส หรือบิดาของทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์และเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์¹ มีความรู้ ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ให้การดูแลเอาใจใส่ รักใคร่ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ มีอัตราเสี่ยงต่อภาวะไม่สุขสบายต่างๆ ในระยะตั้งครรภ์ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามีในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) ต้องการให้สามีรักและรู้สึกรักว่าตนเองมีคุณค่า (2) ทารกในครรภ์ได้รับการยอมรับจากสามีว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่²⁻³ มักมีความรู้สึกต้องการพึ่งพาสามีมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การพามาฝากครรภ์ การดูแลเอาใจใส่จัดหาอาหารที่ตนเองชอบเป็นพิเศษมาเป็นประจำ คอยช่วยเหลือทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อยๆ ให้ อาจกล่าวได้ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์และเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีมาก่อน⁴ จะมีความสนิทสนมต่อกันมาก ร่วมมือกันวางแผนในการเตรียมตัวเป็นบิดามารดาที่ดีให้แก่บุตร ยอมรับซึ่งกันและกันว่าแต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง ร่วมมือกันในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ที่มีประสบการณ์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งมีความพึงพอใจทางเพศ ดังนั้นการที่คู่สมรสมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์มีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความสุขกับการตั้งครรภ์ สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาที่ดีในระยะหลังคลอดได้ ซึ่งการที่คู่สมรสจะมีความเข้าใจ รับผิดชอบต่อ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ได้ดั่งนั้น วิธีการหนึ่ง คือ ต้องสร้างความเข้าใจในเรื่องนี้อาจจะโดยการใช้อุปมาที่เหมือนการตั้งครรภ์จริง ดังเช่น ชุดตั้งครรภ์จำลอง ให้คู่สมรสลองสวมใส่

ปัจจุบันนี้ ชุดตั้งครรภ์จำลองเป็นนวัตกรรมที่สร้างขึ้นในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ และมีราคาแพง เพราะต้องนำเข้าจากต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทย มีการผลิตบ้างโดยใช้วัสดุที่แตกต่างกันไปในการทำให้เห็นลักษณะหน้าท้องเหมือนหญิงตั้งครรภ์ เช่น ถุงทราย ภูเขาและเมล็ดถั่ว เป็นต้น⁵⁻⁷ ซึ่งมีประสิทธิภาพแตกต่างกันไป สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงต้นทุนการผลิตต่ำและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยไม่จำเป็นต้องสั่งซื้อจากต่างประเทศ และมีการใช้วัสดุที่หาได้ง่ายในประเทศไทย โดยการนำวัสดุเหลือใช้จากกระดาษหนังสือพิมพ์มาทำเป็นโครงเปเปอร์มาเซ่ ให้เห็นลักษณะของโครงส่วนหน้าท้องและเต้านมชัดเจน คณะผู้วิจัยได้มีการผลิตและพัฒนาชุดตั้งครรภ์จำลองนี้และมีการพัฒนา ปรับปรุง 2 ครั้ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดและเด็กวัยรุ่น⁸⁻⁹ ลักษณะของชุดตั้งครรภ์จำลอง ออกแบบให้มีลักษณะภายนอก เป็นชุดยาวถึงหน้าขาส่วนบน ไม่มีแขน ใช้ผ้าโทเรอย่างหนาที่คงทน รับสภาพน้ำหนักมากได้ และเนื้อผ้าใส่สบาย ไม่คัน ลักษณะของชุดจะมีเต้านมและหน้าท้องยื่นออกมา และจะแยกไว้โดยใช้ตะขอและกระดุมแบ็กติดสำหรับใส่โครงเปเปอร์มาเซ่ ให้เป็นรูปทรงการตั้งครรภ์ ส่วนลักษณะภายใน ขึ้นที่อยู่ด้านในก็จะเว้นช่องไว้เพื่อใส่ลูกตะกั่ว ลูกปลาย น้ำหนักประมาณ 7 กิโลกรัมโดยที่ใส่บริเวณ เต้านม ข้างละครึ่งกิโลกรัมและที่หน้าท้องเกลี่ยน้ำหนักในแต่ละช่องรวมจำนวน 6 กิโลกรัมและตกแต่งเสริมด้วยใยสังเคราะห์ที่เต้านมและหน้าท้อง เพื่อให้นุ่มและเรียบเหมือนจริงมากยิ่งขึ้น ซึ่งชุดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในคลินิก ฝากครรภ์ ในการให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ได้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ และ ในด้านการศึกษาสามารถใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล ในหัวข้อต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ชุดตั้งครรภ์จำลองนี้ จะทำให้รับรู้ถึงอาการและอาการแสดงซึ่งใกล้เคียงกับการ



ตั้งครรภ์ คือ เมื่อสวมใส่ชุดตั้งครรภ์จำลองภายในเวลา 10-15 นาที หรือมากกว่านั้นจะสามารถรับรู้ถึงอาการและผลของการตั้งครรภ์ ดังนี้ ผู้สวมใส่จะรู้สึกว่าร่างกายจะรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 -12 กิโลกรัม มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจคือ มีความรู้สึกทางด้านลบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง มีการยื่นขยายของหน้าอกและหน้าท้อง รู้สึกว่าร่างกายของตนมีความสวยงามน้อยกว่าเดิม รูปร่างไม่ดี อ้วน อึดอัด และรู้สึกรำคาญรูปร่างของตนเองและขนาดครรภ์ที่โตขึ้น ทำให้ต้องเปลี่ยนการแต่งกาย ความสวยงามลดลง สูญเสียความสนใจจากเพศตรงข้ามเพราะรูปร่างไม่สวยเหมือนเดิม สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะรู้สึกว่ามีแรงกดลงบนหน้าท้องและอวัยวะภายในช่องท้อง กระดูกสันหลังบริเวณบั้นเอวมีความโค้งมากขึ้นทำให้หลังแอ่น ไม่สุขสบาย คู้ยอ้าย ปวดหลัง เดินลำบาก ลักษณะการหายใจตื้น สั้นและถี่ อุณหภูมิร่างกายซีฟจร และความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดบั้นสะอาะะบ่อย¹⁰⁻¹² จุดเด่นของชุดตั้งครรภ์จำลองนี้สามารถปรับเปลี่ยนน้ำหนักได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำ ชุดตั้งครรภ์จำลองที่ผลิตขึ้นมาซึ่งยังไม่เคยทดลองใช้กับคู่สมรส มาทดลองให้คู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์แรกสวมใส่ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสก่อนและหลังสวมใส่ชุดและเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของชุดตั้งครรภ์จำลอง ว่าเป็นอย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นสื่อในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลมารดา ทารก และการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ ทั้งก่อนและหลังใส่ ชุดตั้งครรภ์จำลอง
2. เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ ชุดตั้งครรภ์จำลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest quasi-experimental research)

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์แรกที่พาหญิงตั้งครรภ์มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน อ.เมือง จ.นราธิวาส จำนวน 30 คน ในระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2556 เลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสก่อนและหลังใส่ชุดตั้งครรภ์จำลอง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของประภาศรี เกิดเกรียงไกร¹⁵ ซึ่งเป็นการประเมิน ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อแน่วโน้มที่มีต่อการตั้งครรภ์ของภรรยาในด้าน 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 2) การปรับตัวและการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ 3) ทารกในครรภ์ 4) การยอมรับบทบาทการเป็นบิดา เป็นแบบสอบถามรายข้อโดยให้ผู้ตอบประเมินตนเองตามการรับรู้ มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราวัด 5 ระดับ มีการแปลความหมายของคะแนน แบบวัดเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด

เห็นด้วย (4) หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ (3) หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่ามีความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างไรต่อข้อความนั้นและไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วย (2) หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็น

ว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความ
คิดเห็นของผู้ตอบเป็น ส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หมายถึง เมื่อผู้ตอบ
เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความ
คิดเห็นของผู้ตอบ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประสิทธิภาพ
ของชุดตั้งครรภ์จำลอง ผู้วิจัยได้ ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทาง
ด้านร่างกายและจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ การผลิต
นวัตกรรมชุดตั้งครรภ์จำลองทั้งในและต่างประเทศ⁵⁻⁷
ตลอดจนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตนวัตกรรม
ทางการศึกษาและสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการ
เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมของหญิง
ตั้งครรภ์ แล้วจึงนำข้อมูลมารวบรวมวิเคราะห์ กำหนด
คุณสมบัติของชุดตั้งครรภ์จำลอง และผลิตจนสำเร็จ

และมีการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด
และเด็กวัยรุ่น⁸⁻⁹ และนำข้อคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างมา
พัฒนาปรับปรุง จนได้ชุดตั้งครรภ์จำลอง ที่มีลักษณะ
ภายนอกเป็นชุดยาวถึงหน้าขาส่วนบน ไม่มีแขน ใช้ผ้า
โทเรอย่างหนาที่คงทน รับสภาพน้ำหนักมากได้ และ
เนื้อผ้าใส่สบาย ไม่คัน ลักษณะของชุดจะมีเด้านม
และหน้าท้องยื่นออกมา และจะแยกไว้โดยใช้ตะขอ
และกระดุมแบ็กติดสำหรับใส่โครนเปเปอร์มาเซ่ ให้
เป็นรูปทรงการตั้งครรภ์ ส่วนลักษณะภายใน ขึ้นที่
อยู่ด้านในก็จะเว้นช่องไว้เพื่อใส่ลูกตะกั่ว ลูกปลาย
น้ำหนัก ประมาณ 7 กิโลกรัมโดยที่ใส่บริเวณ เต้านม
ข้างละ ครึ่งกิโลกรัมและที่หน้าท้องเกลี่ยน้ำหนักในแต่ละ
ช่อง รวมจำนวน 6 กิโลกรัมและตกแต่งเสริมด้วยใย
สังเคราะห์ที่เต้านมและหน้าท้อง เพื่อให้นุ่มและเรียบ
เหมือนจริงมากยิ่งขึ้น ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงชุดตั้งครรภ์จำลองทั้งด้านหน้าและด้านหลัง



จากนั้นหาคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง โดย
ได้ปรับปรุงแบบทดสอบหาประสิทธิภาพของชุดตั้งครรภ์
จำลอง จากชุดแบบทดสอบเดิมที่ได้สร้างไว้ด้วย ตนเอง⁹

ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์และความรู้สึก จำนวน
10 ข้อ
2. ด้านการนำชุดไปใช้ จำนวน 13 ข้อ
ลักษณะแบบทดสอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ



(Rating scale)¹⁴ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการแบ่งระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อชุดตั้งครุภัณฑ์จำลอง ใช้หลักพิสัยหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ ดังนี้

คะแนน 3.67-5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก

คะแนน 2.34 -3.66 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 -2.33 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย

3. การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาคุณภาพของแบบทดสอบประสิทธิภาพของชุดตั้งครุภัณฑ์จำลองและแบบวัดเจตคติของกลุ่มมารส ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก 2 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับแบบทดสอบประสิทธิภาพของชุดตั้งครุภัณฑ์จำลอง ผลการตรวจสอบผู้เชี่ยวชาญให้เพิ่มเติมข้อคำถามให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และปรับแก้ข้อคำถามในแบบวัดเจตคติของกลุ่มมารสให้เหมาะสม และได้นำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มมารสของหญิงตั้งครุภัณฑ์ จำนวน 20 คน โดยนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และ 0.86 ตามลำดับ

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงการวิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน อ เมือง จ.นราธิวาส เพื่อพิจารณาจริยธรรมของการวิจัย และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งเขียนเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แนะสิทธิ

ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะได้รับการถูกปกปิดและจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

5.1 ทำหนังสือขออนุญาต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน อ เมือง จ.นราธิวาส เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์

5.2 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้ทำแบบวัดเจตคติต่อการตั้งครุภัณฑ์ก่อนสวมชุดตั้งครุภัณฑ์จำลอง

5.3 ให้กลุ่มตัวอย่างสวม ชุดตั้งครุภัณฑ์จำลอง พร้อมกับเปลี่ยนอิริยาบถในท่าต่างๆ เช่น นั่ง นอน ยืน เดิน เป็นต้น เป็นเวลา 30 นาทีแล้ว ทำแบบวัดเจตคติต่อการตั้งครุภัณฑ์ หลังสวม ชุด และทำแบบทดสอบประสิทธิภาพของชุดตั้งครุภัณฑ์จำลอง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ

6.2 หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบวัดเจตคติต่อการตั้งครุภัณฑ์ทั้งก่อนและหลังสวม ชุดตั้งครุภัณฑ์จำลอง เป็นรายข้อและโดยภาพรวม

6.3 ทดสอบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดเจตคติต่อการตั้งครุภัณฑ์ ก่อนและหลังสวมใส่ชุดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ dependent t-Test

6.4 หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบทดสอบประสิทธิภาพของชุดตั้งครุภัณฑ์จำลอง

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ ก่อน-หลังสวมชุดตั้งครรภ์จำลองโดยรวม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรส โดยรวม พบว่า หลังการทดลองสวมใส่ชุดตั้งครรภ์จำลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังสวมใส่ชุดตั้งครรภ์โดยรวม (n=30)

เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์จำลอง	\bar{X}	S.D.	t	Sig
ก่อนใส่ชุดตั้งครรภ์จำลอง	3.80	.461		
หลังใส่ชุดตั้งครรภ์จำลอง	3.92	.427	-2.354	.026*

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ ก่อน-หลังสวมชุดตั้งครรภ์จำลองรายข้อ

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ ก่อนสวมใส่ชุดตั้งครรภ์จำลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าบุตรคนนี้จะเป็นผู้นำความโชคดีมาสู่ครอบครัว มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.41$, SD.=.682) ท่านรู้สึกพึงพอใจเมื่อมีโอกาสแบ่งเบาภาระงานบ้าน เพื่อภรรยาจะได้มีเวลาพักผ่อน และบุตรในครรภ์จะได้แข็งแรง ($\bar{X} = 4.40$, SD.= .724) และท่านรู้สึกสบายใจและมีความสุขเมื่อนึกถึงบุตรในครรภ์ที่กำลังเจริญเติบโตขึ้น ($\bar{X} = 4.40$,

SD.=. 814) มีค่าเฉลี่ยในระดับมากตามลำดับ และการวิเคราะห์เจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์หลังสวมใส่ชุดตั้งครรภ์จำลอง โดยการสอบถามถึงเจตคติและความรู้สึกที่มีต่อการตั้งครรภ์ ได้ผลการวิจัยดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ดีใจ เมื่อทราบว่าภรรยาตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.60$, SD.= 621) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกว่าจะสงสารและเห็นใจภรรยา ที่ต้องแบกรับน้ำหนักจากการตั้งครรภ์ ($\bar{X} = 4.57$, SD. = 626) และ ท่านภูมิใจที่ได้เป็นพ่อคน และรู้สึกกับบุตรของท่าน ถึงแม้ยังไม่เห็นหน้า ($\bar{X} = 4.47$, SD.= 629) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังสวมชุดเป็นรายข้อ (n = 30)

ข้อความ	ก่อนใส่ชุด		หลังใส่ชุด	
	ตั้งครรภ์จำลอง		ตั้งครรภ์จำลอง	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ท่านดีใจ เมื่อทราบว่าภรรยาตั้งครรภ์	4.23	.728	4.60	.621
2. ท่านรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ของภรรยาทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเปลี่ยนไป ไม่ดีเหมือนเดิม	2.60	1.003	2.77	1.194
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจ เมื่อมีโอกาสแบ่งเบาภาระงานบ้าน เพื่อภรรยาจะได้มีเวลาพักผ่อน และบุตรในครรภ์จะได้แข็งแรง	4.40	.724	4.23	.679
4. ท่านรู้สึกว่า สงสารและเห็นใจภรรยา ที่ต้องแบกรับน้ำหนักจากการตั้งครรภ์	4.33	.661	4.57	.626
5. ท่านภูมิใจที่ได้เป็นพ่อคนและรู้สึกรักบุตรของท่าน ถึงแม้ยังไม่เห็นหน้า	4.07	.828	4.47	.629
6. ท่านรู้สึกว่าภรรยา เหนื่อยล้าอ่อนเพลีย จากครรภ์ที่โตขึ้น	4.13	.900	4.37	.615
7. ท่านรู้สึกเป็นห่วง จากการที่ภรรยามีการเปลี่ยนแปลงอริยาบถข้าง เช่น ในการลุกเดิน นั่งและนอน เป็นต้น	4.37	.850	4.17	.791
8. ท่านรู้สึกว่าภรรยา มีบุตรของภรรยา ก่อให้เกิดภาระต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าเป็นเรื่องน่ายินดี	2.57	1.223	2.70	1.343
9. ท่านรู้สึกว่าภรรยาตั้งครรภ์ของภรรยาทำให้เป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์	2.77	1.305	3.13	1.074
10. ท่านรู้สึกสบายใจและมีความสุขเมื่อนึกถึงบุตรในครรภ์ที่กำลังเจริญเติบโตขึ้น	4.40	.814	4.37	.765
11. ท่านรู้สึกว่าภรรยาตั้งครรภ์แล้วรูปร่างเปลี่ยนไป เทอะทะ อ้วนอ้วนและไม่มาดู	2.86	.990	2.83	1.053
12. ท่านรู้สึกว่าภรรยาตั้งครรภ์แล้ว จะทำให้ไม่ สุขสบาย อึดอัดและปวดหลัง	3.62	1.049	3.97	.865
13. ท่านรู้สึกรักและภูมิใจในตัวภรรยามากกว่าก่อนตั้งครรภ์เมื่อรู้ว่าภรรยาต้องทนแบกรับน้ำหนักมากมายจากการตั้งครรภ์	4.10	1.012	4.30	.596
14. ท่านรู้สึกวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา	4.03	.944	4.10	.662
15. ท่านรู้สึกยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรคนนี้	2.71	1.462	3.23	1.278
16. ท่านรู้สึกอยากจะช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของภรรยาในช่วงตั้งครรภ์	4.03	.823	4.40	.675
17. ท่านรู้สึกเป็นห่วงสุขภาพของบุตรในครรภ์กลัวว่าจะไม่แข็งแรง	4.14	.953	4.20	.714
18. ท่านได้คิดเตรียมตั้งชื่อสำหรับบุตรที่จะเกิดมาไว้แล้ว	4.24	.912	3.90	.845
19. ท่านรักและไม่รังเกียจไม่ว่าบุตรคนนี้จะเป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย	4.17	.889	4.13	.730
20. ท่านเชื่อว่าบุตรคนนี้จะเป็นผู้นำความโชคดีมาสู่ครอบครัว	4.41	.682	4.27	.691
โดยรวม	3.80	.461	3.92	.427

3. การทดสอบประสิทธิภาพของชุดตั้งครุฑจำลอง

การทดสอบหาประสิทธิภาพของชุดตั้งครุฑจำลอง โดยนำชุดตั้งครุฑจำลองนี้มาให้ผู้สมัครสอบสวมใส่และตอบแบบสอบถามความคิดเห็น ได้ผลการวิจัยดังนี้ ประสิทธิภาพของชุดตั้งครุฑจำลองภายหลังการสวมใส่ชุด โดยรวม พบว่า ด้านอารมณ์และความรู้สึก กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็น มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, S.D.=.481) ส่วนรายชื่อ รู้สึกต้องแอนหลังมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, SD.=.640.) และรองลงมาคือ รู้สึกมีการยื่นขยายของหน้าอกและหน้าท้อง ($\bar{X} = 4.24$,

SD. = .435) และขณะสวมใส่ท่านรู้สึกปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$, SD. = 1.224) และด้านการนำเครื่องมือไปใช้โดยรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.71$, SD. = .521) และรายชื่อพบว่า การเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถใกล้เคียงกับการตั้งครุฑจริง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, SD. = .521) และรองลงมาคือ รูปลักษณะภายนอกคล้ายคลึงกับการตั้งครุฑจริง ($\bar{X} = 4.23$, SD. = .504) ขณะสวมใส่มีความรู้สึกคันและร้อน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.27$, SD. = .994) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพของชุดตั้งครุฑจำลอง

ประเด็นคำถาม	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านอารมณ์ ความรู้สึก	3.90	.481	มาก
1. ท่านรู้สึกร่างกายรับน้ำหนัก 10 -12 กิโลกรัม	3.76	.830	มาก
2. ท่านรู้สึกมีการยื่นขยายของหน้าอกและหน้าท้อง	4.24	.435	มาก
3. ท่านรู้สึกมีแรงกดบนหน้าท้อง	4.23	.679	มาก
4. ท่านรู้สึกต้องแอนหลังมากขึ้น	4.27	.640	มาก
5. ท่านรู้สึกปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ	2.87	1.224	ปานกลาง
6. ท่านรู้สึกว่าตัวเองอยู่อ้าย เคลื่อนไหวไม่สะดวกลำบากขณะเปลี่ยนอิริยาบถ	4.03	.731	มาก
7. ท่านรู้สึกปวดหลัง	4.23	.430	มาก
8. ท่านรู้สึกแน่นอึดอัด ร้อน หงุดหงิด	4.13	.629	มาก
9. ท่านรู้สึกเหนื่อยล้า หายใจลำบาก	4.00	.743	มาก
10. ท่านรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะ	3.23	.679	ปานกลาง
ด้านการนำเครื่องมือไปใช้	3.71	.282	มาก
1. การเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถใกล้เคียงกับการตั้งครุฑจริง	4.27	.521	มาก
2. รูปลักษณะภายนอกคล้ายคลึงกับการตั้งครุฑจริง	4.23	.504	มาก
3. การประกอบรูปทรงเหมาะสมได้สัดส่วน	3.90	.548	มาก
4. ขนาดของชุดเหมาะสมกับรูปร่าง	3.90	.548	มาก
5. มีความสะดวกในการสวมใส่	3.73	.691	มาก
6. ขณะสวมใส่มีความรู้สึกคันและร้อน	2.27	.944	ปานกลาง



ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพของชุดตั้งครุฑจำลอง (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	\bar{X}	S.D.	แปลผล
7. ลักษณะของชุดมีความหยาบและแข็งกระด้าง	2.60	1.003	ปานกลาง
8. มีประโยชน์ในการนำมาใช้	4.10	.607	มาก
9. ราคาของชุดเหมาะสม (3,500บาท)	3.27	.583	ปานกลาง
10. มีความสวยงามน่าใช้	3.93	.450	มาก
11. วัสดุมีความคงทน	4.07	.450	มาก
12. สะดวกในการดูแลรักษาและจัดเก็บ	3.83	.531	มาก
13. การประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่เหลือให้เกิดประโยชน์	4.17	.531	มาก
โดยรวมทุกด้าน	3.81	.341	มาก

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการตั้งครุฑของคู่สมรสหญิงตั้งครุฑ พบว่า คะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการตั้งครุฑทั้งก่อนและหลังสวมชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยเมื่อพิจารณารายชื่อ มีความแตกต่างในเรื่อง รู้สึกว่าสงสารและเห็นใจภรรยา ที่ต้องแบกรับน้ำหนักจากการตั้งครุฑ ภูมิใจที่ได้เป็นพ่อคนและรู้สึกกับบุตรของท่าน ถึงแม้ยังไม่เห็นหน้า รู้สึกว่าภรรยา เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จากครุฑที่โตขึ้น รู้สึกว่าการตั้งครุฑของภรรยาทำให้เป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์และรู้สึกอยากจะช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของภรรยาในช่วงตั้งครุฑ ซึ่งภายหลังสวมใส่ชุดตั้งครุฑจำลอง กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในเรื่องเหล่านี้ด้วยคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ชุดตั้งครุฑจำลองที่สร้างขึ้น จะทำให้ความรู้สึกอาการและอาการแสดงใกล้เคียงกับหญิงตั้งครุฑ คือ เมื่อสวมใส่ชุดตั้งครุฑจำลองภายในเวลา 30 นาที จะสามารถรับรู้ถึงอาการการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครุฑ ดังนี้ ผู้สวมใส่จะรู้สึกร่างกายจะรับน้ำหนัก 10 -12 กิโลกรัม มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจคือ มีความรู้สึกทางด้านลบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง มีการยื่นขยายของ

หน้าอกและหน้าท้อง รู้สึกว่าร่างกายของตนเองมีความสวยงามน้อยกว่าเดิม รูปร่างไม่ดี อ้วน อึดอัด และรู้สึกรำคาญรูปร่างของตนเองและขนาดครุฑที่โตขึ้น ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการแต่งกาย ความสวยงามลดลง สูญเสียความสนใจจากเพศตรงข้ามเพราะรูปร่างไม่สวยเหมือนเดิม สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะรู้สึกว่ามีแรงกดลงบนหน้าท้องและอวัยวะภายในช่องท้อง กระดูกสันหลังบริเวณบั้นเอวมีความโค้งมากขึ้นทำให้หลังแอ่น ไม่สุขสบาย คอขยับปวดหลัง เดินลำบาก ลักษณะการหายใจสั้น สั้นและถี่ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร และความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดปัสสาวะบ่อย รู้สึกถึงการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ ดังนั้นการที่สามีได้สวมใส่ชุดตั้งครุฑจำลอง จึงทำให้เกิดความรู้สึกร่วมและเข้าใจหญิงตั้งครุฑว่ามีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจมากมาย เกิดความรู้สึกสงสารและเห็นใจภรรยามากขึ้น อยากมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของภรรยาและภาคภูมิใจที่ภรรยามีความอดทนตั้งใจที่จะดูแลทารกในครรภ์ให้แข็งแรง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า เจตคติเป็นผลรวมของความรู้สึกนึกคิดและแนวโน้มของการกระทำทั้งในทางบวกและทางลบต่อสิ่งนั้น เจตคติเป็นตัวบ่งชี้ถึงพฤติกรรมที่แสดงออก เจตคติจึงมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการปรับตัวต่อสิ่งนั้น¹ การที่สามีมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครุฑของภรรยาทำให้มีความ

คิดทางบวกที่จะช่วยเหลือรายนามากขึ้น และมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสามีที่แสดงออกถึงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับคู่สมรส คือ เรียนรู้ที่จะแลกเปลี่ยนความเข้าใจและประสบการณ์ร่วมกับภรรยา มีความเข้าใจและยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสภาพอารมณ์ของภรรยา ยินดีที่จะให้การช่วยเหลือ เห็นใจ รับผิดชอบภรรยา คอยเอาใจใส่และรอคอยทารกที่จะคลอดออกมา^{12,15}

2. ผลการวิเคราะห์หาประสิทธิภาพของชุดตั้งครรภ์จำลอง เมื่อให้คู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์สวมใส่ชุดตั้งครรภ์จำลองและศึกษาถึงประสิทธิภาพของชุดดังกล่าวพบว่า ด้านอารมณ์และความรู้สึกหลังสวมใส่ชุด กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นมากที่สุดในเรื่อง รู้สึกต้องแอ่นหลังมากขึ้น และรองลงมาคือ รู้สึกมีการยื่นขยายของหน้าอกและหน้าท้อง และขณะสวมใส่ รู้สึกปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ส่วนด้านการนำเครื่องมือไปใช้นั้น ผู้สวมใส่มีความคิดเห็นว่าการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถใกล้เคียงกับการตั้งครรภ์จริง มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากที่สุด และรองลงมาคือ รูปลักษณะภายนอกคล้ายคลึงกับการตั้งครรภ์จริง ขณะสวมใส่มีความรู้สึกคันและร้อน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการผลิตชุดตั้งครรภ์จำลองได้มีการผลิตให้มีลักษณะใกล้เคียงหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการใส่น้ำหนักลูกตะกั่ว ลูกปลาย 7 กิโลกรัม ทำให้เมื่อสวมใส่จะรู้สึกเหมือนคนตั้งครรภ์ที่ต้องแบกรับน้ำหนักทารกในครรภ์ น้ำคร่ำและ น้ำหนักนี้จะมีแรงกดลงบนหน้าท้องและอวัยวะภายในช่องท้อง กระดูกสันหลังบริเวณบั้นเอวมีความโค้งมากขึ้นทำให้หลังแอ่น ไม่สุขสบาย อึดอัด ปวดหลัง เดินลำบาก ลักษณะการหายใจตื้น สั้นและถี่⁹⁻¹⁰ นอกจากนี้การผลิตชุดตั้งครรภ์จำลอง ให้มีลักษณะภายนอกเป็นชุดยาวถึงหน้าขาส่วนบน ไม่มีแขน ใช้ผ้าโทเรอย่างหนาที่คงทนรับสภาพน้ำหนักมากได้ และเนื้อผ้าใส่สบาย ไม่คัน จึงนำมาใช้ในการตัดเย็บ ทำให้ผู้สวมใส่ไม่รู้สึกคันและร้อน ลักษณะของชุดจะมีเต้านมและหน้าท้องยื่นออกมา โดยใส่โครงเปเปอร์มาเซไว้ให้เป็นรูปทรงของการ

ตั้งครรภ์ ส่วนหน้าท้องและเต้านม ส่วนลักษณะภายในนั้น ชั้นที่อยู่ด้านในก็จะเว้นช่องไว้เพื่อใส่ลูกตะกั่ว ลูกปลาย น้ำหนัก ประมาณ 7 กิโลกรัมโดยที่ใส่บริเวณเต้านม ข้างละครึ่งกิโลกรัมและที่หน้าท้องถ่วงน้ำหนักในแต่ละช่อง รวมจำนวน 6 กิโลกรัมและตกแต่งเสริมด้วยใยสังเคราะห์ที่เต้านมและหน้าท้อง เพื่อให้นุ่มและเรียบเหมือนจริงมากยิ่งขึ้น ทำให้เมื่อคู่สมรสสวมใส่และมีการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถใกล้เคียงกับการตั้งครรภ์จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย

สถานศึกษาทางการพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนควรส่งเสริมให้มีการใช้ชุดตั้งครรภ์จำลองในการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจและสัมผัสได้ถึงบทบาทและคุณค่าของหญิงตั้งครรภ์ อันเป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

2. ด้านการศึกษาวิจัย

2.1 ควรมีการพัฒนาชุดตั้งครรภ์จำลองโดยใช้วัสดุอื่นแทนลูกตะกั่วลูกปลายที่อาจจะเกิดผลกระทบต่อผู้สวมใส่ เช่น ลูกเหล็ก หรือลูกเม็ดพลาสติก ที่ให้น้ำหนักใกล้เคียงกันและหาประสิทธิภาพของชุด

2.2 ควรมีการนำสื่อ ชุดตั้งครรภ์จำลองไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น นักเรียนวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คู่สมรสที่เตรียมมีบุตร หญิงตั้งครรภ์แรก และนักศึกษาพยาบาลในการเรียน วิชาการพยาบาลมารดาทารก หัวข้อเรื่องการเปลี่ยนแปลงร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรเผยแพร่ชุดตั้งครรภ์จำลองที่พัฒนาสมบูรณ์พร้อมคู่มือการใช้ไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วไป เพื่อนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว



เอกสารอ้างอิง

1. รพีพรรณ เรืองเดชอนันต์. ความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติต่อการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพกับทารกในครรภ์ของหญิงครรภ์แรก. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
2. วรลักษณ์ คุณวุฒิ. การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลครรภ์ตั้งครรภ์วัยรุ่น. [สารนิพนธ์ พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต.] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
3. รัตนา เพชรพรรณ พชรี เจริญศิริกรรณ์ ปวีริศายอดมาลัยและอนรรฆวี ปิยะกาญจน์. บทบาทของสามีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครรภ์และบุตรขณะตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 3 .ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย; 2550.
4. Reece, S.M. Social support and the early maternal experience of primiparas over 35. Maternal – child nursing journal. 1994; 21(4): 4.
5. The Empathy Belly Pregnancy Simulator .[เข้าถึงเมื่อ 24 มีนาคม 2556] เข้าถึงได้จาก http://www.d120.org/assets/1/staff_assets/rhalbur/BTIO_and_Empathy_Belly_Parent_Permission_Form.pdf
6. ชุดท้องจำลอง : Pregnancy Belly [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2556] เข้าถึงได้จาก <http://www.birthababy.com/product/pregnancymodelท้องปลอม.html>
7. ญี่ปุ่นทำ “ชุดคุณแม่” ให้คุณพ่อรับรู้สัมผัสการตั้งครรภ์. [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th/science/viewnews.aspx?>
8. วันฉัตรอาชน โต้ะกานี และคณะ. ประสิทธิภาพชุดตั้งครรภ์จำลองกับเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น. นราธิวาส: คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์; 2553.
9. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ ดาริน โต้ะกานี และบงกช ศิริโรจนานพร การพัฒนาชุดตั้งครรภ์จำลอง จากวัสดุเหลือใช้.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2557; 6[1] 1-11.
10. วรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : บริษัทประชุมช่าง จำกัด; 2552.
11. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นราธิวาส : โรงพิมพ์นราธิวาส; 2552.
12. Pillitteri, A. Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott ; 2007
13. ประภาศรี เกิดเกรียงไกร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับปัญหาเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2527.
14. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์; 2549.
15. McKinney,E,S. & James,S,R.& Murray,S,S & Nelson ,K,A & Ashwell,J,W. Maternal – Child Nursing. 4 th ed. St. Louis ; Elsevier Saunders Co. ; 2013.



ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

รุสนี วาอาฮิดา*
กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ**
บุญสิทธิ์ ไชยชนะ***
ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 และวัดซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 16 และสัปดาห์ที่ 24 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรโรงพยาบาลรามันที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 31 คน ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการกำกับตนเอง และแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired-t test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรโรงพยาบาลรามันที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกายและค่ารอบเอวหลังสิ้นสุดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสัปดาห์ที่ 24 ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสัปดาห์ที่ 12 และ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จัดขึ้น มีประสิทธิผลทำให้บุคลากรโรงพยาบาลรามันที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ทั้งด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่งผลให้น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกายและค่ารอบเอวลดลง

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะน้ำหนักเกิน

*นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา,

**อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา,

***อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา,

****ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง



Effectiveness of a Health Behavior Change Program on Self efficacy, Self regulation, Self care and Weight loss among overweight Health Personal of Raman Hospital, Yala Province

Rusnee Vaayeeta*

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen**

Boonsit Chaichana***

Paiboon Chaosuansreecharoen****

Abstract

A quasi-experimental research using a one group pretest-posttest at 12th, 16th, and 24th week was conducted to study the effects of a health behavior change program on self efficacy, self regulation, self care and weight loss of overweight health personal of Raman Hospital, Yala Province. The sample consisted of 31 health personnel of Raman Hospital. They received the health behavior change program that was developed from the model of self efficacy, self regulation and self care. The research instruments included a questionnaire to measure self efficacy, self regulation and self care. The data were analyzed using descriptive statistics and paired-t tests.

The results revealed that: after participating in the program, the overweight health personnel of Raman Hospital had the average scores of self efficacy, self regulation and self care which were significantly higher than those of the pre-test scores ($p < 0.05$). The average of body weight, body mass index and the waist circumference at the end of the program in the 24th week were significantly lower than before participating in the program at 12th and 16th week ($p < 0.05$). It is concluded that the health behavior change program effectively enhanced the health of the personnel of Raman Hospital. They improved their health behaviors in terms of self efficacy, self regulation and self care. The result of this program was that participants had a tendency to decrease their body weight, body mass index and waist circumference. This program can be used for health personnel and overweight personnel in other agencies with continuous evaluation of effectiveness of the program.

Keywords : Health Behavior Change Program, Self efficacy, Self regulation, Self care, Overweight

*Master of Science (Public Health) Sirindhorn College of Public Health, Yala, incorporation with Yala Rajabhat University.

**Sirindhorn College of Public Health, Yala.

***Yala Rajabhat University.

****Sirindhorn College of Public Health, Trang.

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก กำลังระบาดในหลายประเทศ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2548 ที่ได้มีการสำรวจความชุกของโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า ร้อยละ 20 ของประชากรในกลุ่มประเทศนี้ เป็นโรคอ้วนและมีภาวะน้ำหนักเกินมากขึ้นกว่าในอดีตถึง 2-5 เท่า¹ และข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี พ.ศ. 2548 ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในทั่วโลก เป็นโรคอ้วนประมาณ 400 ล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกินประมาณ 1,600 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีคนเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นรวมทั้งสิ้นประมาณ 700 ล้านคน และจะมีภาวะน้ำหนักเกินสูงขึ้นไปเป็น 2,300 ล้านคน² องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคอ้วนเป็นโรคระบาดของโลก (World Wide Epidemic) ถือเป็นภัยสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของศตวรรษ ซึ่งทุกประเทศจะต้องให้ความสำคัญและรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่พบปัญหาโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2550 พบประชากรที่อ้วนและมีภาวะน้ำหนักเกิน มีสูงถึง 10.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป³ และในปี พ.ศ. 2551-2553 พบประชากรที่อ้วนและมีภาวะน้ำหนักเกินสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2550 คือ ร้อยละ 40.8, 37.1 และ 35.5 ตามลำดับ⁴ กรมอนามัยจึงได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการดำเนินงานภายใต้โครงการ “คนไทยไร้พุง” โดยนำหลักการของ 3 อ. นั่นคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์มาใช้ในการลดน้ำหนักและลดพุงในกลุ่มที่อ้วนลงพุง

โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ โดยดำเนินโครงการต่างๆ ที่เน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรามันด้วย เพื่อให้บุคลากรมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป โรงพยาบาลรามันได้ดำเนินงานตามโครงการ “คนไทยไร้พุง” ภายใต้ชื่อโครงการ “โรงพยาบาลรามันสู่องค์กรไร้พุง” โดยเริ่มงานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ส่งผลให้บุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินในปี พ.ศ.2552 ลดลง คิดเป็นร้อยละ 20.965 ถือว่าผลจากการดำเนินโครงการประสบผลสำเร็จ อย่างไรก็ตาม ในปีพ.ศ. 2553 ความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามโครงการองค์กรไร้พุงในโรงพยาบาลรามันไม่เป็นไปตามโปรแกรมที่กำหนด คือ บุคลากรไม่เข้าร่วมกิจกรรมบางกิจกรรม ขาดการติดตามผลการดำเนินงานในบางช่วง และที่สำคัญคือขาดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีและยั่งยืน นั่นคือ พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนัก การสร้างเสริมพฤติกรรมการกำกับตัวเองและการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การกระตุ้นเตือน การส่งเสริมให้บุคลากรมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น มีผลทำให้แนวโน้มของการเกิดโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2553-2555 บุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2552 คิดเป็นร้อยละ 21.40, 28.99 และ 23.54 ตามลำดับ⁶ อย่างไรก็ตาม โรคอ้วนเป็นโรคที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญที่ต้องปรับเปลี่ยน เรียกว่า พฤติกรรม 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การกำกับตัวเอง (Self-regulation) และการดูแลตนเอง (Self-care) โดยมีการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self มีความสัมพันธ์กับตัวบ่งชี้ทางกายภาพและชีวเคมีของผู้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ไขมันในเลือดและน้ำตาลในเลือดลดลง ตลอดจนลดพฤติกรรมการติดบุหรี่ได้⁷



ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิด 3 Self ซึ่ง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การกำกับตัวเอง (Self-regulation) และการดูแลตนเอง (Self-care) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักของบุคลากรโรงพยาบาลรามัน โดยกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมฝึกการกำกับตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กิจกรรมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเอง และการติดตามผลและประเมินผล เพื่อให้บุคลากรสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การลดน้ำหนักประสบผลสำเร็จและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคลากร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำกับตนเองของบุคลากร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคลากร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยรอบเอวของบุคลากร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและหลังสิ้นสุดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสัปดาห์ที่ 16 และ 24

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีรูปแบบการวิจัยแบบหนึ่ง

กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ และการวัดซ้ำ (Repeated measure design) จำนวน 4 ครั้ง คือ วัดก่อนทดลอง วัดหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 วัดหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 16 และสัปดาห์ที่ 24 สำหรับน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และค่ารอบเอว

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรามันที่มีอายุ 20-60 ปี มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป มีค่ารอบเอวเกินปกติ คือเพศชายมากกว่า 90 เซนติเมตร เพศหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร จำนวน 57 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรามันที่มีอายุ 20-60 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 31 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป มีค่ารอบเอวเกินปกติ นั่นคือเพศชายมากกว่า 90 เซนติเมตรและเพศหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่อยู่ระหว่างการลดน้ำหนักด้วยวิธีใช้ยาหรือสารเคมีใดๆ และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง และดัดแปลงแนวคิดและเทคนิคที่ใช้ในการจัดกิจกรรมจากโปรแกรม Eat-3S และโปรแกรม Exercise-3S ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง^๑ รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

รายละเอียดของกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการจัดกิจกรรม
1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ ความหมายและประเภทของโรค พืชภัยของโรคและวิธีการลดน้ำหนักที่ถูกต้องและเหมาะสม ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง (2 ชั่วโมง)	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบวิธีการลดน้ำหนักที่ถูกต้องและเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - แจกคู่มือ - ชมสื่อวีดิทัศน์ - การบรรยาย - การตั้งคำถาม - การอภิปรายกลุ่ม
2. การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ได้แก่ กิจกรรมการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ด้วยการให้ความรู้ด้านโภชนาการและความรู้ด้านการออกกำลังกาย การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงและ การกระตุ้นทางอารมณ์ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง (8 ชั่วโมง)	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยวัดจากใบงานที่ทำและการนำเสนอในระหว่างการดำเนินกิจกรรม - เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย 	<ul style="list-style-type: none"> - การบรรยาย - ชมสื่อวีดิทัศน์ - การตั้งคำถาม - การอภิปรายกลุ่ม - การสาธิตและฝึกปฏิบัติ - การใช้ตัวแบบ - การพูดให้กำลังใจ
3. การสร้างพฤติกรรมการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ได้แก่ การควบคุมสิ่งเร้าและการกำกับตนเองด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ การตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย การเตือนตนเองด้วยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับกับตนเองถึงความเป็นไปได้ที่บรรลุเป้าหมายและการแสดงปฏิกิริยาย้อน	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจหลักการสำคัญของการกำกับตนเองและขั้นตอนการกำกับตนเอง 4 ขั้นตอน ทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย - เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการกำกับตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 	<ul style="list-style-type: none"> - การฝึกคิดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม - การอภิปรายกลุ่ม - การฝึกบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย - การสะท้อนข้อมูลย้อนกลับ - การเสริมแรงจากภายนอก
4. การสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ได้แก่ การวางแผนพฤติกรรมกรับประทานอาหารและ การวางแผนการกระทำพฤติกรรมกรออกกำลังกาย ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง(4 ชั่วโมง)	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมกรดูแลตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้คำปรึกษาและชี้แนะ - ชมสื่อวีดิทัศน์ - การสาธิตและปฏิบัติกรวางแผนพฤติกรรมสุขภาพ



รายละเอียดของกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการจัดกิจกรรม
5. การติดตามผลและประเมินผล ได้แก่ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอวการรับรู้ความสามารถของตนเองพฤติกรรมการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง (6 ชั่วโมง)	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง - เพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - การสะท้อนข้อมูลย้อนกลับ - การกล่าวชื่นชมในความสำเร็จ - การพูดให้กำลังใจ - การเสริมแรงจากภายนอก

4. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร มี 6 ข้อ (ข้อ 1-6) ด้านการออกกำลังกายมี 4 ข้อ (ข้อ 7-10) และด้านการลดน้ำหนักมี 5 ข้อ (ข้อ 11-15) โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 10 ระดับ ตั้งแต่ไม่มั่นใจ (0) จนถึงมั่นใจมาก (10)

4.2 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการกำกับตนเอง จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร มี 6 ข้อ (ข้อ 1-6) ด้านการออกกำลังกาย มี 4 ข้อ (ข้อ 7-10) และด้านการลดน้ำหนัก มี 5 ข้อ (ข้อ 11-15) โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย (0) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-4 วัน) และปฏิบัติเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)

4.3 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร มี 9 ข้อ (ข้อ 1-9) ด้านการออกกำลังกาย มี 6 ข้อ (ข้อ 10-15) โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย (0) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-4 วัน) และปฏิบัติเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ หลังจากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1

2. แบบสอบถามวัดพฤติกรรมสุขภาพ หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ และประเมินค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) อยู่ระหว่าง .67 ถึง 1

สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรโรงพยาบาลธารโตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 35 คน หลังจากนั้นคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach) อยู่ระหว่าง .79 ถึง .88



5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรโรงพยาบาลรามันที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น นอกจากนี้บุคลากรโรงพยาบาลรามันที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อสวัสดิการที่พึงจะได้รับต่อไป กรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง บุคลากรโรงพยาบาลรามันที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะได้รับการรักษา

พยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้นและได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปขณะที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สถิติอ้างอิง คือ สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired-t test)



ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 31)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	16.1
หญิง	26	83.9
อายุ	$\bar{X} = 37.46$ SD = 10.47 Max = 55 Min = 23	
ศาสนา		
พุทธ	6	19.4
อิสลาม	25	80.6
สถานภาพสมรส		
โสด	9	29.0
คู่	22	71.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	12.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	12.9
อนุปริญญา/ปวส./ปวท.	3	9.7
ปริญญาตรี	20	64.5
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X} = 23,401$ SD = 26131.76 Max = 80,000 Min = 6,000	
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาล	12	38.7
นักเทคนิคการแพทย์	1	3.2
ผู้ช่วยพยาบาล	3	9.7
พนักงานทั่วไป	15	48.4
ค่าใช้จ่ายสำหรับอาหารเฉลี่ยต่อวัน	$\bar{X} = 179$ SD = 97.79 Max = 500 Min = 80	
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ฉัน		
ไม่มี	12	38.7
พ่อ	9	29.0
แม่	10	32.3
ประวัติการลดน้ำหนัก		
ไม่เคย	9	29.0
เคยควบคุมอาหาร	12	38.7
เคยออกกำลังกาย	7	22.6
เคยควบคุมอาหารและออกกำลังกาย	3	9.7



จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 83.9 เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 37.5 ปี ร้อยละ 80.6 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 71.0 มีสถานภาพคู่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เท่ากันคือร้อยละ 12.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพนักงานทั่วไป ร้อยละ 48.4 รองลงมาคือ พยาบาล ร้อยละ 38.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกใน

ครอบครัวที่อ่อนร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่มีแม่อ่อนร้อยละ 32.3 สำหรับประวัติการลดน้ำหนัก พบว่า ส่วนใหญ่เคยลดน้ำหนักด้วยวิธีการควบคุมอาหารร้อยละ 38.7 รองลงมา คือ การออกกำลังกายร้อยละ 22.6

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ย	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value*
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	5.10	1.19	-5.89	30	.000
หลังเข้าโปรแกรม	31	6.23	0.98			

* Paired-t test

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำกับตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ย	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value*
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	1.79	0.27	-7.45	30	.000
หลังเข้าโปรแกรม	31	2.18	0.25			

* Paired-t test

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ย	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value*
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	1.87	0.25	-6.71	30	.000
หลังเข้าโปรแกรม	31	2.16	0.21			

* Paired-t test



จากตารางที่ 2-4 สรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การทำกับตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ น้ำหนักตัว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยรอบเอว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพสัปดาห์ที่ 12, 16 และ 24

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพสัปดาห์ที่ 12, 16 และ 24

น้ำหนักตัว	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value*
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	70.08	10.49	12.69	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	31	67.19	10.42			
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	70.08	10.49	11.78	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16	31	66.42	10.51			
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	70.08	10.49	14.63	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 24	31	65.13	10.47			
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	31	67.19	10.42	4.13	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16	31	66.42	10.51			
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	31	67.19	10.42	7.94	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 24	31	65.13	10.47			
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16	31	66.42	10.51	8.32	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 24	31	65.13	10.47			

* Paired-t test

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพสัปดาห์ที่ 12, 16 และ 24

น้ำหนักตัว	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value*
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	27.57	2.85	11.43	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	31	26.45	2.89			
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	27.57	2.85	11.59	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16	31	26.11	2.94			
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	27.57	2.85	14.09	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 24	31	25.89	3.13			
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	31	26.45	2.89	4.31	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16	31	26.11	2.94			



ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพสัปดาห์ที่ 12, 16 และ 24 (ต่อ)

น้ำหนักตัว	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value*
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	31	26.45	2.89	7.90	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 24	31	25.89	3.13			
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16	31	26.11	2.94	0.45	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 24	31	25.89	3.13			

* Paired-t test

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอวเฉลี่ย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 12, 16 และ 24

น้ำหนักตัว	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value*
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	89.81	7.04	6.54	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	31	87.00	7.42			
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	89.81	7.04	7.49	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16	31	85.45	7.24			
ก่อนเข้าโปรแกรม	31	89.81	7.04	8.86	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 24	31	84.81	7.36			
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	31	87.00	7.42	2.98	30	.006
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16	31	85.45	7.24			
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	31	87.00	7.42	4.40	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 24	31	84.81	7.36			
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 16	31	85.45	7.24	3.93	30	.000
หลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ที่ 24	31	84.81	7.36			

* Paired-t test

จากตารางที่ 5-7 สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยรอบเอวของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หลังสิ้นสุดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสัปดาห์ที่ 24 ต่ำกว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสัปดาห์ที่ 16, หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพและก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จัดขึ้นนี้ ส่งผลให้



บุคลากรโรงพยาบาลรามาธิบดีที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลทำให้น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกายและค่ารอบเอวลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ หลายงานวิจัย⁸⁻¹⁶ นอกจากนี้ผลการวิจัยดังกล่าวยังสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศอีกด้วย¹⁷⁻²⁰ ซึ่งงานวิจัยที่ได้กล่าวมานี้ มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หรือการกำกับตนเอง (Self-Regulation) หรือการดูแลตนเอง (Self-care) อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกับแนวคิดทฤษฎีอื่นๆ แต่สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎีมาใช้ในการจัดกิจกรรม นั่นคือการใช้กิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมให้บุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-Regulation) และการดูแลตนเอง (Self-care) ทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ดังนี้

1. กิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคลากรเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา โดยใช้วิธีการสร้างประสบการณ์ในการลดน้ำหนักให้ประสบความสำเร็จ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ความรู้ด้านโภชนาการ ได้แก่ ธงโภชนาการ การอ่านฉลากโภชนาการ พลังงานจากอาหาร รวมถึงอาหารทดแทนที่ให้พลังงานต่ำ และให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ การใช้พลังงานในแต่ละวัน หลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน เป็นต้น โดยการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะใช้วิธีการบรรยายควบคู่กับการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรได้เข้าใจในเรื่องต่างๆ เหล่านี้มากขึ้น สอดคล้องกับหลายๆ วิจัยที่ผ่านมา^{9,13,15,16} นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้ตัวแบบ (Modeling) ที่ดีด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาแนะนำและเล่าประสบการณ์การปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการลดน้ำหนักและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป อีกทั้งยังมีการใช้คำพูดชักจูงในการนำใจให้บุคลากรเกิดทัศนคติที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก เช่น ให้กำลังใจบุคลากรที่ยังทำไม่สำเร็จ กล่าวชื่นชมและมอบรางวัลแก่บุคลากรที่ทำสำเร็จ รวมถึงการรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพื่อร่วมกันวางแผนกิจกรรมใหม่ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้บุคลากรโรงพยาบาลรามาธิบดีที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของผกาพรรณ บุญเต็ม¹⁰ และภรดี นิลกรณ์¹¹ ที่ได้ใช้วิธีการให้ความรู้ผ่านตัวแบบที่ดี การกระตุ้นพฤติกรรมโดยการเสริมแรงทางบวกและการให้รางวัลแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. กิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมการกำกับตนเอง ตามแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูรา โดยใช้การสังเกตตัวเอง กระบวนการตัดสินใจและการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดการกำกับตนเองตามแนวคิดข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมสิ่งเร้า การตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย การเตือนตนเองด้วยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับกับตนเอง โดยใช้วิธีการต่างๆ ได้แก่ การฝึกคิดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งบุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะต้องตั้งเป้าหมายของตัวเองและของกลุ่มร่วมกับผู้อื่น รวมถึงรางวัลที่จะให้ตัวเองหากทำได้สำเร็จ กิจกรรมนี้จะทำให้รู้ว่าตัวเองกระทำพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะใด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปตามพฤติกรรมเป้าหมายที่ได้วางไว้ หากไม่ประสบผลสำเร็จ จะต้องมีการกำหนดเป้าหมายใหม่หรือวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเอง สำหรับ



การเตือนตนเองด้วยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม สุขภาพทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายนั้น จะทำให้เราสามารถเปรียบเทียบผลที่ได้จากการกระทำตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ได้จากข้อมูลที่ได้สังเกตและบันทึกไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพของตนเอง จะเห็นได้ว่าการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมสำคัญที่จะทำให้เกิดการกำกับตนเองได้ สอดคล้องกับหลายๆ งานวิจัยที่ผ่านมา^{8-9,12-13,17-18}

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เป็นการตอบสนองของผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและเป็นแรงจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตัวเองต่อไป โดยผู้วิจัยจะมีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ ด้วยการใช้คำชมเชย การยกย่อง รวมถึงการให้รางวัลในกรณีที่บุคลากรสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถลดน้ำหนักได้สำเร็จ และให้กำลังใจแก่บุคลากรที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ ส่งผลให้การกำกับตนเองของบุคลากรโรงพยาบาลรามันที่มีภาวะน้ำหนักเกินสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆ งานวิจัยที่ผ่านมา^{9,13-14}

3. กิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย นำมาซึ่งความสำเร็จในการลดน้ำหนักและการมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ การเลือกซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ การปรุงอาหารที่ถูกหลักอนามัยและการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี โดยบุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะได้ฝึกปฏิบัติด้วย เช่น การจัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพตามโซนสีต่างๆ การเลือกซื้ออาหารให้เหมาะสมกับตัวเอง การเลือกใช้อาหารทดแทนที่ให้พลังงานต่ำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผาผลาญพลังงาน

ในแต่ละวัน การสาธิตวิธีการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดและเดินแอโรบิค เพื่อให้บุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีทักษะและสามารถออกกำลังกายเองได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลให้บุคลากรโรงพยาบาลรามันที่ภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นสอดคล้องกับหลายๆ งานวิจัยที่ผ่านมา^{13,15}

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จัดขึ้นครั้งนี้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและการดูแลตนเอง เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักของบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างดี โดยกิจกรรมจะเน้นด้านการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเอง นำไปสู่การลดน้ำหนักได้สำเร็จ อย่างไรก็ตามแต่ละกิจกรรมจะมีการให้ความรู้เพิ่มเติมให้บุคลากรด้วย และประเมินความรู้จากใบงานและการนำเสนอผลงานในระหว่างการทำกิจกรรม

1.2 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้มีแนวโน้มที่จะทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีการลดน้ำหนักได้สำเร็จ เพราะกิจกรรมที่จัดขึ้นนี้สามารถนำไปปรับให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ อย่างไรก็ตามควรมีโปรแกรมส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนทำการทดลองและหลังทำการทดลองของทั้งสองกลุ่ม



2.2 ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ ที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 Self ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและพฤติกรรม การดูแลตนเองต่อการลดน้ำหนัก ทั้งนี้ควรเน้นกิจกรรมการให้ความรู้โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินให้มากขึ้น รวมถึงกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- นิพนธ์ เสริมพาณิชย์. ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2554;41:199-204.
- World Health Organization. Expert Consultation Appropriate body-mass index for Asian populations and its implication for policy and intervention strategies. Lancet. 2004; 363:157-163.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. สุขภาพคนไทย 2554 : เอเชียเอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด ; 2554.
- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สถานการณ์โรคอ้วน. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2555]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/>
- งานอาชีวอนามัย โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. สรุปผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรามัน ประจำปี 2552. ยะลา: โรงพยาบาลรามัน; 2552.
- งานอาชีวอนามัย โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. สรุปผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรามัน ประจำปี 2555. ยะลา: โรงพยาบาลรามัน; 2555.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model . พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2552.
- กฤษมา สุริยา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- ฐิติมา บำรุงญาติ. ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดน้ำหนักของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
- พกาพรธณ บุญเต็ม. ผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักต่อการลดน้ำหนักของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
- ภารณี นิลกรณ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
- เมตตา คุณวงศ์. ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดน้ำหนักในผู้ที่มีสภาวะอ้วนวัยทอง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ตำบลบ้านคู่อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- วัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน



- การพัฒนาพฤติกรรมการลดน้ำหนักของข้าราชการ
อำเภอหนองบัว จังหวัดเลย. คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
14. อังคินันท์ อินทรกำแหงและคนอื่นๆ. ผลการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตา-บอลิก
ของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ :
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ; 2555.
 15. อัจฉรา คำเชื่อนแก้ว. ประสิทธิภาพของโปรแกรม
ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้มีน้ำหนัก
ตัว เกินมาตรฐาน. คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2552.
 16. อารีรัตน์ สุขโข. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
ต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ
การเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคน
ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขต
เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น;
2546.
 17. Palmeira,A.L., Teixeira,P.J., Branco,T.L.,Martin,S.S.,
Minderico,C.S., Barata,J.T., et al. Predicting
short-term weight loss using four leading
health behavior change theories. [Internet] .
2007 [Available at 2012, November 29].
Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>.
 18. Rejeski,W.J., Mihalko,S.L., Ambrosius,W.T.,
Bearon,L.B. & McClelland,J.W. Weight Loss and
Self-Regulatory Eating Efficacy in Older Adults:
The Cooperative Lifestyle Intervention program.
[Internet]. 2011 [Available at 2012, November
6]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>.
 19. Annesi,J.J. & Gorjala,S. Relations of self-regulation
and self-efficacy for exercise and eating and
BMI change : A field investigation. [Internet] .
2010 [Available at 2012, November 24].
Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>.
 20. Anderson,E.S., Winett,R.A. & Wojcik,J.R. Self-
regulation, self-efficacy, outcome expectations,
and social support: social cognitive theory and
nutrition behavior. [Internet]. 2007 [Available at
2012, November 27]. Available: [http://www.
ncbi.nlm.nih.gov/pmc/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/).



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วย เครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารก ในครรภ์อิเล็กทรอนิกส์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด*

ชลธิลา ราบุรี **
โสภภัทร ศรีไชย ***

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อิเล็กทรอนิกส์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .98 ทำการศึกษาในมารดาที่คลอด ณ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ จ.นครนายก จำนวน 135 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า

1. ภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.66$)
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดา
 - 2.1 น้ำหนักของทารกแรกเกิด จำนวนครั้งของการคลอด และอายุของมารดา (ค่า r อยู่ระหว่าง .368 ถึง .221, $p < .01$) ภาวะแทรกซ้อนของมารดา และดัชนีมวลกาย (ค่า r อยู่ระหว่าง .185 ถึง .197, $p < .05$) มีความสัมพันธ์ กับ ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย
 - 2.2 อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด และเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (ค่า r อยู่ระหว่าง .241 ถึง .220, $p < .01$) อายุ การศึกษา และระยะเวลาในการตรวจ (ค่า r อยู่ระหว่าง .188 ถึง .172, $p < .05$) มีความสัมพันธ์ กับ ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ
 - 2.3 อายุและจำนวนครั้งของการคลอด มีความสัมพันธ์ กับภาวะสุขภาพด้านสังคม (ค่า r อยู่ระหว่าง .335 ถึง .286, $p < .01$)
 - 2.4 ภาวะแทรกซ้อนของมารดา และ การรับทราบผลการตรวจจากเจ้าหน้าที่ (ค่า r อยู่ระหว่าง .235 ถึง .241, $p < .01$) รายได้ จำนวนครั้งของการคลอด และการศึกษา (ค่า r อยู่ระหว่าง .181 ถึง .176, $p < .05$) มีความสัมพันธ์ กับ ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม, เครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อิเล็กทรอนิกส์, ระยะที่หนึ่งของการคลอด, การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์

* วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Factors Related to Holistic Health among Mothers undergone Electronic Fetal Monitoring during the First Stage of Labor*

Chontila Raburee**
Sommapat sornchai***

Abstract

The purpose of this descriptive research was to investigate the relationship between various factors and holistic health in mothers who were undergone electronic fetal monitoring (EFM) during the first stage of labor. Data were collected by using a questionnaire to measure perceived health status of the 135 mothers at the HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Nakhon Nayok. The data were analyzed by descriptive statistics and spearman rank correlation coefficient. The results showed that:

1. Levels of holistic health by perceptions of the mothers who were undergone EFM in first stage of labor's was good (\bar{X} = 3.66).
2. Relationships between exposures and health holistic of the mothers who were undergone EFM in first stage of labor showed that:
 - 2.1 Physical health, including respiratory system, urinary system and labor pain, were related to fetal weight, number of births, maternal age (r values were between .368 to .222, p <.01), maternal complications and maternal body mass index (r values were between .182 to .221, p <.05).
 - 2.2 Mental health, including fear and worry, and confidence, were correlated with gestational age, number of births and fetal heart sounds (r values were between .241 to .220, p <.01), maternal age, maternal education and duration of the test (r values were between .188 to .171, p <.05).
 - 2.3 Social health, including interactions between nurse and mothers and social support, were associated with maternal age and number of births (r values were between .335 to .205, p <.01).
 - 2.4 Spiritual health, including compromise and needs of individuals during the inspection, were correlated with maternal complications and acknowledgement of the test by health personal (r values were between .255 to .241, p <.01), income, number of births and maternal education (r values were between .181 to .176, p <.05).

Keyword : electronic fetal monitoring, holistic health, first stage of labor, correlational study

* Thesis, Master Degree of Nursing Science in Advanced Midwifery, Khon Kaen University.

** Registered Nurse. HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Srinakharinwirot University.

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



ความเป็นมาและความสำคัญ

การคลอดนับเป็นภาวะวิกฤตของมารดาและทารกซึ่งอาจต้องเผชิญอันตรายจากกระบวนการคลอดส่งผลต่อภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดา ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ และส่งผลสะท้อนกลับถึงกระบวนการคลอดที่ดำรงอยู่ ตามวงจร Fear-Tension-Pain¹ ในขณะเดียวกันภาวะสุขภาพทารกแรกเกิดก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภาวะสุขภาพมารดา ดังนั้นจึงนำเอาเครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring) หรือที่เรียกกัน โดยทั่วไปว่าเครื่อง EFM²⁻³ มาใช้ในการประเมินและการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด เนื่องจากเป็นที่ยอมรับในเรื่องประสิทธิภาพและความแม่นยำ ในการทำนายสภาพทารกแรกเกิด ได้ถึงร้อยละ 99²⁻⁶ เครื่อง EFM ที่นิยมใช้อยู่ในประเทศไทย เป็นเครื่องตรวจแบบภายนอก โดยมี 2 หัวตรวจ คือ หัวตรวจที่ใช้วัดระดับความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก และอีกหัวตรวจจะใช้วัดคลื่นเสียงความถี่สูงจากการสะท้อนกลับของเสียงหัวใจทารกในครรภ์ โดยใช้สายรัดไว้บริเวณหน้าท้องของมารดา 2 หัวตรวจ คือ หัวตรวจที่ใช้วัดระดับความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก และอีกหัวตรวจจะใช้วัดคลื่นเสียงความถี่สูงจากการสะท้อนกลับของเสียงหัวใจทารกในครรภ์

งานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นถึงปัญหาและความต้องการที่มีผลต่อภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอดอยู่มีใช้น้อย เช่น ด้านร่างกาย มารดามักถูกจำกัดให้อยู่ในท่าเดียวตลอดเวลาที่ได้รับการตรวจประเมิน เพื่อป้องกันการประเมินผลคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในท่านอนหงายราบ ทำให้มารดารู้สึกอึดอัด แขนงหน้าอก หายใจไม่สะดวก กระวนกระวาย หน้าท้องแข็งเหมือนตัวทารกดันขึ้น ทรมาน ปวดและเจ็บครรภ์มากกว่าเดิม รำคาญสายรัด ปวดปัสสาวะบ่อย⁷⁻⁸ นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างในเรื่องระยะเวลา

เวลาที่ใช้ในการตรวจตั้งแต่ 20-30 นาที หรือติดเครื่องตลอดเวลาจนกว่าจะสิ้นสุดระยะที่หนึ่งของการคลอด ในด้านจิตใจพบว่า มารดามีความเชื่อมั่นในการตรวจด้วยเครื่อง EFM มากกว่าการฟังเสียงหัวใจทารกเป็นครั้ง⁹⁻¹⁰ ส่วนทางด้านสังคม พบว่า ขณะได้รับการตรวจมารดา รู้สึกว่าได้รับการดูแลจากพยาบาลน้อยลง^{6-7,9} นอกจากนี้ การตรวจประเมินด้วยเครื่อง EFM ทำให้มีผลด้านจิตวิญญาณของมารดาด้วย เช่น มารดา รู้สึกว่า พยาบาลมุ่งสนใจไปที่การทำงานของเครื่องมากกว่าความรู้สึกของมารดาขณะตรวจประเมิน นอกจากนี้มารดา ยังรู้สึกไร้อำนาจในการตัดสินใจเลือกการตรวจประเมินที่เหมาะสม⁷⁻⁹ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี จากงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่สามารถตอบได้ว่าขณะทำการตรวจประเมินด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอดนั้น มารดามีภาวะสุขภาพแบบองค์รวมอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพแบบองค์รวมนั้น จึงทำให้ไม่สามารถอธิบายการดูแลที่จำเป็นต่อภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอดได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงภาวะสุขภาพแบบองค์รวม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด เพื่อให้สามารถสร้างความเข้าใจถึงภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อสามารถอธิบายการดูแลมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอดได้อย่างเหมาะสม กับภาวะสุขภาพของมารดา และลักษณะปัจจัยที่มีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ อิเล็กทรอนิกส์ ในระยะที่หนึ่งของการคลอด

สมมติฐานงานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการตั้งครรภ์และการ



คลอด ลักษณะการตรวจประเมินด้วยเครื่อง EFM มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดา ในระยะที่หนึ่งของการคลอด

นิยามศัพท์

เครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์

อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring; หรือ เครื่อง EFM) หมายถึง เครื่องการตรวจประเมินการทำงานของหัวใจทารกในครรภ์ และประเมินการหดตัวของมดลูก แสดงผลและมีการบันทึกไว้อย่างต่อเนื่อง ในที่นี้หมายถึง เฉพาะเครื่องตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ แบบภายนอก

ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

คือ ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด แบ่งเป็น 4 ด้าน ตามกรอบของ Dossey¹¹ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยภาวะดังกล่าว เป็นภาวะที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ภาวะสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งไปจะส่งผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพด้านอื่นด้วยเช่นกัน โดยผู้วิจัยกำหนด เมื่อหากการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นในเชิงบวกทุกกิจกรรม และแบ่งระดับภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง และไม่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด ณ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระหว่างเดือนธันวาคม 2555 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2556

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกตามจุดมุ่งหมาย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการ ใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบทางสถิติ ของ

Cohen¹² กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ ที่ .80 ณ ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 128 คน โดยกันการสูญเสียข้อมูลจึง คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมไว้ทั้งสิ้น 135 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด 3) ลักษณะการตรวจที่ได้รับ 4) แบบวัดภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด เป็นแบบมาตราเรียงอันดับ 5 อันดับ โดยแบ่ง ภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ สุขภาพดี (ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.68 ขึ้นไป) ปานกลางหรือเฉยๆ (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34- 3.67) และไม่ดี (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1- 2.33) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (I-CVI) เท่ากับ .87 และได้นำมาปรับตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ เท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อผู้คลอดจากแผนกห้องคลอด จากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลโดยคัดเลือกมารดาภายหลังที่ได้พักหลังคลอดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ณ แผนกหลังคลอด โดยให้มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที แล้วทำการเก็บแบบสอบถามในภายหลัง เพื่อให้สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ได้จำนวนแบบสอบถามสมบูรณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 135 ชุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยและลงนามยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นอิสระ ผู้วิจัยตรวจสอบความพร้อมของอาสาสมัคร



ก่อนการตอบแบบสอบถาม และตอบข้อสงสัยของอาสาสมัครภายหลังการตอบแบบสอบถามนั้นสิ้นสุดลง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระดับภาวะสุขภาพรวม และ รายด้านวิเคราะห์จากผลรวมเฉลี่ย ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับภาวะสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน (n = 135)	ร้อยละ (100)
อายุของมารดา (ปี)		
< 20 ปี	24	17.78
20 - 35	98	72.59
>35 ปี	13	9.63
Min=14; Max=42; Mean=26; S.D.= 6.45		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา (ป.4-ป.6)	15	11.11
มัธยมศึกษา (ม.1- ม.6)	90	66.66
อนุปริญญาขึ้นไป	30	22.23
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	14	10.37
< 15,000	56	41.48
15,000 - 30,000	54	40.00
> 30,000	11	8.15
Min=0; Max=100,000; Mean=16,121; S.D =13320.15		

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มารดาส่วนใหญ่มีอายุเหมาะสมกับการตั้งครรภ์และการคลอด ดังตารางที่ 1 คือมีอายุอยู่ระหว่าง 20-35 ปี (ร้อยละ 72.59) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 26 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 66.66) รองลงมาคือระดับอนุปริญญาขึ้นไป (ร้อยละ 22.23) และส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 41.48)

2. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงต่ำและการคลอดปกติ ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 2 การคลอดบุตรครั้งนี้เป็นครั้งที่สองหรือสาม (ร้อยละ 54.07) มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 24-30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

(ร้อยละ 50.57) อายุครรภ์ครบกำหนดคลอด (ร้อยละ 85.19) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด (ร้อยละ 80.00) ทารกที่คลอดมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคือ 2,500-3,999 กรัม (ร้อยละ 86.67)



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามประวัติการตั้งครรภ์

รายการ	จำนวน (n = 135)	ร้อยละ (100)
จำนวนครั้งของการคลอดบุตร		
ครั้งแรก	60	44.44
ครั้งที่สองหรือสาม	68	54.07
ครั้งที่สี่ขึ้นไป	7	5.19
การฝากครรภ์		
ฝากครรภ์	133	98.52
ไม่ฝากครรภ์	2	1.48
ดัชนีมวลกาย		
< 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	44	32.59
25- 29.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	68	50.57
> 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	23	17.04
อายุครรภ์ขณะคลอด		
คลอดครบกำหนด	115	85.19
คลอดก่อนกำหนด	20	14.81
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด		
ไม่มี	108	80.00
มี	27	20.00
ได้แก่ Preterm, PIH,Thick meconium, DM, twins		
ทารกแรกเกิดน้ำหนัก		
< 2,500 กรัม	15	11.11
2,500-3,999 กรัม	117	86.67
4,000 กรัมขึ้นไป	3	2.22

Min=1,600; Max=4,200; Mean=2,996 S.D.=441.92

3. ลักษณะการตรวจด้วยเครื่อง EFM ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

ในระยะเวลาหนึ่งของการคลอด ดังตารางที่ 3 มารดาส่วนใหญ่สามารถเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าบนเตียงได้ตามต้องการ (ร้อยละ 65.93) มารดาชอบท่านอนตะแคง มากที่สุด (ร้อยละ 48.88) แต่ท่าที่

มารดาได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM คือท่านอนหงายราบซึ่งเป็นท่าที่มารดาชื่นชอบน้อยที่สุด (ร้อยละ 85.19) เวลาที่ใช้ในการตรวจพบว่า มารดาได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ใช้เวลาน้อยที่สุด 20-30 นาที (ร้อยละ 50.37) ใช้เวลานานที่สุด 1440 นาที และใช้เวลาในการตรวจโดยเฉลี่ยนาน 30 นาที



ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ตามลักษณะการตรวจด้วยเครื่อง EFM ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

รายการ	จำนวน (n = 135)	ร้อยละ (100)
การเคลื่อนไหวร่างกายในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด		
นอนหงายราบบนเตียงอย่างเดียว	41	30.37
เปลี่ยนท่าได้ตามต้องการบนเตียง	84	62.22
ลุกเดินไปมาได้ตามสะดวก	9	6.67
อื่นๆ/ไม่ระบุ	1	0.74
ท่าที่มารดาชอบมากที่สุดในระยะที่หนึ่งของการคลอด		
นอนหงายราบ	25	18.52
นอนหงายศีรษะสูง/นั่งเอน	43	31.86
นอนตะแคง	66	48.88
อื่นๆ/ไม่ระบุ	1	0.74
ท่าทางในขณะที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM		
นอนหงายศีรษะสูง/นั่งเอน	4	2.96
นอนตะแคง	16	11.85
นอนหงายราบ	115	85.19
กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM โดย		
ตรวจครั้งเดียวเมื่อมาถึงห้องคลอด 20-30 นาที	25	18.52
ตรวจ 2-3 ครั้ง เป็นระยะๆ	44	32.59
ตรวจต่อเนื่องจนเข้าสู่ระยะคลอด	65	48.15
อื่นๆ/ไม่ระบุ	1	0.74
ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM นาน (นาที)		
20-30	77	57.04
40-120	34	25.18
121-240	10	7.41
241-1440	14	10.37

4. ภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด

ภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดา

อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.66) ดังตารางที่ 4 คือ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านร่างกายสูงสุด (\bar{x} = 3.84) รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และ ด้านสังคม (\bar{x} = 3.77, 3.59 และ 3.40 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนรวม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของมารดาที่ได้รับ การตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด

ภาวะสุขภาพ	คะแนนรวม	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ภาวะสุขภาพโดยรวม ค่า S.D. 0.50	19748	3.66		ปานกลาง
ด้านร่างกาย	5685	3.84	0.31	ดี
ด้านจิตใจ	4585	3.77	0.33	ดี
ด้านสังคม	4597	3.40	0.32	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	4857	3.59	0.30	ปานกลาง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ของมารดาที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด

5.1 ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ผู้วิจัยเสนอผลวิจัยตามระบบร่างกาย ดังต่อไปนี้

1) ระบบกล้ามเนื้อและระบบทางเดินอาหารพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ศึกษา ($p > .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ขณะที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM มารดามีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คือ มารดาไม่รู้สึกร้อนหรือมีเหงื่อออกมากขึ้นรวมทั้งไม่มีอาการคลื่นไส้หรืออยากอาเจียน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมารดาส่วนใหญ่ได้รับการตรวจในช่วงระยะเวลาสั้นๆ คือ 20-30 นาทีและมีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศและมีพัดลมเสริมให้มารดาแต่ละราย จึงทำให้มารดาไม่รู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างไปจากการรอคลอดตามปกติ

2) ระบบหายใจ พบว่า จำนวนครั้งของการคลอด และน้ำหนักของทารกแรกเกิด มีความสัมพันธ์กับ ความรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ($r = .221$ และ $-.182$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดัชนีมวลกายและน้ำหนักทารกแรกเกิด มีความสัมพันธ์กับ ความรู้สึกอึดอัด ($r = .202$ และ $-.184$, $p < .05$ ตามลำดับ) จำนวนครั้งของการคลอดและภาวะแทรกซ้อนของมารดา มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรำคาญสายรัด ($r = .228$, $p < .01$ และ $.214$, $p < .05$ ตามลำดับ) และภาวะแทรกซ้อนของมารดา น้ำหนักของทารก

แรกเกิด และ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่สุขสบาย ($r = .215$, $-.205$ และ $-.197$, $p < .05$ ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายโดยเฉพาะในส่วนของมดลูกที่มีการขยายใหญ่ และเป็นตำแหน่งที่ติดสายรัดของเครื่องตรวจ ทำให้มารดาที่มีขนาดของหน้าท้องใหญ่หรือไม่เคยได้รับการตรวจมาก่อนจะมีความรู้สึก แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก อึดอัด และไม่สุขสบายมากกว่า สอดคล้องกับ Irvine & Shaw¹³ พบว่า มารดากลุ่มที่มีภาวะอ้วนมีปัญหาการใช้เครื่อง EFM แบบภายนอก เนื่องจากการส่งผ่านสัญญาณหรือคลื่นความถี่ของสัญญาณต้องผ่านเนื้อเยื่อจำนวนมากของมารดาทำให้มีปัญหาในการตรวจด้วยเครื่องและการแปลผล ดังนั้นผลการตรวจที่ได้จึงมักขาดคุณภาพทำให้มารดาได้รับการตรวจนานกว่าปกติหรือถูกจำกัดให้อยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน ทำให้มารดารับรู้ความรู้สึกอึดอัด ไม่สุขสบายยิ่งขึ้น ดังนั้น การตรวจด้วยเครื่อง EFM ในมารดาที่มีดัชนีมวลกายมาก ควรหลีกเลี่ยงการตรวจเป็นเวลานานๆ หรือควรมีการเว้นระยะการตรวจเพื่อให้มารดาสามารถเปลี่ยนท่าเพื่อลดความเมื่อยล้าระหว่างการตรวจได้

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนมีความรู้สึกสุขสบายมากกว่า หรือมีความรู้สึกแน่น อึดอัด หายใจไม่สะดวกขณะได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM น้อยกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากผลการศึกษานี้ แตกต่างจาก Niven¹⁴ ที่พบว่า



มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ จะมีภาวะเครียดสูงกว่ามารดาที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มระดับการรับรู้ความเจ็บปวดที่สูงขึ้น และมักจะได้รับ การตรวจต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน น่าจะมีผลต่อความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบายขณะตรวจได้ อาจอธิบายได้ว่า มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน มีความเข้าใจและยอมรับแผนการรักษา และมีความเป็นห่วงสุขภาพทารกในครรภ์มากกว่า จึงทำให้มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนกลับมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายดีกว่ากลุ่มมารดาที่มีการตั้งครรภ์ปกติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้จำนวนมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมีน้อย (ร้อยละ 17.88 ของกลุ่มตัวอย่าง) จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในโอกาสต่อไปเพื่ออธิบายถึงเหตุปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลกับภาวะสุขภาพ

3) ภาวะเจ็บครรภ์คลอด พบว่า น้ำหนักของทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์ กับมารดา รู้สึกปวดบริเวณหลังและบั้นเอว มีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น ($r = -.368$ และ $r = -.221$, $p < .01$) และอายุของมารดา มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังและบั้นเอว และอาการปวดบริเวณที่ติดหัวตรวจ ($r = .188$ และ $r = .221$, $p < .05$) ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของมารดาสัมพันธ์กับการขยายของมดลูก เพื่อรองรับน้ำหนักของทารกในครรภ์ที่มีน้ำหนักมาก เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด จะทำให้มีการหดตัวของมดลูกเพื่อขับทารกออกมา มารดาจึงรู้สึกเจ็บครรภ์ในขณะที่ได้รับการตรวจมากกว่าปกติ ซึ่งตรงข้ามกับ Klostergaard¹⁵ ที่พบว่า น้ำหนักของทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวดในการคลอดของมารดาครรภ์แรก

4) ระบบสืบสาวะ พบว่า จำนวนครั้งของการคลอด และน้ำหนักของทารกแรกเกิด มีความสัมพันธ์กับมารดา รู้สึกปวดสืบสาวะบ่อยขึ้น ขณะได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ($r = .223$, $p < .01$ และ $r = -.185$, $p < .05$ ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ตามการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของ

มารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด Ward & Hisley¹⁶ พบว่า มารดาจะมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะในระยะที่หนึ่งของการคลอด เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณท่อนำเดินปัสสาวะบวมจากแรงกดของส่วนนำของทารก ซึ่งถ้าทารกในครรภ์มีน้ำหนักมาก จะส่งผลให้มารดามีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะมากขึ้น ดังนั้น การดูแลในระยะนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลในเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ และกระตุ้นให้มารดาลุกเข้าห้องน้ำเพื่อปัสสาวะด้วยตนเองในรายที่ไม่มีข้อห้าม แต่ในมารดาที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการตรวจด้วยเครื่อง EFM ควรเว้นระยะการตรวจเพื่อให้มารดาสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ด้วยตนเอง

5.2 ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ผู้วิจัยเสนอผลใน 2 ประเด็น ดังนี้

1) ความรู้สึกกลัวและกังวล พบว่า อายุครรภ์ เสียงที่ได้ยิน ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจและการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับ กลัวและกังวลลดลง หรือรู้สึกคลายกังวลเพราะรับรู้สภาพของทารกในครรภ์ ($r = -.235$, $P < .01$, และ $r = .201$, $.176$ และ $.172$, $p < .05$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับ อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอดมีความสัมพันธ์กับความ รู้สึกคลายกังวลเมื่อรับทราบผลการตรวจ จากเสียงหัวใจทารกในครรภ์ จากกราฟ และ จากการสังเกตท่าทางของเจ้าหน้าที่ ($r = -.235$, และ $.241$, $p < .01$ ตามลำดับ) การรับทราบผลการตรวจจากเสียง อายุของมารดา การศึกษาของมารดา และระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ มีความสัมพันธ์กับลักษณะความชัดเจนของเสียงที่ได้ยิน ($r = .201$, $.188$, $-.183$, และ $.176$, $p < .05$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับ ศุภรัตน์ชาญวิรัตน์⁹ ที่พบว่า มารดาสามารถรับรู้การมีชีวิตของทารกในครรภ์ได้ด้วยตนเองจากเสียงที่ได้ยินจากเครื่อง EFM ดังนั้น ในระหว่างการตรวจด้วยเครื่อง EFM จึงควรเปิดเสียงให้มารดาได้ยินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ได้อย่างชัดเจน เหมาะสมกับมารดาแต่ละราย เพื่อลดความกลัวและกังวลของมารดาที่ได้รับการตรวจประเมินด้วยเครื่อง EFM

2) ความเชื่อมั่นในการใช้เครื่อง EFM พบว่า อายุครรภ์ ลักษณะความชัดเจนของเสียงที่ได้ยิน และระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ กับ มารดารู้สึกอุ่นใจ มั่นใจ และเกิดกำลังใจ ว่าทารกในครรภ์จะปลอดภัย ($r = -.220, .186$ และ $.171$ $p < .05$ ตามลำดับ) เนื่องจากมารดาสามารถรับรู้การมีชีวิตของทารกในครรภ์ได้จากเสียงที่มารดาได้ยิน และมีความเชื่อมั่นในเทคโนโลยีที่ใช้ในการตรวจ สอดคล้องกับ Altaj et al.⁹ พบว่า มารดาที่มีความเชื่อถือการใช้เครื่อง EFM ในการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เนื่องจากเชื่อว่าเครื่อง EFM เป็นเครื่องมือที่บ่งชี้ภาวะสุขภาพของทารกได้ดีที่สุดในขณะนั้น

5.3 ภาวะสุขภาพด้านสังคม ผู้วิจัยเสนอผลใน 2 ประเด็น ดังนี้

1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับมารดา พบว่า จำนวนครั้งของการคลอด มีความสัมพันธ์กับ ขณะตรวจมารดาที่มีความรู้สึกอ้างว้างหรือรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ($r = .286$, $p < .01$) สอดคล้องกับ Rouhe et al.⁴ ที่พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการก่อกวนการคลอด กล่าวคือ มารดาครรภ์แรกจะมีระดับความกลัวรุนแรงกว่ามารดาที่เคยผ่านการคลอด ดังนั้น พยาบาลควรมีแนวทางในการดูแลมารดาครรภ์แรกเป็นพิเศษ เช่น ฝ้าดูแลในระหว่างการตรวจด้วยเครื่อง EFM หรือตรวจเยี่ยมบ่อยครั้งกว่ามารดาที่เคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว

2) แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับ การตรวจด้วยเครื่อง EFM ทำให้มารดารู้สึกอุ่นใจเหมือนมีเพื่อนมาอยู่ด้วย ($r = -.205$, $p < .05$) ในทางตรงกันข้าม อายุและจำนวนครั้งของการคลอด มีความสัมพันธ์ กับ ความต้องการเพื่อนญาติหรือคนใกล้ชิดมาอยู่ด้วยขณะตรวจ ($r = .335$ และ $.301$, $p < .01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าอายุที่แตกต่างกันหรือประสบการณ์ที่แตกต่างกันมีผลให้มีความต้องการเพื่อนแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Rouhe et al.¹⁷ พบว่า มารดาครรภ์แรก จะมีระดับความกลัวที่รุนแรงกว่า มารดาจึงต้องการแรงสนับสนุน

จากสังคมมากกว่า ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้การดูแล หรือมีการตรวจเยี่ยมบ่อยครั้งกว่ามารดาที่เคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว ระหว่างการตรวจด้วยเครื่อง EFM

5.4 ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยเสนอผลใน 2 ประเด็น ดังนี้

1) การถูกกลตทอนความเป็นบุคคล พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของมารดา รายได้ของมารดา จำนวนครั้งของการคลอด และการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ กับ มารดาไม่อำนาจในการตัดสินใจรับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ($r = -.255$, $p < .01$, $r = .181$, $.177$ และ $.176$, $p < .05$ ตามลำดับ) Hindley et al.⁷ ได้อธิบายว่า การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอมีผลต่อความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยตนเอง ดังนั้น จึงควรมีแนวทางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ให้มารดาทราบก่อนการตรวจทุกครั้งและให้โอกาสในการตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจด้วย

2) ความต้องการระหว่างการตรวจ พบว่า จำนวนครั้งของการคลอด และการแจ้งผลการตรวจโดยเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับ ความต้องการข้อมูลที่เพียงพอก่อนการตรวจ และความต้องการทราบผลการตรวจ ($r = .246$ และ $.241$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังนั้น ในการตรวจด้วยเครื่อง EFM จึงควรอธิบายถึงการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง EFM อย่างชัดเจนก่อนการตรวจ และมีแนวทางแจ้งผลการตรวจที่มีความชัดเจนถูกต้องเพื่อให้มารดาเข้าใจ และยินยอมรับการตรวจด้วยความเต็มใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในด้านการปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด

1.1 ด้านร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงการตรวจต่อเนื่องตลอดเวลาเป็นเวลานาน หรือถ้ามีความจำเป็นต้องตรวจเป็นเวลานาน ควรหาแนวทางอื่นๆ



เพื่อลดความรู้สึกลึกลับและไม่สุขสบายและเจ็บปวด

1.2 ด้านจิตใจ ควรเปิดเสียงให้มารดาได้ยินอย่างชัดเจน และอธิบายให้มารดาทราบด้วยว่าเป็นเสียงอะไรและมีความสำคัญอย่างไร

1.3 ด้านสังคม ควรอยู่เป็นเพื่อน หรือตรวจเยี่ยมมารดาเป็นระยะ และเปิดโอกาสให้ญาติเฝ้ามารดาในขณะที่ตรวจด้วย

1.4 ด้านจิตวิญญาณ ควรกำหนดแนวทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการและผลการตรวจที่ถูกต้องชัดเจน และเปิดโอกาสให้มารดาพร้อมตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยซ้ำเพื่อทำความเข้าใจภาวะสุขภาพแบบองค์รวมในกลุ่มมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM ในระยะที่หนึ่งของการคลอด เนื่องจากการศึกษานี้มีสัดส่วนของมารดาในกลุ่มดังกล่าวน้อย จึงเป็นข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Dunn MP. Dr Grantly Dick-Read (1890-1959) of Norfolk and natural childbirth. *ADC* 1994; 71: F145-F146.
- Low JA. Predictive value of electronic fetal monitoring for intrapartum fetal asphyxia with metabolic acidosis. *Obstetrics & Gynaecology* 1999; 93(2): 285-291.
- Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S. Admission cardiocography: A randomised controlled trial. *The Lancet* 2003; 361: 465-70.
- Freeman KR, Garite JT, Nageotte PM. *Fetal heart rate monitoring*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1991.
- Schmidt JV, McCartney PR. History and development of fetal heart assessment: A composite. *JOGNN* 2000; 29: 295-305.
- Sinclair M. Midwives' attitudes to the use of the cardiotocograph machine. *JAN* 2001; 35(4): 599-606.
- Hindley C, Hinsliff SW, Thomson AM. English midwives' view and experiences of intrapartum fetal heart rate monitoring in women at low obstetric risk: conflicts and compromises. *JAN* 2006; 51(5): 354-360.
- ศุภลรัตน์ ชาญวิรัตน์. ประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจประเมินด้วยเครื่องบันทึกการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์แบบอิเล็กทรอนิกส์ในระยะรอคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2555; 35(3): 1-9.
- Altaf S, Oppenheimer C, Shaw R, Waugh J, Dixon-Woods M. Practices and views on fetal heart monitoring: a structured observation and interview study. *BJOG* 2006; 113 : 409-418.
- Hindley C, Hinsliff SW, Thomson AM. Pregnant women's views about choice of intrapartum monitoring of the fetal heart rate: a questionnaire survey. *IJNS* 2006; 45(2): 224-31.
- Dossey BM, Guzzetta CE. Holistic nursing practice. In Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE. (Eds.). *Holistic nursing: A handbook for practice* (4th ed.). London: Jones and Bartlett Publish, Inc. 2005.
- Cohen J, Cohen P, West GS, Aiken SL. *Applied multiple regression/correlation analysis for behavioral sciences* 3rd ed. London: Lawrence Erlbaum associates; 2003.
- Irvine L, Shaw R. The impact of obesity on obstetric outcomes. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2006; 16: 242-246.



14. Niven C, Murphy-Black T. Memory for labour pain: A review of literature. *Birth* 2000; 27(4): 244-253.
15. Klostergaard MK, Terp RM, Poulsen C, Agger OA, Rasmussen LK. Labor pain in relation to fetal weight in primiparae. *EJOG* 2001; 99: 195-198.
16. Ward S, Hisley S. *Maternal-child nursing care: optimizing outcomes for mothers, children and families*. Philadelphia: F.A. Davis. 2009.
17. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halm-esmki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009; 116: 67-73.



ประสิทธิผลของการใช้รอกต่อคุณภาพชีวิต การพัฒนาศักยภาพกล้ามเนื้อ และความพึงพอใจของผู้พิการทางกายและเคลื่อนไหว

บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ*

บทคัดย่อ

ในการสำรวจคนพิการทั่วประเทศจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 พบว่าประชากร 65.5 ล้านคนมีคนพิการ 1.9 ล้านคนมีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1.8 ล้านคนผู้พิการส่วนใหญ่เป็นผู้พิการทางกาย และการเคลื่อนไหวส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รอกต่อคุณภาพชีวิต การพัฒนาศักยภาพกล้ามเนื้อ และความพึงพอใจของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวโดยใช้รอกที่สามารถผลิตขึ้นใช้เองในชุมชนเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อของผู้พิการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวระดับ 3 และ 4 ทั้งหมดในชุมชน จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยแจกแจงความถี่ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pair T-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 41-60 ปี แต่งงานแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ คุณภาพชีวิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีโดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.64 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.71 ทั้งนี้มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง (3.96 และ 4.03) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านความเป็นอิสระของบุคคลทั้งก่อนและหลังการทดลอง (3.21 และ 3.28) ศักยภาพกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.25 และ 4.4 ตามลำดับ ความพึงพอใจหลังการทดลองอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.53 การเปรียบเทียบศักยภาพกล้ามเนื้อและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาอุปกรณ์สำหรับผู้พิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการและนำความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้พิการ, รอก



Effects of Reel Utilization on Quality of Life, Muscle Potential Development, and Satisfaction of People with Disability

Bampen Phongphetdit*

Abstract

In the Year B.E. 2550 the Office for National Statistics revealed that of the total population of 65.5 million, 1.9 million people had some forms of disability. A majority of the latter was physically disabled. This affects their ability to perform daily activities and increases dependency. This Quasi-Experimental Research was conducted to examine effects of reel utilization on quality of life, muscle potential development, and satisfaction of people with disability. These reels were produced in the community to help the people with disabilities to improve their muscle strength. The sample included 20 people with physical disability and mobility levels 3 and 4 in a community. The data were analyzed using frequency distribution, means and standard deviations were calculated and comparisons of pretest-post-test scores were made using paired t-tests.

The results showed that the experimental group consisted of mostly females between 41–60 years old, were married, had graduated elementary school, and were unemployed. It was found that the mean score of quality of life was high and improved from 3.64 at the pretest to 3.71 at the posttest. The highest mean scores of quality of life were in the category of physical aspect, for both before and after the experiment (3.96 and 4.03) and the lowest scores were in the independence of individuals to movement both before and after the experiment (3.21 and 3.28). Muscle potential was also improved from 4.25 to 4.41. The satisfaction after the experiment was good with a mean score of 4.53. The significant differences were found for the comparison of the muscle potential and quality of life before and after the experiment ($p < 0.01$).

Suggestion: Reels should be recommended for rehabilitation of people with physical disability.

Key words : quality of life, muscle potential development, reels and people with disability, people with disability.

* Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi



ความเป็นมาและความสำคัญ

การสำรวจคนพิการทั่วประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2550¹ พบว่า มีคนพิการ 1.9 ล้านคน และคนพิการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1.8 ล้านคน คนพิการที่ไม่ได้ทำงาน สูงถึงร้อยละ 64.8 หรือ 1.2 ล้านคน ทำให้ต้องเร่งเข้าไปพัฒนาศักยภาพ นอกจากนี้ คนพิการจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือการบริการสุขภาพตามสิทธิที่มีอยู่และระบบการบริการสุขภาพก็ยังไม่มีการประกันการเข้าถึงข้อมูลและการบริการตามสิทธิที่มีอยู่ได้ ทำให้คนพิการมองสุขภาพเป็นเรื่องที่ต้องรอให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพก่อนจึงรักษามากกว่าการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังขาดองค์ความรู้ที่จำเป็นและจำเพาะในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ

ปัจจุบันสังคมไทยเปิดโอกาสและยอมรับในความรู้ ความสามารถของผู้พิการมากขึ้นกว่าในอดีต ทำให้ผู้พิการส่วนหนึ่งสามารถยืนหยัดอยู่ร่วมกับบุคคลทั่วไปในสังคมได้อย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี ทั้งนี้ตัวของผู้พิการเองก็ต้องมีทัศนคติที่ถูกต้องและพยายามอย่างเต็มความสามารถที่จะดูแลและช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ประกอบกับองค์การอนามัยโลกได้ริเริ่ม Community-Based Rehabilitation (CBR)² หมายถึง การสร้างเสริมสมรรถภาพความสามารถของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้นโดยอาศัยวิธีการทางการแพทยการศึกษาสังคมและการฝึกอาชีพเพื่อให้นักพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนทั่วไปหรือการพัฒนาคนพิการโดยชุมชนซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นการสร้างและสนับสนุนให้ชุมชนซึ่งเป็นสถาบันหลักหนึ่งในสังคมเป็นฐานในการพัฒนาคนพิการ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาซึ่งเราสามารถค้นพบศักยภาพและภูมิปัญญาที่ทรงคุณค่ามากมายอยู่ในชุมชน ข้อดีของการพัฒนาและฟื้นฟูคนพิการโดยชุมชนมีหลายประการประการแรกเป็นการประหยัดและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการช่วยเหลือคนพิการ ผู้ด้อยโอกาสเนื่องด้วยการใช้แนวทางการพัฒนาคนพิการโดยชุมชนเป็นการประหยัดกว่าการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ ศูนย์

หรือบ้านพักคนพิการเป็นอย่างมาก เพราะไม่ต้องจ่ายค่าเงินเดือนบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญ ค่าสาธารณูปโภค ค่าอาหาร ฯลฯ แต่เน้นที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในชุมชน เช่น สมาชิกในครอบครัวของคนพิการ อาสาสมัครในชุมชนสามารถช่วยเหลือ และฝึกคนพิการได้ หากได้รับการฝึกฝนอย่างดีพอ อุปกรณ์ที่ใช้สามารถประยุกต์จากของใช้พื้นบ้านในท้องถิ่นประการที่สองการพัฒนาคนพิการโดยชุมชนเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเองคนในชุมชนได้เรียนรู้ได้ฝึกปฏิบัติร่วมกันให้สามารถบริหารจัดการโครงการหรือกิจกรรมด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้ ซึ่งประสบการณ์บทเรียนดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับงานพัฒนาชุมชน พัฒนากลุ่มผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ได้เป็นอย่างดีอีกด้วย และประการสุดท้ายเป็นการสนับสนุนให้คนพิการได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างกลมกลืนกับสังคมชุมชนโดยไม่แปลกแยกซึ่งจะทำให้คนพิการได้อยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชนและสังคมอย่างมีความสุขแทนที่จะต้องย้ายตัวเองไปอยู่ในสถานสงเคราะห์หรือบ้านพักคนชราและใช้ชีวิตที่มีวิถีชีวิตแตกต่างจากเดิมอย่างสิ้นเชิง

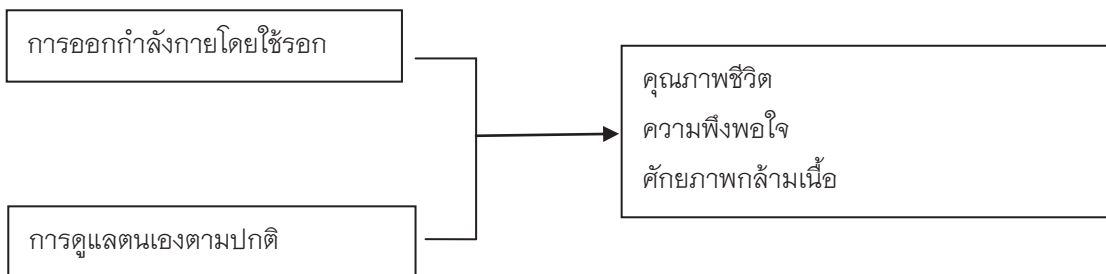
จากการศึกษาข้อมูลงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้พิการ³ ส่วนใหญ่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว โดยเป็นมาแต่กำเนิดและหลังจากประสบอุบัติเหตุมากกว่าห้าปี ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ผู้พิการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงญาติหรือมารดาที่เป็นผู้สูงวัย³ บางคนต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านคนเดียวในตอนกลางวันโดยญาติเตรียมหาอาหารข้าวของเครื่องใช้วางไว้ใกล้ๆ ที่สามารถหยิบเองได้ สังคมยังไม่มีการดูแลผู้พิการอย่างจริงจัง ส่วนใหญ่จะต่างคนต่างอยู่ ผู้พิการที่สามารถออกจากบ้านเพื่อทำงานหารายได้จากการรับจ้างทำงานเล็กน้อย บางรายไม่สามารถทำงานได้ต้องเป็นภาระของครอบครัวซึ่งมีฐานะยากจน กลุ่มคนพิการที่ยังไม่ได้รับการส่งเสริมการฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการส่วนใหญ่ต้องการช่วยเหลือตัวเองได้เพื่อลดภาระของครอบครัว 2 ด้านการเข้าถึงการให้บริการด้านสุขภาพน้อยเนื่องจากการเดินทางลำบากและไม่มี



ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ถ้าเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็จะรักษาตนเอง ผู้พิการฟื้นฟูด้านร่างกายโดยใช้คานบ้านหรือการดึงเชือกขึ้นลงเพื่อการเคลื่อนไหว การได้รับกายอุปกรณ์³ เช่น แขนเทียมซึ่งไม่เหมาะสมกับความ ต้องการและสภาพของผู้พิการ การดูแลช่วยเหลือ เกื้อกูลกันในชุมชนยังมีน้อย จะดูแลกันเองในครอบครัวเท่านั้น ผู้พิการยังมีบทบาททางสังคม ผู้ที่ไปไหนไม่ได้ บทบาททางสังคมก็จะลดลง การได้รับสวัสดิการต่างๆ ไม่ทั่วถึง ส่วนใหญ่ได้รับเพียงสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลส่วนน้อยได้รับเบี้ยยังชีพและเงินช่วยเหลือครอบครัว⁴

ดังนั้นจากความต้องการของผู้พิการที่ต้องการช่วยตนเองไม่ยอมเป็นภาระคนอื่นต้องการมีงานทำแต่ไม่สามารถเคลื่อนที่ไปไหนได้ ขาดการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้รับอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับตน⁵ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวโดยใช้รถที่สามารถผลิตและสร้างขึ้นใช้เองในชุมชน ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสร้างรูปแบบรถจากแนวคิดของระบบจักรอกซึ่งทำจากเหล็กในการดัดยกของในโรงพยาบาลหรือตามแหล่งต่างๆ ที่ใช้ประโยชน์จากรอกนำมาพัฒนาปรับปรุงให้สามารถใช้แรงให้เกิดการเคลื่อนไหวทั้งแขนและขาตามลักษณะความพิการที่ต้องการพัฒนากล้ามเนื้อ ดังนั้นผู้พิการไม่ว่าจะเป็นแขนหรือขาก็สามารถนำรถมาใช้พัฒนากล้ามเนื้อได้ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการให้สามารถฟื้นฟูกล้ามเนื้อส่วนที่ยังดีจนสามารถเคลื่อนไหวและช่วยตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ทำงานเพื่อหารายได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว การพัฒนารอกเน้นให้มีความปลอดภัยและเคลื่อนย้ายเพื่อให้คนอื่นที่มีความต้องการนำไปใช้ได้โดยไม่ต้องทำหรือซื้อใหม่ ทั้งนี้เพื่อการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเกิดการแบ่งปันทรัพยากรที่มีอยู่ซึ่งสามารถส่งเสริมสุขภาพผู้พิการและยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้พิการให้เกิดขึ้นภายใต้ความต้องการของผู้พิการ การมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้พิการก่อนและหลังการใช้รถอก
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบศักยภาพกล้ามเนื้อก่อนและหลังการใช้รถอก
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้พิการหลังการใช้รถอก

สมมติฐานของการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้พิการหลังการใช้รถอกออกกำลังกายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการใช้รถออกกำลังกาย
2. ภายหลังการออกกำลังกายด้วยรถอกผู้พิการมีความพึงพอใจต่อการใช้รถอก
3. ศักยภาพกล้ามเนื้อหลังการใช้รถอกออกกำลังกายมีขนาดและความแข็งแรงมากกว่าก่อนการออกกำลังกายด้วยรถอก



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและภายหลังการทดลองตามแบบประเมินและเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้พิการภายหลังการทดลองตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ประชากรคือผู้พิการที่ได้ขึ้นทะเบียนมารับบริการสุขภาพในเขตตำบลหนองรี จังหวัดราชบุรี มีจำนวน 151 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยผู้พิการที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือมีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวระดับที่ 3 และ 4 เป็นความพิการครึ่งซีกขาหรือข้อมือหรือครึ่งล่างที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวมีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับดีพบว่าผู้ที่มีคุณสมบัติแบบเจาะจงจำนวน 20 คน และทุกคนสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุขและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี และพิทักษ์สิทธิและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เคารพและไม่ล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการวิจัย การจดบันทึกเปิดโอกาสให้ซักถามผู้วิจัยได้ตลอดจนการตัดสินใจอย่างอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

2. คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลแสดงออกถึงการยอมรับ ให้เกียรติและมีความจริงใจต่อผู้ให้ข้อมูล

3. ไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลที่อ้างอิงถึงความเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งของผู้ให้ข้อมูล การลงบันทึกต่างๆ จะใช้รหัสซึ่งรู้ได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

4. รักษาข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไว้เป็นความลับ

โดยเก็บข้อมูลไว้ในตู้เก็บเอกสารการวิจัยที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

5. ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

การสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้โดยพัฒนาแบบประเมินกำลังของกล้ามเนื้อตามมาตรฐานของ ASIA แบบประเมินนวัตกรรม โดยพัฒนาจากแบบประเมินนวัตกรรมของ รศ. ดร. มนลธิ ลิทธิสมบุรณ์⁵ ภาควิชาศีกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการพัฒนามาจากคุณภาพชีวิตของผู้พิการตามองค์การอนามัยโลก (WHO)⁶ และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมบริการกล้ามเนื้อเพื่อผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว⁷ พัฒนามาจากระบบฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมสำนักงานวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดด้านคุณภาพและบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มคน แบบประเมินมี 3 ตอน คือตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้รถ / ความพึงพอใจต่อการใช้รถและตอนที่ 3 เชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

การหาคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยจะนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นและอุปกรณ์รถที่พัฒนาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ท่าน ถ้าได้ค่ามากกว่า .80 ถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงในการวัดและสามารถใช้ในงานวิจัยนี้ได้ ส่วนแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) นั้น ผู้วิจัยจะให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้พิการ และนักวิชาการการวิจัย รวมจำนวน 3 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ แล้วผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2555 ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2556 มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ขออนุญาตจากผู้อำนวยการฯ เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน



ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอข้อมูลรายชื่อผู้พิการในพื้นที่ และขอให้เจ้าหน้าที่ของสถานีนอนามัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประชาสัมพันธ์การวิจัย โดยมอบใบแนะนำการศึกษาวิจัย เอกสารรายละเอียดการวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว แจงรายละเอียดการวิจัย ขอคำยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้พิการที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินฯ ขออนุญาตสัมภาษณ์และขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพร้อมบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสรุปผลการดำเนินงาน คืนกลับข้อมูลสู่ชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถาม นำมาหาค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ ร้อยละของข้อมูลที่มีผลการประเมินในระดับดีถึงดีมาก (4, 5) เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดย Pair T-TEST วิเคราะห์เชิงเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจากแบบสัมภาษณ์

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 อายุ 61 ปีขึ้นไปจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 แต่งงานแล้วจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	S.D.	%	\bar{x}	S.D.	%
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	3.96	.75	63	4.03	.40	67
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	3.52	.61	55	3.57	.36	67
คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอิสระของบุคคล	3.21	.32	46	3.28	.35	47
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.35	.56	41	3.37	.60	43
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	3.89	.73	69	3.99	.68	72
คุณภาพชีวิตด้านความเชื่อส่วนบุคคล	3.95	.74	72	4.06	.74	80
รวม	3.64	.61	57.67	3.71	.52	62.67

ตารางที่ 1 กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยอยู่ในระดับดีโดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .61 คิดเป็นร้อยละ 57.67 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 3.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .52 คิดเป็นร้อยละ

62.67 โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง (3.96 และ 4.03) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านความเป็นอิสระของบุคคลทั้งก่อนและหลังการทดลอง (3.21 และ 3.28)



ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของศักยภาพกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

ลำดับ	รายการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
		\bar{x}	S.D.	%	\bar{x}	S.D.	%
1	น้ำหนัก (กก.)	49.80	.27	-	48.60	.16	-
2	กล้ามเนื้อ (ขนาดเส้นรอบวงแขน ซ. ... ซม.)	27.00	.65	52.5	28.30	.88	63.10
3	แรงบีบมือ	16.30	.65	42.5	18.30	.58	51.20
4	ความสามารถในการยกของหนัก(+1- +5)	2.25	.70	20	2.25	.44	20.00

ตารางที่ 2 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีน้ำหนัก 49.80 กก. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .27 แต่หลังทดลองน้ำหนักลดลงเหลือ 48.60 กก. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .16 โดยก่อนการทดลองเส้นรอบวงแขน 27.00 ซม. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .65 แรงบีบมือ 16.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .65 แต่หลังทดลองเส้นรอบวงแขนเพิ่มขึ้นเป็น 28.30 ซม. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .88 แรงบีบมือเพิ่มขึ้นเป็น 18.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .58 ส่วนค่าความสามารถในการยกของหนักมีการเปลี่ยนแปลงน้อย

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

ลำดับ	ข้อความ	หลังการทดลอง		
		\bar{x}	S.D.	%
1	รอกมีความสะดวกต่อการใช้งานใช้ได้ง่าย	4.00	.64	80
2	รอกมีความปลอดภัย	3.75	.55	70
3	รอกมีความทนทาน	3.70	.57	65
4	รอกมีความคุ้มค่าต่อการใช้งาน	4.20	.83	75
5	รอกสามารถช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อได้	4.30	.80	80
6	รอกมีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการใช้ในชีวิตรประจำวัน	4.35	.67	90
7	รอกเป็นเครื่องมือที่สามารถทำเองได้	3.70	.65	60
8	รอกมีราคาเหมาะสมกับอุปกรณ์	3.50	.68	50
9	จะแนะนำให้ผู้อื่นใช้ด้วย	4.45	.66	95
10	ความพึงพอใจต่อรอกโดยภาพรวม	4.30	.72	85
	รวม	4.03	.68	75



ตารางที่ 3 กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์รวม ภายหลังจากการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .68 คิดเป็นร้อยละ 75

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของความคิดเห็น เกี่ยวกับการใช้รอกก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	%	\bar{X}	S.D.	%
รูปแบบ	3.47	.69	58	3.80	.69	78
รูปแบบของรอกมีความเหมาะสม	3.65	.67	55	3.90	.71	70
วัตถุประสงค์การใช้งานชัดเจน	3.85	.67	70	4.30	.47	100
หลักการ/แนวคิดมีความเหมาะสม	3.50	.76	45	3.80	.61	70
มีคู่มือการใช้งานชัดเจน/อ่านง่าย	3.00	.56	85	3.35	.48	100
อุปกรณ์หาง่าย /ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น	3.35	.81	35	3.65	.74	50
การนำไปใช้งาน	3.62	.65	53	3.80	.69	64
สะดวก/พกพาง่าย	3.30	.65	30	3.55	.75	50
คงทน/ปลอดภัย	3.55	.60	50	3.60	.59	55
นำใช้/สวยงาม	3.45	.58	45	3.75	.71	60
ประหยัด /ไม่สิ้นเปลืองทรัพยากร	3.90	.64	75	3.90	.64	75
มีประโยชน์กับสุขภาพ/ช่วยพัฒนากล้ามเนื้อ/	3.90	.78	65	4.20	.75	80
รวม	3.54	.67	55.5	3.80	.69	71

ตารางที่ 4 กลุ่มทดลองมีความเห็นเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์รวมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .67 คิดเป็นร้อยละ 55.5 แต่ภายหลังจากการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .69 คิดเป็นร้อยละ 71 ทั้งนี้ด้านรูปแบบก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.47 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานได้ .69 คิดเป็นร้อยละ 58 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .69 คิดเป็นร้อยละ 78 ส่วนด้านการใช้งานก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .65 คิดเป็นร้อยละ 53 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ .69 คิดเป็น ร้อยละ 64



ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการพัฒนาศักยภาพกล้ามเนื้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ รอก คุณภาพชีวิตก่อน และหลังการทดลอง (n=20)

ข้อความ	Paired Differences				t	df	p-value	
	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower				Upper
กล้ามเนื้อ ก่อน หลัง	-.0840	.45068	.14252	-.2384	.4064	.589	9	.570
รอก ก่อน หลัง	-.5392	.12460	.03456	-.6145	-.4639	-	12	.000
คุณภาพชีวิต ก่อน หลัง	-.4309	.10104	.03046	-.4988	-.3630	-	10	.000

ตารางที่ 5 พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของศักยภาพกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้รอกและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

จากการสัมภาษณ์ผู้พิการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตดังนี้ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย: ผู้พิการมีการดูแลตนเองด้วยการบริหารร่างกาย การดูแลตนเองให้เป็นปกติมากที่สุดพยายามทำในสิ่งที่ทำได้และฟังคนอื่นให้น้อยที่สุดต้องการให้กลับมาช่วยเหลือตนเองได้อีกครั้ง การมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้นการมีชีวิตอยู่ประกอบอาชีพได้ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทั้งนี้ต้องพึ่งพาภรรยาหลายๆเรื่องกิจวัตรประจำวันเช่นการขับถ่าย การเคลื่อนไหวพุงหาอาหารการจ่ายการพาไปโรงพยาบาลเกือบทุกอย่างรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความยากลำบากเดินไม่ได้ลำบากเคยคิดฆ่าตัวตายแก้ไขปัญหามาโดยพยายามยอมรับและปรับตัวให้ได้ไม่ย่อท้อและต้องต่อสู้กับปัญหาการออกกำลังกายให้ร่างกายกลับมาใช้งานได้การใช้ไม้เท้าช่วยพุงการใช้รถเข็น คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : คิดทางบวกว่าต้องดีขึ้นโดย

การแก้ไขด้วยตนเองโดยการยอมรับและมีการปรับตัว โดยดูจากคนอื่นที่พิการพูดคุยกับเพื่อนบ้านปรับไปตามวัยทำใจยอมรับทำทุกอย่างให้ดีที่สุดคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอิสระของบุคคลเวลาไปไหนมาไหนไม่ได้ไกลก็จะพยายามเดินโดยใช้ walker ป้องกันไม่ให้ล้มอะไรที่ใครแนะนำก็จะปฏิบัติตาม

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม : ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากสังคมคือให้ชุมชนเป็นผู้ดูแลในเรื่องค่าใช้จ่าย ของใช้ต่างๆ มีการช่วยเหลือผู้ดูแล คุณภาพชีวิตด้านความเชื่อส่วนบุคคล : ผู้พิการมากขึ้นอยากให้สังคมมองผู้พิการ เท่าเทียมคนอื่นเหมือนคนปกติสามารถพึ่งตนเองได้สามารถประกอบอาชีพได้เป็นผู้ที่มีประโยชน์อยากได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษคืออยากได้เงินมากกว่านี้อยากมีรายได้ และการดูแลรักษาสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม : ทั้งนี้สิ่งที่ทำให้ดูแลตัวเองได้ดีคือครอบครัวลูกหลานกำลังใจจากคนในบ้านต้องการพึ่งตนเองต้องการหายเป็นปกติกำลังใจต่อตนเองการทำงานเองได้แรงกระตุ้นหรือแรงบันดาลใจที่ผลักดันให้พยายามดูแลตนเองคือการมีลูกที่ดีครอบครัวที่ดีเห็นคนที่แย่กว่าตัวเอง



การอยากหายต้องการอยู่กับลูกหลานไปนานๆ การดูแลคนพิการควรเป็นหน้าที่หลักของลูกหลานคนในบ้านและครอบครัวตัวผู้พิการเองอยากให้ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้พิการด้วยการดูแลที่ดีด้วยความเต็มใจเอาใจใส่ทำด้วยความเต็มใจเหมือนคนในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอเหมือนเป็นญาติผู้ใหญ่อยากให้นึกถึงใจเขาใจเราและเป็นคนเหมือนกัน ต้องการความรู้เพิ่มเติม เรื่องรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด ปัจจุบันสิ่งที่ทำให้ท่านมีความสุข คือ การสวดมนต์ไหว้พระ ได้อยู่กับครอบครัว

การอภิปรายผล

จากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยอยู่ในระดับดีโดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .61 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 3.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .52 โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุดทั้งก่อนและหลังส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความอิสระส่วนบุคคลในเรื่องการเคลื่อนที่ โดยก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .32 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .35 ดังนั้นการเคลื่อนไหวได้ลดลงจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอิสระลดลงตามมา การดำเนินการพัฒนากล้ามเนื้อให้มีความสามารถโดยการเพิ่มขนาดเพิ่มแรงด้วยการฝึกฝนการออกกำลังกายและชาด้วยรอกจะช่วยให้กล้ามเนื้อเหล่านี้มีขนาดและมีกำลังแข็งแรงจนสามารถก้าวเข้าสู่การเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองซึ่งอาจจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการให้ดีขึ้นได้ทั้งนี้ได้จากการสัมภาษณ์ผู้พิการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่กล่าวว่า “รู้สึกดีที่มีคนสนใจและเอาอุปกรณ์ที่เป็นประโยชน์มาให้ใช้ รู้สึกแข็งแรงขึ้น”

กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้รอก ซึ่งเป็นรอกที่มีองค์ประกอบของโครงสร้างเป็นท่อพลาสติก (PVC) ภาพรวมภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.03

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .61 สอดคล้องกับที่ สุนตตรา^๑ ได้กล่าวไว้ในหมอบ้านว่าเกิดจากเครื่องมือกายภาพบำบัดเช่นตุ้มน้ำหนัก ลูกฝึกเดิน-วิ่ง ในห้องตลาดที่มีราคาแพงและชาวบ้านเองก็ไม่มีกำลังซื้ออีกทั้งคิดว่าภูมิปัญญาที่ตกทอดจากรุ่นพ่อซึ่งเป็นหมอบ้านมาก่อนจะนำมาพัฒนาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเมื่อทดลองทำแล้วได้ผลที่ดี และญาติผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้านควบคู่กับการรักษาในแผนปัจจุบันจึงส่งผลต่อระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นจากแนวคิดเดิม เสริมความรู้ใหม่ทำให้ใช้งานสะดวกสามารถเคลื่อนย้ายได้ตลอดเวลาและมีความปลอดภัยสูงกว่าห้องตลาดทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับโครงสร้างท่อพลาสติกเป็นโครงสร้างไม้ไผ่ที่ปลูกข้างบ้านแทนในการนี้สามารถทำเองใช้วัสดุจากชุมชนและสามารถใช้ได้หลายคน เนื่องจากเคลื่อนที่ไปได้(สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง) การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้รอกภาพรวมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .67 ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .69 ภายหลังการใช้รอกมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นโดยสามารถพัฒนาศักยภาพกล้ามเนื้อผู้พิการโดยวัดจากเส้นรอบวงกล้ามเนื้อ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 27.09 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 28.34 และแรงบีบมือก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย 18.9 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 20.53 ซึ่งเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ งานวิจัย สุพิชชา^๑ ได้กล่าวถึงว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะสัมพันธ์กับระบบการทำงานของกล้ามเนื้อ การฝึกสามารถกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองและการเปลี่ยนแปลงภายในกล้ามเนื้อได้ กล้ามเนื้อสามารถที่จะหดตัวทำให้เกิดแรงและเหยียดตัวผ่อนคลายได้อย่างอิสระ เมื่อมีการฝึกด้วยความหนักหรือออกกำลังกายอย่างพอเพียงจะทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ (Hypertrophy) และแข็งแรงขึ้นในทางตรงกันข้ามถ้าการฝึกหรือการออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จะทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดเล็กลง (Atrophy) และอ่อนแรงตามลำดับ ดังนั้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ



เนื้อจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะต้องใช้การออกกำลังกายที่มีการปรับความหนักของการฝึกเพิ่มขึ้นตามลำดับ (Progressive Resistance) การปรับตัวของกล้ามเนื้อจากการฝึกความแข็งแรงเป็นประจำซึ่งจากการทดลองการฝึกกล้ามเนื้อเป็นระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์สามารถทำให้ขนาดกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นและมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นตามหลักการทางวิชาการกล้ามเนื้อสามารถเพิ่มขนาดเล็กหรือใหญ่อย่างมากที่สุดประมาณ 6 สัปดาห์ ดังนั้นผู้ที่ปัญหาการเคลื่อนไหวจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อจึงควรฝึกกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องเพื่อการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและอาหารมาเลี้ยงจนสามารถดำเนินชีวิตและปรับการเคลื่อนไหวได้ตามความเป็นอิสระของตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นข้อเสนอแนะ

ควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งนี้ควรขับเคลื่อนให้บุคลากรเห็นความสำคัญการพัฒนาศักยภาพกล้ามเนื้อปฏิบัติจนเป็นนิสัยในชีวิตประจำวันและควรมีแหล่งต้นแบบการใช้รอก (ไม้ไผ่) เพื่อการพัฒนาศักยภาพกล้ามเนื้อในชุมชนที่สามารถเป็นที่พึ่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ. ข้อมูลและสถิติ. 2013 (cited 2013 Sep.20) Available from <http://service.nso.go.th>. retrived on Sep 20, 2013.
- Carlson, E. "Impacting Health Through On-the-Job Counseling: Role for Professional Nurses." Patient Education 2010 ; 19: 295-299.
- วรรณภา กุมารจันทร์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- สุปรียา ราชสิทธิ์. กายอุปกรณ์สำหรับอวัยวะที่เป็นระยางค์.คณะเวชศาสตร์ฟื้นฟู มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
- มนสิข สิทธิสมบูรณ์. ระเบียบวิธีวิจัย. คณะศึกษาศาสตร์. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2549.
- Mukherjee, R. The quality of life. New Delhi/ Newbury Park/London: SAGE. Orem, D. E. Nursing concepts of practice. New York: Mc.Graw-Hill Book. 2001.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์ และพรทิพย์ อีระกาญจน์. การพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยหลักเศรษฐกิจพอเพียงและกฎบัตรรอดตาว่า ของประชาชนตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. รายงานวิจัย 2551; 2551.
- สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, วันดี สุทธิรังษี และพัชรียา ไชยลังกา. การประเมินคุณสมบัติ แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุ ไทย. วารสารพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.2554.
- สุพิชชา วงศ์จันทร์. กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ วารสารประชากรศาสตร์. 2553; 95:34-50.
- Brodwin, M. G. and P. C. Frederick "Sexuality and Societal Beliefs Regarding Persons Living with Disabilities." Journal of Rehabilitation. 2010.



ระเบียบการส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข สมาคม ศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการที่เป็นบทความทางวิชาการ หรือบทความวิจัยภาษาไทย ในสาขาการพยาบาล และการสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง
2. ผลงานต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการแบบไม่มีเรื่องเต็ม (Proceedings) และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
3. ผู้เขียนต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
4. หากเป็นไปได้ ควรมีการอ้างอิงบทความวิจัย หรือบทความวิชาการ ของวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อย 1 รายการ
5. ผลงานจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
6. กองบรรณาธิการจะมีจดหมายแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานในเบื้องต้นแล้ว
7. หากผลงานใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งคืนต้นฉบับและแผ่นซีดีข้อมูลให้แก่เจ้าของผลงาน
9. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

การเตรียมต้นฉบับ

ลำดับการเขียนบทความวิจัย มีดังนี้

1. บทคัดย่อ ภาษาไทย พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของเจ้าของบทความเป็นภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
2. บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ (Abstract) พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานเจ้าของบทความเป็นภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
3. คำสำคัญ (Key word) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ



4. บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย
5. สมมติฐานการวิจัย/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)
6. วิธีดำเนินการวิจัย
 - 6.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 6.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ระบุการสร้างและคุณภาพของเครื่องมือ)
 - 6.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
 - 6.4 การวิเคราะห์ข้อมูล
7. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
8. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
9. การใช้ภาษา ใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำยืมนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน
10. ภาพประกอบที่ต้องการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นไฟล์ .jpg แต่ภาพในวารสารที่ตีพิมพ์แล้วจะเป็นภาพขาวดำเท่านั้น ถ้าเป็น artwork เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษมันสีขาว มีหมายเลขกำกับพร้อมทั้งลูกศรแสดงด้านบนของภาพ และมีคำบรรยายใต้ภาพ หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ ต้องมีการอ้างอิงด้วย
11. ตัวอักษรการพิมพ์: ขนาดตัวอักษร TH Niramit AS ขนาด 16, Single Space จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมรายการอ้างอิง
12. การอ้างอิงและการเขียนเอกสารอ้างอิง
การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ซึ่งเป็นรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ที่ใช้ในวารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขทั่วไป การอ้างอิงถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ 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 รายละเอียดการเขียนการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ให้ศึกษาจากบทความของ อาจารย์ จิราภรณ์ จันทร์จร เรื่อง การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ใน website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข(www.tnaph.org) หัวข้อ วารสาร

13. 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



ตัวอย่างการใช้ตัวเลขและเครื่องหมายกำกับกรำแนกหัวข้อ 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 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 , e-mail : n.tnaph@gmail.com

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
 ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1984, 086-155-6862
 e-mail: sukjai66@yahoo.com
2. ผู้จัดการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
 อาจารย์ไพบุลย์ วงษ์ใหญ่ โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834
 e-mail: n.tnaph@gmail.com

.....

หมายเหตุ : ปรับปรุงล่าสุด 31 มีนาคม 2557



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 ซึ่งรายการอ้างอิงนั้นมีรูปแบบตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเป็นระบบ 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 ที่มีการอ้างอิงมากขึ้นในปัจจุบันนี้ ส่วนหลักเกณฑ์สำคัญที่ยังคงใช้อยู่ได้แก่ หลักการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (in-text citations) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่นไม่ว่า บางส่วนหรือทั้งหมดมาอ้างอิงในงานนิพนธ์ให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ทำยย่อความนั้น เรียงตามลำดับ 1,2,3... โดยใช้ตัวเลขอารบิกอยู่ในวงเล็บกลม (round brackets) หรือตัวเลขยกขึ้น (superscript) แล้วรวบรวมเป็นรายการอ้างอิง (Reference list หรือ Bibliography) ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

ส่วนประกอบของข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการอ้างอิง

ข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการเอกสารอ้างอิง จะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเอกสารที่มีความนิยมใช้ในการอ้างอิงและเอกสารที่ข้อมูลค่อนข้างจะซับซ้อนยากแก่การนำมาอ้างอิงโดยเรียบเรียงตามเอกสารจาก 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

*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) : อาจหมายถึง ผู้เขียน 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. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วยวิธีสีกิตผิวหนังกับวิธี 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 เลิศอรธรรมณีนี, เอมอร รัชชมนนี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒิพิพรรณี วรภิโจโกทาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

2. ชื่อบทความ (Title of the article)

- บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด เมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (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 ให้ใช้ชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก 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 10-18
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

- Anamnat 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. วารสารที่มีเฉพาะฉบับที่ ไม่มีเล่มที่ (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 ให้แสดงประเภทของเอกสารภายในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยมต่อจากชื่อเรื่อง 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) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. **ชื่อหนังสือ** (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ 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. 5th 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. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.

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

- พรเทพ เทียนลิวกุล, บรรณาธิการ. โลहितวิทยาด้านขั้นสูง. 2 เล่ม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

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

- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่ม 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2534.

4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. ... ถ้าเป็นการพิมพ์และมีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th 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. 2nd 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 สุขวาณิชศิลป์, 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. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.

- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตู้อินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราภรณ์, ประอร ชวลิตดำรง, 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 10th 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; วันเดือน 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 7th 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.

- เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานผู้จัดทำ รายงาน (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.: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

23. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) ให้เขียนรายการอ้างอิง ดังนี้

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 ปค, 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. 26th 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 และช่วยแก้ปัญหการเปลี่ยนแปลงแหล่งที่อยู่หรือเว็บไซต์ของสารสนเทศนั้นถูกยกเลิก

• 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

- 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

- จิราภรณ์ จันท์จร. 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/.

- 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/snclibblog/?p=13301>

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

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

ข้อควรระวัง คือตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

บรรณานุกรม

- จ้อย นันทวิชรินทร์. แบบบรรณานุกรมและเชิงอรรถ. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2514.
- จิราภรณ์ จันท์จร. การเขียนรายการอ้างอิงใน



- เอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver.pdf>
3. นงลักษณ์ ไม่นายกิจ. การเขียนบรรณานุกรมหรือรายการอ้างอิง. ใน: สารนิเทศสาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2000. หน้า 1-33.
 4. นवलลล อ 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 เต็งอำนวย, 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
 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



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 เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ที่เกี่ยวข้องในผลงาน

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ

อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารต่างๆ ให้กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดังต่อไปนี้

 เอกสารต้นฉบับจำนวน 2 ชุด แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล 1 แผ่น สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อเจ้าของผลงาน

(.....)



แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/สถาบัน.....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

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

โทรสาร..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

ของ (ชื่อ - สกุล)

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้

.....ลายมือชื่อ

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์

ใบสมัคร

เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้สมัครและที่อยู่ (สำหรับส่งวารสารได้ถึงมือผู้รับ)

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

สมัครใหม่ ต่ออายุวารสาร โปรดระบุ ปี พ.ศ......

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 300.00 บาท (3 เล่ม)

2 ปี ค่าสมาชิก 600.00 บาท (6 เล่ม)

การชำระเงิน ชำระโดย เงินสด ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

อนุมัติสั่งจ่าย ในนาม **สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**
สั่งจ่าย ณ **ที่ทำการไปรษณีย์ ปณฝ. กระทรวงสาธารณสุข**

โอนเงินสดผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากระทรวงสาธารณสุข

ชื่อบัญชี : **สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**

เลขที่บัญชี : **340-202333-5**

(ขอให้ส่งหลักฐานการโอนเงิน แนบมาพร้อมใบสมัคร ทุกครั้ง)

ขอให้ออกใบเสร็จในนาม.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

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