



วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคเหนือ

ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและความก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาล
2. เป็นสื่อกลางให้ทราบถึงข้อมูล สถานภาพและเกียรติศักดิ์ ศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ
3. เป็นศูนย์กลางรวบรวมและเผยแพร่ความคิดของมวลสมาชิกเสริมสร้างความแข็งแกร่งแห่งวิชาชีพ
4. ก่อให้เกิดพลังสามัคคีสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างมวลสมาชิก เกิดความตระหนักถึงความสำคัญขององค์กรวิชาชีพพยาบาล

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

การสมัครสมาชิก

ให้กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com โดยมีอัตราค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม)
 - 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม)
 - 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม)
- (ท่านที่ประสงค์จะสั่งซื้อรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท)

เจ้าของ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ
สำนักงาน: อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวิโรด ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-4213, 0-5393-5030 โทรสาร 0-5389-4213

ที่ปรึกษา: อ.ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร์ นายกสมาคมฯ
บรรณาธิการ: ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ขุม คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ผศ.ดร.ปรารถนา ลังการพิณรุฑ์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
อ.พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
กองบรรณาธิการ: ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อุษณีย์ จินตะเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.สุธิตา ล่ามช้าง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.เดชา ทำดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.ศรินทร์ทิพย์ ชวพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
อ.ดร.อัสนี วันชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

พิมพ์ที่: บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด
108 ซ. 7 ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โทร. 053-216962
www.siampimnana.com

สารบัญ

ผลของการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 Effect of Plantar Massaging using Palm-Kernel Shell Combine with Drug Treatment in Patients with Diabetes Mellitus Type II	1
เอกพันธ์ นครขวาง วท.บ.*	Ekapan Nakonkhang, B.S.*
พิชญภา อินทร์ประสิทธิ์ วท.บ.*	Pitchayapa Inprasit, B.S.*
กมลทิพย์ ชัยสุวรรณ วท.บ.*	Kamonthip Chaisuwan, B.ATM. *
ศรีสุดา งามขำ พย.ด.**	Srisuda Ngamkham, Ph.D.**
ผลของการเรียนการสอนออนไลน์ต่อผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของนักศึกษาพยาบาล Effects of Online Teaching and Learning on Learning Outcomes according to TQF in Nursing Students	15
จุฬาวารี ชัยวงค์นาคพันธ์ พย.ม.*	Chulawaree Chaiwongnakkapun M.N.S.*
อดุลย์ วุฒิจูรีพันธ์ พย.ม.*	Adul Wuttijurepan M.N.S.*
สุภาพร วัฒนา พย.ม.*	Suphaphon Wattana M.N.S.*
เสาวภา เต็ดตขาด Ph.D.*	Saowapa Dedkhard Ph.D.*
ทิพนันท์ บุรณะกิติ พย.ม.*	Tipanan Buranakiti M.N.S.*
กชพร พงษ์दैดี พย.ม.*	Kodchaporn Pongtae M.N.S.*
พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง Caring Behaviors of Nurses as Perceived by Clients in a University Hospital	32
บุษราพรรณ ยศชัย พย.ม.*	Busarapan Yotchai M.N.S.*
อรอนงค์ วิชัยคำ พย.ด.**	On-Anong Wichaikhum Ph.D.**
กุลวดี อภิชาติบุตร พย.ด.**	Kulwadee Abhichatibutra Ph.D.**
ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ The Work-Family Conflicts among Nurses in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital	44
นภาพรณ ไชยยะ พย.ม.*	Napaporn Chaiya M.N.S.*
กุลวดี อภิชาติบุตร พย.ด.**	Kulwadee Abhicharttibutra Ph.D.**
บุญพิชชา จิตต์ภักดี พย.ด.***	Bunpitcha Chitpakdee Ph.D.***

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตราย จากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5)	56
Nurses' roles in health promotion and hazard prevention of particulate matter (PM2.5)	
นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ พย.ม.*	Naphaphorn Wongwiwatthananut M.N.S.*
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย	69
Nursing Care for Patients with Rhabdomyolysis	
ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ พย.ม., วท.ม.*	Sirakarn Chantachaloempong, M.N.S, M.S.*
โควิด-19: ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลและแนวทางการช่วยเหลือ	84
Covid-19: Impacts on Nursing Students' Mental Health and Assist Guideline.	
พิมพิมล วงศ์ไชยา ปร.ด.*	Pimpimon Wongchaiya Ph.D.*
บัวบาน ยะนา กศ.ม.*	Buaban Yana M.Ed.*
พินทอง ปินใจ พย.ม.*	Pintong Pinjai M.N.S.*
การทบทวนชีวิตในการปฏิบัติการพยาบาล: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	94
Life Review in Nursing Clinical Practice: A Case Study of Patients with Late-Stage Cancer	
พรพิมล ชัยสา พย.ม.*	Pornpimol Chaisa M.N.S.*
พิกุล พรพิบูลย์ พย.ด.*	Pikul Pornpibul D.N.S.*
ภาณี คลังฤทธิ์ พย.ด.*	Supanee Klungrit D.N.S.*
ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	105
The Relationships between Self-Care Behaviors, Self-Esteem, and Psychological Well-Being among Older Adults with Chronic Illness	
หงษ์ บรรเทิงสุข พย.ม.*	Hong Banthoengsuk M.N.S.*
มะลิสสา งามศรี พย.ม.*	Malisa Ngamsri M.N.S.*
ดรุณี ใจสว่าง วท.ม.*	Darunee Jaisawang M.S.*
โชติกา สมสุวรรณ วท.ม.*	Chotika Somsuvun M.S.*
อภิญา เยาวบุตร พย.ม.*	Apinya Yaowaboot M.N.S.*
ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	115
Triage System in Chiang Mai Neurological Hospital	
เยาวลักษณ์ ผุยหัวโทน พย.บ.*	Yaowaluk Puyhuaton M.N.S *
จุไรพร กนกวิจิตร พย.บ.*	Juraiporn Kanokwijit M.N.S *
ลักขณา ไทยเครือ ปร.ด.**	Lakkana Thaikrue MD., M.S., Ph.D.**

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ ฉบับที่ 2 ปี 2564 นี้มีบทความที่น่าสนใจตีพิมพ์ทั้งสิ้นจำนวน 10 เรื่อง ประกอบไปด้วยบทความวิชาการ จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตรายจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย โควิด-19: ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล และแนวทางการช่วยเหลือ การทบทวนชีวิตในการปฏิบัติการพยาบาล: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และบทความวิจัย จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ ผลของการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลของการเรียนการสอนออนไลน์ต่อผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการทุกท่านที่ช่วยพิจารณา ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงต้นฉบับให้เนื้อหามีความสมบูรณ์มากที่สุด คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากเนื้อหาสาระของวารสารนี้ หายที่สุดนี้ขอเชิญชวนพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย และสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ทุกท่านส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสาร เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้พัฒนาวิชาชีพ และสมาคมฯ ของเราให้ก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม
บรรณาธิการ

ผลของการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Effect of Plantar Massaging using Palm-Kernel Shell Combine with Drug Treatment in Patients with Diabetes Mellitus Type II

เอกพันธ์ นครขวาง วท.บ.* Ekapan Nakonkhang, B.S.*
พิชญภา อินทร์ประสิทธิ์ วท.บ.* Pitchayapa Inprasit, B.S.*
กมลทิพย์ ชัยสุวรรณ วท.บ.* Kamonthip Chaisuwan, B.ATM. *
ศรีสุดา งามชำ พย.ด.** Srisuda Ngamkham, Ph.D.**

Corresponding Author: E-mail: nsrisuda05@gmail.com

Received: 11 July 2021, Revised: 4 Oct 2021, Accepted: 28 Oct 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียวแบบอนุกรมเวลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับอาการชาและเปรียบเทียบกับระดับอาการชาที่เท้า น้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซี ก่อนและหลังการทดลองนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล่วมกับการใช้ยาตามปกติ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลชุมแสง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 41 คน ได้รับการวัดระดับอาการชา ตรวจน้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดลองนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลทุกเย็นหรือก่อนนอน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ร่วมกับคู่มือการใช้งาน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถามทั่วไป 2) แบบบันทึกการตรวจและติดตามผลอาการชาที่ฝ่าเท้าด้วย Monofilament ขนาด 10 กรัม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติบรรยาย Paired t-test และ Repeated Measurement One-way ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลสามารถลดอาการชาที่ฝ่าเท้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซี

จากผลการวิจัยนี้การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลมีประโยชน์ในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอาการชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่มีผลต่อค่าน้ำตาลทั้งในค่าน้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซี ยังคงต้องศึกษาค้นคว้าต่อไป

คำสำคัญ: การนวดฝ่าเท้า การใช้ยา กะลาลูกตาล เบาหวานชนิดที่ 2

* แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลชุมแสง จ. นครสวรรค์ Email: james_ekapan@yahoo.com, pitchayapa.patja@gmail.com, kamonthippalm8@gmail.com, Traditional medicine, Chum Saeng Hospital Nakhonsawan

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ E-mail: srisuda.n@bcnspm.ac.th

** Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan

Abstract

The aim of the quasi-experimental research with one group time series design study was to examine the numbness levels at feet and to compare the numbness, fasting blood sugar level and haemoglobin A1c in patients with Diabetes Mellitus Type II. The samples were numbness by plantar massaging with palm kernel shell combining with drug treatment. This research was conducted in Chumsang Hospital and Health Promoting Hospitals of Chumsang district, Nakhonsawan Province. The 41 patients with Diabetes Mellitus Type II who had numbness were recruited by using the inclusion criteria. The treatments were plantar massaging using palm fruit at one time a day (evening or before bedtime) and drug treatment for 8 weeks. The questionnaires include the general data form and the record form for Monofilament 10 gm. measuring. The statistics applied for data analysis were descriptive, paired t-test, and repeated measurement One-way ANOVA.

The study finding illustrated that using the plantar massaging by palm kernel shell and drug treatment was significantly decreased the numbness in patients with Diabetes Mellitus Type II who had numbness ($p \leq .001$) except the level of fasting blood sugar and haemoglobin A1c.

Conclusion, the study is the benefit for the patients with Diabetes Mellitus Type II who using the plantar massaging with palm kernel shell as the activity in a daily life. The further research for reducing the blood sugar and hemoglobin A1c is needed.

Keywords: Massaging, Drug Treatment, Palm-Kernel Shell, Diabetes Mellitus Type II

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

เบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557 เป็นร้อยละ 36.5 ในปี พ.ศ.2561¹ เมื่อผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลกระทบ

ต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ² ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเป็นปัญหาสำคัญทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า นำไปสู่การถูกตัดนิ้วเท้าและถูกตัดขาในผู้เป็นเบาหวานมากที่สุดและมีความเสี่ยงมากขึ้นในผู้สูงอายุ จากหลักฐานพบว่าผู้เป็นเบาหวานถูกตัดขาทั่วโลก ร้อยละ 70 และทุก 20 วินาที ในผู้เป็นเบาหวานที่มีแผลจะสูญเสียขาหรือเท้าจากเบาหวานหนึ่งข้างด้วยอัตรา 13.7 คนต่อประชากรพันคนต่อปี ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานถึง 25 เท่าและมีอัตราเสียชีวิตใน

ช่วง 5 ปี สูงกว่าผู้ที่ไม่ประวัติแผลที่เท้า สาเหตุหลักเกิดจากโรคประสาทส่วนปลายเสื่อม โดยเฉพาะที่ปลายประสาทเท้า หลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน แรงกดทับในการเดินไม่เท่ากัน เป็นสาเหตุจากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และก่อให้เกิดอาการชาที่ปลายเท้า³ โดยการรักษาเบื้องต้นนิยมใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน แต่ยังมีข้อจำกัดและข้อเสีย และความไม่สะดวกสบายในการใช้บางอย่างที่ผู้ป่วยและแพทย์ต้องระมัดระวังในการใช้ยา ส่วนการรักษาเบาหวานแบบแพทย์ทางเลือกก็ใช้เช่นกัน ในปัจจุบันนี้มีการใช้ยาและอินซูลินร่วมกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนมีการใช้การรักษาแบบแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) ร่วมด้วย เช่น การนวด (massage) การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (foot reflexology) และการฝังเข็ม (acupuncture) และอื่น ๆ เพื่อช่วยปรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน⁴

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบเบื้องต้นว่ายังไม่มีการศึกษาและการแพทย์แผนเดียวที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้สมบูรณ์แบบ การแพทย์ทุกแผนยังคงมีช่องว่างให้ศึกษาเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการแพทย์แบบผสมผสานโดยใช้การรักษาที่มากกว่าแผนรักษาเดียว โดยจากการศึกษาผลการวิจัย พบว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทั้งสองข้างด้วยมือร่วมกับการใช้ยา เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ช่วยลดอาการชาและระดับน้ำตาลได้⁵ เมื่อมีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าอย่างเดียวก่อนวันเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์⁶ ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดอาการชาและระดับน้ำตาลได้เช่นกัน รวมทั้งการนวดฝ่าเท้าโดยใช้พรมมะค่า⁷ และการใช้นวัตกรรมลูกปิดไม้ขนาดจุดที่เท้า⁸ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ก็สามารถลดอาการชาได้

การศึกษามูลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อระดับน้ำตาลในเลือดและอาการชาของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ตามแนวคิดและการดูแลแบบผสมผสานพบว่า ค่าเฉลี่ย

ของระดับน้ำตาลในเลือดและอาการชาหลังนวดทันทีและหลังนวด 14 วันในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ นอกจากนี้การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ผสมผสานการใช้ยาต่อระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) และอาการชาเท้า ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และอาการชาเท้าของกลุ่มทดลองหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดสัปดาห์ที่ 16 ของกลุ่มทดลองซึ่งไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ดูแลพบว่าไม่แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 12 แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ผสมผสานการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้⁵

การนวดฝ่าเท้าหรือกดจุดสะท้อนเท้าเป็นศาสตร์โบราณแบบไทยที่มีการนำมาใช้ในการรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าบริเวณฝ่าเท้าเป็นตำแหน่งสะท้อนถึงอวัยวะต่างๆในร่างกาย 62 จุด เพื่อให้พลังไหลเวียนดี และมีการปรับสมดุลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ทั้ง 7 ระบบได้แก่ ระบบขับถ่าย สมอ ฮอร์โมน การฟัง ประสาทไขสันหลัง ต่อม้ำเหลือง และภูมิคุ้มกัน การนำแนวทางการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามาประยุกต์ใช้เพื่อทดลองและศึกษาว่าการลดอาการชาที่ฝ่าเท้า ระดับน้ำตาลในเลือด และ ฮีโมโกลบินเอวันซี เพราะเมื่อกลิ้มเนื้ออ่อนคลาย การไหลเวียนเลือดดี ส่งผลให้ต่อมหมวกไตผลิตฮอร์โมนอิพิเนพริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) อยู่ในระดับพอดี ทำให้หลอดเลือดคลายตัว หัวใจเต้นช้า การหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) ลดลง ทำให้การสังเคราะห์น้ำตาลในเลือด และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ลดลง⁵

จากการศึกษาผลการวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบจำนวน 13 เรื่อง พบว่า การนวดไทยและการนวดพร้อมการกดจุด การนวดโดยใช้อุปกรณ์เช่นกะลามะพร้าว แปรงไช้มะกรูด และการผสมผสานการนวดไทยและการใช้อุปกรณ์มีผลต่อการลดระดับอาการชา การนวดนานประมาณ 30-45 นาที ในช่วงระยะเวลา 2-12 สัปดาห์⁶ และผลการใช้นวัตกรรมการพรมมะคาลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองใช้นวัตกรรมการพรมมะคาลดอาการชาที่เท้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ แสดงว่าการใช้นวัตกรรมการนวดเท้าอย่างสม่ำเสมอสามารถบรรเทาหรือลดอาการชาของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ใกล้เคียงกับการนวดฝ่าเท้าด้วยหมอนวดไทย

งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลชุมแสงได้มีส่วนร่วมรักษาแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยเน้นเรื่องการให้ความรู้เรื่องการใช้อาสนุนไพรและการลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งการนวดฝ่าเท้าด้วยมือ สามารถลดอาการชาเท้าลงได้แต่เนื่องด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จำนวนมากและบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการด้วยการนวดด้วยมือ จึงแก้ปัญหาโดยทำการสอนนวดเท้าด้วยตนเองและประเมินผลเบื้องต้น ก็ยังคงพบปัญหาส่วนใหญ่อีกคือผู้ป่วยส่วนมากจำทำนวดไม่ได้ หรือมือไม่ค้อมีแรง ดังนั้นจึงหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการคิดค้นนวัตกรรมจากกะลาลูกตาลที่ใช้ขนาดฝ่าเท้าซึ่งสามารถใช้วัตถุดิบที่หาได้ง่ายในชุมชน ประชาชนสามารถนำแนวคิดไปผลิตกะลาลูกตาล ซึ่งมีความแข็งแรงและขนาดพอดีกับฝ่าเท้า เพื่อนวดฝ่าเท้าใช้เองที่บ้านได้ ลดรายจ่ายในการซื้อกะลาหรืออุปกรณ์นวดฝ่าเท้าอื่น ๆ กะลาลูกตาลนั้นมีขนาดเหมาะสมกับฝ่าเท้าไม่ใหญ่เหมือนกะลามะพร้าวและไม่เล็กจนเกินไป อีกทั้ง สามารถพกพาได้สะดวกสามารถนำไปใช้หรือเหยียบได้ทุกเวลา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษานวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล

ดังนั้นคณะทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทดลองใช้กะลาลูกตาลเพื่อการลดระดับอาการชา ระดับ

น้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซีโรงพยาบาลชุมแสงได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยงานและเครือข่ายบริการสุขภาพชุมแสง ลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้ยารักษา ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องตัดขา เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีปัญหาเรื่องระบบไหลเวียนโลหิตทำให้เลือดไปเลี้ยงปลายเท้าได้น้อยจนทำให้เกิดอาการชาที่เท้า การเหยียบอย่างถูกวิธีหรือการนวดอย่างถูกวิธี และนวดทุกวันสามารถกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับอาการชาที่เท้า น้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลร่วมกับการใช้ยาในสัปดาห์ที่ 4 และในสัปดาห์ที่ 8
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการชาที่เท้า น้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล ร่วมกับการใช้ยาในสัปดาห์ที่ 4 และในสัปดาห์ที่ 8

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้ขนาดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลร่วมกับการใช้ยาตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของระดับระดับอาการชา น้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซี ลดลง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังจากที่ได้ขนาดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลร่วมกับการใช้ยาตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของระดับอาการชา น้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซี ลดลงมากกว่าก่อนการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลร่วมกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการชาฝ่าเท้า ตามแนวทางการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยนำศาสตร์การนวดฝ่าเท้ามาประยุกต์ใช้เพื่อลดอาการชาที่ฝ่าเท้า มีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ กะลาลูกตาลนำมาผ่านขั้นตอนการประดิษฐ์และพัฒนาเพื่อใช้นวดฝ่าเท้า และคิดค้นรูปแบบการนวดที่เป็นขั้นตอน ซึ่งสามารถปฏิบัติตามได้อย่างง่าย โดยศึกษากลุ่มประชากรผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและมีอาการชาที่ฝ่าเท้าที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายอำเภอชุมแสง ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรวมเป็นเวลา 5 เดือน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 - เมษายน 2564

นิยามคำศัพท์

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึงบุคคลที่มีภาวะเรื้อรังของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเกิดการความบกพร่องในการสร้างอินซูลิน หรือการทำงานของอินซูลินได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ หรือทั้งสองกรณี ที่เป็นมาเกิน 1 ปี และ/หรือมีภาวะโรคร่วมด้วย เช่น โรคความดัน โรคไขมัน และโรคไตหรืออื่น ๆ การใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานได้รับการกินยาโรคเบาหวานและโรคประจำตัวอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นปกติ โดยที่ไม่มีการปรับยาก่อนหน้าที่จะเข้าร่วมโครงการเป็นจำนวน 1 เดือน

ระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยมีการเจาะเลือดแบบ Fasting Blood Sugar (FBS) มีน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าตั้งแต่ 126 มก./ดล.ขึ้นไป

หรือมีน้ำตาลในเลือด ณ เวลาใดเวลาหนึ่งตั้งแต่ 200 มก./ดล.และมีอาการชาร่วมด้วย

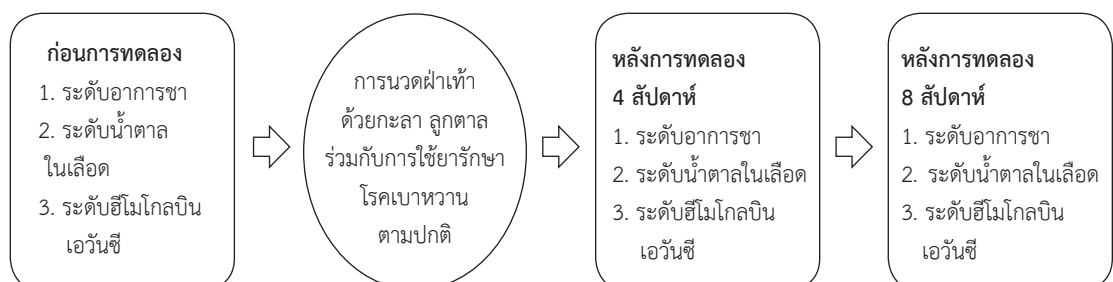
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) คือ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เกิดจากการที่น้ำตาลในเลือดไปจับกับฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นโปรตีนในเม็ดเลือดแดง ที่ทำหน้าที่พาออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ โดยปกติเม็ดเลือดแดงจะมีอายุประมาณ 3 เดือน ดังนั้นการตรวจ ฮีโมโกลบินเอวันซี จึงเป็นการบ่งบอกระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

อาการชาเท้า หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้สึกสัมผัสที่เท้าลดลง มีชาบ้าง และไม่มีแผลแต่สูญเสียความรู้สึกในการป้องกันอันตราย (loss of protective sensation) ไม่สามารถรับรู้สัมผัสจากการตรวจด้วย Monofilament ขนาด 10 กรัม ตั้งแต่ 1 ตำแหน่งขึ้นไป แต่ยังไม่มีความผิดปกติอื่น

กะลาลูกตาล หมายถึง กะลาลูกตาลทั้งลูกที่ผ่านกรรมวิธีประดิษฐ์การขัดผิวกะลา เจาะร้อยเชือกและทายูรีเทนเพื่อให้สามารถนำมาให้ผู้ป่วยเบาหวานนวดฝ่าเท้าโดยการเหยียบ (ดังภาพ)



กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มเดียวแบบอนุกรมเวลา (One group time series design) เพื่อศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล

ต่อระดับอาการชา น้ำตาลในเลือด ระดับค่าน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแสงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

ผังการทดลอง	E-group	O _{1E}	X	O _{2E}	O _{3E}
การเก็บข้อมูล	Time	Pre-test Week 0	Treatment	Post-test Week 4	Post-test Week 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 552 คน (กำหนดขนาดของตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าอิทธิพลค่า effect size เท่ากับ 0.25 และค่าแอลฟาที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบที่ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน และเก็บตัวอย่างผู้ป่วยเพิ่มอีก 20 % จำนวน 7 คน เพื่อทดแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการทำวิจัยได้ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 43 คน สอดคล้องจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้มี 41 คน คิดเป็นร้อยละ 95 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า และคัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 30 ปีขึ้นไป สามารถเดินและยืนเองได้
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ได้ค่ามากกว่า 126 มก.ดล และฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า 5.7 %
3. สูญเสียความรู้สึกที่เท้าโดยการตรวจ Monofilament ขนาด 10 กรัม ตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป และไม่มีตาปลาที่ฝ่าเท้า
4. ไม่มีบาดแผลเปิดที่เท้า ไม่เป็นโรคผิวหนังเท้าผิดปกติจากกระดูกหัก ข้อเคลื่อนหรือมีปัญหา
5. ไม่มีการปรับยาในขณะอยู่ในโครงการวิจัย

6. มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. มีกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนบริเวณขาถึงปลายเท้าระหว่างการศึกษาวินิจฉัย
2. มีปัญหาเกี่ยวกับระบบไหลเวียนของหลอดเลือดอุดตันที่ขา เช่น โรคเส้นเลือดอุดตัน เส้นเลือดโป่งพองที่ขา ในขณะที่ศึกษาวินิจฉัย
3. มีภาวะไตวายเรื้อรังต้องล้างไตด้วยการฟอกเลือดในระหว่างการศึกษาวินิจฉัย
4. เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยในระยะเวลาได้น้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การทดลองนวดฝ่าเท้า แบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการตรวจ ดังนี้

1. การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล คือ นวัตกรรมที่ทำจากกะลาลูกตาลที่เจาะรูและร้อยด้วยเชือกไว้สำหรับมือจับ ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบความแข็งแรงโดยการเคาะและทุบดูว่าไม่แตก พร้อมกับเหยียบด้วยผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 80 กิโลกรัม นำกะลาลูกตาลไปขัดด้วยกระดาษทรายและทาสีเพื่อป้องกันเสี้ยนตำเท้า จากนั้นได้มีการทดลองใช้กับผู้พัฒนาและอาสาสมัครในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วไป พบว่าไม่มีอันตราย

ต่อผู้ใช้และรับกับสรีระของเท้าในลงน้ำหนักเหยียบลงไป สามารถพบพาได้สะดวกเพื่อใช้ในการใช้งาน

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นเป็นลักษณะการเลือกตอบในตัวเลือกซึ่งจะมีรายละเอียด คือ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย การยืดกล้ามเนื้อก่อนนอน และยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน

3. แบบบันทึกการตรวจและติดตามผลระดับอาการชาที่เท้า ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ดังนี้

3.1 การตรวจเท้าด้วย Monofilament ขนาด 10 กรัมที่ฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้างข้างละ 4 จุดรวม 8 จุด ระดับความซาระดับ 1-8 หมายถึง มีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า จำนวน 1-8 จุด ตามลำดับโดยมีการให้คะแนนระดับความซาดังนี้ ไม่มีอาการชาเลย = 0 คะแนน ถ้ามีอาการชาจำนวน 1 จุดให้คะแนนระดับอาการชา = 1 คะแนน เช่นเดียวกับถ้ามีอาการชาจำนวน 1-8 จุด ให้คะแนนระดับอาการชา = 1- 8 คะแนนตามจำนวนจุด

3.2 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เกณฑ์ปกติ น้อยกว่า 100 มล.ดล.

3.3 ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) เกณฑ์ปกติ น้อยกว่า 5.7%

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่จริยธรรมการวิจัย NSWPHO-011/63 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวิธีและขั้นตอนการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น นอกจากนี้การเข้าร่วมวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับการรักษาโรคเบาหวานหรือโรคอื่น ๆ ตามปกติ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ทีมวิจัยดำเนินการดังนี้

1. สํารวจผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมแสง ผู้ป่วยได้รับการตรวจการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า และเจาะเลือดเพื่อตรวจและบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด และ ฮีโมโกลบินเอวันซี

2. คัดเลือกตัวอย่างที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการ และเมื่อตัวอย่างตอบตกลงจึงให้ลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และบันทึกผลระดับอาการชา น้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซี

3. ก่อนการนวดเท้าด้วยกะลาลูกตาล ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการสอนใช้กะลาลูกตาลพร้อมกับคู่มือการใช้ ได้นำกลับไปปฏิบัติตามคู่มือที่บ้าน โดยให้ใช้ติดต่อกันทุกวัน วันละ 1 ครั้งตอนเย็นหรือก่อนนอน เพื่อสอบถามถึงการนวดเท้าด้วยกะลาลูกตาล โดยทำให้ครบตามรูปแบบการนวดในคู่มือการใช้ที่แจกให้

4. การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล เป็นการนวดฝ่าเท้าโดยใช้นวัตกรรมกะลาลูกตาล โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานนวดฝ่าเท้าโดยการเหยียบ 3 ระดับคือ ระดับที่ 1 เน้นปลายนิ้วโป้งเท้าและเนินนิ้วเท้าด้านบน ระดับที่ 2 เน้นบริเวณเนินช่วงบนของเท้า 2 จุด ช่วงด้านนิ้วโป้ง นิ้วชี้ และช่วงด้านนิ้วนาง-ก้อย และระดับที่ 3 เน้นบริเวณอุ้งเท้าและตรงกลางฝ่าเท้า โดยเหยียบนานระดับละ 10 นาที

5. เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลเฉพาะอาการชาที่เท้า โดยทดสอบด้วย Monofilament ขนาด 10 กรัม โดยนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล

6. เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินอาการชาที่เท้า ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีตามแนวทางที่กำหนดไว้พร้อมกับบันทึกผลในแบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลประเมินผลระดับอาการชา ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองของระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

4. ข้อมูลเปรียบเทียบผลก่อน และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ของระดับอาการชา วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated Measurement One-way ANOVA

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย มีการผลการวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มได้แก่ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย ระดับความขาและผลความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล มีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	31.70
หญิง	28	68.30
อายุ		
40 - 49 ปี	1	2.40
50 - 59 ปี	6	14.60
60 - 69 ปี	16	39.00
70 - 79 ปี	14	34.20
80 - 89 ปี	4	9.80
สถานภาพ		
โสด	6	14.6
สมรส	27	65.9
หม้าย/แยกกันอยู่	8	19.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	4.90
ประถมศึกษา	38	92.70
มัธยมศึกษา	1	2.40
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	26.80
รับจ้าง	3	7.30
เกษตรกร	21	51.20
ค้าขาย	6	14.70

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.30 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.00 สถานภาพสมรสมากที่สุด

ร้อยละ 65.9 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 92.70 และมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.20

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม*		
โรคความดันโลหิตสูง	29	70.70
โรคไขมันสูง	35	85.40
โรคไต	6	15.00
อื่นๆ	8	20.0
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน		
1 – 4 ปี	10	24.40
5 – 9 ปี	14	34.10
10 ปี ขึ้นไป	17	41.50
ระยะเวลาที่ออกกำลังกายต่อสัปดาห์		
ทุกวัน	9	22.00
1 – 2 วัน	6	14.70
3 – 4 วัน	4	9.70
ไม่เคยออกกำลังกาย	22	53.60
ท่านได้รับการนวดฝ่าเท้ากี่ครั้งต่อสัปดาห์		
ทุกวัน	1	2.40
1 – 2 ครั้ง	7	17.10
3 – 4 ครั้ง	6	14.60
ไม่เคยนวดฝ่าเท้า	27	65.90
ท่านยืดกล้ามเนื้อก่อนนอนกี่ครั้งต่อสัปดาห์		
ทุกวัน	4	9.80
1 – 2 ครั้ง	7	17.10
3 – 4 ครั้ง	4	9.70
ไม่เคยยืดกล้ามเนื้อ	26	63.40
ยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน*		
ยา Glipizide	14	34.10
ยา Metfomin	36	87.80
ยา Pioglitazone	1	2.40
ยาฉีด Mixtrad	10	24.40

* หมายถึงผู้ป่วย 1 คนมีโรคร่วมและมียารักษาโรคได้มากกว่า 1

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมส่วนใหญ่คือ เป็นโรคไขมัน ร้อยละ 85.40 และโรคความดัน ร้อยละ 70.70 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุดคือ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.50 ไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 53.70 และไม่เคยนวดฝ่าเท้า ร้อยละ 65.90 ยาที่ใช้รักษา

คือ Metfomin ร้อยละ 87.80 โดยการใช้ยารักษาโรคเบาหวานนี้เป็นยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้ประจำอยู่แล้ว ขณะที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย แพทย์ไม่มีการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มยา ผู้ป่วย 1 คน มียารักษาโรคเบาหวานมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละระดับอาการขาของการนัดผ่าเท้าด้วยลูกตาล่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ (n = 41)

ระดับอาการขาที่เท้า	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	หลังการทดลอง 8 สัปดาห์
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ระดับอาการขา ระดับ 0	0 (0.00)	5 (12.20)	7 (17.07)
ระดับอาการขา ระดับ 1	5 (12.20)	7 (17.07)	11 (26.81)
ระดับอาการขา ระดับ 2	5 (12.20)	6 (14.63)	8 (19.51)
ระดับอาการขา ระดับ 3	9 (21.95)	5 (12.20)	4 (9.76)
ระดับอาการขา ระดับ 4	4 (9.76)	7 (17.07)	2 (4.88)
ระดับอาการขา ระดับ 5	4 (9.76)	2 (4.88)	4 (9.76)
ระดับอาการขา ระดับ 6	8 (19.51)	7 (17.07)	3 (7.32)
ระดับอาการขา ระดับ 7	6 (14.63)	2 (4.88)	2 (4.88)
ระดับอาการขา ระดับ 8	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
รวม	41(100)	41(100)	41 (100)

จากตารางที่ 3 ระดับอาการขาของเท้า ก่อนการทดลอง พบว่าอาการขาจะค่อนข้างกระจายตัวคืออาการขาอยู่ในระดับที่ 3 จุด ร้อยละ 21.95 หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า ส่วนใหญ่อาการขาอยู่ในระดับที่ 1 จุด 4 จุด และ 6 จุด ร้อยละ 17.07 หลังการทดลอง 8 สัปดาห์พบว่าระดับอาการขาอยู่ที่ 1 จุด ร้อยละ 26.81

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระดับอาการขาของค่าคะแนนเฉลี่ย และความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ (n = 41)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F*	p	Observed power	η^2
ภายในกลุ่ม							
ระดับความขา	58.55	1.73	33.87	39.85	.001	1.000	0.499
ความคลาดเคลื่อน	58.78	69.14	.85				

* การตรวจสอบเมทริกซ์ความแปรปรวนของข้อมูลด้วยการทดสอบด้วย Mauchley's test พบว่าละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นการเป็นทรงกลม (Sphericity) พบว่า significance level น้อยกว่า 0.05 แสดงว่าละเมิดข้อตกลงนี้ จึงวัดระดับการได้รับผลกระทบการละเมิดด้วย Epsilon มีค่าน้อยกว่า 0.75 ทุกค่า จึงแก้ไขโดยการปรับค่า F ด้วยวิธีของ Huynh-Feldt⁶

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับอาการขาพบว่า หลังการทดลองทั้ง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับอาการขาลดลงกว่าก่อนการทดลอง ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับระดับอาการชา ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ (n= 41)

การเปรียบเทียบรายคู่	Mean			Mean Difference	p	95% CI
	ก่อน	หลัง 4 สัปดาห์	หลัง 8 สัปดาห์			
ระดับความชา	4.10	3.10	2.41			
ก่อน – หลัง 4 สัปดาห์				.976	.001*	.544–1.407
ก่อน – หลัง 8 สัปดาห์				1.683	.001*	1.114–1.251
หลัง 4 สัปดาห์–หลัง 8 สัปดาห์				.707	.001*	.305–1.110

* p-value มีระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับอาการชา พบว่า หลังการทดลองทั้ง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า

มีระดับอาการชาลดลงกว่าก่อนการทดลองตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบิน เอวันซี ของค่าคะแนนเฉลี่ย และความแตกต่างระหว่างก่อน และหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ (n = 41)

ตัวแปร	x̄	SD.	paired t-test	
			t	p-value
น้ำตาลในเลือด	ก่อน	142.51	-0.38	0.71
	หลัง	144.34		
ฮีโมโกลบินเอวันซี	ก่อน	7.89	0.81	0.42
	หลัง	7.69		

* p-value มีระดับนัยสำคัญ 0.05

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบข้อมูล ระดับน้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซี พบว่า หลังการทดลอง ร่วมกับการกินยาโรคเบาหวานตามปกติ

มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซี ไม่ต่างจากก่อนการทดลอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล 3 ระดับ ร่วมกับการโยนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.00 รองลงมาคือ 70 – 79 ปี ส่วนมากเป็นโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมด้วย ได้แก่ ไขมันร้อยละ 85.40 และโรคความดัน ร้อยละ 70.70 ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี ขึ้นร้อยละ 41.50 ไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 53.70 ไม่เคยนวดฝ่าเท้า ร้อยละ 65.90 ไม่เคยยืดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 63.40 ยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ใช้ยา Metformin ร้อยละ 87.80

กลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการหาค่อนข้างกระจายตัว โดยมีความชวอยู่ในระดับที่ 3 จุด มากที่สุดร้อยละ 22 แต่หลังการทดลองใช้นวัตกรรมระยะเวลา 1 เดือนระดับอาการหาค่อนข้างกระจายตัวลดลง และหลังการทดลองใช้นวัตกรรมเป็นระยะเวลา 2 เดือนระดับอาการหาค่อนข้างกระจายตัวลดลงอย่างชัดเจน แสดงว่ายิ่งใช้ระยะเวลาาน ระดับอาการหาค่อนข้างยิ่งลดลง ผลการวิจัยนี้เป็นอีกหนึ่งหลักฐานที่ยืนยันว่าการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลช่วยลดอาการหาค่อนข้างของผู้ป่วยเบาหวานได้ เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของดวงใจ พรหมพยัคฆ์ ลักคณา บุญมี และชไมพร จินต์คณาพันธ์^๑ และสอดคล้องกับงานวิจัยของอมิตา ปราบรมภ์ ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ และมยุลี สำราญญาติ ที่ใช้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าด้วยตนเองต่ออาการเท้าชาโดยศึกษาการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าด้วยตนเองหลังการนวด^๑ และสอดคล้องกับการใช้นวัตกรรมลูกปัดที่สามารถช่วยลดอาการหาค่อนข้างที่ฝ่าเท้าได้เช่นเดียวกัน¹⁰ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล โดยการให้ผู้ผู้ป่วยทำตามคู่มือการนวดฝ่าเท้าที่ผ่านการสอนแล้วนั้น ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตผ่านกลไกของระบบประสาทส่วนปลายที่เท้า ผิวหนัง หลอดเลือดฝอย บริเวณผนังหลอดเลือดสร้างสารสื่อที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและควบคุมการทำงานของหลอดเลือด ทำให้เซลล์ได้รับเลือดและออกซิเจน

เพิ่มขึ้น กระตุ้นการทำงานของระบบต่าง ๆ ช่วยในการสร้างบล็อกไมอิลินของเส้นประสาท มีผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ที่เส้นประสาทนั้นไปเลี้ยงโดยตรง ทำให้การส่งสัญญาณเร็วขึ้นการรับรู้หรือสัมผัสได้ดีขึ้น และยังพบว่าอาการชาหรือผู้ป่วยที่เป็นเหน็บมีอาการของโรคชาและเหน็บลดลง^๑

เมื่อพิจารณาการศึกษาในระดับน้ำตาลในเลือดและฮีโมโกลบินเอวันซี พบว่า การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลในระยะเวลา 2 เดือน ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและฮีโมโกลบินเอวันซีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของฮีโมโกลบินเอวันซี จะเกิดขึ้นในระยะเวลา 3 เดือน¹¹ ตามอายุของเม็ดเลือดแดงที่อยู่ได้ถึง 3 เดือน ซึ่งต่างจากงานวิจัยของเศกชนก นวลเศษ ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์ และนพวรรณ เปี้ยชื่อ⁵ ที่ใช้วิธีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าด้วยตนเองทุกวัน ร่วมกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าผสมผสานการโยนเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้ สามารถอธิบายได้ว่าการลดระดับน้ำตาลในเลือดและฮีโมโกลบินเอวันซีนั้น ต้องใช้วิธีการลดปริมาณอาหารและเพิ่มปริมาณการเผาผลาญอาหาร เพราะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะเรื้อรังที่ร่างกายมีการดื้อต่ออินซูลินที่ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและฮีโมโกลบินเอวันซี ซึ่งเบาหวานชนิดนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้ ต้องใช้วิธีการควบคุมอาหารและออกกำลังกายจะเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าผลการนวดฝ่าเท้าโดยใช้นวัตกรรมกะลาลูกตาลในการนวดฝ่าเท้า สามารถลดและบรรเทาอาการหาค่อนข้างที่ฝ่าเท้าได้จากการวัดผลด้วย Monofilament 10.0 g ยิ่งใช้ระยะเวลาาน ระดับ

อาการชา ยิ่งลดลง แต่ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้ ผลการวิจัยนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพเพื่อลดอัตราการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานได้ในระดับหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีกิจกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเหมือนการออกกำลังกายหรือทำสมาธิประเภทหนึ่ง แต่ในด้านของระดับน้ำตาลทั้งในค่า น้ำตาลในเลือด และ ฮีโมโกลบินเอวันซี ยังคงต้องศึกษาต่อเนื่อง และค้นหาแนวทางใหม่ที่จะช่วยในการควบคุมตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้ต่อไป

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมด้วย ได้แก่ โรคไขมัน โรคความดันโลหิต โรคไต และอื่น ๆ อาจมีผลต่ออาการชาจากการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลที่แตกต่างกัน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยารักษาโรคเบาหวานที่แตกต่างกันทั้งยารับประทานและยาฉีดอาจมีผลต่อระดับอาการชาที่เท้าแตกต่างกันได้เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลบูรณาการศาสตร์แพทย์แผนไทยอื่น ๆ ในคลินิกโรคเบาหวานทั้งที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้ที่นำกะลาลูกตาลไปใช้ควรปฏิบัติตามคู่มือเพื่อการใช้กะลาลูกตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. จัดให้มีการใช้กะลาลูกตาลในการนวดฝ่าเท้าอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 6 และ 12 เดือน อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้การทดลองการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาล ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีกลุ่มควบคุมและสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการทำทดลอง พร้อมเพิ่มระยะเวลาเป็น 12 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลต่อน้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซี

2. ทำการศึกษาวิจัยโดยเปรียบเทียบใช้การทดลองแบบผสมผสานระหว่างการนวดฝ่าเท้าด้วยกะลาลูกตาลกับการนวดด้วยมือ พร้อมกำหนดระยะเวลาและความถี่ในการนวดที่เท่ากัน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ ดีไซน์; 2563.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพฯ: รมเย็น มีเดีย; 2560.
3. ชยพล ศิรินิยมชัย. การจัดการเท้าแผลเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคเหนือ 2561;24(1):1-14.
4. ปิณรัตน์ ประพตติพิพร้อม. กรณีศึกษาการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า. วารสารหมอยาไทยวิจัย 2560;3(1):43-53.
5. เกศกนก นวลเศษ ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิซโรจน์ และนพวรรณ เปี้ยชื่อ. การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิ: ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ผสมผสานการใช้อาหารระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และอาการชาเท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารเกื้อการุณย์ 2558;22(1):158-73.
6. ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ ลักคณา บุญมี และชไมพร จินต์คณาพันธ์. การนวดเท้าเพื่อลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยไทยที่เป็นเบาหวาน: การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560;37(4):118-29.
7. ศศิธร สกุลกิม พิมพวีดี โรจน์เรืองนนท์ ปัญญา ปุริสาย กาญจนา วินทะไชย์ และกิจจา จิตรภรณ์. ผลของการใช้นวัตกรรมพรมมะค่าลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกชุม. วารสารควบคุมโรค 2561;44(3):258-73.
8. Bathke A.C., Schabenberger O., Tobias R.D., Madden L.V. Greenhouse-geisser adjustment and the anova-type statistic: Cousins or twins? Am Stat. 2009;63(3):239-46. doi: 10.1198/tast.2009.08187
9. อมิตา ปารมภ์ ทวีลักษณ์ วรฤทธิ์ และมยุลี สำราญญาติ. ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าด้วยตนเองต่ออาการเท้าชาในผู้ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมเนื่องจากโรคเบาหวาน. พยาบาลสาร 2560; 44(2):68-77.
10. ณัฐมน สืบชูย ศศิธร สกุลกิม ภัคจุฑานันท์ สมมุ่ง จุฑารัตน์ พิมสาร กาญจนา เพชรฤา และอรวรรณ วิมลทองประสิทธิ์. ประสิทธิภาพของนวัตกรรมลูกปิดไม้กดจุดลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. ก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์ 2560;17(1):87-98.
11. ทศนีย์ สิริธัญญ์สกุล. การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลตรัง โดยใช้ระดับกลูโคสในพลาสมาหลังงดอาหารและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี. วารสารเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย 2562;47(1):6906-917.

ผลของการเรียนการสอนออนไลน์ต่อผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐาน
ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล
Effects of Online Teaching and Learning on Learning Outcomes
according to TQF in Nursing Students

จุฬาวารี ชัยวงศ์นาคพันธ์ พย.ม.*	Chulawaree Chaiwongnakkapun M.N.S.*
อดุลย์ วุฒิจูรีพันธ์ พย.ม.*	Adul Wuttijurepan M.N.S.*
สุภาพร วัฒนา พย.ม.*	Suphaphon Wattana M.N.S.*
เสาวภา เต็ดขาด Ph.D.*	Saowapa Dedkhard Ph.D.*
ทิพนันท์ บุรณะกิติ พย.ม.*	Tipanan Buranakiti M.N.S.*
กชพร พงษ์แต่้ พย.ม.*	Kodchaporn Pongtae M.N.S.*

Corresponding Author: E-mail: chulawaree@gmail.com

Received: 27 Aug 2021, Revised: 22 Oct 2021, Accepted: 14 Nov 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียน การสอนออนไลน์ต่อผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 148 คน และอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสอนแบบออนไลน์ จำนวน 5 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) คู่มือการเรียนการสอนออนไลน์ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.85 2) แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงของรายวิชาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2558) จำนวนชั่วโมงที่จัดการเรียน การสอนออนไลน์ และวิธีการสอนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 3) แบบประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ค่าดัชนี ความสอดคล้อง เท่ากับ 0.98 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการ เรียนการสอนออนไลน์ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.98 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 และ 5) แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.96

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี มีผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับ อุดมศึกษาแห่งชาติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 2 และ 3 มีผลการ เรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติเฉลี่ย \bar{x} 4.23 (S.D. = .57), \bar{x} 4.06 (S.D. = .59) และ \bar{x} 3.98 (S.D. = .58) ตามลำดับ นักศึกษาทุกชั้นปีมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนการสอน ออนไลน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 2 และ 3 มีความพึงพอใจเฉลี่ย

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ Email: chulawaree@bcnph.ac.th, adul@bcnph.ac.th, suphaphon@bcnph.ac.th, saowapa@bcnph.ac.th, tipanan@bcnph.ac.th, kodchaporn@bcnph.ac.th

* Nursing Instructor of Boromrajonani College of Nursing, Phrae

4.01 (S.D. = .49) 4.10 (S.D. = .59) และ 3.97 (S.D. = .64) ตามลำดับ ผลการสัมภาษณ์นักศึกษาและอาจารย์ พบว่า นักศึกษาสามารถบรรลุผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของแต่ละรายวิชาได้ โดยมีผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมมากที่สุด ซึ่งนักศึกษาต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้น มีความรับผิดชอบในการเรียนและส่งงานตามกำหนดเวลา ต้องตั้งใจเรียนและใช้ความพยายามในการเรียนมากขึ้น ต้องบริหารเวลาของตนเอง มีความซื่อสัตย์ไม่ลอกผลงานผู้อื่น และอาจารย์สามารถออกแบบกิจกรรมในการเรียนการสอนออนไลน์ที่เสริมสร้างให้นักศึกษาบรรลุมาตรฐานของการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ทั้ง 5 ด้านได้ การเรียนการสอนออนไลน์ไม่ได้เป็นข้อจำกัดในการเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ และนักศึกษาทุกชั้นปีมีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนออนไลน์ ภาพรวมอยู่ระดับมาก โดยมีความพึงพอใจหัวข้อ การชี้แจง มคอ. 3-4 และวัตถุประสงค์ของรายวิชาชัดเจนมากที่สุด และพึงพอใจในหัวข้อ สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนออนไลน์มีความเหมาะสมน้อยที่สุด

คำสำคัญ: การเรียนการสอนออนไลน์ กรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This one-group quasi-experimental research aimed to investigate the effects of online teaching and learning on Learning outcomes according to Thai Qualifications Framework (TQF) in Nursing Students. The samples were 148 nurse students of Boromarajonani College of Nursing Phrae, in an academic year 2019; also 5 nurse instructors who provided online learning for those students. The instruments were: 1) an online learning handbook with a content validity index (CVI) of 0.85; 2) a record of hours in each subject in the nursing science curriculum (New Curriculum of 2015), hours of online instruction/learning and instruction methods for the second term of the 2019 academic year with an index of consistency of 1.00; 3) an evaluation form for evaluating learning achievements according to the Thai Qualifications Framework (TQF) with an index of consistency of 0.98 and a reliability score of 0.99; 4) a questionnaire on satisfaction toward online learning with an index consistency of 0.98 and a reliability score of 0.99; and 5) interview questions which had an index of consistency of 0.96.

The findings revealed that nursing students in every year of study had high learning achievements according to the Thai Qualifications Framework. The mean scores of learning achievements in students Year I, II, and III

according to TQF were 4.23 (S.D. = 0.57), 4.06 (S.D. = 0.59), and 3.98 (S.D. = 0.58), respectively. The mean scores of students' year I, II, and III. The learning satisfaction of students' year I, II, and III were 4.01 (S.D. = 0.49), 4.10 (S.D. = 0.59) and 3.97 (S.D. = 0.64), respectively. The results of qualitative analysis of the interview scripts were found to have learning achievements consistent with the TQF in each subject. Noticeably, students had the highest leaning achievement in morals and ethics. Students made behavioral changes to be enthusiastic and were responsible when studying and delivered assignments on schedule. Also, students had to pay more attention and put more efforts to study. Students had to manage personal time and be honest by not copying the work of others. Nurse instructors were able to design online learning activities, supporting students to achieve learning standards consistent with the TQF in all five areas. Online learning was not a limitation for creating learning achievements and students of every year had high overall satisfaction with online learning. Students had the highest satisfaction with clear explanations for TQF 3-4 and objectives of each subject. Students had the least satisfaction with the suitability of online classroom environments.

Keywords: Online learning, Thai Qualifications framework for higher Education (TQF), Nursing Students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่ เป็นสถาบันอุดมศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่หลักผลิตพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดการเรียนการสอน สอดรับกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (Thai Qualifications Framework for Higher Education [TQF]) ที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) จัดทำขึ้น มุ่งเน้นการจัดการศึกษาที่ผลการเรียนรู้ (learning outcomes: LO) ของนักศึกษา เพื่อให้มีความเชื่อมั่นว่าบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษามีมาตรฐานเทียบเคียงกับสถาบันอุดมศึกษาที่ดีทั้งในและต่างประเทศ ในปี พ.ศ.2557 ได้มีการกำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิตามหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการประกันคุณภาพภายใน

ระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2557 ขึ้น¹ โดยกำหนดในองค์ประกอบประกันคุณภาพระดับหลักสูตร ในองค์ประกอบที่ 2 บัณฑิต ตัวบ่งชี้ที่ 2.1 คุณภาพบัณฑิต ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ² สิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความมีมาตรฐานคุณวุฒิดังกล่าวพิจารณาได้จากผลการเรียนรู้ของบัณฑิตที่ครอบคลุมอย่างน้อย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์ตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ³ สำหรับการจัดการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อผลิตบัณฑิตให้เป็นบุคลากรพยาบาลที่มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

จึงได้เพิ่มมาตรฐานการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัย (ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ) เป็นด้านที่ 6 ขึ้นมา⁴ ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) ในทุกพื้นที่ทั่วโลกส่งผลกระทบต่อสถาบันการศึกษาทุกระดับปิดการเรียนชั่วคราวและปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนการสอน

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) ทำให้เกิดการปรับตัวเป็นวิถีชีวิตแบบใหม่ (new normal) สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนออนไลน์ (online learning) เพื่อให้การเรียนรู้เกิดความต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการเรียนมากขึ้น เกิดการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 อย่างรวดเร็วเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างทันที่ทันที่ เช่น ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นต้น⁵ การเรียนการสอนออนไลน์จัดเป็นนวัตกรรมทางการศึกษาอีกรูปแบบหนึ่ง มีการสื่อสารแบบสองทางโดยผ่านแอปพลิเคชันการประชุมทางวิดีโอ เช่น google meet และ google zoom เป็นต้น ผู้สอนและผู้เรียนสามารถพูดคุย ซักถามร่วมกันขณะที่สอนและตรวจสอบความเข้าใจของผู้เรียนได้ ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน กล่าวพูดคุยและหรือซักถามผู้สอนมากขึ้น⁶ จากการศึกษาของบุญทิพย์ สิริธรรมศรี ชุตินันท์ สุวัฒน์พิงค์ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย พัทยา แก้วสาร และเรณูการ์ ทองคำรอด พบว่าการนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตมาทดแทนการสอนแบบเผชิญหน้าในนักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษา ทำให้มีคุณลักษณะผู้เรียนที่คาดหวังในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ด้านการทำงานร่วมกัน การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำด้านการสื่อสาร ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และด้านอาชีพและการเรียนรู้⁷

จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ จึงได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนภาคทฤษฎีของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 2 และ 3 มาเป็นการเรียนการสอนออนไลน์ ทดแทนการสอนในชั้นเรียนโดยผ่านเนื้อหาสื่อการเรียน เครื่องมือสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต ใช้แอปพลิเคชันการประชุมทางวิดีโอ โดยผู้สอนเป็นผู้กำหนดกิจกรรมตามระยะเวลา ผู้สอนและผู้เรียนไม่ได้เผชิญหน้ากัน หากสถาบันการศึกษาไม่ได้มีการวางแผนการเรียนการสอนออนไลน์ให้เหมาะสมเป็นอย่างดี อาจทำให้ผู้เรียนไม่บรรลุผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติที่กำหนดได้ หลักการพื้นฐานในการออกแบบการเรียนการสอนที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แบบจำลอง ADDIE ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ (analysis) โดยอาจารย์ผู้สอนต้องกำหนดความจำเป็นในการเรียนวิเคราะห์เนื้อหาหรือกิจกรรมการเรียนการสอน คุณลักษณะของผู้เรียน วัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนเพื่อกำหนดขอบเขตของบทเรียน 2) การออกแบบ (design) เป็นการกำหนดว่าจะดำเนินการเรียนการสอนอย่างไร โดยการเขียนวัตถุประสงค์ จัดทำลำดับขั้นตอนของการเรียน กำหนดวิธีการสอน เลือกสื่อการเรียนการสอน และกำหนดวิธีการประเมินผล 3) การพัฒนา (development) เป็นการเตรียมการจัดการเรียนการสอนหรือสร้างแผนการสอน การเลือกใช้สื่อให้เหมาะสม 4) การนำไปใช้ (implement) เป็นการดำเนินการตามที่ได้ออกแบบไว้และพัฒนาในสภาพจริง และ 5) (evaluation) การประเมินผลเป็นการประเมินผลขั้นตอนต่างๆ ว่าเป็นไปตามที่วางแผนหรือไม่ ทำการปรับปรุง และแก้ไขให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ⁸ ซึ่งจากการศึกษาของวิยะดา เปาวานา¹⁰ ที่พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ ผ่านระบบบริหารจัดการการเรียนรู้ มีการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามโมเดล ADDIE ในนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเรียนการสอนที่ออกแบบ

ทำให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภายหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.45, p<.05$) และความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.24, S.D.=.53)

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ต่อผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล และศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ เพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในปีการศึกษาอื่นๆ หากวิทยาลัยฯ ยังคงเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่นนี้ต่อไปหรืออาจเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ต่อผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนออนไลน์

นิยามศัพท์

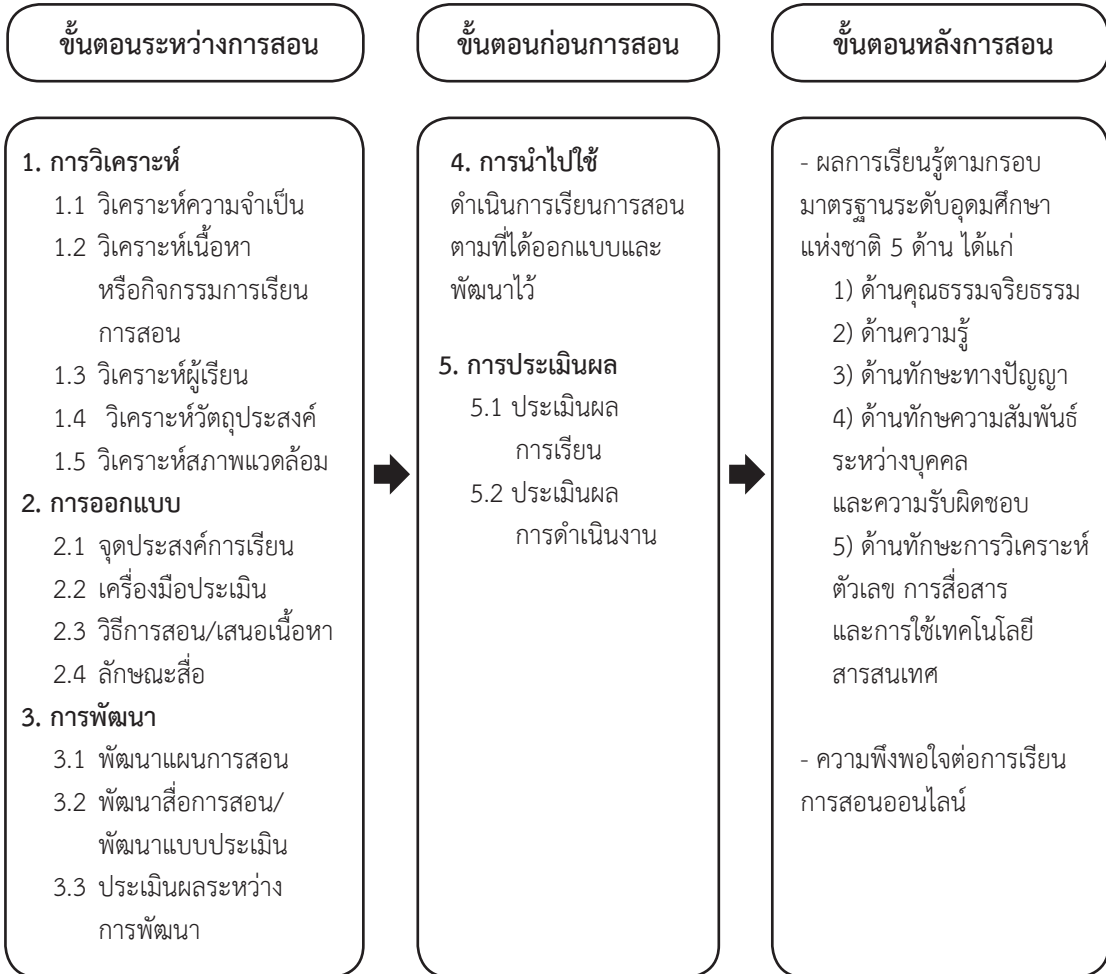
การเรียนการสอนออนไลน์ หมายถึง การเรียนการสอนที่มีการออกแบบไว้ โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของการเรียน มีการถ่ายทอดความรู้ การนำเสนอเนื้อหา มีการออกแบบให้ผู้เรียนและผู้สอนมีปฏิสัมพันธ์กัน สามารถพูดคุยซักถามร่วมกันขณะที่สอนและตรวจสอบความเข้าใจของผู้เรียนได้ โดยการเรียนการสอนนี้พื้นฐานมาจากการสอนในห้องเรียนตามปกติ แต่ปรับมาใช้ในการเรียนการสอนออนไลน์ โดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ผ่านแอปพลิเคชันการประชุมทางวิดีโอ

ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ หมายถึง มาตรฐานผลการเรียนรู้ตามที่คณะกรรมการการอุดมศึกษากำหนดไว้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์ตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยทุกรายวิชามีการประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติครบทุกด้าน ซึ่งจำนวนข้อในแต่ละด้านจะมีความแตกต่างกันตามรายวิชาที่เรียน

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในภาคฤดูร้อน ชั้นปีที่ 2 และ 3 ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ปีการศึกษา 2562

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์ตามแบบจำลอง ADDIE ร่วมกับทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการเรียนการสอนออนไลน์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผล⁹ เพื่อประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ ความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์ตัวเลขการสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ ความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1 ที่กำลังศึกษาในภาคฤดูร้อน และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 และ 3 ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์ตามแบบจำลอง ADDIE⁹

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ครั้งนี้ ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียว วัดหลังการทดลอง (one group posttest design) เพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนออนไลน์ต่อผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของนักศึกษาพยาบาล และศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนออนไลน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 148 คน และ อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ที่เป็นผู้รับผิดชอบรายวิชาของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 โดยเข้าร่วมสังเกตการณ์สอนของอาจารย์พิเศษ และอาจารย์ที่เป็นผู้รับผิดชอบรายวิชาหรือเป็นอาจารย์ผู้สอนรายวิชาของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 หรือ 3 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 29 คน โดย

1. กลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยอยู่ในช่วงเวลาที่ต้องการทั้งชั้นปีเพื่อให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนในสภาพจริง จำนวน 148 คน

2. กลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์ คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (quota sampling) กำหนดสัดส่วนการสนทนากลุ่ม 1 ใน 5 ส่วนของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี แล้วจึงทำการคัดเลือกตามความสะดวก (convenience sampling) และเป็นผู้ที่สมัครใจให้ข้อมูล คัดเลือกจากกลุ่มนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์การศึกษาระดับเก่ง กลาง และอ่อน ชั้นปีละ 10 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์ประจำที่เป็น

ผู้รับผิดชอบรายวิชาหรือเป็นอาจารย์ผู้สอนรายวิชาของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ภาคฤดูร้อน นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 หรือ 3 ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 มีวิธีการเรียนการสอนออนไลน์แบบบรรยาย กรณีศึกษา หรืออภิปราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า แล้วจึงทำการคัดเลือกตามความสะดวก และเป็นผู้ที่สมัครใจให้ข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือการเรียนการสอนออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นตามแบบจำลอง ADDIE โดยคณะผู้วิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่อาจารย์ผู้สอนรายวิชา ประกอบด้วย 1. ขั้นตอนก่อนสอน ประกอบด้วย การวิเคราะห์ การออกแบบ และการพัฒนา 2. ขั้นตอนระหว่างการสอน ประกอบด้วย การนำไปใช้ตามที่ได้ออกแบบและพัฒนาไว้ในสภาพจริง และ 3. ขั้นตอนหลังการสอน ประกอบด้วย การประเมินผลการเรียน และการประเมินผลการดำเนินงาน

2. แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงของรายวิชาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2558) จำนวนชั่วโมงที่จัดการเรียนการสอนออนไลน์ และวิธีการสอนในภาคฤดูร้อนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 และ 3 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562

3. แบบประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ จำนวนทั้งหมด 33 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 9 ข้อ 2) ด้านความรู้ 6 ข้อ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 8 ข้อ 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5 ข้อ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์ตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 5 ข้อ โดยแบบประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 จะมีการประเมินด้านที่ 1 ถึง 5 จำนวน 13, 25 และ 23 ข้อ ตามลำดับ มีจำนวนข้อแต่ละด้าน ดังนี้ 3, 1,

4, 2, 3 ข้อ (13 ข้อ), 7, 6, 5, 3, 4 ข้อ (25 ข้อ) และ 7, 3, 6, 3, 4 (23 ข้อ) ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธ์กับความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายของแต่ละรายวิชาที่จัดการเรียนการสอนออนไลน์ การประเมินเป็นไปตามการรับรู้ของนักศึกษาแต่ละบุคคลว่าตนเองมีผลลัพธ์การเรียนรู้ในข้อนั้น ๆ จากการเรียนการสอนออนไลน์มากน้อยเพียงใด เป็นแบบประมาณค่า ตั้งแต่ 1 ถึง 5 (5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด) การแปลความหมาย แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1-1.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50- 4.49) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนออนไลน์ เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 22 ข้อ ใช้ประเมินในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1 2 และ 3 การประเมินไปเป็นตามการรับรู้ของนักศึกษาแต่ละบุคคลว่า ตนเองมีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนออนไลน์มากน้อยเพียงใด เป็นแบบประมาณค่า ตั้งแต่ 1-5 (5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด) มีทั้งหมด 22 ข้อ การแปลความหมาย แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1-1.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50- 4.49) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00)

5. แนวคำถามที่ใช้สนทนากลุ่มนักศึกษาและอาจารย์ประจำ โดยใช้คำถามปลายเปิด กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ต่อผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล และเกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนออนไลน์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. คู่มือการเรียนการสอนออนไลน์ที่พัฒนาขึ้น โดยคณะผู้วิจัย นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการเรียนการสอนออนไลน์ 1 ท่าน ด้านหลักสูตรและการเรียนการสอน 2 ท่าน และด้านการวัดและประเมินผล 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ 0.85 จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไข และนำไปทดลองใช้ในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของคู่มือและนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงของรายวิชาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2558) จำนวนชั่วโมงที่จัดการเรียนการสอนออนไลน์ และวิธีการสอนในภาคฤดูร้อนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 และ 3 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการเรียนการสอนออนไลน์ 1 ท่าน ด้านหลักสูตรและการเรียนการสอน 2 ท่าน และ ด้านการวัดและประเมินผล 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item content objective congruence [IOC]) คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้ในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของแบบประเมินและนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

3. แบบประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการเรียนการสอนออนไลน์ 1 ท่าน ด้านหลักสูตรและการเรียนการสอน 2 ท่าน และด้านการวัดและประเมินผล 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 0.98 ทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน

30 ราย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.99

4. แบบถามความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนออนไลน์ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการเรียนการสอนออนไลน์ 1 ท่าน ด้านหลักสูตรและการเรียนการสอน 2 ท่าน และด้านการวัดและประเมินผล 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง ค่าความค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 0.98 ทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 ราย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.99

5. แนวคำถามที่ใช้สนทนากลุ่มนักศึกษาและอาจารย์ประจำ โดยใช้คำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการเรียนการสอนออนไลน์ 1 ท่าน ด้านหลักสูตรและการเรียนการสอน 2 ท่าน และด้านการวัดและประเมินผล 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง ค่าความค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 0.96 จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไข และนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์นักศึกษา จำนวน 3 คน และอาจารย์ 3 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของแนวคำถามนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แบบยกเว้นจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เอกสารเลขที่ 012/2563 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2563 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมการ

รับนโยบายการปรับการเรียนการสอนจากสถาบันพระบรมราชชนก จากนั้นประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการจัดการเรียนการสอนในทีมอาจารย์งานหลักสูตรและการเรียนการสอน และ ประชุมทำความเข้าใจถึงนโยบายและการวางแผนเพื่อปรับรูปแบบการเรียนการสอนแก่อาจารย์ประจำทุกคน

ขั้นตอนการดำเนินการ

จัดเตรียมความพร้อมแก่อาจารย์ผู้สอนรายวิชาทุกคน เพื่อให้มีทักษะในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาหรืออาจารย์ผู้สอนรายวิชานักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ภาคฤดูร้อน และ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 และ 3 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ทำการวิเคราะห์ออกแบบและพัฒนาเพื่อเตรียมการเรียนการสอนออนไลน์ ปฐมนิเทศรายวิชาและดำเนินการเรียนการสอนออนไลน์ตามแผนที่ได้ออกแบบไว้

ขั้นตอนการประเมินผล

1. ประเมินผลหลังการเรียนการสอนออนไลน์
2. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนออนไลน์หลังการเรียนการสอน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) ก่อนการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้สนทนาสร้างความคุ้นเคยพร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลต่างๆ ที่บันทึกเสียงไว้ จะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติพรรณนา หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลรายวิชาในภาคฤดูร้อนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 และภาคการศึกษาที่ 2 ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 และ 3 ปีการศึกษา

2562 ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2558) ผลประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาหลังเรียนด้วย การเรียนการสอนออนไลน์ และความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

2.1 ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ จากนั้นนำมาตีความหมาย เชื่อมโยง ความสัมพันธ์และสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ โดยทำไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล หากประเด็นใดวิเคราะห์แล้วไม่มีความชัดเจน ได้ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตอบคำถามหลักตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.2 การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดยนำข้อมูลมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้ และการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม¹¹

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของรายวิชาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์(หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2558)

นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 ได้เรียนการสอนออนไลน์ ชั้นปีละ 4 รายวิชา ประกอบด้วย รายวิชาทฤษฎี และรายวิชาทฤษฎีที่มีการทดลองร่วมด้วย ซึ่งนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 การเรียนการสอนออนไลน์ในรายวิชาทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 46.67 – 50.00 ของจำนวนชั่วโมง ที่บรรจุในหลักสูตร ส่วนในรายวิชาทฤษฎีที่มีการทดลอง พบว่า การเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 100.00 และเรียนออนไลน์ในช่วงทดลอง คิดเป็นร้อยละ 40.00 ของจำนวนชั่วโมงที่บรรจุในหลักสูตร นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 เรียนออนไลน์ในรายวิชาทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 50.00 – 71.11 ของจำนวน

ชั่วโมงที่บรรจุในหลักสูตร และ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 เรียนออนไลน์ในรายวิชาทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 60.00 ของจำนวนชั่วโมงที่บรรจุในหลักสูตร ส่วนในรายวิชาทฤษฎีที่มีการทดลอง พบว่า การเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 100.00 และการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงทดลอง คิดเป็นร้อยละ 80.00 ของจำนวนชั่วโมงที่บรรจุในหลักสูตร นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ใช้วิธีการสอนแบบบรรยายในการเรียนการสอนออนไลน์ทุกรายวิชา นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย วิธีการสอนแบบบรรยายและกรณีศึกษา และวิธีการสอนแบบบรรยายและอภิปรายในการเรียนการสอนออนไลน์ และ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย วิธีการสอนแบบบรรยายและกรณีศึกษาในการเรียนการสอนออนไลน์

ส่วนที่ 2 ผลของการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ต่อการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 มีผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีผลลัพธ์การเรียนรู้ ด้านคุณธรรมจริยธรรม มากที่สุด เฉลี่ย 4.56 (S.D.=.52), 4.13 (S.D.=.62) และ 4.23 (S.D.=.58) ตามลำดับ นักศึกษาพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น รู้จักบริหารเวลา จัดการตนเอง และ มีความซื่อสัตย์ สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3

นักศึกษาต้องมีความรับผิดชอบในการเรียนเพิ่มมากขึ้น เข้าเรียนตรงเวลา กลัวครูเช็คชื่อแล้วไม่ทัน ต้องมีความขยันและความตั้งใจเรียนเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม (SN1 คนที่ 2,5,9; 28 มิถุนายน 2563) การเรียนการสอนออนไลน์ต้องบริหารและจัดสรรเวลาให้ดี เนื่องจากขณะเรียนต้องดูแลคนอื่นในบ้านด้วย เช่น เลี้ยงน้อง ทำอาหารให้ย่าด้วย เลยต้องบริหารจัดการภารกิจต่าง ๆ ให้เรียบร้อยก่อนเข้าเรียนออนไลน์ (SN1 คนที่ 8; 28 มิถุนายน 2563) นอกจากนี้จะ

รับผิดชอบต่อการเข้าเรียนแล้ว ยังต้องความรับผิดชอบ ต่องานที่ได้รับมอบหมายด้วย (SN1 คนที่ 3; 28 มิถุนายน 2563)

ต้องมีความใส่ใจและตั้งใจในการเรียนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลัวว่าจะเรียนไม่ทันเพื่อน และตอนเรียนมักมีสิ่งรบกวน เช่น บางทีพ่อแม่ใช้ทำงานบ้าน ต้องอธิบายให้เขาเข้าใจและต้องตั้งสมาธิในการเรียนใหม่ (SN2 คนที่ 10; 15 มกราคม 2564) ได้ฝึกในเรื่องความซื่อสัตย์ ซึ่งการเรียนแบบนี้สามารถคัดลอกงานของเพื่อนที่ส่งไปก่อนได้ง่าย แต่เราต้องตระหนักในเรื่องความซื่อสัตย์จึงไม่มีการคัดลอกผลงานกันค่ะ (SN2 คนที่ 7; 15 กรกฎาคม 2563)

นักศึกษาต้องมีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายเพราะอาจารย์แต่ละวิชาจะให้งานมาทำ ถ้าเราไม่รีบส่งงานก็จะงานค้างหลายชิ้น (SN3 คนที่ 2, 4, 9; 25 กรกฎาคม 2563) ต้องบริหารเวลา ตั้งแต่ตื่นนอนต้องรีบทำกิจวัตรประจำวันให้เรียบร้อยก่อนเข้าเรียนออนไลน์ค่ะ (SN3 คนที่ 1; 25 กรกฎาคม 2563)

นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 มีผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะสัมพันธ์ รองลงมาเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.56), 4.09 (S.D.=0.58) และ 3.98 (S.D.=0.62) ตามลำดับ นักศึกษามีทักษะการทำงานเป็นทีมโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 ว่า

นักศึกษาสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกันได้ โดยสื่อสารผ่านการคุยโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ หรือไลน์ แต่คิดว่าไม่เหมือนกับพูดคุยแบบเจอหน้ากันเลยทีเดียว (SN1 คนที่ 1, 9; 28 มิถุนายน 2563)

นักศึกษาทำงานเป็นทีมร่วมกันได้ และสามารถได้ตอบกับอาจารย์ได้ตลอดเวลา เพราะมีช่องทางในการสื่อสารให้ทุกคนเกิดเข้าใจที่ตรงกันได้ อยู่ที่เราเอาใจใส่ของแต่ละบุคคลมากกว่า เราสามารถการทำงานเป็นทีมได้จากการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารต่างๆ (SN2 คนที่ 2, 4, 6; 15 ; 25 กรกฎาคม 2563)

เราก็ยังสามารถทำงานเป็นกลุ่มได้ แม้จะอยู่ไกลกันคนละจังหวัดกันเนื่องจากมีการสื่อสารถึงกันตลอด ทั้งเห็นหน้า ไม่เห็นหน้า และประชุมเป็นกลุ่มก็ได้ (SN2 คนที่ 7, 9, 10)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านที่น้อยที่สุดของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 คือด้านทักษะทางปัญญา อาจเนื่องมาจากการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ส่วนนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 และ 3 คือ ด้านทักษะการวิเคราะห์ตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ นักศึกษายังมีปัญหาในการอ่านและแปลความวารสาร และตำราภาษาอังกฤษ สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3

เนื้อหาของรายวิชาส่วนใหญ่จะไม่ค่อยยาก ในชั่วโมงและท้ายชั่วโมงอาจารย์จะให้ทำแบบฝึกหัด ส่วนนี้ช่วยเสริมความเข้าใจได้ดี แต่ไม่มีโจทย์สถานการณ์ที่คิดยาก ๆ (SN1 คนที่ 7; 28 มิถุนายน 2563)

อาจารย์จะให้ศึกษาเอกสารที่ก่อนเข้าเรียน พอเข้าเรียนอาจารย์จะแบ่งกลุ่มวิเคราะห์เคสว่า น่าจะเป็นอะไร มีข้อมูลไหนมาสนับสนุน แล้วจะตั้งข้อวินิจฉัยและให้การพยาบาลอย่างไร บางที่ต้องอาศัยการค้นหา ต้องมีคั่นการพยาบาลในเปเปอร์ภาษาอังกฤษด้วย อันนี้ต้องใช้เวลาในการอ่านและแปลความ บางครั้งก็แปลไม่ค่อยถูก (SN2 คนที่ 6; 15 กรกฎาคม 2563)

อาจารย์ให้สืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์ของนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลผู้ป่วยทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ ในงานวิจัยภาษาอังกฤษจะช่วยให้กันแปล เพราะไม่แน่ใจว่าแปลถูกหรือเปล่า ใช้เวลาหลายวัน แปลและสรุปออกมา แล้วค่อยให้อาจารย์ตรวจดูอีกที (SN3 คนที่ 5; 25 กรกฎาคม 2563)

และจากการสนทนากับอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาที่สังเกตการสอนของอาจารย์พิเศษ อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาหรืออาจารย์ผู้สอนรายวิชา พบว่า การเรียนการสอนออนไลน์สามารถสร้างให้นักศึกษาแต่ละชั้นปี บรรลุมาตรฐานของการเรียนรู้

ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ทั้ง 5 ด้านได้ สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มว่า

อาจารย์ใช้วิธีการสอนเป็นแบบบรรยาย แต่มีกิจกรรมที่น่าสนใจ เช่น ให้นักศึกษาพูดภาษาอังกฤษถึงจุดเด่นของวัฒนธรรมในจังหวัดตนเองหรือให้ประกอบอาหาร บอกส่วนประกอบและขั้นตอนการทำอาหารให้เพื่อนฟัง อาจารย์ให้นักศึกษามีส่วนร่วมตอบคำถามตลอดทั้งชั่วโมง ทำชั่วโมงให้ทำแบบฝึกหัดเพื่อเสริมความเข้าใจแทบทุกครั้ง และในการสอนครั้งต่อไปจะมีใบงานแจ้งว่าในครั้งหน้าจะเรียนเนื้อหาอะไร อาจารย์จะให้ลิงค์ไปศึกษาก่อน เป็นการเตรียมตัวเรียนในครั้งต่อไป (NI1; 23 สิงหาคม 2563)

จัดการเรียนการสอน 2 แบบ คือ บรรยายและกรณีศึกษา โดยก่อนเรียนอาจารย์จะส่งเอกสารประกอบการสอนให้นักศึกษาอ่านก่อน 3 วัน เมื่อถึงเวลาเรียนใช้ google meet แล้วจะให้กรณีศึกษาแก่นักศึกษา ให้ร่วมกันวิเคราะห์ว่าเคสเป็นอย่างไร ให้การพยาบาลอย่างไร จากนั้นอาจารย์บรรยายสรุปอีกครั้ง การสอนแบบกรณีศึกษาจะสอนในบทที่มีเนื้อหาเยอะ เมื่อเสร็จสิ้นการเรียนการสอนจะมอบหมายให้นักศึกษาทำแบบฝึกหัดและชิ้นงานส่งใน google classroom ที่อาจารย์ตั้งไว้ และมี pre-post test ในบางบท (NI2; 23 สิงหาคม 2563)

จัดการเรียนการสอนแบบบรรยาย ใช้โปรแกรม google meet บรรยายเนื้อหาให้นักศึกษาเข้าใจก่อน จากนั้นให้ทำ concept mapping เพื่อสรุปความเข้าใจ ตรงไหนที่ยังไม่ครบถ้วน ครูก็คอมเมนต์ในไฟล์แล้วส่งกลับให้นักศึกษาปรับแก้ไข แล้วส่งกลับให้ครูตรวจดูอีกครั้ง ร่วมกันทำแบบฝึกหัดและเฉลยในห้องเรียน (NI3; 23 สิงหาคม 2563)

จัดการเรียนการสอนแบบบรรยาย มีการสร้างห้องเรียนออนไลน์ google meet จะบรรยายก่อนและให้นักศึกษาทำแบบฝึกหัด และร่วมตอบคำถามในห้องเรียน โดยมีชิ้นงานที่มอบหมายให้นักศึกษาทำและส่งในชั่วโมง ซึ่งนักศึกษาส่งงานครบทุกครั้ง (NI4; 23 สิงหาคม 2563)

จัดการเรียนการสอนแบบบรรยายร่วมกับอภิปราย คิดว่าการสอนแบบอภิปรายช่วยให้เด็กเกิดองค์ความรู้ที่กว้างออกไปเพราะช่วยกันสืบค้น นอกจากนั้นเขายังได้ทักษะการสืบค้น การอ่านและตีความ คิดวิเคราะห์จากงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษช่วงอภิปรายจะมีการซักถาม จะกระตุ้นเด็กตอบคำถาม และอธิบายประเด็นข้อสงสัยให้มีความชัดเจน หลังการอภิปรายถ้าประเด็นไหนที่เด็กสรุปไม่ครอบคลุม ก็จะเพิ่มเติมให้ครบถ้วน (NI4; 23 สิงหาคม 2563)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนออนไลน์

นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 มีความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนการสอนออนไลน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีความพึงพอใจต่อการชี้แจง มคอ. 3 - 4 และวัตถุประสงค์ของรายวิชาชัดเจนมากที่สุดเฉลี่ย 4.46 (S.D.=.52), 4.21 (S.D.=.53) และ 4.39 (S.D.=.65) ตามลำดับ นักศึกษาได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการเรียนการสอนออนไลน์ สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 ว่า

อาจารย์ทุกท่านชี้แจงรายละเอียดของรายวิชาวิธีการสอน ชิ้นงานและสัปดาห์ที่ต้องส่งทำให้นักศึกษามีความเข้าใจ และเตรียมพร้อมในการเรียนได้ถูกต้องค่ะ (SN1 คนที่ 5, 7; 28 มิถุนายน 2563)

การที่อาจารย์ปฐมนิเทศรายวิชาก่อนช่วยให้นักศึกษามีความเข้าใจว่าวิชานี้ มีวัตถุประสงค์วิชาอะไร มีเนื้อหาเกี่ยวกับอะไร มีงานอะไรที่ต้องส่ง เรียนด้วยวิธีอะไร ใครเป็นผู้สอนบ้างช่วยให้นักศึกษาได้เตรียมตัวเรียน และวางแผนในการส่งงาน (SN2 คนที่ 2, 3 ,4; 15 กรกฎาคม 2563)

อาจารย์แจ้งรายละเอียดรายวิชาทุกรายวิชา ก่อนเรียน แจ้งวัตถุประสงค์รายวิชาทุกข้อและให้ไฟล์รายละเอียดแต่ละวิชาไว้ทบทวน ทำให้รู้ถึงขอบเขตเนื้อหาวิชา การเก็บคะแนน สามารถเตรียมตัวเรียนได้ถูก (SN3 คนที่ 4, 8 ,10; 25 กรกฎาคม 2563)

ด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 คือ สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนออนไลน์มีความเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D.=.44), 3.84 (S.D.=.65) และ 3.80 (S.D.=.76) ตามลำดับ สภาพแวดล้อมเป็นปัญหาและอุปสรรคของการเรียนการสอนออนไลน์ ดังการสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3

สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ค่อยแรง ตอนฝนตกไฟม้ก็จะดับ สัญญาณเน็ตจะหายไป หนูก็กังวลว่าจะรับข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน (SN1 คนที่ 2, 3, 5, 7; 28 มิถุนายน 2563) บางครั้งสัญญาณเน็ตมีปัญหา หนูส่งงานไปแล้วแต่งานหาย ก็รู้สึกเครียดเลย ต้องแจ้งอาจารย์ขอส่งใหม่ (SN1 คนที่ 4, 8; 28 มิถุนายน 2563)

สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ภาพกระตุกและเสียงขาดหายไปเป็นบางช่วง กังวลว่าจะเรียนไม่ทันหรือส่งงานไม่ทันตามที่อาจารย์กำหนด (SN2 คนที่ 9; 15 กรกฎาคม 2563)

บ้านหนูอยู่บนตอย สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ค่อยเสถียร ยิ่งตอนฝนตกและมีลมแรงๆ สัญญาณเน็ตจะหายไป ภาพและเสียงครูที่ออนไลน์ก็ค้าง ทำให้กังวลใจว่าจะเรียนไม่เข้าใจ บางครั้งอยู่ที่วิทยาลัยพวกหนู ก็เจอว่าเน็ตช้าเน็ตหลุดเหมือนกัน (SN3 คนที่ 9; 25 กรกฎาคม 2563)

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของรายวิชาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์(หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2558)

1. จำนวนชั่วโมงที่จัดการเรียนการสอนออนไลน์ การจัดการเรียนการสอนออนไลน์แก่นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 ส่วนใหญ่จะจัดการเรียนการสอนออนไลน์ได้ไม่ครบร้อยละ 100 ทุกรายวิชา แต่อาจารย์ผู้สอนส่วนใหญ่จะสรุปทบทวนเนื้อหาสำคัญ ที่สอนไปท้ายชั่วโมงของการสอนแต่ละครั้ง ทำให้นักศึกษาเชื่อมโยงสาระที่ได้เรียนได้ดีขึ้น เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค

โควิด-19 ดีขึ้น วิทยาลัยฯ ได้แจ้งให้นักศึกษากลับมาเรียนในห้องเรียนตามปกติ ในเชิงปฏิบัติจึงไม่สามารถดำเนินการเรียนการสอนออนไลน์ได้ครบถ้วนทั้งหมดของรายวิชา ซึ่งเมื่อนักศึกษาเข้ามาเรียนในห้องเรียน อาจารย์ผู้สอนได้เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สอบถามปัญหาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์ผู้สอนและเพื่อนร่วมชั้นอีกครั้ง ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจว่าตนเองมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องแล้ว

2. วิธีการเรียนการสอนออนไลน์

วิธีการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ของวิทยาลัยฯ มีหลายวิธี บางรายวิชาอาจใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย บรรยายร่วมกับอภิปราย หรือบรรยายร่วมกับกรณีศึกษา โดยอาจารย์ผู้สอนรายวิชาได้คำนึงถึงลักษณะของรายวิชา และออกแบบวิธีการสอนให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน วิธีการสอนสามารถผสมผสานรวมกับการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตที่จะนำสู่การสื่อสาร หากอาจารย์ผู้สอนรายวิชามีศาสตร์และศิลป์ในการสื่อสารถึงเนื้อหาและประสบการณ์ต่าง ๆ ให้ผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างบรรยากาศการสอนและสภาพแวดล้อมแห่งการเรียนรู้ที่ดี ก็สามารถประสบความสำเร็จไม่แตกต่างหรือดีกว่าการเรียนการสอนในห้องเรียนปกติได้

การจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ทั้ง 4 รายวิชา อยู่หมวดวิชาการศึกษาทั่วไป เป็นวิชาที่มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีความรอบรู้อย่างกว้างขวาง สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตและดำรงตนอยู่ในสังคมได้ สอนโดยอาจารย์พิเศษจากสถาบันอุดมศึกษาใกล้เคียงที่อยู่ในพื้นที่ของจังหวัดแพร่ ใช้วิธีการสอนแบบบรรยายทั้งหมด โดยออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนออนไลน์ให้นักศึกษามีความเข้าใจมากกว่าการท่องจำ เช่น ให้นักศึกษานำวัฒนธรรมในท้องถิ่น ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันมาสื่อสารผ่านการเล่าเรื่อง จึงทำให้นักศึกษาเชื่อมโยงเข้ากับ

การเรียนรู้และสรุปให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น
เป็นต้น

การจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษา
พยาบาล ชั้นปีที่ 2 ทั้ง 4 รายวิชาอยู่ในหมวดวิชา
เฉพาะ สอนโดยอาจารย์ประจำของวิทยาลัยฯ
ใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย อภิปราย และ กรณี
ศึกษา ส่วนการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษา
พยาบาล ชั้นปีที่ 3 ทั้ง 4 รายวิชา อยู่ในหมวดวิชา
เฉพาะกลุ่มวิชาชีพการพยาบาล สอนโดยอาจารย์
ประจำของวิทยาลัยฯ ใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย
และกรณีศึกษา การจัดการศึกษาพยาบาลมี
เป้าหมายสำคัญคือ พัฒนาผู้เรียนให้มีศักยภาพ
ในการเรียนรู้ด้วยตนเองและมีทักษะการคิดอย่าง
มีวิจารณญาณ โดยการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็น
หนึ่งในทักษะการคิดขั้นสูงเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา
และการตัดสินใจทางคลินิก¹² วิธีการสอนแบบ
อภิปราย เป็นกลยุทธ์การเรียนการสอนวิธีหนึ่งที่
วิทยาลัยฯ ใช้ในการเรียนการสอนของนักศึกษา
พยาบาลชั้นปีที่สูงขึ้น เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียน
มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อ
ช่วยแก้ไขปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งโดยใช้ข้อมูล
สนับสนุน จึงเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ศึกษา
ค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเอง
เกิดการระดมสมองเพื่อให้ได้ข้อสรุปของกลุ่มการ
ที่ผู้เรียนต้องการให้กลุ่มยอมรับความคิดเห็นของ
ตนนั้น ที่ผู้เรียนเสาะแสวงหาจนกว่าจะศึกษาต่อ
ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีผู้ใดบังคับ และเนื่องจาก
ผู้เรียนต้องแสดงความคิดเห็น มีการโต้แย้งถกเถียง
กัน ได้แสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี การเรียน
แบบอภิปรายจึงช่วยฝึกการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
ได้มาก⁹ ส่วนวิธีการสอนแบบกรณีศึกษาถือเป็น
กลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยฯ
อีกวิธีหนึ่งที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีการคิดอย่างเป็น
ระบบ ทำให้นักศึกษามีโอกาสได้ทบทวนความรู้ที่
เรียนไปร่วมกัน ผู้สอนมีการจัดเตรียมกรณีศึกษา
สถานการณ์ให้ครอบคลุมในเนื้อหาที่เรียนนำเสนอ
ต่อผู้เรียน ให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์และร่วมกัน

อภิปราย นำไปสู่ข้อสรุปและการแก้ปัญหาได้
อย่างเหมาะสม¹³ ซึ่งการออกแบบวิธีการเรียนการ
สอนเช่นนี้ถือการจัดการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียน
เป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด
โดยผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ด้วยตนเองซึ่งจะส่งผล
ต่อการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ ดังผลการศึกษา
ของกาญจนา ใจจ้อย และประวีดา คำแดง¹⁴ ที่
ศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของ
นักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียน
เป็นศูนย์กลาง ในรายวิชาสารสนเทศทางการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค
มหาวิทยาลัยพายัพ โดยการสร้างความรู้ด้วย
ตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ได้แลกเปลี่ยน
ข้อมูล ประสบการณ์ร่วมกัน เรียนรู้
กระบวนการต่างๆ ของกิจกรรม และนำความรู้
ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการเรียน สังคม และใน
ชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ย
ของผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนโดยรวมทุกด้าน
อยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ
ในการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบการเรียน
การสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของรายวิชา
โดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน

ส่วนที่ 2 การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ต่อ การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่ง ชาติของนักศึกษาพยาบาล

การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ครั้งนี้พบว่า
นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีผลลัพธ์การเรียนรู้ด้าน
คุณธรรมจริยธรรมมากที่สุด อาจเนื่องมาจากนักศึกษา
ต้องมีความกระตือรือร้นในการเรียน มีความรับผิดชอบ
และกำกับตนเองในระหว่างเรียนให้มากขึ้น ดัง
การสนทนากลุ่มของนักศึกษาทุกชั้นปีที่ว่า นักศึกษา
ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผู้ที่มีความ
กระตือรือร้น มีความรับผิดชอบในการเรียนและส่ง
งานตามกำหนดเวลา ต้องตั้งใจเรียนและใช้ความ
พยายามในการเรียนมากกว่าเรียนในห้องเรียน
และต้องรู้จักบริหารเวลา สอดคล้องกับการศึกษา

ของบุญทิพย์ สิริธรรังสี ชุตติวัฒน์ สุวดีพิงศ์ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย พัทยา แก้วสาร และ เรณูการ์ ทองคำรอด⁷ ที่ทำการศึกษาคำการใช้ ICT ทดแทนการสัมมนาแบบเผชิญหน้าสำหรับการเรียนการสอนทางการบริหารการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นอกจากจะพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการในศตวรรษที่ 21 และเกิดความรู้เชิงลึกแล้ว ยังทำให้นักศึกษามีวินัยและความรับผิดชอบ มีความตรงต่อเวลา มีความรับผิดชอบทั้งการส่งงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านที่น้อยที่สุด คือด้านทักษะทางปัญญา อาจเนื่องมาจากรายวิชาอยู่ในหมวดการศึกษาทั่วไป การออกแบบกิจกรรมของรายวิชามุ่งพัฒนาให้นักศึกษามีความรอบรู้อย่างกว้างขวาง สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตและดำรงตนอยู่ในสังคมได้ ยังไม่ได้กระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์หรือใช้โจทย์สถานการณ์ หรือแก้ไขปัญหา สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 และ 3 ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านทักษะการวิเคราะห์ตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านนี้ รวมถึงความสามารถในการอ่านสารสารและตำราภาษาอังกฤษอย่างเข้าใจด้วย อาจเนื่องมาจากนักศึกษายังมีปัญหาในการอ่านและแปลความวารสารและตำราภาษาอังกฤษทั้งนี้การพัฒนาสมรรถนะภาษาอังกฤษให้แก่ศึกษาพยาบาลเป็นนโยบายของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกที่กำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับภาษาอังกฤษในการเรียนการสอน เช่น สื่อการสอน การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การอ่านและวิเคราะห์ตำราหรือวารสารภาษาอังกฤษ เป็นต้น เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 นักศึกษาที่มีสมรรถนะภาษาอังกฤษในระดับที่ไม่สูงมากก็อาจก่อให้เกิดความเครียดและมีความยากลำบากในการเรียน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนออนไลน์

จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทุกชั้นปี มีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจในหัวข้อการชี้แจงนักศึกษาได้รับการชี้แจง มคอ. 3-4 และบอกวัตถุประสงค์รายวิชาที่ชัดเจนมากที่สุด อาจเนื่องมาจากนักศึกษาได้รับการชี้แจงรายละเอียดของรายวิชา วัตถุประสงค์รายวิชาที่ชัดเจน แจ่มชัด ขอบเขตเนื้อหา วิธีการสอน กิจกรรม การเก็บคะแนน ชิ้นงานและสัปดาห์ที่ต้องส่งทุกรายวิชา จึงทำให้นักศึกษาเข้าใจแนวทางในการเรียนและเตรียมตัวในการเรียน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของรายวิชาได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ (Gagne's Theory of Instruction) ที่อาจารย์ผู้สอนรายวิชาควรมีการจัดในกระบวนการสอนให้เหมาะสม เพื่อให้การเรียนการสอนมีความราบรื่น และนักศึกษาเกิดการเรียนรู้ โดยผู้สอนต้องบอกวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เป้าหมายของการเรียนเพื่อให้ผู้เรียนเตรียมความพร้อมของตนเองในการเรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์ (special objective)⁶

ส่วนหัวข้อที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทุกชั้นปี มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนออนไลน์มีความเหมาะสม โดยนักศึกษามีความวิตกกังวล ความเครียดเกี่ยวกับสภาพอากาศที่มีความแปรปรวน เช่น ฝนตก พายุร้อน มักส่งผลให้ไฟดับและสัญญาณอินเทอร์เน็ตขาดหายไป จึงกังวลว่าจะเรียนไม่ทันหรือไม่เข้าใจเนื้อหาเท่าที่ควร บางครั้งส่งงานไปแล้วแต่มีปัญหางานไม่ถึงอาจารย์ผู้สอนรายวิชา สอดคล้องกับการศึกษาของชฎาภา ประเสริฐทรง จรินวรรณ แสงหิรัญรัตน และพรชญา กลัดแก้ว¹⁵ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ จำแนกเป็นด้านเสียงและด้านความร้อน ส่วนอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ จำแนกเป็นความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล

ด้านความเสถียรของอินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนการสอนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ผู้สอนควรพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถอ่านและแปลความจากวารสารและตำราภาษาอังกฤษ โดยถ่ายทอดเทคนิคในการอ่านที่ช่วยให้นักศึกษาเข้าใจเนื้อหาที่อ่านและจับใจความสำคัญได้ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษابรรลุผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติสูงขึ้นในทุกๆ ด้าน

2. กรณีนักศึกษามีปัญหาในเรื่องของการส่งงานที่อาจเกิดความล่าช้าของการรับส่งข้อมูลจากสัญญาณอินเทอร์เน็ต อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาหรืออาจารย์ผู้สอนรายวิชา ควรสอบถาม ติดตามในช่องทางการสื่อสาร มีความยืดหยุ่น และนักศึกษาควรได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวเพื่อลดความกังวลและความเครียดในระหว่างการเรียนการสอนออนไลน์

3. อาจารย์ผู้สอนรายวิชาต้องเรียนรู้วิธีการจัดการเรียนการสอนทั้งแบบเผชิญหน้าและการเรียนการสอนออนไลน์ โดยพิจารณาออกแบบการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้มีความเหมาะสม พัฒนาสมรรถนะตนเองในการใช้สื่อออนไลน์และเทคโนโลยีดิจิทัล เรียนรู้ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ให้มากขึ้น

4. อาจารย์ผู้สอนรายวิชาควรสร้างสรรค์สื่อหรือแหล่งทรัพยากรออนไลน์ (online resources) ใหม่ ๆ ที่เอื้อให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงและศึกษาค้นคว้ามากขึ้น หากยังคงมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องหรือในอนาคตอาจเกิดโรคอุบัติใหม่ขึ้น ยังต้องเว้นระยะห่างทางสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาวัดประสิทธิผลของการเรียนการสอนออนไลน์ก่อนและหลัง

2. เปรียบเทียบรูปแบบการสอนออนไลน์อื่นๆ เช่น รูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์เพื่อเสริมการเรียนรู้ โดยใช้การเรียนการสอนออนไลน์เป็นบทเรียน ทบทวนความรู้หรือเป็นแบบทดสอบความรู้ หรือใช้การเรียนการสอนออนไลน์ แบบผสมผสานโดยใช้แบบเรียนในชั้นเรียนผสมผสานเรียนออนไลน์ มีสัดส่วนในการแบ่งจำนวนครั้ง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักมาตรฐานและคุณภาพอุดมศึกษา. คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ระดับอุดมศึกษาฉบับปีการศึกษา 2557. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ; 2557.
2. Sirisomboon, P. Characteristics of Graduates According to Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF: HEd) in Southeast Bangkok College, 2013-2014 (Batch#15) [online]. SB Journal. 2016; 2(2): 55-67. (in Thai)
3. กระทรวงศึกษาธิการ. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่อง กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552. สืบค้นวันที่ 10 เมษายน 2563 จาก http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/research/3_2558.PDF; 2552.
4. Intaranongpai, S. & Kotchakot, J. The Learning Outcome under the Qualifications Framework for Higher Education (TQF) in Community Nursing Practicum Subject, Bachelor of Nursing Science [online]. JOPN 2017;9(2):104-14. (in Thai)

5. Cheevakasemsook, A. Nursing teaching and learning management with blended learning in new normal era. [online]. JNurs Health Research 2021;37(1):25-37. (in Thai)
6. Wayo, W., Charoennukul, A., Kankaynat, C. & Konyai, J. Online Learning Under the COVID-19 Epidemic: Concepts and Applications of Teaching and Learning management [online]. RHPC 9 Journal 2020;14 (34):285-98. (In Thai)
7. Siritangri, B., Suwattipong, C., Noimuenwai, P., Kaewsarn, P. & Thongkhamrod, R. Using ICT to replace the face-to-face seminar for teaching and learning in nursing administration. [online]. JRTN 2018; 19(Supplement): 203-12. (In Thai)
8. Siritangri, B. The management of online Learning and teaching: Towards the Professional standards framework for teaching and supporting learning in higher education. [online]. JChulabhorn Royal Acad 2020;2(3):1-17. (In Thai)
9. ฐาปนีย์ ธรรมเมธา. อีเลิร์นนิ่ง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (e-Learning: From theory to practice). นนทบุรี: สหมิตรพรังดิ้งแอนด์พับลิชชิง; 2557.
10. Paowana, W. The instructional development in vital signs measurement through the Learning management system. [online]. JPCN, Phetchaburi Province 2020;3(3): 112-28. (In Thai)
11. อาริวรรณ อ่วมตานี. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: *Qualitative research in nursing*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2559)
12. Waisurasong, L. & Noparoojjinda, S. The development of instructional model using authentic learning approach to enhance achievement and critical thinking ability of nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Suoranburi. [online]. J Nurs Edu 2011;4(3):63-77. (In Thai)
13. Kosawanon, S., Rungamornrat, S. & Panbangpra, S. Effect of case study teaching method on critical thinking in nursing students. [online]. J Nurs Science 2015;33(3): 99-108. (In Thai)
14. Jaijoy, K. & Kamdaeng, P. Learning outcome and satisfaction of nursing students on the Student-centered teaching in nursing informatics class of McCormick Faculty of Nursing, Payap University. [online]. JNATNO 2020;25(2):26-39. (In Thai)
15. Prasertsong, C., Sanghirunruttana, J. & Kladkaew, P. The Factor related to stress of online learning due to the COVID-19 situation among Nursing students [online]. J Somdet Chaopraya Inst Psychiat 2021;15(1):14-28. (In Thai)

พฤติกรรมการณ์ดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้
ของผูรับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
Caring Behaviors of Nurses as Perceived
by Clients in a University Hospital

บุษราพรรณ ยศชัย พย.ม.* Busarapan Yotchai M.N.S.*
อรอนงค์ วิชัยคำ พย.ด.** On-Anong Wichaikhum Ph.D.**
กุลวดี อภิชาติบุตร พย.ด.** Kulwadee Abhichatibutra Ph.D.**

Corresponding Authors: Email: orn-anong.w@cmu.ac.th
Received: 21 Sep 2021, Revised: 1 Nov 2021, Accepted: 17 Nov 2021

บทคัดย่อ

การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่เป็นหัวใจสำคัญและเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพของพยาบาล การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลและแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการณ์การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผูรับบริการในแผนกผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 391 คน ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยพิเศษ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของโรซ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า

1. พฤติกรรมการณ์การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผูรับบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.66$, $SD = 0.17$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการณ์การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสมมีคะแนนสูงที่สุด ($\bar{x} = 2.81$, $SD = 0.35$) ด้านความสามารถ/สมรรถนะมีคะแนนต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.50$, $SD = 0.51$)

2. ความคิดเห็นของผูรับบริการต่อการปรับปรุงพฤติกรรมการณ์การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ได้แก่ 1) การเพิ่มหรือเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์การดูแลแบบเอื้ออาทร 2) การพัฒนาบุคลิกภาพและความรับผิดชอบ 3) การมีมาตรฐานวิชาชีพและการดูแลแบบองค์รวม 4) การมีตัวแบบที่ดี 5) การคัดเลือกบุคลากรที่ดีและเหมาะสมและ 6) การส่งเสริมการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ

* พยาบาล โรงพยาบาลทหารนครเชียงใหม่ Email: byotchai@gmail.com

* Nurse, General Private Department, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: orn-anong.w@cmu.ac.th, kulwadee.a@cmu.ac.th.

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การดูแลแบบเอื้ออาทร พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล การรับรู้

ABSTRACT

Caring is a fundamental and essential element of nursing profession. This descriptive study aimed to explore caring behaviors of nurses and guidelines for nurses to improve caring behaviors perceived by clients. The samples consisted of 391 patients admitted to the private department based at university hospital. The study instrument was the Caring Behaviors of Nurses Questionnaire developed by the researcher based on Roach. The content validity and reliability of the questionnaire was .80 and .94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results were as follows:

1. Clients perceived a high level of nurses' caring behavior ($\bar{x} = 2.66$, $SD = 0.17$) with regards to each component of caring behavior, the average score of every component was at a high level. Whereas the compartment had the highest scores ($\bar{x} = 2.81$, $SD = 0.35$) the competence had the lowest scores ($\bar{x} = 2.50$, $SD = 0.51$).

2. The guidelines for nurses to improve caring behaviors were: 1) increasing or preparing knowledge of caring behaviors; 2) improving personality and responsibility; 3) holding professional standards and providing holistic care; 4) having a good role model; 5) selecting good and suitable personnel; 6) promoting-compliance with professional codes of ethics.

The results of this study can be used as primary information for nurse administrators to improve nurses' caring behaviors, quality nursing care, and client satisfaction.

Key words: Caring behaviors, Nurse' caring behaviors, Perception

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลแบบเอื้ออาทร (caring) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่เป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล เป็นกิจกรรมที่บ่งบอกถึงความเป็นวิชาชีพ

ของพยาบาล มีหลักสำคัญได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายปลอดภัย และพึงพอใจในชีวิต ซึ่งแนวความคิดดูแล

แบบเอื้ออาทรของโรซ¹ ให้ความหมายของพุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรว่าเป็นการกระทำของพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยใช้คุณสมบัติในความเป็นมนุษย์ในการให้การดูแลร่างกายและจิตใจผู้ป่วยให้สามารถฟื้นหายจากการเจ็บป่วยหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ และระบุคุณลักษณะที่จำเป็นของผู้ที่ให้การดูแลแบบเอื้ออาทรไว้ 6 ด้านได้แก่ 1) ความเมตตากรุณา 2) ความสามารถและสมรรถนะ 3) ความเชื่อมั่น 4) ความยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม 5) ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการดูแล และ 6) การแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งหากพยาบาลที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด มีคุณลักษณะดังกล่าวจะทำให้เกิดพุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ซึ่งพลังแห่งความเอื้ออาทรระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ และขณะเดียวกันพยาบาลก็จะเกิดกำลังใจในการทำงาน และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง²

จากการการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างส่งผลกระทบต่อการแสดงออกถึงพุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรเช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ค่านิยมทางวิชาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มากขึ้น ทำให้มีการนำเทคโนโลยีมาสร้างนวัตกรรมและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นพยาบาลต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และให้ความสนใจจัดการเครื่องมือที่นำมาใช้ทำให้เวลาในการสร้างปฏิสัมพันธ์และการให้การพยาบาลข้างเตียงผู้ป่วยลดน้อยลง¹ ทำให้ไม่สามารถสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่ช่วยในการดูแลตนเอง เพื่อนร่วมงานรวมถึงผู้ป่วยและญาติได้³ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ล้วนมีผลต่อพุดิกรรรมการดูแลของพยาบาล และส่งผลกระทบในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลได้

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมิขนาด 1400 เตียง รองรับ

ผู้ป่วยโรคซับซ้อน มีวิสัยทัศน์คือ เป็นโรงพยาบาลชั้นนำระดับมาตรฐานสากลและมีพันธกิจ คือ การบริการสุขภาพที่เป็นเลิศและเป็นผู้นำด้านสุขภาพในระดับนานาชาติ และมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advanced Healthcare Accreditation [AHA])⁴ ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้บุคลากรหลักในการดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของพุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่มีต่อผู้ป่วยซึ่งจะสะท้อนถึงการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ และเพื่อตอบสนองต่อพันธกิจของโรงพยาบาลและยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จึงมีความสนใจที่จะศึกษาพุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรตามการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลของแบบเอื้ออาทรของโรซ¹ ซึ่ง ผลการศึกษาครั้งนี้จะได้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อพันธกิจของโรงพยาบาลที่จะทำให้โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลที่มีบริการสุขภาพที่เป็นเลิศและเป็นผู้นำด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและพัฒนาคุณภาพทางการบริการก้าวสู่ระดับนานาชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาแนวทางพัฒนาพุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแล 6Cs ของโรช¹ ซึ่งอธิบายคุณลักษณะของผู้ที่จะให้การดูแลแบบเอื้ออาทรไว้ 6 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) ความเมตตาากรุณา 2) ความสามารถและสมรรถนะ 3) ความเชื่อมั่น 4) ความยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม 5) ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการดูแล 6) การแสดงออกอย่างเหมาะสม และศึกษาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลและแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการในงนการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 10,492 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ใน 10 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยสูติศาสตร์ 14 หอผู้ป่วยสูติศาสตร์ 13 หอผู้ป่วยสูติศาสตร์ 12 หอผู้ป่วยบุษยามณี 7 หอผู้ป่วยบุษยามณี 8 หอผู้ป่วยตะวัน 4 หอผู้ป่วยตะวัน 5 หอผู้ป่วยตะวัน 6 หอผู้ป่วยเฉลิมพระบารมี 9 หอผู้ป่วยเฉลิมพระบารมี 10 จำนวน 386 คน คำนวณจากสูตรของยามานะ⁵ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันแบบสอบถามได้กลับคืนไม่ครบถ้วนรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 425 คน โดยได้มาจากการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนผู้รับบริการในแต่ละหอผู้ป่วยและสุ่มแบบเจาะจง คือ 1) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และในกรณีที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เป็น

ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล 3) เข้ารับการรักษามาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 391 คน คิดเป็นร้อยละ 92

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความลงในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของโรช¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็นคุณลักษณะ 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อคำถามใช้มาตราวัดลิเคิร์ต 4 ระดับเริ่มคะแนน 0 (ไม่มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ) จนถึง 3 (มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทุกครั้ง) เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้

ข้อคำถาม	เชิงบวก	เชิงลบ
ไม่มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ	0	3
มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง	1	2
มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บ่อย	2	1
มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทุกครั้ง	3	0

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรรายข้อของพยาบาล ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 0.00-3.00 ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์⁶ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดถามความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการบริการของพยาบาลใน 6 ด้าน คือ 1) ด้านความเมตตา กรุณา 2) ด้านความสามารถ และสมรรถนะ 3) ด้านความเชื่อมั่น 4) ด้านความยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม 5) ด้านความมุ่งมั่น และผูกพันต่อการดูแล 6) ด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสม รวมทั้งหมด 6 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และเครื่องมือส่วนที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาสำหรับเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่⁷ ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .80

2. การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 20 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ให้ผู้ประสานงานที่หัวหน้างานการพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้หอผู้ป่วยละ 1 คนรวมจำนวนทั้งหมด 10 คน โดยผู้ประสานงานเป็นผู้ดำเนินการแจกแบบสอบถาม คำชี้แจง และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และขอส่งคืนแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดวางไว้บริเวณห้องพักผ่อนของแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้รับเอกสารที่ตรวจสอบแล้วมีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 391 ฉบับจากทั้งหมด 425 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 004/2020 ออกให้ ณ วันที่ 21 มกราคม 2563 สิ้นสุดวันที่ 20 มกราคม 2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ โดยการตอบแบบสอบถามเป็นไปด้วยความสมัครใจ และการตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับการรักษาของผู้เข้าร่วมศึกษาแต่อย่างใด พร้อมทั้งรักษาความลับของข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ผลการศึกษาหรืออภิปรายข้อมูลของการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมโดยนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้นและให้ผู้เข้าร่วมศึกษาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยรวม รายด้านและรายข้อนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลนำมาสรุปและจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.2 มีอายุเฉลี่ย 52.02 ปี (SD=15.05) อายุน้อยที่สุด 19 ปี มากที่สุด 95 ปี เกือบครึ่งจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 45.3 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.1 ประกอบอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 36.8 รองลงมาประกอบอาชีพรับราชการร้อยละ 29.9 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เบิกราชการร้อยละ 63.2 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคมร้อยละ 18.2 ระยะเวลา

ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.02 วัน (SD=26.08) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเฉลี่ย 13.59 ครั้ง (SD=3.85)

2. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการโดยรวม (\bar{x} =2.66, SD=.17) และรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (\bar{x} =2.81, SD=.35) รองลงมาคือด้านความเชื่อมั่น (\bar{x} =2.73, SD=.43) และด้านความสามารถ/สมรรถนะมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการโดยรวมและรายด้าน (n=391)

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล	\bar{x}	SD	ระดับ
โดยรวมรายด้าน	2.66	0.17	สูง
ด้านความเมตตากรุณา	2.56	0.51	สูง
ด้านความสามารถ/สมรรถนะ	2.50	0.51	สูง
ด้านความเชื่อมั่น	2.73	0.43	สูง
ด้านความยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม	2.68	0.42	สูง
ด้านความมุ่งมั่นผูกพันต่อการดูแล	2.67	0.43	สูง
ด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสม	2.81	0.35	สูง

3. จากข้อคิดเห็นในการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลทั้ง 6 ด้าน นำมาจัดหมวดหมู่สรุปเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลได้ 6 ข้อ คือ 1) การเพิ่มหรือเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับ

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร 2) การพัฒนาด้านบุคลิกภาพความรับผิดชอบ 3) การมีมาตรฐานวิชาชีพและการดูแลแบบองค์รวม 4) การมีตัวแบบที่ดี 5) การคัดเลือกบุคลากรที่ดีและเหมาะสม 6) การส่งเสริมการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อคิดเห็นในการพัฒนาพุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลรายด้าน

พุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร	ข้อคิดเห็นในการพัฒนาพุดิกรรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร
1. ด้านความเมตตาการุณา	<ol style="list-style-type: none">1. ควรจัดการฝึกอบรมด้านคุณธรรมจริยธรรมโดยให้บุคคลที่มีความรู้หรือผู้มีประสบการณ์มาเป็นวิทยากรในการให้ความรู้2. การคัดเลือกผู้ที่จะประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างดี มีกิริยามารยาทดี พุดิกรรรมการมีความเต็มใจและพร้อมที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย3. ในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลต้องรู้จักสังเกต เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความอดทน ปฏิบัติกับผู้ป่วยเสมือนเป็นญาติของตนเอง คอยรับฟังปัญหา และมีความปรารถนาดีต่อผู้ป่วย
2. ด้านความสามารถ/สมรรถนะ	<ol style="list-style-type: none">1. ควรมีการจัดทำโครงการฝึกอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะให้ตรงกับงานที่ปฏิบัติ2. ทำงานโดยการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ วิเคราะห์ ประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลได้ถูกต้อง3. พยาบาลควรศึกษาเรียนรู้ ค้นคว้าเพื่อพัฒนาศักยภาพภาพของตนเองในด้านวิชาชีพตลอดเวลา สม่ำเสมอ
3. ด้านความเชื่อมั่น	<ol style="list-style-type: none">1. หัวหน้าต้องมีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ปฏิบัติงานได้2. พยาบาลต้องมีความรู้สามารถตอบสนองความต้องการ พร้อมช่วยเหลือและแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว3. ควรศึกษาข้อมูลการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย และให้ข้อมูลผู้ช่วยเหลือหรือผู้เกี่ยวข้องในการอธิบายข้อมูล การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้องและแม่นยำ4. พัฒนาบุคลากรให้มีบุคลิกภาพที่ดี พุดิกรรรมการ ฉะฉาน มีความมั่นใจในตนเอง
4. ด้านความยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม	<ol style="list-style-type: none">1. คัดเลือกบุคคลที่มีคุณธรรมจริยธรรมเพื่อเข้ามาเรียนในวิชาชีพพยาบาล2. ให้ยึดหลักปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมเคารพสิทธิและความเป็นบุคคลของผู้ป่วย3. จัดให้มีการอบรมพัฒนาด้านจิตใจให้กับบุคลากรทางการพยาบาล

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อคิดเห็นในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลรายด้าน

5. ด้านความมุ่งมั่นและผูกพันต่อการดูแล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างจิตสำนึกในหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง 2. สนับสนุนการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากร 3. ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและมีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาจากทางโรงพยาบาล 4. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเต็มใจ ภูมิใจในอาชีพของตนเอง เสียสละอดทน เข้าใจผู้ป่วย
6. ด้านการแสดงออกอย่างเหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมด้านพฤติกรรมบริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาบุคลากร เป็นระยะสม่ำเสมอ 2. แต่งกายตามระเบียบปฏิบัติของหน่วยงาน มีกิริยามารยาทที่ดี พุดจาและแสดงท่าทางในการให้บริการที่เหมาะสม 3. เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเสมือนเป็นญาติพี่น้อง และให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคลระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการในแผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($=2.66, SD=.17$) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้ผ่านกระบวนการรับรองมาตรฐานคุณภาพขั้นก้าวหน้า มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกส่วนขององค์กร ซึ่งในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษได้ปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาลอย่างเต็มความสามารถในการเข้ารับการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ประกอบลักษณะการให้บริการของงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเป็นลักษณะการจัดให้ผู้ป่วย 1 คนต่อ 1 ห้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกภายในห้องที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติไว้บริการ เน้นความสะอาดปลอดภัยและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ให้ความสำคัญกับความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยยึดหลักการให้บริการดูแลญาติมิตร มีระบบการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในตอนเช้าทุกวันโดยใช้รูปแบบปฏิบัติที่แผนก

ผู้ป่วยพิเศษได้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรียกว่า SITDOWN Model ซึ่งทีมการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในวันนั้นจะเข้าไปตรวจเยี่ยม กล่าวสวัสดิทักทายทั้งผู้ป่วยและญาติ สอบถามความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติในแต่ละวันพร้อมทั้งตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยและอุปกรณ์ต่างๆภายในห้องผู้ป่วยและยังมีระบบ QR code ภายในห้องผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถส่งความคิดเห็น ข้อเสนอแนะหรือข้อร้องเรียนต่างๆ โดยตรงกับผู้บริหารการพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยและญาติเพิ่มความรู้สึกรู้สึกอุ่นใจและมั่นใจต่อการให้บริการ และบุคลากรทุกระดับยังให้ความเอาใจใส่และเฝ้าคอยสังเกตอาการผู้ป่วย ยึดหลักการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความกระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อได้รับการร้องขอหรือเมื่อพบปัญหา ให้การพยาบาลและความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติด้วยกิริยาท่าทางที่มีความมั่นใจและสุภาพเรียบร้อย ซึ่งจากการปฏิบัติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงพฤติกรรมการเอื้ออาทรของพยาบาลในระดับสูง

สอดคล้องกับการศึกษาของอูสุฮาชิ ชลวิทย์⁸ ซึ่งคะแนนพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยพิเศษโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน และในการศึกษาของอารีญา ด่านผาทอง⁹ พบว่าพยาบาลที่อยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติและหอผู้ป่วยไอซียูและสอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในจังหวัดภาคใต้โดยการประเมินจากเครื่องมือที่พัฒนาจากแนวคิดของโรซ¹ พบว่าพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน¹⁰ และในการศึกษาการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในอินโดนีเซียพบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยมีส่วนทำให้การรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาลสูงขึ้น¹¹ ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไปร้อยละ 60.87

แนวทางพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ จากการศึกษาพบว่าแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ใน 6 ด้านสามารถสรุปได้ 6 ข้อ คือ 1) การเพิ่มหรือเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร 2) การพัฒนาด้านบุคลิกภาพความรับผิดชอบ 3) การมีมาตรฐานวิชาชีพและการดูแลแบบองค์รวม 4) การมีตัวแบบที่ดี 5) การคัดเลือกบุคลากรที่ดีและเหมาะสม 6) การส่งเสริมการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งในแนวทางพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลดังกล่าวมีความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร เช่นในด้านการเพิ่มหรือเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลแบบ

เอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹² สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกับพฤติกรรมการดูแลแบบการเตรียมความพร้อมกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่ พบว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ และในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมพยาบาลอย่างเอื้ออาทรภายหลังจากการใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรโดยรวมและรายด้านในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับรูปแบบการบริการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ ซึ่งทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มความรู้และการเตรียมความพร้อมสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลได้

นอกจากนั้นในการพัฒนาด้านบุคลิกภาพความรับผิดชอบ จะเห็นได้ว่าการมีบุคลิกภาพการแต่งกาย การใช้คำพูดของพยาบาลขณะให้การดูแลผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

เป็นการแสดงว่าพยาบาลให้ความสำคัญ ใส่ใจและให้เกียรติกับผู้ป่วย ใช้เป็นสื่อในการแสดงถึงความเป็นมืออาชีพของพยาบาล¹ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพจึงมีความสำคัญและสามารถแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแล การใส่ใจของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยได้ ส่วนการมีมาตรฐานวิชาชีพและการดูแลแบบองค์รวม จะเห็นได้ว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรงในการคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ สามารถแก้ไขปัญหา และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย จากการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลพบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในวิชาชีพพยาบาล มีองค์ประกอบด้านหนึ่งคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีแบบองค์รวม² และการคัดเลือกบุคลากรที่ดีและเหมาะสม รวมถึงการใช้ต้นแบบที่ดีในการเป็นแบบอย่างในการแสดงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ในสถาบันการศึกษาใช้อาจารย์เป็นต้นแบบโดยเริ่มจากอาจารย์เป็นผู้ให้ความเอื้ออาทรต่อนักศึกษา พยาบาล นักศึกษาพยาบาลจะเกิดการเรียนรู้เมื่อรับรู้ ว่าตนเองได้รับความเอื้ออาทร ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษา พยาบาลนำประสบการณ์ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติต่อผู้อื่น เพราะความเอื้ออาทรเป็นสิ่งที่ผู้ที่เคยได้รับหรือประสบมาแล้วมักจะปฏิบัติตามหรือนำมาเป็นตัวอย่าง¹⁷⁻¹⁹ รวมทั้งการส่งเสริมการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ การยึดจรรยาบรรณวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลมีการแสดงออกในขณะ ที่ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรได้เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษา พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่าปัจจัยด้านผู้เรียนที่นอกจากต้องมีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรและการมีวุฒิทาง อารมณ์แล้วการยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้เรียนมี พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ฝ่ายการพยาบาลควรนำเครื่องมือที่ปรับ และวัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลมาใช้ประเมิน พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลเป็นระยะ และหา แนวทางส่งเสริมพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของ พยาบาลในด้านความสามารถและสมรรถนะอย่าง จริงจังเป็นรูปธรรม เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดคุณภาพ ในการให้บริการอย่างต่อเนื่องสร้างความพึงพอใจต่อ ผู้รับบริการ

2. การคัดเลือกพยาบาลเพื่อเข้ามาปฏิบัติงาน ในฝ่ายการพยาบาลควรคัดเลือกบุคคลที่มีคุณธรรมและ จริยธรรมและควรมีการฝึกฝนทบทวนความรู้เพิ่ม ทักษะความสามารถในงาน ตลอดจนฝึกอบรมการ พัฒนาศักยภาพ ให้เหมาะสมกับงานเป็นระยะตลอด ระยะเวลาการทำงานเพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้าง พฤติกรรมการเอื้ออาทรให้เกิดขึ้นในพยาบาล

3. การส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาล ตามมาตรฐาน ที่จะมีส่วนทำให้พฤติกรรมการดูแล แบบเอื้ออาทรของพยาบาลดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้อ อาทรของพยาบาลโดยเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ ของพยาบาลและผู้รับบริการในช่วงเวลาเดียวกันน่าจะ ทำให้ได้ทราบความแตกต่างของความคิดเห็นถึง พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลได้ ชัดเจนมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้อ อาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการใน แผนกอื่น ๆ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชชนก เชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. Roach MS. Caring: The human mode of being (2nd ed.). Ottawa: CHA Press; 2002.
2. จินตามาศ โกศลชื่นวิจิตร. การดูแลอย่างเอื้ออาทร: หัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี 2556;29(2):134-42.
3. Glembocki MM, Dunn KS. Building an organizational culture of caring: caring perceptions enhanced with education. Journal Continuing Education Nursing 2010; 41(12):565-70.
4. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในการบริหารและพัฒนาของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
5. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: The Methodology in Nursing Research. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
6. Best JW. Research in Education. New Jersey:Prentice Hall, Inc; 1977.
7. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and method. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, William & wilkins; 2004.
8. อุสุธา ชลวิทย์. พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามารับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพิเศษพิเศษวารสารสังกาศ 7 โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2554;12(2):84-90.
9. อารีญา ด่านผาทอง. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรตามารับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่.วารสารกองการพยาบาล 2552;36(1):15-26.
10. Prompahakul C, Nilmanat K, Kongsuwan W. Nurse' Caring Behaviors for Dying Patients in Southern Thailand. Nurse Media Journal of Nursing 2011;1(2):147-58.
11. Karniawati ND, Karamy E, Pradanie R,Yuswanto TA. Factor affecting patient's perception on nurse' s carative- caring behavior. Enferm Clin 2020;30(s3):31-4.
12. เยาวรัตน์ มัชฌิม, บวรลักษณ์ ทองทวี. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563;39(2):73-86.
13. ศศิวิมล ปานูราช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
14. เตชทัต อัครนารักษ์, วราภรณ์ คงสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม. ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมกับการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(1):160-74.
15. วันเพ็ญ บุญประเสริฐ และ อารี ชิวเกษมสุข. การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่.วารสารมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2564].เข้าถึงได้จาก:https://doi.nrct.go.th//ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/STOU.the.2012.52

16. ภัทราวดี บุตรคุณ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วินัส ลีพหกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2562;15(2):1-13.
17. นภาพิพย์ ตั้งตรีจักร, ปาริชาติ เมืองขวา. พฤติกรรมความเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตาม การรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. วารสารมนุษยและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2555;31(3):60-75.
18. นรากุล พัดทอง. สัมพันธภาพซึ่งช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทรของอาจารย์นิเทศตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลและพฤติกรรมกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558;9(2):59-63.
19. ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, วัลภา สบายยิ่ง, นิรนาท แสนสา และจินตมาศ โกศลชื่นวิจิตร. โมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7(1):16-30.

ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาล
ในโรงพยาบาลมหाराชนครเชียงใหม่
The Work-Family Conflicts Among Nurses in
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

นภาพรณ์ ไชยยะ พย.ม.* Napaporn Chaiya M.N.S.*
กุลวดี อภิชาติบุตร พย.ด.** Kulwadee Abhicharttibutra Ph.D.**
บุญพิชชา จิตต์ภักดี พย.ด.*** Bunpitcha Chitpakdee Ph.D.***

Corresponding author Email: akulwadee@gmail.com

Received: 29 Oct 2021, Revised: 12 Nov 2021, Accepted: 19 Nov 2021

บทคัดย่อ

ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงานของพยาบาล และความสุขของครอบครัว การศึกษาแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวที่มีสาเหตุจากงานรบกวนครอบครัวและครอบครัวรบกวนงาน และเปรียบเทียบความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวตามการหมุนเวียนการปฏิบัติงานและแผนกที่ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหाराชนครเชียงใหม่จำนวน 376 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ (proportion stratified sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวแบบหลายมิติของคาร์ลสัน ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวตามการหมุนเวียนการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงานโดยใช้การทดสอบแมนวิทนีย์

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.74$, $S.D.=.67$) มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านครอบครัวรบกวนงานอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=2.06$, $S.D.=.64$) พยาบาลที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนในเวรเช้า บ่าย ดึก มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านจากงานรบกวนครอบครัวมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า ($U=7917.00$, $p=.01$) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ($U=5971.500$, $p<.05$)

* พยาบาล โรงพยาบาลมหाराชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ Email: napaporn_chaiya@cmu.ac.th

** Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Province

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: akulwadee@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: bunpitcha.c@cmu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์และพยาบาลในการหาแนวทางเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลและความสุขในครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว พยาบาล การหมุนเวียนการปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน

ABSTRACT

The work-family conflicts related to nurse performance and family happiness. This comparative descriptive study aimed to determine the level of work-family conflicts related to work interference with family and family interference with work, and to compare conflicts between work and family classified by work shift and department. The study sample consisted of 376 nurses working in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The study samples were selected by using proportional stratified sampling. Data were collected during January-February 2021. The instruments used in this study were questionnaires including demographic data and the 18-item Carlson's Multidimensional Work-Family Conflict Scale. The Cronbach's alpha coefficient of the Carlson's Multidimensional Work-Family Conflict Scale was .93. Data was analyzed using descriptive statistics. The comparisons of work-family conflict based on work shift and department used the Mann-Whitney U test.

The results revealed that the level of work-family conflicts related to work interference with family among nurses was moderate ($\bar{x} = 2.74$, S.D.= 0.67). The level of work-family conflicts related to family interference with work was low ($\bar{x}=2.06$, S.D.=.64). Nurses working on rotation shifts had work-family conflicts regarding shift work caused a higher level of work-family conflicts related to work interference with family than morning shifts ($U = 7917.00$, $p = .001$). Nurses who worked in in-patient department had higher level of work-family conflicts related to family interference with work than nurses who worked in out-patient and emergency department ($U = 5971.500$, $p = .05$).

The results of this study provide information for nursing administrators and nurses in finding methods of reducing work-family conflicts which may lead to more efficient job performance of nurses and more family happiness.

Keyword: Work-family conflict, Nurses, Work rotation shift, Work department

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปีปัจจุบันปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก โดยปัญหาการขาดแคลนพยาบาลคาดว่าจะเพิ่มเป็น 260,000 ราย ภายในปี ค.ศ.2025¹ สำหรับประเทศไทยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีภาวะขาดแคลน และมีอัตราการย้ายงานหรือลาออกจากวิชาชีพค่อนข้างสูง จากการศึกษารายงานของวีจิตร์ ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวดี² ยังพบว่าการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพส่งผลต่ออัตรากำลังในการให้บริการพยาบาล ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่มีชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการติดเชื้อและการระบาดอย่างรวดเร็ว และมีอัตราการตายสูง ทำให้ต้องมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งทำให้พยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้นและเกิดความเครียด กลัววิตกกังวล ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมีผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพ เช่น ภาระงานที่หนักมากขึ้น ความเสี่ยงจากการทำงาน ทำให้ขาดสมดุลของชีวิต ก่อให้เกิดความเครียด ไม่พึงพอใจในการทำงาน¹ การขาดแคลนอัตรากำลังทำให้พยาบาลต้องขึ้นเวรปฏิบัติงานมากกว่าปกติประมาณ 10 ถึง 12 เวรต่อเดือน และการปฏิบัติงานที่ยาวนานหรือไม่แน่นอน ทำให้พยาบาลประสบปัญหาในการบริหารจัดการเวลามีความเมื่อยล้า เวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ทำให้ขาดสมดุลระหว่างงาน ชีวิตส่วนตัว และครอบครัว³ ซึ่งส่งผลให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้

ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวเป็นรูปแบบของความขัดแย้งที่เป็นผลมาจากความไม่สอดคล้องของบทบาทที่บุคคลแสดงในที่ทำงานและที่บ้าน สามารถแบ่งความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวประเภทงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากเวลา ความเครียด และพฤติกรรม และ 2) ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวประเภทครอบครัวรบกวนงานที่มีสาเหตุ

จากเวลา ความเครียด และพฤติกรรม⁴ โดยพบว่าความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลคือทำให้เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความเมินเฉยต่องาน และทำให้สมรรถนะส่วนบุคคลลดลง⁵ และความพึงพอใจในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพลดลง⁶ ต่อครอบครัวคือมีผลเชิงลบกับความพึงพอใจในครอบครัว การสนับสนุนจากงานต่อครอบครัวและการสนับสนุนจากครอบครัวต่องาน⁷ และผลกระทบต่อองค์การคือ มีผลเชิงลบต่อคุณภาพการพยาบาล และทำให้มีผลกระทบต่อองค์การในภาพรวมได้⁸ จึงทำให้ผู้บริหารและองค์การต้องมีการจัดการปัญหาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว

ปัญหาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวเป็นปัญหาที่พบได้ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย โดยการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวในรูปแบบงานรบกวนครอบครัวมากกว่ารูปแบบครอบครัวรบกวนงาน โดยมีระดับความขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง^{9,9} ถึงระดับมาก¹⁰ ซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวที่มีสาเหตุมาจากเวลา สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของเกษมสิษฐ์ แก้วเกียรติคุณ⁷ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีความขัดแย้งจากงานต่อครอบครัวมากกว่าความขัดแย้งจากครอบครัวต่องานและการศึกษาของพิทยา แจ่มศักดิ์⁶ พบว่าพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความขัดแย้งระหว่างบทบาทงานกับครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ เขตประทุม¹¹ ที่ศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวในพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลำปางพบว่า พยาบาลมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ด้านงานรบกวนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางโดยมีสาเหตุจากเวลาและความเครียด และสาเหตุมาจากพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ส่วนความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านครอบครัวรบกวนงานอยู่ใน

ระดับน้อย ทั้งสาเหตุจากเวลา ความเครียด และ พฤติกรรม จะเห็นได้ในประเทศไทยพบความขัดแย้ง ระหว่างงานกับครอบครัวในรูปแบบงานรบกวน ครอบครัวมากกว่ารูปแบบครอบครัวรบกวนงาน และ ยังไม่พบการศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับ ครอบครัวในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อีกทั้งผลการ ศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวใน ประเทศไทยพบว่าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง แสดง ให้เห็นว่ายังมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ในพยาบาลอยู่และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อ พยาบาล ครอบครัว ผู้ป่วยและองค์กร จำเป็นที่ จะ ต้องได้รับการจัดการที่เหมาะสมจากองค์กรต่อไป

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิที่รักษาโรคนอกและซับซ้อน ให้บริการ รักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยในจังหวัดเชียงใหม่และในเขต 17 จังหวัดภาคเหนือ รวมทั้งเป็นที่รับส่งต่อผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลอื่น ๆ ให้บริการทั้งประเภทผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกสาขา ให้บริการผู้ป่วย ในศูนย์แห่งความเป็นเลิศต่าง ๆ ทำให้พยาบาลมีภาระ งานที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้บริการที่เพียงพอต่อความต้องการ อย่างไรก็ดีตามยังพบว่ายังไม่สามารถจัดสรรอัตรากำลัง ได้ตามที่ต้องการ จึงต้องมีการจัดตารางการปฏิบัติงาน 2 เหวติดต่อกัน หรือจัดอัตรากำลังล่วงเวลาเข้ามาเสริม ในการจัดอัตรากำลังแต่ละเวรให้ได้ตามเกณฑ์/ภาระ งานที่มี ทำให้พยาบาลมีการขึ้นปฏิบัติงานติดต่อกัน เกิน 12 ชั่วโมง และมีการขึ้นเวรล่วงเวลา 5 – 10 เหว ต่อเดือนต่อคน การปฏิบัติงานติดต่อกันดังกล่าวทำให้ พยาบาลมีเวลาพักผ่อนและทำกิจกรรมครอบครัวน้อย กว่า 8 ชั่วโมง นอกจากนี้จากการสำรวจความผูกพัน และปัจจัยผูกพัน ในปี 2560 – 2561 พบว่าในเรื่อง ความก้าวหน้าในหน้าที่การทำงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 และ 3.57 และหัวข้อมีค่าตอบแทนและ สวัสดิการที่ดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 และ 3.53 ตาม ลำดับ ซึ่งระดับคะแนนดังกล่าวไม่มีการเปลี่ยนแปลง มากนักหรือไม่แสดงแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัย

หนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในการทำงานที่สามารถ ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้

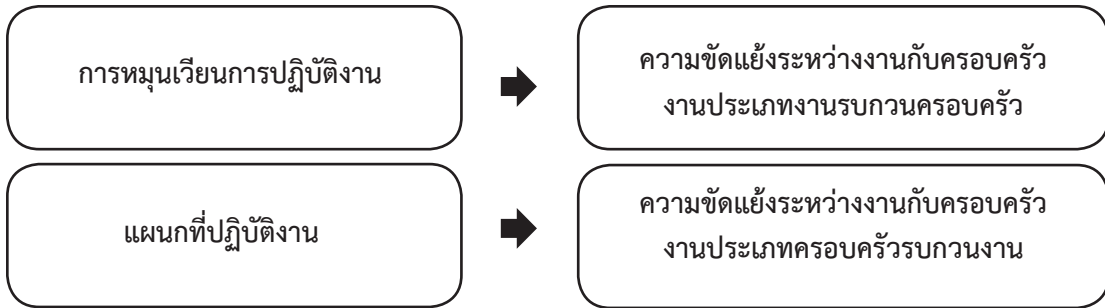
จากข้อมูลข้างต้นคณะผู้วิจัยจึงศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จึงเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายของผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของ พยาบาลและให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข และเกิดสมดุลชีวิตทั้งในบทบาทในการทำงานและ บทบาทในครอบครัวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับ ครอบครัวรูปแบบงานรบกวนครอบครัวและ ครอบครัวรบกวนงานของพยาบาลในโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ และ
2. เปรียบเทียบความขัดแย้งระหว่างงานกับ ครอบครัวรูปแบบงานรบกวนครอบครัวและ ครอบครัวรบกวนงานของพยาบาลในโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ตามการหมุนเวียนการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความ ขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของคาร์ลสันและ คณะ⁴ ที่แบ่งรูปแบบของความขัดแย้งระหว่างงาน กับครอบครัวเป็น 2 รูปแบบคือ รูปแบบงาน รบกวนครอบครัว และรูปแบบครอบครัวรบกวน งาน ซึ่งความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวทั้ง 2 รูปแบบมีสาเหตุมาจากเวลา ความเครียดและ พฤติกรรม ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว มีความแตกต่างกันตามลักษณะการหมุนเวียนการ ปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ดังแผนภาพ ที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (comparative descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลในโรงพยาบาลนครราชสีมาใหม่ที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติรีเวชศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยออโรปิดิกส์ งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไป งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง และงานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์ รวมจำนวนทั้งหมด 1,425 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 376 คน ที่ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน¹² ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.95 และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20¹³ เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) มีเกณฑ์การคัดเข้า คือให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วย และไม่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาล และเกณฑ์การคัดออกคือผู้ที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาป่วย ลาคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม 2 ส่วนคือ

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนและอายุของบุตร ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน จำนวนเวรล่วงเวลา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว บทบาทในครอบครัว ผู้หารายได้ของครอบครัว ภาระหนี้สินของครอบครัว และผู้ช่วยเหลือในครอบครัว เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด

2) แบบวัดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวแบบหลายมิติ (multidimensional measure of work-family conflict)⁴ ที่แปลเป็นไทยโดยพัชรินทร์ เขตประทุม¹¹ มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) และความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) พบว่าแบบสอบถามมีความตรงที่ยอมรับได้ทั้งสองชนิด⁴ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Likert Scale) 5 ระดับ เริ่มตั้งแต่คะแนน 1 (ตรงน้อยที่สุด) จนถึง 5 (ตรงมากที่สุด) จำนวน 18 ข้อ โดยการแปลผลเป็น 3 ระดับคือ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามใน พยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 15 คนคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach of coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของความ ชัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวประเภทงานรบกวน ครอบครัวที่มีสาเหตุจากเวลาเท่ากับ .99 ที่มีสาเหตุ จากความเครียดเท่ากับ .83 และที่มีสาเหตุจาก พฤติกรรมเท่ากับ .89 และค่าความเชื่อมั่นของความ ชัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวประเภทครอบครัว รบกวนงานที่มีสาเหตุจากเวลาเท่ากับ .90 และที่มี สาเหตุจากความเครียดเท่ากับ .84 ที่มีสาเหตุจาก พฤติกรรมเท่ากับ .91 ซึ่งเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามที่ยอมรับที่จะสามารถนำไปใช้ได้คือ มากกว่า .80¹⁴

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ อว 8393(7.15.2)/จธ.437 ผู้ศึกษา ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือ ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา แจ้งให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธในการ เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการ บังคับ และการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อผล การปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด โดยข้อมูล ทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผล หรืออธิบายข้อมูลของการศึกษาในรายงานการศึกษา จะเสนอในภาพรวม และนำผลที่ได้จากการศึกษามา ใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และได้ให้กลุ่ม ตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและ

ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และในการ รวบรวมข้อมูลผู้ศึกษาติดต่อผู้ประสานงานวิจัยเพื่อ ทำการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนพยาบาลของ แต่ละงานการพยาบาล และดำเนินการเก็บข้อมูล เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2564 โดยการแจกชุด แบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลากลุ่ม ตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และและส่งคืนที่กล่องที่ผู้ประสานงานวิจัยจัดเตรียม ไว้ที่ฝ่ายการพยาบาล จากนั้นทำการรวบรวม แบบสอบถามส่งคืนให้ผู้วิจัย โดยในการศึกษาคั้งนี้ มีการแจกชุดแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 376 ฉบับ ผู้ศึกษาได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 374 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.45 เป็นแบบสอบถามที่มี ความสมบูรณ์ จำนวน 374 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.45

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติการ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และค่าพิสัย
2. ข้อมูลความชัดเจนระหว่างงานกับครอบครัว รูปแบบงานรบกวนครอบครัว (ด้านที่ 1 ถึง 3) และ ครอบครัวรบกวนงาน (ด้านที่ 4 ถึง 6) วิเคราะห์โดย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย
3. ข้อมูลความชัดเจนระหว่างงานกับครอบครัว ตามการหมุนเวียนการปฏิบัติงาน เป็น 2 กลุ่ม คือ ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า และปฏิบัติงานหมุนเวียนเวร เช้า บ่าย ดึกและตามแผนการปฏิบัติงานเป็น 2 กลุ่ม คือแผนผู้ป่วยในและแผนผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ ความแตกต่างโดยการตรวจสอบการกระจายของ ข้อมูล พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติจึง วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มโดย สถิติแมนวิทนียู (The Mann-Whitney U Test)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 94.12 มีอายุเฉลี่ย 38.73 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 87.97 ปริญญาโทร้อยละ 12.03 มีสถานภาพโสดร้อยละ 59.09 สถานภาพคู่อ้อยละ 35.83 โดยมีบุตร 1 คนร้อยละ 62.56 บุตร 2 คนร้อยละ 35.07 มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 15.10 ปี ปฏิบัติงานหมุนเวียนในเวรเช้า บ่าย ดึก ร้อยละ 75.13 ทำงานล่วงเวลาเฉลี่ย 7.60 เวรต่อเดือน มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 50,001 บาทขึ้นไปร้อยละ 47.86 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 83.69 รายได้ของครอบครัวมาจากตนเองและสมาชิกอื่นในครอบครัวร้อยละ 87.43 มีภาระหนี้สินอยู่ร้อยละ 79.14 และมีผู้ช่วยเหลือในครอบครัวที่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 46.37

2. ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยเป็นความขัดแย้งในด้านงานรบกวนครอบครัวที่มีสาเหตุจากเวลาอยู่ใน

ระดับปานกลาง และที่มีสาเหตุจากความเครียดและพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ส่วนความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านครอบครัวรบกวนงานอยู่ในระดับน้อย ทั้งที่มีสาเหตุจากเวลา ความเครียด และพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 1

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนในเวรเช้า บ่าย ดึก มีระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2) และ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) ส่วนความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านครอบครัวรบกวนงานไม่แตกต่างกันทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้ากับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนในเวรเช้า บ่าย ดึก และระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในกับแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวจำแนกตามรูปแบบของความขัดแย้ง

รูปแบบความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว	\bar{x}	SD	ระดับ
งานรบกวนครอบครัว	2.74	0.67	ปานกลาง
สาเหตุจากเวลา	2.42	0.69	ปานกลาง
สาเหตุจากความเครียด	1.79	0.70	น้อย
สาเหตุจากพฤติกรรม	1.51	0.60	น้อย
ครอบครัวรบกวนงาน	2.06	0.64	น้อย
สาเหตุจากเวลา	1.53	0.66	น้อย
สาเหตุจากความเครียด	1.28	0.53	น้อย
สาเหตุจากพฤติกรรม	1.45	0.59	น้อย

ตารางที่ 2 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัยและค่าพิสัยควอไทล์ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวที่เกิดจากงานรบกวนครอบครัวจำแนกตามการหมุนเวียนการปฏิบัติงาน (n=374)

	n	Mean	Std. Deviation	Median	IQR	U	P value
ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า	93	2.41	0.67	2.33	1.89-2.78	7917.00	0.000**
ปฏิบัติงานหมุนเวียน เวรเช้า บ่าย ดึก	281	2.85	0.64	2.89	2.33-3.33		

** p < 0.01

ตารางที่ 3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัยและค่าพิสัยควอไทล์ของความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวที่เกิดจากงานรบกวนครอบครัวจำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน (n=374)

	n	Mean	Std. Deviation	Median	IQR	U	P value
ปฏิบัติงานแผนก ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน	46	2.56	0.74	2.44	2.00-2.44	5971.50	0.022*
ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน	328	2.78	0.66	2.78	2.33-2.78		

*p < 0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวในรูปแบบงานรบกวนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการศึกษาค้นคว้ามีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 11-15 ปีร้อยละ 11.50 และ 16 ปีขึ้นไปร้อยละ 46.26 ซึ่งการมีประสบการณ์ทำงานมากทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการทำงาน และมีการนำประสบการณ์ที่สั่งสมมาบริหาร

จัดการเวลาและความเครียดในงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ อย่างไรก็ตามพยาบาลยังปฏิบัติงานหมุนเวียนในเวรเช้า บ่าย ดึกอยู่ ถึงร้อยละ 75.13 ซึ่งการปฏิบัติงานเวรบ่าย ดึก มีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างพร้อมกับครอบครัวหรือดูแลครอบครัว เช่น การร่วมกิจกรรมกับครอบครัว หรือการรับส่งบุตรไปโรงเรียนได้ นอกจากนี้การปฏิบัติงานที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงทำให้พยาบาลต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันทำงานเป็นผลัดเพื่อให้บริการโดยเฉพาะเมื่อมีการปฏิบัติงานในเวลากลางคืนอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานทั้งทางด้าน

สุขภาพกายที่ต้องอดนอนหรือนอนไม่เป็นเวลา มีผลก่อให้เกิดความเครียดอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย¹⁶ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดำรงชีวิต ในครอบครัว และความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.60 ปฏิบัติงานล่วงเวลามากกว่า 10 เวรต่อเดือน อาจทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลครอบครัวและบุตร สอดคล้องกับที่อาหมัด¹⁷ ได้กล่าวว่า ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานมีผลเสียต่อครอบครัวและบุคคลที่พยายามสร้างสมดุลระหว่างความต้องการของงานและบทบาทของครอบครัว ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้ นอกจากนี้ พยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีหลายบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานทั้งงานที่เป็นงานการพยาบาลผู้ป่วยและงานที่นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย เช่น เป็นกรรมการพัฒนากิจกรรม คุณภาพ กรรมการควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย เป็นต้น¹⁸ ซึ่งทำให้พยาบาลต้องทุ่มเทเวลาทั้งในการดูแลผู้ป่วยและงานที่ได้รับมอบหมายมากขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อบทบาทในครอบครัวทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้^{19,20,21} อีกทั้งในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการติดเชื้อและการระบาดอย่างรวดเร็วและมีอัตราการตายสูง ทำให้พยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และทำให้มีความเครียด กลัว วิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของคาริมและคณะ²² ที่ศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของพยาบาลในประเทศอิหร่าน พบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มีความวิตกกังวล เครียดและกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อและแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้จากสถานการณ์และความรุนแรงของโรคจำนวนผู้ป่วยที่มาก จากปัจจัยทั้งทางบวกและเชิงลบที่กล่าวมาจึงทำให้โดยภาพรวมพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวรูปแบบครอบครัวรบกวนงานอยู่ในระดับน้อยอาจเนื่องจากพยาบาลร้อยละ 59.09 มีสถานะภาพโสดซึ่งทำให้พยาบาลเหล่านี้สามารถปฏิบัติงานโดยไม่มีผลกระทบต่อ การดูแลครอบครัว และผลการศึกษายังพบว่าร้อยละ 82.90 ของพยาบาลมีผู้ช่วยเหลือในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ร้อยละ 46.37 สามี ภรรยา ร้อยละ 29.79 และญาติ ร้อยละ 12.18 ซึ่งบุคคลเหล่านี้สามารถช่วยแบ่งเบาภาระในครอบครัว ทำให้พยาบาลไม่มีความกังวลที่จะต้องรับผิดชอบดูแลครอบครัวจึงทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ทำให้พยาบาลมีความขัดแย้งในการทำหน้าที่ บทบาทในครอบครัวลดลง ดังการศึกษาของซางและคณะ²³ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและการสนับสนุนจากที่ทำงานให้ความ ขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวในบุคลากรทางการแพทย์หญิงลดลงได้

2. เปรียบเทียบความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวรูปแบบงานรบกวนครอบครัวและครอบครัวรบกวนงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ตามการหมุนเวียนการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนเวรเช้า บ่าย ดึก มีระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวด้านงานรบกวนครอบครัวมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานหมุนเวียนเป็นการปฏิบัติงานเป็นผลัดโดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนในเวรบ่าย ดึกทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวหรือดูแลครอบครัวในช่วงที่ขึ้นปฏิบัติงานได้และการการปฏิบัติงานที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงทำให้บุคลากรต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันทำงานเป็นผลัดเพื่อให้บริการอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อ

ผู้ปฏิบัติงานทั้งทางด้านสุขภาพกายที่ต้องอดนอนหรือนอนไม่เป็นเวลา มีผลก่อให้เกิดความเครียด อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ส่งผลต่อพฤติกรรม การดำรงชีวิตในครอบครัว มีผลต่อระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว¹⁶

3. เปรียบเทียบความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวรูปแบบงานรบกวนครอบครัวและครอบครัวรบกวนงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ตามแผนกที่ปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในมีระดับความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ด้านงานรบกวนครอบครัวมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน อาจเนื่องมาจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในต้องปฏิบัติงานหมุนเวียนเวรและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซ้ำซ้อนและรุนแรง ที่ต้องการการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน ซึ่งจากมีสถิติการนอนโรงพยาบาลปีพ.ศ. 2563 เฉลี่ยอยู่ที่ 7 วัน²⁴ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องส่งผลให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในเกิดความเครียด อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ส่งผลต่อพฤติกรรม การดำรงชีวิตในครอบครัว และเกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้ อีกทั้งในการจัดสรรอัตรากำลังของพยาบาลที่ปฏิบัติแผนกผู้ป่วยในพบว่ายังไม่สามารถจัดสรรอัตรากำลังได้ตามที่ต้องการ จึงต้องมีการจัดตารางการปฏิบัติงาน 2 เวนติดต่อกัน หรือจัดอัตรากำลังล่วงเวลาเข้ามาเสริมในการจัดอัตรากำลังแต่ละเวรให้ได้ตามเกณฑ์/ภาระงานที่มี ทำให้พยาบาลมีการขึ้นปฏิบัติงานติดต่อกันเกิน 12 ชั่วโมง และมีการขึ้นเวรล่วงเวลา 5 – 10 เวนต่อเดือนต่อคน การปฏิบัติงานติดต่อกันดังกล่าวทำให้พยาบาลมีเวลาพักผ่อนและทำกิจกรรมครอบครัวน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้ ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินมีระดับความขัดแย้งระหว่าง

งานกับครอบครัวน้อยกว่า อาจเนื่องมาจากระยะเวลา การให้บริการแก่ผู้ป่วยของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกสั้นกว่าและผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพที่รุนแรงที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในเวลาราชการ มีวันหยุดตามที่ราชการประกาศ ทำให้มีเวลาในการดูแลครอบครัวและได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว จึงเกิดความเครียดจากการปฏิบัติงานน้อยกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยาแจ่มศักดิ์⁶ ที่พบว่า พยาบาลแผนกผู้ป่วยในมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวมากกว่าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. พยาบาลควรบริหารจัดการงานที่รับผิดชอบ เพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดจากงานรบกวนครอบครัว โดยวิธีการต่างๆ เช่น ทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อที่จะทำให้งานรบกวนเวลาในการ ทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว นอกจากนี้พยาบาลควรมีการฝึกทักษะทางด้านจิตใจ เช่น การควบคุมอารมณ์ การปล่อยวางเพื่อลดความเครียดจากการทำงานที่ทำให้เกิดความขัดแย้งกับครอบครัวได้

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานของพยาบาล จัดทำแผนอัตรากำลังให้เพียงพอ รวมถึงการพิจารณาการจัดตารางปฏิบัติงานของพยาบาลและการปฏิบัติงานล่วงเวลาอย่างเหมาะสม และควรจัดสรรหมุนเวียนให้พยาบาลได้มีวันหยุดตามวันหยุดราชการอย่างเหมาะสม ดูแลภาระงานและการมอบหมายงานพิเศษของพยาบาลของแต่ละคนให้เหมาะสม นอกจากนี้ควรดูแลพยาบาลด้านจิตใจและความเครียดที่เกิดจากการทำงานเพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดจากงานรบกวนครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ที่มีบริบทแตกต่างกันไป

2. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาล เช่น

จำนวนและอายุบุตร การสนับสนุนของครอบครัว ชั่วโมงการทำงาน การมีส่วนร่วมในงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Phillips, C. Relationships between workload perception, burnout, and intent to leave among medical – surgical nurses. *Int J Evid Health* 2020; 256-273.
2. วิจิตร ศรีสุพรรณ, และ กฤษฎา แสงวดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล* 2555;27(1):5-12.
3. นवलรัตน์ วรจิตติ และ กัญญา ประจักษ์ศิลป. ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2560;18(พิเศษ):112-20.
4. Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *J Vocat Behav* 2000;56(2): 249–76.
5. Wang, Y., Chang, Y., Fu, J., & Wang, L. Work-family conflict and job and burnout among Chinese female nurses: The mediating effect of psychological capital [online]. 2012 [cited 2020/6/28]. Available from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/915>
6. พิทยา แจ่มศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ความขัดแย้งระหว่างบทบาทงานกับครอบครัวและความพึงพอใจในชีวิตของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลเอกชน. *วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556*
7. เกษมสิษฐ์ แก้วเกียรติคุณ. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารวิจัยทรัพยากรมนุษย์* 2551;4(1):13-31.
8. Hassanzadeh, M., Abazari, F., & Farokhzadian, J. The work-family conflict and quality of care given by nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *J Public Health: [online]. 2019 [cited 2020/6/17]. Available from <https://doi.org/10.1007/s10389-019-01123-y>.*
9. Wang, M. L., & Tsai, L. J. Work-family conflict and job performance in nurses: the moderating effects of social support. *J Nurs Res* 2014;22(3):200-207.
10. Alazzam, M., Abualrub, R. F., & Nazzal, A. H. The relationship between work-family conflict and job satisfaction among hospital nurses. *Nurs Forum* 2017;52(4):278-288.
11. พัชรินทร์ เขตประทุม. ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวของพยาบาลในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. *การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563*
12. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row Publication; 1973.

13. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ .พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.
14. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด; 2562.
15. ปาณิภา เสี่ยงเพราะ ทศนีย์ รวีวรกุลและอรพรรณ แก้วบุญชู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เขตภาคกลาง.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2557;18(1):17-27.
16. Camerino, M., Sandir, M., Satori, S., Conway, P. M., Campanini, P., & Costa, G. Shift work, work- family conflict among Italian nurse and prevention efficacy. J Biol Rhythms and Medical Rhythm Research 2010;27(5):1105-1123.
17. Ahmad, A. Job, Family and Individual Factors as Predictors of Work-Family Conflict. J Hum Resour Adult Learn 2008;4(1):57-65.
18. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2563). ประกาศฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่: รายชื่อคณะกรรมการของฝ่ายการพยาบาล วาระปีงบประมาณ 2564-2565.
19. Hammer, L. B., Allen, E., & Grigsby, T. D. Work and family conflict in dual-earner couples: Within-individual and crossover effects of work and family. J Vocat Behav 1997;50(2): 185-203.
20. Ashforth, B. E., Kreiner. G. E., & Fugate, M. All in a day's work: Boundaries and micro role transitions. Acad Manage Rev 2000;25(3):472-491.
21. Darcy, C. & Carthy, A. M. Work-family conflict: An exploration of the differential effects of a dependent child's age on working parents. J Eur Ind Train 2007; 31(7):530-549.
22. Karimi, Z., Fereidouni, Z., Behnammoghadam, M., Alimohammadi, N., Mousavizadeh, A., Salehi, T., Mirzaee, M.S., & Mirzaee, S. The Lived Experience of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Iran: A Phenomenological Study. Risk Manag Health Policy [online]. 2020 [cite 2021/10/09]. Available from: <https://www.dovepress.com>
23. Zhang, H., Tang,L., Ye, Z., Zou, P., Shao, J., Wu, M., Zhang, Q., Qiao, G., & Mu, S. The role of social support and emotional exhaustion in the association between work-family conflict and anxiety symptoms among female medical staff: a moderated mediation model. BMC Psychiatry [online]. 2020 [cite 2021/10/09]. Available from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12888-020-02673-2.pdf>
24. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. รายงานสถิติประจำปี. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง
กับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
The Relationships between Self-Care Behaviors, Self-Esteem,
and Psychological Well-Being among Older Adults with Chronic Illness

หงษ์ บรรเทิงสุข พย.ม.* Hong Banthoengsuk M.N.S.*
มะลิสา งามศรี พย.ม.* Malisa Ngamsri M.N.S.*
ดรุณี ใจสว่าง วท.ม.* Darunee Jaisawang M.S.*
โชติกา สมสุวรรณ วท.ม.* Chotika Somsuvun M.S.*
อภิญญา เขาวบุตร พย.ม.* Apinya Yaowaboot M.N.S.*

Corresponding Authors: Email: hongban251746@gmail.com.

Received: 28 Oct 2021, Revised: 19 Nov 2021, Accepted: 1 Dec 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง สุขภาวะทางจิต และหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก ในช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2563 และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ใน เขตอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 380 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่ม แบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม พฤติกรรมดูแลตนเอง แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัดสุขภาพทางจิตวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่า ในตนเองและสุขภาพทางจิต อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.57, SD = .47$; $\bar{x} = 2.71, SD = .59$; $\bar{x} = 4.52, SD = .13$ ตามลำดับ) เมื่อหาความสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองและการเห็น คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .645$ และ $r = .679$ ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสร้างความตระหนักและเตรียม ความพร้อมสำหรับการดูแลตนเองและเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิต ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุสุขภาพทางจิต พฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

E-mail: somsvun.cha@gmail.com, malisa1020@hotmail.com, darunee.j@ubru.ac.th, apinya.yao@gmail.com

* Faculty, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University.

ABSTRACT

The purposes of this descriptive research were to study the level of self-care behavior, self-esteem and psychological well-being and the correlations between self-care behavior, self-esteem, and psychological well-being among older adults with chronic illness. The purposive samples were 380 older adults with chronic illness treated at Lao Suea Kok Subdistrict Health Promotion Hospital during January to March 2020. The research instruments were four questionnaires included demographic data, self-care behaviors, self-esteem, and psychosocial well-being assessment. Data were analyzed using descriptive statistic and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that self-care behavior, self-esteem, and psychological well-being of older adults with chronic illness were at moderate levels ($\bar{x} = 2.57$, $SD = .47$; $\bar{x} = 2.71$, $SD = .59$; $\bar{x} = 4.52$, $SD = 0.13$, respectively). Self-care behavior and self-esteem were significantly correlation with psychological well-being in older adults with chronic illness with level of significant at .05 ($r = .645$ and $r = .679$, respectively).

The research result revealed that the awareness and readiness programs need to be developed in order to promote psychological well-being for older adults with chronic illness.

Keyword: chronic illness, older adults, psychological well-being, self-care behaviors, self-esteem

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งด้านอาการ ความไม่สุขสบายวิถีชีวิตเกี่ยวกับโรคตลอดจน แนวทางการรักษา ซึ่งภาวะนี้เป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียทางด้านร่างกายจิตใจเศรษฐกิจสังคม และ อารมณ์ทั้งในระดับตัวบุคคลผู้ดูแลครอบครัว¹ ในขณะที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะของการเคลื่อนไหวลดลง มีแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุและ บาดเจ็บเพิ่มขึ้น มีความรู้สึกไม่แน่นอน พุทธิปัญญา บกพร่อง² ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมรวม

ทั้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะสูญเสียสุขภาพทางจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง³⁻⁴

สุขภาพทางจิต เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าได้ทำในสิ่งที่ต้องการและทำได้สำเร็จ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความภาคภูมิใจในการกระทำของตน มีพัฒนาการทางจิตใจที่ค่อนข้างสมบูรณ์ มั่นใจในตนเอง ฟังพอใจกับประสบการณ์ในชีวิต โดยประเมินจากเหตุการณ์ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ไม่ใช่สถานการณ์ที่เผชิญในปัจจุบัน⁵ สุขภาพทางจิตไม่เพียงแต่การไม่มีความทุกข์ความไม่สบายใจเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงถึง ผลด้านบวกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย

ซึ่งสุขภาวะทางจิตเป็นความพยายามปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพของตนเองเชื่อมโยงกับการมีเป้าหมายในชีวิตและสร้างพลังชีวิต การเผชิญความท้าทายและการพยายามเอาชนะและบรรลุเป้าหมายอันมีค่า ความงอกงามในตนเอง และการมีจุดหมายในชีวิต ถือเป็นองค์ประกอบหลักของจิตวิทยาเชิงบวก โดยจะลดลงตามวัยของบุคคล⁶⁻⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต ได้แก่ ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน⁸ แต่ยังมีปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง⁹ ดังนั้นการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองจึงน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งโรเซนเบิร์ก¹⁰ กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลประเมินค่าหรือให้คุณค่ากับตนเองในเรื่องของการยอมรับ การนับถือ ความสำเร็จในชีวิต โดยเปรียบเทียบกับตัวตนที่มองเห็นหรืออัตมโนทัศน์กับตัวตนในอุดมคติ ทำให้บุคคลมีการมองโลกในแง่ดี ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง มองว่าตนเองเป็นคนที่มีศักยภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต¹¹⁻¹² การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง¹³ โดยพฤติกรรมดูแลตนเองส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่งโอเร็ม¹⁴ กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้และมีเป้าหมาย ดังนั้นเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลควรเริ่มต้นและปฏิบัติด้วยตนเองทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความสุขในชีวิต และการดูแล

ตนเองจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยทำให้มีสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น¹⁵ ดังนั้น การเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุแต่การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังยังมีน้อย

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแล และการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง¹⁶ ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาที่ได้จะนำไปหาแนวทางในการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของพฤติกรรมดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

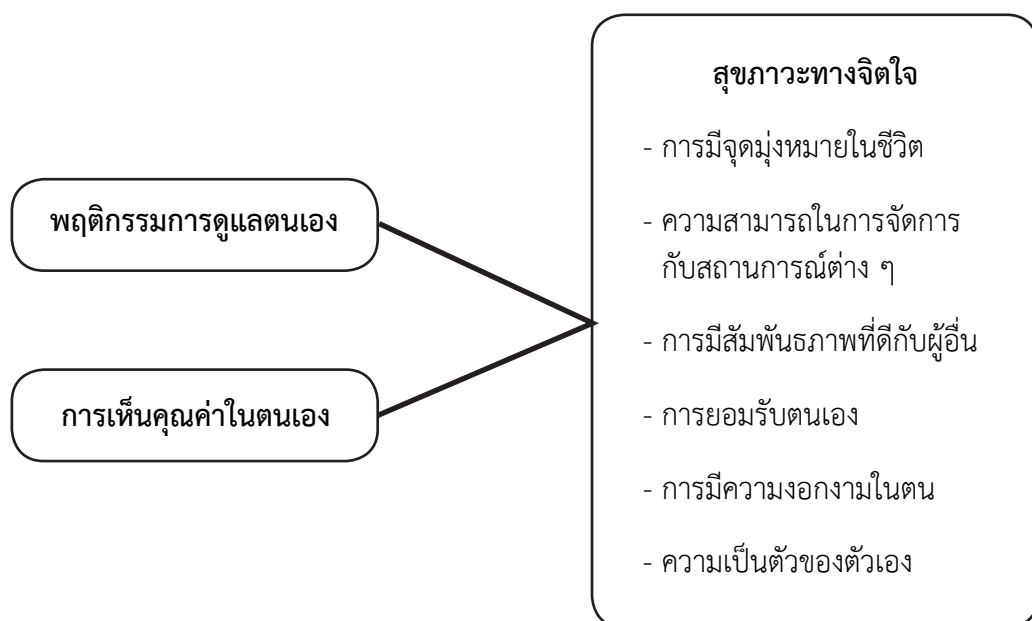
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของ Ryff และ Keyes⁶ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ อิสระแห่งตนหรือความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม (environment mastery) ความงอกงามในตนเอง (personal growth) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations

with others) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) และการยอมรับตนเอง (self-acceptance) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง¹⁵ และการเห็นคุณค่าในตนเอง^{11, 15-16} ซึ่งผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกิดขึ้น จำเป็นต้องมีการดูแลตนเอง ต้องตระหนัก และให้ความใส่ใจในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะคุกคามของปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองจะช่วยให้มีสุขภาวะทางจิตดีขึ้น^{9,14} มองเห็นศักยภาพของตนเอง ยอมรับและมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น¹⁷ ผลที่ตามมาช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิต ทำให้รู้สึกมั่นคงทางจิตใจ¹¹ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีจะส่งผลให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง และส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตสูงขึ้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และสุขภาวะทางจิตใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภูมิลำเนาในอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ.2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นผู้

สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก ในช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) ได้แก่ สามารถอ่านออกเขียนได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีระยะเวลายาวนานและการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน¹⁸

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มีแพทย์วินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตมีความผิดปกติทางระบบประสาทมีภาวะติดเตียงและมีภาวะสมองเสื่อมโดยมีค่าคะแนน MMSE ต่ำกว่า 23 คะแนน

คำนวณขนาดของกลุ่มกำหนดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel และคำนวณสัดส่วนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของสุนิสา คำขึ้นและคณะ¹⁹ พบผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติร้อยละ 57.75 คิดเป็นสัดส่วน เท่ากับ 0.58 โดยค่า P มีค่าเท่ากับ 0.58 ได้กลุ่มตัวอย่าง 376 คน และคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณทั้งหมด 414 คน แต่หลังจากการเก็บข้อมูลจริงมีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 380 คน คิดอัตราการตอบแบบสอบถาม (Response rate) ร้อยละ 91.79

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และรายได้เฉลี่ยต่อปี
2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตนเองของ รัชนก ชูพิชัย¹⁵ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้งไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 28 ข้อ

ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป 10 ข้อ 2) การดูแลรักษาตามระยะพัฒนาการ 10 ข้อ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ 8 ข้อ โดยแบ่งระดับของพฤติกรรมสุขภาพดูแลตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 พฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 พฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 พฤติกรรมการดูแลตนเองดี

3. แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ของ โรเซนเบอร์ก¹⁰ แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ผ่องศรี ศรีมรกต²⁰ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทั้งในด้านบวกและลบจำนวนข้อในด้านบวกมี 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 2, 4, 6, 7 ส่วนจำนวนข้อในด้านลบมี 5 ข้อ คือ ข้อที่ 3, 5, 8, 9, 10 ในแต่ละข้อมีข้อคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยแบ่งระดับของการเห็นคุณค่าในตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 การเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 การเห็นคุณค่าในตนเองสูง

4. แบบประเมินสุขภาวะทางจิตของ คัดนางค์ มณีศรี²¹ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Ryff & Keyes⁶ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 7ระดับ จำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินสุขภาวะทางจิต 6 มิติคือ การมีจุดหมายในชีวิต (purpose in life) มี 8 ข้อ ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ (environment mastery) มี 7 ข้อ การมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (positive relationship) มี 8 ข้อ การยอมรับ

ตนเอง (self-acceptance) มี 8 ข้อ การมีความ
งอกงามในตน (personal growth) มี 6 ข้อ และ
ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) มี 8 ข้อโดย
มีเกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00–3.99 คะแนนหมายถึงมีสุข
ภาวะทางจิตระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 4.00–4.99 คะแนนหมายถึงมีสุข
ภาวะทางจิตระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 5.00–7.00 คะแนนหมายถึงมีสุข
ภาวะทางจิตระดับสูง

การตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย
การทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน
จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น
โดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน
บาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้
แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าความ
เชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 แบบประเมินการเห็นคุณค่า
ในตนเองได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 แบบ
ประเมินสุขภาวะทางจิตได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ
0.84

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการดำเนินการวิจัยผ่าน
คณะกรรมการบริหารงานวิจัยของคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี การประชุม
ครั้งที่ 4/2562 และผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธี
การดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเข้าร่วม
โครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล
ของผู้เข้าร่วมวิจัยไว้เป็นความลับและนำเสนอข้อมูล
ในภาพรวมไม่มีการระบุรายชื่อกลุ่มตัวอย่างโดยก่อน
เก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ
ใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองโดยไม่มีการบังคับ กลุ่ม
ตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา
โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีอายุ
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในอำเภอเหล่าเสือโก้ก
จังหวัดอุบลราชธานีโดยการนำแบบสอบถามไปให้
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้านและให้ตอบ
แบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administered
questionnaire) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกตอบ
แบบสอบถามด้วยตนเองใช้การสัมภาษณ์โดยผู้ช่วย
วิจัยที่ได้รับการชี้แจงและอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ
แล้ว ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ
30 นาที ทำให้ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมด
จำนวน 380 คน คิดอัตราการตอบแบบสอบถาม
(Response rate) ร้อยละ 91.79

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และสุขภาวะ
ทางจิตด้วยสถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุข
ภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้วย
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's
product moment correlation coefficient)
โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 55.26 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ
44.74 อายุเฉลี่ย 64.51 ปี (SD.= 15.10) สถานภาพ
สมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 77.37 ทุกคนนับถือศาสนา
พุทธ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นมาก
ที่สุดร้อยละ 80.11 มีรายได้เฉลี่ยต่อปีช่วง 10,000-
50,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 47.89 โดยเฉลี่ย
27,500 บาท (SD. = 1,100) มีจำนวนสมาชิก
ในครอบครัวจำนวน 3 คนมากที่สุด ร้อยละ 53.60
กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวโดยเป็นโรคความดัน
โลหิตสูง และโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 60.80

2. ผลการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พบ ตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48.95 ($\bar{x} = 2.57$, SD.=. 47) ดังแสดงตารางที่ 1 ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแล

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ระดับคะแนน	ร้อยละ	\bar{x}	SD.
ต่ำ (1.00-1.99)	11.84	1.12	0.34
ปานกลาง (2.00-2.99)	48.95	2.57	0.47
สูง (3.00-4.00)	39.21	3.68	0.51
รวม	100.00	2.46	0.09

3. ผลการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองพบ ตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 55.79 ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการเห็นคุณค่าใน ($\bar{x} = 2.71$, SD.= .59) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ระดับคะแนน	ร้อยละ	\bar{x}	SD.
ต่ำ (1.00-1.99)	9.21	1.26	0.48
ปานกลาง (2.00-2.99)	55.79	2.71	0.59
สูง (3.00-4.00)	35.00	3.47	0.76
รวม	100.00	2.48	0.14

4. ผลการประเมินสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ทางจิตอยู่ในระดับสูง คือ ด้านความเป็นตัวของตัวเองที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า สุขภาพทางจิตโดยรวม (AU) ($\bar{x} = 5.11$, SD.= .41) และด้านการมีสัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.52$, SD.= .13) เมื่อแยกที่ดีกับผู้อื่น (PR) ($\bar{x} = 5.13$, SD.= .24) ดังรายละเอียดสุขภาพทางจิตรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับสุขภาพ ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปร	\bar{x}	SD.	ระดับ
สุขภาวะทางจิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	4.52	0.13	ปานกลาง
สุขภาวะทางจิตรายด้าน			
- การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (PL)	4.07	0.37	ปานกลาง
- การจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ (EM)	4.09	0.57	ปานกลาง
- การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (PR)	5.11	0.41	สูง
- การยอมรับตนเอง (SA)	4.62	0.58	ปานกลาง
- การมีความองงามในตน (PG)	4.12	0.37	ปานกลาง
- ความเป็นตัวของตัวเอง (AU)	5.13	0.24	สูง

5. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ

($r = .645$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ ($r = .679$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปร	สุขภาวะทางจิต	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	การเห็นคุณค่าในตนเอง
สุขภาวะทางจิต	1.000		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.645*	1.000	
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.679*	.576*	1.000

* $p < .05$

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สุขภาวะทางจิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.52, SD. = .13$) ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ ปรีทรรศน์ วันจันทร์ และคณะ⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนมีสุขภาพทางจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุเฉลี่ย 64.51 ปี ทำให้มีความสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ จึงมีความรู้สึกที่ตนเองไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองตนเองในมุมบวกส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี²² แต่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็ต้องมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมถึงการเสียสุขภาพทางจิตด้วย^{3,4}

เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า สุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (AU) มีสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 5.13$, $SD. = .24$) สอดคล้องกับการศึกษาของมาสริน ศุกลปักษ์ และกรัณธรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์²³ ที่พบว่าสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (PR) และด้านความเป็นตัวของตัวเอง (AU) อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุเฉลี่ย 64.51 ปี ทำให้มีความสามารถในการแสดงความรู้สึกการใช้ความคิด เพื่อตัดสินใจที่ถูกต้องด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระสามารถเลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลตนเองได้รวมทั้งความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และสามารถประเมินการเจ็บป่วยของตนเองเพื่อการดูแลที่เหมาะสม⁶ ส่งผลให้มีสุขภาพทางจิตในระดับสูงตามมา ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (PR) อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 5.11$, $SD. = .41$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นสามารถติดต่อสื่อสารในเชิงสร้างสรรค์ และมีความสุขกับการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น⁶

สำหรับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.57$, $SD. =$

.47) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ong-artborirak และคณะ²⁵ พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ยังมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจและยอมรับกับสภาพของตนเองในปัจจุบัน สามารถจัดการให้ตนเองผ่อนคลายได้เมื่อเกิดอารมณ์ตึงเครียดและปรับตัวให้เข้ากับสภาวะปัจจุบัน รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ความสำคัญและใส่ใจต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงและสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นการสนับสนุนแนวคิดของโอเร็ม²⁴ ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง

ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.71$, $SD. = .59$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sare และคณะ²⁷ พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ มีสุขภาพทางจิตด้านการยอมรับตนเอง (SA) ($\bar{x} = 4.62$, $SD. = .58$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการยอมรับตนเองนี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักคุณค่าของตนเอง มีความเข้าใจในตนเอง รู้จุดเด่นและข้อควรปรับปรุง รวมทั้งภาพลักษณ์ ของตนเองอย่างแท้จริง⁶ รวมทั้งประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพ สถานภาพ และความมั่นคงในชีวิตได้มากกว่าคนอื่น อีกทั้งผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังรู้สึกว่าตนเองสามารถเป็นที่พึ่งให้แก่บุตรหลานมีความมั่นคงและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีและมีทักษะทางสังคมสูงส่งผลให้มีสุขภาพทางจิต²⁶

2. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแลตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกระดัดปานกลางกับสุขภาวะทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รักชนก ชูพิชัย¹⁵ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังและการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะทางจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร ภาคาหาญ¹¹ รักชนก ชูพิชัย¹⁵ และบุญสิตา ทองกิตติกุล และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้ โดยไม่เป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้และเป็นทีเคารพนับหน้าถือตาของคนในชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของการดำเนินชีวิต³⁰ รวมทั้งผู้สูงอายุอาจมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีการประเมินความคิด ความรู้สึกของตนเองในด้านบวกซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองที่มีต่อความสามารถความสำคัญความสำเร็จ และการมีคุณค่าของตนเองทำให้เกิดความพึงพอใจและยอมรับต่อชีวิตของตนเอง³¹ ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาวะทางจิตใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง²⁹ และเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิต สร้างแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังคงสภาพของสมรรถนะต่างๆของตนเองเองได้³² ดังนั้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการเห็นคุณค่าของตนเองที่ดีทำให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังสามารถควบคุม จัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองโดยอาศัยความสามารถในการจัดการสถานการณ์ (environment mastery) โดย

เฉพาะสถานการณ์ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ เพราะการที่บุคคลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องทำให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ความรุนแรงของโรคลดลงสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ดีบุคคลนั้นก็จะมีความสุขในการดำรงชีวิตประจำวัน²⁸ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองทางบวกอาจส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้²⁹

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีสามารถดูแลตนเองได้จะก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจมองเห็นคุณค่าในตนเองจะมีผลทำให้สุขภาวะทางจิตเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วยโดยจะเห็นได้จากผลการวิจัยว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้ความสำคัญกับแนวทางในการสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองโดยการจัดทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี ประกวดความสามารถพิเศษของผู้สูงอายุ และมีการจัดกลุ่มตามความถนัดในการทำศิลปะหัตถกรรมหรือสินค้าเพื่อให้การยอมรับในคุณค่าของตนเอง รวมทั้งจัดทำแผนรองรับเชิงนโยบายในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เพื่อเพิ่มระดับการเห็นคุณค่าในตนเองและระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

2. ควรจัดกิจกรรมการให้ความรู้ การรู้จักดูแลตนเอง การให้สุขศึกษา รวมทั้งการพูดคุยให้การปรึกษา การเน้นใช้หลักธรรมในการดำเนินชีวิต และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพร่างกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลตนเองและเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันในการควบคุมโรคโดยเน้น

การสนับสนุนของครอบครัวที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางจิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศกุนตลา อนุเรือง. ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ: สถานการณ์ประเด็นท้าทายและการจัดการดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29(2):1-14.
2. Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. BMC Public Health [Internet]. 2019 [Cited 2021 Oct 20];19:1431. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>.
3. Xiao, S., Shi, L., Dong, F., Zheng, X., Xue, Y., Zhang, J., et al. The impact of chronic diseases on psychological distress among the older adults: the mediating and moderating role of activities of daily living and perceived social support. Aging Ment Health 2021;25(11):1-7.
4. Okely, J.A., Gale, C.R. Well-being and chronic disease incidence: The English longitudinal study of ageing. Psychosom Med 2016;78(3):335-44.
5. อากาศ เป็รียนิม, พูลพงษ์ สุขสว่าง, ปิยะทิพย์ ประจักษ์พรหม. การพัฒนามาตรวัดความผาสุกทางจิต. วารสารพยาบาล 2563;69(2):30-36.
6. Ryff, C.D., Keyes, C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol 1995;69(6):719-727.
7. Ryff, C.D. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosom 2014;83:10-28.
8. สุพิตรา เศลวัตนะกุล. ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชนบทที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร 2564;11(1):107-116.
9. บริทรศน์ วันจันทร์, ศิริรัตน์ จำปีเรือง, สุจิตรา สังวรรณ. การศึกษาทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุวัดไทรใต้ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2563;37(1):61-70.
10. Rosenberg, M. Society, and the adolescent self-image. Princeton: University Press; 1965.

11. ดวงพร ภาคหาญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง รพ. แพร์ (รองชื่อ). วารสารโรงพยาบาลแพร์ 2560;25(2):13-23.
12. ศุภนารี วรณพงษ์, จงรักษ์ หงส์งาม. ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเศรษฐศาสตร์และกลยุทธ์การจัดการ 2561;5(2):21-32.
13. Leblanc, R.G., Jacelon, C.S. Self-care among older people living with chronic conditions. International Journal of Older People Nursing [Internet]. 2018 [Cited 2021 Nov 9]; 13(3):e12191. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/opn.12191>.
14. วัลภา บุรณกลัศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560;9(2):4-32.
15. รักชนก ชูพิชัย. ความผาสุกของสูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต] จังหวัดนนทบุรี บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 2562/11/20]. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Abstract_100288.pdf.
16. บุญลิตา ทองกิตติกุล, ธนะมินทร์ ไฉฉายหิรัญโชติ, ธิณรัตน์ อนุพันธ์พิศิษฐ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองการทำหน้าที่ของครอบครัวและสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
17. Bagheri-Nesami, M., Goudarzian, A.H., Mirani, H., Jouybari, S.S., Nasiri, D. Association between self-care behaviors and self-esteem of rural elderlies; Necessity of health promotion. *Materia Socio-Medica* 2016;28(1):41-5.
18. World Health Organization. Noncommunicable Disease. [Internet]. 2021[Cite 2021 Feb 11]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
19. สุนิสา คำขึ้น, หลุทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563; 36(3): 150-163.
20. ผ่องศรี ศรีมรกต. ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.[วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
21. คัคนางค์ มณีศรี. แบบวัดสุขภาวะทางจิต.[วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
22. ธนวิชญ์ แสนสองแคว. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อยอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
23. มาสรีน ศุกลปักข์ และกัธณิธาธรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. การศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจังหวัดนนทบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39(4):530-40.
24. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินต์ติ้ง; 2540.

25. Ong-artborirak, P., Seangpraw, K. Association between self-care behaviors and quality of life among elderly minority groups on the Border of Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2019;12:1049-59.
26. นนทรี วงษ์วิจารณ์, สุปาณี สนธิรัตน์. ทักษะต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอภักดีบดินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์* 2556;39(2):66-79.
27. Šare, S., Ljubičić, M., Gusar, I., Čanović, S., Konjevoda, S. Self-esteem, anxiety, and depression in older people in nursing homes. *Healthcare* 2021; 9(8): 1035.
28. Orem, D.E. *Nursing: Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill Book Co; 1980.
29. เกิดสิริ หงส์ไทย. การวิเคราะห์ทัศนคติความผาสุกตามมุมมองในผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล* 2564;36(4):44-59.
30. ญาดาร์ตน์ บาลจ่าย, ดลนภา สว่างไสง, เฉลิมศรี เกิดมากมี. ประสบการณ์ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสังคมเมือง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2562;9(3):350-64.
31. Szczesniak, M., Bielecka, G., Madej, D., Pienkowska, E. Rodzen, W. The role of self-esteem in the relationship between loneliness and life satisfaction in late adulthood: evidence from Poland. *Psychol Res Behav Manag* 2020;13:1201-12.
32. Routledge, C., Ostafin, B., Juhl, J., Sedikide, C., Cathey C, Liao, J. Adjusting to death: the effects of mortality salience and self-esteem on psychological well-being, growth motivation, and maladaptive behavior. *J Pers Soc Psychol* 2010;99(6):897-916.

ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ Triage System in Chiang Mai Neurological Hospital

เยาวลักษณ์ พุยหัวโทน พย.บ.* Yaowaluk Puyhuaton M.N.S *
จุไรพร กนกวิจิตร พย.บ.* Juraiporn Kanokwijit M.N.S *
ลักขณา ไทยเครือ พ.บ. ปร.ด** Lakkana Thaikrue M.D., M.S., Ph.D.**

Corresponding Authors: Email: puyhuaton@gmail.com

Received: 5 Oct 2021, Revised: 9 Dec 2021, Accepted: 12 Dec 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินและหาแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 15 คน วิจัยดำเนินการศึกษาใช้แนวคิดของวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA (Plan-Do-Check-Act) ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการดำเนินการแก้ไข ขั้นตอนการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 สืบค้นเอกสารแนวปฏิบัติ การคัดแยกประเภทผู้ป่วย เก็บข้อมูลจากสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการ อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด รวมถึงสอบถามประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยจากกลุ่มประชากรที่ศึกษา ระยะที่ 2 สังเกตการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้ป่วย ระยะที่ 3 ทบทวนวรรณกรรม และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย พัฒนาแนวทางปฏิบัติ คู่มือ และเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และจัดหมวดหมู่ข้อคิดเห็นจากการสัมภาษณ์และการสังเกต

ผลการวิจัย พบว่า หน่วยงานยังไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน แต่มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่สามารถบอกขั้นตอนในการคัดกรองผู้ป่วยได้ครบถ้วนและเรียงลำดับได้อย่างถูกต้องมีเพียงหนึ่งคน จากการสังเกตการคัดกรองขอพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า สามารถประเมินอาการและรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง ส่วนร้อยละ 40 ไม่สามารถตัดสินใจระบุความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องในกรณีฉุกเฉิน และร้อยละ 70 ไม่ได้ประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มาใช้บริการ สาเหตุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ Email: puyhuaton@gmail.com, juraipom.k2021@gmail.com

* Registered Nurse, Emergency room. Chiang Mai neurological hospital

** ศาสตราจารย์ดอกเตอร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: Lakkana.t@cmu.ac.th

** Professor Dr. in Faculty of Medicine, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine

หลักของการคัดกรองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ระบบคัดกรองไม่ชัดเจน ความแตกต่างของประสบการณ์และความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วย เครื่องมือในการจำแนกประเภท และการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องจากตัวผู้ป่วยและญาติ แนวทางในการพัฒนาประกอบไปด้วย 1) การมีระบบการคัดกรองที่ชัดเจน 2) การมีแนวปฏิบัติ และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วย 3) การปฐมนิเทศและการฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

การศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในครั้งนี้ ช่วยทำให้ทราบถึงระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงาน รวมทั้งทราบปัญหา สาเหตุของปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน

Abstract

This descriptive study aims to investigate and find the way to develop triage system in Chiang Mai Neurological Hospital. The methodology used in this study was the concept of PDCA (plan-do-check-act). A total of 15 physicians and registered nurses in emergency and out-patient departments were recruited to participate in this study. The study consisted of three phases. In the first phase, secondary data from documents, medical records, registration service and incidents related to triage system were retrieved. All the participants were interviewed about triage system, such as interviewing and steps of triage. In the second phase, researchers observed the participants during patient screening and classification. In the third phase, researchers reviewed literatures and use analyzed data to find the way to develop triage system manuals and guidelines for patient screening and patient care. The research instruments consisted of Emergency Screening Questionnaires, interview form and observation form. All data was analyzed using descriptive statistics and grouping data from interview and observation.

The results revealed that the system of triage was unclear. The main problems were that some staffs had never received orientation/training course and/or never read triage guidelines. Only one nurse could correctly describe work flow and steps in triage system. For screening observation, all participants could classify patients correctly. Inappropriate activity was to make decision for

emergency indication (40.0%). The activity that should have staffs had never been done were pain assessment (70.0%). The main causes of delayed triage incidents included comprised of unclear system of triage, different experiences/or skills among staffs, ambiguous in using available triage tools and falsifying information provided by patients or their relatives. The proposed recommendations were that the hospital should have 1) correct triage system 2) official document and practice cal guidelines of triage system for emergency patients 3) provide orientation and training courses of emergency patient triage.

The study provides useful information regarding emergency patient triage system, problems and causes of the delayed and misclassified emergency patients for further development of triage system in Chiang Mai Neurological Hospital.

Key words: Emergency patient triage, Emergency patient triage system, patient classification

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ในปัจจุบันสถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย (Triage)¹ ระบบการคัดกรองผู้ป่วยมีการใช้มาเป็นเวลานาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน รอคอยไม่ได้ และจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ก่อน และเนื่องจากโรงพยาบาลเป็นแหล่งบริการชุมชนด้านสุขภาพอนามัย เมื่อประชาชนเพิ่มขึ้น จำนวนผู้มารับบริการก็เพิ่มมากขึ้น การคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่จุดคัดกรองที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นขบวนการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเพื่อตัดสินใจรับตัวของผู้ป่วย และส่งไปรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตอบสนองความต้องการในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้เร็วขึ้น² แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่สำคัญในโรงพยาบาลเป็นด่านแรกที่ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการฉับพลัน และอยู่ในภาวะฉุกเฉิน จากการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันซึ่งต้องการการช่วยเหลือ

ที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง³ ดังนั้นแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือเป็นเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่แม่นยำและน่าเชื่อถือในการคัดกรองอาการของผู้ป่วยที่ต้องการ การรักษาอย่างเร่งด่วน และใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ประโยชน์อย่างสูงสุด

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ระบบการคัดแยกที่มีความละเอียด เทียบตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนสามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษา ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น และลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก⁴ และในหลายประเทศ เช่น ประเทศแคนาดา (Canadian Triage and Acuity Scale; CTAS) และประเทศสหรัฐอเมริกา (Emergency Severity Index; ESI) ได้ใช้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ การพัฒนาระบบการคัด

แยกผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อคัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็วทำให้ระยะเวลารอพบแพทย์ และระยะเวลาอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลง สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพในบทบาทของพยาบาลผู้ประเมินครั้งแรกที่พบผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁶ ส่วนระบบการคัดแยกที่มีความคลาดเคลื่อนมาก จะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรที่มาก เกินความจำเป็น เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งฉายรังสีเพื่อการวินิจฉัย เป็นต้น เพิ่มอัตราบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานโดยไม่มี ความจำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นรวมถึงระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา สำหรับผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉินอาจจะเกิดความล่าช้าอาจส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย⁴

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาทระดับตติยภูมิ รับผิดชอบรักษาผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการในปัจจุบันมักมีโรคร่วมมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการมีหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น ห้องฉุกเฉินจึงเป็นด่านหน้าที่ให้บริการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งรับย้ายจากโรงพยาบาลอื่นและผู้ป่วยที่มาจากตัวเอง อีกทั้งยังเป็นหน่วยบริการผู้ป่วยนอกนอกเวลาให้บริการ 24 ชั่วโมง จึงเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องการความรวดเร็วและแม่นยำในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วน ฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ทันที ลดอัตราการเสียชีวิตและการพิการของผู้ป่วย ทางหน่วยงานได้มีการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล และได้สร้างแนวปฏิบัติ (work instruction) ในการแยกประเภทผู้ป่วยขึ้นมาในปี 2558 โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก Emergent (E), ผู้ป่วยฉุกเฉิน Urgent (U) และผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน Non-emergent (N) ในช่วงต้นปี 2559 ได้มีการนำความรู้เรื่องแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการ

บริหาร ณ ห้องฉุกเฉินตามคู่มือที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) กำหนด โดยใช้ดัชนีความรุนแรงในการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศสหรัฐอเมริกา (Emergency Severity Index; ESI)⁷ มาใช้ในการคัดแยกประเภทในผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งมีการแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง 4) ผู้ป่วยทั่วไป และ 5) ผู้ป่วยใช้บริการสาธารณสุขอื่น แต่ยังไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามยังเกิดอุบัติการณ์การคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดเกิดขึ้น ในปี 2558 และปี 2559 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute cerebral infarction) มีอาการแขนขาอ่อนแรง มาในเวลา 4 ชั่วโมงครึ่ง แต่พยาบาลคัดกรองจัดให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป และส่งต่อไปรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจประเมินเพื่อเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track (SFT) ปี 2560 ผู้ป่วยนอนติดเตียง มีอาการหายใจเหนื่อย พยาบาลคัดกรองจัดให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หอบมากขึ้น ตัวเย็น ต้องนำผู้ป่วยมาประเมินที่ห้องฉุกเฉิน เจาะ DTX = 500 mg% แพทย์วินิจฉัย Diabetic Ketoacidosis ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น (refer out) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น พยาบาลคัดกรองจัดให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและส่งต่อไปรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมาก กระสับกระส่าย ต้องนำผู้ป่วยมาประเมินที่ห้องฉุกเฉิน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบมีภาวะหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น (refer out) จากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทั่วไปคือไม่เกินร้อยละ 5-15⁸ ถึงแม้ตามสถิติความคลาดเคลื่อนจะอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่หากสามารถคัดกรองกรองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น โอกาสรอดชีวิตและลดความพิการของผู้

ป่วยก็จะมากขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ศึกษาปัญหาและสาเหตุของปัญหา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยใช้หลักแนวคิดของวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของเดมมิ่ง⁹ PDCA (plan-do-check-act) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการศึกษา และนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เน้นให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุ รวมทั้งแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติ คู่มือ และเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดคุณภาพในระบบบริการ และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วย และหาแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และหาแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยอาศัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA (plan-do-check-act) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผน (Plan) โดยการวางแผนวิธีการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย วางแผนการศึกษา ระบบการคัดกรองผู้ป่วย และวางแผนการเก็บข้อมูลในหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการค้นหาปัญหา สาเหตุ ตั้งวัตถุประสงค์ในการศึกษา 2) การปฏิบัติ (Do) ค้นหาปัญหา ข้อผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงาน โดยผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุ รวมทั้งหาแนวทางในการแก้

ปัญหาพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย 3) การตรวจสอบ (Check) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์แนวทางในการแก้ไขปัญหาการคัดกรองผู้ป่วย 4) การดำเนินการแก้ไข (Act) ทบทวนเอกสารวรรณกรรม และเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และนำผลจากการศึกษา หรือปัญหาที่พบมาวิเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เพื่อให้เกิดคุณภาพในระบบบริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วย และหาแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดกรอง ได้แก่ แพทย์และพยาบาลทั้งหมด จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน จำนวน 2 คน หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 6 คน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 คู่มือทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพผ. กำหนด⁷ และ MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์¹ ซึ่งประกอบไปด้วย ความหมายของการคัดแยกผู้ป่วย ดัชนีความรุนแรงในการคัดแยกผู้ป่วย ขั้นตอนการคัดแยก และความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงาน และ ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินมีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม พัฒนามาจากแบบสอบถามข้อมูลการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้นของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์⁵

2.2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหา ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และการแก้ปัญหาที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยที่ล่าช้า โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่เตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า โดยหัวข้อสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาระบบการคัดกรองที่มีอยู่เดิม (ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบัน/แนวทางการปฏิบัติการคัดแยกของการแพทย์ฉุกเฉิน/กพฉ.) และนำมาสร้างเป็นหัวข้อสัมภาษณ์ในแบบสัมภาษณ์

2.3 แบบสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินโดยการสังเกตการณ์คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนำมาจากแบบสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของสุคนธ์จิต อุบนันชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี¹⁰ โดยมีผู้วิจัย 2 คน สังเกตการณ์การปฏิบัติงานขณะคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีทั้งหมด 15 ข้อพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามมาจากแบบสอบถามข้อมูลการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้นของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และการแก้ปัญหาที่เกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยที่ล่าช้า โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่เตรียม

คำถามไว้ล่วงหน้า โดยหัวข้อสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาระบบการคัดกรองที่มีอยู่เดิม และแบบสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity: CVI) เท่ากับ 1

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยได้นำแบบสังเกตการณ์ไปใช้สังเกตการณ์ปฏิบัติงานขณะคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากร โดยได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ รับรองโครงการเลขที่ EC No. 020-62 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2562 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจ และลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบในการพิจารณาในความคิดความชอบใด ๆ ผลการศึกษาวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ในภาพรวม และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคม 2562 – เดือนสิงหาคม 2564 เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบไปด้วย 1) สืบค้นเอกสารแนวปฏิบัติ (Work instruction) ขั้นตอนในการคัดกรองผู้ป่วย และการแยกประเภทผู้ป่วยของห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ และอุบัติการณ์การคัดกรองผิดประเภทที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลประสาท

เชียงใหม่ และข้อมูลผู้ป่วยที่มารอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกแล้วมีอาการแย่งขณะรอตรวจ ปี 2558 – ปี 2561

2) สอบถามเกี่ยวกับการทำงาน และ ประสิทธิภาพการในการทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงาน โดยสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด 13 คนประกอบด้วย เป็นพยาบาลหัวหน้างานจำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยจำนวน 10 คน

3) สัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับระบบการคัดกรองผู้ป่วย ขั้นตอนในระบบการคัดกรองผู้ป่วยและการแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในหน่วยงานตั้งแต่แรกเริ่ม ปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยสาเหตุ และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดดังนี้ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในการตรวจรักษาผู้ป่วยจำนวน 2 คน พยาบาลหัวหน้างานจำนวน 3 คน และพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก ทั้งในและนอกเวลาราชการ จำนวน 10 คน การสัมภาษณ์ใช้การอัดบันทึกเสียง และต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ถูกสัมภาษณ์

ระยะที่ 2 ประกอบไปด้วย 1) สังเกตการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยใช้แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยสังเกตพฤติกรรมกรรมการคัดกรองของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลห้องฉุกเฉินจำนวน 6 คน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 4 คน

2) จัดประชุมกลุ่มพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย เพื่อช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการคัดกรอง และการแยกประเภทความเร่งด่วนต่อการรักษาของผู้ป่วย ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ที่ผ่านมา

ระยะที่ 3 ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย การแยกประเภทผู้ป่วย และคู่มือในการปฏิบัติการจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉิน นำข้อมูลที่ได้จากการ

ทบทวน และปัญหา/สาเหตุของปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่รวบรวมจากการเก็บข้อมูล มาวิเคราะห์เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลจากแบบสอบถามการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และจากแบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วย โดยการสังเกตการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

3. ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ใช้การจัดกลุ่มข้อมูล (grouping data) และสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป
กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้างาน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่คัดกรอง 10 คน และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในการตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 2 คน (ซึ่งแพทย์จะให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับระบบการคัดกรองผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ได้เก็บข้อมูลทั่วไป) เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 33–58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี (S.D. = 7.77) ประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1–15 ปี ประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 6.5 ปี (S.D. = 4.29) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นปริญญาตรี ร้อยละ 76.92 ได้รับการปฐมนิเทศ และเคยอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย ร้อยละ 76.92 และ 61.54 ตามลำดับ เคยอ่านแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย ร้อยละ 76.92 โดยอ่านจากหลายแหล่ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย (n=13)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	100.00
อายุ (ปี)		
31 – 40	4	30.77
41 – 50	5	38.46
51 – 60	4	30.77
อายุเฉลี่ย 45 ปี (S.D. = 7.77) อายุสูงสุด 58 ปี อายุต่ำสุด 33 ปี		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	10	76.92
ปริญญาโท	3	23.08
ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลคัดกรอง (ปี)		
1-5	7	53.85
6-10	4	30.77
>10	2	15.38
ประสบการณ์เฉลี่ย 6.5 ปี (S.D. = 4.29) สูงสุด 15 ปี ต่ำสุด 1 ปี		
ท่านได้รับการปฐมนิเทศเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยหรือไม่		
เคย	10	76.92
ไม่เคย	3	23.08
ท่านได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยหรือไม่		
เคย	8	61.54
ไม่เคย	5	38.46
ท่านเคยอ่านคู่มือเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยหรือไม่		
ไม่เคย	3	23.08
เคย	10	76.92
คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	10	100.00
คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยของกรมการแพทย์	5	50.00
คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยของโรงพยาบาลอื่น	6	60.00

2) ผลจากการศึกษาระบบคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงาน

2.1 ผลการสืบค้นเอกสารในห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าในห้องฉุกเฉินมีคู่มือแนว

ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด แต่พบว่าใช้งานได้ยาก เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยประกอบด้วยอาการหลายกลุ่มอาการ และการเข้าถึงเอกสาร

ทำได้ยาก ส่วนแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าไม่มีคู่มือในการคัดกรองผู้ป่วย มีแต่เอกสารแนะนำเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย และการแยกประเภทผู้ป่วย และในส่วนของเอกสารที่เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย แนวปฏิบัติในการแยกประเภทผู้ป่วย และแนวปฏิบัติในการรับ และดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโรค เช่น Stroke, Spine และ Epilepsy พบทั้ง 2 หน่วยงาน

2.2 ผลจากการสอบถามการปฏิบัติงานในหน่วยงานและประสบการณ์การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้างานทั้งหมด 3 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด 10 คน มีประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.85 ได้รับการปฐมพยาบาล ร้อยละ 76.92 เคยอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยร้อยละ 61.54 และ เคยอ่านแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย ร้อยละ 76.92 โดยอ่านจากหลายแหล่ง

2.3 ผลการสัมภาษณ์แพทย์ที่ปฏิบัติงานในการตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดจำนวน 2 คน มีความ

คิดเห็นว่าในหน่วยงานยังไม่มีระบบคัดกรองที่ชัดเจน ส่วนพยาบาลหัวหน้างานทั้งหมด จำนวน 3 คน และพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 6 คน และแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลาราชการ มีความคิดเห็นว่าในหน่วยงานมีระบบคัดกรอง แต่ขั้นตอนในการคัดกรองผู้ป่วยของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ทำให้บางครั้งเกิดการคัดกรองผิดพลาดซึ่งนำมาซึ่งอุบัติเหตุการคัดกรองผู้ป่วยที่ผิดพลาด มีเพียงพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย 1 คนเท่านั้นที่มีความคิดเห็นว่าในหน่วยงานไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 7.69 ซึ่งพยาบาลท่านนี้มีประสบการณ์ในการทำงานและการคัดกรองผู้ป่วย 10 ปี และผลจากการสัมภาษณ์ขั้นตอนในระบบการคัดกรองผู้ป่วยพบว่ามีเพียง 1 คนเท่านั้นที่สามารถบอกขั้นตอนครบ และเรียงลำดับขั้นตอนได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 7.69 แต่ส่วนใหญ่ยังบอกขั้นตอนไม่ครบ และเรียงลำดับขั้นตอนไม่ถูกต้อง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการสัมภาษณ์ขั้นตอนในระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน (n=13)

ขั้นตอนในระบบการคัดกรองผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ขั้นตอนครบ เรียงถูกต้อง	1	7.69
ขั้นตอนครบ เรียงไม่ถูก	0	0
ขั้นตอนไม่ครบ เรียงถูก	5	38.46
ขั้นตอนไม่ครบ เรียงไม่ถูก	7	53.85

2.4 การสังเกตการคัดกรองผู้ป่วยและการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินพบว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 6 คน และพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน ทั้งในและนอกเวลาราชการ สามารถประเมินอาการ

แรกรับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องทั้งหมด มีบางกิจกรรมเท่านั้นที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเช่นจัดระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของผู้ป่วย ร้อยละ 40 รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประเมินความเจ็บปวดคิดเป็นร้อยละ 70 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของพยาบาลคัดกรองที่ปฏิบัติหน้าที่ในห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก (n=10)

พฤติกรรม	ปฏิบัติถูกต้อง (1)		ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (2)		ไม่ปฏิบัติ (3)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การให้การต้อนรับที่เหมาะสม	10	100	0	0	0	0
2. ประเมิน General Appearance	10	100	0	0	0	0
3. ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ	10	100	0	0	0	0
4. ประเมินการหายใจและการแลกเปลี่ยนออกซิเจน	10	100	0	0	0	0
5. ประเมินการไหลเวียนโลหิต	10	100	0	0	0	0
6. ประเมินระดับความรู้สึกตัว	10	100	0	0	0	0
7. ประเมินสัญญาณชีพ	8	80	0	0	2	20
8. ประเมินว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทรมานหรือเจ็บปวดมากหรือไม่	3	30	0	0	7	70
9. ประเมินแนวโน้มของกิจกรรมการรักษายาบาลที่ใช้	10	100	0	0	0	0
10. ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	7	70	0	0	3	30
11. ติดตามประสานงานกับเวชระเบียนในการทำทะเบียนประวัติผู้ป่วย	10	100	0	0	0	0
12. นำเวชระเบียนส่งมอบให้แก่พยาบาลในพื้นที่การรักษาหลังจากลงทะเบียนข้อมูล	10	100	0	0	0	0
13. จัดสถานที่รอตรวจที่เหมาะสม	10	100	0	0	0	0
14. ตัดสินใจระบุความเร่งด่วน	6	60	4	40	0	0

3) ผลจากการศึกษาปัญหา อุปสรรค และสาเหตุของปัญหาในระบบการคัดกรองผู้ป่วย และหาแนวพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

3.1 ปัญหา อุปสรรค และสาเหตุของปัญหาในระบบการคัดกรองผู้ป่วย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ผลจากการศึกษาระบบคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงาน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการจัดประชุมในหน่วยงาน ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 3 คน และพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก ทั้งในและนอกเวลาราชการ จำนวน 10 คน สรุปได้ว่าปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยคือการคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภท และการคัดกรองผู้ป่วยล่าช้า เมื่อนำปัญหามาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาเกิดจาก 1) ไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน 2) บุคลากรมีประสบการณ์หรือความรู้อย่างแตกต่างกันไม่เข้าใจในแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยและเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่ปฏิบัติตามหรือไม่ใช้แนวทางคัดกรองที่มีอยู่ขาดประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วย ไม่มั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน/ไม่ฉุกเฉิน ไม่ได้รับการปฐมนิเทศหรือการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย 3) ปัญหาเรื่องเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย เช่น ไม่มีคู่มือและแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นของโรงพยาบาลโดยเฉพาะ คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยไม่ชัดเจน เนื้อหาในคู่มือกว้างและยากเกินไป 4) ปัญหาผู้รับบริการไม่เข้าใจการคัดกรองตามหลักวิชาการ และให้ข้อมูลอาการผู้ป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

เมื่อนำสาเหตุของการคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภทและคัดกรองผู้ป่วยล่าช้ามาจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุ โดยการนำสาเหตุทั้งหมดมาหาคะแนนความสำคัญของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ปัญหา งบประมาณที่ต้องใช้ และความสอดคล้องกับนโยบายตามหลักเกณฑ์ 4 เงื่อนไขของการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุและการแก้ไข พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาในอันดับแรก ได้แก่ พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองไม่เข้าใจในแนวทางการคัด

กรองผู้ป่วยและเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย ไม่ปฏิบัติตามหรือไม่ใช้แนวทางคัดกรองที่มีอยู่ ขาดประสบการณ์ ไม่มั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วย ไม่มีคู่มือและแนวทาง รวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นของโรงพยาบาล หรือหน่วยงานโดยเฉพาะ รวมไปถึงพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยไม่ได้รับการปฐมนิเทศ หรือการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย ตามลำดับ

3.2 แนวพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ผลจากการเก็บข้อมูล และการทบทวนเอกสารในหน่วยงาน รวมถึงงานวิจัยในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินหลายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรพัฒนาทั้งระบบของการคัดกรองผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ตั้งแต่การพัฒนาพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ด้วยการปฐมนิเทศ และการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย และควรพัฒนาตามความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และสถานการณ์ปัจจุบัน รวมถึงการทำความเข้าใจ และความสร้างความตระหนักในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินให้กับผู้รับบริการให้มีความเข้าใจ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการร้องเรียน และทำให้ระบบบริการในหน่วยงานมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากกลุ่มแนวทางการแก้ปัญหา ควรเริ่มจากการสร้างระบบการคัดกรองที่ชัดเจน มีการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ที่มาทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วย และการอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติ และเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้าใจง่าย สามารถนำมาใช้ได้ง่าย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ตารางที่ 4 การจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุและการแก้ปัญหา

ลำดับความสำคัญของสาเหตุ	สาเหตุ	แนวทางแก้ไขปัญหา
สาเหตุที่มีผลกระทบมาก และแก้ไขได้ง่าย	1. ไม่เข้าใจในแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย และเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย	1. มีระบบการคัดกรองที่ชัดเจน
	2. ไม่ปฏิบัติตามหรือไม่ใช้แนวทางการคัดกรองที่มีอยู่	2. มีคู่มือ แนวปฏิบัติ และเกณฑ์ในการคัดกรองที่เข้าใจง่าย
	3. ขาดประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย, ไม่มั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน/ไม่ฉุกเฉิน,	สามารถนำมาใช้ได้ง่าย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
	4. ไม่ได้รับการปฐมนิเทศ หรือ การอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย	3. มีการปฐมนิเทศเรื่องการคัดกรองให้กับบุคลากรใหม่
	5. ไม่มีคู่มือและแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นของโรงพยาบาล โดยเฉพาะ	4. มีการทบทวนเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง
	6. ไม่มีระบบและขั้นตอนในระบบคัดกรองที่เป็นของหน่วยงาน	
	7. แนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยเป็นความรู้เก่า ไม่ชัดเจน ยกเว้นไป	
	8. แนวทางปฏิบัติที่ใช้ในปัจจุบันกว้างเกินไป (การแพทย์ฉุกเฉิน)	

อภิปรายผลงานวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า หน่วยงานไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย ทำให้พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เกิดความไม่มั่นใจในการคัดกรอง ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินผิดประเภท และล่าช้า รวมถึงประสบการณ์หรือความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่แตกต่างกัน อาจส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจแยกประเภทผู้ป่วย หรือการจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้การรักษาสผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยารัตน์ หล้าธรรม⁴ อรรวรรณ ฤทธิ์อินทรากุล⁵ สุนทรจิต อุปันนชัย¹⁰ และพรทิพย์ วชิรดิлик¹¹ในงานศึกษาเหล่า

นี้พบว่าประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง การย้ายที่ปฏิบัติงาน ความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลคัดกรอง การอบรม/การปฐมนิเทศให้กับบุคลากรใหม่ หรือการฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยนั้นเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้การคัดกรองหรือการจำแนกประเภทผู้ป่วยผิดพลาดไป ดังนั้นการอบรม การจัดการความรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานจึงมีความสำคัญ เพื่อจะได้เพิ่มศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วย และลดความผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วยได้

ในด้านเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย พบว่าไม่มีคู่มือและแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นของโรงพยาบาลโดยเฉพาะ หรือคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอยู่ไม่ชัดเจน เนื้อหาในคู่มือกว้างและยากเกินไปทำให้เกิดความยุ่งยากในการนำมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ วชิรติลล¹² ในงานศึกษานี้พบว่าปัญหาความยุ่งยากของเครื่องมือเกิดจากเครื่องมือคัดแยกมีความละเอียดมาก ซับซ้อน บางอาการตามแนวทางในเครื่องมือคัดแยกมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ทำให้สับสนในการแยกประเภทผู้ป่วย และสอดคล้องกับงานวิจัยของกองทอง ไพศาล² และสุคนธ์จิต อูปนันชัย¹⁰ ในงานวิจัยเหล่านี้พบว่าเกณฑ์การคัดกรองที่ใช้ยังไม่ละเอียดชัดเจนมากเพียงพอ เนื้อหาในแนวทางปฏิบัติระบุการจำแนกอย่างกว้างๆ และตีความยาก ทำให้การตัดสินใจระบุลำดับความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน

สำหรับปัญหาผู้รับบริการ พบว่า เกิดจากความไม่เข้าใจการคัดกรองตามหลักวิชาการ และให้ข้อมูลอาการผู้ป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง ยังพบว่ามีเข้าใจผิดในคำว่า “อาการฉุกเฉิน” เพราะผู้ป่วยและญาติยังเข้าใจว่าถ้ามีอาการเจ็บป่วยมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินจะได้รับการรักษาทันที แต่ในการทำงาน พบว่า ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมักจะให้ข้อมูลอาการที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง จะแจ้งอาการที่มีความรุนแรงมากกว่า เพื่อที่จะได้รับการตรวจทันที และไม่ต้องรอที่จะรอนาน เมื่อมีผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการรุนแรงมากกว่า หรือผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นได้รับการตรวจก่อนจะเกิดความไม่พอใจ ทำให้ผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการรุนแรงมากกว่าได้รับการรักษาที่ล่าช้ากว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยาวิรัตน์ หล้าธรรม⁴ และพรทิพย์ วชิรติลล¹² ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการมีความต้องการหรือการเข้าใจรับรู้ไม่ตรงกันเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย เมื่อมีผู้ป่วยเร่งด่วน วิกฤตที่มาจากหลังแล้วและเข้ารับบริการก่อนจึงเกิดความไม่พอใจ และเกิดการร้องเรียนขึ้น แต่ในผู้ป่วยบางรายต้องการได้รับการตรวจรักษาทันทีที่มาถึงโรง

พยาบาลจึงมีการร้องขอจากพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกในการให้คำแนะนำของตนเองอยู่ในระดับฉุกเฉินเร่งด่วนกว่าความเป็นจริง ซึ่งจากสาเหตุเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินล่าช้าไป หรือผิดพลาด แต่ถ้าในหน่วยงานมีระบบการคัดกรองที่ชัดเจน และแนวปฏิบัติที่ปฏิบัติเหมือนกันสามารถตอบคำถาม และให้ข้อมูลแก่ญาติไปในทิศทางเดียวกันได้ เพื่อให้ญาติเกิดความเข้าใจ

สำหรับแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน จากการเก็บข้อมูล และการประชุมกลุ่มพยาบาลคัดกรองในหน่วยงาน และการทบทวนงานวิจัยในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงบริบทของหน่วยงาน พบว่า แนวทางการแก้ปัญหา น่าจะเป็นไปตามบริบทหน่วยงาน เนื่องจากมีกิจกรรมและโครงสร้างอย่างชัดเจน ควรเพิ่มการสร้างระบบให้ชัดเจน มีการปฐมพยาบาลเจ้าหน้าที่ใหม่อบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วย ทำแนวปฏิบัติ และเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่สามารถนำมาใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว

ดังนั้น การศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในครั้งนี้ ช่วยทำให้ทราบถึงระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงาน ทราบถึงปัญหา และสาเหตุของปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน การพัฒนาคู่มือ แนวปฏิบัติ และเกณฑ์ในการคัดกรองที่เข้าใจง่าย นำมาใช้ได้ง่าย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลจากการวิจัยในครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน

2. ระบบคัดกรองผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินควรเป็นระบบเดียวกัน เพื่อลดความเสี่ยงของการคัดกรองผู้ป่วยที่ผิดพลาด อีกทั้งลดการสื่อสารที่ผิดพลาดในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างแผนก

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ในหน่วยงาน เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหา สาเหตุของการคัดกรองที่ผิดพลาด และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปทำวิจัยต่อยอดในเรื่อง การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงศศิธร ศิริมหาธาตุนานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ซึ่งสนับสนุน Routine to Research (R2R) ภายในโรงพยาบาล ขอขอบคุณแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก หัวหน้าการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน หัวหน้าการพยาบาลผู้ป่วยนอก หน่วยงานวิจัย และผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รัฐพงษ์ บุรีวงษ์. MOPH ED TRIAGE. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554;34:57-64.
3. พงณา มิตรเปรียญ. การพัฒนาเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลกทพ [อินเทอร์เน็ต].2561[18 มิถุนายน 2561].เข้าถึงได้จาก:http://203.157.229.18/ptvichakarn61/uploads/41193_030220180530230845_pdf.
4. กัลยารัตน์ หล้าธรรม. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์.การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ 10 มีนาคม 2560 อาคารพจนินสารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น: 2560.
5. อรวรรณ ฤทธิอินทรากุล วรวิทย์ ขาวทอง ปาริณท์ คงสมบูรณ์ และสมศรี เขียวอ่อน. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารกรมการแพทย์ 2561;43:146-51.
6. สุปิยา ชัยพิสุทธิสกุล และวไลรัตน์ ปุเลทะตั้ง. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ. โรงพยาบาลนาเชือก มหาสารคาม: 2559.
7. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด.พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน; 2558.

8. Yuksen C. Research on ESI Triage. Documentation of training criteria and procedures separate the Emergency: National Institute of Emergency Medicine; 2012. (In Thai)
9. McLaughlin, C.P. & Kaluzny, A.D. Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications. The United States of America; 1999.
10. สุคนธ์จิต อุปนันชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2560;13(2): 90-101.
11. Thaikruea L. Solving system strategy. Workshop for routine to research; 2018 November 16; 5th meeting room Chiang Mai Neurological Hospital. Chiang Mai; 2018.
12. พรทิพย์ วชิรติลล กวีระ ศิริสมุด สีนินุช ชัยสิทธิ์ และอนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย.วารสารสภาการพยาบาล 2559;31:96-108.

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอันตราย
จากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})
Nurses' roles in health promotion and hazard prevention of
particulate matter (PM_{2.5})

นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ พย.ม.*

Naphaphorn Wongwiwatthananut M.N.S.*

Corresponding Authors: Email: naphaphorn@gmail.com

Received: 15 Jan 2021, Revised: 1 Mar 2021, Accepted: 5 Apr 2021

บทคัดย่อ

บทความวิชาการเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความรู้เรื่องปัญหาของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ซึ่งเป็นมลพิษทางอากาศที่อันตราย และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ทารก เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจ เป็นต้น ปัจจุบันปัญหาภาวะโลกร้อน หรือภาวะภูมิอากาศมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพสอดคล้องกับปัญหามลพิษทางอากาศที่มีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ดังนั้นพยาบาลในฐานะนักส่งเสริมสุขภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานในด้านปฏิบัติการ การวางแผน การประสานงาน และการบริการ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากอันตรายของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนอย่างยั่งยืนตลอดไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันอันตราย ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, naphaphorn.w@mail.cmu.ac.th

Abstract

The purposes of this article are to discuss about problems of particulate matter (PM_{2.5}). It is a dangerous air pollution that leads to physical and psychological health of people both in short and long terms, particularly in risk groups, such as infants and young children, pregnant women, older adults, and people with respiratory and heart diseases. Currently, global climate changes and warming are likely related to increasing the severity of PM_{2.5} problems. Therefore, nurses as a health promoter should give proactive care service, play an important role in terms of health promotion and disease prevention including nursing operation, planning, communicating, and cooperation, as well as service. This help people safe from hazard of particulate matter (PM_{2.5}) sustainability.

Key word: Nurses' roles, health promotion, hazard prevention, PM_{2.5}

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งเป็นการปฏิรูปโครงสร้างทางเศรษฐกิจโดยอาศัยการขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีเข้ามาช่วยพัฒนา ทำให้เกิดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว¹ ส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษต่าง ๆ ตามมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งมลพิษทางอากาศจากการปล่อยของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม² รวมไปถึงการเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร ทำให้เกิดการทำลายระบบนิเวศ มีการเผาเศษวัสดุเพื่อเตรียมพื้นที่ทางการเกษตร ตลอดจนกลุ่มหมอกควันจากไฟป่าของประเทศเพื่อนบ้านที่ผ่านเข้าสู่ประเทศไทย ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศ ซึ่งปรากฏในรูปของฝุ่นละอองขนาดเล็ก มีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นตามมา โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) หากพบสูงเกินกว่าค่ามาตรฐานสิ่งแวดล้อม อาจส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เกิดความผิดปกติหรือโรคต่าง ๆ ตามมาได้^{2,3,4,5} ดังนั้น

พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน จึงควรมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลและป้องกันปัญหาจากมลพิษทางอากาศที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนในสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงการสร้างเสริมพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

ความหมายและการจำแนกประเภทของฝุ่นละออง

ฝุ่นละออง หมายถึง อนุภาคของแข็งและหยดละอองของเหลวที่แขวนลอยกระจายในอากาศ บางชนิดมีขนาดใหญ่ทำให้มองเห็นเป็นเมฆาควันสีดำ บางชนิดมีขนาดเล็กมากจนมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า โดยทั่วไปมีขนาดตั้งแต่ 100 ไมครอนลงมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อคน สัตว์ พืช บดบังทัศนวิสัย ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการคมนาคมขนส่ง ที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของคน⁵

ฝุ่นละอองในอากาศสามารถจำแนกได้ตามลักษณะการเกิดของฝุ่นละออง ดังนี้

1. ฝุ่นปฐมภูมิ (primary emission particulate matter) เกิดจากการปล่อยของเสียจากแหล่งกำเนิดโดยตรง เช่น ถนน ขี้เถ้า เขม่าควันไฟ เป็นต้น

2. ฝุ่นทุติยภูมิ (secondary emission particulate matter) เกิดจากปฏิกิริยาต่าง ๆ ในบรรยากาศ หลังจากที่ถูกปล่อยออกมาได้ระยะหนึ่ง ฝุ่นประเภทนี้อาจเป็นอนุภาคใหม่ หรือเป็นอนุภาคเดิมที่มีองค์ประกอบเพิ่มขึ้น⁵

ซึ่ง US. EPA (United State Environmental Protection Agency) ได้มีการกำหนดค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กเป็น 2 ชนิด⁶ คือ

1. ฝุ่นหยาบ เป็นฝุ่นที่มีขนาดอนุภาคเส้นผ่านศูนย์กลาง 2.5 – 10 ไมครอน (course PM, PM_{2.5} - PM₁₀) มีแหล่งกำเนิดมาจากการจราจรบนถนน การขนส่ง และการบดหินละเอียด

2. ฝุ่นละเอียด เป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (fine PM, PM_{2.5}) ซึ่งครอบคลุมถึงฝุ่นชนิดละเอียดมาก (ultrafine PM, nanoparticles, PM_{0.1}) ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (fine PM, PM_{2.5}) หมายถึง ฝุ่นละเอียด (fine particle) ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางเล็กกว่า 2.5 ไมครอน เป็นอนุภาคของแข็งกึ่งแข็งที่อยู่ในสภาพกึ่งระเหย (semi-volatile) มีปฏิกิริยาโดยตรงต่อร่างกาย แม้ได้รับสัมผัสในปริมาณความเข้มข้นที่ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน^{4,6}

เมื่อพิจารณาจำแนกจากแหล่งที่มาของฝุ่นละอองสามารถจำแนกได้ 2 แหล่ง คือ

1. ฝุ่นละอองที่เกิดจากฝีมือมนุษย์กระทำ ได้แก่ ควันที่เกิดจากการหุงต้มอาหารโดยใช้ฟืน ควันไอเสียรถยนต์ โรงไฟฟ้า โรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ออกไซด์ของไนโตรเจน (NO_x) และสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOC_s) ทำปฏิกิริยากับสารอื่นในอากาศ ทำให้เกิดฝุ่นละเอียดได้

2. ฝุ่นละอองที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น กระแสลมพัดผ่านตามธรรมชาติทำให้เกิดฝุ่น เขม่าควันจากไฟป่า ภูเขาไฟระเบิด ฝุ่นเกลือจากทะเล เป็นต้น^{5,6}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มข้นของปริมาณฝุ่นในอากาศ

จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าฝุ่นละอองสามารถจำแนกได้หลายชนิด และมีแหล่งกำเนิดที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ความเข้มข้นของปริมาณฝุ่นในอากาศยังต้องขึ้นกับหลายปัจจัย กล่าวคือ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาหมอกพิษทางอากาศ ได้แก่ สภาพภูมิอากาศ เช่น อุณหภูมิ ความชื้น ความกดอากาศ ทิศทางลม เป็นต้น

2. สภาพภูมิประเทศ เช่น เขตในเมือง พื้นที่แอ่งกระทะ เป็นต้น โดยเฉพาะภาคเหนือมีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงโอบล้อมรอบ พื้นที่เป็นแอ่งกระทะ ประกอบกับไฟป่าและกลุ่มหมอกควันข้ามแดน ทำให้ประสบกับปัญหาหมอกพิษทางอากาศอย่างรุนแรง^{5,9} มีการศึกษาพบว่าภาคเหนือของประเทศไทยมีอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเผาในพื้นที่ป่าและการเผาพื้นที่ทำการเกษตร ส่งผลให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งปอดในเพศหญิงที่อาศัยอยู่บริเวณภาคเหนือของประเทศไทยมีค่าสูงที่สุดใเอเชีย³

ผลกระทบของการสะสมของฝุ่นกับสิ่งแวดล้อม

การสะสมของฝุ่นและก๊าซพิษต่าง ๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้แสงอาทิตย์ทะลุผ่านชั้นบรรยากาศมาสู่พื้นโลกได้มากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาภาวะโลกร้อน (global warming) หรือภาวะภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง (climate change) โดยอุณหภูมิเฉลี่ยของโลกเพิ่มขึ้นจากภาวะเรือนกระจก (greenhouse effect) ซึ่งสาเหตุหลัก ๆ เกิดจากมนุษย์ ที่เพิ่มปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการเผาไหม้เชื้อเพลิงต่าง ๆ การคมนาคมขนส่ง และกระบวนการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม ที่เป็นการเพิ่มปริมาณก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO) และก๊าซคลอโรฟลูโอโรคาร์บอน (CFC) รวมถึงการตัดไม้ทำลายป่า เพื่อสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกของมนุษย์ ทำให้กลไกการดึงก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกไปจากระบบบรรยากาศลดลง ท้ายที่สุดสิ่งต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้กระทำกับสิ่งแวดล้อมจึงได้กลับคืนมาสู่มนุษย์ในลักษณะของภาวะโลกร้อน⁷

จากปัญหาฝุ่นมลพิษในอากาศ ปัจจุบันมีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โดยจัดให้มีการรายงานข้อมูลคุณภาพอากาศในรูปแบบที่ง่ายต่อการเข้าใจของประชาชน เรียกว่า ดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index: AQI) ซึ่งคำนวณโดยเทียบจากมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป ประกอบด้วย ก๊าซโอโซนเฉลี่ย 8 ชั่วโมง ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์เฉลี่ย 1 ชั่วโมง ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์เฉลี่ย 8 ชั่วโมง ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์เฉลี่ย 24 ชั่วโมง ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน และฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน เฉลี่ย 1 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับตั้งแต่ 0-201 ขึ้นไป ทั้งนี้หากดัชนีคุณภาพอากาศมีค่าสูงเกินกว่า 100 แสดงว่าความเข้มข้นของมลพิษทางอากาศมีค่าเกินมาตรฐานและเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน^{2,8,9} นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว รวมถึงการคมนาคมขนส่งทั้งทางบกและทางอากาศอีกด้วย ดังนั้นจึงต้องมีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ เพื่อป้องกันการได้รับสัมผัสกับฝุ่นละออง

ขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนเกินกว่ามาตรฐานอันจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวดังจะได้อธิบายต่อไป

ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีรายงานสถานการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในเขตภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2560 พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน 4 กลุ่มโรค คือ กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มโรคผิวหนัง และกลุ่มโรคตาอักเสบ เมื่อเทียบกับอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2559 แล้วพบว่า กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.15 กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.34 กลุ่มโรคผิวหนัง ลดลง ร้อยละ 25.00 และกลุ่มโรคตาอักเสบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.29 รวมอัตราป่วยเฉลี่ยทุกระบบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.62 และอัตราป่วยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปีสัมพันธ์กับปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ที่ทวีความรุนแรงขึ้น⁹ กลไกการเกิดอันตรายจากฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ต่อระบบต่างๆ สามารถอธิบายรายละเอียด ดังนี้

1. ผลกระทบต่อสุขภาพกาย

1.1 โรคในระบบทางเดินหายใจและหัวใจ

เมื่อมีการสูดฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนเข้าสู่ร่างกายทางระบบทางเดินหายใจจะทำลายระบบทางเดินหายใจโดยตรง คือ เมื่อหายใจเข้าจะลงไปสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง และซึมผ่านผนังปอดเข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ดังนี้

1) แบบเฉียบพลัน จะเห็นผลภายใน 1 – 2 วัน ส่วนมากจะเกิดกับระบบทางเดินหายใจ คือ ไอ เจ็บคอ หายใจพี๊ดพาด เลือดกำเดาไหล มีเสมหะปนเลือด หากเข้าตาจะทำให้เคืองตา ตาแดง และถ้าโดนผิวหนังจะทำให้เกิดผื่นคันได้

2) แบบเรื้อรังในระยะยาว คือ ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบตัน ส่งผลให้หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดปกติ เส้นเลือดไปเลี้ยงสมองตีบ เกิดภาวะอัมพาตหรือเสียชีวิต^{4,10,11,12} ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁵ รายงานว่าฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนที่เกิดจากการเผาไหม้ สามารถส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจ กล่าวคือเมื่อฝุ่นเข้าไปสู่อุด ร่างกายจะสร้างเม็ดเลือดขาวเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอม และอาจทำให้เกิดกระบวนการอักเสบในหลอดเลือดได้ ก่อให้เกิดอันตรายต่อปอด บางรายถึงขั้นหายใจลำบาก หรืออาจทำให้หลอดเลือดหัวใจอักเสบได้ด้วย

โรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) โรคปอดอักเสบ (interstitial lung disease) และโรคหอบหืด (asthma)³ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าหากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) มีค่าสูงกว่ามาตรฐานจะส่งผลให้การตายด้วยระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 7% – 20% การป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 5.5% การตายและป่วยด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 2% - 5% การตายและป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 5.3% ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 17% ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 7.6% และยังทำให้สภาพปอดในเด็กแย่ลง^{9, 10,11} สอดคล้องกับการศึกษาของ Fiordelisi และคณะ¹² ที่ศึกษาพบว่า การรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ทำให้อัตราการตายของโรคระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rajagopalan และคณะ¹³ รายงานว่าฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่อัตราตายและความพิการจากโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ในระยะสั้น

สามารถนำไปสู่การเกิดกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉียบพลันได้ถึง 1-3% ส่วนการสัมผัสในระยะยาวทำให้เกิดกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก (ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน) ได้สูงถึง 10% จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ในปี ค.ศ.1999-2013 ในจีน ฮองกง และไต้หวัน พบว่า การรับสัมผัสระยะสั้นต่อ PM₁₀ และ PM_{2.5} ที่มีต่อสุขภาพคนจีน โดยพบว่าการสัมผัสระยะสั้น ทุก ๆ 10 µg/m³ ที่เพิ่มขึ้นของ PM₁₀ เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายด้วยโรคหัวใจหลอดเลือดและโรคทางเดินหายใจ 0.36% และ 0.42% ตามลำดับ และทุก ๆ 10 µg/m³ ที่เพิ่มขึ้นของ PM_{2.5} เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายด้วยทั้งสองสาเหตุ 0.63% และ 0.75% ตามลำดับ¹⁴

1.2 มะเร็งปอด นอกจากผลกระทบต่อโรคในระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือดแล้ว การรับสัมผัสกับฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด เนื่องจาก PM_{2.5} มีสารก่อมะเร็ง Polycyclic Aromatic Hydrocarbon (PAH)^{10,15} เมื่อเข้าไปในปอด จะกระตุ้นให้เกิดการอักเสบ อาจทำให้เป็นมะเร็งปอดได้ และ International Agency for Research on Cancer (IARC) ได้กำหนดให้ PM_{2.5} จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ของสารก่อมะเร็งในมนุษย์ด้วย¹⁶ โดยบรรจุ และคณะฯ 2563⁴ พบว่าฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน มีกลไกการเกิดโรคโดยการเหนี่ยวนำให้เกิดอนุมูลอิสระในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งนำไปสู่การอักเสบเรื้อรัง จากความไม่สมดุลของสารไซโตไคน์ ก่อให้เกิดสารพิษในร่างกาย เช่น ไนโมซิสเทอิน และสารก่อมะเร็ง เป็นต้น

1.3 อันตรรกกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยทั่วไปแล้วประชาชนที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว เมื่อได้รับสัมผัสกับฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนในระยะเวลายาว ๆ จะมีอาการ ไอ จาม แสบจมูก เท่านั้น แต่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังการรับสัมผัสกับฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนเป็นพิเศษ คือ ผู้สูงอายุ เนื่องจากร่างกายมีภูมิ

ด้านทานลดและส่วนใหญ่มักรักษาประจำตัว รองลงมาคือเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีการติดเชื้อง่าย รวมไปถึงหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน มีบางรายงานพบว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทำให้น้ำหนักทารกน้อยด้วย¹⁷ นอกจากนี้ผู้ที่มีโรคประจำตัว ก็ถือเป็นอีกกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดและโรคหัวใจ เพราะบุคคลกลุ่มนี้จะได้รับผลกระทบโดยตรงและอาจทำให้อาการของโรคกำเริบ จนถึงขั้นเสียชีวิตได้^{8, 17}

2. ผลกระทบต่อสุขภาพจิต

นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ทางด้านร่างกายแล้ว ปัญหาสุขภาพจิตก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน เมื่อประชาชนต้องเผชิญกับปัญหามลพิษทางอากาศ ย่อมทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล บางคนมีความหวาดผวากลัวว่าตนเองหรือคนในครอบครัวจะได้รับอันตรายจากฝุ่นพิษมากเกินไป อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตประจำวัน ทำให้เกิดความเครียดสะสม โดยเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพอยู่แล้ว จึงอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้¹⁸

จะเห็นได้ว่าฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมาก แต่ความรุนแรงขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนที่ร่างกายได้รับ ระยะเวลาในการสัมผัส ลักษณะกิจกรรมที่ทำกลางแจ้ง ท้ายที่สุดคือปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับสัมผัส เช่น อายุ อาชีพ และ ความไวต่อการสัมผัส เป็นต้น¹⁷

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจากอันตรายของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย เพื่อให้

ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ต้อง ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งถือเป็นสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion specialist) โดยพยาบาลควรมีบทบาทการดำเนินงาน¹⁸ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการ (operation) โดยการรวบรวมข้อมูลสิ่งแวดล้อม และข้อมูลสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เช่น ข้อมูลสิ่งแวดล้อมโดยการวิเคราะห์สิ่งคุกคามหรือมลพิษที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเผาป่าเพื่อหาของป่า หรือเผาเพื่อเตรียมพื้นที่ทางการเกษตร เป็นต้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ จัดทำแผนที่เดินดิน เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านประชากร อาชีพ สถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน และจัดทำทะเบียนประวัติครอบครัว (Family folder) ของประชาชน เพื่อให้ทราบประวัติข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น และรวบรวมเก็บไว้เป็นฐานข้อมูลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ทำให้สะดวกต่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปด้วย⁹

นอกจากนี้พยาบาลมีหน้าที่ติดตามประเมินสภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมในอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน เช่น ทำป้ายประกาศหรือบอร์ดแจ้งผลสภาพอากาศในแต่ละวันให้ประชาชนทราบ และสร้างความตระหนักให้ชุมชนเห็นถึงอันตรายของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน โดยประชาสัมพันธ์วิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน สูงเกินกว่าค่ามาตรฐาน ในรูปแบบ แผ่นพับ ป้ายไว้นิล เสียงตามสาย ป้ายโฆษณา เน้นย้ำให้ประชาชนพักอาศัยอยู่ในบ้านโดยใช้เครื่องปรับอากาศหรือเครื่องฟอกอากาศ สำหรับการอาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ พบว่าความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน จะมีถึง 70 – 100% ของระดับฝุ่นภายนอกอาคาร⁹ ดังนั้นควรแนะนำให้ประชาชนปิดประตูหน้าต่างให้มิดชิด ทำความสะอาดบ้านโดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดแทนการใช้ไม้กวาด เพราะจะยังทำให้เกิดฝุ่นฟุ้ง

กระจายมากยิ่งขึ้น งดการออกกำลังกายกิจกรรมกลางแจ้ง หรือกิจกรรมที่ใช้แรง พบว่าขณะออกกำลังกาย ร่างกายจะเพิ่มการหายใจเอาอากาศเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น 10 - 20 เท่าของระดับการหายใจในภาวะปกติ^{6,9,14} แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพออย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล ช่วยขับสารพิษต่าง ๆ ออกจากร่างกาย นอกจากนี้ควรจัดเตรียมยาและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อม โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเสี่ยง พยาบาลต้องสอนและแนะนำให้รู้จักสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ ไอบ่อย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หรือแน่นหน้าอก เมื่อมีอาการผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์ทันที¹⁷

ในกรณีที่พบปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนสูงเกินกว่าค่ามาตรฐาน และประชาชนมีความจำเป็นต้องออกนอกบ้าน พยาบาลควรเน้นย้ำให้สวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน นอกจากนี้การลดมลพิษทางอากาศในบ้าน ก็เป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่ การทำอาหารโดยใช้เตาถ่าน การกวาดฝุ่นขยะ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถเพิ่มมลพิษทางอากาศได้เช่นกัน ในกรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนที่เกิดจากหมอกควันไฟป่า ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดมลพิษทางอากาศ พยาบาลควรเน้นย้ำประชาชนให้มีความตระหนักถึงปัญหาภาวะโลกร้อน (global warming) ที่มีสาเหตุจากมนุษย์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับมนุษย์บนโลกอย่างรุนแรง⁷ โดยรณรงค์ให้มีการงดเว้นการเผาป่าหรือเผาขยะ ทั้งนี้ความเชื่อในการเตรียมพื้นที่ในการเกษตรโดยการเผา ถือเป็นความเชื่อที่ปฏิบัติสืบต่อกันมานาน ดังนั้นพยาบาลควรมีการประยุกต์องค์ความรู้การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดีศรีปรับมาใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและไม่ขัดกับวัฒนธรรมความเชื่อในพื้นที่ด้วย¹⁹

2. ด้านการวางแผน (plan) พยาบาลควรทำการรวบรวมทะเบียนข้อมูลพื้นฐานในแต่ละปี เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแผนในการแก้ไขปัญหาในปีต่อไป อีกทั้งยังใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบ

บริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการพัฒนาศักยภาพทีมและเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผนงานหรือนโยบายเพื่อสนับสนุนแก้ไขปัญหา วางแผนจัดทำโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการลดภาวะโลกร้อน โครงการผลิตเครื่องฟอกอากาศแบบง่าย โครงการผลิตปุ๋ยหมักเพื่อทดแทนการเผา โครงการพื้นที่สีเขียว จัดให้มีการปลูกต้นไม้ เพื่อเพิ่มพื้นที่สีเขียว เป็นต้น อีกทั้งควรมีการวางแผนจัดหาแหล่งทุนสนับสนุนและแผนการใช้งบประมาณ เพื่อจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมและเพียงพอกับประชาชนในพื้นที่ เช่น เครื่องมือตรวจวัดคุณภาพอากาศ หน้ากากอนามัย หน้ากากกรองอากาศ เป็นต้น⁵

3. ด้านการประสานงาน (communication and cooperation) โดยประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานในชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือข้อมูลต่าง ๆ ทางด้านนโยบายในการป้องกันปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน เพื่อนำไปสู่การดำเนินโครงการในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันอันตรายจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนเกินกว่าค่ามาตรฐานให้มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนตลอดไป^{5, 18}

4. ด้านการบริการ (service) ถือเป็นบทบาทเชิงรุกที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งการให้บริการด้านการพยาบาล ได้แก่ เป็นวิทยากรสอนให้ความรู้ทางวิชาการ ให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ให้ความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อเป็นตัวแทนในการสื่อสารให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างใกล้ชิด เช่น ให้ความรู้เรื่องสถานการณ์ภาวะโลกร้อน ให้ความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน การสอนใช้อุปกรณ์

ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมโดยเฉพาะการใช้หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง การกำจัดขยะที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงการเผา เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันอันตรายจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนได้ด้วย อีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในด้านการบริการ คือ ทำการศึกษาวิจัยหรือการค้นคว้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น ศึกษาวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยของประชาชน เป็นต้น^{5, 9, 18}

นอกจากนี้การพัฒนานวัตกรรมด้านการพยาบาล ก็เป็นอีกเรื่องที่สำคัญ จะเห็นได้ว่าการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการประมวลความรู้จากความรู้ที่ซ่อนเร้น (tacit knowledge) นำมาวิเคราะห์ (analysis) สังเคราะห์ (synthesis) ผ่านการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูมทำให้เกิดความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) และนำไปใช้ในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลให้มีความเจริญก้าวหน้า²⁰ ในบทบาทด้านนี้พยาบาลอาจมีการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์ที่ต้องประสบกับปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ได้แก่ การผลิตแผ่นกรองอากาศแบบง่าย การประดิษฐ์สายคล้องหน้ากากอนามัย การจัดตั้งห้องปลอดฝุ่น (cleaner air shelter) ทั้งในบ้านเรือนหรือในชุมชน เพื่อลดการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน¹⁷ เป็นต้น ซึ่งการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับชุมชน จักก่อให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพมากที่สุด

สรุป

ปัญหามลพิษทางอากาศจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนมีค่าสูงเกินมาตรฐาน เป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการแก้ไขปัญหา ด้านการคมนาคมสื่อสาร ส่งผลให้การจราจรทั้งทางบกและทางอากาศติดขัด กระทบถึงการท่องเที่ยวภายในประเทศ ก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้มหาศาล นอกจากนี้ยังมีผลกระทบที่สำคัญคือผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้ประชาชนเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ และโรคมะเร็งปอด ทั้งนี้ปัญหามลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นแล้วแต่เกิดจากฝีมือมนุษย์ทั้งสิ้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจากอันตรายของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการสร้างความตระหนักให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีแนวทางการดำเนินงานทั้งในด้านปฏิบัติการ (operation) ด้านการวางแผน (plan) ด้านการประสานงาน (communication and cooperation) และด้านการบริการ (service) มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. ประเทศไทย 4.0. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2564] เข้าถึงได้จาก: <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171114-parliament-library.pdf>
2. ส่วนมลพิษจากอุตสาหกรรม การจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือการตรวจมลพิษทางอากาศจากปล่องปล่อยทิ้งอากาศเสีย ฉบับที่ 2. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2564] เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2020/04/pcdnew-2020-04-16_08-21-29_395374.pdf
3. ธีตารัตน์ ผลพิบูลย์, อิศรียัฐิกา ชัยสวัสดิ์ และ อนุวัตร รุ่งพิสุทธิพงษ์. ภัยในหน้าหนาวจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5). วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2557; 8(1): 40-46.
4. บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, พงศ์ วัฒนเกียรติ, อำพร กรอบทอง และ กมล ไชยสิทธิ์. ผลต่อสุขภาพของฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน กลไกก่อให้เกิดโรค และการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2563; 18(1): 187-202.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศกรณีฝุ่นละอองขนาดเล็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2564] เข้าถึงได้จาก: <http://hia.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/san/download/hia/manual/book/book44.pdf>
6. United State Environmental Protection Agency. What is particle pollution?. [Internet]. 2017 [cited 2021 January 8] Available from: <https://www.epa.gov/pmcourse/what-particle-pollution>
7. กระทรวงทรัพยากรธรณี กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ภาวะโลกร้อน. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2564] เข้าถึงได้จาก: http://www.dmr.go.th/download/global_warming/warming%20earth.pdf
8. ชีรพงศ์ บริรักษ์. ถอดบทเรียนวิกฤต PM 2.5. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562; 13(3): 44-58.
9. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาหมอกควัน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564] เข้าถึงได้จาก: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/media/manual/final_ble_0001.pdf
10. พงศ์เทพ วิวรรธนะเดช. เชียงใหม่เสียงมะเร็งปอด 4 เท่า ภัยเงียบ PM 2.5 คร่าชีวิต. ประชาคมวิจัย 2562; 24(144): 33-34.
11. Wang YS, Chang LC, Chang FJ. Explore regional PM2.5 features and compositions causing health effects in Taiwan. Environmental management [Internet]. 2020 [cited 2021 January 10] Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00267-020-01391-5>

12. Fiordelisi A, Piscitelli P, Trimarco B, Coscioni E, Iaccarino G, Sorriento D. The mechanism of air pollution and particulate matter in cardiovascular diseases. *Heart failure reviews* 2017; 22: 337-347.
13. Rajagopalan S, Al-Kindi SG, Brook RD. Air pollution and cardiovascular disease. *Journal of the American college of cardiology* 2018; 72(17): 2055-2070.
14. Lu F, Xu D, Cheng U, Dong S, Guo C, Jiang X, Zheng X. Systematic review and meta-analysis of the adverse health effects of ambient PM_{2.5} and PM₁₀ pollution in the Chinese population. *Environ Res* 2015; 136: 196-204.
15. Xing UF, Xu UH, Shi MH, Lian YX. The impact of PM 2.5 on the human respiratory system. *Journal of thoracic disease* 2016; 8(1): 69-74.
16. International Agency for Research on Cancer. List of classifications by cancers site with sufficient or limited evidence in humans, IARC monographs volumes 1-128^a. [Internet]. 2020 [cited 2021 January 13] Available from: https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2019/07/Classifications_by_cancer_site.pdf
17. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2564] เข้าถึงได้จาก: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/downloads/do_manual_PM2.5.pdf
18. ธาณี แก้วธรรมานุกุล และ วรินทร์ จรุงโรจน์สกุล. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลอาชีวอนามัย. ใน: วันเพ็ญ ทรงคำ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. เชียงใหม่: เอ็น พี ที ปริ้นติ้ง; 2563: 57-82.
19. บรรณานา ลังการพันธ์. การดูแลสุขภาพแบบข้ามวัฒนธรรมในยุคดิจิทัลดิสรืปชั่น. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2563; 26(2): 67-7.
20. สิริรัตน์ จันทระมะโน, พูนพิลาศ โรจนสุพจน์, พิมคณภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์. การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล ณ จุดเริ่มต้น สู่ปัจจุบันเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2563; 26(1): 27-40.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย

Nursing Care for Patients with Rhabdomyolysis

ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ พย.ม., วท.ม.* Sirakarn Chantachaloempong, M.N.S, M.S.*

Corresponding Authors: Email: sirakarn.ch@gmail.com

Received: 5 Apr 2021, Revised: 27 May 2021, Accepted: 10 Aug 2021

บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้อลายสลายเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำลายหรือสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อลายอย่างเฉียบพลัน สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะกล้ามเนื้อลายสลายเกิดจากการได้รับบาดเจ็บโดยตรงของกล้ามเนื้อลาย ผู้ป่วยจะมีระดับของครีเอทีนไคเนสในเลือดสูงมากกว่าค่าปกติ 5-10 เท่า นอกจากนี้ยังมีอาการทางคลินิก คือ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และปัสสาวะสีเข้ม อาจตรวจพบไมโอโกลบินในปัสสาวะ ภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะกล้ามเนื้อลายสลายและมีอัตราการเสียชีวิตสูง การรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมจะลดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อลายสลายได้ บทความนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย

คำสำคัญ: การพยาบาล ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย ภาวะไตวายเฉียบพลัน

Abstract

Rhabdomyolysis is a syndrome caused by acute destruction or disintegration of skeletal muscle cells. The main cause of rhabdomyolysis is a direct trauma of skeletal muscle. Patients with rhabdomyolysis will have 5-10 times higher level of creatine kinase than normal. Moreover, the clinical symptoms of rhabdomyolysis are muscle pain, muscle weakness, and dark urine, which caused by myoglobinuria. Acute kidney injury is a serious complication of rhabdomyolysis and its mortality rate is high. Early and appropriate medical treatment helps reducing complications, particularly, acute kidney injury. Therefore, the aims of this paper are to present definition, cause, pathophysiology, signs and symptoms, diagnosis, treatment, and nursing care for patients diagnosed with rhabdomyolysis.

Keywords: Nursing care, Rhabdomyolysis, Acute kidney injury

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* Nursing Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำลายของกล้ามเนื้อและปล่อยสารในเซลล์จำนวนมากไปในกระแสเลือด เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ค้นพบครั้งแรกในสงครามโลกครั้งที่ 1 ในผู้บาดเจ็บที่มีการทำลายกล้ามเนื้อหลังจากการบีบอัดของกล้ามเนื้อ เรียกกลุ่มอาการ “Crush injury” และเริ่มมีการอธิบายกลไกเมื่อพบการตายของกล้ามเนื้อพร้อมกับพบเม็ดสีน้ำตาลในท่อไตจากการชันสูตรศพผู้ป่วย การบาดเจ็บหรือการบีบอัดของกล้ามเนื้อลายจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อสลายที่คุกคามชีวิต¹

ภาวะกล้ามเนื้อลายสลายในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาและรวบรวมความรู้อยู่น้อยมาก อาจเนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของภาวะกล้ามเนื้อสลายยังมีจำกัด ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและอุบัติเหตุ ผู้เขียนจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายองค์ความรู้ทางการพยาบาล โดยอธิบายความหมาย อธิบายภาวะความรุนแรง สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อสลาย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อลายสลายโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย

ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำลายหรือสลายตัวของกล้ามเนื้ออย่างเฉียบพลันและปลดปล่อยสารที่อยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อเข้าสู่กระแสเลือด ได้แก่ ไมโอโกลบิน (myoglobin) ครีเอทีนไคเนส (creatin kinase; CK) อัลโดเลส (aldolase) แลคเตตดีไฮโดรจีเนส (lactate dehydrogenase) และอิเล็กโทรไลต์อื่นๆ เช่น โพแทสเซียม (potassium) กรดยูริก (uric acid) แคลเซียม (calcium) และฟอสฟอรัส (phosphorous)

ผู้ป่วยจะมีระดับ CK มากกว่า 1000 ยูนิต/ลิตร สูงมากกว่าค่าปกติ 5 เท่า^{6,13-}

อุบัติการณ์ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย

อุบัติการณ์ภาวะกล้ามเนื้อลายสลายโดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ที่ยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจน จากการศึกษาของเนลสันและคณะ² รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อลายสลายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขตซีแลนด์ ประเทศเดนมาร์ก ในปี ค.ศ. 2011 ถึง 2014 จำนวน 1,027 ราย การศึกษาของหยางและคณะ³ รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเสฉวน ประเทศจีน ระหว่าง ปี ค.ศ. 2011 ถึง 2019 จำนวน 329 ราย สำหรับประเทศไทย ได้มีการศึกษาของปวีรพรต พรหมรัตน์และคณะ⁴ พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อลายสลายในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2549 ถึง 2553 จำนวน 267 ราย และการศึกษาของนพพร อังณางค์กรชัยและคณะ⁵ พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อลายสลายในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในปี พ.ศ. 2552 ถึง 2557 จำนวน 372 ราย จากข้อมูลพบว่าภาวะกล้ามเนื้อลายสลายพบในประชากรโดยเฉพาะในผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย

ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อลายสลายพบตั้งแต่มีระดับครีเอทีนไคเนส (creatin kinase, CK) เพิ่มสูงขึ้นแต่ไม่แสดงอาการจนถึงมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต ได้แก่ การพร่องปริมาตรในหลอดเลือด (hypovolemic) ภาวะกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) การเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte imbalance) ที่นำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

(cardiac arrhythmias) ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation; DIC)⁶⁻⁹ และภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury; AKI) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อตาย⁶⁻¹⁰ โดยมีอัตราการเกิดร้อยละ 7 ถึง 61.4^{2-5,10,11} และเกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่ไม่ดีโดยเฉพาะเกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (multiple organ dysfunction syndrome; MODS)⁷ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจำเป็นต้องบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy; RRT) ร้อยละ 3 ถึง 11^{2,4,11,12} จากภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาภาวะกล้ามเนื้อตายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รุนแรงซึ่งอาจคุกคามชีวิต

จากรายงานอัตราการเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อตาย ร้อยละ 3.4 ถึง 59.0 อุบัติการณ์ดังกล่าวมีความแตกต่างกันกับลักษณะของประชากรภาวะแทรกซ้อนที่ไต โรคร่วมและระยะเวลาในการศึกษา² โดยผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันมีแนวโน้มเสียชีวิตสูงกว่า³ แม้อุบัติการณ์เกิดภาวะกล้ามเนื้อตายจะต่ำเมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยอื่น แต่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นสาเหตุเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่เบื้องต้น การรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อตายได้

สาเหตุ

สาเหตุการเกิดภาวะกล้ามเนื้อตายจำแนกเป็น 2 ชนิด ดังนี้^{6,14}

1. การได้รับบาดเจ็บ (trauma) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด จากการบีบอัดของกล้ามเนื้อตาย (crush injury) จากอุบัติเหตุจากรถ ทำให้เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (compartment syndrome) การออกกำลังกายอย่างหนัก (exertion)

การผ่าตัดระยะเวลานาน ไฟฟ้าช็อต (electrical injury) เป็นต้น

2. สาเหตุอื่นที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ (non-trauma) ได้แก่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) ภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงชนิด “malignant hyperthermia” ซึ่งเกิดหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดสูดดม การติดเชื้อของกล้ามเนื้อ เสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ โรคกระเจิงทางระบบประสาท ได้รับยาหรือสารพิษ เช่น statins, alcohol, heroin, cocaine การติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีคีโตนคั่ง (diabetic ketoacidosis) เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยา

ภาวะกล้ามเนื้อตายเป็นกระบวนการซับซ้อนเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ซาร์โคเลมมา (sarcolemma) โดยตรง ทำให้มีการลดลงของ ATP ในเซลล์กล้ามเนื้อจนส่งผลให้สูญเสียการทำงานของ Na^+/K^+ -ATPase และ Ca_2^+ -ATPase pumps ของผนังเซลล์กล้ามเนื้อ ระดับแคลเซียมในซาร์โคพลาซึม (sarcoplasm) เพิ่มขึ้น ทำให้ไมโอไฟบริล (myofibril) หดตัวอย่างต่อเนื่อง การหดตัวอย่างต่อเนื่องนี้ไปสู่การสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อและทำให้มีการปล่อยสารหรืออนุภาคต่าง ๆ รวมถึงสารอนุมูลอิสระ ที่อยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อเข้าสู่กระแสเลือด จากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อทำให้น้ำและโซเดียมเคลื่อนที่จากหลอดเลือดเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ ส่งผลให้เกิดเซลล์บวม น้ำปริมาตรสารน้ำในร่างกายลดลง (hypovolemia) ลดการไหลเวียนเลือดที่ไต (renal blood flow) ความดันโลหิตต่ำจนเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำ (hypovolemic shock) ได้ จากการสลายของกล้ามเนื้อตายโพแทสเซียมที่มีจำนวนมากในกล้ามเนื้อจะเข้าสู่กระแสเลือด ร่วมกับการขับที่ไตลดลงทำให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) และจากแคลเซียมในเซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) เกิดภาวะเสียสมดุลกรดต่างและอิเล็กโทร

ไลต์ในร่างกาย นอกจากนี้มีการปล่อยสารกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด (tissue thromboplastin) ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือดรวมกับการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลายสลายได้⁶⁻⁸

พยาธิสรีรวิทยาภาวะไตวายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อลายสลาย

เมื่อมีการสลายของกล้ามเนื้อลายไมโอโกลบินจำนวนมากเข้าสู่กระแสเลือด ถูกกรองโดยโกลเมอรูลัส (glomerulus) และเข้าสู่เซลล์เยื่อบุผิวท่อไต (tubule epithelial cell) ทำให้เกิดการอุดตันและการทำหน้าที่ผิดปกติของไตได้ เกิดจาก 3 กลไกหลัก ดังนี้^{6-8,14}

1. การหดตัวของหลอดเลือดที่ไต (renal vasoconstriction) เป็นผลจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไตลดลง กระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin angiotensin aldosterone system, RAAS) ร่วมกับการลดลงของไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) เป็นผลให้หลอดเลือดไปเลี้ยงที่ไตหดตัวมากขึ้น

2. การอุดตันในท่อไต (renal tubular obstruction) ไมโอโกลบินจับกับโปรตีนในปัสสาวะ (tamm-horsfall tubular protein) เกิดเป็นผลึก (pigmented casts) อุดตันในท่อของหน่วยไต (renal tubule) และผลจากการครดยูริกในเลือดสูง เกิดการตกตะกอนของยูริกส่งเสริมให้เกิดการอุดตันในท่อไต

3. การบาดเจ็บท่อไตโดยตรงและท่อไตขาดเลือด (direct and ischemic tubule injury) ไมโอโกลบินปล่อยสารอนุมูลอิสระทำลายเซลล์เยื่อบุหลอดเลือดฝอยไตโดยตรง อาจทำให้เซลล์เยื่อบุหลอดเลือดฝอยไตตาย (tubular necrosis)

สรุปได้ว่าเมื่อการไหลเวียนเลือดที่ไตลดลง ทั้งจากการพร่องของปริมาตรและหลอดเลือดที่ไตหดตัว ปัสสาวะเป็นกรดมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดผลึกโปรตีนอุดตันท่อไตสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้

อาการและอาการแสดง

อาการของภาวะกล้ามเนื้อลายสลายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเสียหายของกล้ามเนื้อ พบตั้งแต่ระดับ CK เพิ่มขึ้นโดยไม่แสดงอาการจนถึงภาวะที่รุนแรง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย พบว่า อาการที่ตรวจพบมากที่สุด คืออาการปวดกล้ามเนื้อ คิดเป็น ร้อยละ 22.73 รองลงมาคือ การตรวจพบไมโอโกลบินในปัสสาวะ ร้อยละ 17.36 กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 11.78 และปัสสาวะสีเข้ม ร้อยละ 9.71 ตามลำดับ¹⁵

อาการทางคลินิกที่พบโดยทั่วไป 3 ประการ ได้แก่^{6,7,9}

1. ปวดกล้ามเนื้อ (muscle pain) ผู้ป่วยจะปวดกล้ามเนื้อ อาจร่วมกับอาการบวม (swelling) ตึง (stiffness) หรือเป็นตะคริว (cramping) กดเจ็บกล้ามเนื้อเฉพาะที่ พบบ่อย คือ กล้ามเนื้อต้นขา น่อง และหลัง ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อขาดเลือดจากความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงจะปวดและบวมมาก

2. กล้ามเนื้ออ่อนแรง (muscle weakness) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาการเคลื่อนไหว ขยับแขนและขาได้น้อย หากมีการบาดเจ็บของเส้นประสาทร่วมอาจพบการรับความรู้สึกผิดปกติ

3. ปัสสาวะสีเข้ม (dark urine) พบตั้งแต่สีแดงจางจนถึงสีชาหรือสีน้ำตาลเข้มซึ่งเป็นสีของไมโอโกลบินที่รั่วมาในปัสสาวะ และตรวจพบไมโอโกลบินในปัสสาวะ (myoglobinuria)

นอกจากนี้ ยังสามารถตรวจพบอาการที่ไม่เฉพาะ ได้แก่ ครั่นเนื้อครั่นตัว มีไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อาการเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ที่เกี่ยวข้อง เช่น โพแทสเซียมในเลือดสูง แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูง อาจพบอาการตั้งแต่ ใจสั่น (palpitation) หัวใจเต้นผิดจังหวะไปจนถึงหัวใจหยุดเต้นได้ อาการรุนแรงอื่นๆ สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะช็อกจากการลดลงของปริมาตรภายในหลอดเลือด ปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ภาวะกรด

จากการเผาผลาญ จนเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด เป็นต้น⁶⁻⁹

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อลายสลายจากการชักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการทางคลินิกที่สัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อลายสลายดังกล่าวแล้วข้างต้น และมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ดังนี้

1. ระดับของ CK เป็นตัวบ่งชี้ที่มีความไวที่สุดในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อลายสลายกำหนดระดับ CK มากกว่า 1,000 ยูนิท/ลิตร สูงกว่าปกติ 5 เท่า ค่าปกติไม่เกิน 200 ยูนิท/ลิตร¹³ ระดับ CK จะสูงขึ้นภายใน 12 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ สูงสุด 24-72 ชั่วโมงและจะกลับเป็นปกติ 3-5 วันหลังจากหยุดการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ^{6,7,13} ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อลายสลายแบ่งตามระดับของ CK เป็น 3 ระดับ คือ 1) mild Rhabdomyolysis ค่า CK 1,000-5,000 ยูนิท/ลิตร 2) moderate Rhabdomyolysis ค่า CK 5,001-15,000 ยูนิท/ลิตร และ 3) severe Rhabdomyolysis ค่า CK มากกว่า 15,000 ยูนิท/ลิตร⁶ จากการศึกษาพบว่าระดับ CK ที่สูงขึ้นเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 42, 44 และ 74 ตามลำดับ² ระดับ CK ที่มากกว่า 5,000 ยูนิท/ลิตร สัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน⁸ ระดับ CK จึงใช้ทำนายความเสี่ยงการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อลายสลายได้¹⁰

2. ระดับไมโอโกลบินในเลือดและปัสสาวะ ไมโอโกลบินในเลือดจะเพิ่มสูงขึ้นและถูกขับออกทางปัสสาวะอย่างรวดเร็วโดยให้สีแดงหรือน้ำตาล ในภาวะกล้ามเนื้อลายสลายระดับไมโอโกลบินในเลือดจะมากกว่า 1.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร⁶ ไมโอโกลบินในเลือดที่มากกว่า 0.3 มิลลิกรัม/ลิตร จึงจะตรวจพบไมโอโกลบินในปัสสาวะ และไมโอโกลบินในปัสสาวะมากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จึงจะมองเห็นปัสสาวะเป็นสีแดงหรือน้ำตาลชา^{6,7} แต่จะไม่พบเม็ด

เลือดแดงในปัสสาวะหรือพบน้อย ไมโอโกลบินในปัสสาวะอาจไม่พบในผู้ป่วยทุกราย⁷ ไมโอโกลบินมีค่าครึ่งชีวิตสั้นกว่า CK คือ 1-3 ชั่วโมงและกลับเข้าสู่ปกติ 6-8 ชั่วโมง ดังนั้นในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย ค่าไมโอโกลบินจึงมีความจำเพาะและความไว น้อยกว่าค่า CK^{6,9} การตรวจไมโอโกลบินในเลือดจึงไม่มีความจำเป็น นิยมใช้การตรวจไมโอโกลบินในปัสสาวะเพื่อแยกภาวะเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ และช่วยยืนยันการวินิจฉัยร่วมกับระดับ CK ที่เพิ่มสูงขึ้น⁶

3. การตรวจอื่นๆ เพื่อหาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas; ABG) เพื่อประเมินความเป็นกรดต่าง ตรวจการทำงานของไต (renal function test) เพื่อติดตามภาวะไตวายเฉียบพลัน ตรวจอิเล็กโทรไลต์ โพแทสเซียม แคลเซียม เพื่อติดตามภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ตรวจระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดเพื่อค้นหาภาวะ DIC ซึ่งเป็นภาวะที่มีเกร็ดเลือดต่ำ ค่า prothrombin time (PT) และ partial thromboplastin time (PTT) นานกว่าปกติ และ fibrinogen ลดลง ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC) เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย ตรวจการทำงานของตับ (liver function test; LFT) โดยเฉพาะอัลบูมิน (albumin) ซึ่งมักพบอัลบูมินในกระแสเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) สาเหตุจากการรั่วออกนอกหลอดเลือด ตรวจกรดยูริกในเลือด ตรวจปัสสาวะ (urinalysis) เพื่อประเมินความเป็นกรดในปัสสาวะ รวมทั้งการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram; ECG) เพื่อประเมินหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง หรือภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ⁶⁻⁹

การรักษา

การรักษาเฉพาะตามสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อลายสลายเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด เช่น การหยุดยาหรือสารพิษอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิด

ภาวะกล้ามเนื้อตายสลาย ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง ทำการผ่าตัด fasciotomy เพื่อลดแรงดันของกล้ามเนื้อ กรณีที่ผู้ป่วยมีการตายของกล้ามเนื้อเป็นบริเวณกว้างไม่สามารถเก็บรยางค์ไว้ได้พิจารณาตัดออก (amputation) เป็นต้น^{7,14} สำหรับการรักษาที่สำคัญในภาวะกล้ามเนื้อตายสลาย มีดังนี้

1. การให้สารน้ำ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาเบื้องต้นมีวัตถุประสงค์เพื่อทดแทนสารน้ำที่เสียไปขณะเกิดการสลายของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนเลือดที่ไต ช่วยเจือจางไมโอโกลบินที่ไต ลดความเข้มข้นของปัสสาวะ ลดการตกตะกอนของผลึกที่ไต^{6,7} การให้สารน้ำป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันและลดการบำบัดทดแทนไตได้¹⁵ เริ่มให้สารน้ำโดยเร็วที่สุดด้วย Isotonic crystalloid solutions ได้แก่ Lactated Ringer's Solution (LRS) หรือ 0.9% Normal saline solution (NSS) 1.5 ลิตร/ชั่วโมง จากนั้นให้สารน้ำปริมาณที่เพียงพออาจมากถึง 6-12 ลิตร/วัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของกล้ามเนื้อตายสลาย เพื่อคงปริมาณปัสสาวะ 200-300 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หรือ 3-4 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ยกเว้นผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการให้สารน้ำ^{8,9} พิจารณาให้สารน้ำจนกว่าระดับ CK จะลดลงต่ำกว่า 5000 ยูนิต/ลิตร⁶ จากการทบทวนรายงานยังไม่มีกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับอัตราการไหล ปริมาณของสารน้ำ และระยะเวลาในการให้สารน้ำ ให้พิจารณาตามการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย⁶ สำหรับการเลือกชนิดของสารน้ำพิจารณาตามค่าอิเล็กโทรไลต์ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมสูง แนะนำให้ใช้ NSS แทน LRS เนื่องจาก LRS ประกอบด้วยโพแทสเซียมสูงกว่า ผลการศึกษาพบว่า การให้ NSS จำนวนมากทำให้คลอไรด์ในเลือดสูงเกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญได้^{6,15}

2. การทำให้ปัสสาวะเป็นด่าง (alkalinization of urine) โดยให้โซเดียมไบคาร์บอเนต พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มี CK สูงกว่า 5,000 ยูนิต/ลิตร หรือมีอาการบาดเจ็บที่กล้ามเนื้ออย่างรุนแรง เช่น crush injury เพื่อทำให้ค่า pH ในปัสสาวะอยู่ระหว่าง 6.5-7.5 การทำให้ปัสสาวะเป็นด่างมีประโยชน์ คือ ลดการตก

ตะกอนของโปรตีนที่ไตซึ่งจะเพิ่มขึ้นในปัสสาวะที่เป็นกรด ยับยั้งไมโอโกลบินช่วยลดความเสียหายของท่อไต และลดฤทธิ์ของไมโอโกลบินที่ทำให้หลอดเลือดไตหดตัวซึ่งจะออกฤทธิ์ได้ดีในภาวะกรด^{6,7} เริ่มให้ 7.5% NaHCO₃ 50 มิลลิลิตร ใน 0.45% NSS 1 ลิตร หรือ 7.5% NaHCO₃ 100-150 มิลลิลิตรใน 5% Dextrose in water (5% D/W) 1 ลิตรทางหลอดเลือดดำต่อเนื่อง 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง⁹ การให้โซเดียมไบคาร์บอเนตจะไปลดแคลเซียมไอออนซึ่งทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำได้ จะหยุดให้โซเดียมไบคาร์บอเนตเมื่อค่า pH ในปัสสาวะเป็นด่างหรือพบว่าผู้ป่วยมีอาการของภาวะแคลเซียมต่ำ^{6,9}

3. การให้ยาแมนนิทอล (mannitol) ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะกลุ่มออสโมติก (osmotic diuretics) ยาออกฤทธิ์ดึงของเหลวจากช่องว่างระหว่างเซลล์ (the interstitial space) เข้ามาในหลอดเลือดโดยอาศัยแรงดันออสโมติก ซึ่งจะลดการบวมของกล้ามเนื้อตายได้ โดยเฉพาะในรายที่มี compartment syndrome เช่น กล้ามเนื้อต้นขา ฤทธิ์การขับปัสสาวะของแมนนิทอลมีประโยชน์ ได้แก่ เพิ่มการขยายหลอดเลือดที่ไต เพิ่มการไหลเวียนเลือดที่ไต เพิ่มการขับปัสสาวะ เร่งการขับสารที่เป็นพิษต่อไต และช่วยลดการตกตะกอนในท่อไต แมนนิทอลเป็นประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อตายสลายรุนแรง พิจารณาให้แมนนิทอลหลังจากผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอแล้ว^{6,7,9} เริ่มให้ 20% mannitol 0.5 กรัม/กิโลกรัม จากนั้นให้ต่อเนื่องอัตรา 0.1 กรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ⁹ ผลของยาจะขับน้ำออกจากร่างกายอาจทำให้เกิดภาวะโซเดียมในเลือดสูง (hypernatremia) แมนนิทอลขนาดสูงมากกว่า 200 กรัม/วัน หรือผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ (renal insufficiency) อาจทำให้เลือดมีค่าออสโมลาริตีสูง (hyperosmolality) หากผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกินได้⁶

4. การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับ CK ค่าความเป็นกรดต่างของร่างกายและอิเล็กโทรไลต์อื่นๆ การตรวจระดับของ CK ทุก 8-24 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไตและปรับอัตรา

สารน้ำให้เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดการเสียสมดุลกรดต่างและอิเล็กโทรไลต์ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เช่น ภาวะกรดจากการเผาผลาญ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยทันที^{6,7,9}

5. การบำบัดทดแทนไต ในรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลายรุนแรง โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อกำจัดไมโอโกลบิน ขอบ่งชี้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน ปัสสาวะออกน้อย ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด และไม่สามารถรักษาโดยการปรับประคองได้ การบำบัดทดแทนไตมีประสิทธิภาพสูง แบ่งเป็นการฟอกเลือดเป็นครั้งคราว (intermittent hemodialysis) หรือการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง (continuous renal replacement therapy; CRRT) ขึ้นกับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละราย^{6,7,9}

จากการศึกษาประสิทธิภาพของแนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อลายสลายประกอบด้วย การให้สารน้ำ การทำให้ปัสสาวะเป็นด่างโดยให้โซเดียมไบคาร์บอเนต และการให้ยาแมนนิทอล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มหลังใช้แนวทางการรักษามีผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันลดลง^{4,11} สำหรับอัตราการเสียชีวิต ความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไต ระดับครีเอตินีนก่อนจำหน่ายไม่มีความแตกต่างกัน⁴ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อลายสลายยังมีจำกัดและมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา การรักษาข้างต้นได้สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมตามคำแนะนำสำหรับแนวทางที่น่าเชื่อถือ ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย โดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล (nursing process) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะ

สุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล¹⁶

การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)

1. การซักประวัติ ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ กระดูกหักหลายราย การบีบอัดของกล้ามเนื้อลาย การได้รับยาที่มีความเสี่ยง ประวัติโรคประจำตัว การติดเชื้อ ประวัติการผ่าตัด รวมถึงซักประวัติถึงอาการและอาการแสดง เช่น ปวดกล้ามเนื้อเฉียบพลัน กล้ามเนื้ออ่อนแรงและปัสสาวะสีเข้ม

2. การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยอาจมีอาการเล็กน้อยจนถึงมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ตรวจร่างกายระบบประสาท โครงสร้างกล้ามเนื้อ ตรวจกำลังของแขนขา (muscle power) อาจตรวจพบอาการปวดกล้ามเนื้อ กดเจ็บกล้ามเนื้อที่มีพยาธิสภาพ พบการบวมของกล้ามเนื้อ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ พบสีของปัสสาวะมีสีแดงขึ้นหรือสีน้ำตาลกว่าปกติ รวมทั้งการประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิ อาจพบอุณหภูมิร่างกายสูง กรณีที่มีการอักเสบหรือติดเชื้อ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจระดับ CK ในเลือด ผลการตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ไมโอโกลบินในปัสสาวะ ค่าอิเล็กโทรไลต์ต่างๆ ค่าการทำงานของไต เป็นต้น

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันเนื่องจากการหลังสารทำลายไตจากกล้ามเนื้อลายสลาย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไตวายเฉียบพลัน และลดภาวะแทรกซ้อนจากไตเสียหายที่

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประกอบด้วย

1) ไตทำหน้าที่ได้มีประสิทธิภาพ ประเมินได้จาก มีปริมาณปัสสาวะ 3-4 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/

ชั่วโมง ระดับ CK ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ครีเอตินีนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความเป็นกรดในเลือดและปัสสาวะ ค่าอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) ไม่เกิดอาการหรืออาการแสดงจากการเสียสมดุลน้ำ กรดต่างและอิเล็กโทรไลต์ เช่น อาการหายใจลำบากจากภาวะน้ำเกิน คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ 3) สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous pressure; CVP) ปกติ คือ 2-6 มิลลิเมตรปรอท 4) มีความสมดุลของสารน้ำเข้าและออก

การวางแผน (Planning) และการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เร็วที่สุด ได้แก่ 0.9% NSS หรือ LRS ปรับอัตราและปริมาณตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดที่ไตและทดแทนน้ำที่สูญเสียจากการทำลายของกล้ามเนื้อลาย

2. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออก (ปัสสาวะ) ทุกชั่วโมง รวมทั้งสังเกตสีของปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไตและระบบไหลเวียนโลหิต

3. ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิ เพื่อประเมินความผิดปกติอื่น ๆ เช่น ภาวะช็อก การติดเชื้อ เป็นต้น

4. ติดตามภาวะสมดุลน้ำและประเมินปริมาณน้ำในร่างกายโดยการวัดค่า CVP เพราะจะช่วยให้ทราบถึงภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกินในร่างกายได้ รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน (volume overload) ภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) ซึ่งอาจเกิดจากการให้สารน้ำที่มากเกินไป เช่น การหายใจลำบาก ลักษณะเสมหะเป็นฟองสีชมพู (frothy sputum) ฟังเสียงปอดพบ crepitation และค่า CVP สูง เป็นต้น

5. ประเมินอาการหรืออาการแสดงของภาวะเสียสมดุลกรดต่างที่พบบ่อย คือ ภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วลึก หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น

6. ประเมินอาการหรืออาการแสดงของภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ที่พบบ่อย คือ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ใจสั่น จะพบลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ มีการยกสูงของ T wave ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาได้ทันทันที

7. ดูแลให้ได้รับ 7.5% NaHCO₃ ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อทำให้ปัสสาวะเป็นด่างและช่วยแก้ไขภาวะกรดจากการเผาผลาญ การให้โซเดียมไบคาร์บอเนตจะทำให้เกิดภาวะแคลเซียมต่ำได้ จึงควรติดตามค่าแคลเซียมในเลือดทุก 2 ชั่วโมงในระหว่างให้ยา รวมถึงประเมินอาการหรืออาการแสดงของภาวะแคลเซียมต่ำ ได้แก่ ตะคริว กล้ามเนื้อเกร็งหรือกระตุก หากพบรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยา

8. ดูแลให้ได้รับยา 20% mannitol ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการขับปัสสาวะและขับสารที่เป็นพิษต่อไตให้เร็วขึ้น รวมทั้งสังเกตและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังให้แมนนิทอล เช่น อาจพบความดันโลหิตต่ำจากปัสสาวะมาก ควรติดตามความดันโลหิตและปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมงเพื่อประเมินผลหลังการให้ยา หากตรวจพบว่าปัสสาวะออกน้อยกว่าที่ต้องการ หรือค่า serum osmolality สูง ให้รีบรายงานแพทย์

9. ติดตามระดับ CK ทุก 24 ชั่วโมงหรือตามความจำเป็น เพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะไตวายเฉียบพลันและติดตามความก้าวหน้าจากการรักษาพยาบาล

10. ติดตามค่าครีเอตินีนเพื่อประเมินการทำงานของไต

11. ติดตามค่า ABG ค่า pH ในเลือดและในปัสสาวะ เพื่อประเมินสมดุลกรดต่างของร่างกาย

12. ติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์ต่าง ๆ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา

13. กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันและแพทย์ให้การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ การเซ็นใบยินยอม การเตรียมผู้ป่วยใส่สายสำหรับการฟอกเลือดแบบชั่วคราว (double lumen catheter) ตลอดจนการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งก่อน ระหว่างและหลังการฟอกเลือด รวมทั้งติดตามค่าการทำงานของไต ระดับ CK ค่าอิเล็กโทรไลต์ต่างๆ และติดตามปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง หลังการฟอกเลือด

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2

ปวดกล้ามเนื้อเนื่องจากมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อบรรเทาอาการปวด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยพักได้มากขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น pain score ลดลง ได้รับยาบรรเทาอาการปวดลดลง

การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะของโรค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดและแผนการรักษา จะช่วยลดความวิตกกังวลและจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

2. จำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพเพื่อให้อวัยวะได้พัก ยกให้สูงโดยใช้หมอนหรือผ้าห่มรอง การยกสูงจะช่วยให้การไหลเวียนกลับของเลือดดีขึ้น ลดอาการบวมและลดอาการปวดได้

3. ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอนเนื่องจากการอยู่ท่าเดียวนานๆ จะปวดจากการกดทับ สอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าอย่างถูกต้องและนุ่มนวล หลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้ปวดมากขึ้น

4. แนะนำเทคนิคการจัดการความปวด เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกหายใจเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการเหน็ดเหนื่อยซึ่งทำให้อาการปวดลดลง

6. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาและประเมินผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ

7. ประเมิน pain score ลักษณะการปวด ตำแหน่งที่ปวด อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง รวมทั้งก่อนและหลังการให้ยาบรรเทาอาการปวดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของยา

8. ติดตามสัญญาณชีพ สัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กับความปวด เช่น หัวใจเต้นเร็ว

9. กรณีที่แพทย์มีแผนการรักษาทำการผ่าตัด fasciotomy เพื่อลดแรงดันของกล้ามเนื้อ พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ดูแลในระยะหลังการทำผ่าตัด ได้แก่ การให้สารน้ำ การทำแผล การป้องกันการติดเชื้อที่แผล การประเมินความปวด รวมทั้งการให้ยาบรรเทาปวด

บทสรุป

ภาวะกล้ามเนื้อสลายสลายเกิดจากการทำลายและสลายของกล้ามเนื้ออย่างเฉียบพลัน เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดซึ่งมีความรุนแรง และอาจมีอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิด พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย เพื่อที่จะประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว รวมทั้งให้การพยาบาลที่รวดเร็วและเหมาะสม ได้แก่ การให้สารน้ำที่เพียงพอ การทำให้ปัสสาวะเป็นด่าง การให้ยาขับปัสสาวะ การติดตามสมดุลกรดด่างและค่าอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายสลายได้

เอกสารอ้างอิง

1. Bywaters EG. Crushing injury. *Br Med J* 1942;2(4273):643-6.
2. Nielsen FE, Cordtz JJ, Rasmussen TB, Christiansen CF. The association between rhabdomyolysis, acute kidney injury, renal replacement therapy, and mortality. *Clin Epidemiol* 2020;12:989-95.
4. Yang J, Zhou J, Wang X, Wang S, Tang Y, Yang L. Risk factors for severe acute kidney injury among patients with rhabdomyolysis. *BMC Nephrol* 2020;21(498):1-8.
5. Promrat P, Chotirosniramit N, Chandacham K, Jirapongjareonlap T, Chittawatanarat K. Effectiveness of the rhabdomyolysis treatment protocol in critically ill trauma patients at the level I trauma center. *Chiang Mai Med J* 2016;55(3):95-106.
6. Assanangkornchai N, Akaraborworn O, Kongkamol C, Kaewsangrueang K. Characteristics of creatine kinase elevation in trauma patients and predictors of acute kidney injury. *J Acute Med* 2017;7(2):54-60.
7. Cabral BMI, Edding SN, Portocarrero JP, Lerma EV. Rhabdomyolysis. *Dis Mon.* 2020;66(8):101015.
8. Chavez LO, Leon M, Einav S, Varon J. Beyond muscle destruction: a systematic review of rhabdomyolysis for clinical practice. *Crit Care* 2016;20(135):1-11.
9. Cote DR, Fuentes E, Elsayes AH, Ross JJ, Quraishi SA. A “crush” course on rhabdomyolysis: risk stratification and clinical management update for the perioperative clinician. *J Anesth* 2020;34(4):585-98.
10. Long B, Koyfman A, Gottlieb M. An evidence-based narrative review of the emergency department evaluation and management of rhabdomyolysis. *Am J Emerg Med* 2019;37(3):518-23.
11. Safari S, Yousefifard M, Hashemi B, Baratloo A, Forouzanfar MM, Rahmati F, et al. The value of serum creatine kinase in predicting the risk of rhabdomyolysis-induced acute kidney injury: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Nephrol* 2016;20(2):153-61.
12. Nielsen JS, Sally M, Mullins RJ, Slater M, Groat T, Goa X, et al. Bicarbonate and mannitol treatment for traumatic rhabdomyolysis revisited. *Am J Surg* 2017;213(1):73-9.
13. Vangstad M, Bjornaas MA, Jacobsen D. Rhabdomyolysis: a 10-year retrospective study of patients treated in a medical department. *Eur J Emerg Med* 2019;26(3):199-204.
14. Stahl K, Rastelli E, Schoser B. A systematic review on the definition of rhabdomyolysis. *J Neurol* 2020;267(4):877-82.

15. กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์. ภาวะกล้ามเนื้อสลาย. ใน กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์, บรรณาธิการ. เวชบำบัดวิกฤตศาสตร์ในเวชปฏิบัติ (Surgical Critical Care in Practice). เชียงใหม่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560. 111-18.
16. Michelsen J, Cordtz J, Liboriussen L, Behzadi MT, Lbsen M, Damholt MB, et al. Prevention of rhabdomyolysis-induced acute kidney injury - A DASAIM/DSIT clinical practice guideline. *Acta Anaesthesiol Scand* 2019;63:576-86.
17. Gail LB, Mary M, Marina M. Nursing Process, Clinical Reasoning, Nursing Diagnosis, and Evidence Based Nursing. In Betty AJ, Gail LB, Mary M, Marina M, Melody Z, editors, *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence Based Guide to Planning Care*. 12th ed. St Louis Missouri: Elsevier; 2020:1-15.

โควิด-19: ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล และแนวทางการช่วยเหลือ Covid-19: Impacts on Nursing Students' Mental Health and assist guideline

พิมพิมล วงศ์ไชยา ปร.ด.* Pimpimon Wongchaiya Ph.D.*
บัวบาน ยะนา กศ.ม.* Buaban Yana M.Ed.*
พินทอง ปิ่นใจ พย.ม.* Pintong Pinjai M.N.S.*

Corresponding author E-mail: pimpimon.w@bcnpy.ac.th

Received: 19 June 2021, Revised: 31 Oct 2021, Accepted: 5 Nov 2021

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการระบาดซ้ำของโรคโควิด 19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างมาก การศึกษาพยาบาลเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดดังกล่าว ทำให้ต้องมีการปรับการจัดการศึกษา เพื่อให้สามารถผลิตพยาบาลแก่หน่วยบริการได้ตามเป้าหมาย นักศึกษาพยาบาลจึงได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงการจัดการศึกษาและการระบาดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ ทั้งที่เกิดจากความกลัวการติดเชื้อ การปรับตัวต่อการเรียนแบบใหม่ และปัญหาเศรษฐกิจ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

บทความนี้จึงนำเสนอผลกระทบของการระบาดของโควิด 19 ต่อการจัดการศึกษาพยาบาล ผลกระทบต่อสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล และเสนอแนวทางการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เพื่อให้ให้นักศึกษาสามารถสำเร็จการศึกษาในเวลาที่กำหนด มีสมรรถนะตามหลักสูตร รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการประกอบวิชาชีพพยาบาล สามารถทำงานให้กับระบบบริการสุขภาพของประเทศได้ต่อไป

คำสำคัญ: โควิด 19 ผลกระทบ นักศึกษาพยาบาล การช่วยเหลือนักศึกษา

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Email: pimpimon.w@bcnpy.ac.th, buaban.y@bcnpy.ac.th, pinthong.p@bcnpy.ac.th

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

Thailand has experienced repeated pandemic of COVID-19 which placed overwhelm demands on health care services. Nursing educations are among those organizations affected by the pandemics of COVID-19, and adjustments are needed in order to produce nurses for health care services as planned. Nursing students have inevitably experienced negative consequences especially on their mental health due to a fear of COVID-19 infection, adjustments to new learning styles, and financial problems.

Therefore, supports for nursing students are very important. This article presents impacts of Covid-19 pandemic on nursing education, nursing students' mental health, and assist guideline for nursing students. These to prevent consequences on students' mental health, student graduation timeframe and learning outcomes as set in the curriculums. Moreover, they would have positive attitudes towards nursing profession and continue working in the health services of the country.

Keywords: Covid 19, Impacts, Nursing Students, Student Supports

บทนำ

การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส หรือที่เรียกว่า โควิด 19 (Coronavirus, COVID-19) ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางและรุนแรง ในระดับบุคคล องค์กร และประเทศ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงระบบการศึกษา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทุกสถาบันการศึกษาทั่วโลกต้องหยุดการเรียนการสอนในบางช่วง ทำให้นักเรียน นักศึกษาทั่วโลกมากกว่า 100 ล้าน ได้รับผลกระทบจากการปิดสถานศึกษา¹ การเรียนการสอนได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบ Online ทั้งหมดหรือบางส่วน กระทรวงอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม² ได้กำหนดแนวทางการจัดการเรียนการสอน ให้มีจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานหรือการเรียนออนไลน์แบบเต็มรูปแบบขึ้นอยู่กับบริบทของรายวิชา และมาตรการต่าง ๆ เพื่อความ

ปลอดภัยในสถานศึกษา โดยผู้บริหารสถาบันมีอิสระในการบริหารจัดการศึกษาเอง และต้องเป็นไปตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ผลกระทบต่อการศึกษารั้งนี้ทำให้ผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียน และนักศึกษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ เสนอแนะแนวทางการช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาล โดยเริ่มจากการอธิบายผลกระทบของการระบาดของโควิด 19 ต่อการจัดการศึกษาพยาบาล ผลกระทบต่อสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล ตามด้วยแนวทางการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาล โดยผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรม ที่เป็นการศึกษาทั้งในประเทศ และในต่างประเทศที่มีการระบาดรุนแรงในช่วงปี 2563 ร่วมกับประสบการณ์ตรงของผู้เขียนในฐานะอาจารย์พยาบาล

ผลกระทบของโรคโควิด 19 ต่อการจัดการศึกษา พยาบาลในช่วงการระบาด

การระบาดโรคโควิด19 ทำให้การศึกษาพยาบาลได้รับผลกระทบอย่างมาก แต่ละสถาบันการศึกษาพยาบาลได้พยายามหาวิธีการจัดการเพื่อให้การเรียนการสอนดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ภายใต้วิกฤต และขณะเดียวกันก็คำนึงถึงความปลอดภัยของนักศึกษา การศึกษาพยาบาลตามมาตรฐานหลักสูตรต้องมีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติสถานการณ์จริงในคลินิก เมื่อเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ภาคทฤษฎี ได้ปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ ทั้งที่เป็นออนไลน์ทั้งหมดและแบบผสมผสาน การที่ปรับการเรียนการสอนเข้าสู่ระบบออนไลน์อย่างรีบเร่ง อาจเกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเทคโนโลยีของแต่ละสถาบัน และพื้นฐานการใช้เทคโนโลยีในการเรียนการสอนที่มีอยู่เดิมของสถาบัน และของนักศึกษา นอกจากนี้ยังมีการระบาดยังทำให้เกิดความไม่แน่นอน ของการจัดการศึกษา ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยน ทั้งเรื่องของเวลา และวิธีการจัดการเรียนการสอน เป็นไปตามสถานการณ์ของการระบาด ซึ่งกระทบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล และอาจมีผลต่อการตัดสินใจของนักศึกษาในการเรียน ดังเช่นการนำเสนอสารคดีเกี่ยวกับชีวิตนักศึกษาพยาบาลของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงการระบาดของโควิด 19 ของสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส พบว่า มีนักศึกษาพยาบาลที่เข้าใหม่ของปีการศึกษา 2563 ลาออก 60 คน จากจำนวน 300 คน โดยให้เหตุผลว่าการเรียนยาก ทำให้เครียด ซึ่งเป็นช่วงขณะที่จำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ทำให้นักศึกษาพยาบาลบางส่วนไม่สามารถปรับตัวได้ ในขณะที่นักศึกษาในชั้นปีสุดท้ายส่วนใหญ่วิตกกังวลกับการสำเร็จการศึกษา³ การศึกษาในนักศึกษาพยาบาลในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จำนวน 90 คน พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดเกี่ยวกับ การเว้นระยะห่างทางสังคม ค่าใช้จ่ายในการศึกษา และการเรียนแบบออนไลน์⁴

สำหรับการฝึกภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้รับบริการได้ในสถานการณ์จริง มีทักษะตามมาตรฐานวิชาชีพ⁵ เป็นส่วนที่ได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องมีการปรับแผนการฝึกภาคปฏิบัติในหลากหลายรูปแบบ เช่น การปรับเปลี่ยนชั่วโมงการฝึก ปรับวิธีการเรียนรู้ทักษะที่ต่างไปจากการฝึกในสถานบริการตามปกติ เป็นการฝึกในห้องปฏิบัติการ หรือการฝึกในสถานการณ์จำลอง มีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ฝึก เป็นสถานบริการที่มีความเสี่ยงน้อย หรือลดจำนวนชั่วโมงของการฝึกในสถานการณ์จริงลง ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของนักศึกษาในระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติ⁶⁻⁹ เป็นการลดโอกาสสัมผัสกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยรู้ตัว หรือไม่รู้ตัวในช่วงของการฝึกปฏิบัติ เพราะปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่ไม่แสดงอาการ รวมทั้งการได้รับวัคซีนของนักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาล หรือแม้กระทั่งพยาบาล และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ โรงพยาบาลยังไม่ครบถ้วน ด้วยเหตุผลหลายประการ นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของนักศึกษาโดยอ้อม เช่น ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระหว่างการเดินทางกลับบ้าน หรือไปยังสถานบริการที่เป็นแหล่งฝึก¹⁰ ประกอบกับการรายงานข่าวเกี่ยวกับการระบาดในทุกช่องทาง มักจะรายงานถึงความสูญเสียเป็นส่วนใหญ่ อาจเพิ่มความกลัว วิตกกังวล และรู้สึกไม่ปลอดภัยในการฝึกภาคปฏิบัติในนักศึกษาพยาบาลมากขึ้น ซึ่งท้ายที่สุดอาจมีผลต่อการตัดสินใจประกอบวิชาชีพพยาบาลต่อไป เช่น การศึกษาในประเทศเกาหลี พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความตั้งใจที่จะไม่ประกอบวิชาชีพพยาบาลในอนาคตเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจำนวนมากขึ้น เนื่องจากกลัวการติดเชื้อ¹¹

ทั้งนี้ในระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติอาจกล่าวได้ว่า นักศึกษาพยาบาลนับเป็นส่วนหนึ่งบุคลากรด่านหน้า ที่มีประสบการณ์น้อยที่สุด จึงจัดเป็นกลุ่มหนึ่งที่เปราะบาง ทางด้านจิตใจมากที่สุด โดยเฉพาะ

นักศึกษาพยาบาลในยุคปัจจุบัน (generation Z) ซึ่งมักเกิดความกลัวได้ง่ายและไม่กล้าเสี่ยง ดังนั้นปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญ และควรได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองเพื่อให้สามารถปรับตัวผ่านภาวะวิกฤตครั้งนี้ไปได้โดยไม่สูญเสียพยาบาลจากระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย อาจทำให้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลไม่ได้รับการความสนใจเพียงพอ ดังนั้นการทบทวนและเรียบเรียงข้อมูลจากงานวิจัยที่มีอยู่เท่าที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ จะช่วยให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่มีต่อสภาพจิตใจของนักศึกษา ทั้งทางบวกและทางลบ โดยอธิบายตามสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ผลกระทบทางลบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา

1. ความวิตกกังวลโดยรวมและกลัวการติดเชื้อโควิด เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มี การระบาดที่รุนแรง การศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลไทย พบว่านักศึกษามีความเครียดในปี 2563 ในระดับปานกลาง^{4,12} อย่างไรก็ตามการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลไทย ไต้หวัน และอินโดนีเซีย พบว่านักศึกษาไทยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า และมีความเชื่อมั่นในการเผชิญกับโควิด 19 น้อยกว่านักศึกษาพยาบาลไต้หวันและอินโดนีเซีย¹³ การศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วง เดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยและไต้หวันยังมีการระบาดน้อย เมื่อเทียบกับอินโดนีเซีย ดังนั้นจึงน่าเป็นห่วงว่าในช่วงที่การระบาดสูงในปัจจุบันคือปี 2564 นักศึกษาพยาบาลไทยอาจมีความวิตกกังวลสูงขึ้น

การศึกษาในต่างประเทศที่มีการระบาดมากในปี 2563 เช่น ในตุรกีพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต คนที่มีความวิตกกังวลสูงมักมีอาการรับประทานอาหาร และนอนหลับลดลง ร่วมกับมีความคิดว่าตนเองอาจจะติดเชื้อ โควิด-19¹⁴ การ

ศึกษาในตุรกี สเปน เบลเยียม พบว่านักศึกษามีความกังวลว่าติดเชื้อ มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย และเครียด^{9,15-17} นักศึกษาที่มีประสบการณ์มากกว่าจะมีความเครียดน้อยกว่านักศึกษาที่อายุน้อยกว่า เพราะทักษะในการปฏิบัติมีน้อยกว่า การศึกษาความเครียดโดยรวมพบว่า นักศึกษามีความเครียดเฉลี่ยในระดับปานกลาง แต่สูงขึ้นกว่าเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา¹⁵ นอกจากนี้นักศึกษายังมีความกังวลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตัว¹⁷

2. ความเครียดจากการเรียนและการเรียนออนไลน์ นักศึกษามีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของแผนการศึกษาและการจัดการเรียนการสอนไปตามสถานการณ์การระบาด ที่ต้องช้าลง หรือหยุดชะงักทำให้นักศึกษามีความกังวลมากเกี่ยวกับสำเร็จการศึกษา ที่อาจไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด^{9,18,19,20} และวิธีการเรียนการสอนที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การทำงานกลุ่ม การเรียนออนไลน์ การฝึกงาน และผลการเรียน²⁰ แม้ว่าการเรียนการสอนออนไลน์จะมีประโยชน์มากในสถานการณ์เช่นนี้ แต่ประสิทธิภาพของการเรียนออนไลน์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของโครงสร้างด้านเทคโนโลยีของแต่ละสถาบัน สภาพแวดล้อม และปัจจัยระดับบุคคล นักศึกษาที่มีความพร้อมน้อยจะได้รับผลกระทบจากการขาดอุปกรณ์ที่ประสิทธิภาพการมีปัญหาในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาที่อยู่ในพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำสูง นักศึกษาที่มาจากครอบครัวมีความขัดสน และอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล อันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงเทคโนโลยี^{7,8,21,22} นักศึกษาที่ขาดโอกาสเหล่านี้จึงมีความเครียดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบออนไลน์ กังวลเกี่ยวกับการประเมินผล และผลการเรียนที่จะตามมา การเรียนออนไลน์ยังกระทบต่อความเครียดของครอบครัวของนักศึกษา เนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์สูงขึ้น ซึ่งอาจส่งผลโดยอ้อมต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในภูมิภาคพื้นที่ห่างไกล และระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตยังไม่ครอบคลุม อาจต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น

ทั้งนี้การเรียนออนไลน์แม้จะมีประโยชน์ และสามารถชดเชยการเรียนรู้อาชีพได้ในระดับหนึ่ง แต่สำหรับการเรียนรู้อาชีพปฏิบัติ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการศึกษาพยาบาลจะมีวิธีการจัดการที่ยากกว่า ได้มีความพยายามในการจัดการ อาทิ การหยุดฝึกปฏิบัติชั่วคราว การเลื่อนหรือลดการฝึก การเปลี่ยนสถานที่ฝึกปฏิบัติ การชดเชยการฝึกด้วยตัววิธีอื่น เช่น การใช้กรณีศึกษา ใช้สถานการณ์จำลองร่วมกับการใช้หุ่น (simulation based practice)⁶⁻⁸ อย่างไรก็ตาม นักศึกษาอาจรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าสูญเสียโอกาสในการฝึกภาคปฏิบัติจากระยะเวลาที่ฝึกที่ลดลง หรือการเปลี่ยนแปลงสถานที่ฝึกไปอย่างที่ที่ใด ประสบการณ์น้อยกว่า นอกจากนี้อาจได้รับผลเสียจากการเรียนออนไลน์อื่นๆ เช่น การมีกิจกรรมทางกายลดลง ปวดกล้ามเนื้อ และมีปัญหาสายตา²⁰

3. ผลกระทบจากการแยกตัว ในช่วงที่มีโรคระบาด การแยกตัวห่างจากผู้อื่นเพื่อให้เกิดการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) มีความจำเป็นเพื่อป้องกันตนเอง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับคนที่ติดเชื้อแล้ว ทำให้ต้องลดการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันที่เคยเป็น จึงอาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคม (social isolation) ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่น่าไม่พึงพอใจ และมีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้²³ กลุ่มคนอายุน้อยเป็นกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการแยกห่างจากสังคม²⁴ นอกจากนี้การเรียนออนไลน์ ทำให้นักศึกษามีการติดต่อสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนลดลง และสื่อสารกับอาจารย์ได้จำกัด²⁰ มีการศึกษา พบว่า อายุสัมพันธ์กับความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม คนอายุน้อยกว่ามีความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคมมากกว่า²⁵ นักศึกษาพยาบาลที่ต้องเผชิญกับการกักตัว เนื่องจากสัมผัสหรือติดต่อกับผู้ติดเชื้อโควิด รู้สึกเครียดจากการที่มีอิสระภาพลดลง เหงา เบื่อ หงุดหงิด จากการติดต่อกับผู้อื่นได้ลดลง²⁶ และมีความวิตกกังวลที่เกิดจากการเว้นระยะห่างทางสังคม⁴ ดังนั้นเป็นไปได้ว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีแนวโน้มไม่ชอบการมีระยะห่างทางสังคม

4. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ การศึกษาในประเทศไทย พบว่า นักศึกษาทั่วไปมีความกังวลสูงเป็นอันดับหนึ่งในมิติเกี่ยวกับสภาพเศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือครอบครัว และค่าใช้จ่ายในเทอมถัดไป²⁰ การศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลพบว่าในช่วงการระบาดของโควิด 19 นักศึกษาพยาบาลก็มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ⁴ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจเกิดจากการต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการจัดหาเทคโนโลยีที่ต้องใช้ในการเรียน ซึ่งมักมีราคาแพง ทั้งค่าอุปกรณ์ และค่าอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นปัญหาที่คล้ายคลึงกันในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ^{7,8} นอกจากนี้ผลกระทบของโรคระบาดต่อเศรษฐกิจของประเทศยังอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวนักศึกษา เช่น สมาชิกครอบครัวถูกเลิกจ้างงาน การถูกระงับหรือจำกัดการทำธุรกิจต่างๆ การเงินของประเทศฝืดเคือง เป็นต้น

ผลกระทบทางบวกต่อนักศึกษา

อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางวิกฤตการระบาดของโรคโควิด 19 ยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกเกิดขึ้นได้เช่นกัน ในบางประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร อนุญาตให้นักศึกษาปีสุดท้ายฝึกภาคปฏิบัติได้ โดยได้รับค่าตอบแทน²⁷ และประเทศสเปนให้นักศึกษาอาสาขึ้นปฏิบัติงานได้¹⁷ ซึ่งการศึกษาระบบการฝึกของนักศึกษาพยาบาลที่มีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติในช่วงที่มีการระบาด และนักศึกษาที่ถูกกักตัว ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และเติบโตจากประสบการณ์ใหม่ และได้ความรู้ใหม่ รวมทั้งรับรู้ถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง ในการฝึกปฏิบัติงาน และมาตรการต่างๆ ที่นำมาปฏิบัติในช่วงการระบาด^{9,17,26} นักศึกษาที่เต็มใจและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือทีมสุขภาพ มีเหตุผลที่สำคัญคือ เป็นการแสดงออกถึงจริยธรรมในการช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในสถานการณ์วิกฤต ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมีส่วนร่วม เช่น การรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง การมีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครมาก่อน การมีเครื่องมือป้องกันตนเอง

(personal protection equipment) การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการแพร่กระจายของโรค ความมั่นใจในตนเองและสมรรถนะของตนเอง (self-confidence and self-efficacy) การตระหนักถึงความขาดแคลนบุคลากรสุขภาพ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสถาบันการศึกษาและหน่วยบริการ²⁸

แนวทางการช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาล

ในสถานการณ์โรคระบาดครั้งนี้ นักศึกษาต้องการการประทับประคองด้านจิตใจมากขึ้น และต้องการให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการวางแผนฝึกงานและการสอบ การช่วยเหลือควรมีทั้งแนวทางในโดยตรงเพื่อช่วยเหลือป้องกันทางด้านสุขภาพจิต และควรมีการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา ได้แก่ การเรียน และ เศรษฐกิจ เป็นต้น

ด้านสุขภาพจิต

การคัดกรองเพื่อระบุและติดตามนักศึกษาที่มีความเสี่ยง เนื่องจากนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ก่อนแล้ว จะมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากขึ้นในภาวะวิกฤติ²³ จึงควรมีการติดตามนักศึกษาที่มีประวัติปัญหาสุขภาพจิตอื่น และนักศึกษาที่มีปัญหาการเรียน สถานศึกษา ควรกำหนดวิธีการดูแล และช่วยเหลือที่ชัดเจน และยืดหยุ่น รวมถึงมีวิธีการที่จะติดต่อกับนักศึกษาได้อย่างสะดวก รวดเร็ว เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ปรึกษา หรือบอกเล่าประสบการณ์ผ่านทางโทรศัพท์ หรือ social media แบบต่าง ๆ ทั้งนี้รวมถึงช่องทางการติดต่อกับครอบครัว หรือผู้ปกครองของนักศึกษา

ลดความวิตกกังวลของนักศึกษา โดยการสื่อสารกับนักศึกษาเป็นระยะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ด้านการจัดการเรียนการสอน โดยเฉพาะนักศึกษาที่ใกล้สำเร็จการศึกษา เพื่อลดความไม่สบายใจต่าง ๆ เกี่ยวกับจบการศึกษา นอกจากนี้ นักศึกษาและครอบครัวอาจกังวลใจเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด 19 ควรประสานกับบริษัทเอกชนให้มีการประกันสุขภาพ

ของนักศึกษาซึ่งจะช่วยลดความกังวลใจ และลดภาระในการรักษาพยาบาลเมื่อมีความจำเป็น

สถาบันการศึกษา ควรสื่อสารให้บุคลากรของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ให้ตระหนักถึงผลกระทบของโรคระบาด และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา และรับรู้ถึงระบบกลไกในการดูแล ช่วยเหลือ เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ควรแจ้งให้ทุกฝ่ายได้รับรู้²⁹

ด้านจัดการเรียนการสอนและการประเมินผล

การปรับแผนการศึกษาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ มีความยืดหยุ่นในการจัดการศึกษา ซึ่งความยืดหยุ่นจะทำให้สามารถเผชิญกับความไม่แน่นอนได้และสามารถฟื้นตัวได้รวดเร็ว⁷ ควรยืดหยุ่นทั้งวิธีการสอน ชั่วโมงสอน และโครงสร้างของหลักสูตร³⁰ เช่น ปรับแผนการศึกษาเป็นภาคทฤษฎีก่อน เลื่อนการฝึกภาคปฏิบัติออกไป ลดชั่วโมงการฝึกภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริงลง เปลี่ยนเป็นการปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ บางสถาบันการศึกษา อาจารย์ นักศึกษา และหน่วยบริการที่เป็นแหล่งฝึกอาจตกลงร่วมกันที่จะมีการฝึกภาคปฏิบัติต่อไป เพื่อประโยชน์ต่อประสบการณ์ของนักศึกษาและเป็นการช่วยเหลือหน่วยบริการ สถาบันการศึกษา จึงควรต้องเตรียมนักศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัย ทั้งความรู้และการป้องกันตนเอง และควรสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ เพื่อให้ นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ในช่วงของการฝึกภาคปฏิบัติ ควรเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้พูดถึงปัญหา และความกังวลใจที่เกี่ยวกับการความรู้ทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและผู้ป่วย โดยอาจใช้การสะท้อนคิดรูปแบบต่าง ๆ เป็นเครื่องมือ

การปรับวิธีวัดและประเมินผลการเรียนรู้ ควรมีความคาดหวังที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการเรียนรู้ (learning outcomes) ควร

มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยไม่คำนึงถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หรือเป้าหมายของหลักสูตรแต่อย่างใด แต่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยรวมของนักศึกษาซึ่งเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เน้นมีการประเมินผลเพื่อการพัฒนา (formative assessment) เพื่อติดตามพัฒนาการของนักศึกษาและระบุปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว³⁰

การติดตามสอบ ถามปัญหาและความต้องการของนักศึกษาที่เกี่ยวกับการเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะนักศึกษาที่มีความเสี่ยง เช่น อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และให้ความช่วยเหลือ ปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียนที่มีปัญหา เช่น การสำรวจปัญหาการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตก่อนเริ่มเรียนออนไลน์ และหาข้อตกลงร่วมกันในการแก้ปัญหา นอกจากนี้สถาบันการศึกษาควรเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการสำเร็จการศึกษา และการทำงาน และการซ่อมเสริมประสบการณ์ที่ขาดไป

การมอบหมายงานให้นักศึกษา ควรป้องกันการมอบหมายงานให้นักศึกษาที่มากเกินไปเนื่องจากอาจารย์อาจมีความกังวลว่าการเรียนการสอนแบบออนไลน์ อาจทำให้การเรียนรู้ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้อาจารย์มีแนวโน้มที่จะมอบหมายงานให้นักศึกษามาก หรือทำกิจกรรมออนไลน์มาก เพื่อชดเชยการเรียนรู้ที่คาดว่าจะหายไป อาจเป็นเหตุให้นักศึกษามีงานที่ได้รับมอบหมายโดยรวมมากเกินไป ดังนั้นควรมีกลไกในการป้องกันและติดตามไม่ให้มีการมอบหมายงานที่มากเกินไป

การสื่อสารกับครอบครัวของนักศึกษา สถาบันควรสื่อสารกับครอบครัวของนักศึกษาให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของระบบการศึกษาของสถาบัน เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจ และให้ความร่วมมือ เนื่องจากครอบครัวจะมีความห่วงใยนักศึกษามากในสถานการณ์ที่มีการระบาด และอาจขาดความเข้าใจเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างครอบครัวกับสถาบัน หรือครอบครัวกับนักศึกษา

ด้านเศรษฐกิจ

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์ในการเรียนการสอนออนไลน์ ครอบครัวของนักศึกษาหลายคนอาจได้รับผลกระทบทางการเงินจากการขาดรายได้ สถาบันการศึกษาควรตระหนัก และพิจารณาแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสม ปัจจุบันหลายสถาบัน มีการลดค่าเล่าเรียน นอกจากนี้สิ่งอื่นที่อาจทำได้ เช่น การให้ยืมอุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ใช้ในการเรียนในกรณีจำเป็น การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อจัดหาอุปกรณ์การป้องกันตนเองแก่นักศึกษาพยาบาลขณะฝึกงาน เป็นต้น

การสนับสนุนทุนการศึกษา ควรจัดทุนการศึกษาสนับสนุนนักศึกษาที่ครอบครัวได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการเงินของครอบครัว และได้รับความเดือดร้อน และต้องมีการประชาสัมพันธ์ และเปิดช่องทางให้กับนักศึกษากลุ่มนี้ได้ติดต่อเป็นพิเศษ เนื่องจากนักศึกษากลุ่มนี้อาจไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่เคยได้รับทุนการศึกษามาก่อน

นโยบายการบรรจุทำงานหลังสำเร็จการศึกษา การเพิ่มค่าตอบแทน ควรมีนโยบายเกี่ยวกับการเงินเพื่อจูงใจให้นักศึกษาพยาบาลคงอยู่ในวิชาชีพต่อไปในอนาคต เช่น การให้ตำแหน่งงานประจำที่มีความมั่นคง มีรายได้และสวัสดิการที่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหราชอาณาจักร และสเปน ที่ให้นักศึกษาปีสุดท้ายที่อาสาปฏิบัติงานในช่วงที่มีการระบาด และ การได้รับการบรรจุเป็นพนักงานประจำ มีค่าตอบแทนเทียบเท่ากับพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา^{27,31}

สรุป

การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาลเป็นอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล อันมีสาเหตุมาจากความกลัว ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความเครียดและความวิตกกังวล ที่มีสาเหตุมากจากการระบาดของโรคโควิด 19 โดยตรงต่อจิตใจของนักศึกษา และผลของโรคระบาดที่กระทบต่อการจัดการศึกษาทั้งในภาค

ทฤษฎี และในภาคปฏิบัติ ที่ทำให้นักศึกษาวิตกกังวลกับการศึกษา รวมทั้งผลของการระบาดที่มีต่อเศรษฐกิจของประเทศและอาจกระทบเศรษฐกิจครอบครัวของนักศึกษาโดยตรง ดังนั้นสถาบันการศึกษา ควร การระบุนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเหล่านี้ให้ได้อย่างรวดเร็ว จะทำให้นักศึกษาได้รับความช่วยเหลืออย่างทันการณ์ และให้ความ

ช่วยเหลือนักศึกษา ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้ นักศึกษาปรับตัวผ่านสถานการณ์วิกฤตนี้ไปได้สามารถศึกษาต่อจนสำเร็จการศึกษาได้ ผลดีต่อสถาบันการศึกษาคือ สามารถคงประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอน และคุณภาพของบัณฑิต

เอกสารอ้างอิง

1. UNESCO. Education: From disruption to recovery. [online]. 2021. [cited 2021/6/5]. Available from: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
2. กระทรวงอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. คู่มือและแนวปฏิบัติของสถาบันอุดมศึกษาในการจัดการเรียนการสอน. [ออนไลน์]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2564/6/7]. เข้าถึงจาก: https://www.ops.go.th/main/images/2563/muaAdminคู่มือและแนวปฏิบัติ_สถาบันอุดมศึกษา_ปี_2563.pdf
3. ไทยพีบีเอส. เรียนยุคโควิด ชีวิตเปลี่ยน นศ.พยาบาล ฝ่าหน้าจอ งดกิจกรรม-ปฏิบัติน้อย [ออนไลน์] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564] เข้าถึงจาก: <https://news.thaipbs.or.th/content/306862>
4. รณชิต สมรรถนะกุล. ผลกระทบของสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 ที่มีต่อสุขภาพจิต ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ [ออนไลน์] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564] เข้าถึงจาก: <http://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/7067/.pdf>
5. ประวีตา คำแดง. การสอนปฏิบัติในคลินิกตามความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2564;27(1):17-28.
6. สายสมร เฉลยกิตติ, จินตนา อาจสันเทียะ และ มักเตลานา สุภาพร ดาวดี. ผลกระทบโรคระบาด COVID-19: การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564/6/7];36(2):255-61. เข้าถึงได้จากfile:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/244663-Article%20Text-863122-2-10-20200909.pdf
7. Agu, C.F., Stewart, J., McFarlane Stewart, N. et al. COVID-19 pandemic effects on nursing education: looking through the lens of a developing country. Int. Nurs. Rev. [online]. 2021 [cited 2021/6/5];68:153–58 Available from: doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12663>
8. Ilankoon, M.P.S., Kisokanth, G, & Warnakulasuriya, S.S.P. COVID-19: Impact on under graduate nursing education in Sri Lanka. Journal of Public Health Research [online]. 2020 [cited 2021/6/5];9(s1). Available from: <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1916>
9. Ulenaers, D., Grosemans, J., Schrooten, W. & Bergs, J. Clinical placement experience of nursing Students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Nurse Education Today [online]. 2021 [cited 2021/6/5];99. Available from: doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104746

10. Dewart, G., Corcoran, L., Thirsk, L., Petrovic, K. Nursing education in a pandemic: Academic challenges in response to COVID-19. *Nurse education today*. [online]. 2020 [cited 2021/6/5]; 92, 104471. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104471>
11. Dos Santos, L. M. How Does COVID-19 Pandemic Influence the Sense of Belonging and Decision-Making Process of Nursing Students: The Study of Nursing Students' Experiences. *International Journal of Environmental Research and public health*, [online]. 2020 [cited 2021/6/5];17(15):5603. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155603>
12. เชาวลิต ศรีเสริม, วิจิตรา จิตรักษ์ บุปผา ใจมั่น, พิษณุวนิกา เชื้อกาญจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล* 2564;27(1):75-90
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/251874/171159>
13. Pramukti I, Strong C, Sitthimongkol Y, Setiawan A, Pandin MGR, Yen CF, Lin CY, Griffiths MD, Ko NY. Anxiety and Suicidal Thoughts During the COVID-19 Pandemic: Cross-Country Comparative Study Among Indonesian, Taiwanese, and Thai University Students. *J Med Internet Res* 2020;22(12):e24487. doi: 10.2196/24487. PMID: 33296867; PMCID: PMC7772053.
14. Goi, I. & Erkin, O. Mental status of nursing students assessed using the general health questionnaire during the COVID-19 pandemic in Turkey, *Perspect Psychiatr Care* [online]. 2021 [cited 2021/6/5];22. Available from: <https://doi: 10.1111/ppc.12740>
15. Aslan, H. & Pekince, H. Nursing students' views on the COVID-19 pandemic and their perceived stress levels. *Perspectives in psychiatric care* [online]. 2021 [cited 2021/6/5]; 57(2):695–701. Available from: <https://doi.org/10.1111/ppc.12597>
16. Collado-Boira, E.J., Ruiz-Palomino, E., Salas-Media, P., et al. "The COVID-19 outbreak" an empirical phenomenological study on perceptions and psychosocial considerations surrounding the immediate incorporation of final-year spanish nursing and medical students into the health system. *Nurse Education Today* [online]. 2020 [cited 2021/6/5];92:104504. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104504>.
17. Martin-Delgado, L., Goni-Fuste, B., Alfonso-Arias, C., et al. Nursing students on the frontline: Impact and personal and professional gains of joining the health care workforce during the COVID-19 pandemic in Spain. *J Prof Nurs* [online]. 2021[cited 2021/6/5];37(3):588-597. Available from: [doi:10.1016/j.profnurs.2021.02.008](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.02.008)
18. Swift, A., Banks, L., Baleswaran, A., et al. COVID-19 and student nurses: A view from England. *J Clin Nurs* [online]. 2020 [cited 2021/6/5];29:3111-3114. Available form: <https://doi: 10.1111/jocn.15298>.
19. Dewart, G., Corcoran, L., Thirsk, L., Petrovic, K. Nursing education in a pandemic: Academic challenges in response to COVID-19. *Nurse Educ Today* [online]. 2020 [cited 2021/6/5];92:104471. Available from: [doi: 10.1016/j.nedt.2020.104471](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104471).

20. อภิญา อิงอาจ, ภัฐพร กาญจนภูมิ และพรพรรณ เขยจิตร. ความกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาาระดับปริญญาตรี. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร 2563;17(2):94-113.
21. ชฎาภา ประเสริฐทรง, จรินวรรณ แสงศิริรัตน และพรชญา กัดแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2564;15(1):14-28.
22. Tam, G., El-Azar, D. 3 ways the coronavirus pandemic could reshape education [online]. 2020. [cited 2021/6/12]. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/3-ways-coronavirus-is-reshaping-education-and-what-changes-might-be-here-to-stay>
23. Usher, K., Bhullar, N., Jackson, D. Life in the pandemic: Social isolation and mental health. J Clin Nurs [online]. 2020 [cited 2021/5/12];29(15-16):2756-757. Available from: doi: 10.1111/jocn.15290.
24. Perrin, P.C, McCabe, O.L, Everly, G.S. Jr, et al. Preparing for an influenza pandemic: mental health considerations. Prehosp Disaster Med [online]. 2009 [cited 2021/6/12]; 24(3):223-30. Available from: <https://doi.org/10.1017/s1049023x00006853>.
25. Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., et al. The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. Humanit Soc Sci Commun [online]. 2021 [cited 2021/5/1];28. Available from: <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00710-3>
26. Jerayingmongkol, P., Wongnoi, A., Sukhawadee, B. et al. Experience of being quarantined to prevent the spread of coronavirus (COVID 19) of Nursing Students, Journal of Nursing and Health Research [online]. 2021[cited 2021/6/1];22(1):110-24. Available from: <https://he01.tci-haijo.org/index.php/bcnp/article/view/247546/168691>
27. Royal College of Nursing. COVID-19 advice for students and trainee nursing associates [online]. 2020 [cited 2021/6/6] Available from: <https://www.rcn.org.uk/get-help/rcn-advice/students-covid-19>
28. Goni-Fuste, B., Wennberg, L., Martin-Delgado, L., et al. Experiences and needs of nursing students during pandemic outbreaks: A systematic overview of the literature, Journal of Professional Nursing [online]. 2021 [cited 2021/6/1];37:53-64. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.12.004>
29. Chelms, T. How universities can support students' mental health amid Covid-19 crisis [online]. 2020 [cited 2021/6/5] Available from: <https://www.timeshighereducation.com/blog/how-universities-can-support-students-mental-health-amid-covid-19-crisis>
30. ภูษิมา ภิญโญสินวัฒน์. จัดการเรียนการสอนอย่างไรในสถานการณ์โควิด-19: จากบทเรียนต่างประเทศสู่การจัดการเรียนรู้ของไทย [ออนไลน์] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2564] เข้าถึงจาก: <https://tdri.or.th/2020/05/examples-of-teaching-and-learning-in-covid-19-pandemic/>
31. Monforte-Royo, C., Fuster, P. Coronials: Nurses who graduated during the COVID-19 pandemic. Will they be better nurses? Nurse Educ Today [online]. 2020 [cited 2021/6/13];94:104536. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104536>

การทบทวนชีวิตในการปฏิบัติการพยาบาล: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Life Review in Nursing Clinical Practice: A Case Study of Patients with Late-Stage Cancer

พรพิมล ชัยสา พย.ม.* Pornpimol Chaisa M.N.S.*
พิกุล พรพิบูลย์ พย.ด.* Pikul Pornpibul D.N.S.*
สุภาณี คลังฤทธิ์ พย.ด.* Supanee Klungrit D.N.S.*

Corresponding Author: E-mail: aaom_ck@hotmail.com

Received: 14 Feb 2021, Revised: 25 Oct 2021, Accepted: 10 Nov 2021

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมักเกิดความทุกข์ทรมานในด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้ป่วยลดลง เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล โดดเดี่ยว และสูญเสียความเป็นตัวเอง การดูแลเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในแต่ละวันได้ด้วยดีด้วยความเชื่อ เกิดความแข็งแกร่ง และค้นพบความหมายของชีวิต ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกสงบสุข และอยู่กับปัจจุบันอย่างมีความสุข

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำการทบทวนชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้บอกความต้องการและทบทวนตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: การทบทวนชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Abstract

Patients with late-stage cancer tend to suffer spiritually. This results in decreasing patient's ability in facing future situation. They encounter fear, anxiety, loneliness, and loss of self. Care methods in promoting quality of life for patients with late-stage cancer are very important. These help patients in living each day with faith and discover their meanings of life. Patients are proud of themselves, have a peaceful life and living happily with their present lives. The purpose of this article is to apply the life review in nursing clinical practice for patients with late-stage cancer in order. To encourage patients to say their needs and review themselves. As life review is one method of palliative care.

Keywords: Life review, Late-stage cancer

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
E-mail: aaom_ck@hotmail.com, sklungrit@hotmail.com, pikulnan@gmail.com

* RN., Professional level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

บทนำ

โรคมะเร็ง (Cancer) เป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทยด้วย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของประเทศ¹ ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนานแบบประคับประคองตามอาการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องเผชิญกับอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย² ปัจจุบันนอกจากการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจแล้ว สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอีกด้านหนึ่ง คือ การดูแลด้านจิตวิญญาณ เพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามในการอยู่กับโรคและความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักจะปฏิเสธต่อการเผชิญหน้ากับความตายที่ใกล้เข้ามา รวมทั้งมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ดังนั้นการดูแลด้านจิตวิญญาณจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการเจ็บป่วย และการรักษาอย่างสงบได้ดียิ่งขึ้น³

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งของภาวะสุขภาพ เป็นธรรมชาติที่อยู่ภายใน ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานของร่างกาย และจิตใจของมนุษย์ การส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณจะต้องทำให้บุคคลมีความพึงพอใจ เห็นคุณค่าของตนเอง และมีความสุขในการดำเนินชีวิต⁴ การทบทวนชีวิตเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจธรรมชาติของตนเอง ตระหนักว่าชีวิตมีคุณค่า เกิดการสะท้อนตนเอง โดยผู้ป่วยสามารถนำสิ่งที่คิดทบทวนนั้นมาปรับและเปลี่ยนแปลงชีวิตให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ความสุขใจและจิตวิญญาณ ซึ่งการทบทวนชีวิตจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงความทรงจำที่ดีในอดีต ความสำเร็จในอดีต

รวมถึงสิ่งที่มีความหมายสำหรับช่วงชีวิตที่ผ่านมา การทบทวนชีวิตสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเล่าเรื่องราวในอดีตให้ผู้อื่นฟัง การพูดเรื่องราวในอดีตคนเดียวโดยไม่มีผู้ฟัง การจดบันทึกเรื่องราวในชีวิต การวาดรูปเรื่องราวในอดีต การฟังเพลง และการดูรูปภาพเรื่องราวในอดีตของตนเอง⁵ บทความนี้จะกล่าวถึงโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การทบทวนชีวิต และการใช้วิธีการดูแลโดยการทบทวนชีวิต เพื่อส่งเสริมความหมายและคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

โรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นโรคมะเร็งที่มีการเจริญเติบโต และการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย⁶ ในปี พ.ศ. 2561 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 2 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 9.6 ล้านคน⁷ ในประเทศไทยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 3,012 คน เป็นผู้เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 479 คน คิดเป็นร้อยละ 41.3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด⁸ โดยอาการและอาการแสดงส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มแรก มักไม่มีการแสดงที่สังเกตได้ชัด หรือมีความผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะการแพร่กระจาย จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะ และการทำงานต่าง ๆ จนแสดงอาการอย่างชัดเจน ที่ต้องเข้ารับการรักษา ซึ่งผลการตรวจวินิจฉัยส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยมักเข้าสู่ในระยะสุดท้าย ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เน้นบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการตอบสนองความต้องการเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อลดความรุนแรงของโรค และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี^{9,10}

ปัญหาและผลกระทบจากโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีปัญหาทางด้านร่างกายที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยจากความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคและการรักษา เกิดความวิตกกังวล และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรวดเร็ว เมื่อโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความรุนแรงและไม่สามารถรักษาให้หายได้จะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตวิญญาณ โดยผู้ป่วยมักคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว รู้สึกโดดเดี่ยว สูญเสียความเป็นตัวเอง ไม่กล้าเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต^{6,11} โรคมะเร็งระยะสุดท้ายจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง เกิดภาวะถดถอยทางสังคม รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ คุณค่าในตัวเองลดลง โดดเดี่ยว มีความต้องการค้นหาเหตุผลของการดำเนินชีวิตต่อที่ช่วยให้เกิดความสุขในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน¹¹ ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง จัดการกับอาการรบกวน และทำให้เกิดคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต โดยมีหัวใจสำคัญ คือ การดูแลแบบองค์รวม ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีพยาบาลดูแลแบบประคับประคอง¹⁰

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นในการบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และปรับปรุงให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแนวคิดปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะใช้ร่วมกับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย โดยไม่ต้องรอจนหมดหนทางในการรักษา² แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายจะเน้น 6 ด้าน^{12,13,14} ดังนี้

1. การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลต้องมีความเข้าใจในบริบทและความ ต้องการ

ของผู้ป่วย ซึ่งแผนการพยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน โดยเน้นการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยให้ครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน

2. การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกด้าน โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหนึ่งเดียว ทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยจะมุ่งตอบสนองความต้องการในเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

3. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหา ต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นตลอดจนภายหลังการเสียชีวิต

4. การดูแลเป็นทีม โดยสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกัน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

5. การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแล ตนเอง ได้ใช้ชีวิตได้อย่างปกติโดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ติดตามดูแล

6. เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยตั้งเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพยาบาลควรชวนผู้ป่วยสนทนา ระบายความรู้สึก เพื่อหาข้อมูล และช่วยค้นหากำลังใจ ความหวัง และความเชื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้⁴ สิ่งสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่พยาบาลควรให้ความสำคัญคือ รูปแบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล และเกิดความสงบสุข ช่วยให้สามารถเผชิญกับความตายโดยปราศจากความกลัวและความวิตกกังวล¹⁵ ซึ่งในบทความนี้จะกล่าวถึงรูปแบบการดูแลด้วยการทบทวนชีวิต

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการทบทวนชีวิต

การทบทวนชีวิตเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของมนุษย์ทุกคน สามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามธรรมชาติ อาศัยหลักการการสะท้อนความคิด (self-reflection) และระลึก (recall) ถึงความทรงจำของตนเอง ประสบการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา การทบทวนชีวิตมักจะเกิดขึ้นได้มากที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะมีเวลาร่วมกับตนเอง คิดและค้นหาคำตอบของการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ทำความเข้าใจเป้าหมายของชีวิตตนเอง นำไปสู่วิธีการแก้ปัญหา และการเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามาในอนาคตที่ไม่แน่นอนได้^{5,16} การทบทวนชีวิตจึงเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระลึกถึงความทรงจำ และเรื่องราวที่ดีในอดีตที่กำลังเผชิญกับช่วงสุดท้ายของชีวิต จะช่วยให้มีความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง ภูมิใจในสิ่งที่ทำได้สำเร็จ รู้สึกสงบสุข จนสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีความสุข และความพร้อมต่อการเผชิญความตายได้ดีขึ้น ผลดีของการทบทวนชีวิตจะทำให้บุคคลรู้สึกสงบเยือกเย็น เกิดความรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จ รู้สึกว่าทำดีที่สุดแล้ว⁵

การนำการทบทวนชีวิตเป็นกิจกรรมหนึ่งในการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยใช้คำถามปลายเปิดนำไปในการสนทนาเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยเวลาประมาณ 30-60 นาทีและมีสถานที่ที่สงบ^{4,17,18,19} โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. การเตรียมตัวพยาบาล ในการทบทวนชีวิตนั้น มีทักษะที่สำคัญที่พยาบาลต้องฝึก คือ ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยเฉพาะการฝึกใช้คำถามปลายเปิดกับผู้ป่วย การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วย เล่าเรื่องราวในอดีต และอีกทักษะหนึ่ง คือ ทักษะในการฟัง (deep listening) พยาบาลจะต้องฟังเรื่องราว ของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ไม่คิดว่าเป็นการเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ มีทัศนคติที่ดี เห็นคุณค่า และเห็นความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างแท้จริง

2. การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการทบทวนชีวิต ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและได้รับการประเมินอาการทางกายให้ดีที่สุดก่อนเสมอ

3. การเริ่มต้นการทบทวนชีวิตด้วยคำถามปลายเปิด ได้แก่

- 3.1 ช่วงชีวิตใดที่ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จหรือมีความสุขมากที่สุด

- 3.2 อะไรคือความทรงจำที่น่าประทับใจในชีวิตของท่าน

- 3.3 คนที่มีความหมายสำหรับท่านมากที่สุดคือใคร

- 3.4 มีสิ่งใดที่ท่านต้องการจะบอกกับคนในครอบครัวให้พวกเขาได้จดจำ

- 3.5 อะไรคือบทบาทที่สำคัญที่สุดของท่าน

- 3.6 ท่านมีคำแนะนำหรือข้อคิดในการดำเนินชีวิตอย่างไรบ้าง

ซึ่งในระหว่างที่ผู้ป่วยตอบคำถามและเล่าเรื่องราว พยาบาลจะต้องฟังอย่างตั้งใจพร้อมทั้งสังเกตความรู้สึก จับประเด็นใจความสำคัญที่ผู้ป่วยเล่า เพื่อสะท้อนกลับและสรุปให้ผู้ป่วยเกิดภาพความคิดในเรื่องที่เล่าได้อย่างถูกต้อง

การใช้วิธีการดูแลโดยการทบทวนชีวิตในการปฏิบัติการพยาบาล: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

การทบทวนชีวิตนี้จะทำให้พยาบาลได้รับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยได้ทบทวนชีวิตให้พยาบาลรับฟังจะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิด และเห็นแง่มุมที่แตกต่างออกไปจากเดิม ซึ่งในบทความนี้จะขอเสนอ กรณีศึกษาเพื่อให้เกิดแนวคิด และวิธีการทบทวนชีวิตที่ชัดเจนมากขึ้น

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 57 ปี มารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการไอบหน้าและแขนบวมมากขึ้น แน่นบริเวณหน้าอก ผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า เมื่อ 3 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการไอแห้ง ๆ มีเลือดปน หายใจลำบาก มีไข้บ่อย

โดยไม่รู้สาเหตุ และมีน้ำหนักลดลง 7 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน ตรวจพบความผิดปกติที่ปอดข้างขวา แพทย์ส่งตรวจ ชี้นเนื้อ และบอกว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอด ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เมื่อเวลา ผ่านไป 1 ปี ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น ร่วมกับมีอาการแน่นที่บริเวณหน้าอก ไบหน้าและ แขนขวาบวม แพทย์ได้ทำการตรวจและพิจารณาให้การรักษารักษาด้วยรังสีรักษา 1 ปีต่อมาผู้ป่วยได้ กลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลอีกครั้งด้วยอาการเดิม คือ มีอาการหายใจเหนื่อย ไบหน้า และแขนบวม แพทย์จึงพิจารณาให้การรักษารักษาด้วยรังสีรักษาอีกครั้ง และอนุญาตให้กลับบ้าน

ครั้งนี้ผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง เนื่องจากมีอาการไบหน้าและแขนบวมมากขึ้นมีอาการแน่นที่บริเวณหน้าอก แพทย์ตรวจพบว่ามีภาวะแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณซั้วปอด เยื่อหุ้มปอดและต่อมหมวกไต แพทย์ได้พิจารณาจะให้การรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและบุตร อีก 3 คน พยาบาลได้ดูแลโดยการทบทวนชีวิต ดังนี้

1. การเตรียมตัวพยาบาล เริ่มต้นด้วยการฝึกทบทวนชีวิตตัวเองโดยการเขียนบันทึก และการเล่าเรื่องราวในอดีตกับตัวเองโดยไม่มีผู้ฟัง เพื่อให้พยาบาลรู้จักตัวเองและเข้าใจตัวเองก่อน จากนั้นใช้การทบทวน ชีวิตกับเพื่อนร่วมงานหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยเฉพาะทักษะการสังเกต ทักษะการสื่อสารที่ดี ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และทักษะการสรุปใจความสำคัญ โดยฝึกใช้คำถามปลายเปิดถาม นำกับเพื่อนร่วมงานหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ขณะที่เพื่อนร่วมงานเล่าเรื่องราวในอดีตของเขา

2. การเตรียมตัวผู้ป่วย พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น และก่อนการทบทวนชีวิตผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการทางกายโดยวัดค่าสัญญาณชีพผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีอาการเหนื่อยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ สามารถเข้าร่วมการทบทวนชีวิตได้

3. การทบทวนชีวิตของผู้ป่วย ผู้เขียนจะขอยกประสบการณ์ส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิตของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

ผู้เขียน “สวัสดีค่ะคุณป้า วันนี้คุณป้าดูหน้าตาสดชื่นแจ่มใสดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ คุณป้ารู้สึกเป็นอย่างไรบ้างคะ”

ผู้ป่วย “รู้สึกดีขึ้นบ้างแล้ว ไม่เจ็บแน่นหน้าอก แต่ส่องกระจกดูหน้าบวม แล้วก็แขนของป้ายังบวมอยู่นะจ๊ะ”

ผู้เขียน “ค่ะ คุณป้า สำหรับอาการบวมที่ไบหน้าและที่แขนของคุณป้า นั้น คุณหมอรับทราบอาการแล้ว และกำลังช่วยรักษาคุณป้าอยู่นะคะ”

ผู้เขียน “วันนี้มีลูกๆ มาเฝ้าด้วย ได้รับการดูแลจากลูกๆ รู้สึกอย่างไรบ้างคะ”

ผู้ป่วย “ลูกๆ น่ารักมาก วันนี้เป็นวันหยุด มาดูแลป้าครบทั้งสามคนเลย คนโตคือผู้ชาย คนกลางและคนเล็กคือผู้หญิงทั้งสองคน แต่ก่อนยังเห็นตัวเล็กๆ อยู่เลย ตอนนี้เรียนจบมีงานทำกันหมดแล้ว แต่ยังไม่ได้ แต่งงานสักคนนะ พอลูกรู้ว่าป้าป่วยเป็นมะเร็ง ลูกทั้งสามคนก็ให้ป้าหยุดทำงาน เพราะก่อนที่จะรู้ว่าป้าเป็นมะเร็ง ป้าทำไร่ยาสูบมาก่อน ทำมา 10 กว่าปี เวลาทำก็ใช้ทั้งยาฆ่าหญ้าและยาฆ่าแมลงแล้วป้าก็สูบบุหรี่ด้วย แต่เดี๋ยวนี้พอรู้ว่าป้าเป็นมะเร็งก็ไม่ได้ทำงานอะไรแล้ว ลูกให้หยุดพักอยู่บ้านเฉยๆ เลิกสูบบุหรี่แล้วด้วย เวลาที่ป้า เจ็บป่วยหรืออาการไม่ค่อยดี บางครั้งรู้สึกเหนื่อย หายใจลำบากกว่าเดิมอ่อนเพลีย ก็ได้ลูกทั้งสามคนนี้แหละ จะสลับมาช่วยดูแลป้าทุกอย่างเวลาที่เลิกงาน แปลกใจใหม่ว่าลูกชายก็ดูแลป้าได้ไม่แพ้ลูกสาวเลย ส่วนเวลาทำงานของลูกๆ สามีจะเป็นคนดูแลป้าทุกอย่างเหมือนกันจ๊ะ” ขณะเล่าผู้ป่วยยิ้ม และหันไปมองบุตรทั้งสามคน เป็นระยะ

ผู้เขียน “คุณป้ามีครอบครัวที่ดี เป็นครอบครัวที่มีความอบอุ่นมากนะคะ คุณป้ามีทั้งสามีที่รักคุณป้า และมีลูกที่กตัญญู ทุกคนในบ้านคอยดูแลคุณป้าตลอดเลย อย่างนี้คุณป้าอยากให้สามีและลูกๆ ระลึกถึงคุณป้า ด้านไหนมากที่สุดคะ”

ผู้ป่วย “ป้าอยากให้คุณ ๆ นึกถึงความขยัน และความมุ่งมั่นตั้งใจในชีวิตป้า ถึงแม้ป้าจะไม่ได้เรียนหนังสือดี ๆ หรือจบชั้นสูง ๆ อย่างคนอื่นเขา ป้าเป็นชาวไร่ชาวนาน แต่เพราะความขยัน ความไม่ทอดทิ้งกับ ปัญหา ทำให้ป้าส่งลูกสามคนเรียนจบได้ มีงานทำหาเลี้ยงลูกสามคน ส่งเรียนด้วยไม่ใช่เรื่องง่าย ทุกคนต้องเคย เจอปัญหา แต่ความดี ความขยัน ความตั้งใจ และลงมือทำของเราดีแหละ จะทำให้ชีวิตของเราสำเร็จได้ อยากให้คุณภูมิใจถึงแม่มีแม่เป็นชาวไร่” ขณะเล่าผู้ป่วยจับมือลูกทั้งสามคน

ผู้เขียน “คุณป้าเก่งมากเลยคะ ไม่ใช่เรื่องง่ายเลยที่คุณป้าจะผ่านมาได้ ความตั้งใจของคุณป้าว่า นำมาเป็นแบบอย่างชีวิตมากเลยคะ แล้วชีวิตในช่วงไหนคะ ที่คุณป้ารู้สึกว่าการประสบความสำเร็จและมีความสุขมากที่สุด”

ผู้ป่วย “ป้าว่าป้ารู้สึกประสบความสำเร็จตอนที่ลูกทั้งสามคนมีงานทำ และมีเงินเดือนเป็นของตัวเอง มีความสุขและภูมิใจมากที่เลี้ยงดูเขา จนเขาดูแลตัวเองได้ ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ได้ร่ำรวย แต่ก็อยู่ได้พอมีพอกิน ไม่ได้เดือดร้อน เห็นแบบนี้ก็หมดห่วง เพราะทุกคนก็รู้ว่าป้าป่วยเป็นโรคอะไร ไม่รู้จะอยู่ได้อีกนานแค่ไหน แต่ พอมาย้อนดูชีวิตตัวเองแล้วคิดว่าเป้าหมายชีวิตที่เราตั้งใจไว้ เราตั้งใจทำเพื่อลูก มันถือว่าเป็นที่พอใจจนสำเร็จแล้ว ลูกคือความสุขและความหวังของพ่อแม่ทุกคน ไม่มีพ่อแม่คนไหนหรอกที่ไม่รักลูกของตัวเองทุกคน อยากให้คุณมีความสุขและอยู่สบาย” เมื่อพูดผู้ป่วยมีน้ำเสียงสั่น และน้ำตาซึม ผู้เขียนฟังเรื่องราวของคุณป้าด้วยความตั้งใจ ผู้เขียนและลูกใช้มือสัมผัสเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย จนในที่สุดผู้ป่วยก็เล่าทั้งรอยยิ้ม ผู้เขียน “คุณป้าประสบความสำเร็จแบบนี้ คุณป้ามีคำแนะนำหรือข้อคิดในการดำเนินชีวิตเพื่อจะ แนะนำลูก ๆ ของป้า หรือคนอื่น ๆ อย่างไรบ้างคะ”

ผู้ป่วย “ตลอดชีวิต 50 กว่าปีของป้า ป้าจะพยายามมองเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตให้เป็นแง่บวก พยายามไม่บ่น ไม่ท้อ คนอื่นเขาทำได้ เราก็กต้องสู้กับปัญหาได้ ป้าเป็นคนสู้ชีวิต ป้าก็อยากบอกลูก ๆ และหนู ด้วย ไม่ว่าจะเจอกับอะไรก็ตามอย่าท้อ”

ผู้ป่วย “อยากบอกคนไข้มะเร็งคนอื่น ๆ ด้วยนะ เพราะอย่างหนูหรือใครที่มาถาม ป้าคิดว่าคนที่ไม่เป็นมะเร็งไม่มีทางรู้สึกได้เท่าคนที่ป่วยอยู่ ว่ารู้สึกเจ็บปวดยังไง ทั้งอาการ ทั้งความเครียด ทั้งกังวลเรื่องเป็นภาระครอบครัว แต่ป้าผ่านพวกนั้นมาได้ เพราะว่าไม่คิดแง่ลบนี้แหละ ให้ทำใจให้เข้มแข็ง อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด เราต้องสู้ ไม่ยอมแพ้ ทำหน้าที่ในส่วนของเรา ดูแลตัวเองให้ดีที่สุด”

ผู้เขียน “คุณป้าคะ ทั้งหมดที่คุณป้าได้เล่าเรื่องให้ฟังทั้งหมดในวันนี้ ตั้งแต่เรื่องการดูแลที่ดีทั้ง สามี และลูก เรื่องที่คุณป้าสามารถส่งลูกคุณป้าให้เรียนจบและมีงานทำงานจนเป้าหมายของคุณป้าสำเร็จ เรื่องที่คุณป้ามองโลกในแง่บวก คุณป้าสู้ชีวิต ตอนนี้คุณป้ารู้สึกอย่างไรบ้างคะ”

ผู้ป่วย “ป้าดีใจนะที่มีพยาบาลมาคุยกับป้า ดีใจที่ได้เล่าเรื่องที่ผ่านมาให้พยาบาลแล้วก็ลูก ๆ ที่ป้ารัก ฟัง บางทีความรู้สึกดี ๆ พวกนี้ มันก็ได้แต่เก็บเอาไว้ในใจ ไม่ค่อยได้พูดออกไป ตอนนี้ป้ารู้สึกโล่งใจมาก ชอบคุณหนูมากนะที่ทำให้ได้นึกถึงเรื่องดี ๆ รู้สึกมีกำลังใจมากขึ้นกว่าเดิม”

จากประสบการณ์ที่ผู้เขียนดูแลผู้ป่วยด้วยการทบทวนชีวิตข้างต้น ผู้เขียนนำผู้ป่วยเข้าสู่การทบทวนชีวิตโดยใช้คำถามนำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงเรื่องราวในอดีตของตนเอง ผู้ป่วยรายนี้ได้เล่าถึงบุคคลที่สำคัญในชีวิต ครอบครัว บทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยภาคภูมิใจ และข้อคิด รวมถึงวิธีการดำเนินชีวิต จากการเล่าเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีตดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข มีโอกาสค้นหาความหมายของความสำเร็จของชีวิตอีกครั้ง และได้สะท้อนคิดสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความหมายมากขึ้น

สรุป

การนำการทบทวนชีวิตไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการ ทบทวนชีวิต การทบทวนชีวิตเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีตโดยการใช้คำถามนำด้วยคำถามปลายเปิดที่เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยได้เลือกตอบอย่างอิสระ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเล่าถึงเรื่องราวในอดีตของตนเอง เกี่ยวกับความทรงจำที่ ประทับใจและน่าภาคภูมิใจ และการสรุปผลการทบทวนชีวิต เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นเกิดภาพความคิดที่ ต่อเนื่องและชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อพยาบาลใช้ข้อมูลจากการทบทวนชีวิตมาสะท้อนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ภาคภูมิใจ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข และมีโอกาสค้นหาความหมาย ของความสำเร็จของชีวิตอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การนำการทบทวนชีวิตไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถทำได้ง่าย มีวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก สามารถนำไปผสมผสานกับการให้การพยาบาลตามปกติที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน หรือเป็นการพยาบาลผู้ป่วยโดยเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี หรือเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะยาว จะสามารถสร้างความไว้วางใจต่อผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น โดยพยาบาลที่นำการทบทวนชีวิตไปใช้นั้น จำเป็นจะต้องมี ทักษะการสังเกต ทักษะการสื่อสารที่ดี โดยเฉพาะการฟังอย่างตั้งใจ และทักษะการสรุปใจความสำคัญ เพื่อ พยาบาลจะเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความชัดเจนในสิ่งที่คิด ซึ่งเป็นการเพิ่ม ประสิทธิภาพของการพยาบาลอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมัชชาสุขภาพ. *รวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง*. เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2563. เข้าถึงได้จาก <https://nha12.samatcha.org/file/f88c1ed3-d43f-4578-b2e7-be6d63511995/preview>
2. ขวลิต เลิศบุษยานุกูล และคณะ. *มะเร็งระยะลุกลาม*. เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2563. เข้าถึงได้จาก <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=238>
3. กรมการแพทย์. *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2563. เข้าถึงได้จาก https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf
4. ทศนีย์ ทองประทีป. *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
5. Butler, R. N. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*. 1963; 26: 65-75.
6. National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer Terms. Cited May 14, 2020. Available from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/late-stage-cancer>
7. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. *แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562-2565*. เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2564 . เข้าถึงได้จาก https://www.nci.go.th/th/Today/download/2560-2564_27919.pdf

8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2564 . เข้าถึงได้จาก https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital-Based%202019%20NCl.pdf
9. World Health Organization. Cancer. Cited May 14, 2020. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
10. ฉัตรกมล เจริญวิภาดา. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องจากสถานพยาบาล ไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง หน่วยงานให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม. กระจีเวชสาร. 2561;1(1):11-21.
11. American Cancer Society. Emotions and Coping as You Near the End of Life. Cited May 14, 2020. Available from <https://www.cancer.org/treatment/end-of-life-care/nearing-the-end-of-life/emotions.html>
12. สำนักการพยาบาล. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2563. เข้าถึงได้จาก http://www.nursing.go.th/Book_nurse/sustain/012.pdf
13. อากาศ พัฒนเรืองไฉ. List disease of Palliative care and Functional unit. เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2564 . เข้าถึงได้จาก https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf
14. อัมภวรรณ ใจเปี้ย อุบล บัวชุม และพายุรี ชมพูแก้ว. การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2561;24(1):84-99.
15. ศรีรัตน์ กิณาวงค์และปทุมณิน เชื้อนพีชร. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย. เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2563. เข้าถึงได้จาก https://www.crhospital.org/cmj/article/FULL_20170802113726.pdf
16. Butler, R. N. The life review: an unrecognized bonanza. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 1980;12:35-8.
17. Ando, M., Tsuda, A., Morita T., Akechi T., & Okamoto T. Efficacy of short-term life - review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J. Pain Symptom Manag* 2010;39(6):993-1002.
18. พรพิมล ชัยสา. ผลของการส่งเสริมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
19. พรพิมล ชัยสา พิกุล พรพิบูลย์ และสุดารัตน์ สิทธิสมบัติ. ผลของการส่งเสริมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารพยาบาลสาร* 2562;46(3):49-57.